



neu

RIVISTA SCIENTIFICA DI FORMAZIONE INFERMIERISTICA

ISSN 1723-2538



PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE
NAZIONALE INFERMIERI NEUROSCIENZE



AGGIORNAMENTI

- › MANIFESTAZIONI NEUROLOGICHE DEL COVID-19 E SINDROME POST-LONG-COVID
- › CONTRIBUTO DELL'INFERMIERE NELL'EDUCAZIONE DEL CARE GIVER DEL PAZIENTE POST STROKE
- › NURSE MANAGEMENT DEL DELIRIUM POST OPERATORIO NELL'ANZIANO
- › INDAGINE SULL'INTENSITÀ DI CURA NELL'AREA NEUROLOGICA APPLICAZIONE DEL TRI-CO
- › ANORESSIA NERVOSA UNO STUDIO SULLE DIFFERENZE DI GENERE NEGLI ADOLESCENTI

APPROFONDIMENTI

- › RIFLESSIONI SULLA CRESCITA INFERMIERISTICA IN CHIAVE POLITICO PROFESSIONALE
- › CRESCITA PERSONALE UN APPROCCIO OLISTICO
- › IL POTERE TRASFORMATIVO DEL DESIDERIO
- › L'ASSISTENZA PSICOBIOLGICA ALL'ASSISTITO IN ETÀ EVOLUTIVA L'ASSISTENZA IN AMBITO PEDIATRICO VISTA ATTRAVERSO LE NEUROSCIENZE

ESPERIENZE

- › UN DOLORE NASCOSTO QUANDO MAMMA E PAPÀ HANNO QUALCOSA CHE NON VA

RECENSIONI

- › RECENSIONE A CURA DI SIMONA FACCO LA PILLOLA PER DIVENTARE BUONI ETICA E POTENZIAMENTO MORALE

N.3

SETTEMBRE 2022
ANNO 41' N.3

DIRETTORE SCIENTIFICO
FRANCESCO CASILE
f.casile@anin.it

VICE DIRETTORE SCIENTIFICO
SIMONETTA POLANSKI

DIRETTORE RESPONSABILE
CLAUDIO SPAIRANI

COMITATO DI REDAZIONE
KARIMA BOURAOUIA (TORINO)
DAVIDE CARUZZO (UDINE)
FABIANA CASSANO (PARMA)
TIZIANA LAVALLE (BOLOGNA)
FRANCESCO TARANTINI (MILANO)
LETIZIA VOLA ORBASSANO (TO)
FEDERICO CORTESE (PARMA)
ANNA ROSSI (MILANO)
SARA TAMBONE CUMIANA (TO)
MARIA LUISA LANGELLA NAPOLI

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

WEB MASTER:
Rocco Lima (Parma)
Grafica e impaginazione in proprio
Registrazione Tribunale di Brescia n. 54/1995

CONSIGLIO DIRETTIVO
UFFICIO DI PRESIDENZA
Presidente
DOTT.SSA GIUSY PIPITONE
Vice Presidente
DOTT.SSA GIUSEPPINA SEPPINI
Tesoriere
DOTT.RE GIOVANNI GIACOMINI
Segretaria
DOTT.SSA SIMONETTA POLANSKI

CONSIGLIERI NAZIONALI
DOTT.SSA CRISTINA RAZZINI
DOTT. GIACOMO BIANCHI
DOTT. MARCO CECCHI

REFERENTI AREA
GIANLUCA PUCCIARELLI
Rapporti internazionali
DAVIDE CARUZZO
Rapporti con stampa e social media
ANNALISA DAL FITTO
Area salute mentale
ELENA GOTTI
Area malattie neuromuscolari

PAST PRESIDENT
VANNA PELLIZZOLI
FRANCESCO CASILE
CLAUDIO SPAIRANI
MILENA MACCHEROZZI
ANTONELLA LETO

DELEGATI REGIONALI
PARIZIA LA FRATTA
LIGURIA
PAOLA LEONARDI
LAZIO
DANIELA MABELLINI
LOMBARDIA
GIANCARLO MERCURIO
PIEMONTE
FEDERICO CORTESE
EMILIA ROMAGNA
SEBASTIANO FOGOLIN
FRIULI VENEZ. GIULIA
STEFANO CAPOVILLA
VENETO
PIETRO STURIALE
SICILIA
A. NICOLINA MANCA
SARDEGNA
A. MARIA BRUNETTI
PUGLIA
CHIARA GATTI
MARCHE
CARDUCCI DIEGO
UMBRIA
CASILE GIUSEPPE
CALABRIA
FINI ANDREA
ABRUZZO E MOLISE
NAPOLITANO MICHELE
CAMPANIA
VANESSA PUCCI
TOSCANA

ANIN
Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze
Via Pietro Metastasio, 26 - Brescia 25126
presso OPI di Brescia

INFORMAZIONI E CONTATTI: info@anin.it

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:

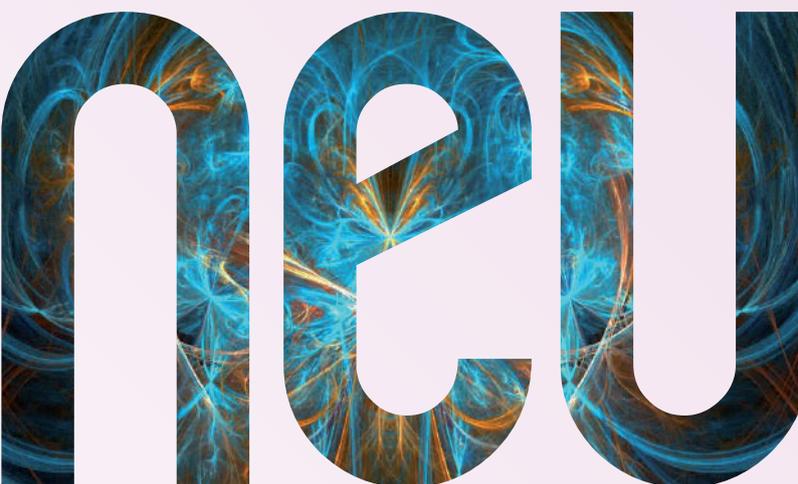
- Annas, G.J. (1997) Reefer madness... N Engl J Med, 337, 435-9.
- Grinspoon, L. and Bakalar, J.B. (1993) Marijuana: the forbidden medicine. New Haven: Yale University

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.



EDITO RIALE

LAURA BINELLO
Infermiera - ellebinello@gmail.com

Germogli di Cura



Fare formazione agli studenti infermieri non è semplicissimo, soprattutto se la loro età media è di vent'anni e tu ne hai quasi il triplo.

Ma fare formazione a infermieri laureati e tuoi coetanei è ancora più complicato.

Fare il formatore oggi è una vera sfida che non consiste solo nel trasferire saperi e rendere appetibili materie che spesso peccano di presunzione didattica, di retaggi culturali del passato, di nozioni invecchiate e pochi, pochissimi stimoli.

Ogni qual volta mi ritrovo in cattedra con una platea dinnanzi, mentre mi adopero per preparare i materiali didattici (inserisco la pendrive, collego il wifi, tiro fuori le pesanti dispense e l'immane puntatore ottico), prendo tempo, quel tempo organizzativo che consente a tutti, docenti e discenti, di entrare in quella bolla formativa che tra qualche minuto genererà il rispettoso silenzio con lo spegnimento delle suonerie dei cellulari, il brusio che diventerà sempre più flebile, le porte che si chiudono dopo l'andirivieni dei ritardatari, l'appello e il *via alle danze*.

In realtà questo tempo organizzativo mi serve, mi serve più di ogni altro minuto sottratto all'inizio della lezione, è un tempo a me assolutamente necessario per pormi in ascolto e osservazione delle persone che di lì a poco dovranno osservare e ascoltare me.

Mi viene in mente quando all'istituto magistrale entrava la professoressa di latino e si preparava per occupare la cattedra.

La sua era una vera e propria occupazione di un arredo che diventava un tempio del sapere ma anche

una fortezza inespugnabile dove il nemico (noi studenti) non poteva avvicinarsi se non per essere interrogato e, sovente, rispedito al banco con un voto che era peggio di una fucilata.

La professoressa era solita organizzare la sua cattedra in maniera metodica, quasi ossessiva: le immane caramelle da succhiare, quattro pesanti dizionari (latino e greco) messi in fila come plotoni di esecuzione, i gessi da lavagna rigorosamente bianchi, blu e rossi, una bacchetta di legno, due paia di occhiali da vista, il registro delle presenze-assenze, il timer a manovella e il barattolo di vetro (quello dei pelati per intenderci) con dentro i nostri cognomi scritti e arrotolati con l'elastico.

Prima di *apparecchiare la cattedra* era solita disinfettare il piano di appoggio con una salvietta disinfettante che portava da casa e che puzzava terribilmente di varechina.

L'odore della varechina e il rumore della bacchetta di legno sul piano di formica della scrivania corrispondevano per noi studenti alla veloce sistemazione delle truppe che in quegli anni, va detto, non avevano da spegnere cellulari, sebbene mettersi in modalità silenziosa era spesso più complicato che con un click.

Il silenzio tombale però arrivava, puntuale come la morte, quando dopo l'appello pronunciava la prima sentenza, che statisticamente poteva essere per il 50% delle probabilità *"Oggi spiego"* ma per il restante 50% *"Oggi interrogo"*.

Il ricordo indelebile di questi aneddoti mi induce oggi a una riflessione matura e se penso alla mia cattedra e al mio schema mentale didattico com-

prendo che nell'etimologia della parola "formare" ci sono i modelli didattici di moltissimi formatori che ho conosciuto, sia da studente che da infermiera formatrice.

Dare forma, modellare, plasmare, foggiare, creare, fare, comporre, costituire, istituire, fondare...

Ma manca l'elemento contemporaneo della didattica 2.0 che oggi tutti ci troviamo a sperimentare quando, tolte le vesti del formatore, finiamo anche noi in qualche aula dove ci auguriamo di imparare ancora qualcosa.

Manca la semina; qualche anno fa fui invitata come docente universitaria a collaborare alla didattica di un corso per studenti infermieri al terzo anno, sostanzialmente un laboratorio narrativo dove sperimentavamo le tecniche di storytelling come avvicinamento alla medicina narrativa.

Forte della mia capacità narrativa pensai quindi di coinvolgere i discenti in un'esperienza di narrazione scritta prima, e verbale dopo, dove il focus narrativo era sui "bisogni sommersi" legati all'assistenza sanitaria, ovvero tutti quei bisogni di salute non espressi, non dichiarati, non facilmente riconoscibili con le scale di misurazione validate.

Se gli studenti in aula erano mediamente attenti durante l'incipit formativo, al momento di dividersi in gruppo e condividere una narrazione corale, l'attenzione lasciò il posto a un'evidente quanto trasversale incapacità di ricavare dal racconto una mappa dei bisogni.

Quali erano le motivazioni per le quali studenti del terzo anno di corso, e quindi già in parte ricchi di esperienze di cura, capaci di estrapolare da quelle stesse esperienze narrazioni interessanti, non erano in grado di costruire una mappa concettuale dei bisogni sommersi?

La risposta era in parte nella domanda che, come formatore esperto, mi stavo ponendo nel momento in cui osservavo i discenti che in quegli stessi concetti teorici stavano perdendo la capacità pratica di mettersi nei panni di quel vissuto narrativo.

La teoria li stava portando altrove, la *teoria dei bisogni* poi li stava letteralmente spostando dal focus che era così semplice da risultare contorto.

Non veniva chiesto loro come soddisfare quel bisogno sommerso, ma solo come trovarlo, come starlo, come renderlo nudo in mezzo a tanta teoria e a quei principi amministrativi, etici, deontologici della professione che apparivano come dei titani pronti a divorarli.

E scriverne era diventato scomodo, se non addirittura pericoloso.

Davanti a me avevo cinque gruppi di giovani e futuri colleghi infermieri, affannati dinnanzi alla necessità di considerare un bisogno sommerso un bisogno formativo, in parte arresi alla richiesta di consegnare un elaborato scritto che contenesse un elenco sterile di bisogni veri, reali, inventati, ovvi, falsi, scontati, dichiarati, ma anche a tratti infervorati dinnanzi al loro scambio intellettuale, sovente in disaccordo, ma sicuramente vivo e vegeto.

La piramide di Maslow mi venne in soccorso, la ribaltai io stessa, la misi "gambe all'aria", con la punta sotto e i bisogni primari sopra.

Chiesi ai gruppi di rompere le righe che la professoressa in cattedra si stava annoiando esattamente come loro.

La mia solida lezione di nursing narrativo, ampiamente collaudata da anni, questa volta stava miseramente fallendo.

Pensai allora al teatro, che tutto è tranne che la realtà: ci sono ospedali di cartone, letti fatti di mattoncini Lego, corridoi di cartapesta, siringhe di vetro, malattie virtuali, globuli verdi, ferite che guariscono per magia. Ma è anche tutto vero: ci sono cuori umani dietro le quinte, infermieri nelle corsie, ammalati di brutte malattie sul palco.

E dunque *"Che cosa chiede Amleto? Che cosa sta urlando Otello? Che cosa sta tramando Clitennestra?"* Scrivere, è annerire una pagina bianca; fare teatro, è illuminare una scatola nera.

Chiesi ai discenti di mettere in scena, per me che godevo del loro spettacolo, una pièce teatrale dove potevano trasformarsi in quello che volevano, da pazienti a infermieri, a panettieri e vigili del fuoco, da soccorritori a primari e direttori sanitari.

Libertà, fantasia, immaginazione e improvvisazione. Non avevo previsto che l'improvvisazione ci avrebbe salvati tutti da una noiosa lezione di nursing che volgeva al termine.

La piramide di Maslow tornò al suo posto ma ribaltarla fu come quando il contadino butta i semi del grano a gennaio, senza sapere se a giugno ci sarà un buon raccolto, ma nel dubbio prepara il terreno, rompendo le zolle dure, sfidando il gelo e la neve, pregando per le piogge e proteggendo i germogli.

Dopo aver fatto sempre la stessa cosa nello stesso modo per due anni, inizia a guardarla con attenzione. Dopo cinque anni, guardala con sospetto. E dopo dieci anni, gettala via e ricomincia di nuovo tutto.

(Alfred Edward Perlman)

Laura Binello



EDITO RIALE



A cura di: **Francesco Casile**

Crescere per cambiare

Laura Binello, nel cuore della sua narrazione, affronta il tema del formare, dove troviamo: “Dare forma, modellare, plasmare, foggiare, creare, fare, comporre, costituire, istituire, fondare...Ma manca la semina”.

Per seminare bisogna conoscere il terreno, sapere cosa seminare ed il periodo in cui farlo.

Negli ultimi 40 anni la leadership professionale ha molto seminato, qualche volta con risultati importanti per la crescita, ed in altre occasioni la semina non è andata a buon fine.

A tal proposito, nell'articolo “Riflessioni sulla crescita infermieristica in chiave politica e professionale”, gli autori ci richiamano all'importanza che essa rappresenta per la salute dei cittadini, e come questa sia possibile anche attraverso lo sviluppo e l'esercizio di una buona politica professionale, ed ancora ci richiama all'impegno non solo “di un'élite di pochi infermieri, ancorché le dirigenze e gli organi di rappresentanza..... ma la presa di coscienza di una responsabilità politica diffusa da parte di tutti gli infermieri... quindi, anche dall'impegno politico che essa può e deve assumere per poter influire sul sistema professionale innanzitutto e sul sistema sanitario”.

Quanto detto, richiama tutti quanti noi a mettere da parte gli individualismi e a lavorare per il bene comune, sia dei professionisti che degli assistiti. Sicuramente gli ultimi 2 anni sono stati durissimi, per tutti gli infermieri; l'epidemia

di SARS-COVID-19 ha impegnato fortemente il personale di assistenza con grossi carichi di lavoro e responsabilità in un quadro poco conosciuto; in questo periodo, molte sono state le promesse dei politici sulla

valorizzazione e crescita della nostra professione; tante parole volate al vento, che hanno aumentato la nostra frustrazione, con la fuga di numerosi infermieri dal servizio sanitario nazionale e, non per ultimo la riduzione de 9% degli iscritti ai corsi di laurea.

Ma ritorniamo al seminato; negli anni '80, infermieri, loro libere associazioni e la federazione IPASVI, hanno lottato affinché ci fosse un cambiamento nella nostra formazione, tant'è che la formazione è passata dalla gestione regionale a quella universitaria.

Ricordiamo ancora la battaglia con la grande manifestazione nazionale del 1° luglio 1994 per la richiesta dell'approvazione del profilo professionale, che grazie alla mobilitazione degli infermieri, venne approvato 2 mesi dopo, il 14 settembre del 1994.

Altre semine ci hanno portato negli anni successivi alla legge n. 42 del 1999, che dava dignità alla nostra professione, in quanto si passava da “Professione sanitaria ausiliaria” a “Professione sanitaria”. La legge 251 apre la strada alla dirigenza infermieristica e delle professioni sanitarie, nonché alle lauree magistrali.

Riprendendo l' aforisma di Einstein, “Continua a piantare i tuoi semi, perché non saprai mai quali cresceranno, forse lo faranno tutti”, bisogna continuare a lavorare affinché i semi portino frutti migliori, perché se è vero che dal punto di vista normativo la semina ha dato buoni frutti, non altrettanto è avvenuto nell'organizzazione, in quanto la leadership professionale (dirigenti e coordinatori), non ha saputo far crescere il frutto della motivazione e della valorizzazione dei propri collaboratori.

La Redazione vi augura una buona lettura.

Continua a piantare i tuoi semi, perché non saprai mai quali cresceranno, forse lo faranno tutti.

(Albert Einstein)

SOMMARIO neu



1 EDITORIALE

AGGIORNAMENTI

- 5 Manifestazioni neurologiche del Covid-19 e sindrome Post/long-Covid
- 14 Contributo dell'infermiere nell'educazione del Care Giver del paziente Post Stroke: una proposta di continuità assistenziale
- 31 Nurse Management del Delirium post operatorio nell'anziano
Revisione integrativa della letteratura
- 42 Indagine sull'intensità di cura nell'area neurologica
applicazione del Tri-Co
- 50 Anoressia nervosa
Uno studio sulle differenze di genere negli adolescenti

APPROFONDIMENTI

- 58 Riflessioni sulla crescita infermieristica
in chiave politico professionale
- 65 Crescita personale un approccio olistico
- 69 Il potere trasformativo del desiderio
- 74 L'assistenza Psicobiologica all'assistito in età evolutiva
L'assistenza in ambito pediatrico vista attraverso le
Neuroscienze

ESPERIENZE

- 88 Un dolore nascosto
Quando mamma e papà hanno qualcosa che non va

RECENSIONI

- 94 Recensione a cura di Simona Facco
La pillola per diventare buoni
Etica e potenziamento morale

DR. MED. PIERGIORGIO LOCHNER

Neurologie Gebäude 90, 2 OG - 66421 Homburg, Deutschland

UKS - Universitätsklinikum des Saarlandes

Saarland University Medical Center

Centre Hospitalier Universitaire de la Sarre

Piergiorgio.Lochner@uks.eu - PEC piergiorgio.lochner.xudd@bz.omceo.it

MANIFESTAZIONI NEUROLOGICHE DEL COVID-19 E SINDROME POST/LONG-COVID

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il sistema nervoso centrale può essere uno degli organi colpiti, soprattutto nella fase post-acute, nel decorso dell'infezione da SARS-CoV-2 ("sindrome respiratoria acuta grave").

Fra le varie manifestazioni di questo fenomeno ricordiamo le alterazioni neuroimmunologiche che hanno causato encefalopatie, encefaliti, mieliti, encefalomielite acuta disseminata, nonché malattie cerebrovascolari.

Viene ipotizzata una genesi para-infettiva o post-infettiva, ma i meccanismi fisiopatologici sono ancora sconosciuti. Fra le varie ipotesi postulate sembra che il virus possa colpire il sistema immunitario, causando un'eccessiva reazione infiammatoria con produzione esagerata di citochine infiammatorie, ma anche la formazione di autoanticorpi specifici contro i tessuti del sistema nervoso centrale.

Ancora più frequente l'affezione del SNC in circa 1/3 dei pazienti, è la sindrome di Long-COVID ("malattia da coronavirus").

Oltre a persistenti disturbi respiratori, i pazienti presentano alterazioni neuropsichiatriche, tra

cui stanchezza, problemi neurocognitivi, disturbi del sonno e disturbi d'ansia, lievi sintomi depressivi, deficit attenzionali e di memoria "brain fog". Scopo di questo articolo è la descrizione delle manifestazioni a carico del Sistema nervoso centrale e periferico del SARS-CoV-2 nella fase postacuta e cronica.

MATERIALI E METODI

In questa review narrativa sono stati inclusi alcuni studi che hanno evidenziato il coinvolgimento del Sistema nervoso nella fase acuta, postacuta e nel lungo termine (Long Covid).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Allo stato attuale non è ancora possibile stabilire un nesso causale tra la infezione e queste diverse manifestazioni cliniche in assenza di validi specifici biomarcatori. Sono necessari ulteriori studi longitudinali prospettici volti a fornire ulteriori conoscenze fisiopatologiche e mirati ad una accurata terapie dei pazienti.

PAROLE CHIAVE

SARS- COV2, Post-COVID (coronavirus disease 2019), Long-COVID Syndrom.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The central nervous system is one of the organs mainly affected in the post-acute phase after SARS-CoV-2 infection ("severe acute respiratory syndrome").

The various manifestations of this phenomenon include neuroimmunological alterations leading to encephalopathies, encephalitis, myelitis, acute disseminated encephalomyelitis as well as cerebrovascular diseases.

A para-infective or post-infective genesis is hypothesized, but the pathophysiological mechanisms are still unknown. The cause could be a virus-triggered immune system with hyperinflammation and cytokine storm, but perhaps also the formation of specific autoantibodies against central nervous system tissues.

The involvement of central nervous System is even more prevalent in about 1/3 of patients and it is called Long-COVID syndrome ("coronavirus disease").

In addition to persistent respiratory disorders, patients present with neuropsychiatric changes including fatigue, neurocognitive problems,

sleep disturbances and anxiety disorders, mild depressive symptoms, attentional deficits and 'brain fog' memory.

The aim of this article is a description of the central and peripheral nervous system manifestations of SARS-CoV-2 in the post-acute and chronic phase.

MATERIALS AND METHODS

In this narrative review, a series of studies highlighting the involvement of the nervous system in the acute, post-acute and long-term (Long Covid) phase were included.

DISCUSSION AND CONCLUSION

At the moment, however, it is not yet possible to establish a causal link between the infection and these various clinical manifestations in the absence of valid biomarkers. Further prospective longitudinal studies are required to provide further pathophysiological knowledge and accurate treatment of patients.

KEY WORDS

SARS- COV2, Post-COVID (coronavirus disease 2019), Long-COVID Syndrom.

INTRODUZIONE

Nel corso dell'ultimo anno ho visitato parecchi pazienti affetti da una persistenza cronica di disturbi dopo l'infezione da SARS-CoV-2.

Fra questi pazienti ricordo la Signora PP, 30 anni. Tale paziente, una Collega, non solo lamentava disturbi di concentrazione, di memoria, stanchezza e debolezza diffusa; era non solo afflitta per i disturbi arrecati dai postumi del COVID-19, ma quasi più che dalla malattia, dalla mancanza di comprensione sperimentata ogni giorno, da parte dei suoi stessi colleghi e degli altri medici. Si potrebbe pensare che provasse quasi un fardello psicologico insopportabile, tanto da ritenersi quasi inutile. Questo è solo uno tra i casi che mi hanno particolarmente colpito. Nella mia esperienza del "Long-COVID" ho avuto più spesso a che fare con pazienti donne, prevalentemente in età lavorativa.

Ma prima di addentrarci nel "Long-COVID" vorrei fare un passo indietro e fornire al lettore qualche informazione sulla malattia del COVID-19 (corona virus disease 2019), causato dal virus SARS COV2.

Come altri virus respiratori, similmente ai suoi predecessori Coronavirus, MERS e SARS-CoV-1, anche il SARS COV2, produce prevalentemente sintomi respiratori, ma anche manifestazioni cliniche svariate che determinano un quadro di affezione multiorgano (Lopez-Leon et al., 2021). La presenza di tali manifestazioni è facilitata dalla capacità del virus di individuare l'ospite cellulare e favorite dalla sua capacità d'adesione alla cellula ospite. Come è noto, la capsula del SARS-CoV2 presenta una glicoproteina di superficie, detta anche proteina spike. Tale proteina spike ha come superficie di ancoraggio nelle cellule umane il recettore ACE-2. Tale recettore è espresso in maniera quasi ubiquitaria (Rothan

& Byrareddy, 2020). In particolare i recettori dell'ACE-2 sono presenti non solo nelle cellule epiteliali dell'intestino tenue, ma anche in vari organi umani (mucosa orale e nasale, rinofaringe, stomaco, pelle, linfonodi, timo, midollo osseo, milza, fegato, rene e cervello) (Cevik, Kuppalli, Kindrachuk, & Peiris, 2020; Zubair et al., 2020). La presenza del recettore ACE2 si riscontra pure in endoteliali arteriose e venose e nella muscolatura liscia arteriosa) come in alcune cellule del SNC e SNP (Hamming et al., 2004). Questa è, una delle possibili ragioni per cui, come altri organi, pure il sistema nervoso centrale può essere oggetto di bersaglio.

CERVELLO COME ORGANO BERSAGLIO E MANIFESTAZIONI NEUROLOGICHE

Relativamente alla modalità di come il virus SARS-CoV2 possa arrivare al SNC si ipotizza una via ematogena "circolatoria", che sarebbe favorita dall'aumentata permeabilità della barriera emato-encefalica nel contesto della risposta infiammatoria sistemica. In particolare "leucociti infettati" dal SARS-CoV2 potrebbero anche agire subdolamente come un "cavallo di Troia" per consentire al virus di entrare nel SNC.

Un'ulteriore via è rappresentata dalla via neurogena (in senso retrogrado) e dal sistema olfattivo verso il sistema limbico: infezione diretta dei neuroni (attraverso l'epitelio olfattivo e il nervo), propagazione retrograda transneurale (trasporto vescicolare, diffusione passiva). Altre vie di passaggio del virus sembrano essere quelle dei circuiti serotoninergici (dal nucleo serotoninergico del rafe dorsale) e dei vasi linfatici (linfociti e leucociti infetti) (Sinha, Mittal, & Roy, 2021). In reperti neuropatologici, il virus SARS-CoV2 è stato rilevato, tra l'altro, nel sistema olfattivo, nel tronco encefalico e nel cervelletto. In alcuni lavori vengono discusse le alterazioni neuropatologiche ed osservata un'attivazione dell'infiammazione nel SNC, mentre non è stata riscontrata alcuna evidenza di danno diretto al SNC causato dal SARS-CoV-2 (Matschke et al., 2020; Yang et al., 2021).

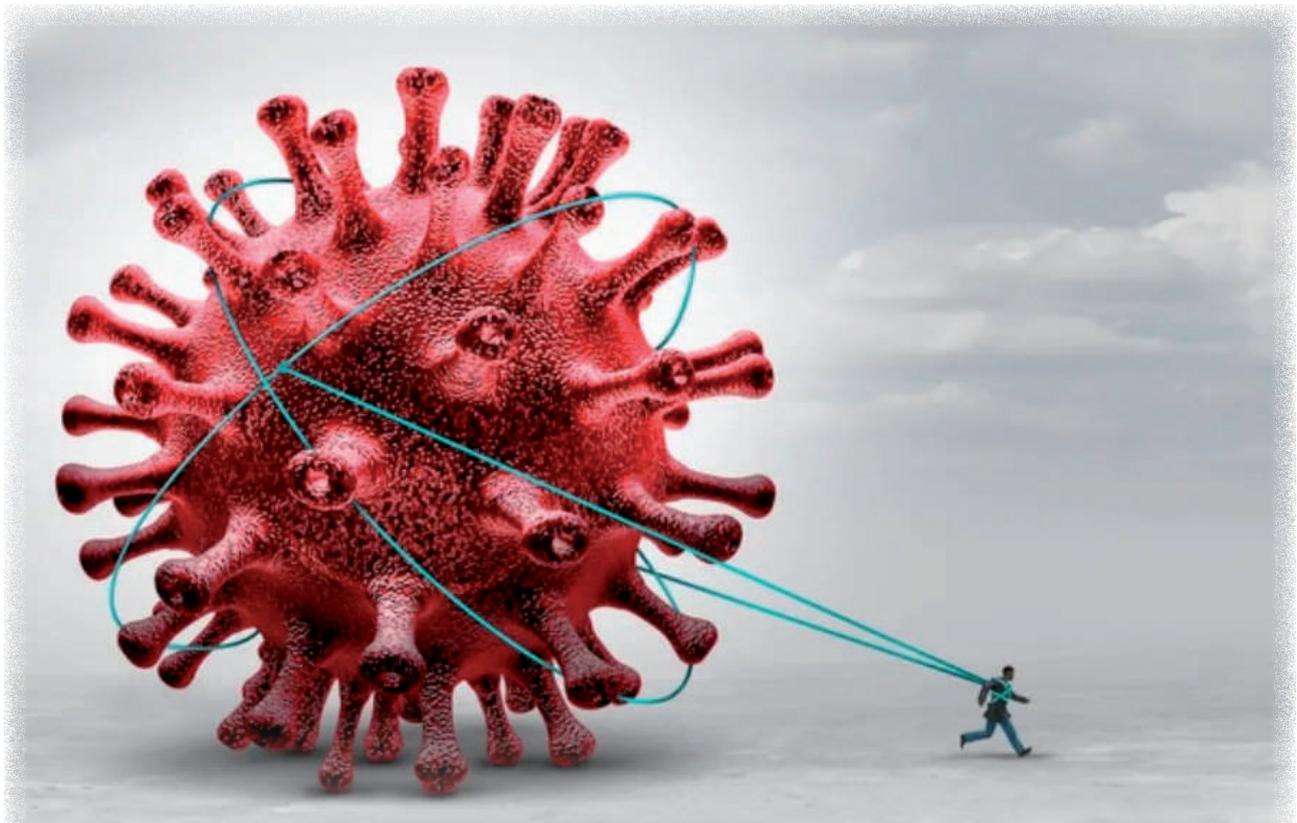
MANIFESTAZIONI DEL SNC DOPO IL COVID-19

Che il cervello fosse un organo di bersaglio del virus, veniva osservato sin dai primi studi. Persino nella fase acuta e postacuta i colleghi cinesi riportavano come circa 80% dei pazienti affetti da COVID-19 ospedalizzati gravi presentasse disturbi o sintomi neurologici (Mao et al., 2020). Fra i più comuni sintomi, osservati nella fase acuta della malattia da COVID-19 ricordiamo anosmia, ageusia, cefalea, vertigini, nonché disturbi di concentrazione. Ulteriori manifestazioni neurologiche raccludono sindromi meningoencefalitiche, disturbi del movimento, mielite, neuropatie craniche e periferiche (Pezzini & Padovani, 2020).

Successivamente venivano riscontrati, in studi osservazionali e meta-analisi, una maggiore incidenza di ictus ischemico e di sindrome encefalopatiche. Dati più recenti derivati da revisioni sistematiche e meta-analisi dei dati dei singoli pazienti, mettono in evidenza come il 7,8% (95% CI 1,6-31,2) delle persone ricoverate con COVID-19 possa presentare una malattia con manifestazione neurologica (Katsanos et al., 2021).

Le complicazioni neurologiche nelle persone affette da COVID-19 comportano una maggiore gravità della malattia stessa e una prognosi peggiore, prolungando la degenza in ospedale. L'en-





cefalopatia e l'ictus sono i sintomi più associati a una malattia più grave (Dimitriadis et al., 2022). Tali manifestazioni sembrano favorite da disturbi della coagulazione e della microcircolazione e fenomeni procoagulanti associati ad un'elevata attivazione dell'infiammazione. I livelli di D-dimero sono spesso elevati durante le infezioni acute, così come lo possono essere quelli degli anticorpi contro la cardiolipina (fattore del lupus anticoagulante). Quindi un eccesso dell'attivazione del sistema immunitario con "tempesta citochinica" sembra essere associato ad un esito peggiore della COVID-19. In particolare le interleuchina-6 e 10, nonché il TNF- α possono favorire la flogosi acuta ed aumentare la permeabilità della barriera emato-encefalica, con conseguente attivazione della microglia e conseguentemente ulteriori danni al sistema nervoso centrale. Il tutto comporterebbe una disfunzione endoteliale o danno astrocitario.

ELENCO DELLE PRINCIPALI AFFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO

Al momento attuale non è chiaro l'effettivo coinvolgimento del sistema nervoso periferico (SNP)

nella fase postacuta e nella sindrome post-COVID. Alcuni studi descrivono un aumento del danno muscolare con mialgie persistenti, altri studi hanno osservato una disfunzione autonoma con presenza di tachicardia parossistica posturale, dall'anglossassone postural orthostatic tachycardia syndrome (POTS). Esistono studi che riferiscono un aumento dell'incidenza della sindrome di Guillan Barrè (GBS), altri che ne mostrano una riduzione (Augustin et al., 2021). Infine sembra che la Post intensive care Syndrom (PICS) caratterizzata da una diffusa polineuropatia, in inglese critical illness polineuropathy (CIP), e la diffusa miopatia o critical illness myopathy (CIM), non siano autonome entità del Long Covid, ma derivino da una protratta persistenza dei pazienti nei reparti di terapia intensiva con danno a carico del SNP su base multifattoriale.

LONG-COVID

Nella maggior parte dei casi dopo un paio di settimane il paziente affetto da SARS-CoV2, non presenta ulteriori disturbi e guarisce. Ma una parte non indifferente di paziente manifesta ancora sintomi. Secondo le stime dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità (OMS), nel mondo ci sono attualmente circa 500 milioni di persone infette da Sars-CoV-2. Circa il 15-20% dei pazienti colpiti dal virus presentano disturbi cronici. In questo momento sono presenti almeno 100 milioni di malati "a lungo termine". In una recente valutazione si ipotizzano addirittura una prevalenza globale post-COVID, con conseguenze a lungo termine che possano venire attese nel 43% in tutte le persone infette, nel 54% dopo il trattamento ospedaliero e nel 34% dei pazienti ambulatoriali, cioè in uno su tre (Chen et al., 2022): La sindrome post o long COVID ("malattia da coronavirus 2019") viene definita come una persistenza di alcuni disturbi neurologici e psichiatrici oltre le 12 settimane dopo la infezione. Si può quindi ritenere che il burden economico sulla società potrà pesare in maniera notevole per il fatto che queste persone non saranno idonee al lavoro per un tempo prolungato. Le donne sembrano essere più suscettibili e sviluppano più frequentemente sintomi neuropsichiatrici; inoltre, un elevato indice di massa corporea (BMI) sembra avere un ruolo importante favorevole nello sviluppo del Long Covid (van Kessel, Olde Hartman, Lucasen, & van Jaarsveld, 2022).

con manifestazioni del COVID-19 lievi possono presentare sintomi del Long COVID.

Fra questi deficit cognitivi vengono descritti disturbi dell'attenzione, problemi di orientamento e rallentamento della funzione motoria (Smith, Renshaw, Yurgelun-Todd, & Sheth, 2022) (Renaud-Charest et al., 2021). Altri autori hanno osservato una ridotta velocità di elaborazione ed un deficit nella memoria verbale dell'attenzione ("brain fog")

Una dei più frequenti strumenti utilizzati per avvalorare la presenza dei deficit cognitivi è una semplice scala di valutazione delle funzioni cognitive, la Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Tale scala è facilmente implementabile e di veloce esecuzione, ma non consente una analisi appropriata degli specifici domini cognitivi (Wong et al., 2015).

Oltre ai disturbi cognitivi, come la ridotta capacità di concentrazione, e i deficit di memoria ("brain fog"), non vanno dimenticati i disturbi del sonno, un' eccessiva spossatezza e senso di stanchezza esagerato, spesso riferiti dal 20-30 % die pazienti (Ceban et al., 2022). Da un punto di vista biomumorale si sono osservate modificazioni immunologiche, in particolare in pazienti

MANIFESTAZIONI CLINICHE DEL LONG COVID

Il quadro clinico è vario. Accanto ai sintomi polmonari a lungo termine, i sintomi neuropsichiatrici sono al secondo posto per frequenza nella sindrome post-COVID. Stanchezza, problemi neurocognitivi, disturbi del sonno e disturbi d'ansia, lievi sintomi depressivi, deficit attenzionali e di memoria sono le manifestazioni più frequenti riferite dai pazienti. La genesi delle manifestazioni cliniche del Long COVID è multifattoriale. Sia pazienti con decorso grave, che quelli



con disturbi cognitivi sono stati osservati livelli elevati di Anticorpi Anti nucleari (ANA) (Seeble et al., 2022).

Da un punto di vista fisiopatologico alcune delle citochine infiammatorie e delle proteine di rivestimento possono comportare modificazioni qualitative su alcune fasi del sonno Non REM (non rapid eye movement) ed indurre un'eccessiva fase ipnogenica.



Un sonno disturbato comporta di per sé un'alterazione della risposta immunitaria, favorendo infezioni opportunistiche e comportando un decorso sfavorevole della malattia da COVID-19. Inoltre le alterazioni del sonno determinano stress cellulare e danno a carico delle strutture neuronali nonché modificazioni proinfiammatorie.

Il sonno infine gioca un ruolo determinante nella fissazione dei processi cognitivi, nella capacità di concentrazione. In alcuni pazienti i disturbi del sonno possono essere accompagnati da una lieve sindrome depressiva (Machhi et al., 2020), (Renaud-Charest et al., 2021).

PLAUSIBILITÀ

Uno però dei principali problemi della Sindrome Post e Long Covid è la verifica circa il rapporto di causalità con l'infezione acuta. Valutando specificamente i disturbi neuropsicologici di una coorte di pazienti ricoverati in terapia intensiva

e affetti da infezione acuta da COVID-19, confrontata con un'altra coorte di pazienti ricoverati in terapia intensiva con altra patologia ma non affetti da COVID 19, alcuni autori riscontravano una frequenza simile di problematiche neuropsicologiche (Nersesjan et al., 2022).

Un altro punto da considerare è che sinora non si sono potuti osservare purtroppo marcatori bioumorali specifici e validi in grado di prevedere la possibilità di presentare sintomi correlati al Post-Long Covid. In questo senso, anche se i sintomi neurologici o psichiatrici si verificano in connessione temporale con un'infezione da Sars-CoV-2, ciò non prova ancora che vi sia anche una connessione causale. (Lehmann, 2022).

Infine anche il possibile riscontro di alterazioni patologiche osservate alla neuroimaging in reperti di risonanza magnetica cerebrale o PET cerebrale di persone affette da disturbi neurocognitivi potrebbero confermare la causalità tra l'infezione ed il Long-COVID solo se i pazienti erano stati sottoposti a neuroimaging prima della avvenuta infezione da Sars-COV-2 (Douaud et al., 2022). Anche la persistenza di marcatori infiammatori bioumorali dopo l'infezione da Sars-CoV-2, non è un elemento determinante, in quanto questi marcatori sierologici descritti risultano non specifici (Evans et al., 2021; Jarius et al., 2022).

STRUTTURE DI CURA E RICERCA INTERDISCIPLINARI E INTERSETTORIALI

Alla luce della gravità e della persistenza dei disturbi che colpiscono persone giovani in età di lavoro, con risvolti sociali, economici e lavorativi, è importante favorire una collaborazione interdisciplinare da parte delle diverse specialità, ad esempio neurologia, psichiatria e psicoterapia, psicosomatica, pneumologia, cardiologia, medicina fisica e del dolore e reumatologia. Tutte le specialità dovrebbero collaborare strettamente con i colleghi degli studi privati e delle strutture

di riabilitazione, al fine di ridurre i sintomi e aiutare i pazienti a recuperare le abilità nelle funzioni quotidiane e al reintegro nel mondo del lavoro (Evans et al., 2021).

Infatti allo stato attuale molte persone affette da post-COVID in età lavorativa sono assenti dal lavoro per un periodo più lungo. Fra queste vanno annoverate in particolare le professioni sanitarie, dove possono insorgere difficoltà nel recuperare risorse ed organizzare servizi essenziali. Va menzionato come anche come la Pandemia abbia causato ed arrechi ancora uno stress notevole su tutte le professioni sanitarie (Franzoi et al., 2021; Naldi et al., 2021).

In alcuni casi specifici la sindrome post-COVID può essere riconosciuta come una malattia professionale od infortunio sul lavoro. Per questo abbiamo urgentemente bisogno di criteri obiettivi che ci aiutino a fare una valutazione appropriata, come viene riportato in alcuni studi (Tegenthoff, Drechsel-Schlund, & Widder, 2022).

La sindrome post-COVID sarà presente probabilmente per gli anni a venire. Le attività di ricerca devono quindi mirare a definire meglio la patogenesi dei sintomi e a trovare validi biomarcatori, in grado di prevedere le complicanze a breve e lungo termine. In particolare due discipline quali la Neurologia e psichiatria devono la-

vorare in stretta collaborazione a beneficio delle persone affette da post-COVID.

Non per ultimo va menzionato come nel passato a seguito della sindrome influenzale Spagnola, molte persone soffrirono di disfunzioni neurologiche per il resto della loro vita e i patologi descrissero ripetutamente l'encefalite emorragica acuta, all'epoca chiamata encefalite pulciosa, e le sue conseguenze (Holmes, 2013). Inoltre, si osservò un notevole accumulo di casi di encefalite letargica con disturbi riscontrabili anche nel morbo di Parkinson, oltre che, in alcuni casi, un parkinsonismo postencefalitico permanente. Anche se allora non fu dimostrata una connessione diretta dell'encefalite letargica con l'influenza spagnola, non si può escludere che il SARS COV 2 potrà essere anche responsabile di patologie di tipo neurodegenerativo.

In conclusione, anche se siamo in una fase finale della Pandemia, alla luce del problema epidemiologico, degli interrogativi clinici e scientifici continueremo ad occuparci per un tempo ancora non prevedibile del SARS COV-2. Sono pertanto necessarie strutture di cura e di ricerca interdisciplinari e intersettoriali dedicate e adeguatamente remunerate per le sindromi post-COVID gravi e complesse, al fine di recuperare i pazienti ed evincere ulteriori conoscenze.



■ BIBLIOGRAFIA

- Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M., Dewald, F., Gieselmann, L., Gruell, H., . . . Lehmann, C. (2021). Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur*, 6, 100122. doi:10.1016/j.lanepe.2021.100122
- Ceban, F., Ling, S., Lui, L. M. W., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., . . . McIntyre, R. S. (2022). Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*, 101, 93-135. doi:10.1016/j.bbi.2021.12.020
- Cevik, M., Kuppalli, K., Kindrachuk, J., & Peiris, M. (2020). Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *Bmj*, 371, m3862. doi:10.1136/bmj.m3862
- Chen, C., Hauptert, S. R., Zimmermann, L., Shi, X., Fritsche, L. G., & Mukherjee, B. (2022). Global Prevalence of Post COVID-19 Condition or Long COVID: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Infect Dis*. doi:10.1093/infdis/jiac136
- Dimitriadis, K., Meis, J., Neugebauer, H., Barlinn, K., Neumann, B., Gahn, G., . . . Bösel, J. (2022). Neurologic manifestations of COVID-19 in critically ill patients: results of the prospective multicenter registry PANDEMIC. *Crit Care*, 26(1), 217. doi:10.1186/s13054-022-04080-3
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F., Arthofer, C., Wang, C., McCarthy, P., . . . Smith, S. M. (2022). SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank. *Nature*, 604(7907), 697-707. doi:10.1038/s41586-022-04569-5
- Evans, R. A., McAuley, H., Harrison, E. M., Shikotra, A., Singapuri, A., Sereno, M., . . . Brightling, C. E. (2021). Physical, cognitive, and mental health impacts of COVID-19 after hospitalisation (PHOSP-COVID): a UK multicentre, prospective cohort study. *Lancet Respir Med*, 9(11), 1275-1287. doi:10.1016/s2213-2600(21)00383-0
- Franzoi, I. G., Granieri, A., Sauta, M. D., Agnesone, M., Gonella, M., Cavallo, R., . . . Naldi, A. (2021). Anxiety, Post-Traumatic Stress, and Burnout in Health Professionals during the COVID-19 Pandemic: Comparing Mental Health Professionals and Other Healthcare Workers. *Healthcare (Basel)*, 9(6). doi:10.3390/healthcare9060635
- Hamming, I., Timens, W., Bulthuis, M. L., Lely, A. T., Navis, G., & van Goor, H. (2004). Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. *J Pathol*, 203(2), 631-637. doi:10.1002/path.1570
- Holmes, C. (2013). Review: systemic inflammation and Alzheimer's disease. *Neuropathol Appl Neurobiol*, 39(1), 51-68. doi:10.1111/j.1365-2990.2012.01307.x
- Jarius, S., Pache, F., Körtvelyessy, P., Jelčić, I., Stettner, M., Franciotta, D., . . . Wildemann, B. (2022). Cerebrospinal fluid findings in COVID-19: a multicenter study of 150 lumbar punctures in 127 patients. *J Neuroinflammation*, 19(1), 19. doi:10.1186/s12974-021-02339-0
- Katsanos, A. H., Palaiodimou, L., Zand, R., Yaghi, S., Kamel, H., Navi, B. B., . . . Tsvigoulis, G. (2021). The Impact of SARS-CoV-2 on Stroke Epidemiology and Care: A Meta-Analysis. *Ann Neurol*, 89(2), 380-388. doi:10.1002/ana.25967
- Lehmann, H. C. (2022). [Neuromuscular manifestations in long-COVID syndrome]. *Nervenarzt*, 93(8), 761-768. doi:10.1007/s00115-022-01321-2
- Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*, 11(1), 16144. doi:10.1038/s41598-021-95565-8
- Machhi, J., Herskovitz, J., Senan, A. M., Dutta, D., Nath, B., Oleynikov, M. D., . . . Kevadiya, B. D. (2020). The Natural History, Pathobiology, and Clinical Manifestations of SARS-CoV-2 Infections. *J Neuroimmune Pharmacol*, 15(3), 359-386. doi:10.1007/s11481-020-09944-5

- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., . . . Hu, B. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*, 77(6), 683-690. doi:10.1001/jama-neurol.2020.1127
- Matschke, J., Lütgehetmann, M., Hagel, C., Sperhake, J. P., Schröder, A. S., Edler, C., . . . Glatzel, M. (2020). Neuropathology of patients with COVID-19 in Germany: a post-mortem case series. *Lancet Neurol*, 19(11), 919-929. doi:10.1016/s1474-4422(20)30308-2
- Naldi, A., Vallelonga, F., Di Liberto, A., Cavallo, R., Agnesone, M., Gonella, M., . . . Leombruni, P. (2021). COVID-19 pandemic-related anxiety, distress and burnout: prevalence and associated factors in healthcare workers of North-West Italy. *BJPsych Open*, 7(1), e27. doi:10.1192/bjo.2020.161
- Nersesjan, V., Fonsmark, L., Christensen, R. H. B., Amiri, M., Merie, C., Lebech, A. M., . . . Benros, M. E. (2022). Neuropsychiatric and Cognitive Outcomes in Patients 6 Months After COVID-19 Requiring Hospitalization Compared With Matched Control Patients Hospitalized for Non-COVID-19 Illness. *JAMA Psychiatry*, 79(5), 486-497. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0284
- Pezzini, A., & Padovani, A. (2020). Lifting the mask on neurological manifestations of COVID-19. *Nat Rev Neurol*, 16(11), 636-644. doi:10.1038/s41582-020-0398-3
- Renaud-Charest, O., Lui, L. M. W., Eskander, S., Ceban, F., Ho, R., Di Vincenzo, J. D., . . . McIntyre, R. S. (2021). Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. *J Psychiatr Res*, 144, 129-137. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.09.054
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun*, 109, 102433. doi:10.1016/j.jaut.2020.102433
- Seeßle, J., Waterboer, T., Hippchen, T., Simon, J., Kirchner, M., Lim, A., . . . Merle, U. (2022). Persistent Symptoms in Adult Patients 1 Year After Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Prospective Cohort Study. *Clin Infect Dis*, 74(7), 1191-1198. doi:10.1093/cid/ciab611
- Sinha, S., Mittal, S., & Roy, R. (2021). Parkinson's Disease and the COVID-19 Pandemic: A Review Article on the Association between SARS-CoV-2 and α -Synucleinopathy. *J Mov Disord*, 14(3), 184-192. doi:10.14802/jmd.21046
- Smith, C. J., Renshaw, P., Yurgelun-Todd, D., & Sheth, C. (2022). Acute and chronic neuropsychiatric symptoms in novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients: A qualitative review. *Front Public Health*, 10, 772335. doi:10.3389/fpubh.2022.772335
- Tegenthoff, M., Drechsel-Schlund, C., & Widder, B. (2022). [Neurological and psychiatric expert assessment of post-COVID syndrome]. *Nervenarzt*, 93(8), 804-811. doi:10.1007/s00115-022-01292-4
- Van Kessel, S. A. M., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P., & van Jaarsveld, C. H. M. (2022). Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. *Fam Pract*, 39(1), 159-167. doi:10.1093/fampra/cmab076
- Wong, A., Nyenhuis, D., Black, S. E., Law, L. S., Lo, E. S., Kwan, P. W., . . . Mok, V. (2015). Montreal Cognitive Assessment 5-minute protocol is a brief, valid, reliable, and feasible cognitive screen for telephone administration. *Stroke*, 46(4), 1059-1064. doi:10.1161/stroke-aha.114.007253
- Yang, A. C., Kern, F., Losada, P. M., Agam, M. R., Maat, C. A., Schmartz, G. P., . . . Wyss-Coray, T. (2021). Dysregulation of brain and choroid plexus cell types in severe COVID-19. *Nature*, 595(7868), 565-571. doi:10.1038/s41586-021-03710-0
- Zubair, A. S., McAlpine, L. S., Gardin, T., Farhadian, S., Kuruvilla, D. E., & Spudich, S. (2020). Neuropathogenesis and Neurologic Manifestations of the Coronaviruses in the Age of Coronavirus Disease 2019: A Review. *JAMA Neurol*, 77(8), 1018-1027. doi:10.1001/jama-neurol.2020.2065.

MARTA MAJRANO

Infermiera presso (Torino), Casa di Cura, Villa di Salute, Trofarello (TO)
majranomarta@gmail.com

LETIZIA MARIA VOLA

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

Coautrici e coautori dell'articolo appartengono al gruppo che ha lavorato sull'argomento, costituito da:

ROSSELLA BAZZO Coordinatrice Neurologia Aou San Luigi di Orbassano (TO)

ALICE CLOT Infermiera Cure Domiciliari Pinerolo (TO)

ANNALISA DAL FITTO Infermiera Centro di Salute Mentale Pinerolo (TO)

CAMILLA GATTI Infermiera Presidio Sanitario San Camillo Torino

NICOLETTA LEDONNE Infermiera Ivrea, ASL TO 4

GIANCARLO MERCURIO

Corso di Laurea in Infermieristica, Città della salute e della scienza di Torino

CHIARA MONTALDO Infermiera, Rianimazione di Presidio di Rivoli

EMANUELE PALERMO

Infermiere Neurologia e neurochirurgia, ospedale Giovanni Bosco

STEFANIA PELLEGRINO

Infermiera e tutor clinica, Neurologia AOU San Luigi di Orbassano (TO)

NANCY POMILIO Infermiera e tutor clinica, Neurologia Presidio di Rivoli

MARIA LUISA VARRICCHIO

Infermiera e tutor clinica, Neurologia Presidio di Pinerolo (TO)

LETIZIA MARIA VOLA Infermiera e tutor Corso di laurea in Infermieristica, Polo Didattico di Orbassano e Candiolo (TO) ha anche partecipato alla stesura del testo.

CONTRIBUTO DELL'INFERMIERE NELL'EDUCAZIONE DEL CARE GIVER DEL PAZIENTE POST STROKE: una proposta di continuità assistenziale

ABSTRACT

INTRODUZIONE

L'ictus è uno dei più gravi problemi di salute, prima causa di invalidità. Questa patologia comporta che la persona colpita da ictus perda la sua autonomia e abbia bisogno di aiuto e supporto dopo il ricovero.

Il caregiver, trovandosi di fronte ad una nuova situazione, necessita di supporti adeguati in termini di formazione e addestramento. Lo studio ha analizzato i bisogni più frequenti dei caregiver a domicilio e ha permesso di elaborare alcune proposte di continuità assistenziale.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione della letteratura che si è concentrata sui bisogni del care giver e del suo paziente.

In un secondo momento, attraverso il coinvolgimento di un gruppo di infermieri di Neurologia e dell'area territoriale del AOU San Luigi e dell'ASL To 3, (sedi di Pinerolo e Rivoli) e della Struttura Riabilitativa San Camillo di Torino è stato possibile realizzare alcune proposte educative e formative, quali video sulla mobilitazione e

opuscoli inerenti l'alimentazione della persona disfagica e le pratiche burocratiche

RISULTATI E DISCUSSIONE

Sono stati presi in considerazione tutti i bisogni del care giver. Questi sono stati analizzati e sono state elaborate delle proposte di continuità assistenziale aventi come cardine il ruolo dell'infermiere. L'infermiere eroga interventi educativi e si impegna per potenziare la capacità di cura dei care giver, necessarie per far fronte a questa situazione inaspettata.

CONCLUSIONI

Il ruolo dell'infermiere risulta essere rilevante nella formazione del care giver, in quanto permette di acquisire nuove conoscenze e capacità di cura e permette il miglioramento della qualità della vita. Inoltre le proposte operative, revisionabili periodicamente, costituiscono delle strategie per soddisfare i bisogni del care giver.

PAROLE CHIAVE

Caregiver, stroke, dysphagia, stroke patients, nurses role, mobility limitation, home health education.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Stroke is one of the most serious health problems, the leading cause of disability. This pathology means that the person affected by stroke loses his autonomy and needs help and support after hospitalization. The care giver, being faced with a new situation, has education and training needs. The study analyzed the most frequent needs of home care givers and some proposals for continuity of care were created.

MATERIALS AND METHODS

It was carried out a literature review which focused on the needs of the care giver and the his patient. In a second moment, through the involvement of a group of nurses of Neurology and of the territorial area of the AOU San Luigi and of the ASL To 3, (Pinerolo and Rivoli hospital) and of the San Camillo Rehabilitation Structure, it was possible to create some educational and training proposals such as videos on mobilization and brochures regarding the diet of the dysphagic person and bureaucratic practices.

RESULTS AND DISCUSSION

All care giver needs were considered. These were analyzed and proposals for continuity of care were produced with the role of the nurse as pivotal.

The nurse provides educational interventions and is committed to enhancing the care givers' capacity for care, necessary to cope with this unexpected situation.

CONCLUSIONS

The role of the nurse appears to be relevant in the training of the care giver, as it allows to acquire new knowledge and care skills and allows the improvement of the quality of life.

Furthermore, the operative proposals constitute strategies to satisfy the needs of the care giver, and are periodically revisable.

KEY WORDS

Caregiver, stroke, dysphagia, stroke patients, nurses role, mobility limitation, home health education.

INTRODUZIONE

“Care giver” è una parola che si traduce letteralmente in “colui che si prende cura” ed è una parola comunemente usata per riferirsi a membri della famiglia che si prendono cura di una persona cara che è malata o disabile. (Linee Guida Regione Toscana, 2013)

L'evento traumatico relativo all'ictus può comportare perdita di autonomia alla persona che ne viene colpita e il care giver può non essere pronto alla nuova condizione, con conseguente variazione dei ruoli e della necessità di adeguarsi ai nuovi bisogni.

Nella maggioranza dei casi le

persone con ictus, in seguito al ricovero in ospedale, rientrano al proprio domicilio, e questo momento di fragilità deve essere supportato. Prendersi cura di una persona cara può essere sicuramente soddisfacente, ma dall'altra parte può diventare fonte di dolore, che aumenta lo stress e la stanchezza del Caregiver. (Agenzia Regionale per i percorsi sanitari, 2019)

L'ictus cambia la vita non solo per il paziente ma anche per coloro che gli stanno vicini o facciano parte del nucleo familiare, in quanto con gli obblighi e impegni della propria famiglia e mantenere il lavoro, spesso si presenta uno squilibrio tra

la richiesta di assistenza e la capacità di cura, con conseguente possibile riscontro negativo sugli esiti e sul benessere.

Si è visto quindi come il lavoro del care giver, il supporto sociale e la relazione tra care giver e persona con ictus debba essere messa al centro della pianificazione delle dimissioni ospedaliere. (Tyagi et al, 2019)

È necessario quindi cercare di integrare il care giver con il sistema sanitario, per far sì che ci sia una continuità dell'assistenza sia formale che informale, dando tempestivamente le informazioni utili per gestire a casa la persona malata e le ri-

sorse e il supporto necessari. (Smith, 2021)

I care giver e le persone colpite da ictus si dimostrano insoddisfatti delle informazioni fornite e molte volte presentano una scarsa conoscenza della patologia cerebrale acuta e dei problemi associati, provocando, in alcuni casi, depressione.

Depressione, ansia, affaticamento, esaurimento, disperazione sono infatti solo alcuni dei vari problemi che si possono presentare nel care giver del paziente con ictus. L'erogazione delle cure influisce sulla qualità della vita del care giver per aspetti sociali, economici, psicologici e fisiologici. (Ugur, 2019).

Per ridurre il carico assistenziale e le responsabilità dei care giver e aumentare di conseguenza la loro qualità di vita, è necessario un regolare supporto, che dia indicazioni sia per quanto riguarda la gestione pratica dei pazienti, sia per quanto riguarda la promozione della salute dei parenti, le fonti di sostegno finanziario e il supporto psicologico di cui necessitano. (Ugur, 2019).

I care giver, oltre a svolgere svariati compiti, necessitano di apprendere nuove competenze e capacità, come la somministrazione dei pasti e dei farmaci per os, rispettando i criteri della sicurezza e l'utilizzo corretto delle attrezzature per la mobilizzazione e la prevenzione delle cadute. (Farahani et al 2020).

Conoscenze, abilità, risorse, supporto emotivo sono solo alcune delle necessità dei care giver per prendersi cura del proprio congiunto al domici-

lio. La letteratura consultata e le esperienze cliniche degli infermieri del gruppo di lavoro concordano nel segnalare, da parte dei care giver, la preoccupazione di non saper gestire in modo adeguato la situazione e di temere il rientro a casa del paziente. (Tsai, 2015).

Solitamente i bisogni personali del care giver si riferiscono alla mancanza di abilità e conoscenze per la gestione dei problemi che insorgono nei sopravvissuti all'ictus. Prima che la persona venga dimessa, sarebbe necessario dedicare momenti informativi circa la prognosi, le complicanze e la guarigione prevista. Quando si inizia a parlare di dimissioni i care giver richiedono informazioni per la gestione pratica, nella vita di tutti i giorni, per mantenere la sicurezza, come la prevenzione delle cadute e la mobilizzazione, per l'alimentazione e per la gestione dei problemi a livello comportamentale e psicologico. (Grant, 2014)

Le abilità di care giving non riescono ad essere espresse in modo corretto sia per il fatto che la patologia si verifica senza preavviso e per questo bisogna imparare in poco tempo a gestire questa nuova situazione (LeLaurin et al, 2020), sia per la differenza tra ambienti domestici e il contesto ospedaliero; ad esempio l'organizzazione del bagno o della casa stessa.

Quello che si vuol mettere in risalto è che i care giver molto spesso si sentono impreparati e non sicuri del ruolo che dovranno ricoprire. Necessitano di avere informazioni oneste per quanto riguarda il loro ruolo e auspicano una comunica-

zione aperta con gli operatori coinvolti.

L'obiettivo dell'elaborato è stato quello di svolgere un'analisi dei bisogni del care giver, in seguito alla dimissione ospedaliera ed in previsione del rientro al domicilio.

In particolare sono state elaborate delle proposte per potenziare la formazione dei care giver, utili per la prosecuzione delle cure a domicilio, dove, in assenza di supporti si possono percepire condizioni di inadeguatezza, di insoddisfazione e di senso di abbandono.

■ MATERIALI E METODI

Per riuscire a raggiungere l'obiettivo prefissato si è deciso di partire utilizzando delle "domande di ricerca", dalle quali è stato possibile effettuare una indagine mirata sulle banche dati e attraverso i motori di ricerca.

Domande di ricerca

- Quali sono i bisogni del care giver?
- Quali sono gli aiuti e le risposte che si aspettano i care giver?
- Cosa bisogna fornire ai care giver dopo il ricovero?
- Il rientro al domicilio come viene gestito?
- Quali interventi sono necessari per proseguire l'assistenza al domicilio?
- Quali sono i possibili contributi dell'infermiere?

È stata quindi effettuata una ricerca in letteratura per il reperimento degli articoli selezionati.

nati avvalendosi del servizio offerto dalla Biblioteca Federata di Medicina Ferdinando Rossi. Sono state prese in considerazione anche dati internazionali come PubMed e Cinahl Complete e linee guida nazionali come le SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion).

Le parole chiave utilizzate sono state: *caregiver, stroke, dysphagia, stroke patients, nurses role, mobility limitation, home health education.*

Sono stati utilizzati per la ricerca gli operatori booleani AND e OR, attraverso i quali è stato possibile ottenere le seguenti stringhe di ricerca:

● ("Caregivers"[Mesh] OR caregiver*[tiab] OR carer*[tiab]) AND (((("Stroke Rehabilitation"[Mesh]) OR "Stroke/rehabilitation"[Mesh] OR stroke-rehab*[tiab]) OR ("Mobility Limitation"[Mesh] OR mobility[tiab] OR ambulation*[-tiab])) OR ("Deglutition Disorders"[Mesh] OR deglutition-disorder*[tiab] OR dysphagia*[-tiab] OR swallowing-disorder*[-tiab]) AND ((("Nursing"[Mesh] OR "nursing" [Subheading]) OR "Nurse's Role"[Mesh] OR nurs*[-tiab] OR nurses-role*[tiab] OR home-care-service*[tiab]) AND ("Health Education"[Mesh] OR education*[tiab] OR programme*[tiab] OR management*[tiab] OR method*[tiab] OR intervention*[tiab]))

● ((MH "Stroke+") OR stroke* OR (MH "Stroke Patients") OR stroke rehab* OR (MH "Deglutition Disorders") OR deglutition* OR swallowing* OR dysphagia* OR (MH "Physical Mobility") OR mobility OR ambulation) AND ((MH "Caregivers") OR caregiver* OR carer*) AND ((MH "Home Health Aides")



OR (MH "Nursing Home Personnel") OR (MH "Home Health Care") OR nurs* OR nurses role*) AND ((MH "Health Education") OR education* OR programme* OR intervention* OR management* OR method*) AND MX Y

Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione:

- ✓ Lingua inglese o italiana
- ✓ Articoli contenenti full text
- ✓ Periodo di tempo che parte dal 2010
- ✓ Abstract consultabile

Criteri di esclusione:

- ✓ Articoli a pagamento
- ✓ Articoli privi di abstract
- ✓ Articoli privi di full text
- ✓ Articoli scritti prima dell'anno 2010

Inoltre sono stati utilizzati motori di ricerca quali Google e Google Scholar.

Dalla ricerca effettuata sono stati individuati 194 risultati

che successivamente sono stati filtrati attraverso i criteri di inclusione ed esclusione ottenendo e includendo 19 articoli; sono anche state prese in considerazione 3 linee guida.

Successivamente alla ricerca, sono stati creati dei video didattici per la mobilitazione sicura del paziente dopo l'ictus e opuscoli per quanto riguarda alcune problematiche prese in esame: la mobilità e la disfagia, le pratiche burocratiche da attivare dopo l'ictus. Questo risultato è stato realizzato grazie ad un gruppo di lavoro di infermieri delle strutture di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera AOU San Luigi Gonzaga, dell'assistente Sociale della medesima Azienda, di infermieri delle cure domiciliari di Pinerolo, delle neurologia di Pinerolo, di Rivoli e del Presidio San Camillo di Torino, in collaborazione con l'ANIN (Associazione Nazionale Infermieri delle Neuroscienze).

Nelle fasi del lavoro di gruppo, iniziato a marzo 2021, è stato possibile confrontare le esperienze e reperire le informazioni inerenti i diritti e la tutela delle persone affette da ictus e dei loro parenti, utili da fornire ai care giver nelle fasi di dimissione ospedaliera, al fine di agevolare e facilitare le varie procedure assistenziali.

Per il raggiungimento dell'obiettivo di questo elaborato oltre alla ricerca in letteratura, è stato ritenuto utile proporre la produzione di video, come proposta operativa per facilitare il passaggio delle competenze richieste ai care giver al domicilio. Attualmente nelle sedi coinvolte vi è una carenza di materiale informativo e formativo adeguato per cui si è deciso di elaborare dei video da proporre ai care giver dei pazienti in fase di dimissione in cui sono illustrate tutte le procedure e i vari passaggi da seguire nel momento della mobilizzazione della persona con deficit moto-

ri residui.

I video realizzati in formato MP4 per potenziare la formazione dei care giver sono i seguenti:

- ✓ Mobilizzazione a letto
- ✓ Posizione laterale sul lato sano
- ✓ Posizione laterale sul lato plegico
- ✓ Posizione di sicurezza laterale
- ✓ Passaggio dal letto alla carrozzina
- ✓ Passaggio dalla posizione seduta alla carrozzina

I video sono stati inseriti nel sito della associazione Alice <https://www.alicesubalpina.it/progetti/il-rientro-a-casa/>

Sono state redatte le indicazioni per il rientro a domicilio, con le osservazioni per mettere gli ambienti in sicurezza e prevenire la cadute.

Oltre alla realizzazione dei video per quanto riguarda la mobilizzazione, è stato realizzato un opuscolo che riguarda il se-

condo problema assistenziale che si è deciso di prendere in considerazione: la disfagia.

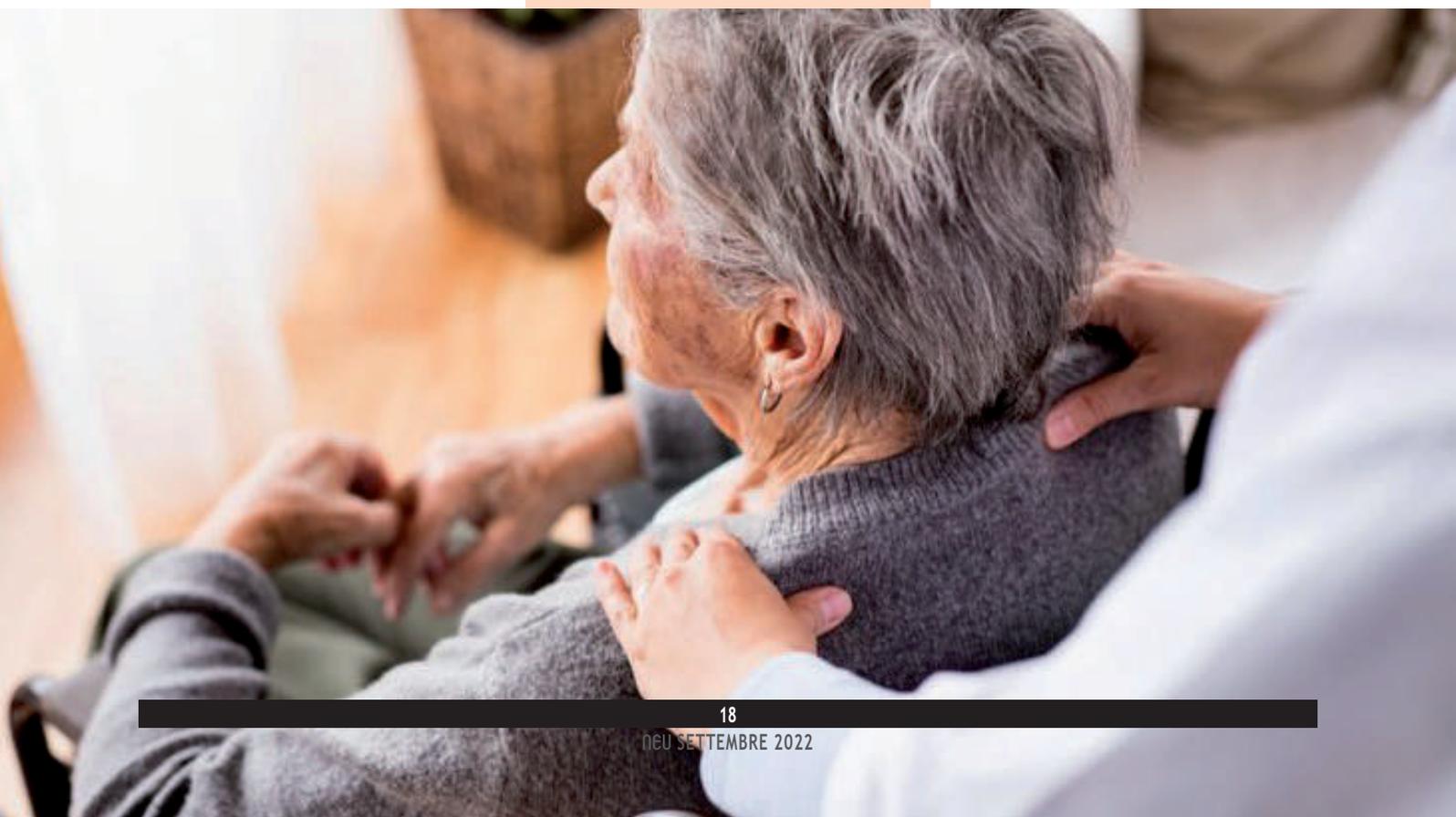
Nell'opuscolo vengono riportati:

- Definizione della disfagia, segni e sintomi
- Assistenza al paziente disfagico durante i pasti
- Diete idonee e possibili consistenze
- Somministrazione dei farmaci in sicurezza

Un altro opuscolo, dedicato alla Pratiche Burocratiche, ha la finalità di agevolare le richieste di invalidità, di valutazione dello stato di handicap, l'amministrazione di sostegno (legge 6/2004) e la valutazione geriatrica necessaria per usufruire dei servizi rivolti alle persone over 65 anni.

■ RISULTATI

I care giver hanno bisogno di ricevere supporto in tutte le fasi, dal momento in cui il pa-



ziente entra in ospedale fino al rientro al domicilio. Prima del supporto però vi è la necessità di analizzare tutti i loro bisogni in quanto il carico sia emotivo sia lavorativo è critico soprattutto all'inizio. (Kareny, 2020) È necessario sottolineare l'importanza della continuità assistenziale per il paziente dopo il ricovero per ictus, ma anche per il care giver che se ne fa carico. Per far sì che ci sia un buon recupero funzionale bisogna che il trattamento riabilitativo inizi dalle fasi precoci della malattia e continui presso il domicilio. (Li X, 2017).

Gran parte dei sopravvissuti all'ictus rientra a casa e nella maggioranza dei casi necessita di aiuto per poter svolgere le normali attività di vita quotidiana.

Questo implica che i care giver siano sottoposti a continue richieste, anche in assenza del giusto sostegno e la giusta informazione per poter svolgere il proprio ruolo correttamente. (Lobo et al, 2021).

Di conseguenza si vanno a creare situazioni di disagio che possono ripercuotersi negativamente sull'esito degli interventi attuati.

Lo studio di Farahani del 2020 riassume le maggiori problematiche e i bisogni maggiormente ricorrenti legati all'ictus presenti in quasi tutti gli studi presi in considerazione. Tra i quali:

- Bisogno di supporto professionale, quindi come trattare un paziente nel caso in cui si comporti in modo anormale
- Bisogno di informazione sanitaria, quindi come conoscere dai cambiamenti deter-



minate condizioni mediche

- Bisogno di essere inclusi nel piano di dimissione
- Bisogno di risposte oneste
- Bisogno di saper gestire ed eseguire procedure e pianificazione
- Bisogno di corrette informazioni su ictus, farmaci, tempi di recupero, gestione delle complicanze.

Oltre ai bisogni sanitari, i care giver presentano anche bisogni insoddisfatti quali (Day et al, 2018):

- Tempo per la cura di sé
- Supporto psicologico

La difficoltà a trovare il tempo per sé può durare mesi o anni e questo va ad incidere sulle condizioni di salute e benessere del care giver. Un carico di lavoro troppo elevato legato all'assistenza del paziente malato porta a non avere più tempo per se stessi e per prendersi cura della propria persona. (Kareny, 2020)

Questi bisogni insoddisfatti vengono sottovalutati e messi in secondo piano anche dai care giver stessi, in quanto in

primis cercano di pensare e prestare le cure necessarie al paziente malato.

Comporta di conseguenza il fatto che il care giver debba affrontare problemi fisici come alterazione del sonno, dolore, stanchezza ma anche senso di incertezza, ansia e angoscia. Questo a lungo andare può portare ad isolamento sociale.

L'isolamento sociale può anche essere legato alla mancanza di supporto della comunità, di amici o di parenti.

È importante quindi cercare di far comprendere la situazione e condividere gli interventi di cura anche alle persone che circondano il care giver in modo che questi ultimi possano soddisfare i propri bisogni e non percepiscano un senso di abbandono. (Miller et al, 2010)

Le dimissioni del congiunto malato sono la prima fonte di ansia per il care giver, in quanto pensa di dover affrontare il rientro da soli a fronte di una situazione complessa da gestire.

Il passaggio al domicilio signi-

fica anche cercare di superare ostacoli organizzativi, pratici e economici.

Per quanto riguarda i sopravvissuti all'ictus, anche loro presentano dei bisogni e necessitano di ricevere le migliori cure, necessitano di essere informati e preparati, di essere supportati in tutte e fasi del recupero.

I bisogni principali emersi dagli studi presi in esame sono (Lin et al, 2020):

- Supporto psicologico, in quanto una malattia improvvisa come l'ictus ha prodotto dei traumi sulla psicologia del paziente. Questa proble-

- Supporto sociale per un ritorno quanto più possibile completo alle attività e ruoli che avevano prima dell'ictus. Bisogna però tenere in considerazione che non sempre ciò a cui aspirano diviene ciò che ottengono effettivamente.

- Bisogno di informazione, in quanto la maggior parte delle persone presenta una conoscenza estremamente limitata dell'ictus e sui cambiamenti correlati. Questo bisogno si è tradotto in desiderio di conoscere quanto più possibile per cercare di affrontare al

formazioni e passa al coinvolgimento nel processo decisionale. (Lobo et al, 2021)

Vi sono delle barriere che attraverso la giusta istruzione e formazione possono essere eliminate, quali:

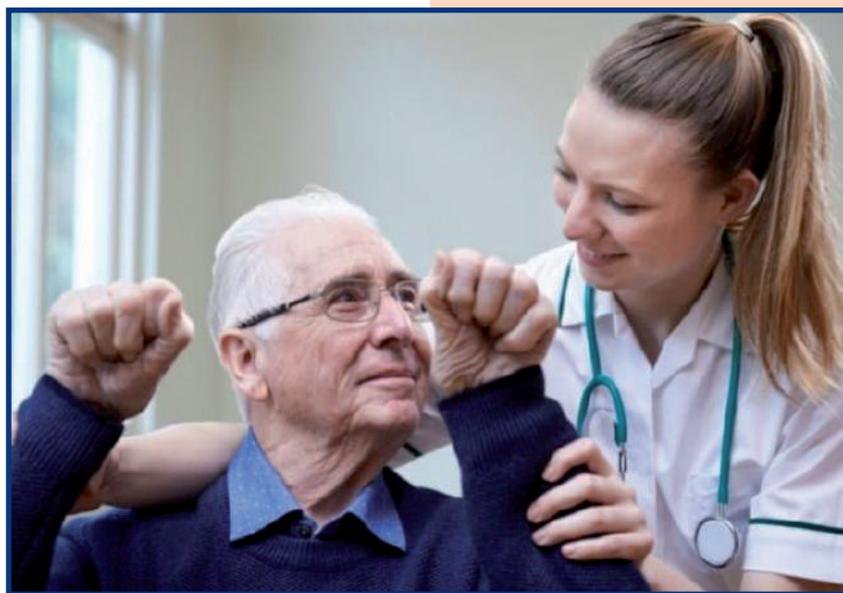
- Limiti di tempo
- Aumento del carico di lavoro
- Mancanza di consapevolezza
- Mancanza del beneficio percepito.

Se queste barriere vengono eliminate quello che si può ottenere è il miglioramento della qualità dell'assistenza e della qualità della vita dei soggetti coinvolti.

Il ruolo principale per garantire la corretta continuità assistenziale e per garantire la giusta informazione è svolta dal personale infermieristico che garantisce la presa in cura tra ospedale e domicilio.

L'infermiere non si fa carico solo di problemi clinici ma anche di quelli emotivi e per questo fornisce un riferimento continuo attraverso interventi per quanto riguarda aspetti relazionali, ma anche interventi per l'organizzazione del servizio; questo per cercare di garantire sia al paziente che al care giver un ambiente adeguato, in cui si sentano adeguati e tutelati, in cui possano esprimere le proprie emozioni e non ricevere o effettuare solo degli interventi. Sono strategie dell'infermiere per permettere il rientro al domicilio più tollerabile e accettabile.

Per garantire la continuità dell'assistenza è necessario mettere il care giver nella condizione di prendersi cura del paziente affetto da ictus; questo è permesso dal fatto di sapere a



matica è da tenere in considerazione tanto quanto il trattamento della malattia, per cercare di andare a ridurre quella che viene definita depressione post-ictus.

- Necessità di cure, diagnosi, trattamento e riabilitazione. Le strategie di intervento variano di paziente in paziente e devono essere individuali quanto più possibile, tenendo conto di ogni possibile rischio.

meglio la situazione. Pertanto per migliorare il coinvolgimento del care giver è necessaria una collaborazione attiva tra le persone coinvolte e gli operatori che partecipano al percorso di cura, in questo modo è possibile ottenere dei risultati sanitari migliori, ponendo al centro l'assistenza della persona malata ma anche i bisogni trascurati di chi la segue. Il coinvolgimento del care giver inizia dalla richiesta di in-

chi rivolgersi nel momento di bisogno e dal fatto di ricevere una vera e propria educazione nella gestione delle attività di vita quotidiana.

■ DISCUSSIONE

Dall'analisi effettuata emerge come sia essenziale, prima di procedere alla dimissione, effettuare una valutazione infermieristica sulla salute sia fisica che psicologica del care giver. In questo modo sarà possibile capire i bisogni sociali, finanziari ed emotivi prima e dopo il ritorno al domicilio. (Grant, 2014).

Molto spesso però i care giver si ritrovano a dover affrontare e comprendere una mole di informazioni, che nella maggior parte dei casi non vengono ricordate. Quindi quello che viene messo in risalto dagli articoli reperiti è che l'infermiere fornisca informazioni, sia nella fase acuta che in quella cronica, in modo scritto e orale, per ribadire le informazioni fornite. La gestione dei problemi assistenziali e la prevenzione delle complicanze sono fattori che devono essere tenuti in considerazione durante la pianificazione della dimissione ma anche durante il ricovero, coinvolgendo il care giver per far conoscere la nuova condizione, e per consentirgli di acquisire tutte le conoscenze necessarie, in quanto nella maggior parte dei casi la gestione e l'assistenza dei pazienti post ictus giunge e le persone coinvolte si ritrovano spazzate.

È necessario che l'infermiere offra supporto e fornisca il giusto orientamento per svolgere

le attività, in questo modo il care giver avrà maggiore sicurezza e riuscirà a gestire le emozioni e riorganizzare l'ambiente familiare di fronte al paziente colpito da ictus. (Lutz et al, 2017)

È fondamentale che ci sia una giusta relazione tra infermiere e care giver in modo da ottenere e garantire per la salute del paziente dei risultati positivi. Oltre a questo è necessario definire degli obiettivi individuali che devono essere raggiungibili sia dal care giver che dall'infermiere.

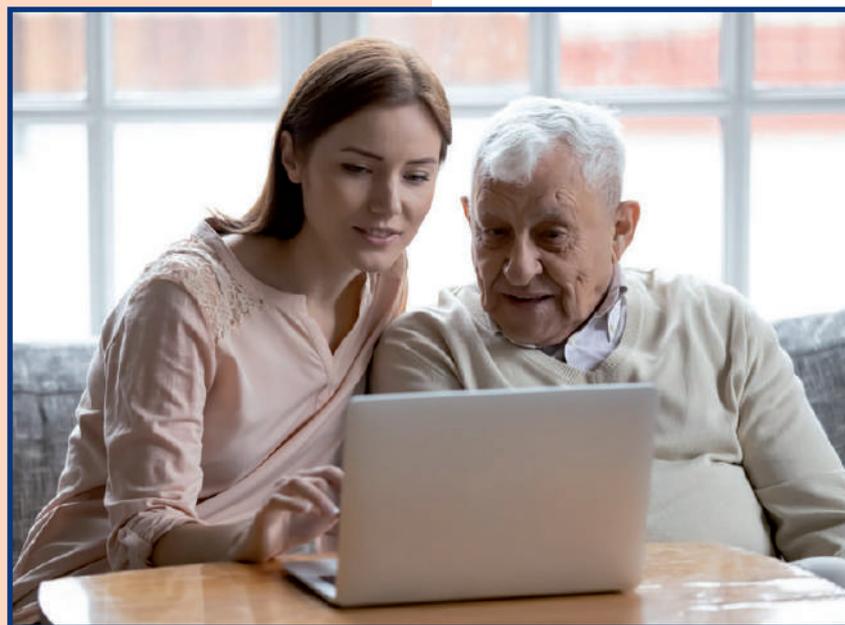
Per migliorare l'efficacia e la sostenibilità dei servizi il coinvolgimento degli operatori è considerato fondamentale poiché permette di migliorare la sicurezza, la qualità e l'erogazione delle cure, in quanto il percorso assistenziale è complesso da affrontare senza le corrette informazioni. (Lobo et al, 2021)

L'infermiere deve preparare il care giver al ruolo che deve assumere perché nella maggior parte dei casi quest'ulti-

mo si sente impreparato nella gestione della persona, nella pianificazione, nella gestione delle finanze e nella riorganizzazione del domicilio. Non solo anche la mancanza di tempo e di consapevolezza, l'aumento del carico di lavoro, il beneficio percepito sono delle barriere che l'operatore deve cercare di adeguare attraverso una corretta formazione.

I care giver devono essere considerati membri attivi del team interdisciplinare, partecipando alla definizione degli obiettivi e alle decisioni di cura.

Per migliorare la qualità della vita sia del paziente che del



care giver e per ridurre il carico di lavoro di quest'ultimo è necessario un supporto regolare da parte dell'infermiere.

Quest'ultimo può fornire informazioni ed educare i care giver anche per quanto riguarda i problemi da affrontare e superare, il supporto psicologico, le fonti di sostegno finanziario necessarie da trovare, i loro diritti, i loro doveri di responsa-

bilità e tutela.

Per quanto riguarda i diritti e tutela delle persone affette da ictus e dei loro care giver, grazie al gruppo di lavoro e il contributo dell'assistente sociale è stato possibile ottenere informazioni utili da fornire al care giver per agevolare i vari iter da

- ✓ insoddisfazione
- ✓ senso di abbandono
- ✓ disturbi dell'umore
- ✓ ansia
- ✓ affaticamento

Questo comporta una ridotta qualità della vita del care giver, in difficoltà a far fronte alle richieste del paziente; di conse-



seguire.

CONCLUSIONI

Lo scopo di questa ricerca è stato quello di identificare le capacità di cura e le informazioni utili per supportare il ruolo del care giver dei pazienti colpiti da ictus quando si ritorna a casa, dopo un ricovero ospedaliero.

Gli studi sottolineano che per la continuità assistenziale, il care giver necessita, durante il ricovero della persona con ictus, di un programma di educazione e formazione che tenga conto di tutti i bisogni irrisolti dei soggetti coinvolti.

Dall'analisi della letteratura consultata si evince come quasi tutti gli studi siano concordi rispetto ai bisogni che i care giver esplicitano una volta che il paziente rientra al domicilio.

Da questa analisi emergono le percezioni dei care giver quali:

- ✓ inadeguatezza

guenza diminuisce il benessere e la qualità di vita anche della persona assistita.

Bisogna quindi prendere in considerazione anche i bisogni del paziente per poter affrontare e superare al meglio questa nuova situazione.

Attraverso degli interventi educativi e informativi gestiti dall'infermiere, il care giver apprende nuove conoscenze teoriche e le possibili complicanze della patologia; inoltre viene preparato per gestire al domicilio le incombenze di cura quotidiana, come la mobilizzazione e la alimentazione corretta della persona assistita, mantenendo la sicurezza di entrambi.

Sono stati creati strumenti quali i video illustrativi dei vari passaggi posturali, gli opuscoli dedicati alla alimentazione adeguata in caso di disfagia, e quelli per la richiesta di pratiche burocratiche.

Questi strumenti prodotti dagli infermieri risultano utili in quanto vanno a migliorare la preparazione del care giver per svolgere le attività diminuendo in questo modo tutte quelle condizioni di discomfort e inadeguatezza; inoltre possono essere revisionate e aggiornate periodicamente dal gruppo di lavoro e consultabili al domicilio ogni qual volta il care giver ne abbia bisogno.

I video sono elaborati in formato MP4, quindi consultabili da qualsiasi dispositivo quali tablet e smart-phone oppure inseriti nei programmi dedicati ai parenti presenti nei siti dell'azienda ospedaliera, sede di ricovero.

I materiali informativi cartacei possono essere consegnati al care giver durante il ricovero, in modo da poter acquisire le capacità pratiche e le conoscenze necessarie, in preparazione delle dimissioni. Il tempo della relazione e della educazione è tempo di cura del paziente e del suo familiare.

Sono state redatte anche delle indicazioni e procedure per le varie pratiche amministrative, quali la richiesta di invalidità o i permessi ai sensi della legge 104, fruibili dai care giver impegnati nella assistenza a domicilio.

Le indicazioni sono state redatte con l'aiuto dell'assistente sociale e hanno il preciso obiettivo di orientare il care giver ad affrontare la burocrazia, per poter accedere agli aiuti previsti per assistere i parenti malati o con disabilità secondarie a malattie acute quali l'ictus.

Per mantenere la sicurezza del malato, sono state identificate

delle buone pratiche per rendere idonea e sicura l'abitazione ed evitare le cadute durante le mobilizzazioni.

L'infermiere svolge quindi un ruolo fondamentale nella pianificazione della continuità assistenziale e nella formazione del care giver.

È quindi consapevole dei benefici offerti attraverso la produzione di queste due proposte formative ed educative, in quanto necessariamente queste ultime permettono al care giver maggiore sicurezza e maggiore preparazione nell'affrontare le nuove responsabilità di cura e assistenza.

■ BIBLIOGRAFIA

- Sistema Nazionale Linee Guida. Diagnosi e cura dell'ictus. 2013;1-105. Available from: [http://www.regione.toscana.it/documenti/10180/320308 Diagnosi+e+cura+dell/c2b10fbcdbc5-463e-8143-adba47b-1d1f8?version=1.0](http://www.regione.toscana.it/documenti/10180/320308_Diagnosi+e+cura+dell/c2b10fbcdbc5-463e-8143-adba47b-1d1f8?version=1.0)
- ARESS Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, Il percorso di cure per l'ictus in Piemonte, PDTA dell'ictus, reperito presso www.epicentro.iss.it quaderno aress 2009, ultima consultazione dicembre 2019
- Tyagi S, Koh GCH, Luo N, Tan KB, Hoenig H, Matchar DB, et al. Dyadic approach to post-stroke hospitalizations: Role of caregiver and patient characteristics. *BMC Neurol.* 2019;19(1):1-12.
- Smith J, Forster A, Young J. Cochrane review: Information provision for stroke patients and their caregivers. *Clin Rehabil.* 2009;23(3):195-206.
- Ugur HG, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clin Croat.* 2019;58(2):321-32.
- Farahani MA, Bahloli S, Jamshidiorak R, Ghaffari F. Investigating the needs of family caregivers of older stroke patients: A longitudinal study in Iran. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):1-12.
- Tsai PC, Yip PK, Tai JJ, Lou MF. Needs of family caregivers of stroke patients: A longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Preference Adherence.* 2015;9:449-57.
- Grant JS, Hunt CW, Steadman L. Common caregiver issues and nursing interventions after a stroke. *Stroke.* 2014;45(8):151-3.
- LeLaurin JH, Lamba AH, Eliazar-Macke ND, Schmitzberger MK, Magaly Freytes I, Dang S, et al. Postdischarge intervention for stroke caregivers: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc.* 2020;9(11).
- Karenly da Silva J, Anjos KF, Alves JP, Santa Rosa D de O, Silva de Oliveira Boery RN. Needs for family caregivers of Cerebrovascular Accident survivors. *Investig y Educ en Enferm.* 2020;38(3):1-11.
- Li X, Xia X, Wang P, Zhang S, Liu M, Wang L. Needs and rights awareness of stroke survivors and caregivers: A cross-sectional, single-centre questionnaire survey. *BMJ Open.* 2017;7(10):1-6.
- Lobo EH, Abdelrazek M, Grundy J, Kensing F, Livingston PM, Rasmussen LJ, et al. Caregiver Engagement in Stroke Care: Opportunities and Challenges in Australia and Denmark. *Front Public Heal.* 2021;9(November):1-6.
- Day CB, Bierhals CCBK, Santos NO dos, Mocellin D, Predebon ML, Dal Pizzol FLF, et al. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): Study protocol for a randomised trial. *Trials.* 2018;19(1):1-9.
- Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: A scientific statement from the American heart association. *Stroke.* 2010;41(10):2402-48.
- Lin S, Xiao LD, Chamberlain D. Erratum: A nurse-led health coaching intervention for stroke survivors and their family caregivers in hospital to home transition care in Chongqing, China: A study protocol for a randomized controlled trial (*Trials* (2020) 21 (240) DOI: 10.1186/s13063-020-2111-1). *Trials.* 2020;21(1):1-11.
- Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, Martz C, Eisenbrandt L, Brunny JN, et al. Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition from Inpatient Rehabilitation to Home. *Gerontologist.* 2017;57(5):880-9.

INDICAZIONI PER IL RIENTRO A DOMICILIO

Alcuni consigli per riadattare l'ambiente domestico e per prevenire la cadute:

Ambiente

- ✓ Illuminare gli ambienti di giorno e lasciare le luci notturne
- ✓ È importante che le porte siano larghe per permettere il passaggio della carrozzina
- ✓ Sedie, poltrone e divani devono essere stabili e non troppo bassi
- ✓ Posizionare gli oggetti di uso quotidiano in zone comode, di facile accesso

Pavimenti

- ✓ Eliminare i tappeti, tappetini e scendiletto
- ✓ Eliminare ingombri
- ✓ Eliminare cavi liberi, prolunghette che attraversano il pavimento
- ✓ Non lasciare oggetti a terra
- ✓ Non utilizzare la cera
- ✓ I pavimenti dovranno essere sempre ben asciutti e in buono stato

Scale, se presenti

- ✓ Dotare l'abitazione di un montascale, di rampe in alluminio o di un corrimano lungo la scala

Bagno

- ✓ Piatto doccia a livello del pavimento
- ✓ Posizionare strisce antiscivolo all'interno della doccia
- ✓ Procurarsi una sedia pieghevole stabile o seggiolino da posizionare all'interno della doccia, per poter fare la doccia da seduti, in sicurezza
- ✓ Spugna da bagno con manico lungo

- ✓ Dotare il bagno di maniglie in punti strategici per facilitare la mobilitazione
- ✓ Per la notte preferire padella o pappagallo

Abbigliamento

- ✓ Calzature chiuse, morbide, dotate di suola antiscivolo
- ✓ Vestirsi da seduti
- ✓ Indossare vestiti comodi che non impediscano i movimenti

L'articolo 1, comma 66, lettera d), della legge di bilancio per il 2021, prevede la possibilità di usufruire, a decorrere dal 1° gennaio 2021, del superbonus anche per gli interventi finalizzati alla eliminazione delle barriere architettoniche.

OPUSCOLO PRATICHE BUROCRATICHE

Sono state redatte delle indicazioni scritte, da fornire prima della dimissione, per quanto riguarda:

Pratica di invalidità

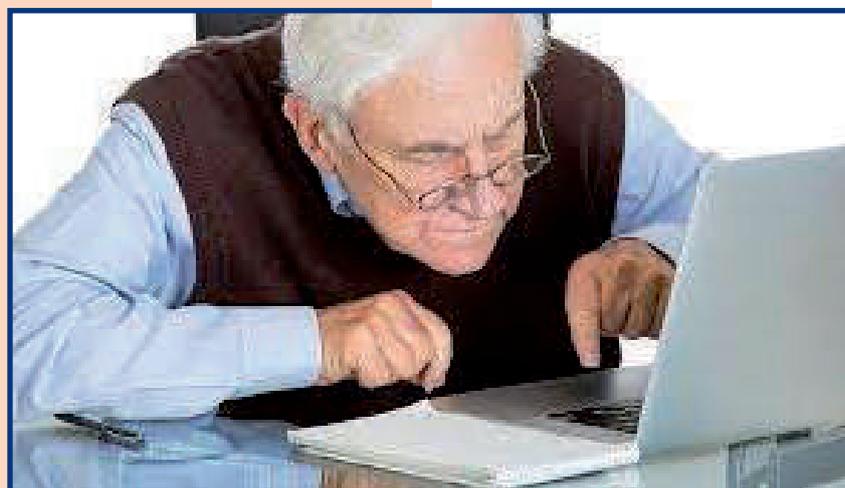
L'invalidità può essere richiesta da qualsiasi persona maggiorenne o minorenni che abbia una menomazione fisica, intellettuale o psicologica.

L'iter da seguire è il seguente:

- Recarsi da un medico abilitato alla compilazione online del certificato medico introduttivo che attesti la patologia invalidante (medico di medicina generale); il medico a questo punto rilascerà l'attestato di trasmissione che riporta il codice identificativo della pratica, la copia originale firmata e l'eventuale certificato di non trasportabilità in caso di richiesta di visita domiciliare
- Entro 90 giorni occorre presentare domanda all'INPS via web in autonomia o tramite enti abilitati come associazioni di categoria, patronati sindacali o CAAF.

Ora l'INPS, in possesso della pratica completa, può trasmetterla all'ASL di competenza.

- Convocazione in ASL per la visita medica. La convocazione può avvenire tramite raccomandata, email o SMS. Vi sono dei documenti da portare come: Documento d'Identità, Codice Fiscale, Certificato medico originale e Documentazione sanitaria. Alla fine verrà formato un punteggio che andrà a formare la % di invalidità civile, l'esito potrà



essere permanente o reversibile. L'invalidità di accompagnamento spetta ai soggetti invalidi totali (100%), per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. È una prestazione economica (522,10 euro), è un supporto alla non autosufficienza.

Valutazione dello stato di Handicap

(Legge 104/92)

È possibile e consigliabile richiedere il riconoscimento dello stato di handicap ai sensi della Legge 104/92. L'handicap è una condizione di svantaggio sociale, con questa pratica viene presa in considerazione la difficoltà di inserimento sociale dovuta alla patologia.

L'iter per la richiesta della Valutazione dello Stato di handicap è il medesimo della Pratica di Invalidità.

Ci potranno essere diversi esiti:

- Persona non handicappata
- Persona con handicap
- Persona con handicap > 2/3
- Handicap grave

Questo tipo di richiesta non dà luogo a provvidenze economiche ma fornisce agevolazioni come:

- Permessi lavorativi al disabile
- Permessi lavorativi a chi assiste il disabile grave
- Congedo retribuito di 2 anni per i famigliari che assistono disabili gravi

Amministrazione di sostegno

(Legge 6/2004)

È un istituto giuridico che affianca gli istituti dell'interdizio-

ne e dell'inabilitazione, creando una possibilità in più per garantirne la tutela delle persone, che per motivi legati ad un'infirmità o disabilità fisica o psichica o in situazioni di particolare disagio, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi. In tal caso tali soggetti possono essere assistiti da un Amministratore di Sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo di residenza, e individuato preferibilmente nell'ambito della cerchia familiare del beneficiario, senza limitare del tutto la capacità di agire delle persone che necessitano di sostegno.

L'amministratore di sostegno rappresenta il proprio assistito solo in alcuni atti della vita che vengono decisi dal giudice tutelare con apposito decreto.

Il giudice, quindi, può realizzare un provvedimento individualizzato che sia il più possibile adeguato alla situazione della persona che ne beneficerà, sia per quanto riguarda gli atti relativi al patrimonio che per quelli relativi alla vita personale.

Nel provvedimento vengono specificati: gli atti che il beneficiario può compiere da solo o con l'assistenza dell'amministratore, quelli che può compiere soltanto l'amministratore, la durata dell'incarico e la periodicità con cui l'amministratore deve riferire al giudice.

La domanda per la nomina dell'amministratore di sostegno va fatta in carta libera, anche senza assistenza tecnica (avvocato) e viene depositata nella cancelleria del giudice tutelare che valuterà la situazione e convocherà gli interessati.

Unità di Valutazione Geriatrica - U.V.G

Necessaria per usufruire dei servizi rivolti alle persone > 65 anni non più autosufficienti.

La valutazione geriatrica multidimensionale è finalizzata a:

- Riconoscere i bisogni sanitari e assistenziali
- Identificare la risposte più idonee alle necessità rilevate
- Predisporre il progetto individuale

Per avanzare la richiesta rivolgersi al proprio medico curante che preparerà la scheda informativa sanitaria e l'impegnativa con la dicitura "Consulto multidisciplinare definito complessivo - UVG", preparare l'ISEE.

La domanda si presenta al Punto Unico di Accesso del distretto sanitario dal diretto interessato o dal rappresentante legale (tutore / amministratore di sostegno) oppure da terza persona, convivente parente o altro.

Si verrà contattati per la visita della Commissione.

I servizi che possono essere erogati in seguito alla valutazione U.V.G. sono i seguenti: Interventi domiciliari che possono comprendere:

- Interventi di assistenza domiciliare
- Contributi economici a sostegno della domiciliarità
- Altri interventi Inserimento in struttura semi-residenziale centro diurno Alzheimer.

La segreteria dell'Unità di Valutazione Geriatrica provvederà a inserire il nominativo nella graduatoria della residenzialità, semi residenzialità o domiciliarità in base al punteggio sanitario e sociale attribuito



in sede di valutazione come disposto dalla normativa vigente. Possono essere richieste rivalutazioni non prima dei sei mesi. L'infermiere svolge un ruolo fondamentale non solo nell'educazione e formazione del care giver per quanto riguarda l'assistenza e la cura del paziente, ma anche per aiutare il care giver nel preparare la casa e pianificare i cambiamenti per il paziente sopravvissuto ad ictus. Offre anche supporto per far sì che il care giver si assicuri attrezzature, forniture e servizi appropriati per l'assistenza del paziente, in modo tale che questi problemi vengano affrontati prima della dimissione, senza creare ulteriore disagio una volta rientrati a casa.

Il Servizio Sanitario Nazionale eroga agli aventi diritto la fornitura di protesi e ausili tecnici, carrozzine, letti ortopedici,

deambulatori, protesi di arto, protesi oculari, protesi acustiche, busti, calzature ortopediche, oltre a prodotti dietetici e altri materiali d'uso, dispositivi medici monouso (presidi assorbenti per incontinenza, cateteri), materiale di medicazione, di presidi per diabetici e dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare.

È necessario essere riconosciuti invalidi civili, o almeno aver avviato la richiesta di riconoscimento di invalidità.

Acquisito il diritto, occorre presentare la prescrizione stilata da un medico specialista di struttura pubblica, dipendente o convenzionato, competente per tipologia di menomazione o disabilità, presso il CUP della sede distrettuale di residenza dell'assistito, insieme, se si tratta di una prima erogazione, a copia del verbale di invalidi-

tà, copia documento d'identità, copia tessera sanitaria e copia codice fiscale.

OPUSCOLO DISFAGIA

Definizione, segni e sintomi

Quando la deglutizione avviene in modo corretto il bolo di cibo passa nelle vie digestive proteggendo le vie aeree e riducendo i residui. Quando si deglutisce le sostanze liquide, gassose, solide o miste passano dalla bocca allo stomaco, passando attraverso la faringe e l'esofago. Una adeguata deglutizione permette di raggiungere un opportuno apporto nutrizionale, soddisfare la sete e l'appetito e appagare il piacere del gusto.

Possiamo individuare 5 fasi della deglutizione

Fase anticipatoria: comincia quando il cibo o liquidi vengono messi nella bocca

- Fase preparatoria (volontaria): successione di atti volontari, con miscelazione insalivazione del bolo
- Fase orale (volontaria): cibo viene accolto, masticato fino a formare un unico bolo, che poi verrà spinto tramite la retrospulsione linguale in faringe
- Fase faringea (involontaria): serie di eventi complessi finalizzati a proteggere le vie aeree e a consentire la progressione del bolo in faringe
- Fase esofagea (involontaria): rilassamento dello sfintere esofageo superiore con peristalsi che sposta il bolo verso lo stomaco

La disfagia viene definita come la difficoltà a deglutire; l'alterazione di una o più fasi della deglutizione può determinare disfagia. Può interessare solo i cibi solidi, liquidi o entrambi.

Solitamente quando la disfagia si presenta in seguito ad ictus, il paziente si sottopone a delle visite da parte di logopedisti, fisiatri, foniatristi che gli forniscono indicazioni sui cibi, sulle posture, sulla velocità.

Una volta però rientrati al domicilio è fondamentale che sia il paziente che il caregiver riconoscano eventuali segni di disfagia, come:

- Tosse
- Necessità di schiarirsi la voce
- Deglutizioni ripetute
- Voce gorgogliante
- Inappetenza
- Calo ponderale
- Ripetute infezioni delle vie respiratorie

È importante sottolineare l'importanza del rituale del pasto durante il quale, con specifici accorgimenti, si possono prevenire gravi complicanze.

Assistenza al paziente disfagico

Igiene del cavo orale

È importante eseguire un'adeguata igiene del cavo orale prima di ogni pasto e dopo aver assunto il pasto; in questo modo è possibile ispezionare il cavo orale e controllare che non vi siano ulcere, sanguinamenti, arrossamenti, presenza di residui alimentari.

È importante effettuarla perché favorisce la produzione di saliva e migliora le capacità gustative.

L'igiene del cavo orale si esegue:

- Spazzolando le arcate dentali con uno spazzolino a setole morbide con dentifricio al fluoro
- Tamponando la superficie del cavo orale con collutorio
- Inumidendo le labbra e applicando creme idratanti

Prima della somministrazione dei pasti

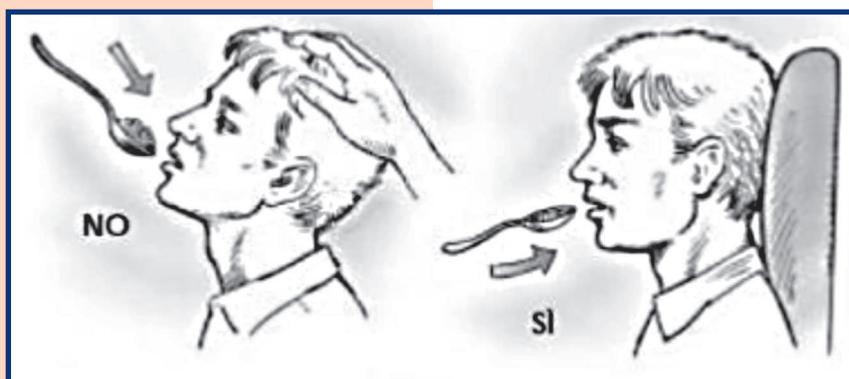
È importante che il caregiver verifichi che la persona sia vigile e collaborante. Inoltre deve creare un ambiente tranquillo, illuminato e senza fonti di distrazione e deve posizionare nel modo corretto la persona per limitare i rischi di passaggio del cibo nelle vie respiratorie.

Posizioni del capo:

- Capo flesso in avanti mantenendo il tronco dritto e fermo, portare il mento verso lo sterno e far deglutire in questa posizione
- Capo flesso lateralmente mantenendo il tronco dritto e fermo, piegare la testa lateralmente portando l'orecchio verso la spalla e far deglutire
- Capo ruotato lateralmente mantenendo il busto dritto e fermo ruotare la testa verso un lato con mento parallelo alla spalla e far deglutire

Postura del corpo

- Postura in sedia: il paziente deve essere seduto con il busto eretto e le braccia appoggiate ai braccioli, con angolo tronco-bacino di 90° e con i piedi adagiati sul pavimento o su una pedana. La testa deve essere allineata con il tronco, leggermente flessa in avanti, mai in estensione per evitare il rischio di aspirazione
- Postura in carrozzina: alle precedenti indicazioni si aggiunge l'attenzione al tronco che non deve scivolare di lato o in avanti; per questo lo schienale della carrozzina deve fornire sostegno al dorso e il bacino deve essere ben allineato e stabilizzato. Si



possono utilizzare dei cuscini o poggiatesta per mantenere la posizione

- Postura a letto: bisogna mantenere sempre la posizione seduta con la spalliera del letto sollevata a 80-90°, le gambe distese sul letto con le ginocchia flesse e gli avambracci appoggiati sul tavolino; il capo deve sempre essere lievemente flesso in avanti

È importante cercare di favorire l'autonomia del paziente dove possibile, utilizzando ausili che possano rendere più facile l'alimentazione, come ad esempio posate con impugnatura ergonomica, piatti con bordi rialzati o con divisori.

Nel caso in cui la persona non sia autosufficiente, il care giver si siede allo stesso livello o più in basso degli occhi del paziente, per evitare che estenda il capo.

Durante la somministrazione dei pasti

È necessario che durante il pasto il care giver ponga attenzione ad alcune cose ed esegua interventi mirati:

- Controllare sempre lo stato di vigilanza della persona
- Mantenere la posizione del capo flesso in avanti per facilitare la deglutizione e proteggere le vie aeree
- Bisogna procedere lentamente con il pasto, facendo assumere piccole quantità di cibo per volta e solo se il boccone precedente è stato deglutito
- Se il paziente presenta paresi unilaterale, posizionare il cibo nel lato della bocca non colpito
- I liquidi, se consentiti, devono essere somministrati

quando si è sicuri che il boccone sia stato completamente deglutito

- Bisogna evitare l'uso di cannuccie perché abbreviano il tempo di transito e aumentano il rischio di aspirazione; fare bere quindi il paziente con un cucchiaino o un bicchiere a becco di flauto
- Non bisogna somministrare contemporaneamente alimenti di consistenza diversa
- Il paziente non deve parlare durante i pasti e non deve cambiare posizione
- In caso di tosse, aspettare che la stessa termini prima di riprendere il pasto
- Se il paziente oltre alla tosse presenta altri segni di disfagia, interrompere immediatamente l'alimentazione

Dopo la somministrazione dei pasti

Anche dopo i pasti il care giver deve avere delle accortezze e deve effettuare interventi mirati per gestire al meglio la problematica:

- Controllare che non vi siano residui di cibo e provvedere all'igiene orale
- Mantenere la posizione seduta del paziente per almeno 30-60 minuti
- Monitorare sempre la quantità di alimenti assunti per individuare il rischio di malnutrizione

Ci possono essere dei segni di allarme che il care giver deve conoscere e possono essere:

- Evidenti: soffocamento, tosse insistente, comparsa di colorito rosso o cianotico al volto
- Silenti: tosse involontaria entro 2-3 minuti dalla deglutizione del cibo, voce gorgo-

gliante, fuoriuscita di cibo o liquidi dal naso, presenza di rialzo della temperatura corporea

In caso di soffocamento cosa non bisogna fare:

- Non dare da bere
- Non mettere le dita in gola, il cibo potrebbe scendere ancora più in basso
- Non dare colpi a caso sulla schiena, né far guardare verso l'alto
- Non cercare di indurre il vomito

Diete idonee e consistenza degli alimenti

La scelta del corretto alimento da assumere riveste una grande rilevanza per l'alimentazione del paziente disfagico.

Il care giver oltre agli interventi citati precedentemente, svolge un ruolo fondamentale anche durante la preparazione dei pasti; in quanto deve cercare di renderlo più invitante possibile, offrendo un'ampia varietà di alimenti, seguendo le preferenze ed i gusti personali del paziente. Gli alimenti sono suddivisi in 4 categorie:

- Liquidi
- Semiliquidi
- Semisolidi
- Solidi

Cibi liquidi

Rappresentano la categoria di cibi più difficili da gestire per il soggetto disfagico, tra questi troviamo acqua, tè, camomilla, caffè. In caso di disfagia ai liquidi è possibile integrare l'apporto idrico e prevenire la disidratazione utilizzando l'acqua gelificata, che si presenta in forma semisolidi, a consi-

stenza addensata, con una viscosità adeguata a consentire la deglutizione. Un vasetto di acqua gel corrisponde a circa 125 ml di acqua, pertanto il consumo ideale è di almeno 4-8 vasetti in una giornata.

In commercio esistono differenti formulazioni di acqua gel con varie caratteristiche, si passa da quelle a gusto neutro a quelle con sapore fruttato, con o senza edulcorante.

In alternativa si può modificare la consistenza dei liquidi tramite l'utilizzo di addensanti, che permettono di raggiungere una consistenza semisolida o semiliquida in base alla quantità di prodotto utilizzato.

Nella somministrazione dei liquidi, come detto precedentemente, è vietato l'impiego della cannuccia, dispositivo che porta ad un aumentato rischio di aspirazione.

Cibi semiliquidi

A questa categoria appartengono alimenti quali: passati di verdura, omogeneizzati, yogurt senza pezzi, frullati, frappè, salsa di pomodoro. Questi alimenti risultano poco più consistenti dei cibi liquidi, ma non richiedono masticazione da parte del paziente.

Cibi semisolidi

Questo gruppo di alimenti comprende: polenta, mousse, creme e passati densi, formaggi cremosi e morbidi, purè di patate, panna cotta. Questi alimenti hanno una consistenza omogenea, fluida e non richiedono masticazione.

È possibile, per offrire diete semiliquide o semisolide più varie, modificare la consistenza degli alimenti, frullando la carne e le verdure, prestando però maggiore attenzione all'e-

ventuale presenza di residui di cibo rimasti interi.

Cibi solidi-morbidi

Per poter assumere questi cibi, che richiedono un'attenta e prolungata preparazione orale, la persona assistita deve presentare un'efficace masticazione.

Nella dieta del paziente disfagico i cibi solidi devono essere morbidi, compatti ed omogenei, quindi devono avere la stessa consistenza. A questo tipo di alimenti appartengono: le banane, la frutta matura, il pesce senza lisce, i flan, le uova sode, le polpette.

Cibi solidi

Questo tipo di alimento richiede alla persona assistita un gran livello di attenzione e consapevolezza. Necessitano di una prolungata preparazione orale e di masticazione.

È fondamentale stimolare l'ap-





petito nel paziente disfagico, seguendo le preferenze espresse oltre che individuare alimenti che abbiano le caratteristiche appropriate al problema disfagico sviluppato.

Esiste una serie di alimenti che è meglio non far assumere al paziente, poiché particolarmente pericolosi per il rischio di sviluppare polmonite da ingestione, come:

- Alimenti a doppia consistenza, con consistenza disomogenea, solida e liquida messe insieme. Tra questi alimenti troviamo pastina in brodo, macedonia, yogurt con pezzi
- Alimenti filanti, come formaggi cotti e gomma da masticare
- Verdure filacciose o filamentose, come carciofi, finocchi, fagiolini
- Frutta secca
- Alimenti solidi di difficile gestione in bocca come legumi interi, riso, orzo, caramelle

Somministrazione di farmaci

È fondamentale seguire le indicazioni date dal medico in modo da far assumere il corretto dosaggio scegliendo la forma più

adeguata. Con forma si intende come la pastiglia o capsula si presentano nella confezione; è possibile che il paziente non sia in grado di ingoiare il farmaco intero. Saranno i medici e logopedisti a consigliare come far assumere le diverse terapie.

Una delle strategie indicate è la manipolazione che prevede che il farmaco venga polverizzato ed incluso in acqua gelificata o in una purea e successivamente che sia assunto dal paziente.

Conseguenze disfagia post-ictus

Tra le principali conseguenze della disfagia post-ictus troviamo (21):

- Malnutrizione
- Disidratazione
- Ridotta qualità della vita
- Polmonite da aspirazione
- Aumento del tasso di mortalità

È importante eseguire una corretta valutazione dello stato nutrizionale del paziente che deve prevedere la storia del peso, l'assunzione di cibo e i fattori di rischio citati in precedenza.

Inoltre bisogna eseguire un corretto calcolo del dispendio energetico a riposo per fornire un'alimentazione adeguata

evitando un bilancio energetico negativo. Questo per evitare che il paziente perda peso; è quindi necessario fornire una corretta integrazione nutrizionale per il mantenimento del peso corporeo. La malnutrizione può comportare di conseguenza il rischio aumentato di ulcere da pressione, infezioni respiratorie e delle vie urinarie. Siccome la disfagia può essere un predittore di salute negativa è opportuno ricercare trattamenti che possano migliorare la problematica attraverso compensazioni e strategie riabilitative comportamentali.

Un recente studio sulla riabilitazione della disfagia ha riportato due temi principali:

- La neurostimolazione: promuove la riorganizzazione corticale per velocizzare il naturale processo di recupero; può essere centrale o periferica ed avviene attraverso impulsi elettrici di bassa ampiezza.
- Biofeedback: consente di migliorare le prestazioni di deglutizione del paziente attraverso segnali visivi o uditivi che vanno ad alterare i processi consci o subconsci della deglutizione.

GATTI CHIARA

Incarico di Organizzazione
SOD Cardiocirurgia e Cardiologia
Pediatria e Congenita UTIP
AOU Ospedali Riuniti di Ancona e
Delegato Regione Marche ANIN

MANCINI ARIANNA

Infermiera
UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione
e D'Urgenza-Pronto Soccorso
ASUR Marche Area Vasta N. 4

CIARPELLA FRANCESCA

Infermiera - Area Punti Vaccinali Covid
ASUR Marche Area Vasta N. 4

BAGLIONI ISABELLA

Tutor clinico di tirocinio - CdL Infermieristica
ASUR Marche Area Vasta N.4

GALLI ALESSIA

Infermiera - SOD Pronto Soccorso
AOU Ospedali Riuniti di Ancona

MARCELLI STEFANO

Direttore Attività Didattiche
Professionalizzanti - CdL Infermieristica
ASUR Marche Area Vasta N.5

ROCCHI RENATO

Direttore - UOC Servizio Professioni
Sanitarie - ASUR Marche Area Vasta N.4

SOCCIO ANGELA

Infermiera - Ambulatorio anestesia pre-
operatorio ASUR Marche Area Vasta N.5

SANTARELLI ADORIANO

Cultore del Nursing, fondatore del
"Florence Nursing Atelier for Scientific
Research", Fermo

Corresponding author:

CHIARA GATTI

chiaragatti91@libero.it
c.gatti@anin.it

NURSE MANAGEMENT DEL DELIRIUM

POST OPERATORIO NELL'ANZIANO REVISIONE INTEGRATIVA DELLA LETTERATURA

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il delirium postoperatorio colpisce circa 3 persone su 10 a seguito di chirurgia maggiore e aggrava gli outcome, come ad esempio il recupero funzionale post chirurgico, sul paziente anziano e con pluricomorbidità. L'obiettivo del lavoro è quello di indagare il management del delirium postoperatorio nell'anziano andando ad individuare le principali tematiche descrittive del fenomeno, le strategie infermieristiche di prevenzione e la gestione non farmacologica, al fine di orientare l'assistenza verso la qualità, l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione integrativa della letteratura attraverso il metodo proposto da Whittemore e Knalf (2005), consultando le banche dati MEDLINE (attraverso PubMed) e CINHALL nel periodo compreso fra luglio e agosto 2022. La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo di parole chiave sia in ricerca libera sia attraverso il MeSH database.

RISULTATI

I risultati sono stati aggregati utilizzando un approccio tematico per l'identificazione dei temi principali emersi dalla letteratura e sono stati presentati attraverso una sintesi descrittiva: eziologia, incidenza, scale, strategie terapeutiche e tecniche non farmacologiche.

CONCLUSIONI

Le strategie infermieristiche non farmacologiche per prevenire e trattare il delirium postoperatorio presentate sono supportate da importanti evidenze scientifiche e hanno soddisfatto gli obiettivi prefissati della ricerca.

È importante promuovere una presa in carico globale non solo del paziente affetto da delirium postoperatorio, ma anche dell'intera famiglia o caregiver.

PAROLE CHIAVE

Delirium postoperatorio, paziente anziano, assistenza infermieristica, interventi infermieristici, terapia non farmacologica, chirurgia.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Post-operative delirium affects about 3 out of 10 people following major surgery and aggravates outcomes, such as post-surgical functional recovery, in the elderly and multi-morbid patients. The aim of the work is to investigate the management of post-operative delirium in the elderly by identifying the main descriptive issues of the phenomenon, the nursing prevention strategies and non-pharmacological management, in order to orient assistance towards quality, the appropriateness and personalization of care.

MATERIALS AND METHODS

An integrative review of the literature was carried out using the method proposed by Whittemore and Knalf (2005), consulting the MEDLINE (through PubMed) and CINAHL databases in the period between July and August 2022. The search strategy involved the use of keywords both in free search and through the MeSH database.

RESULTS

The results were aggregated using a thematic approach to identify the main themes emerging from the literature and were presented through a descriptive summary: etiology, incidence, scales, therapeutic strategies and non-pharmacological techniques.

CONCLUSIONS

The non-pharmacological nursing strategies for preventing and treating post-operative delirium presented are supported by important scientific evidence and have met the set goals of the research.

It is important to promote global care not only for the patient suffering from post-operative delirium, but also for the entire family or caregiver.

KEY WORDS

"Post-operative Delirium", Elderly, "Nurs* care", "Nurs* interventions", "Non-drug therapy", Surgery.

INTRODUZIONE

L'American Psychiatry Association nel "Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-5" definisce il delirium come un disturbo neuropsichiatrico acuto e una sindrome multidimensionale caratterizzati dall'alterazione di molteplici funzioni cognitive (principalmente l'attenzione e le funzioni esecutive) che insorgono a seguito di un problema clinico acuto e che sono espressione di una sofferenza metabolica cerebrale (APA, 2013).

Inoltre, in questa sindrome multidimensionale si riconoscono cinque elementi essenziali: cambiamento dello stato mentale associato alla presenza d'inattenzione, stato mentale fluttuante, pensiero disorganizzato, livello di coscienza alterato e presenza di allucinazioni ed illusioni (Abelli et al., 2019). Il delirium può manifestarsi in modo fluttuante con variazioni della sintomatologia durante la giornata e se ne riconoscono tre varianti:

- ipercinetica, caratterizzata da iperallerta, agitazione psicomotoria e talvolta allucinazioni;
- ipocinetica, con rallentamento psicomotorio e tendenza all'assopimento;
- mista, un'alternanza di delirium ipercinetico ed ipocinetico.

La variante ipercinetica è la più facile da riconoscere, ma è anche la meno frequente (Peterson et al., 2006), mentre la variante ipocinetica è la più comune, soprattutto negli anziani, ed è correlata a una prognosi peggiore (Bellelli et al., 2018).

Secondo il DSM-V, la diagnosi di delirium viene formulata sia mediante un'attenta valutazione clinica del paziente che un approfondito colloquio con la famiglia e/o caregiver (APA, 2014). È di fondamentale importanza riconoscere le cause e fare una dettagliata raccolta anamnestica per differenziare un'eventuale demenza dal delirium ed utilizzare strumenti validati per una corretta identificazione della sindrome.

Il delirium postoperatorio è responsabile di diversi outcome negativi sul paziente, tra cui: au-

mento della mortalità, aumento dei giorni di degenza, aumento dei tempi per il recupero funzionale post chirurgico e aumento dei costi legati al ricovero.

È stato stimato che una disfunzione cognitiva ed il delirium postoperatorio si sviluppano in oltre il 56% dei pazienti (maggior rischio per i pazienti anziani e per i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico ortopedico) e in modo unanime la letteratura mostra che ciò comporta un aumento dei tempi di assistenza infermieristica per il paziente delirante, un aumento del declino neuro-funzionale del malato, un aumento quotidiano dei costi ospedalieri ed un prolungamento della durata della degenza (Gatti et al., 2014; Leslie et al. 2005, Leslie et al. 2008).

In particolare, nella chirurgia cardiovascolare, l'incidenza del delirium postoperatorio è molto alta, così come la chirurgia d'emergenza e quella ortopedica. I pazienti trattati chirurgicamente per fratture del collo del femore o sottoposti ad interventi che coinvolgono il midollo osseo, sviluppano delirium dal 44% al 64% dei casi. Ancora, uno studio condotto in Cina mostra un ulteriore legame tra chirurgia e delirium: le procedure chirurgiche intermedie (OR: 15.44, 95% CI: 1.70e140.18) e le maggiori (OR: 45.01, 95% CI: 5.22e387.87) aumentano significativamente il rischio di delirium postoperatorio rispetto alla chirurgia minore (Gatti et al., 2014; Wang et al. 2012).

L'obiettivo del lavoro è quello di indagare la gestione del delirium postoperatorio nell'anziano andando ad individuare le principali tematiche descrittive del fenomeno, le strategie di prevenzione e la gestione non farmacologica, al fine di orientare l'assistenza verso la qualità, l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure.

■ MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Per rispondere all'obiettivo dello studio è stata condotta una revisione integrativa della letteratura attraverso il metodo proposto da Whittemore e Knalf (2005), poiché permette di analizzare in modo sistematico e rigoroso i risultati di studi con disegni diversi tra loro (quantitativi e qualitativi, ricerca sperimentale e non sperimenta-

le, studi primari e secondari), consentendo una comprensione esaustiva del fenomeno indagato.

Strategie di ricerca

La ricerca bibliografica è stata effettuata consultando le banche dati MEDLINE (attraverso PubMed) e CINHALL nel periodo compreso fra luglio e agosto 2022, oltre che 7 articoli e 4 editoriali di riviste non indicizzate del settore. Nella fase di ricerca bibliografica sono stati posti i limiti: "lingua inglese" e "lingua italiana"; non sono stati posti limiti temporali di pubblicazione per il reperimento degli articoli. La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo dei seguenti termini, sia per ricerca libera sia utilizzando il MeSH database, singolarmente ed in combinazione con gli operatori booleani AND e OR: Post-operative Delirium, Elderly, "Nurs* care", "Nurs* interventions", "Non-drug therapy", "Non-pharmacological strategies", Surgery.



Criteri di inclusione ed esclusione degli articoli

Sono stati inclusi nella revisione tutti gli studi primari dall'approccio quantitativo o qualitativo: (1) che si prefiggevano di indagare come obiettivo primario il delirium postoperatorio nel paziente con età superiore ai 65 anni; (2) con un campione di studio che includeva la professione infermieristica all'interno dell'equipe multidisciplinare deputata al management del delirium postoperatorio (prevenzione e tecniche non far-

macologiche). Sono stati esclusi gli studi: (1) che non avevano come obiettivo principale l'analisi del delirium postoperatorio nel paziente con età superiore ai 65 anni; (2) con un campione che non includeva la professione infermieristica; (3) che riguardavano il management farmacologico; (4) gli editoriali e gli studi pilota.

Processo di selezione degli articoli

Attraverso un'iniziale ricerca bibliografica sui database elettronici sono stati identificati tutti gli articoli considerati potenzialmente rilevanti per gli scopi della revisione. In seguito alla rimozione dei titoli duplicati, si è effettuato uno screening iniziale dei titoli e degli abstract al fine di identificare il numero di articoli potenzialmente eleggibili per la revisione. Successivamente, due ricercatori, autonomamente e separatamente l'uno dall'altro, hanno effettuato un ulteriore screening degli articoli considerando i criteri di inclusione predeterminati e, in seguito all'esclusione degli studi che non rispondevano ai criteri della revisione, hanno raggiunto il consenso sulla scelta degli studi inclusi nella revisione finale.

Estrazione e sintesi dei dati

Sono stati estratti i dati necessari a descrivere le principali caratteristiche e i risultati degli studi inclusi nella revisione: titolo, autore(i), anno di pubblicazione e rivista, disegno di studio, campione e setting, risultati principali e conclusioni. L'analisi approfondita degli studi è stata effettuata attraverso un processo interattivo di lettura

continua e analisi dei contenuti, che, in una prima fase, ha previsto l'estrazione di dati numerici (studi quantitativi) e dati in forma testuale (studi qualitativi). Successivamente i dati estratti sono stati aggregati utilizzando un approccio tematico per l'identificazione dei temi principali in tutti gli studi, presentati attraverso una sintesi descrittiva (eziologia, incidenza, scale, strategie terapeutiche e tecniche non farmacologiche).

■ RISULTATI

Dalle stringhe di ricerca lanciate nelle 2 banche dati sono stati restituiti 248 records, ma dopo aver posto i filtri "Species: human", "Language: Italian e English" e "Text availability: free full-text", dopo la rimozione dei duplicati, dopo analisi individuale dei titoli e degli abstract, e dopo valutazione della qualità degli studi residui indipendente tra gli autori (JBI check-list), sono stati reputati idonei alla revisione n.19 articoli.

I risultati sono esposti in accordo con il sopra dichiarato approccio tematico per l'identificazione dei temi principali emersi dalla revisione della letteratura e sono di seguito presentati attraverso una sintesi descrittiva (eziologia, incidenza, scale, strategie terapeutiche e tecniche non farmacologiche).

TEMA EZIOLOGIA

Il tema "eziologia" del delirium postoperatorio nell'anziano è riportato in ogni articolo selezionato e risulta, pertanto, essere il più trattato.



L'eziologia del delirium postoperatorio viene definita multifattoriale (Staus, 2011) e può essere riconducibile a molteplici cause: alterazione dell'equilibrio elettrolitico, febbre, insonnia, ipossia, ipo ed iperglicemia, processi infiammatori, stress chirurgico, emorragia intraoperatoria, trasfusioni e valore preoperatorio elevato nella valutazione del rischio anestesologico (ASA) (Kaplan et al., 2002; Chaput et al., 2012). La letteratura identifica diversi fattori di rischio che associati ad estrema vulnerabilità e a multimorbilità scatenano più facilmente la sintomatologia (Inouye, 2006).

Per questo motivo, si differenziano i fattori predisponenti, che sono presenti prima dell'ospedalizzazione e possono incidere su possibili complicanze (Steiner, 2011), dai fattori precipitanti, che insorgono durante il ricovero e che sono indipendenti dallo stato clinico del soggetto (Whitlock et al., 2011).

I fattori predisponenti, che se correttamente analizzati nella fase pre operatoria possono prevenire il delirium post intervento (Craven et al., 2013) sono: età (Inouye et al., 2015), malnutrizione, disidratazione e alterazioni cognitive (Whitlock et al., 2011), antecedenti ictus (Stanga et al., 2002), abuso di stupefacenti e intossicazione da alcol (Stanga et al., 2002; Marcantonio, 2011), comorbidità, deficit sensoriali, terapia farmacologica ed episodi di delirium in pregresse ospedalizzazioni (Steiner, 2011).

I fattori precipitanti sono molteplici e potrebbero dare origine ad uno stato confusionale acuto; essi sono: cause primarie (patologie cerebrali), squilibrio metabolico, alterazione urinaria ed intestinale, deficit di ossigeno (Steiner, 2011), dolore, stato flogistico (Chaput et al., 2012), disidratazione, effetti farmacologici indesiderati (Inouye et al., 2015) ed interventi clinici ed assistenziali invasivi (Tropea et al. 2008).

Infine, dalla letteratura si evincono alcuni acronimi utili per ricordare le possibili cause del delirium come ad esempio "DELIRIUMS" (Drugs, Eyes/Ears, Low oxygen, Infection, Retention of urine or stool/Restraints, Ictus, Undernutrition/ Underhydration, Metabolic, Sleep deprivation) (Flaherty et al., 2004) o "VINDICATE" (Vascular, Infections, Nutrition, Drugs, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine) (Bellelli et al., 2008b; Mussi et al., 2000).



TEMA INCIDENZA

Il secondo tema più trattato nei records selezionati è l'"incidenza", quasi tutti gli studi narrano dell'incidenza del delirium postoperatorio o, almeno, ne danno cenno.

Dalla letteratura si evidenzia come l'incidenza e la prevalenza del delirium siano comuni a più dipartimenti, sia medici sia chirurgici che intensivi (Tsang, 2014).

In particolar modo, nel postoperatorio, i dati mostrano che tale disturbo si manifesta nel 10-30% dei pazienti degenti in un reparto ordinario di chirurgia, valore che aumenta prendendo in considerazione la classe degli ultra-sessantacinquenni (Pappa et al., 2017).

Ad esempio, tale fenomeno si verifica nel 12-30% dei casi nei reparti cardiocirurgici (Lee et al., 2017); gli anziani sottoposti ad intervento per artroprotesi di femore in urgenza presentano delirium per il 40-55% dei casi, mentre gli over 65 ricoverati nelle terapie intensive per il 70-80% (Tropea et al., 2008), arrivando all'83% nei soggetti terminali sottoposti a cure palliative (Sprung et al., 2016).

Inoltre, gli studi analizzati sottolineano come più della metà dei pazienti con demenza manifestino tale disturbo durante l'ospedalizzazione (Lee et al., 2017) e come questa sindrome sia ad oggi ancora sottostimata e difficilmente diagnosticata (Steiner, 2011).



TEMA SCALE

La diagnosi di delirium è una valutazione clinica guidata da criteri standard. I criteri diagnostici del delirio della Classificazione Internazionale delle Malattie (decima edizione, ICD-10) ed il Manuale Statistico Diagnostico dei disturbi mentali (DSM) rappresentano lo standard in termini di diagnosi medica basata sulle migliori evidenze disponibili e il massimo consenso degli esperti, al momento della loro pubblicazione. Tuttavia, dalla revisione sono emerse numerose scale di valutazione che possono essere somministrate da personale infermieristico adeguatamente formato, tra cui la più utilizzata risulta essere la Confusion Assessment Method (CAM), sensibile per il 94% e specifica per l'89%. Con tale strumento utile per lo screening, vengono valutati l'insorgenza acuta della patologia, l'andamento fluttuante, l'alterazione dell'attenzione, il pensiero disorganizzato e la modifica dello stato di coscienza (Inouye et al., 1990). A seconda dei contesti esistono in letteratura diversi protocolli standardizzati e validati della CAM:

- ▶ CAM-ICU per identificare il delirium in pazienti ricoverati in Terapia intensiva - non verbali (Ely et al., 2001);
- ▶ 3D-CAM per una valutazione in meno di tre minuti (The 3-Minute Diagnostic Assessment for Delirium) (Marcantonio et al., 2014);

- ▶ B-CAM per uno screening nei contesti di emergenza (Han et al., 2013);
- ▶ NH-CAM per un'applicazione del metodo nelle residenze sanitarie (Dosa et al., 2007);
- ▶ FAM-CAM per consentire alle famiglie il riconoscimento del delirium (Steis et al., 2012);
- ▶ CAM-S per definire il grado di severità della confusione mentale (Inouye et al., 2014).

Un'altra scala emersa dallo studio è la **NEECHAM** Confusion Scale: essa è stata sviluppata per essere usata come valutazione rapida bedside da parte degli infermieri (Neelon et al., 1996). Ha tre sottoitem e ha un punteggio compreso tra 0 e 30. Un punteggio di 30 indica una funzione normale e 0 grave confusione con un intervallo di 25-26 come "a rischio di confusione". La sensibilità e specificità della scala NEECHAM variano rispettivamente dal 30 al 95% e dal 78 al 92% (Cacchione, 2002). Essa incorpora anche parametri fisiologici ed è l'unica scala che permette la stratificazione del rischio di sviluppare delirium, ma è stato affermato che questa scala tuttavia rileva piuttosto uno stato di "confusione acuta" anziché un vero e proprio delirium postoperatorio (Rapp et al., 2000).

Un ulteriore metodo di screening è il **4AT** che va a valutare quattro items: il livello di vigilanza del paziente, l'orientamento spaziotemporale e personale attraverso l'Abbreviated Mental Test,

la capacità di attenzione e le fluttuazioni della sintomatologia. Esso ha il vantaggio di essere molto rapido, facilmente applicabile e di non richiedere un training particolare (Bellelli et al., 2014). Infine, la Nursing Delirium Screening Scale (**Nu-DESC**) è anch'essa uno strumento assistenziale utile per lo screening del delirium postoperatorio (Gaudreau et al., 2005).

TEMA STRATEGIE TERAPEUTICHE E TECNICHE NON FARMACOLOGICHE

Le linee guida evidence-based per un trattamento medico appropriato sono scarse ed è stata osservata un'ampia variabilità di pattern di prescrizioni. La gestione infermieristica del delirium prevede di garantire la sicurezza del paziente con interventi ambientali o di supporto, di identificare e trattare le cause del delirium e migliorare le funzioni del paziente (Attard et al., 2008).

La gestione clinica assistenziale dell'anziano che presenta delirium nel postoperatorio deve mirare a strategie preventive e non farmacologiche, andando ad agire prioritariamente sui fattori scatenanti. In particolar modo, devono essere garantiti la patient safety mediante la protezione delle vie aeree, una corretta nutrizione, un'adeguata idratazione e la prevenzione delle lesioni cutanee e delle sindromi da immobilizzazione, limitando il più possibile l'utilizzo di contenzioni fisiche (Bellelli et al., 2008). Infine, solo se necessario e se l'utente rappresenta un pericolo per sé stesso, si dovrebbe ricorrere alla terapia farmacologica ottimizzandola e personalizzandola in relazione alla gravità delle condizioni del soggetto (Soiza et al., 2019).

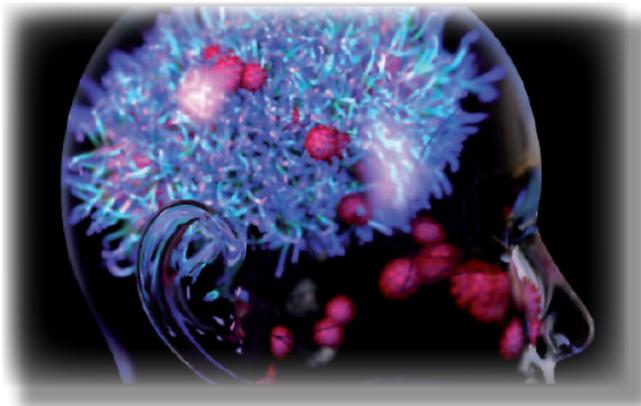
Attard et al. hanno suggerito una descrizione delle caratteristiche ambientali che un reparto ospedaliero, e in particolare una unità di terapia intensiva, dovrebbe possedere per gestire al meglio i pazienti con il delirium. L'ambiente dovrebbe essere calmo e tranquillo, con una buona illuminazione ma non eccessiva, che eviti le ombre in quanto causano illusioni, per cercare di far conservare il ritmo giorno-notte ai pazienti. Bisognerebbe evitare la deprivazione sensoriale, ma eliminare i rumori improvvisi e fastidiosi, favorire l'orientamento mediante l'utilizzo di grandi orologi e calendari ben leggibili (a colori), avere il campanello di chiamata facilmente accessibile.

Il paziente dovrebbe essere provvisto di oggetti familiari come fotografie e oggetti conosciuti e, infine, quando possibile bisognerebbe evitare la presenza di due pazienti agitati in una stessa stanza. Per concludere si consiglia al fine di conservare le competenze del paziente, di correggere le compromissioni sensoriali, assicurandosi per esempio che i pazienti abbiano gli occhiali e gli apparecchi acustici e dentali, di considerare la possibilità di avere un'interprete, di assicurare periodi più lunghi possibili di sonno ininterrotto, di mantenere livelli di attività del paziente e d'incoraggiarlo a prendersi cura di sé e a partecipare in modo consapevole al trattamento.

La gestione non farmacologica, che è il trattamento di prima scelta nei pazienti affetti da delirium, mira al recupero dell'orientamento del paziente ed include i seguenti interventi: valutazione dei farmaci assunti dal paziente per identificare l'eventuale uso di farmaci che possono favorire l'insorgenza di delirium; adeguata idratazione e regolare apporto nutritivo, anche per via parenterale, prevenzione dell'ipossiemia somministrando ossigeno (utile quando il delirium è associato a broncopneumopatia cronica e/o a enfisema), in quanto l'ipossia riduce le funzioni cerebrali, garanzia della sicurezza del paziente cercando di prevenire le complicanze associate al delirium, quali le lesioni causate da cadute o da rimozione autonoma di presidi sanitari, come per esempio accessi venosi o catetere vescicale. Può essere preferibile ridurre, ove possibile, l'altezza del letto e/o appoggiare il letto contro la parete. Inoltre, è estremamente utile favorire l'attività fisica, mobilizzando il paziente per evitare la sindrome da allettamento, trattamento del dolore e regolarizzazione della funzione urinaria ed intestinale.

Nei pazienti affetti da dipendenze è importante garantire un trattamento precoce dell'astinenza da alcol o sostanze stupefacenti (Saiani et al., 2016; Maschke, 2015; Steiner, 2011). Nello studio condotto da Tsang nel 2014 i pazienti che risultavano a rischio di sviluppo di delirium dopo la valutazione pre operatoria, venivano sistemati se possibile in camere singole con un buon ambiente sensoriale e venivano monitorati quotidianamente, e il personale infermieristico era allertato rispetto ai segni e sintomi del suo insorgere.

I benefici a lungo termine di questo approccio mostrano una riduzione della durata della degenza ospedaliera, episodi di delirium postoperatorio più corti, la riduzione degli interventi farmacologici e la riduzione delle complicanze.



■ DISCUSSIONE

Dagli studi inclusi nella revisione della letteratura emerge anche una tematica generale degna di discussione e confronto, dedicata all'educazione sanitaria sia del personale sia del paziente/caregiver. Negli articoli analizzati, viene sottolineata l'importanza di programmi di istruzione per il personale sanitario riguardanti il delirium postoperatorio, in funzione della sua costante riduzione nei reparti chirurgici (Haseaman et al., 2016; Layne et al., 2015; Tsang, 2014; Lundström et al., 2007). Gli interventi educativi completi possono rappresentare un'alternativa più semplice, più fattibile e conveniente per molti ospedali, nel cambiare i sistemi di cura e la pratica clinica. Tali programmi possono essere gestiti da esperti e condotti attraverso follow-up, feedback, audit e valutazioni. Le strategie educative possono essere integrate con protocolli clinici che mirano ad identificare i fattori di rischio delirio in popolazioni vulnerabili, come ad esempio gli anziani. Diversi studi hanno rilevato che un intervento didattico di due giorni ha ridotto di 7 giorni il delirio rispetto alla metodologia di cura precedentemente messa in atto (Haseaman et al., 2016; Layne et al., 2015; Tsang, 2014; Wand, 2011; Lundström et al. 2007).

L'educazione del paziente e dei famigliari è anch'essa un elemento fondamentale ed è garantita dall'infermiere, come anche l'attivazione di con-

sulti specialistici in caso di dubbi o di diagnosi favorevoli allo sviluppo di delirium (Layne et al., 2015). In molti studi, però, risulta ci siano delle carenze a livello di conoscenze del delirium e degli interventi da attuare in fase preventiva e di trattamento. Melguizo-Herrera et al. (2019) riporta che solo il 22% degli infermieri è adeguatamente formato per seguire un paziente in stato confusionale acuto. Questa poca educazione in materia si riflette poi sui risultati che di fatto nelle statistiche riportate da Schenning e Deiner (2015), mostrano che il 45% dei pazienti vengono dimessi ancora con delirium ed il 21% di essi risulta avere ancora problemi dopo 6 mesi. Per migliorare la pratica bisogna iniziare con la consapevolezza della mancanza di conoscenza da parte degli infermieri (Schenning & Deiner, 2015). Mettendo a confronto testi dal 2015 al 2020 si denota come le cose non siano migliorate. Un denominatore comune per la maggior parte degli autori è il fatto che un protocollo preciso, con scale semplici, permetterebbe all'infermiere di avere un'idea più chiara delle complicanze (Melguizo-Herrera et al., 2019). Schenning e Deiner (2015) riportano dei link e dei siti utili alla formazione personale dell'infermiere in modo tale da fornire risorse concrete di istruzione. Layne et al. (2015) fanno riflettere sull'importanza della letteratura scientifica e di come la pratica clinica richieda un continuo aggiornamento. Negli ultimi anni si sta implementando la conoscenza, ma ancora non basta. L'infermiere ha ancora solo delle nozioni base sull'argomento che nella maggior parte dei casi non bastano per garantire una buona presa a carico (Janssen et al., 2019). Lo studio svolto all'ospedale di Berna, mostra l'efficacia di un servizio specialistico sul delirium guidato da un infermiere Advanced Practice Nurse. L'infermiere specializzato in geriatria prende in mano la situazione già in fase preventiva, per una coordinazione di tutti i servizi e un'implementazione delle cure. Tramite questo consulto, l'infermiere riceve aiuti e spunti necessari per una buona presa a carico del paziente e, grazie a questo, si apre la possibilità di lavorare in concomitanza con altre figure professionali. Questo servizio ha riscosso grandi risultati in quanto è stato dimostrato che un consulto precoce diminuisce la gravità, gli episodi di delirium ed i giorni di degenza. Inoltre, anche se

il consulto non è precoce (entro i primi 3 giorni), ci sono comunque buoni risultati per ciò che riguarda la diminuzione delle incidenze e delle conseguenze (Weber et al., 2020).

■ CONCLUSIONI

L'approccio tematico alla revisione integrativa della letteratura ha permesso di estrapolare 4 ricorrenti temi, grazie ai quali si è fornita una panoramica generale ma approfondita sul fenomeno delirium postoperatorio. È possibile affermare che le strategie infermieristiche non farmacologiche per prevenire e trattare il delirium postoperatorio presentate sono supportate da solide evidenze scientifiche e hanno soddisfatto gli obiettivi prefissati della ricerca. Esse possono aiutare gli infermieri sia nell'importante fase del decision making e sia nell'erogare un'ottimale caring dei pazienti anziani, in primis quelli definibili prioritariamente come "a rischio di sviluppo di delirium". È, quindi, auspicabile una presa in carico globale sia dell'anziano in quanto soggetto fragile e vulnerabile, sia della famiglia e del caregiver in quanto punti di riferimento nell'intero percorso psico-assistenziale.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Abelli, M. Pini, S. Martinelli, R. Forfori, F. (2019). Il delirium: una riconsiderazione delle caratteristiche cliniche e prospettive di trattamento con il passaggio dal DSM-IV al DSM-5. *Riv Psichiatr*, 54(5): 218-223.
2. American Psychiatry Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. American Psychiatric Publishing, 2013.
3. American Psychiatry Association APA *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, 2014.
4. Attard, A. Ranjiith, G. Taylor, D. (2008). Delirium and its treatment. *CNS*, 22: 631-44.
5. Bellelli, G. Carnevali, L. Corsi, M. Morandi, A. Zambon, A. Mazzola, P. Galeazzi, M. Bonfanti, A. Massariello, F. Szabo, H. Oliveri, G. Haas, J. Cavalieri d'Oro, L. Annoni, G. (2018) The impact of psychomotor subtypes and duration of delirium on 6-month mortality in hip-fractured elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 33(9):1229-1235.
6. Bellelli, G. Magnifico, F. Trabucchi, M. (2008a) Outcomes at 12 months in a population of elderly patients discharged from a rehabilitation unit. *J Am Med Dir Assoc*, 9(1):55-64.
7. Bellelli G, Trabucchi M. (2008b) Delirium as the sixth vital sign. *J Am Med Dir Assoc*; 9:279; author reply -80.
8. Bellelli, G. Morandi, A. Davis, D.H. Mazzola, P. Turco, R. Gentile, S. Ryan, T. Cash, H. Guerini, F. Torpilliesi, T. Del Santo, F. Trabucchi, M. Annoni, G. MacLulich, A.M.J. (2014) Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing*, 43(4):496-502.
9. Cacchione, P.Z. (2002) Four acute confusion assessment instruments: Reliability and validity for use in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(1), 12-19
10. Chaput, A.J. Bryson, G.L. (2012) Postoperative delirium: risk factors and management: Continuing Professional Development. *Can J Anesth*, 59(3):304-320.
11. Craven, R. Hirnle, C. Jensen, S. *Principi fondamentali dell'Assistenza Infermieristica*. V edizione, Vol. 2. Casa Editrice Ambrosiana, 2013.
12. Dosa D, Intrator O, McNicoll L, Cang Y, Teno J. (2007) Preliminary Derivation of a Nursing Home Confusion Assessment Method Based on Data From the Minimum Data Set. *J Am Geriatr Soc*, 55:1099-105.
13. Ely, EW. Margolin, R. May, F.J. Truman, B. Wheeler, A. Dittus, R. Speroff, T. Gautam, S. Bernard, G.R. Inouye, S.K. (2001) Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*, 29:1370-1379.
14. Flaherty, J.H. Morley, J.E. (2004) Delirium: a call to improve current standards of care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(4):341-343.

15. Gatti, C. Marcelli, S. Fiorani, C. Bacaloni, S. Rocchi, R. Gregorini, M. Santarelli, A. (2014) Il periodo postoperatorio e le reazioni nei pazienti anziani. Analisi e rilievo del delirium post anestesia generale. *NEU* 4;11-18.
16. Gaudreau, J.D., Gagnon, P., Harel, F., & Roy, M.A. (2005) Impact on delirium detection of using a sensitive instrument integrated into clinical practice. *General Hospital Psychiatry*, 27(3), 194-199.
17. Han, J., Wilson, A., Vasilevskis, E., Shintani, A., Schnelle, J., Dittus, R., Graves, A., Storrow, A., Shuster, J., Ely, E.W. (2013) Diagnosing Delirium in Older Emergency Department Patients: Validity and Reliability of the Delirium Triage Screen and the Brief Confusion Assessment Method. *Ann Emerg Med.*;62:457-465.
18. Inouye, S.K. Kosar, C.M. Tommet, D. Schmitt, E.M. Puelle, M.R. Saczynski, J.S. Marcantonio, E.R. Jones, R.N. (2014) The CAM-S: Development and Validation of a New Scoring System for Delirium Severity in 2 Cohorts. *Ann Intern Med.*; 160: 526-533.
19. Inouye, S.K. (2006) Delirium in older persons. *N Engl J Med*, 354(11):1157-1165.
20. Inouye, S.K. Dyck, C.H. Alessi, C.A. Balkin, S. Siegal, A.P. Horwitz, R.I. (1990) Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*, 113(12):941-948.
21. Inouye, S.K. Robinson, T. Blaum, C. Busby-Whitehead, J. Boustani, M. Chalian, A. Deiner, S. Fick, D. Hutchison, L. Johannig, J. Katlic, M. Kempton, J. Kennedy, M. Kimchi, E. Ko, C. Leung, J. Mattison, M. Mohanty, S. Nana, A. Needham, D. Neufeld, K. Richter, H. (2015) Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. *J Am Coll Surg*, 220(2):136-148.
22. Janssen, T. L., Alberts, A. R., Hoof, L., Matate-Raso, F., Mosk, C. A., & van der Laan, L. (2019). Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1095-1117. <https://doi.org/10.2147/CIA.S201323>
23. Kaplan, H.I. Sadock, B.J. Grebb, J.A. (2002) *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Ottava Edizione. Centro Scientifico Internazionale.
24. Layne, T., Haas, S. A., Davidson, J. E., & Klopp, A. (2015). Postoperative Delirium Prevention in the Older Adult: An Evidence-Based Process Improvement Project. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(4), 256-263.
25. Lee, H.B. Oldham, M.A. Sieber, F.E. Oh, E.S. (2017) Impact of Delirium After Hip Fracture Surgery on One-Year Mortality in Patients With or Without Dementia: A Case of Effect Modification. *Am J Geriatr Psychiatry*, 25(3):308-315.
26. Leslie, D.L. Zhang, Y. Holford, T.R. Bogardus, S.T. LeoSummers, L.S. Inouye, S.K. (2005) Premature death associated with delirium at 1-year follow-up. *Arch Intern Med*. 165(14):1657-1662.
27. Leslie, D.L. Marcantonio, E.R. Zhang, Y. Leo-Summers, L.S. Inouye, S.K. (2008) One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Arch Intern Med*. 168(1):27-32.
28. Lundström, M., Olofsson, B., Stenvall, M., Karlsson, S., Nyberg, L., Englund, U., ... Gustafson, Y. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(3), 178-186.
29. Marcantonio, E.R. Ngo, L. O'Connor, M.A. Jones, R.N. Crane, P.K. Metzger, E.D. Inouye, S.K. (2014) 3D-CAM: Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *Ann Int Med*, 161:554-61.
30. Marcantonio, ER. (2011). Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154(11), ITC6-. doi:10.7326/0003-4819-154-11-201106070-01006.
31. Maschke M (2015). *Alkoholdelir und Verwirrheitszustände*. www.awmf.de
32. Melguizo-Herrera, E., Acosta-López, A., Gómez-Palencia, I. P., Manrique-Anaya, Y., & Hueso-Montoro, C. (2019). The Design and validation of a Nursing Plan for Elderly Pa-

- tients with Postoperative Delirium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph16224504>
33. Mussi C, Salvioli G. (2000) Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano *Giornale di Gerontologia*,48:434-40.
 34. Neelon, V.J., Champagne, M.T., Carlson, J.R., & Funk, S.G. (1996). The NEECHAM Confusion Scale: Construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research*, 45(6), 324-330
 35. Pappa, M. Theodosiadis, N. Tsounis, A. Sarafis, P. (2017) Pathogenesis and treatment of post-operative cognitive dysfunction. *Electron Physician*, 9(2):3768-3775.
 36. Peterson, J.F. Pun, B.T. Dittus, R.S. Thomason, J.W.W. Jackson, J.C. Shintani, A.K. Ely, E.W. (2006) Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc*, 54(3):479-484.
 37. Rapp, C.G., Wakefield, B., Kundrat, M., Mentes, J., Tripp-Reimer, T., Culp, K., et al. (2000). Acute confusion assessment instruments: Clinical versus research usability. *Applied Nursing Research*, 13(1), 37-45.
 38. Saiani, L., & Brugnolli, A. (2016). *Trattato di cure infermieristiche (II edizione)*. Casa Editrice Idelson-Gnocchi.
 39. Schenning, K. J., & Deiner, S. G. (2015). Postoperative Delirium in the Geriatric Patient. *Anesthesiology Clinics*, 33(3), 505-516. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.05.007>
 40. Soiza, R.L. Myint, P.K. (2019) The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: Guidelines on Risk Reduction and Management of Delirium. *Medicina (Kaunas)*, 55(8):491.
 41. Sprung, J. Roberts, R.O. Knopman, D.S. Petersen, R.C. Weingarten, T.N. Schroeder, D.R. Warner, D.O. (2016) Perioperative Delirium and Mild Cognitive Impairment. *Mayo Clin Proc*, 91(2):273-274.
 42. Staus, R. (2011) Delirium in the older adult orthopaedic patient: predisposing, precipitating, and organic factors. *Orthop Nurs*, 30(4):231-240.
 43. Steiner, L.A. (2011) Postoperative delirium. Part 1: Pathophysiology and risk factors. *Eur J Anaesthesiol*, 28(9):628-636.
 44. Steis MR, Evans L, Hirschman KB, Hanlon A, Fick DM, Flanagan N, Inouye SK. (2012) Screening for Delirium via Family Caregivers: Convergent Validity of the Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM) and Interviewer-Rated CAM. *J Am Geriatr Soc.*; 60:2121-26
 45. Tropea, J. Slee, J.A. Brand, C.A. (2008) Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Australas J Ageing*, 27:150-156.
 46. Tsang, L. F. (2014). Nurse' prediction prevention and management on postoperative delirium in geriatric patients with hip fracture: The development of a protocol to guide care. *International Journal of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 18(1), 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.06.001>
 47. Wand, A. P. F. (2011). Evaluating the effectiveness of educational interventions to prevent delirium. *Australasian Journal on Ageing*, 30(4), 175-185. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00502.x>
 48. Wang, W. Li, H.L. Wang, D.X., Zhu, X. Li, S. Yao, G. Chen, K. Gu, X. Zhu, S. (2012) Haloperidol prophylaxis decreases delirium incidence in elderly patients after non cardiac surgery: a randomized controlled trial. *Crit Care Med*, 40: 1-9.
 49. Weber, C., Fierz, K., Katapodi, M., & Hasemann, W. (2020). An advanced practice nurseled delirium consultation service reduces delirium severity and length of stay in orthopedic patients: A nonrandomized posttest only evaluation study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4), 804-810. <https://doi.org/10.1111/ppc.12495>
 50. Whitlock, E.L. Vannucci, A. Avidan, M.S. (2011) Postoperative Delirium. *Minerva Anesthesiol*, 77(4):448-456.
 51. Whittemore R, Knafel K. (2005). The integrative review: updated methodology, *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. [doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)

ARIANNA TASSONE

CPSI SCDO Neurologia AOU San Luigi Reg. Gonzole n°10
Orbassano (TO)
a.tassone@sanluigi.piemonte.it

DOTT.SSA BAZZO ROSSELLA

Coordinatrice infermieristica SCDO Neurologia AOU San Luigi
Reg. gonzole n°10 - Orbassano (TO)
r.bazzo@sanluigi.piemonte.it

Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga Orbassano (TO) - Regione Gonzole 10, Orbassano (TO)

INDAGINE SULL'INTENSITÀ DI CURA NELL'AREA NEUROLOGICA APPLICAZIONE DEL TRI-CO

ABSTRACT

INTRODUZIONE

L'aumento delle patologie cronic-degenerative comporta una maggior richiesta di assistenza. Gli ospedali dovranno riorganizzarsi per continuare a garantire qualità delle cure. Una proposta è la divisione dei reparti secondo intensità di cura.

OBIETTIVO

Indagare l'intensità di cura nella neurologia del San Luigi Gonzaga di Orbassano.

DISEGNO DELLA RICERCA

È stato condotto uno studio osservazionale e quantitativo con tre mesi di raccolta dati, analizzati su Excel. Tutti i partecipanti hanno rilasciato il proprio consenso scritto. Non sono stati previsti criteri di esclusione.

MATERIALI E METODI

Per valutare l'intensità di cura è stata applicata la scala di valutazione Tri-Co, derivante dall'unione di IDA e MEWS, che indagano la complessità assistenziale e la stabilità clinica.

RISULTATI

Tri-Co riporta il 33,7% dei ricoverati a bassa, il 65,1% a media e l'1,2% ad alta intensità di cura. IDA mostra le medesime percentuali. MEWS segnala il 77,3% di pazienti a basso, il 21,6% a medio e l'1,1% ad alto rischio di instabilità clinica.

DISCUSSIONE

I dati riportano la maggioranza della popolazione nella media intensità di cura.

In un contesto di bassa instabilità clinica, Tri-Co è fortemente influenzato da IDA. La complessità assistenziale è determinata dalla percentuale di pazienti con ridotta autonomia nei bisogni primari.

Diventa fondamentale la pianificazione assistenziale, per favorire il maggior recupero dell'autonomia.

Coscienza e pressione sistolica sono i due parametri di MEWS più frequentemente alterati. Rappresentano i parametri su cui si focalizza l'attenzione degli operatori poiché una loro alterazione condurrebbe ad outcome negativi.

L'aspetto clinico influenza quindi anche l'intensità di cura.

CONCLUSIONI

L'organizzazione ospedaliera per intensità di cura, la quale dovrebbe essere valutata al momento della dimissione dal Pronto Soccorso, consente di destinare il paziente nel setting idoneo rispetto alle risorse disponibili, garantendo criteri di qualità, economicità ed appropriatezza delle cure.

PAROLE CHIAVE

Complessità assistenziale, instabilità clinica, intensità di cura, modello organizzativo.

ABSTRACT

BACKGROUND

The increase of chronic and degenerative diseases leads to a greater request for assistance. Hospitals will have to deal with a reorganization to ensure quality of care. Suggestion: divide the departments according to the intensity of care.

OBJECTIVE

Investigating the intensity of care in the neurology of San Luigi Gonzaga in Orbassano.

RESEARCH DESIGN

An observational and quantitative study was conducted for three months. Data are analyzed with Excel. Patients granted their authorization to participate in the study. There aren't any exclusion criteria.

MATERIALS AND METHODS

Tri-Co was applied to evaluate the intensity of care. It is resulting from the combination of IDA and MEWS, which assess the patient's care complexity and clinical stability.

RESULTS

Tri-Co indicates 33,7% of patients at low, 65,1% at medium and 1,2% at high intensity of care.

DISCUSSION

Data show the majority of population at medium intensity of care. In a context of low clinical instability, Tri-Co is strongly influenced by IDA. Care complexity is determined by the percentage of patients with reduced autonomy in primary needs.

Care planning becomes fundamental, to encourage greater recovery.

Consciousness and systolic blood pressure are the two most frequently altered MEWS parameters.

They represent the parameters on which the attention of operators is focused as their alteration would lead to negative outcomes.

CONCLUSIONS

The hospital organization base on care intensity, which should be evaluated at the time of discharge from the emergency room, allows the patient to be allocated to the appropriate setting with respect to the resources available, ensuring quality, cost-effectiveness and appropriateness criteria of care.

KEY WORDS

Care complexity, clinical instability, intensity of care, organizational model.

INTRODUZIONE

Il progressivo invecchiamento della popolazione, il conseguente mutamento demografico e l'incremento delle patologie cronico-degenerative, rappresentano tutti elementi chiave del cambiamento cui la società moderna sta andando incontro in questi anni (ISTAT 2022). Parallelamente, la riduzione dei posti di degenza ospedaliera, senza una contestuale attivazione dei servizi territoriali, delinea un quadro di profonda crisi per l'ambiente sa-

nitario. Questa situazione produce disservizi, diseconomie e rischi oggettivi per l'utenza che accede in ospedale tramite i servizi di Pronto Soccorso. Infatti i dati di ricerca scientifica riportano un'aumentata mortalità intraospedaliera e prolungamento della durata della degenza in seguito a situazioni di affollamento e saturazione dei posti letto. Nel tentativo di ridurre tali outcome, i pazienti vengono collocati in degenze non idonee, che spesso presentano risorse, in termini di personale e attrezzature sani-

tarie, sproporzionate (Sprivulis 2006). Inoltre la maggior parte degli ospedali oggi è ancora legato ad un modello tradizionale di organizzazione interna, basato sulla settorializzazione delle specialità cliniche.

In un periodo storico in cui si sente parlare sempre più spesso di qualità delle cure, diventa fondamentale riuscire a trovare delle strategie per garantire un uso appropriato di risorse e un percorso di qualità. Negli ultimi decenni diverse sono state le proposte, tra esse in questo articolo si prende in analisi l'in-



porta ad una maggiore efficienza di gestione del processo di cura. L'obiettivo ultimo di una riorganizzazione ospedaliera basata sull'intensità di cura è produrre benessere economico e organizzativo (Bensa 2009, Bocchi 2007, Pignatto 2010).

■ MATERIALI E METODI

Disegno di studio

È stato condotto uno studio osservazionale e quantitativo presso la neurologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO), ad oggi ospitante 30 posti letto di cui 6 dedicati alla Stroke Unit. Tutti i partecipanti hanno rilasciato il proprio consenso scritto per la raccolta dei dati sanitari, in accordo con quanto previsto dalla normativa vigente aziendale. Non sono stati previsti criteri di esclusione. Il protocollo di indagine è stato condiviso e autorizzato dalla direzione infermieristica. Il periodo di studio si è protratto da febbraio a maggio 2022, per un totale di tre mesi, con

tensità di cura, vista come variabile per destinare il paziente verso un setting adeguato - inteso come numero di personale e tecnologie idonee - rispetto al quadro clinico. Vi sono molteplici metodi per valutare l'intensità di cura del paziente che accede in ospedale. Tra gli strumenti validati compare il Triage di Corridoio, Tri-Co, che unisce dati circa la complessità assistenziale e l'instabilità del paziente (Bartolomei 2007, Mathieu 2007, Subble 2001). Il concetto di complessità assistenziale è stato introdotto per la prima volta già nel 1996 con il Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Marisa Cantarelli (Cantarelli 1996). Ad oggi la definizione maggiormente riportata in letteratura è quella proposta da Moiset nel 2003, secondo cui essa è "l'insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica

espressi in termini di impegno e quantità-lavoro dell'infermiere" (Moiset, 2003). Analizzare la complessità assistenziale significa anche una presa in carico olistica e globale del paziente, senza limitarsi solamente all'aspetto clinico. Così facendo si rafforza la qualità delle cure percepita dall'utenza che, unita ad una migliore gestione economica delle risorse,

Tabella I - scala di valutazione Tri-CO.

Tri-Co	IDA - bassa (20-28)	IDA - media (12-19)	IDA - alta (7-11)
MEWS - basso (0-2)	bassa	media	alta
MEWS - medio (3-4)	media	media	alta
MEWS - alto (≥ 5)	alta	alta	alta

Tabella II - scala di valutazione IDA.

scala IDA	1	2	3	4
ALIMENTAZIONE	NE o NPT	pz imboccato	necessità di aiuto	autonomo
ELIMINAZIONE	incontinenza urinaria e fecale permanente	incontinenza urinario e/o fecale occasionale	CV a permanenza	autonomo
IGIENE PERSONALE	igiene intima a letto senza aiuto del pz	igiene intima a letto con aiuto del pz	igiene intima a letto. Pz autonomo nell'uso dei servizi	autonomo
MOBILIZZAZIONE	allettato	in poltrona o in carrozzina	con aiuto	autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE	monitoraggio parametri vitali in continuo	monitoraggio parametri vitali > 2 volte / die	monitoraggio parametri vitali 2 volte / die	monitoraggio parametri vitali 1 volte / die
PROCEDURE TERAPEUTICHE	terapia EV in continuo	terapia EV non continua	terapia per OS, SC, IM	solo terapia per OS o nessuna terapia
COSCIENZA	sopore	sempre disorientato T/S, utilizzo di sedativi	disorientato T/S occasionale, senza utilizzo di sedativi	orientato

Tabella III - scala di valutazione MEWS.

scala MEWS	3	2	1	0	1	2	3
PAO sistolica	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
FC		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
FR			<9	9-14	15-20	21-29	≥ 30
TC (°C)		≤ 35		35-38,4		≥ 38,5	
AVPU				A	V	P	U

due giorni settimanali di osservazione in cui sono stati raccolti i dati. Per l'analisi di questi ultimi è stato costruito un foglio di calcolo sull'applicativo Microsoft Excel.

I dati sono stati registrati da una figura non inserita all'interno del processo assistenziale, e che quindi non ha subito influenze.

Strumenti di indagine

È stata applicata la scala di va-

lutazione Tri-Co (Triage di Corridoio) (tabella I) che assegna i pazienti alle diverse aree si intensità di cura: bassa, media o alta (Bartolomei 2007). Essa è costituita da una tabella derivante dall'unione di altri due strumenti di valutazione, IDA e MEWS. IDA (tabella II) calcola l'Indice di Dipendenza Assistenziale attraverso l'analisi di sette item: alimentazione, eliminazione, igiene personale, mobilizzazione, procedure dia-

gnostiche e terapeutiche e lo stato di coscienza. Per ciascuna voce viene assegnato un punteggio da 1 a 4, variabile in relazione al grado di autonomia del paziente.

Sommando i valori dei singoli punti, si ottiene un numero che indica la complessità assistenziale totale. Si possono perciò distinguere una bassa complessità (con un punteggio compreso tra i 20 e i 28), una media complessità (tra 12 e 19) e un'alta complessità (valori tra 7 e 11) (Bartolomei 2007).

La scala MEWS - Modified Early Warning Score - (tabella III) valuta lo stato clinico del paziente e la sua instabilità, rappresentata dall'alterazione dei parametri vitali (Bartolomei 2007). MEWS prende in esame la pressione sistolica, la frequenza cardiaca e respiratoria, la temperatura corporea e lo stato di coscienza, definito tramite l'acronimo AVPU (A - alert, V - reacting to vocal stimulus, P - reacting to pain, U - unconscious). Per ogni item è presente un punteggio variabile da 0 a 3.

Al termine della compilazione si sommano i singoli valori, ottenendo così un numero che consente di classificare in basso (0-2), medio (3-4) e alto (≥5) rischio di instabilità clinica.

Obiettivo

Analizzare l'intensità di cura attraverso lo strumento Tri-Co, sia per oggettivare la situazione presente nel reparto preso in esame, in termini di utenza ricoverata, sia per proporre eventuali modifiche organizzative per una redistribuzione delle attuali risorse disponibili.

■ RISULTATI

Durante l'intero periodo di sperimentazione sono state effettuate 604 rilevazioni, ed è stata coinvolta una popolazione pari a 181 pazienti, divisi equamente tra uomini e donne (rispettivamente 90 e 91), con età media identica per entrambi i sessi, pari a 68 anni.

L'analisi statistica dei dati ottenuti tramite il Tri-Co evidenzia che il 33,7% dei degenti richiede una bassa intensità di cura, il 65,1% una media intensità e l'1,2% un'alta intensità (**Grafico 1**).

Di seguito i dati acquisiti con le singole scale di valutazione.

IDA mostra che il 33,7% dei pazienti rientra nella bassa complessità, il 65,1% nella media e l'1,2% nell'alta complessità assistenziale.

Per l'alimentazione è stata osservata l'autonomia nel 36,4% dei pazienti, rispetto ad un 38,5% di utenza che richiede

assistenza per l'assunzione del pasto. Per quanto riguarda l'eliminazione è possibile notare un 33,1% di pazienti continenti, un 21,3% di incontinenti, mentre il 42,5% è portatore di catetere vescicale a permanenza. L'igiene personale viene effettuata in autonomia dal 25% dei ricoverati, il rimanente 75% richiede assistenza di diversa entità. L'item della mobilitazione riporta un 24,7% di pazienti autonomi, un 46,2% è allettato e il restante 29,1% viene mobilitato con il supporto di un operatore e/o ausilio. Per quanto riguarda il piano di monitoraggio dei parametri vitali, i dati mostrano un 12,9% di pazienti con monitoraggio multiparametrico continuo e il rimanente 87,1% con monitoraggio con un intervallo superiore a 1 ora. Il 72,5% dei pazienti effettua terapia endovenosa, mentre il 27,4% riceve terapia per via orale, sottocutanea o intramuscolare. L'ultimo parame-

tro analizzato riguarda la coscienza: il 14,4% dei ricoverati risulta essere soporoso, il 46% è orientato, mentre il 39,6% è disorientato.

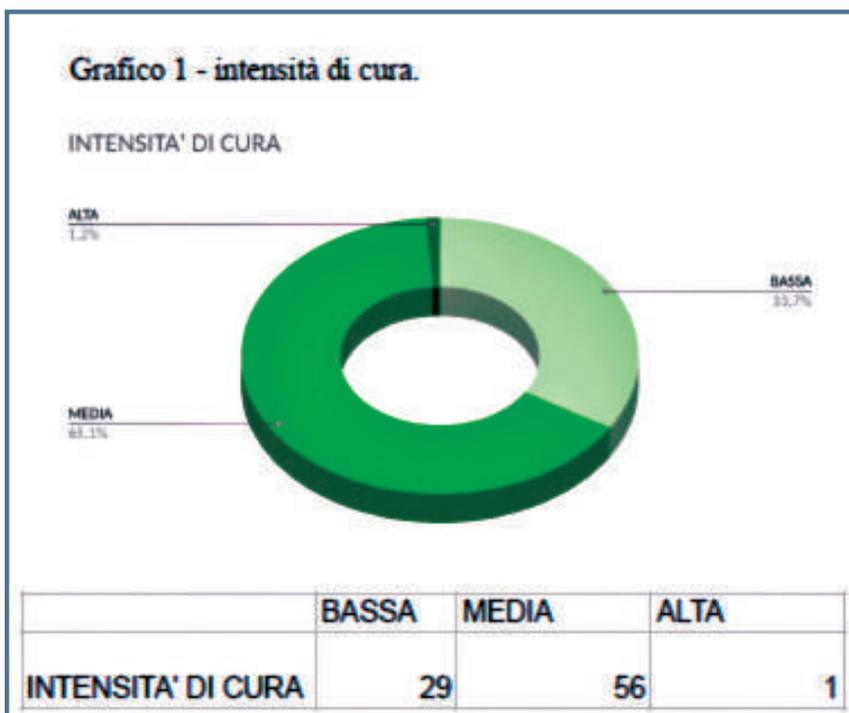
L'applicazione della scala MEWS ha rilevato che il 77,3% dei degenti ha un basso rischio di instabilità clinica, il 21,6% è a medio rischio e l'1,1% dei ricoverati è ad alto rischio. Osservando nel dettaglio l'item relativo alla coscienza, si nota come un numero di 553 rilevazioni, pari all'88,6% dei pazienti, risulta vigile.

Il 10,8% risponde a stimoli esterni di entità variabile, mentre lo 0,6% è incosciente. Il parametro relativo alla pressione sistolica mostra un 95,9% di utenza con valori pressori nella norma, il 3,6% con valori che si discostano di poco dal range di normalità, e uno 0,5% di pazienti con pressione sistolica maggiormente alterata.

■ DISCUSSIONE

La distribuzione demografica dei risultati restituisce un'età media relativamente bassa rispetto all'utenza che ci si aspetta di trovare in una neurologia. Questo dato è influenzato dalla presenza di diversi ricoveri diagnostici con età anagrafica decisamente inferiore rispetto ai pazienti che accedono in regime di urgenza per patologie neurologiche già conclamate.

I risultati evidenziati dall'applicazione del Tri-Co mostrano una maggioranza di utenza - pari a circa 2/3 - a media intensità di cura, seguita da 1/3 di popolazione a bassa intensità di cura, e solo l'1,2% di pazienti





Il fine di quest'ultima è favorire il maggior recupero del grado di autonomia possibile per il paziente, compatibilmente con le conseguenze legate alla patologia sviluppata.

Inoltre anche i dati relativi alla terapia somministrata sono indicativi circa il carico di lavoro, infatti 438 rilevazioni totali, corrispondenti al 72,5% dei pazienti, riguardano la terapia farmacologica endovenosa.

A questa percentuale si aggiungono anche i degenti che vengono nutriti tramite nutrizione parenterale totale o enterale (quest'ultima è considerata nell'item relativo all'alimentazione).

ad alta intensità. Il quadro del reparto preso in analisi in questo studio è sovrapponibile con quanto riportato dalla bozza regionale "Fabbisogno Personale Ospedaliero" del 2016 (Fabbisogno di Personale Ospedaliero, 2016), secondo cui l'area neurologica è caratterizzata da una media intensità di cura.

Inoltre si nota come il Tri-Co sia fortemente influenzato dalla complessità assistenziale quando calato in un contesto di bassa instabilità clinica, infatti le percentuali di IDA e del Tri-Co risultano essere identiche. La complessità assistenziale, e quindi il maggior carico di lavoro per gli operatori sanitari, è determinata dalla percentuale di pazienti con ridotta autonomia rispetto ai bisogni primari. Per quanto riguarda l'alimentazione infatti compare un 18,5% di utenza che viene imboccata e un 30% che viene aiutata per l'assunzione del pasto.

I dati sulla mobilitazione ri-

portano il 29,1% e il 46% di pazienti che rispettivamente necessitano di assistenza per essere mobilizzati e che sono allettati.

Sono proprio questi ultimi a pesare maggiormente sul carico di lavoro, in quanto una persona costretta a letto richiede supporto per soddisfare qualsiasi altro bisogno primario: dovrà essere mobilizzata e posizionata correttamente nel letto per poter assumere il pasto, verranno effettuate le cure igieniche a letto, e richiederà assistenza anche per quanto riguarda l'eliminazione.

Da ciò è possibile trarre la considerazione secondo cui, in un contesto come la neurologia, diventi fondamentale la pianificazione assistenziale relativa ai bisogni primari citati, in quanto rilevanti rispetto alla popolazione osservata, ma allargata ad una valutazione personalizzata che individui tutti i bisogni della persona assistita.

Questi aspetti hanno una ricaduta importante sul carico di lavoro di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale. In particolare per l'equipe infermieristica, in quanto gli operatori dovranno dedicare del tempo al posizionamento dell'accesso venoso, al controllo sia sul dispositivo, sia sul farmaco infuso.

Dovranno anche intraprendere delle azioni per valutare il patrimonio venoso del paziente, prevedere la durata e tipologia di terapia, al fine di selezionare i casi in cui sia necessario impiantare un dispositivo più duraturo e stabile.

Per il gruppo OSS comporta un maggior impiego di tempo rispetto ai bisogni di base evidenziati che caratterizzano la complessità assistenziale, quali ad esempio l'applicazione del piano di mobilitazione con prevenzione di lesioni da decubito, oppure anche la gestione dell'alimentazione.

I parametri presi in esame da

MEWS, che sembrano avere una maggior significatività nel contesto neurologico, sono lo stato di coscienza e la pressione sistolica.

Sono infatti i due aspetti che clinicamente appaiono maggiormente alterati rispetto agli altri parametri considerati e che potrebbero portare ad outcome negativi per il paziente. Oltre il 10% dei ricoverati risponde a stimoli esterni (il 6,5% reagisce a stimoli verbali, il 4,3% a quelli nocicettivi) e lo 0,6% è incosciente. Per quanto riguarda la pressione sistolica oltre il 95% dei pazienti risulta avere valori rientranti nei range di normalità, e solo un 4% presenta alterazioni.

Osservando nella globalità i dati ottenuti da MEWS, oltre il 75% dei degenti presenta un basso rischio di instabilità clinica, il 21,6% e l'1,1% dell'utenza riporta un medio e alto rischio di instabilità clinica.

Questi ultimi due risultati riflettono la possibilità di essere ricoverati all'interno della Stroke Unit, che prevede un monitoraggio multiparametrico in continuo nelle 24h.

Da ciò si evince che il peso dell'intensità di cura è comunque correlato all'aspetto clinico

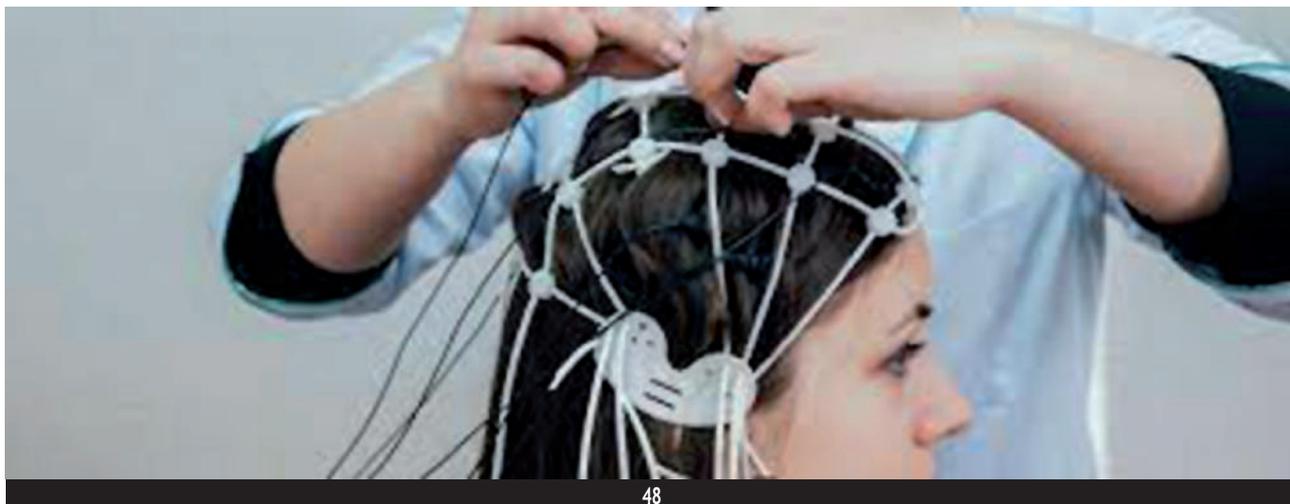
e alla disabilità che può conseguire l'evento acuto, e che la complessità assistenziale è data dall'unione di più fattori: bisogni di base, aspetti terapeutici-farmacologici e conseguenze legate alla situazione clinica specifica per il paziente.

■ CONCLUSIONI

Lo strumento utilizzato in questo studio, già validato in precedenza, è risultato di semplice ed immediata attuazione, utili a valutare l'intensità di cura presente nella neurologia oggetto di analisi.

La corretta individuazione dell'intensità di cura consente di destinare il paziente nel setting adeguato. Perciò l'utenza che accede in Pronto Soccorso dovrebbe essere valutata sia dal punto di vista della stabilità clinica, sia per la complessità assistenziale. Parallelamente i reparti ospedalieri dovrebbero essere suddivisi internamente nelle tre aree di intensità individuate dal Tri-Co: bassa, media e alta. Ciò consentirebbe di destinare l'utenza, al momento della dimissione dal Pronto Soccorso, verso il reparto idoneo per tipologia e quantità di risorse. In un secondo istante

il personale sanitario potrebbe effettuare una rivalutazione dell'intensità di cura, al fine di pianificare il percorso clinico-assistenziale specifico per il paziente, per le sue caratteristiche e per i suoi bisogni. Dai dati analizzati in questo studio si evince che per i reparti a bassa intensità potrebbe essere rivalutata soltanto la complessità assistenziale, poiché di fronte a un quadro a basso rischio di instabilità clinica, l'intensità di cura viene influenzata in maniera preponderante dalla complessità assistenziale. Inoltre osservando i dati ottenuti attraverso la scala di valutazione IDA, si evidenzia una maggioranza di pazienti che necessitano di assistenza per i bisogni di base. Ciò potrebbe suggerire una correlazione dei dati con il fabbisogno di personale e la conseguente organizzazione interna. Implementare i modelli assistenziali, come il Primary Nursing, consentirebbe di incrementare il tempo dedicato alla pianificazione assistenziale e al ragionamento clinico, in sinergia con un incremento del rapporto OSS/paziente, in relazione alla dipendenza assistenziale rilevata. Un maggior numero di operatori sociosani-



tari, impegnati in un'assistenza personalizzata dei bisogni primari, consente di migliorare la qualità delle cure erogate e percepite dagli utenti ricoverati.

Tra i limiti e le variabili di questo studio bisogna sottolineare la presenza di pazienti neurologici con infezione da Sars-Cov2 in corso che sono rimasti ricoverati per diverse settimane in attesa di poter essere dimessi. Analogamente vi è tutta una porzione di utenza ricoverata in attesa di poter essere trasferita in una struttura riabilitativa. Questo incide soprattutto sulla complessità assistenziale, in quanto pazienti da riabilitare richiedono certamente aiuto per svolgere almeno uno dei bisogni primari. Un altro aspetto su cui vanno a gravare i ricoveri prolungati oltre le reali necessità, è quello economico, infatti i pazienti occupano un posto letto a cui sono destinate risorse maggiori rispetto a quelle di cui realmente ha bisogno l'utenza. È da segnalare inoltre la presenza di pazienti di tipo medico ricoverati presso la neurologia per fronteggiare la situazione di sovraffollamento del Pronto Soccorso. Per questo motivo l'indagine condotta presso la neurologia meriterebbe una diffusione all'interno anche degli altri reparti dell'azienda, al fine di oggettivare l'intensità di cura generale. Inoltre la corretta applicazione del Tri-Co consentirebbe una idonea collocazione dei pazienti con problematiche mediche, indipendentemente dalla loro specialità clinica, come suggerito da uno studio condotto presso l'AUSL 6 di Livorno. Presso la realtà ospedaliera toscana

nel 2005 è stata condotta una ricerca sperimentale suddividendo il reparto di medicina interna in un'area organizzata per intensità di cura. L'utilizzo del Tri-Co come strumento per destinare i pazienti verso il corretto setting di cure consentirebbe di rispondere agli obiettivi di economicità, efficacia ed efficienza, ma anche garantire qualità nelle cure.

■ BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- I. Bartolomei C, Cei M. (2007) L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio).
- II. Bensa G, Giusepi I, Villa S. (2009) Riprogettare la logistica nelle Aziende Sanitarie: esperienze a confronto. Rapporto OASI, 331-368.
- III. Bocchi G, Ceruti M. (2007) La sfida della complessità. Milano, Mondadori, 60-78.
- IV. Cantarelli M. (1996) Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano, Masson.
- V. Cavaliere B, Snaidero D. (1999) Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. *Management Infermieristico*, 1:32-6.
- VI. Fabbisogno di Personale Ospedaliero 1° BOZZA. Regione Piemonte. (2016)
- Fabbisogno Personale Ospedaliero Descrizione metodologica. Allegato 12 Classifica delle specialità ospedaliere per intensità di cura.
- VII. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Popolazione e famiglie. Ultima consultazione il 16 aprile 2022; <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869>
- VIII. Mathieu G. (2007) Triage di Corridoio (Tri-Co): strumento utile per migliorare la qualità dell'assistenza. *Italian Journal of Medicine*, (1)2:3-5.
- IX. Moiset C, Vanzetta M, Vallicella F. (2003) Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica. Milano, McGraw-Hill.
- X. Pignatto A, Regazzo C, Tiberi P. (2010) Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera. *Agorà* n.44.
- XI. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*, 184(5), 208-12.
- XII. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemme L (2001) Validation of a modified early warning score in medical admissions. *QJM*, 94(10):521-6.

WILMA GENTILE

Tutor professionale CLI Asti
wilma.gentile@unito.it

ALEXANDRA SAVESCU

Infermiera
alexis.savescu@gmail.com

ANORESSIA NERVOSA

UNO STUDIO SULLE DIFFERENZE DI GENERE NEGLI ADOLESCENTI

ABSTRACT

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare sono patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo.

Tra i disturbi di questa categoria più conosciuti troviamo l'anoressia nervosa, caratterizzata da una continua e ossessiva ricerca della magrezza mediante il rifiuto del cibo. In una patologia così invalidante la medicina di genere si propone, mediante la ricerca, di identificare e studiare le differenze esistenti tra uomo e donna che possono influenzarla.

OBIETTIVO

Descrivere le differenze di genere nei comportamenti degli adolescenti affetti da anoressia nervosa. Descrivere le differenze di genere rappresentate nella filmografia

MATERIALI E METODI

La metodologia utilizzata è una revisione della letteratura al fine di indagare quanto descritto e già esistente in merito al tema prescelto.

La ricerca della letteratura si è sviluppata principalmente sulle banche date di: Pubmed/MCBI e Wiley Online Library. Gli articoli sono stati selezionati soprattutto in diversi giornali presenti come ad esempio: International Journal of Eating Disorders, Wiley InterScience, Taylor & Francis Online, Journal of Clinical Nursing.

RISULTATI

Dai risultati che emergono si evince come le differenze di genere incidano sull'anoressia nervosa e come quest'ultime siano in grado di condizionare il soggetto affetto da tale patologia a seconda delle caratteristiche che lo definiscono. La donna risulta avere ancora ad oggi molte più probabilità di sviluppare la malattia rispetto all'uomo, mettendo quest'ultimo in secondo piano sia dinanzi agli occhi della società e sia della medicina.

CONCLUSIONI

Per intraprendere il corretto percorso di cura, il giusto riconoscimento e l'adeguata accettazione della malattia si evidenzia l'importanza di condurre nuovi studi sull'anoressia nervosa maschile al fine di indirizzare e aumentare gli interventi efficaci che possono essere messi in atto per rispondere il più adeguatamente possibile ai reali bisogni di cura dei pazienti affetti da tale patologia.

PAROLE CHIAVE

"genere", "risultato", "personalità", "sintomi", "maschi", "femmine", "disturbi del comportamento alimentare", "anoressia nervosa", "adolescenti", "valutazione", "esame del disturbo alimentare", "identificazione", "stereotipo", "differenze di genere", "trattamenti", "social network".

ABSTRACT

BACKGROUND

Eating disorders are characterized by altered eating habits and an excessive concern with weight and body shape. Among the best-known disorders of this kind, we find anorexia nervosa, which is characterized by a continuous obsessive search for thinness through the rejection of food. In such a disabling pathology, gender medicine aims, through research, to identify and study the differences between men and women that may influence her.

PURPOSE

The aim is to describe gender differences in the behaviors of adolescents with anorexia nervosa. Describe the gender differences represented in filmography

METHOD

The methodology used is a review of the literature in order to investigate what is described and already existing on the chosen topic. The literature search developed mainly on the databases of: Pubmed / NCBI and Wiley Online Library. The articles were selected above all in several featured journals such as: International Journal of Eating Disorders, Wiley InterScience,

Taylor & Francis Online, Journal of Clinical Nursing.

RESULTS

The results that emerge show how gender differences affect anorexia nervosa and how they can shape the subject affected by this disease depending on the characteristics that define it. Women are still more likely to develop the disease than men, putting the latter in the shadow both in the eyes of society and medicine.

CONCLUSIONS

To undertake the correct course of treatment, the proper recognition and acceptance of the disease, it is important to conduct new studies on male anorexia nervosa in order to address and increase the effective interventions that can be implemented to answer as adequately as possible to the real needs of care of patients with this disease.

KEY WORDS

"gender", "outcome", "personality", "symptoms", "males", "females", "eating disorders", "anorexia nervosa", "adolescents", "assessment", "eating disorder examination", "identification", "stereotype", "gender differences", "treatments", "social network".

■ INTRODUZIONE

La fame e la sete rappresentano dei bisogni fisiologici per il nostro organismo, che devono essere soddisfatti per poter raggiungere il fabbisogno energetico giornaliero. Tuttavia, la concezione del cibo stesso è cambiata notevolmente negli anni e con essa il rapporto che ne deriva, incidendo negativamente sullo stato di benessere o di malessere psicofisico.

La medicina di genere viene definita come la scienza che studia l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, fisiopatologia e clinica di tutte le malattie per giungere a decisioni terapeutiche basate sull'evidenza sia nell'uomo sia nella donna. La disciplina cerca di comprendere, dunque, in che modo le malattie di tutti gli organi ed i sistemi si manifestino nei due generi.

Valuta soprattutto la correlazione tra differenze di genere e sintomi delle malattie, la necessità di differenti percorsi diagnostici ed interpretazioni dei risultati, la differente risposta ai farmaci o, addirittura, la necessità di utilizzare farmaci diversi e, ancora, le differenze nella prevenzione che può essere messa in atto (Baggio et al, 2019). Il disegno di legge Lorenzin è stato approvato al Senato il 22 dicembre 2017 e garantisce per la prima volta in Italia che la medicina venga orientata al genere in tutte le sue applicazioni a livello nazionale, sia nella sperimentazione clinica dei farmaci sia per tutto il percorso clinico.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) o disturbi dell'alimentazione, sono patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo. Insorgono

prevalentemente durante l'adolescenza e colpiscono soprattutto il sesso femminile (Moore et al, 2021).

Secondo gli ultimi dati disponibili del Ministero della Salute, sviluppano disturbi del comportamento alimentare oltre 9.000 nuove persone ogni anno, soprattutto nella fascia di età compresa tra i 12 e i 25 anni. In media vi sono 6 nuovi casi di disturbi del comportamento alimentare ogni 100.000 abitanti. L'incidenza dell'anoressia nervosa negli ultimi anni risulta stabilizzata su valori di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre quella della bulimia nervosa risulta in aumento, ed è valutata in 9-12 casi annui.

I principali disturbi dell'alimentazione, ad oggi, risultano essere: l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder), i feeding disorders, la vigoressia, l'ortoressia o la pregoressia.

■ OBIETTIVI

Descrivere le differenze di genere nei comportamenti degli adolescenti affetti da anoressia nervosa.

Descrivere le differenze di genere rappresentate nella filmografia

■ MATERIALI E METODI

La metodologia utilizzata per lo svolgimento della tesi, svolta allo scopo di identificare le possibili differenze di genere nei comportamenti di chi soffre di anoressia nervosa, comprende una revisione della letteratura. Sono state interrogate

le seguenti banche dati; Pubmed/NCBI e Wiley Online Library e diversi giornali online come: International Journal of Eating Disorders, Wiley InterScience, Taylor & Francis Online. Ulteriori fonti sono invece state reperite mediante il manuale di DSM-5 e mediante il sito del Ministero della Salute.

Gli articoli sono stati selezionati secondo criteri di inclusione quali: il genere del paziente affetto da anoressia nervosa, i fattori socioculturali, i trattamenti, la prevenzione e la fascia di età adolescenziale e adulta.

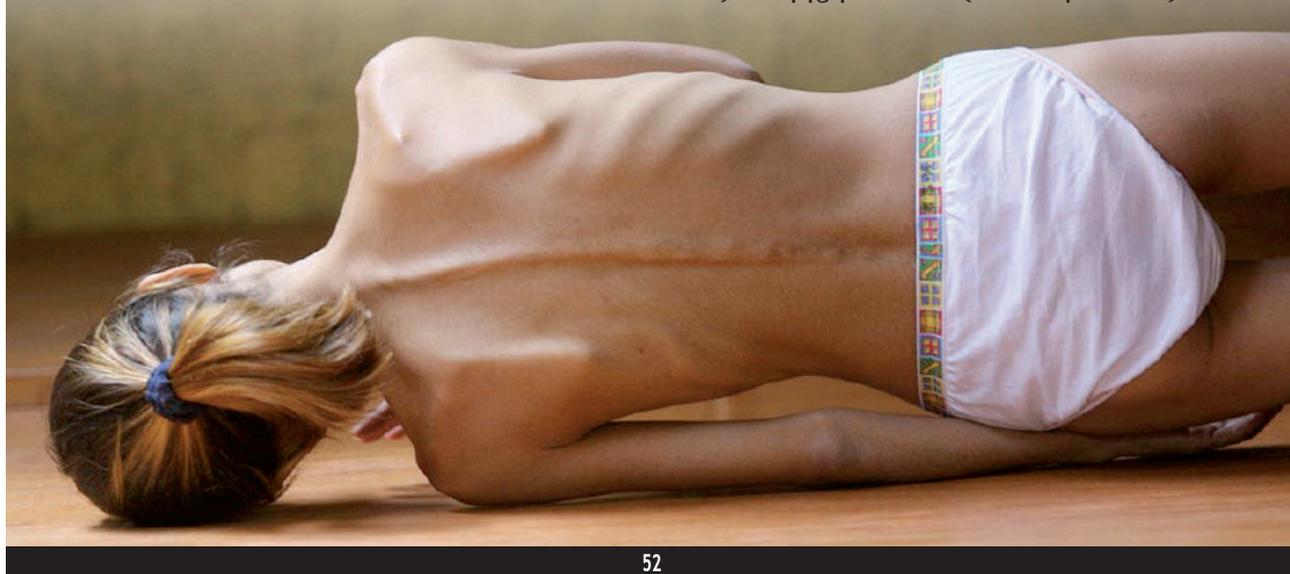
Le parole chiave utilizzate sono: *gender, outcome, personality, symptoms, males, females, eating disorders, anorexia nervosa, adolescents, assessment, eating disorder examination, identification, stereotype, gender differences, treatments*. Le parole chiave sono state combinate agli operatori booleani "OR" ed "AND". Mesh utilizzato: Anorexia Nervosa.

Oltre ad associare le diverse parole chiave mediante l'uso degli operatori booleani, gli articoli sono stati individuati utilizzando l'opzione "similar articles".

Gli articoli reperiti per l'elaborazione dello studio sono stati 40, di questi 10 pertinenti per la ricerca.

■ RISULTATI

La metanalisi di GWAS (Genome-Wide association study) su AN (Anoressia nervosa) include 33 coorti provenienti da 17 paesi con 16992 casi di Anoressia Nervosa e 55.525 controlli. Il GWAS include 72358 femmine (di cui 16531 casi) e 24454 maschi (di cui 460 casi). Nel nu-



cleo familiare dei maschi anoressici si osservano altri casi di anoressia nervosa solo nelle femmine, questo suggerisce che la malattia non si trasmetta preferenzialmente a familiari dello stesso sesso. Il 14% delle famiglie dei maschi affetti da anoressia nervosa aveva almeno un parente con un DCA. L'anoressia nervosa mostra elevate correlazioni genetiche con tratti di tipo antropometrici e metabolici. Nello studio condotto durante l'analisi di ereditabilità, si è notato un arricchimento del tessuto nervoso centrale associato ai geni responsabili del BF% (percentuale di grasso corporeo) risultato più prominente nelle femmine che nei maschi. Le correlazioni genetiche di BF% nei maschi e BF% nelle femmine con anoressia nervosa differiscono significativamente l'una dall'altra, suggerendo così una preponderanza femminile che può, in parte, essere spiegata da fattori antropometrici e sesso-specifici, ovvero fattori genetici metabolici che aumentano la responsabilità nell'anoressia nervosa.

Esistono inoltre prove significative del coinvolgimento di fattori genetici responsabili nella suscettibilità all'anoressia come in particolar modo per il gene ESR2. ESR1 e ESR2 sono i due geni che codificano per i recettori degli estrogeni 1 e 2 (H Eastwood et al., 2002). Lo studio afferma che i recettori degli estrogeni 1 e 2 sono localizzati in aree del cervello coinvolte nel comportamento e nella regolazione dell'assunzione di cibo. Si ipotizza dunque che la variazione di questi recettori possa contribuire alla suscettibilità genetica dell'anoressia nervosa femminile.

Inoltre in un altro studio, il cui campione è composto da 99 pazienti di cui 85 ragazze e 14 ragazzi con un'età compresa tra i 13 e i 17 anni (età media 15.1) è emerso come la malattia abbia un diverso decorso a seconda del genere del paziente (Strober et al, 2006). Dallo studio è emersa una differenza di genere significativa correlata al punteggio "EDE" registrato al momento del ricovero in ospedale. L'EDE (eating disorder examination) è un'intervista basata sul paziente che fornisce i punteggi relativi alla frequenza ed alla gravità per i principali aspetti

comportamentali e attitudinali dei DCA in quattro items diversi: restrizione, preoccupazione per l'alimentazione, preoccupazione per la forma del corpo, preoccupazione per il peso.

Dai questionari presi in considerazione sono emersi, i seguenti risultati:

- ◆ la preoccupazione ansiosa risulta presente in 64.3% (n = 9) dei maschi rispetto al 68.2% (n = 58) delle femmine;
- ◆ l'avversione al cambiamento risultava presente nel 71,4% dei maschi (n = 10) rispetto al 67,1% delle femmine (n = 57);
- ◆ il perfezionismo risultava invece presente nel 50% dei maschi (n = 7) rispetto al 72,9% (n = 62) delle femmine;
- ◆ la compliance risultava presente nel 50% (n = 7) dei maschi rispetto al 61,2% (n = 52) delle femmine.

Le femmine mostrano infatti una maggior preoccupazione per quanto riguarda l'assunzione di alimenti nonché l'aumento stesso di peso rispetto ai maschi affetti da anoressia nervosa.



Per quanto riguarda invece il rapporto con il cibo è stato evidenziato come nei maschi adolescenti affetti da anoressia nervosa vi sia un approccio differente al cibo rispetto alle femmine affette dalla patologia (Darcy et al, 2012). I dati dello studio sono stati raccolti su un campione di 48 adolescenti maschi e 48 adolescenti di sesso femminile in due differenti siti: l'università di Stanford e l'Università di Chicago. Dallo studio è emerso come i maschi adolescenti che soffro-

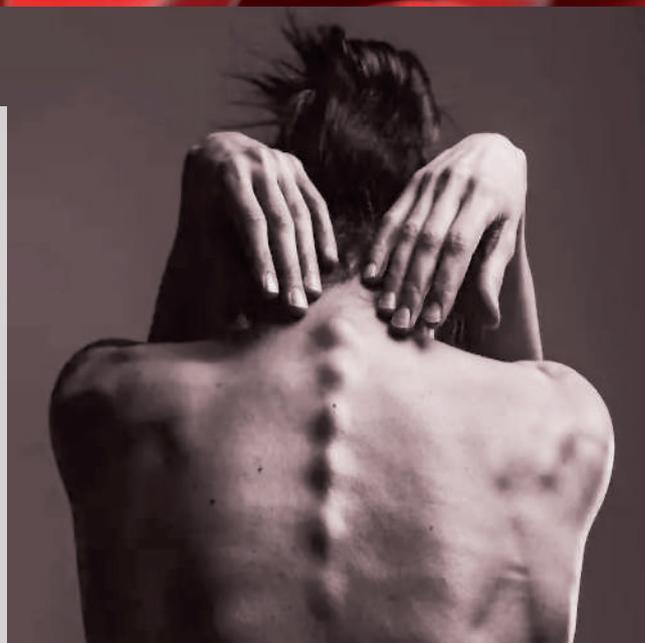
no di anoressia nervosa tendono infatti a non approvare l'assenza di cibo e lo stomaco vuoto, preferendo invece ottenere una pancia piatta e scolpita, perseguendo un'estrema attività fisica che crea uno squilibrio calorico.

Da una review si evince come solo il 12,5-26% dei maschi adolescenti si rivolge a diete drastiche o altre vie estreme per riuscire a perdere peso rispetto al 38-50% delle femmine (Munno et al, 2005).

I maschi mostrano inoltre minori condotte eliminatorie rispetto alle donne, utilizzano in minor percentuale, ad esempio, pillole dimagranti (0,1-4% uomini - 0,7-17% donne), lassativi (0,3-1,6% - 1,4-2%) o vomito autoindotto (0,4-1,7% - 1,8-3%) mostrando minor vergogna e senso di perdita di controllo qualora ne utilizzino. L'attività fisica nei maschi ha una frequenza dal 30 al 48% (donne 51-71%) maggiore rispetto alle altre condotte tipiche dell'anoressia nervosa. L'alimentazione delle femmine è maggiormente influenzata dalle emozioni e dall'umore rispetto ai maschi (Purkiewicz et al, 2021) Dallo studio composto da un campione di 148 femmine e 27 maschi di età compresa tra 18 e 26 anni è emerso come quasi il 30% degli intervistati ha ammesso di mangiare in segreto (nei maschi risulta un valore pari a 14,8% contro il 32,4% presente nelle femmine). Un numero maggiore di femmine (51,4%) si sentiva in colpa dopo aver mangiato una quantità eccessiva di cibo, rispetto ai maschi (14,8%; $p = 0,0005$). L'ansia da eccesso di cibo era più comune nelle partecipanti di sesso femminile, così come la dipendenza dell'alimentazione dall'umore.

Si evince che le femmine (42,6%) prestano troppa attenzione al proprio peso corporeo mostrando una maggiore attenzione verso le calorie contenute nel cibo, limitandone il consumo o provando maggiore piacere nell'avvertire lo stomaco vuoto, rispetto ai maschi (22,2%) Più della metà della popolazione femminile studiata (50,7%) si è sentita in colpa per aver consumato troppo cibo, mentre nei maschi si è verificato in solamente il 22%. Il sentimento acquisito di vergogna e colpa risulta essere provocato dalla violazione delle numerose e severe norme autoimposte per evitare il cibo.

Dai comportamenti diversi per genere nell'anoressia nervosa è emersa una scarsa consapevoliz-



zazione nei maschi della malattia che porta così ad un rapido declino fisico e psicologico, spesso in assenza di richieste di aiuto e categorico rifiuto della malattia stessa (Roberts et al, 2018). Su un campione costituito da studenti iscritti al corso di psicologia in un collegio universitario di 329 donne e 109 uomini, si evidenzia, che gli uomini hanno meno probabilità di considerare l'anoressia nervosa un disturbo "reale" e sono più propensi a banalizzarne la malattia al contrario delle donne che sono invece più comprensive verso gli individui affetti da anoressia nervosa e dimostrano una maggior attenzione alla gravità della patologia.

Nel genere femminile l'insoddisfazione corporea viene espressa come una discrepanza tra la figura ideale che si vuole raggiungere e quella attualmente percepita, il disagio provato in relazione al proprio corpo, l'insoddisfazione per la propria forma e le proprie dimensioni di alcune parti del corpo associate ad un eccessivo accumulo di grasso corporeo (Matera et al, 2011).

L'anoressia nervosa viene ancora percepita come una patologia del tutto femminile, questo evince anche da come quest'ultima venga rappresentata nella cinematografia.

Dai film meno recenti a quelli più odierni l'anoressia nervosa viene rappresentata in forme diverse ma sempre con protagoniste di sesso femminile, il che può aver influenzato l'idea della società nei confronti di tale patologia. Nel film "Per amore di Nancy" film del 1994, ispirato ad una storia vera, ritroviamo la protagonista affrontare la malattia in vicinanza di un importante cam-

biamento che la costringe ad abbandonare le proprie abitudini di vita e trasferirsi al college. In questo film vediamo come le aspettative della madre finiscano per soffocarla e farle perdere il controllo su tutto ciò che la riguarda non lasciando ombra di scelta. La protagonista si rifugia così nella negazione del cibo e nella continua attività fisica. In questo film si vuole far riflettere come la famiglia giochi spesso un ruolo importante tra le cause della patologia stessa.

Nel film italiano "Primo amore" del 2004 tratto dal libro "Il cacciatore di anoressiche" viene invece mostrato come la protagonista cade vittima dell'anoressia nervosa per compiacere il proprio compagno e far parte di una società che secondo false influenze le imponeva un peso notevolmente inferiore. Nel film vediamo come la protagonista inizia con l'idea di perdere qualche kg per compiacere il proprio compagno ma poi finisce per perdere gradualmente e totalmente il controllo lasciandosi influenzare da quelli che sono gli ideali di bellezza e le ossessioni di lui.

Un ultimo film esplicativo dell'argomento è "To the bone" film del 2017 dove incontriamo sempre come protagonista una donna ma tra i personaggi principali troviamo tra le prime volte anche un giovane ragazzo affetto da anoressia nervosa.



■ DISCUSSIONE

Esistono diverse differenze di genere che possono condizionare il trattamento dell'anoressia nervosa. Da qui evince come l'importanza della conoscenza di tali differenze comporti una significativa componente nella percezione stessa della malattia dalla società e dal soggetto affetto dalla patologia stessa.

L'anoressia nervosa, a differenza di quanto sostenuto e pensato dalla società odierna in cui viviamo, è in continuo aumento anche all'interno della popolazione maschile.

Ad oggi, infatti, si fa ancora molta fatica ad accettare l'esistenza di tale patologia negli uomini a causa di diversi fattori che portano a vedere l'anoressia nervosa come malattia appartenente unicamente alla sfera femminile. Tra i fattori principali vi è la prevalenza della malattia, che risulta essere presente maggiormente nelle donne. La prevalenza ci mostra però come la malattia nonostante sia più presente tra le femmine sia in continuo aumento anche tra i maschi.

Gli studi effettuati mostrano una prima correlazione tra la percentuale di massa grassa detenuta dal soggetto e la patologia ed una ulteriore ed importante correlazione tra la presenza di familiari affetti da un DCA all'interno del nucleo familiare ed il soggetto. Le femmine hanno infatti meno tessuto adiposo viscerale, meno massa magra ma più massa grassa il che le esporrebbe maggiormente ad un rischio di DCA. Questi due elementi risultano infatti ad essere tra i primi ad aumentare l'incidenza dell'anoressia nervosa assieme al sesso femminile.

Il sesso femminile permane quindi come il fattore di rischio più concreto e replicato per l'anoressia nervosa.

Le femmine sono desiderose di avere la taglia ideale corrispondente a quella proposta dalla società e minore è la taglia ottenuta, maggiore è il grado di soddisfazione.

Diversamente i maschi anoressici utilizzano meno metodi di eliminazione del cibo e più attività fisica rispetto alle femmine come modalità di compensazione.

Si osservano diversi cambiamenti anche negli ormoni sessuali maschili con una riduzione dei livelli di testosterone e delle gonadotropine. Nel maschio si ha anche un'importante carenza del desiderio sessuale e della produzione di sperma

come indice clinico che costituisce un'equivalente psicosomatico dell'amenorrea femminile, utile per identificare e seguire il decorso del disturbo in tempo. Si deduce, infine, che il maschio riesca a perdere molto più facilmente e velocemente peso rispetto alla femmina e al contempo riesca a intraprendere e perseguire un percorso di guarigione dall'anoressia nervosa più rapidamente e con meno rischi di ricadute.

Anche nell'articolo di Eastwood et al. vediamo come i fattori genetici siano in grado di aumentare l'incidenza dell'anoressia nervosa. Tra i diversi geni coinvolti spiccano i geni ESR1 (Estrogen Receptor 1) ed ESR2 (Estrogen Receptor 2). L'insorgenza dell'anoressia nervosa mostra infatti un picco attorno all'età della pubertà nelle femmine, quando i livelli di estrogeni iniziano ad aumentare in maniera drastica. I fattori genetici mostrano delle variazioni di genere nell'insorgenza della patologia anche per quanto riguarda l'aspetto psicologico.

Le differenze non risulterebbero però presenti solo nella componente genetica bensì anche nella componente psicologica e sociale. Dagli studi reperiti emerge come maschi e femmine vivono la malattia in modi spesso molto diversi tra loro. Gli adolescenti maschi risultano essere meno preoccupati del proprio peso specifico e più interessati a raggiungere una forma maschile ben idealizzata con un addome piatto e definito. I maschi sono infatti meno concentrati sull'ago della bilancia rispetto alle femmine che non riescono ad evitare il pensiero di pesarsi e di vedere i numeri in continua discesa. Gli uomini esprimono invece maggiormente un'ossessione per la forma fisica attraverso un'attività sportiva compulsiva per un fisico muscoloso e mascolino, oltre ad avere un comportamento alimentare nocivo che porta ad avere squilibri alimentari.

Le differenze osservate sul *social eating* e sul mangiare "in segreto" indicano che le femmine sono soggette, in termini di abitudini alimentari, ad una maggiore critica della società che le circonda e causa loro una forte sensazione di vergogna e senso di colpa che le porta ad imporsi severe norme di comportamento per raggiungere il proprio obiettivo e peso ideale. I maschi invece raramente provano questi sentimenti proprio perché difficilmente accettano o riconoscono la malattia stessa a causa della stigmatizzazione

della patologia che li porta ad autogiustificarsi per la condotta nociva intrapresa nel intento di scolpire e modellare ai limiti il proprio corpo.

Anche a livello cinematografico è rara l'attribuzione dell'anoressia al sesso maschile, motivo per cui il maschio si ritrova spesso a vivere la sua malattia in solitudine diminuendo le possibilità di trattamento e guarigione. L'uomo viene infatti visto ancora come la parte meno sensibile e più forte dei due sessi e di conseguenza meno soggetto a soffrire di tale patologia attribuita ancora erroneamente solo alla sensibilità che per molti contraddistingue maggiormente le donne.



Infine fa riflettere anche l'uso dei social media, in quanto si è evidenziato che sia gli uomini che le donne mostrano una diminuzione della propria soddisfazione corporea dopo aver guardato diversi profili Facebook (Holland et al, 2016). L'insoddisfazione corporea è infatti generalmente attribuita a fattori sociali, dove i mass media vengono considerati la causa più influente e pervasiva. Percezioni, pensieri e sentimenti, in seguito alla visualizzazione del contenuto multimediale proveniente dai diversi profili Facebook, risultavano infatti alterati.

■ CONCLUSIONI

I risultati che sono emersi dalla ricerca suggeriscono come la malattia venga spesso stigmatizzata e come sia ancora ad oggi soggetta a costrutti sociali non ancora del tutto superati che influenzano l'autocura dei pazienti affetti da anoressia nervosa e diminuiscono le probabilità di guarigione dalla malattia.

Da questa revisione della letteratura emerge come, nonostante l'anoressia nervosa sia una malattia attuale con una frequenza in continuo aumento, la letteratura disponibile non sia ancora



così ampia per quanto riguarda la popolazione maschile. Il fenomeno dell'anoressia nervosa maschile viene, ancora ad oggi, solo parzialmente indagato negli studi come avviene anche per le diverse minoranze di genere esistenti.

Risulta infatti fondamentale, per intraprendere il percorso di cura, il riconoscimento e l'accettazione della malattia, il supporto di una società aggiornata con professionisti sanitari formati che sappiano accogliere adeguatamente il paziente all'interno di un percorso idoneo di supporto e trattamento.

■ BIBLIOGRAFIA

- Baggio G. The Italian law on gender medicine: a reality and a hope. *Ital J Gender-Specific Med* 2019;5(3):105-107
- D.Munno, S.C.M Sterpone, G.Zullo. Anorexia nervosa in males, a review. *Giorn Ital Psicopat*, 2005;11:25-224.
- Darcy AM, Doyle AC, Lock J et AL. The Eating Disorders Examination in adolescent males with anorexia nervosa: how does it compare to adolescent females. *Int J Eat Disord*. 2012;45(1):110-114.
- Eastwood H, Brown KM, Markovic D, Pieri LF. Variation in the ESR1 and ESR2 genes and genetic susceptibility to anorexia nervosa. *Mol Psychiatry*. 2002;7(1):86-89.
- Hübel C, Gaspar HA, Coleman JRI, et al. Genomics of body fat percentage may contribute to sex bias in anorexia nervosa. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2019;180(6):428-438.
- Matera A, Rybicka-Klimczyk A, Evaluation of body image among females with Anorexia Readiness Syndrome, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2011; 3: 11-19.
- Moore CA, Bokor BR. Anorexia Nervosa. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; September 1, 2021.
- Purkiewicz A, Kamelska-Sadowska AM, Ciborska J, Mikulska J, Pietrzak-Fiećko R. Risk Factors for Eating Disorders and Perception of Body in Young Adults Associated with Sex. *Nutrients*. 2021;13(8):2819.
- Roberts SR, Ciao AC, Czopp AM. The influence of gender on the evaluation of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2018;51(10):1162-1167.
- Strober M, Freeman R, Lampert Cù et Al. Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2006;39(7):570-575.
- Ministero della Salute, <https://www.salute.gov.it/portale/home.html> (ultima consultazione 24/02/2022).

DAVIDE CONSALES

Infermiere
Rianimazione ASST Spedali Civili, Brescia
davide_consales@libero.it

ARIANNA MAIORANO

Infermiera
Anestesia e Rianimazione
presidio ospedaliero Chivasso ASL TO4, Torino
a.maiorano93@gmail.com

FEDERICO VIALARDI

Infermiere
Coordinatore ASL T05
Ospedale Maggiore Chieri, Torino
vialardi.federico@aslto5.piemonte.it

RIFLESSIONI SULLA CRESCITA INFERMIERISTICA IN CHIAVE POLITICO PROFESSIONALE

ABSTRACT

La possibilità che l'individuo ha di "crescere" e, quindi, di "evolversi" costituisce la condizione naturale che esprime, da un lato, il significato ontologico più profondo dell'essere umano e, dall'altro, l'esigenza imprescindibile che la persona ha di adattarsi ai repentini mutamenti che si verificano nell'ambiente esterno.

La crescita è un fattore inevitabile per l'uomo perché è ciò gli consente di soddisfare da sé i propri bisogni nel suo mutevole contesto di vita, di assumersi le proprie responsabilità anche nei confronti della società e, eventualmente, di prendersi cura degli interessi di altri soggetti.

A questo proposito preme sottolineare che l'azione dell'individuo, in quanto "animale sociale", è certamente rivolta alla ricerca del bene

comune, via maestra per assicurare l'armonia e la pacifica convivenza tra i componenti di una comunità.

Tutto ciò riguarda anche l'infermiere che, in quanto professionista, oltre che individuo, ha il dovere di prendersi cura della crescita della propria professionalità e della propria comunità professionale, al fine di garantire una risposta solerte e adeguata alle esigenze sempre più complesse e mutevoli della collettività. In questo senso la funzione dell'infermiere assume anche una dimensione "politica" che, insieme a quella clinica, contribuisce a dare pieno significato e giusto peso alla sua responsabilità e significatività sociale.

PAROLE CHIAVE

Crescita professionale, politica professionale, bene comune.



ABSTRACT

The possibility that an individual has to grow up and to evolve as a consequence, represents the natural condition expressing on the one hand the deepest ontological meaning of the human being and, on the other hand, the essential need that a person has to adapt to the unexpected changes occurring in the external environment. Growth is an essential factor for people because allows them to be in the position of satisfying own needs in the mutating life context as well as to take on responsibilities towards the society and, eventually, to be also able to take care of interests belonging to other people surrounding them.

To this purpose, it is important to emphasize that the action of the individual, as a social animal, can only be aimed at the research of a common good which is the main way to ensure

an harmonic and peaceful coexistence between members of a community.

All these concepts apply to the role of the nurse as well. In fact, as a professional and as an individual, the nurse has the duty to not only take care of his/her own professional growth but also to the one of the peers in order to ensure a prompt and adequate response to the increasingly complex and fast changing needs of the community.

In this sense, the position of the nurse also acquires a political dimension which, together with the clinical one, contributes to provide a full meaning and proper weight to his or her social responsibility and significance.

KEY WORDS

Professional growth, professional policy, common wealth.

INTRODUZIONE

La crescita è un tema che da sempre è stato di particolare interesse degli studiosi in molteplici ambiti disciplinari - nella biologia, nella medicina, nelle scienze psicosociali - in quanto essa rappresenta un processo chiave per la vita dell'essere umano.

In qualsiasi ambito venga considerata, la crescita è sempre riferita a uno sviluppo, a un incremento, a una progressione che inevitabilmente generano cambiamenti nelle persone.

L'essenza della crescita è chiaramente intrinseca alla condizione ontogenetica dell'uomo che esiste per poter divenire. In altri termini, la crescita è per l'uomo condizione necessaria e inevitabile della sua esistenza e del suo benessere; quest'ultimo, però, può essere garantito solo se la stessa crescita è accompagnata da un altro aspetto fondamentale della vita: la cura.

È noto, infatti, che gli uomini sono per definizione esseri mancanti, cioè in continuo stato di bisogno, che si manifesta attraverso un costante desiderio-tensione che li porta a "muoversi" verso innumerevoli possibilità esistenti all'interno di un'altra condizione indispensabile all'esistenza umana: la socialità. La vita, infatti, non

riguarda solo l'individuo in quanto essa è intimamente connessa a quella degli altri. Vivere significa crescere insieme ad altri poiché nessuno, da solo, senza la cura altrui, può realizzare il proprio progetto esistenziale (Mortari, 2013).

Il concetto di crescita umana ha, quindi, un significato bivalente: il primo si riferisce allo sviluppo biologico involontario; il secondo allo sviluppo intellettuale, emotivo, sensoriale, che è generato anche da una componente costruttivista, frutto della volontà e della rielaborazione dell'esperienza (Goleman, 2011).

La crescita e la cura sono quindi, in generale, due elementi vitali per ogni persona nella sua quotidianità ma anche per traslato, per la professione infermieristica che, attraverso la cura della sua crescita, si impegna non solo a rimanere ancorata e adeguata ai rapidi cambiamenti della società e dei bisogni di salute dei cittadini, ma anche a influire sulle scelte dei sistemi organizzativo-sanitari ai vari livelli.

In questa prospettiva prendere a cuore la vita, la cura e la crescita delle persone assistite significa, per la professione infermieristica, sviluppare e valorizzare, oltre all'indispensabile esercizio clinico-assistenziale, l'esercizio di una buona politica professionale intesa come l'insieme di

strategie e di azioni che mirano *in primis* a consentirle di adempiere al proprio mandato sociale e di incidere adeguatamente sulla più ampia politica sanitaria (Mortari, 2021).-

Questo articolo ha l'obiettivo di evidenziare l'importanza che ricopre la crescita professionale per la salute dei cittadini e come questa sia possibile anche attraverso lo sviluppo e l'esercizio di una buona politica professionale. Sviluppo che, secondo gli autori, può avvenire particolarmente grazie all'interiorizzazione di alcuni concetti strettamente connessi alla professione come il discernimento, l'educazione, la responsabilità e l'esercizio delle virtù che saranno affrontati nei prossimi paragrafi.

Data la complessità dell'argomento non si pretende, ovviamente, di esaurire l'argomento; ci si augura, quanto meno, di sensibilizzare gli infermieri su questo tema rilevante, fornendo alcuni spunti di riflessione che potranno essere oggetto di futuri approfondimenti.

1. Crescita e discernimento

Il legame che caratterizza questo binomio concettuale è assai complesso ma di particolare importanza per la comprensione profonda del tema esplorato.

La crescita, sia essa personale, riferita al singolo professionista, o collettiva, riferita alla professione in senso lato, è un concetto neutrale che non veicola di per sé un giudizio positivo. Vi sono casi, infatti, in cui una crescita positiva sul piano personale può risultare negativa su quello collettivo e viceversa (Natoli, 2019).

Da ciò si evince che la crescita professionale, in quanto cambiamento individuale che incide necessariamente anche a livello collettivo, è bene che sia guidata e indirizzata dal discernimento verso il bene comune che accomuna tutti i membri della società e che, in chiave politica, si esprime attraverso l'impegno nella ricerca del miglior livello di salute e benessere possibile dei cittadini e nella valorizzazione delle competenze professionali. Utilizzando un'analogia con l'escursionista, l'infermiere, nel suo percorso di crescita, si trova costantemente esposto a sentieri non battuti per affrontare i quali ha bisogno di una bussola, che è proprio la sua capacità di discernimento che gli consente di scegliere il sentiero più appropriato per il traguardo da raggiungere. Il discernimento si riferisce alla facoltà di una persona di analizzare, distinguere e valutare una certa realtà con cognizione di causa su vari piani (etico, scientifico, giuridico, organizzativo) con l'obiettivo di formulare un giudizio e di scegliere, di conseguenza, un comportamento appropriato alle esigenze della situazione e agli obiettivi da raggiungere.

Il discernimento sollecita, quindi, gli infermieri a compiere, nell'assistenza, scelte adeguate dal punto di vista scientifico, sostenute sul piano etico, rispondenti alle scelte delle persone assistite. Queste complesse operazioni richiedono all'infermiere, oltre alla scienza, anche la saggezza e la sapienza, due elementi essenziali che conducono a una comprensione più profonda del reale.

Lo sviluppo e la diffusione della pratica basata sulle evidenze scientifiche, anche in ambito infermieristico, offre oggi un esempio di criterio di discernimento nell'ambito della cura.



Ma “operare secondo scienza” deve necessariamente essere coniugato con l’“operare secondo coscienza”, per forgiare quel *modus operandi* che rimanda a una dimensione più sapienziale che esige apertura alla totalità dell’esistenza umana e all’integrazione dei saperi a essa connessi, rifuggendo per quanto possibile le frammentazioni e i riduzionismi che inducono a pensare che tutto sia riconducibile solo alla scienza. La scienza si inserisce nella sapienza; e scienza e sapienza costituiscono l’anima del discernimento che è il timone imprescindibile dei processi di crescita (Casalone, 2022).

2. Crescita ed educazione

La cura, con tutte le sue innumerevoli sfaccettature, accompagna ogni istante la vita di una persona, in un *continuum* che va dalla nascita alla morte.

Per questo pare logico attribuire particolare importanza a una politica della cura, a cui gli infermieri concorrono, orientata *in primis* alla sana crescita delle giovani generazioni professionali e, ovviamente, alla loro educazione. Socrate afferma: “*La cosa giusta è aver cura dei giovani perché crescano nel miglior modo possibile*”; come il buon agricoltore il buon politico si prende cura dapprima delle piante più giovani.

Questo vale in riferimento non solo ai cittadini assistiti ma anche ai giovani professionisti.

È estremamente necessaria una politica professionale che investa nella crescita e nell’educazione di coloro che si occupano di cura, fin dai loro inizi professionali (Mortari, 2021).

Tra educazione, cura e crescita vi è, quindi, uno stretto legame, anche in un’accezione politica. Platone infatti, ne *Il Politico*, mette in bocca a Socrate l’affermazione che il suo obiettivo non è insegnare ai giovani, ma aver cura di essi. Egli, cioè, vuole insegnare loro la scienza dell’umano e la scienza della politica attraverso la sapienza del crescere e del saper vivere insieme agli altri; in altri termini, attraverso la virtù della politica. In questa prospettiva, la base fondante della politica professionale è rappresentata dalla sapienza che, non essendo intrinseca all’essere umano, necessariamente deve essere costruita ed educata. L’educazione in tutti gli ambiti e, in particolar modo in quello professionale, oggi deve essere fortemente voluta e promossa dall’intera comu-



nità professionale attraverso non solo gli organi precipuamente preposti alla formazione ma anche attraverso le associazioni e gli organismi istituzionali.

Sull’intreccio politico tra educazione, cura e crescita Socrate, sempre per bocca di Platone, fornisce ulteriori spunti di riflessione allorché egli sostiene che l’educazione di sé è essenziale per occuparsi della cura dei cittadini e che per impararla bisogna innanzitutto comprendere il sé ed educare le virtù. In questo senso, secondo Socrate, non può esserci politica senza educazione delle virtù attraverso l’esempio di persone che le esercitano quotidianamente. Ciò vale anche oggi, perché è quanto mai necessario che nell’ambito politico professionale, ai vari livelli, sia consuetudinario e non occasionale l’orientamento educativo alle virtù da parte di professionisti che le esercitano e che sappiano, di conseguenza, costituirsi come esempi virtuosi.

Ma c’è un altro aspetto su cui è doveroso porre attenzione. La crescita della politica professionale, che è anche una politica per la crescita delle persone, richiede investimento di tempo dedicato all’educazione della capacità di pensare e di sentire dei professionisti. Arendt, a tal proposito, afferma che le due grandi facoltà della mente da educare sono il conoscere e il pensare, cioè la capacità di porsi e affrontare quesiti complessi (Boella, 2005). Kant, a partire da una provocazione fatta da Gorgia nel suo libello *Encomio di Elena*, interrogandosi sul rapporto tra retorica etica e politica, arriva ad affermare che coloro che si occupano di politica devono allenarsi a un pensare largo e profondo (Mortari, 2015). Solo

mediante l'educazione del pensiero si può nutrire uno sguardo politico professionale che comprende le necessità delle persone e che consente di indirizzare la crescita dei giovani professionisti verso la comprensione di tali bisogni (Mortari, 2021).

Sulla base di queste considerazioni si ritiene che le azioni sulle quali gli infermieri devono investire per la crescita professionale sono la promozione dell'educazione e lo sviluppo di luoghi o momenti aggregativi in cui costruire e modellare il loro essere professionisti; la costituzione di momenti di confronto e di dibattito professionale per educare la capacità di pensiero e, infine, la condivisione di esperienze virtuose o esempi tangibili dell'espressione delle virtù professionali.

3. Crescita e responsabilità

Responsabilità deriva dal termine latino *respondere*, che etimologicamente significa rispondere a una chiamata o, in senso lato, a una richiesta. Essere responsabili, dal punto di vista infermieristico, significa innanzitutto rispondere attivamente e adeguatamente al bisogno dell'altro, con competenza, premura e sollecitudine. Assumersi la responsabilità di aver cura di un'altra persona significa per un infermiere essere disponibile a fare quanto necessario e quanto è possibile per il suo benessere a partire dalla sua condizione di salute e in rapporto alle sue specifiche necessità. La responsabilità dell'infermiere nei confronti delle persone assistite, espressione dell'agire etico, affonda le sue radici in primo luogo nella consapevolezza della loro fragile e vulnerabile autonomia e si nutre di intenzionalità nell'affrontarla.

In secondo luogo la responsabilità dell'infermiere va oltre, ovviamente, alla capacità di cogliere il bisogno dell'altro e all'intenzionalità di aiuto; essa punta a valutare e sostenere lo sviluppo delle possibilità esistenti di ogni persona, potenziandone, per quanto possibile, l'autonomia nel suo progetto di vita.

A partire da ciò è possibile individuare una certa analogia tra ciò che fonda la responsabilità della cura degli individui con quello che fonda la cura e la crescita del gruppo professionale che, esattamente come ogni persona, ha momenti di difficoltà e necessità di progredire verso nuove possibilità esistenti (Jonas, 1979).

Per questo motivo, tutti gli attori che a vario titolo intervengono nella vita della comunità professionale si assumono una responsabilità politica ed etica che si traduce in scelte professionali orientate, come già detto, alla crescita e al bene comune. Ma tale responsabilità deve essere supportata da progettualità e dalla convinzione che ognuno, in questo senso, può diventare elemento contaminante all'interno delle proprie organizzazioni, aziende e istituzioni. È proprio tale contaminazione che a poco a poco può permettere la realizzazione di una rete di professionisti orientati ad assumersi anche responsabilità collettive oltre che individuali (Mortari, 2021). La crescita di una professione giovane come quella infermieristica passa anche attraverso questo processo perché responsabilizzarsi significa alimentare interessi comuni attraverso l'aggregazione tra professionisti, il dialogo, la condivisione, il confronto anche con i cittadini e, infine, mediante azioni proattive e decisioni strategiche.

4. Crescita e virtù professionali

Che cosa significa per un professionista crescere anche dal punto di vista politico professionale?

È un quesito a cui oggi è estremamente importante rispondere per orientare la professione a soddisfare al meglio i sempre più complessi bisogni della collettività.





Le strategie da mettere in atto per questo importante compito sono molteplici ma quella da ritenere più urgente, nonché struttura portante del bene comune, è l'educazione alle virtù, cioè quelle disposizioni abituali e ferme a perseguire il bene. Esse consentono alla persona di dare la forma migliore al proprio essere. Con tutte le proprie energie la persona virtuosa tende verso il bene, lo ricerca e lo esercita in azioni concrete (Natoli, 2019).

Il tema è estremamente attuale quanto antico; già Platone, infatti, nella sua ideale ripartizione del governo afferma che il bene comune è raggiungibile solo attraverso l'educazione alle virtù. I sofisti considerano le virtù come sapere da acquisire con impegno e fatica e non come qualcosa di innato e, per tale motivo, considerano l'educazione come processo fondamentale per avere un governo orientato al benessere collettivo.

Ne consegue che i virtuosi sono coloro che assumono decisioni sulla base della ragione e non istintivamente. Le azioni virtuose sono quelle che escludono gli eccessi, che prediligono la moderazione: una celebre frase di Orazio dice *sunt certi denique fines, quos ultra citraque nequit consistere rectum*; cioè «v'è una misura nelle cose; vi sono determinati confini, al di là e al di qua dei quali non può esservi il giusto». Secondo Aristotele la virtù suprema è proprio la giustizia, ov-

vero il saper riconoscere e rispettare il diritto di ciascuno. Secondo la giustizia tutto deve essere equilibrato ed equo.

Le altre virtù che secondo la filosofia sono essenziali per l'esercizio di una buona politica, e analogamente anche per una buona politica professionale, sono:

- ◆ la saggezza intesa come la capacità di assumere decisioni con equilibrio, giudizio e ponderazione, discernendo il giusto dall'ingiusto e il bene dal male;
- ◆ la prudenza intesa come la capacità di discernere, in ogni circostanza, il bene proprio e collettivo, in modo tale da scegliere i mezzi adeguati per ottenerlo;
- ◆ il coraggio, dal sostantivo *Cor* e dal verbo *Ha-beo-es*, che tradotto letteralmente vuol dire avere cuore. È la propulsione ad affrontare la vita arginando la paura che limita il proprio essere;
- ◆ la temperanza intesa come la manifestazione della pratica della moderazione.

Se la virtù ha dunque bisogno della ragione per essere tale essa non si può considerare come dotazione umana spontanea acquisibile naturalmente con il semplice esercizio; essa deve essere oggetto di insegnamento.

È ovvio, però, che non è sufficiente conoscere le virtù per saperle insegnare; è necessario viverle e renderle visibili attraverso comportamenti che si costituiscono come esempi virtuosi a cui fare riferimento.

Per analogia, in ambito professionale, possiamo affermare che il vero educatore di politica professionale è colui che mediante il pensiero critico e l'uso della ragione agisce consapevolmente evidenziando quella disposizione virtuosa che può far sì che si generi autenticamente anche nell'animo degli altri professionisti.

Educare alle virtù è una vera sfida professionale proprio perché rappresenta un obiettivo molto complesso e non sempre totalmente realizzabile; questo non si limita all'insegnamento dell'etica politica ma mira a fornire orientamenti etico deontologici, chiarendo i significati che emergono da tale prospettiva.

La crescita dal punto di vista politico professionale avviene quando gli infermieri praticando

virtù educano le nuove generazioni professionali a questa sapienza. I risultati dell'azione educativa virtuosa non si esauriscono quindi nelle azioni ma si completano quando emergono chiaramente i significati che queste hanno per la collettività (Mortari, 2021).



CONCLUSIONI

La possibilità di garantire l'evoluzione della professione infermieristica è tanto più concreta quanto più allo sviluppo delle competenze individuali si accompagna la partecipazione attiva degli infermieri alle questioni di natura politico-professionale, dalle quali non può prescindere la stessa esistenza della categoria professionale. A fronte del proliferare delle nuove esigenze espresse dalla collettività (e, quindi, anche dagli infermieri stessi che la compongono) e delle nuove configurazioni organizzative che da esse derivano, la ricerca del bene comune è divenuta una questione particolarmente complessa che, solo se affrontata con la giusta preparazione, può portare a una vera crescita della professione infermieristica. In questa prospettiva trova il suo senso l'esercizio da parte degli infermieri, a vari livelli, della capacità di discernimento, della responsabilità professionale e dell'esercizio dell'educazione alle virtù cardine dell'infermieristica. La possibilità di avere una classe politica infermieristica virtuosa e capace di interpretare, sintetizzare e tradurre in strategie operative l'offerta assistenziale nella sua complessità in rapporto agli interessi e alle necessità sia della comunità professionale sia dei membri della collettività, consente alla stessa professione di porsi con maggior incisività sociale in un'ottica evolutiva e

dinamica in grado di influenzare, se non addirittura di determinare, quelle scelte di natura politica che consentono di presidiare i processi di cura a livello di sistema, con inevitabili proficue ricadute anche sulle singole relazioni assistenziali tra infermiere e assistito.

Tale impegno, però, non può essere a carico solo di un'élite di pochi infermieri, ancorché le dirigenze e gli organi di rappresentanza abbiano una loro precipua responsabilità in merito.

La presa di coscienza di una responsabilità politica diffusa da parte di tutti gli infermieri si configura come un vero e proprio impegno professionale dell'infermiere consustanziale all'assistenza diretta. La crescita di una professione è determinata, quindi, anche dall'impegno politico che essa può e deve assumere per poter influire sul sistema professionale innanzitutto e sul sistema sanitario ai vari livelli, a vantaggio di una miglior offerta assistenziale ai cittadini attraverso una miglior valorizzazione delle competenze professionali.

BIBLIOGRAFIA

- I. Boella, L., Hannah Arendt. Agire politicamente, pensare praticamente (2005), Feltrinelli editore, Milano.
- II. Casalone, C., Picozzi, M., Bioetica: esercizi di discernimento (2022), Ancora editore, Milano.
- III. Goleman, D., Intelligenza emotiva (2011), Rizzoli editore, Milano.
- IV. Jonas, H., Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica (1979), Einaudi editore, Torino.
- V. Mortari, L., Aver cura della vita della mente (2013), Carocci editore, Roma.
- VI. Mortari, L., Apprendere dall'esperienza (2015), Carocci editore, Roma.
- VII. Mortari, L., La politica della cura - Prendere a cuore la vita (2021), Raffaello Cortina editore, Milano.
- VIII. Natoli, S., Il fine della politica. Dalla «teologia del regno» al «governo della contingenza» (2019), Bollati Boringhieri editore, Torino.

SILVIA OGGIONI

RN, BSN.

Infermiere di famiglia e comunità, geriatria

Presidente Associazione Tecnico-Scientifica AHNA Italia

presidenza@ahna.it

IVANA CARPANELLI

RN, MSN.

Infermiere esperto in bioetica, counseling e PNL

Direttore didattico AHNA Italia

direzionedidattica@ahna.it

CRESCITA PERSONALE UN APPROCCIO OLISTICO



ABSTRACT

Questo articolo propone un nuovo modo di avvicinare la sofferenza umana e promuovere una crescita della persona.

Una crescita che possa includere la molteplicità di tecniche che i diversi popoli, nel corso della loro storia, hanno messo a punto, partendo dalla propria esperienza e dal proprio livello di conoscenza del mondo e dell'uomo.

Crescere richiede un costante impegno per comprendere ed armonizzare il fuori e il dentro di noi, richiede, in altre parole, di adottare una visione olistica della vita e del mondo.

L'“approccio olistico” integra “l'atteggiamento scientifico” nella cura con altri metodi di ricerca e trattamento - che possono essere anche misurati e verificati con gli attuali strumenti tecnologici - per rendere evidente ciò che potrebbe altrimenti apparire solo come moda new age.

La base teoretica dell'olismo risale ad Aristotele.

Il filosofo greco aveva già intuito le conclusioni a cui oggi è arrivata la fisica quantistica.

Molti secoli dopo, diverse scuole di pensiero in psicologia fondano sul modello olistico le loro premesse epistemologiche:

la “Psicologia della Gestalt” e la “Teoria del Campo” di Kurt Lewin.

La “Psicologia Umanistica”, che concepisce l'uomo come “unità bio-psico-sociale.”

La Psicologia Sistemica che fa riferimento alla teoria generale dei sistemi di Ludwig von Bertalanffy e alla cibernetica.

Un professionista agisce in modo olistico quando allarga la visuale al sistema complesso della persona assistita, ed al suo stesso essere in relazione con quella persona.

L'articolo presenta la classificazione delle cure complementari elaborata dal National Center for Complementary and Alternative Medicine del National Institute of Health, che distingue le Medicine Complementari in cinque categorie principali e sottolinea come sia proprio nel fisico che spesso manifestiamo i sintomi del disequilibrio corpo-mente, e quanto un approccio olistico, che rielegge il corpo strumento attivo, ci possa aiutare ad apprendere strategie di promozione del ben vivere.

PAROLE CHIAVE

Approccio olistico, atteggiamento scientifico, visione olistica, crescita individuale.

ABSTRACT

This article presents a new way to deal with human suffering and promote personal growth, taking in account the traditional techniques that many different cultures have elaborated through their history thanks to their own experience and their knowledge level of the world and mankind. Personal growth requires a constant effort in order to acknowledge and integrate our inner and outer realities. In other words, personal growth requires the adoption of an holistic viewpoint on our existence and our world. The "holistic approach" integrate the "scientific standpoint" on care with different methods of research and treatment. These methods can, nonetheless, still undergo the same observation, measurement and testing as any other western medicine technique. Adding a science based approach to holistic procedures allows to demonstrate their validity and to get past the false belief that these are just new age trends. The holistic approach finds its theoretical roots in Aristotle's philosophy. More than 2000 years ago, the greek philosopher had intuited the same principles that today's quantum physics demonstrated. During the nineteenth century many school of thought, like Gestalt psychology and Kurt Lewin's Field theory, based their epistemological theories on the holistic model. In addition to Gestalt and Field theory, Abraham Maslow's

Humanistic psychology also followed an holistic approach that viewed every human as a whole, taking into consideration their physiological needs, their social relationships, their psyche. A few decades later, in the Seventies, Systems psychology, inspired by Ludwig von Bertalanffy's general systems theory and the contemporary cybernetic discoveries, conceptualized the human experience as complex systems. In order to adopt an holistic approach, a professional should take into account the whole system, in all its complexities, of the person they are assisting, as well as building a relationship with them. In this article is also presented the classification of complementary care practices elaborated by the National Center for Complementary and Alternative Medicine of the National Institute of Health. This classification separates complementary care practices into five main categories and highlights how the body often manifests symptoms of an unbalanced relationship between itself and our mind even before the mind itself. Therefore an holistic approach can help in learning wellness strategies through reconceptualizing the body as an active tool for our health.

KEY WORDS

Olistic approach, scientific attitude, olistic view, personal growth.

■ Crescere è un viaggio, un proposito esistenziale per ogni individuo, che ha radici nel passato per costruire il futuro e tendere alla versione migliore di sé.

Migliore perché in equilibrio, accogliente verso i propri limiti e fiducioso nella possibilità di realizzarsi nella dimensione materiale e in quella spirituale.

Socrate racconta, che all'ingresso del tempio di Apollo, a Delfi, era incisa la frase: **"Conosci te stesso"**, monito contro l'arroganza e la presunzione dell'uomo, e insieme stimolo alla conoscenza come mezzo per tendere al sommo bene: la felicità, intesa come soddisfazione intima e completa.

Ascoltare il disagio psicologico, che a volte si avverte in sottofondo, non come nevrosi fine a sé stessa da risolvere come un sintomo fastidioso, ma come bisogno di dare un senso all'esistenza e trovare la propria strada, diventa la direzione verso cui volgere lo sguardo e i propri passi, per apprendere nuovi meccanismi psicologici e comportamentali, funzionali al benessere proprio e di chi sceglie di starci accanto.

Per formarsi interiormente occorre prendere atto che siamo individui unici e irripetibili, capire e sviluppare la nostra inclinazione, ed anche il motivo intrinseco per cui siamo venuti al mondo.

Il percorso "verso casa" richiede impegno, per ricomporre l'armonia tra il *fuori* e il *dentro di sé*.

Richiede, in altre parole, quella che viene altrimenti definita **visione olistica**.

Il termine “olismo” deriva dal greco “*holos*” che significa “il tutto, l'interezza, la totalità”. La visione olistica è una lente interpretativa della realtà. Si basa su un paradigma antropologico, filosofico e scientifico che, recuperando una logica di sintesi accanto ad una di analisi, si contrappone ad un modello esclusivamente analitico, tipico del “meccanicismo” e del “riduzionismo”, che interpreta i sistemi complessi dividendoli nelle loro componenti e, studiandone separatamente le proprietà, perde la visione d'insieme della realtà e delle sue proprietà emergenti.

L’**“approccio olistico”** non esclude un razionale **“atteggiamento scientifico”** nei confronti della cura e delle terapie, anzi: lo ritiene necessario e lo integra con altri metodi di ricerca e di cura che possono essere anche misurati e verificati con gli attuali strumenti tecnologici per rendere evidente ciò che potrebbe altrimenti apparire solo come moda *new age*.

Grazie alla bioingegneria e alle neuroscienze, è oggi possibile verificare, ad esempio, il ruolo fondamentale delle emozioni nell'esistenza, nell'esperienza e nella guarigione umana. Questo non vuol dire che dobbiamo credere ai miracoli e fidarci di qualsiasi rimedio, ma neppure negarci la curiosità di valutare in prima persona l'efficacia di un trattamento, solo perché nutriamo un diffuso pregiudizio verso tutto ciò che appartiene al *variopinto* “mondo olistico”.

Bisogna, prima di tutto, *sentire* come *ci fa stare* e cosa produce in noi ogni trattamento a cui ci affidiamo, sia che si tratti di una terapia che pertiene alla medicina occidentale, sia che si tratti invece di una cura che proviene da un'altra cultura, con diversi saperi e saper fare.



La base teoretica su cui si poggia l'olismo risale al IV secolo a. C. nella *Metafisica* di Aristotele -scienza delle cause prime. Qui il filosofo greco espone il suo pensiero sulla realtà, in contrapposizione al dualismo metafisico e antropologico di Platone.

Molti secoli dopo, diverse scuole di pensiero in psicologia fondano sul modello olistico le loro premesse epistemologiche. Ne citiamo alcuni esempi.

La **“Psicologia della Gestalt”** e la **“Teoria del Campo”** di Kurt Lewin individuano la realtà di ogni oggetto solo in relazione al contesto globale nel quale è inserito.

Il modello della **“Psicologia Umanistica”** concepisce l'uomo come “unità bio-psico-sociale”, per cui sarebbe impossibile comprenderne a fondo un singolo comportamento se non si conoscesse la sua storia relazionale, la sua visione del mondo e la sua “struttura” esistenziale.

La **Psicologia Sistemica** comprende quell'insieme di ipotesi e ricerche che fanno riferimento alla **teoria generale dei sistemi** di **Ludwig von Bertalanffy** e alla **cibernetica**, per lo studio della comunicazione inter ed intrapersonale. Aristotele aveva già intuito le conclusioni a cui oggi è arrivata la fisica quantistica, ovvero che le componenti di un qualsiasi oggetto sono tra loro in relazione reciproca.

Dunque, l'analisi delle parti prese separatamente non esaurisce la conoscenza di tutto ciò che costituisce l’“insieme”, perché manca la presa in esame delle “relazioni”, al suo interno e con l'esterno.

Le proprietà di ogni cosa sono nel modo in cui questa cosa influenza le altre. “Tutto è relazione e tutto è *in relazione*” ed in virtù di essa si possono definire le proprietà e gli attributi del mondo fisico.

E non solo. In ambito sanitario è possibile una vera crescita personale per curati e curanti solo se si parla di approccio olistico. Esso si realizza quando un professionista, allarga la sua visuale al sistema complesso della persona assistita, ed al suo stesso essere in relazione con lui. L'assistenza diventa quindi prima di tutto una modalità di ascolto dell'altro *attraverso sé stessi*, sviluppando intuizione e una capacità di cogliere tutti i segni particolari della "persona". Questa modalità di cura deve essere esperita attraverso un atteggiamento scientifico, quindi oggettivo, libero da aspettative e condizionamenti. Ed è proprio in questo senso che, ad esempio, le pratiche di meditazione di consapevolezza (mindfulness) vengono introdotte con opportuni protocolli, per evitare i più comuni bias cognitivi.

La classificazione delle cure complementari considerata più autorevole, almeno nel contesto statunitense, è quella elaborata dal National Center for Complementary and Alternative Medicine del National Institute of Health, che distingue le Medicine Complementari in cinque categorie principali:

- Sistemi di medicina alternativa
- Interventi mente-corpo
- Terapia a base biologica
- Metodi manipolativi e basati sul corpo
- Terapie energetiche

Secondo la concezione olistica della cura, il corpo è il mezzo attraverso cui possiamo compiere la nostra esperienza terrena, ed è anche il nostro "ancoraggio" al *hic et nunc*¹. In occidente abbiamo un'educazione basata sulla dominanza della mente razionale e sui presupposti di una fede religiosa che spesso ha assimilato il corpo con il peccato, con la "debolezza della carne". Nel tempo, questo condizionamento inconsapevole ha fatto sì che la sapienza derivataci dalle sensazioni del corpo fisico siano state trascurate o addirittura condannate.

Al contrario, altre culture hanno mantenuto vive tradizioni e sviluppato rituali di guarigione, che alla luce di più recenti studi scientifici pubblicati in letteratura trovano conferme in termini di efficacia ed efficienza, oltre alla frequente assenza di effetti collaterali.

È proprio nel corpo che spesso manifestiamo i sintomi del disequilibrio corpo-mente. L'approccio olistico, che rievoca il corpo come strumento attivo, ci insegna nuove strategie per ripartire, individuando in questi sintomi i segnali di un'interruzione del fluire verso la nostra intima realizzazione, e quindi come stimoli per la nostra crescita personale.

Come ci ricorda Maura Amelia Bonanno² in un suo recente articolo *"Il primo passo per riconoscersi nel qui ed ora è la presenza nel corpo. Non nell'idea che ne abbiamo, non a come ci fa sentire emotivamente, bensì proprio nei sensi, nei muscoli, nel sangue, nelle ossa, nelle viscere. E poi con coraggio e con l'adeguato sostegno lasciare spazio alla curiosità, al desiderio di esplorare ciò che accade, di perseguire i propri sogni, di conoscere e manifestare i propri reali talenti. Tutto questo aiuta a ricomporre l'armonia tra il dentro e il fuori di sé, che è il vero successo e richiede coraggio, certo, ma non lo sforzo e il controllo che ci infliggiamo."*

¹ M. Heidegger, *Essere e tempo*, Halle, Germania, 1927 da cit. latino: qui e ora, adesso

² dott.ssa Maura Amelia Bonanno, *EnneagrammaIntegrale*, MauraAmeliaBonanno

¹ Individuo della specie umana, ..., considerato sia come elemento a sé stante sia come facente parte di un gruppo o di una collettività. (da enciclopedia Treccani)



TITTI DE SIMONE

Infermiera

Per il progetto "Emozionario dei Professionisti Sanitari"

emozionariosanita@gmail.com

desimone.titti@gmail.com

IL POTERE TRASFORMATIVO DEL DESIDERIO

■ In questo tempo vacante appena vissuto abbiamo ripreso fiato ed energia, assaporando quel vuoto che forse non siamo più abituati a sentire nelle nostre vite impegnate e veloci.

Un tempo buono capace di far emergere desideri, di connetterci con i nostri pensieri e il nostro respiro, tornando a quell'essenziale troppo spesso ignorato, dimenticato.

Un tempo che diventa spazio e luogo di cura, necessario per il nostro benessere e per praticare quell'ascolto consapevole di noi stessi, dei nostri bisogni. Una capacità da allenare per divenire professionisti sanitari in grado di prenderci cura degli altri ma anche di mantenere la nostra emotività.

Un tempo vuoto che fa emergere i nostri desideri, per ridargli luce, energia.

Ma cosa si intende per desiderio?

Lo abbiamo chiesto a Laura Campanello, filosofa, scrittrice e formatrice, durante l'ultima diretta per il progetto "Emozionario dei Professionisti Sanitari".

Il desiderio è un motore che ci muove, una tensione che chiede alla nostra vita di trasformarsi, una potenza generativa in assenza della quale possiamo provare malessere, rabbia, sgomento, sperimentare un vuoto di senso che ci lascia senza prospettive e capacità di guardare al futuro, abdicando alla nostra responsabilità, alla nostra rinascita, alla nostra vitalità.

Un esempio di come sia possibile concretizzare i nostri desideri ci viene spiegato da Igor Sibaldi, scrittore, slavista e studioso, con la sua "Tecnica

dei 101 desideri", una serie di regole per aiutarci a formulare i nostri desideri trasformandoli in obiettivi raggiungibili. Tra i suggerimenti:

- L'utilizzo della formula "io voglio". La locuzione "Io Voglio" ci permette di assumerci la responsabilità verso noi stessi, verso l'ascolto che ci dobbiamo, che meritiamo, un'autorizzazione a desiderare che ci spinge a metterci in gioco.
- La pratica delle 14 parole. Cercare di esprimere ciò che desideriamo usando al massimo 14 parole ci obbliga ad ascoltare cosa vogliamo veramente e a formulare il nostro desiderio con parole dirette e precise.

Focalizzare l'obiettivo scatena altre **domande potenti** capaci di esplorare, aiutarci a comprendere e ad orientarci nel nostro mondo interiore.





**Cosa desidero davvero?
Cosa sono disposto a fare per realizzare il mio desiderio?
Che evoluzione comporta per me questo desiderio?**

Citando ancora Igor Sibaldi, *“ogni volta che esprimi un desiderio modifichi la struttura dell’universo”*; ascoltare e lasciarsi guidare da ciò che desideriamo trasforma non solo ciò che ci circonda con il segno che siamo capaci di lasciare tramite le nostre azioni ma anche il nostro universo interiore.

Un percorso e un viaggio durante il quale continuare ad ascoltarci, osservando con cuore e occhi aperti ciò che ci sta accadendo e il modo in cui il desiderio ci sta trasformando, rimodulando cornice e visione, in un movimento reale, intimo e profondo.

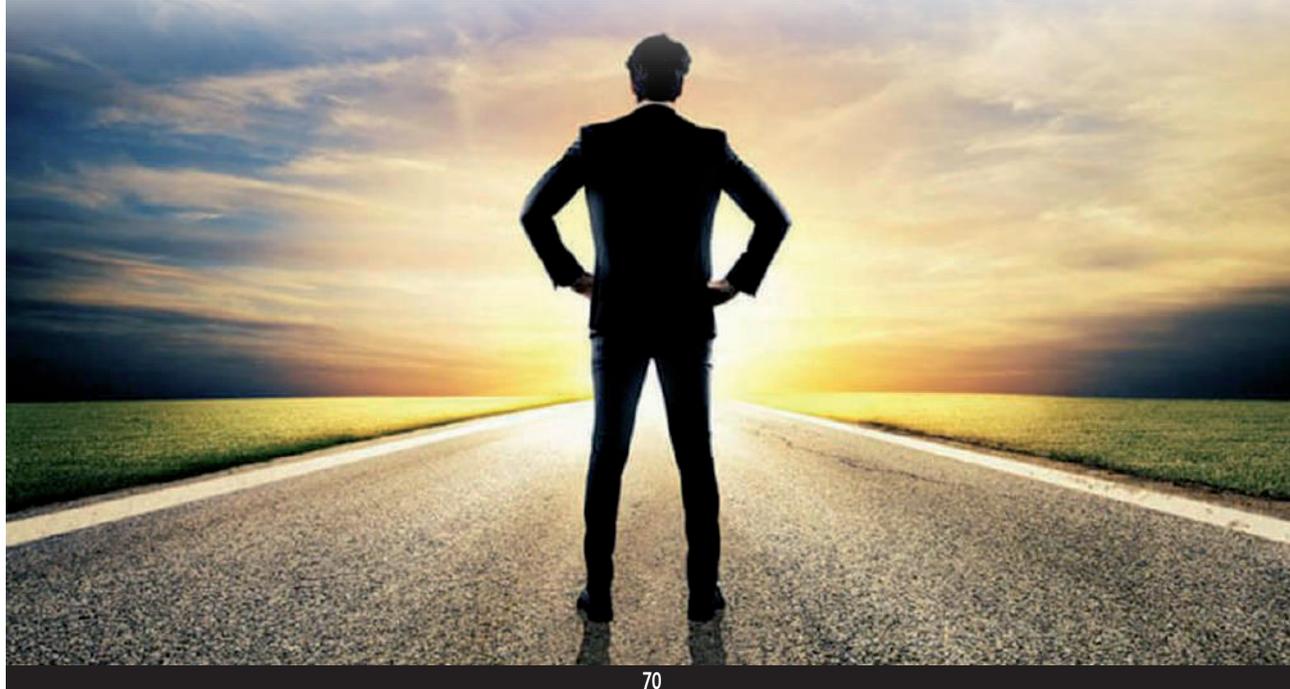
Durante la diretta con Laura Campanello ci siamo chieste

**“Cosa desidero io come curante?
Come posso ancora desiderarlo nonostante la fatica”?**

Agli infermieri vengono richieste competenze di tipo tecnico e abilità interpersonali come l’empatia, il calore e il rispetto, per instaurare con l’assistito una efficace relazione di cura (Sabo, 2006), capacità relazionali per condividere un linguaggio fatto di parole, emozioni, sentimenti e sensazioni (Sabo, 2011).

“Il tempo di relazione è tempo di cura” dice il nostro codice deontologico all’articolo 4, ponendo accento e attenzione a quella relazione necessaria per prendersi cura.

La vicinanza emotiva sperimentata dai professionisti della sanità sposta il confine del sé sviluppando, talvolta, sensazioni di impotenza e colpa. L’energia per produrre nuove risposte empatiche, entrando in relazione con la persona assistita e ridisegnando ogni volta quel confine è



una delle competenze emotive di cui l'infermiere necessita (Boyle, 2011)

Tutto questo ci affatica.

Negli ultimi anni, a causa dell'emergenza Covid, l'attenzione dei ricercatori si è focalizzata su quei fenomeni quali burnout, stress traumatico secondario, compassion fatigue, sperimentati dai professionisti sanitari nello svolgimento delle loro attività quotidiane e causati dall'esposizione a situazioni altamente stressanti e provanti.

Questi fenomeni, che da anni colpiscono la categoria, riconoscono come scatenanti diversi fattori, tra cui la mancanza di sistemi di supporto nelle organizzazioni, lo squilibrio tra lavoro e vita personale, la mancanza di consapevolezza di sé (Sabo, 2008).

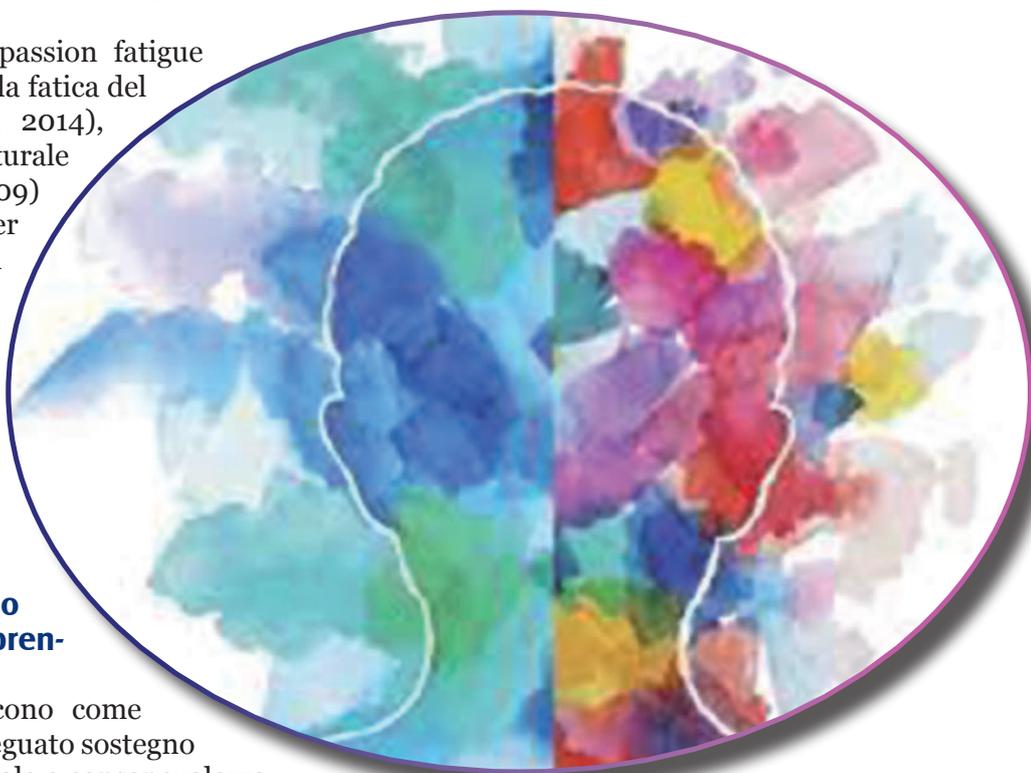
Wentzel definisce la compassion fatigue come *"the cost of caring"*, la fatica del prendersi cura (Wentzel, 2014), una conseguenza naturale dell'assistere (Palestini, 2009) un rischio professionale per tutti i caregiver, formali ed informali (Maytum, 2004) che, a lungo andare, porta l'infermiere ad isolarsi, ponendo una distanza di sicurezza dal paziente che allontana la possibilità di condividere (Coetzee, 2010).

Di cosa abbiamo bisogno per gestire la fatica del prendersi cura?

In letteratura si riconoscono come fattori di protezione un adeguato sostegno sociale, crescita professionale e consapevolezza di sé, uno stile comunicativo assertivo che permette di esprimere i propri bisogni e i propri valori personali (Lombardo, 2011), supervisione, attività tra pari e autocura (Li, 2014). La coesione di gruppo resta un elemento fondamentale per la cura del singolo che opera in un ambiente in cui le richieste fisiche ed emotive sono molto elevate (El-Bar, 2013).

Bobbio (2018) ci parla dei piani di prevenzione e monitoraggio aziendali con obiettivi quali la capacità di riflessione e lo sviluppo del pensiero critico, le abilità interpersonali e l'intelli-

genza emotiva, l'allenamento di efficaci strategie di coping per gestire la quotidianità, la creazione di "Programmi personali di Benessere". Nel 2022 Susanna Baldi in un articolo dal titolo "La manutenzione emotiva del personale curante: patrimonio aziendale e linfa vitale di ogni professionista" scrive della necessità di sviluppare l'intelligenza emotiva attraverso il lavoro di alfabetizzazione, la consapevolezza, la supervisione e la mindfulness (Baldi, 2022), il diritto di costruire e conservare un luogo interiore dove tornare per prendersi cura di sé stessi e ritrovare direzione, centratura e motivazione con l'aiuto e il sostegno delle organizzazioni.



L'intelligenza emotiva sembra essere in relazione con l'affaticamento e l'esaurimento dei lavoratori. In particolare, maggiori livelli di intelligenza emotiva potrebbero essere associati a livelli più bassi di affaticamento percepito e di esaurimento sperimentato (Schutte, 2011). L'intelligenza emotiva riflette il modo con cui gli individui sono in grado di rispondere in maniera adattiva a ciò che li circonda e può costituire un fattore di protezione (Petrides, 2007).

L'"Emozionario dei Professionisti Sanitari" na-

sce da un bisogno, un desiderio che diviene obiettivo, per nutrire la consapevolezza, dare supporto e sostegno alla comunità, creare un tempo e uno “spazio etico” (CNB, 2021), dove discutere, elaborare, sviluppare l’intelligenza emotiva attraverso momenti di alfabetizzazione.

Tra i progetti la creazione dello “Zainetto del benessere” un kit di strumenti di autocura, uno zaino di emergenza per prestare soccorso e aiutarci ad affrontare le situazioni in cui ci troviamo ad operare, buone pratiche di decompressione emotiva, di consapevolezza, di centratura, di gestione dello stress correlato al lavoro.

Nato a febbraio 2021 il progetto raggiunge, con le sue dirette via web diverse centinaia di infermieri in tutta Italia offrendo spunti di riflessione e opportunità formative in presenza e online.

Sentiamo forte il bisogno di comprendere se esiste un “**effetto Emozionario**”, se quello che stiamo facendo ha un reale beneficio sulla popolazione dei fruitori del progetto. Per questo motivo stiamo lavorando alla strutturazione di uno studio grazie al quale comprendere se esiste una correlazione tra le attività formative da noi proposte e il miglioramento del benessere professionale degli infermieri che partecipano a queste iniziative.

Lo studio prevede la partecipazione di un campione di infermieri composto da chi già segue il progetto e da chi non lo conosce per misurare l’effettivo beneficio dell’Emozionario.

A loro sarà consegnata una scheda anagrafica attraverso cui raccogliere dati per misurare alcune variabili quali contesti organizzativi, equilibrio lavoro/vita personale, consapevolezza.

La scala scelta per misurare il benessere profes-

sionale è la Professional Quality of Life - Pro QoL V, capace di misurare sia la compassion fatigue nei suoi due elementi distinti (burnout e stress traumatico secondario) che la compassion satisfaction, intesa come soddisfazione che deriva dal lavoro di cura. Siamo molto interessate a misurare anche quest’ultima dimensione per comprendere se possa essere un fattore protettivo.

La scala propone 30 affermazioni che descrivono aspetti positivi e negativi del lavoro del professionista che offre aiuto. A ogni item viene chiesto di oggettivare la frequenza delle sensazioni sperimentate dal compilatore nel mese precedente alla consegna del questionario, attraverso una scala likert a 5 punti (1 - mai; 5 - molto spesso). Abbiamo ipotizzato per questo progetto una durata di sei mesi e una scaletta di interventi da proporre che tocchino le seguenti aree tematiche:

- Alfabetizzazione emotiva
- Zainetto del benessere
- Bioetica
- Biblioterapia

Ogni intervento sarà in diretta dai nostri canali social e successivamente recuperabile per chi non è riuscito a seguirlo.

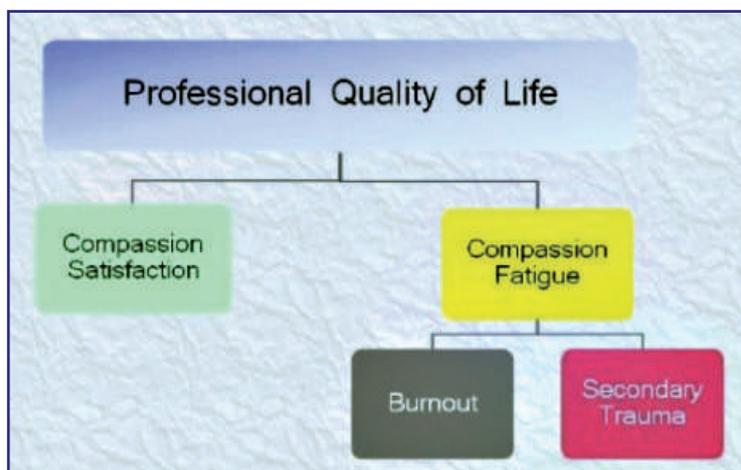
Abbiamo ipotizzato inoltre tre tempi in cui raccogliere i dati:

- To all’inizio del progetto
- T1 dopo tre mesi
- T2 alla fine del progetto

I dati saranno poi elaborati e processati per stabilire eventuali correlazioni statisticamente significative tra i nostri interventi formativi e il benessere di chi li ha seguiti, tenendo conto di tutte le variabili prese in considerazione.

A tutti voi chiediamo collaborazione e condivisione, certe che l’unico modo cambiare il mondo, stia nell’ impegnarsi in prima persona per la costruzione di modelli differenti il cui centro sia l’operatore ed il suo benessere professionale, in cui l’attenzione è rivolta dalle organizzazioni, la politica, i singoli alla salute psicologica di chi assiste, una nuova possibilità capace di scardinare paradigmi non più funzionali.

Ecco! Questo è ciò che desidero come infermiera. Io voglio essere responsabile del cambiamento della mia professione apportando il mio contributo.



Indirizzo email:

emozionariosanita@gmail.com

Gruppo Facebook

Emozionario dei professionisti sanitari

casa virtuale del progetto

Sito www.emozionariosanita.com

e canale youtube

emozionariosanita

per seguire le iniziative del gruppo.

emozionario
dei professionisti sanitari
cambia il modo, cambia il mondo

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- https://www.youtube.com/watch?v=IhNc-SmlmLnY&t=34s&ab_channel=EmozionarioSanita
- <https://www.intramundi.it/101-desideri-di-igor-sibaldi/>
- Sabo B. Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 136-142
- Sabo B. Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2011;16(1)
- https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
- Boyle D. Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2011; 16 (1): 1
- Sabo B. Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indiana Journal of Palliative Care* 2008; 14(1):23-29
- Wentzel D, Brysiewicz P. The Consequence of Caring Too Much: Compassion Fatigue and the Trauma Nurse *Journal of Emergency Nursing*. 2014; 40 (1) 1-5
- Palestini L, Prati G, Pietrantoni L, Cicognani E. La qualità della vita professionale nel lavoro di soccorso: un contributo alla validazione italiana della Professional Quality of Life Scale (ProQOL). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2009; 15 (2) 205-227
- Maytum J, Bielski Heiman M, Garwick A. Compassion Fatigue and Burnout in Nurses Who Work With Children With Chronic Conditions and Their Families. *Journal Pediatric Health Care* 2004 (18) 171-179.
- Coetzee S, Klopper H. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences* 2010; 12: 235-243
- Lombardo B, Eyre C. Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2011; 16 (1) 3.
- Li A, Ealry S, Mahrer N, Klaristenfeld J, Gold J. Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout. *Journal of professional Nursing* 2014; 30 (1) 89-99
- El-Bar N, Levy A, Wald H, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research* 2013; 2 (1) 31
- <https://www.luoghicura.it/operatori/professionisti/2022/02/la-manutenzione-emotiva-del-personale-curante-patrimonio-aziendale-e-linfa-vitale-per-ogni-professionista/>
- Schutte, N.S. Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50, 1116-1119.
- Petrides. K, Furnham, A., & Mavroveli, S. (2007). Trait Emotional Intelligence: Moving Forward in the Field of EI. In G. Matthews, M. Zeidner & R., Roberts (Eds). *Emotional intelligence: Knowns and unknowns* (Series of Affective Science). Oxford: Oxford University Press.
- CNB, Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità. Il ruolo dello spazio etico per un dibattito pubblico, 10 dicembre 2021
- <https://proqol.org/proqol-measure>.

FEDERICO CORTESE

AOU Parma
f.cortese@anin.it

L'ASSISTENZA PSICOBIOLOGICA ALL'ASSISTITO IN ETÀ EVOLUTIVA

L'ASSISTENZA IN AMBITO PEDIATRICO VISTA ATTRAVERSO LE NEUROSCIENZE

ABSTRACT

L'articolo ha l'obiettivo di analizzare sia i fattori biologici che psicologici che influenzano l'età evolutiva. Le complessità sia organiche che psicologiche che permeano tutta quella fase di vita in cui il nostro cervello cresce e si sviluppa impongono un approccio multidisciplinare che ovviamente coinvolge anche l'infermiere il quale, avendo l'obiettivo di fornire un'assistenza ottimale, necessita di conoscere e capire i meccanismi di regolazione biologica e i fenomeni comportamentali dell'età evolutiva. Grazie alla psicobiologia, ovvero la disciplina che origina dalla combinazione di psicologia, neuroanatomia e neurofisiologia, con lo scopo di individuare e descrivere i meccanismi che sono alla base del comportamento degli esseri viventi considerati come unità integrata dell'individuo con il suo ambiente naturale, cercheremo di analizzare l'assistenza dell'assistito pediatrico sotto una luce che coinvolga le neuroscienze e la psicologia dell'età evolutiva.

PAROLE CHIAVE

Brain growth, psychobiology, pediatric nurse, school nurse, behavioral development.

ABSTRACT

The article aims to analyze both the biological and psychological factors that influence the developmental age. The organic and psychological complexities that permeate the whole phase of life in which our brain grows and develops require a multidisciplinary approach that obviously also involves the nurse who, having the aim of providing optimal care, needs to know and to understand the mechanisms of biological regulation and the behavioral phenomena of the developmental age. Thanks to psychobiology, or the discipline that originates from the combination of psychology, neuroanatomy and neurophysiology, with the aim of identifying and describing the mechanisms that underlie the behavior of living beings considered as an integrated unit of the individual with his natural environment, we will seek to analyze the care of the pediatric patient in a light that involves neuroscience and developmental psychology.

KEY WORDS

Brain growth, psychobiology, pediatric nurse, school nurse, behavioral development.

INTRODUZIONE

Nella mia seppur breve esperienza da infermiere di neurochirurgia, sono rimasto particolarmente affascinato dal mistero rappresentato dal cervello umano. Questo organo, meraviglia dell'evoluzione, ha un aspetto anonimo, a forma di noce, molle, raggrinzito, pesa circa 1 kg e 300 grammi. Nonostante la sua modesta figura, il cervello umano è una rete incredibilmente intricata di neuroni. Si provi a pensare per un momento alla complessità dei circuiti nervosi del nostro cervello, considerando i 90 miliardi di neuroni organizzati secondo una disposizione complessa, i 100.000 miliardi di connessioni interne e il numero quasi infinito di vie che i segnali nervosi possono seguire attraverso questo groviglio di cellule.

Le neuroscienze, l'insieme delle discipline che studiano i vari aspetti morfofunzionali del sistema nervoso mediante l'apporto di numerose branche della ricerca biomedica, hanno analizzato le complesse relazioni tra i substrati cerebrali, lo stato del loro funzionamento e le attività mentali (pensiero, emozioni, autocoscienza e volontà), interrogandosi circa l'evoluzione e la crescita con cui tali complessità si instaurano in ognuno di noi.

Spesso si tende a ignorare le sfumature, le incongruenze e le difficoltà della nostra esistenza e a pensare in termini di semplici dicotomie esclusive: giusto-sbagliato, buono-cattivo, piacevole-spiacevole, ecc. Ciò che attrae in questo modo di pensare è la sua semplicità. La tendenza a pensare al comportamento in termini di dicotomie può essere esplicitata da due domande che vengono comunemente poste sull'argomento: è fisiologico o psicologico? È innato o appreso? Entrambe le domande si sono rilevate devianti.

L'idea che i processi umani ricadano in una di queste due categorie ha una lunga storia in molte culture. Nella cultura occidentale, quest'idea, precedentemente abbozzata, iniziò a prendere

consistenza con la rivoluzione scientifica della fine del XVI° secolo, portando ad un conflitto tra Scienza e Chiesa. Questo conflitto fu emblematicamente evidenziato dall'opera dell'illustre filosofo francese Cartesio. Egli sosteneva che l'universo fosse composto da due elementi: la materia fisica, che si comportava secondo le leggi della natura ed è pertanto un idoneo soggetto di indagine scientifica, e la mente umana che manca di sostanza fisica, controlla il comportamento, obbedisce a schemi e categorie proprie, che le permettono comunque di indagare e classificare la natura; *res extensa* e *res cogitans*. (Sournia, 1994). La tendenza a pensare in termini di dicotomie si estende anche al tema riguardante lo sviluppo delle capacità comportamentali. Per vari secoli gli studiosi hanno discusso sulla natura ereditaria o acquisita attraverso l'apprendimento delle abilità comportamentali dell'uomo. Questo dibattito è noto comunemente come di-



lemma natura-cultura. Non molto tempo dopo l'approvazione ufficiale del dualismo mente-cervello da parte della chiesa, questa teoria cominciò ad essere oggetto di attacco pubblico. Esistono due serie di evidenze contro il pensiero fisiologico o psicologico (ipotesi in base alla quale alcuni aspetti del funzionamento psicologico dell'uomo sono talmente complessi da non poter essere il prodotto di un cervello fisico).

La prima serie di prove deriva dalle numerose dimostrazioni secondo cui anche i cambiamenti

psicologici più complessi (cambiamenti dell'autoconsapevolezza, memoria ed emozioni) possono essere prodotti da un danno o da una stimolazione di parti del cervello (Farah, 2009). La seconda serie di evidenze è rappresentata dalla dimostrazione che alcune specie non umane, in particolare le specie appartenenti all'ordine dei primati, possiedono alcune capacità un tempo ritenute di natura puramente psicologica e, pertanto, esclusivamente umana (Apps & Tsakiris, 2014).

■ OBIETTIVO DOMANDE DI RICERCA

- ▶ Fattori biologici e psicologici che caratterizzano l'età evolutiva.
- ▶ Quali implicazioni nell'assistenza infermieristica.
- ▶ Quali possibili scenari.

■ MATERIALE E METODI

La revisione della letteratura è stata inizialmente condotta attraverso una ricerca "free" in "letteratura grigia" (con motore di ricerca Google Scholar). La ricerca bibliografica è poi proseguita attraverso la consultazione delle principali banche dati biomediche: PubMed, Cinahl e Medline. Sono usate le seguenti parole chiave, in singolo o in combinazione tra loro: brain growth, psychology, pediatric nurse, school nurse, behavioral development.

■ RISULTATI

La corteccia cerebrale, ovvero lo strato esterno e grinzoso del cervello, è la sede di ogni percezione, azione e pensiero consapevole.

Nei primi quattro anni di vita, il volume del cervello quadruplica (Stiles e Jernigan, 2010) e ci vogliono, circa, più di vent'anni affinché raggiunga la piena maturazione. Di fatto, la corteccia comincia a dirigere il nostro comportamento appena qualche mese dopo la nascita.

Durante il periodo fetale e il primo anno di vita, le cellule che compongono il cervello migrano

verso la superficie superiore del tubo neurale (Purger, Gibson, & Monje, 2015). Una volta raggiunta questa zona «di raccolta», le cellule crescono rapidamente fino ad acquisire la loro forma matura, dando luogo a lunghi assoni, fibre che hanno il compito di condurre gli impulsi lontano dal soma cellulare. Da essi si diramano i dendriti, numerose ramificazioni che, proliferando a livello delle giunzioni, o sinapsi, entrano in connessione reciproca con gli assoni.

La sinaptogenesi, cioè il processo che dà origine a miriadi di queste connessioni, è alla base di ogni abilità umana. Un altro mutamento cruciale porta il nome di mielinizzazione, il processo attraverso cui una guaina di sostanza grassa, la mielina, si forma intorno alle fibre centrali degli assoni (Gilmore, Shi, & Woolson, 2012).

La sinaptogenesi e la mielinizzazione avvengono a velocità diverse in specifiche aree cerebrali (Dean et al., 2014). Nella corteccia visiva, la porzione del cervello responsabile dell'interpretazione degli stimoli visivi, gli assoni sono completamente mielinizzati intorno al primo anno di età. Anche la perdita di connessioni neurali è un fenomeno cruciale per lo sviluppo del cervello. Dopo una fase caratterizzata da un'abbondantissima produzione di sinapsi, ogni regione della corteccia è sottoposta a un periodo di pruning (letteralmente, «potatura») delle sinapsi e di morte delle cellule neurali. Questo ricambio organizzato di strutture neurali riflette anche l'evoluzione delle abilità intellettive (Gilmore, Shi, & Woolson, 2012).

Dal tentativo di studiare la complessità dei fattori psicologici che intervengono durante lo sviluppo cerebrale scaturiscono tre grandi approcci allo studio teorico dello sviluppo: l'approccio comportamentista, l'approccio organismico e l'approccio psicoanalitico.

Secondo l'approccio comportamentista, l'individuo è un organismo docile e malleabile caratterizzato da un'infinita capacità di apprendimento. Questo cambiamento non avviene dall'interno, ma imposto dall'ambiente esterno. I bambini sono modellati dall'ambiente, esso tende a ripetere comportamenti che producono risultati positivi (rinforzo positivo) ed eliminano il rinforzo negativo. Secondo le correnti più estreme (comportamentismo radicale), lo sviluppo è una lunga catena di esperienze di apprendimento (Skin-



ner), e l'apprendimento può avvenire attraverso il condizionamento classico o operante.

L'approccio olistico, invece, tratta l'individuo come un organismo attivo, che tende a realizzare il proprio potenziale. Il cambiamento è la caratteristica principale del suo comportamento, quindi è guidato da leggi che regolano la sequenza e l'organizzazione dei cambiamenti (principio di equilibratura di Piaget). Ogni nuova scoperta non riflette né il temperamento innato del bambino né l'influenza dell'ambiente esterno, ma si influenza a vicenda.

Infine, l'approccio psicoanalitico vede l'individuo come un organismo simbolico capace di dare significato a sé stesso e al mondo. Il cambiamento è visto come il risultato di conflitti interni, un cambiamento è di natura qualitativa e avviene secondo stadi specifici e distinti (come gli stadi psicosessuali di Freud). Piuttosto che indagare le cause e gli effetti del comportamento, questo approccio tende a ricostruire la storia personale di un individuo e cercare connessioni significative. Appare scontato ma reale il detto "il bambino non è un piccolo adulto", per evidenziare la differenza sostanziale che esiste tra il rapporto di cura del bambino e quello dell'adulto. Sembra, infatti, che la mente umana, di fronte al piccolo assistito, sia più sensibile, determinando importanti scoperte che poi divengono di generale utilizzo in ogni campo dell'infermieristica. L'assi-

stenza in questo settore specifico si differenzia in maniera sostanziale da quella rivolta agli adulti, per le caratteristiche peculiari del bambino nelle diverse fasce d'età e in rapporto al suo sviluppo psico-somatico.

La relazione infermieristica con il bambino non è facile, poiché bisogna saper creare il giusto equilibrio tra il bambino e la famiglia, cercando di non sostituirsi ad essa.

L'assistenza al bambino non richiede solo l'utilizzo della tecnica e di una solida preparazione teorica, impone al personale sanitario anche una preparazione comunicativa ed empatica, sia verso gli assistiti e i familiari, sia verso i colleghi in difficoltà. La professione infermieristica è caratterizzata da un costante coinvolgimento interpersonale e da un contatto con la sofferenza umana. L'empatia ed un'efficace comunicazione sono sinonimi di qualità della cura e migliore outcome terapeutico.

La malattia e il ricovero possono comportare, un semplice disagio psicologico, ma anche un vero e proprio trauma. Risulta, quindi, utile che gli assistiti possano essere supportati dal punto di vista psicologico nel loro percorso di cura, cosicché la guarigione fisica e la guarigione psicologica possano avvenire parallelamente. Il ruolo della disciplina infermieristica, che oltre alla guarigione fisica, si occupa di rilevare il distress, valutare le strategie di coping del sistema familiare, so-

stenere l'adattamento psico-emotivo fisiologico valutando le sue evoluzioni e gli eventuali adattamenti psicopatologici disfunzionali è, quindi, di integrare gli aspetti emotivi della cura clinica, sostenere l'equipe nel riconoscimento di questa dimensione, favorendo una comprensione più intima dei vissuti degli assistiti e della loro cerchia familiare; sia in ambiente ospedaliero che in ambiente extraospedaliero come le scuole.

■ DISCUSSIONE

In un primo tempo è stato dimostrato che lo sviluppo comportamentale è influenzato anche da fattori diversi dalla genetica e dall'apprendimento, come l'ambiente fetale, la nutrizione, lo stress e la stimolazione sensoriale.

Ciò portò ad un ampliamento del concetto di "cultura", in modo da includervi vari fattori esperienziali oltre all'apprendimento. Di fatto, questa nuova concezione apporta un cambiamento al tradizionale dilemma "natura o cultura", segnando il passaggio dalla dicotomia "fattori genetici o apprendimento" alla dicotomia "fattori genetici o esperienza" (Johnston, 1987). Successivamente, grazie ad argomentazioni convincenti, si affermò l'idea che il comportamento si sviluppa sempre sotto il controllo combinato

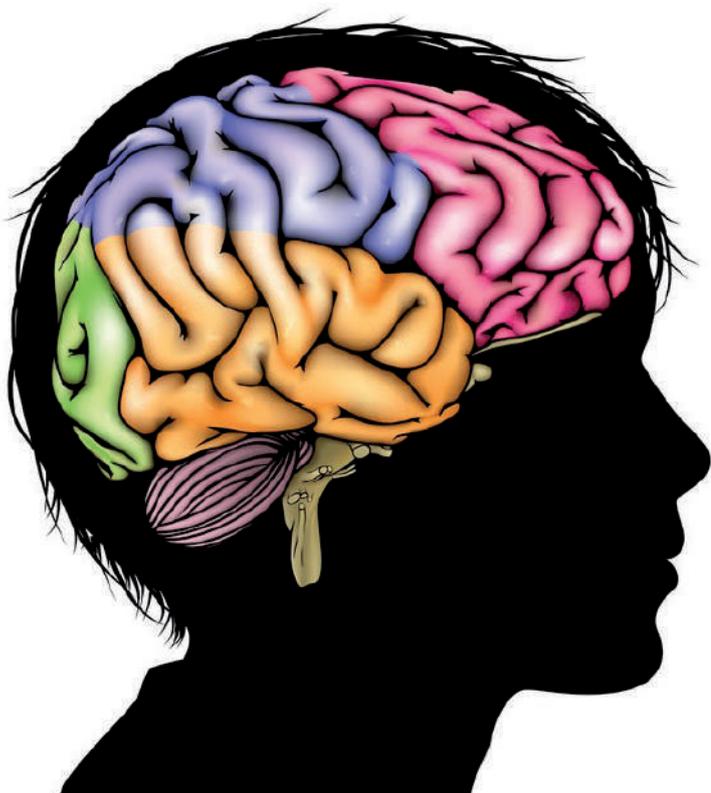
di natura e cultura, e non sotto il controllo esclusivo dell'una o dell'altra.

Il problema è che si basa sulla premessa secondo cui fattori genetici e fattori esperienziali si combinano in modo additivo. In altre parole, una determinata capacità comportamentale, come l'intelligenza, deriverebbe dalla combinazione o dalla mescolanza di moltissimi fattori genetici e moltissimi fattori esperienziali, anziché da un'interazione tra genetica ed esperienza. Tutto ciò può essere ricondotto a un singolo presupposto, ossia che tutto il comportamento sia il prodotto dell'interazione tra due fattori: il patrimonio genetico, che è il prodotto dell'evoluzione; e l'esperienza, ovvero la percezione della situazione attuale (Rutter, 1997).

Analizzando la fisiologica crescita del cervello, di cui molti pensano che sia una struttura tridimensionale di elementi neuronali connessi tra loro in una grande rete di circuiti (come un network statico di elementi interconnessi), vediamo invece che esso è un organo plastico, ovvero mutevole, che continuamente si modifica in risposta al proprio programma genetico e all'ambiente. Il cervello umano cresce in modo consistente dopo la nascita: il suo volume quadruplica tra la nascita e l'età adulta, con un grande accrescimento durante il primo anno di vita e continuando nel terzo anno di vita (Gilmore, Shi, & Woolson, 2012). Questo aumento di grandezza, tuttavia, non deriva dallo sviluppo di altri neuroni.

La crescita postnatale del cervello umano sembra derivare da altri tre tipi di crescita: la sinaptogenesi, la mielinizzazione degli assoni e l'aumento della ramificazione dei dendriti. Lo sviluppo cerebrale postnatale non è un percorso a senso unico, così come si verifica una crescita, vi sono anche dei cambiamenti regressivi. Ad esempio, una volta raggiunta la massima densità sinaptica e il massimo volume di materia grigia, vi è un periodo di declino (Purger, Gibson, & Monje, 2015). Come i periodi di sinaptogenesi, i periodi di perdita sinaptica e di materia grigia avvengono in momenti diversi e in aree diverse del cervello. Ad esempio, il diradamento corticale avviene prima delle aree sensoriali primarie e in quelle motorie, poi prosegue nelle aree secondarie e culmina nelle aree associative.

Il raggiungimento della quantità di materia grigia presente nel cervello adulto, in una partico-



lare area corticale, è correlato al raggiungimento della maturità funzionale della stessa area, le aree sensoriali e motorie raggiungono la maturità funzionale prima delle aree associative (Purger, Gibson, & Monje, 2015).

Siccome il cervello umano si sviluppa così lentamente, vi sono molte opportunità per l'esperienza di influenzarne lo sviluppo. Gli effetti dell'esperienza sullo sviluppo cerebrale sono molti e di diverso tipo, ma sono considerati essere due tipi generali: di tipo permissivo o di tipo istruttivo. Le esperienze di tipo permissivo permettono all'informazione dei programmi genetici dello sviluppo cerebrale di esprimersi ed essere mantenuta.

Le esperienze di tipo istruttivo contribuiscono all'informazione contenuta nei programmi genetici e influenzano il corso dello sviluppo (Asali, Gaspar, & Rebsam, 2014). Un'importante caratteristica dell'esperienza sullo sviluppo è la tempo-dipendenza: l'effetto dipende da quando si è verificata durante lo sviluppo. Nella maggior parte dei casi, vi è una finestra temporale in cui una particolare esperienza può influenzare lo sviluppo. Se è assolutamente essenziale che un'esperienza avvenga all'interno di un particolare intervallo di tempo per influenzare lo sviluppo, l'intervallo è chiamato periodo critico. Se l'esperienza può avere effetti anche al di fuori di questo intervallo, seppur deboli, l'intervallo è chiamato periodo sensibile. Sebbene il termine periodo critico sia ampiamente utilizzato, la maggior parte degli effetti dell'esperienza sullo sviluppo si verificano all'interno di periodi sensibili (Makinodan, Rosen, Ito, & Corfas, 2012).

Con le parole "sviluppo psicologico", ci si riferisce a cambiamenti nel comportamento e nelle capacità che si verificano negli individui durante tutto il ciclo di vita, i più importanti dei quali sono l'infanzia, la fanciullezza e l'adolescenza.

Ogni teoria dello sviluppo cerca di rispondere a tre quesiti che rappresentano la base da cui parte la psicologia dello sviluppo:

- ▶ Qual è la natura del cambiamento che caratterizza lo sviluppo?
- ▶ Quali processi causano questo cambiamento?
- ▶ Che tipo di cambiamento? Continuo? Discontinuo?

Per quanto riguarda la prima domanda, alcuni pensano che i cambiamenti possano essere di

natura quantitativa, ovvero l'accumulo graduale di cambiamenti nel tempo, secondo cui i bambini sono organismi modellati dall'esperienza e dall'apprendimento (comportamentismo); o di natura qualitativa, secondo cui i bambini sono costruttori attivi delle proprie capacità (Teorie organismiche).



Per quanto riguarda i processi che causano il cambiamento, varie teorie attribuiscono ruoli significativi a fattori genetici e ambientali. Secondo il comportamentismo, un bambino sperimenta influenze ambientali così da determinare la natura delle abilità che si sviluppano, mentre secondo le teorie Organismiche, lo sviluppo risulti dall'interazione tra un individuo dotato di determinate abilità innate e da fattori ambientali.

Inoltre, secondo il comportamentismo, lo sviluppo è continuo e graduale, mentre secondo la teoria organismica lo sviluppo è discontinuo (ad esempio, i cambiamenti spesso compaiono all'improvviso e portano all'emergere di nuove abilità: camminare, parlare, ecc.).

Collegando quanto esplicitato fin ora con la Disciplina Infermieristica, si scopre che questa si inserisce in un contesto scientifico basato su alcuni principi, postulati, valori che ne delimitano la *competenza distintiva*; ne risulta che la miglior comprensione di tutti i fattori che influenzano lo sviluppo dell'individuo può favorire l'agire infermieristico in quanto strettamente connesso all'intimità e alle credenze della persona. L'insieme di postulati e valori rappresenta le basi sulle quali costruire la politica di formazione degli infermieri e il modello organizzativo del sistema assistenziale.

I Postulati

- ▶ L'essere umano è una persona unica che ha dei bisogni fisici, psicologici, spirituali, sociali e culturali che cerca di soddisfare mobilizzando le proprie risorse. L'essere umano vive in interazione con gli altri esseri umani e l'ambiente (L'organismo è attivo e si auto-organizza - approccio organismico).
- ▶ Il benessere è un equilibrio proprio di ogni individuo tra le esigenze biologiche, le esigenze psicosociali e le scelte personali. Questo equilibrio è influenzato dall'ambiente e dipende dall'età e dalle tappe della vita (Il cambiamento è favorito dall'interazione dell'organismo con l'ambiente - approccio organismico).
- ▶ La malattia è un disequilibrio del benessere che può essere momentaneo (malattia acuta) o permanente (malattia cronica). Questo disequilibrio ha un'incidenza più o meno importante sull'ambiente della persona (ogni nuova situazione non riflette né il temperamento della persona né l'influenza dell'ambiente esterno, ma è la risultante di un'influenza reciproca - approccio organismico).

I Valori

Il rispetto e la tolleranza permettono all'individuo, sia che si tratti dell'assistito o di un componente dell'équipe di cura, di fare scelte, di svilupparsi nel quadro della vita personale e professionale. L'autenticità dell'équipe di cura favorisce il clima di fiducia con l'assistito, il suo ambiente, i partners e i colleghi di lavoro.

La solidarietà, basata sulla fiducia, procura il sostegno e la forza necessaria per affrontare e reagire alle diverse prove della vita. La solidarietà esiste solo se ogni persona difende e si sente impegnata verso uno stesso fine.

La professionalità e l'autonomia degli infermieri facilitano la collaborazione e il riconoscimento tra pari, con l'assistito e tra collaboratori, garantendo la sicurezza della persona assistita. A questo fine, le competenze professionali devono essere mantenute e arricchite durante tutta la vita professionale.

L'integrazione di questi valori e la vita professionale quotidiana contribuisce alla qualità delle cure e alla soddisfazione per il proprio lavoro. Le cure infermieristiche sono l'espressione



pratica di una disciplina centrata sul benessere e l'assistenza alla persona in tutte le età della vita. L'individuo, la famiglia, il gruppo e la comunità vivono in interazione con l'ambiente, che l'infermiere utilizza come risorsa per l'assistenza. L'infermiere collabora con i differenti partners, in particolare il corpo medico, verso un fine comune rappresentato dalla prevenzione, dal mantenimento del benessere, dal contributo nel trattamento della malattia, dalla riabilitazione e dal reinserimento nell'ambiente sociale. Questa collaborazione permette alla persona e al gruppo di ritrovare l'equilibrio fondamentale (benessere) o di migliorare/mantenere la salute residua. Assistere è mettere le nostre competenze professionali e personali, attraverso il lavoro di un'équipe multiprofessionale, al servizio dell'assistito e della famiglia.

L'assistenza infermieristica è da molti, infatti, considerata terapeutica, cioè in grado di produr-



re un cambiamento positivo nell'individuo, nella persona assistita e nella sua famiglia.

Il coinvolgimento della persona assistita e della sua famiglia nel piano di cura rappresenta quel salto di qualità prodotto dalla relazione d'aiuto. Sembra quindi evidente a questo punto, che gli infermieri si dedichino al potenziamento delle proprie competenze comunicative perché nel contesto sanitario, più che altrove, una comunicazione efficace è in grado di fare la differenza. La parola comunicazione deriva dal latino *communicatio* (la messa in comune) cioè condividere con gli altri pensieri, opinioni, esperienze, sentimenti e sensazioni: si presuppone quindi una relazione, uno scambio. Come confermato dalla stessa radice etimologica, il processo comunicativo ha l'obiettivo primario di mettere in comune messaggi e informazioni con altre persone. Come ci insegna la scuola di Palo Alto attraverso Paul Watzlawick, l'assioma di base da

cui bisogna partire è poi la constatazione che **NON SI PUÒ NON COMUNICARE**: in qualsiasi situazione ci si trovi, i nostri comportamenti esprimono sempre qualche cosa, indipendentemente dalla nostra volontà. Possiamo eliminare una forma o un'altra di comunicazione, ma non la comunicazione stessa (Trovato, 2015). Ciò ci porta al secondo assioma della comunicazione, ovvero che ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione.

Per aspetto di relazione si intende il tipo di relazione che si vuole creare con l'interlocutore, aspetto essenziale, poiché anche la semplice somministrazione di un farmaco ha effetti migliori se esiste la fiducia; infatti, qualsiasi intervento, sia esso di natura diagnostica, terapeutica, riabilitativa ed educativa, non può avere successo senza una valida comunicazione.

La comunicazione consta di diverse versioni della realtà, che vengono create e modificate durante l'interazione tra più persone. Queste diverse interpretazioni dipendono dalla punteggiatura della sequenza di eventi (terzo assioma) che ognuno tende a credere, ovvero dal modo cui ognuno tende a credere che l'unica versione possibile dei fatti sia la propria. Nella pratica infermieristica, risulta fondamentale per un infermiere usare nel modo più produttivo possibile la comunicazione, poiché è tramite le strategie comunicative che egli sa adottare e acquisire una nuova e diversa visione dell'assistito e della sua patologia.

Le varie strategie troveranno concretizzazione tramite l'utilizzo di canali verbali (attraverso modalità digitali) e canali non verbali (modalità analogica) (quarto assioma); l'infermiere deve possedere un'ottima capacità di osservazione, d'interpretazione e comprensione del linguaggio non verbale per riuscire a captare non solo i messaggi espliciti dell'assistito ma anche quelli che si celano dietro a determinati comportamenti. Gli scambi comunicativi potranno essere simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza (quinto assioma). Si ha un'interazione simmetrica quando gli interlocutori si considerano sullo stesso piano, e quindi di pari livello: i soggetti tendono a rispecchiare uno il comportamento dell'altro, arrivando spesso ad accesi scontri, considerandosi sullo stesso piano.

L'interazione complementare, al contrario, si verifica quando gli interlocutori non si considerano sullo stesso piano: i loro scambi pongono uno dei due in una posizione di superiorità e l'altro in una posizione subordinata. La funzione della comunicazione terapeutica è aiutare la persona ad esprimere i sentimenti e a lavorare sui problemi correlati alla sua condizione, ai trattamenti e all'assistenza infermieristica. La vera comunicazione terapeutica trova il suo fondamento sullo sviluppo pianificato di competenze e si realizza attraverso: l'ascolto attivo, il coinvolgimento e la motivazione della persona assistita, che deve essere stimolata, ed è influenzata da fattori psico-sociali che l'operatore deve essere in grado di individuare.

Attraverso lo strumento della *narrative medicine* si riesce ad arrivare alla rappresentazione e alla percezione del vissuto di malattia di assistiti e familiari. La dimensione globale dell'evento patologico si presenta lungo tutto il suo svolgersi, dalla fase acuta alla fase riabilitativa o della post-acuzie fino al ritorno a casa (o al ricovero in struttura residenziale).

Nella narrazione la descrizione di sentimenti provati si intreccia con l'insorgenza di sintomi di complicazioni di vario genere, scandito dall'intervallarsi dei toni diversi usati, dei silenzi, di gesti, posture assunte, sguardi e molto spesso dalla voce rotta da un pianto mal trattenuto. Il fluire del racconto è qualcosa di liberatorio. Esprime una rottura della dimensione rigida e gerarchica del quadro clinico classico costituito da sintomi, segni e complicanze, tipico del disease, per ricostruirsi all'interno della dimensione percettiva

dell'illness, delle emozioni, delle aspettative o delle delusioni, del contesto socio-familiare presente. La narrazione non diventa auto-rappresentazione fine a sé stessa, ma chiave di lettura dell'esperienza che ricostruisce l'identità personale.

È comunicazione, condivisione, è già diagnosi - cura - assistenza; fa conoscere a chi assiste il senso attribuito alla malattia da chi ne soffre, rendendo possibile ciò che Susan Sontag dice: "La mia tesi è che la malattia non è una metafora, che la maniera più corretta di considerarla, e la maniera più sana di essere malati, è quella più libera ed aliena da pensieri metaforici" (Cipolla, 2005).

L'esperienza del ricovero può causare notevoli traumi psicologici al bambino e disagi ai genitori. Questo avviene per l'intervento di vari fattori quali problematiche legate alla malattia, rapporti difficili con il personale sanitario, interferenze con le abitudini quotidiane e interruzione improvvisa dei ritmi naturali di vita.

L'ospedalizzazione di un bambino è un evento critico che comporta uno squilibrio all'interno del nucleo familiare, che sente minacciata la propria stabilità, minando l'equilibrio del genitore, della coppia e di tutte le dinamiche familiari in senso lato. In particolare, i genitori reagiscono alla malattia del proprio figlio attraversando diverse fasi: lo shock iniziale, la negazione, il senso di rabbia susseguito da uno stato di depressione; sussegue poi l'adattamento e infine l'accettazione della patologia del figlio. Per la famiglia la malattia di un figlio comporta articolati processi di riorganizzazione e ristrutturazione delle dina-



miche relazionali, la messa in discussione di ruoli, abitudini e stili di vita.

Le reazioni dei genitori e la loro capacità di adattamento hanno un ruolo importante nel determinare la capacità del bambino di reagire alla malattia, non tutti i genitori reagiscono allo stesso modo di fronte alla patologia. Questo è dovuto alla loro storia personale e familiare nonché alla personalità di ciascuno di essi.

La figura genitoriale, in queste situazioni, risulta preziosa e insostituibile, ed è compito del personale assistenziale valorizzare e sottolineare tale ruolo. L'assistenza al bambino ospedalizzato e alla sua famiglia hanno come obiettivo quello di far vivere la malattia come un problema da affrontare e da risolvere, ristabilire un equilibrio e una stabilità dove la patologia può trovare uno spazio, una collocazione, un significato all'interno del proprio progetto familiare.

Risultano altrettanto importanti le ripercussioni emotive anche su eventuali fratelli, in particolare quando essi si trovano in età evolutiva, quindi bisognosi di sostegno e di tutela da parte dei genitori. I fratelli vivono una situazione di perdita di sicurezza, di attenzione, di normalità e di fiducia nel futuro, i legami familiari presentano varie configurazioni che possono presentare maggiore o minore vicinanza, affinità, prevalenza di sentimenti positivi o negativi, e qualità dei legami a connotare in modo specifico l'esperienza dei fratelli.

Per migliorare la qualità dell'assistenza rivolta ai bambini, il loro punto di vista viene considerato sempre più frequentemente come fondamentale. A tal proposito, risulta interessante lo studio britannico, nello specifico dell'Università di Birmingham (Stammers, Brook, & Randall, 2008), che ha visto coinvolti bambini in età scolare ricoverati in ospedale.

Allo scopo di sviluppare un nuovo core curriculum per il ramo dell'infermieristica pediatrica, all'interno del programma Bachelor of Nursing presso l'Università di Birmingham, i ricercatori di tale studio si sono dimostrati molto propensi a



coinvolgere i bambini e ascoltare il loro punto di vista. Per sopperire a tale necessità hanno condotto lo studio presso il Birmingham Children's Hospital's Child and Family Centred Care Directorate.

Gli autori sottolineano che non si tratta di un progetto di ricerca, ma che assume l'aspetto di una consultazione su un servizio già in essere, ovvero sulla formazione degli infermieri pediatrici presso quella specifica struttura.

Trattandosi essenzialmente di una consultazione e non di una ricerca, il team non ha chiesto l'approvazione del comitato etico. Tuttavia, essi hanno chiesto il consenso a bambini e genitori e fornito loro informazioni sulla consultazione e su come sarebbero stati utilizzati i risultati, assicurando ai bambini che le loro parole sarebbero rimaste anonime.

Ai ricercatori interessava che cosa i bambini intendevano con il termine "bravo infermiere" e "infermiere non così bravo"; insieme all'attribuzione di significato di queste due categorie veniva chiesto ai bambini anche il modo con cui si potrebbero formare "bravi infermieri".

Per tale consultazione è stato utilizzato un metodo qualitativo all'interno del reparto di pediatria, sebbene i ricercatori avessero prefissato di utilizzare il metodo dei focus Group. Quando i bambini sono stati consultati, hanno fornito resoconti dettagliati, perspicaci e significativamente diversi da quelli dei loro genitori o caregiver.

Per garantire il rigore dei metodi è stata scelto il metodo dell'intervista semi-strutturata. Nell'eguire la consultazione nelle aree del reparto, ed evitare che tali interviste potessero essere vi-

ste come una costrizione per i bambini, il personale di ricerca ha valutato insieme al personale del reparto quali bambini potessero essere più disposti ad eseguire la consultazione.

I bambini sono stati intervistati dai membri del personale universitario in rapporto uno-a-uno, o, se i bambini preferivano, intervistati insieme ad altri bambini. I genitori e gli altri adulti non sono stati esclusi.

I dati sono stati alterati dall'ambiente rumoroso e affollato, ricco di distrazioni. Il personale universitario ha portato materiali artistici, riproduzioni del corpo, snack (cioccolatini e frutta). Gli snack e i vari materiali sono stati dati ai bambini dopo l'intervista semi-strutturata, il team di ricerca ha ritenuto importante valorizzare il contributo dei bambini.



Il tema generale che è emerso riguardava se gli infermieri pediatrici sono persone con capacità innate per assistere i bambini o se tali capacità potevano essere loro insegnate. I bambini di fronte a tale quesito si sono ritrovati in difficoltà, ed alcuni di loro si sono soffermati a pensare prima di rispondere a questo quesito. La risposta uniforme data dai bambini è che un infermiere per poterli assistere deve avere sia capacità innate, sia deve continuare a formarsi per assistere al meglio.

Dalla consultazione sono emerse tre aree:

► **Apprendimento attitudinale e professionalità**

Molte delle caratteristiche identificate dai bambini in questo settore possono essere considerate tratti innati della personalità, come essere divertente o intelligente. Tuttavia, riguardano anche

gli atteggiamenti che gli studenti di infermieristica potrebbero sviluppare attraverso la formazione, in particolare il rispetto verso i bambini e la capacità empatica (disposizione all'ascolto e atteggiamento non giudicante). Un elemento ricorrente, emerso dalla consultazione, è la capacità dell'infermiere di giocare e divertirsi con i bambini, nonché la capacità di essere premurosi, pazienti, calmi e essere disposti a difenderne i diritti.

► **Apprendimento cognitivo psicomotorio**

Gli elementi attitudinali sopra descritti erano i temi più ricorrenti, e di solito venivano menzionati per primi dai bambini. Il dominio cognitivo era meno diretto, ma descritto in diversi commenti dei bambini. Questi ultimi hanno dichiarato che un bravo infermiere deve sapere come valutare il loro stato di salute, per avere una buona comprensione della malattia, delle condizioni che li colpiscono e delle cure infermieristiche. È risultato importante per loro che gli infermieri potessero dare sollievo dal dolore. Alcuni bambini hanno legato questa capacità alla tempestività degli interventi volti a risolvere le sofferenze.

► **Apprendimento esperienziale**

I bambini riconoscono che i bravi infermieri sono coloro che hanno esperienza. Questo elemento era legato al tempo trascorso con loro piuttosto che nei processi di riflessione attuati. Tradizionalmente non è mai stato chiesto ai bambini di esprimere un parere su come formare gli infermieri. Questione, secondo gli autori, legata alla mancanza di tempo nelle unità operative. Tuttavia, questa semplice e rapida consultazione dimostra che con un approccio qualitativo e partecipativo i bambini possono aiutare a giudicare il programma di studi degli infermieri, nonostante fosse una consultazione su piccola scala con un approccio metodologicamente poco adatto, dovuta all'improvvisazione sul campo. L'approccio di ricerca di questo studio qualitativo è di tipo fenomenologico, il quale ha come oggetto le esperienze vissute e l'interpretazione che ne danno i soggetti direttamente coinvolti. Una durata maggiore della consultazione avrebbe consentito di ottenere un numero maggiore di dati, seppure alcuni dei temi tendevano a ripetersi.



L'esperienza e i risultati di questo studio di consultazione ci riporta inevitabilmente alla carta dei diritti del bambino in ospedale.

Essa dichiara in alcuni suoi punti che il piccolo assistito ha diritto di avere accanto a sé in ogni momento i genitori o un loro sostituto e che ha il diritto ad essere informato in modo adeguato all'età e alla sua capacità di comprensione (Associazione Ospedali pediatrici italiani, s.d.). Alcuni studi hanno infatti dimostrato che informare i bambini sulle loro condizioni fisiche, in ragione della loro capacità di comprensione, può essere molto utile per migliorare il loro livello di ansia e depressione (Jankovic, 2003).

Collegandoci con quanto detto fin ora e con quanto i postulati e i valori della disciplina infermieristica stabiliscono, potremmo suddividere le competenze dell'infermiere in area pediatrica tra competenze chiave e di supporto.

La competenza chiave è definibile come la capacità di svolgere una determinata attività secondo uno standard prefissato osservando determinati criteri; essa è quindi un concetto generale che viene applicato ad un'ampia gamma di compiti professionali, in una complessa integrazione di capacità, conoscenze e attitudini relative.

Il concetto di competenza di supporto, invece, è un concetto ristretto e più atomistico, che indica una particolare abilità e riguarda una o più capacità relative ad un determinato compito.

Le competenze chiave degli infermieri pediatrici si potrebbero racchiudere in cinque punti base dell'infermieristica) (E.A.N.N., 2008):

- ▶ Garantire un'assistenza basata su una responsabilità personale.
- ▶ Coordinare un insieme di azioni assistenziali con un obiettivo: la continuità delle cure in una catena assistenziale completa.

- ▶ Fornire un buon esempio (modello di ruolo) per gli infermieri (neoassunti o che iniziano la loro attività all'interno dell'area pediatrica) e insegnare ai membri del team ad operare come fornitore di cure/gestore di casi e guidare gli individui oltre che l'intera organizzazione verso una pratica basata sull'evidenza scientifica.

- ▶ Progettare e sviluppare una politica riguardante assistenza infermieristica, programmi assistenziali e/o linee guida e protocolli per i assistiti pediatrici mirati alla creazione di innovazioni e al miglioramento della qualità delle cure.

- ▶ Progettare e sviluppare una linea di condotta che riguardi l'organizzazione delle cure, la gestione del reparto e diventare un difensore degli assistiti nell'organizzazione e nella gestione. Nell'attuazione del precedente elenco gli infermieri devono far proprie queste ulteriori competenze:

- ▶ Competenze di comunicazione: a causa delle numerose limitazioni di comunicazione che gli assistiti possono presentare è necessaria una migliore comprensione di quanto l'assistito vuole comunicare. Il prendere tempo e l'adottare un atteggiamento professionale volto all'ascolto sono comportamenti che aumentano la possibilità che l'assistito e i suoi familiari esprimano i propri sentimenti. Il non avere fretta, il garantire un'atmosfera tranquilla e il manifestare attenzione consentono all'assistito di esprimere i propri sentimenti e le proprie aspettative. Una buona padronanza del linguaggio sia scritto che parlato e la capacità di spiegare i concetti in modo semplice e conciso sono qualità indispensabili per poter garantire un'assistenza qualitativamente valida.

- ▶ **Competenze di Educazione:** Supervisione e counseling nei confronti degli studenti e in particolare, fungere da consulente per l'assistito e i suoi familiari e fornire loro informazioni.
- ▶ **Competenze di Flessibilità:** In un contesto come quello di un reparto pediatrico è possibile adattarsi facilmente alle situazioni in continua evoluzione. Ciascun assistito è diverso dall'altro. Ciò che è giusto per uno potrebbe essere sbagliato per un altro.
- ▶ **Competenze analitiche:** a causa dell'elevato livello di complessità del proprio compito, dovuto al dover gestire i deficit presentati dagli assistiti, l'infermiere di pediatria deve affidarsi ad osservazioni e valutazioni capaci e competenti, la maggior parte delle volte utilizzando strumenti testati. Una capacità analitica ben sviluppata è fondamentale per poter formulare la corretta diagnosi infermieristica.
- ▶ **Competenze etiche:** le questioni di carattere etico sono all'ordine del giorno. L'infermiere di pediatria deve aiutare l'assistito ad avere le informazioni necessarie per prendere decisioni riguardanti il trattamento e le cure sanitarie. L'infermiere riveste inoltre un ruolo chiave nella discussione di questi aspetti all'interno del team multidisciplinare. Le convinzioni e le aspettative dell'assistito e dei suoi familiari sono il punto di partenza in queste discussioni.
- ▶ **Empatia:** il dolore, il lutto, i timori, l'angoscia, la rabbia e l'incredulità sono solo alcune delle emozioni che un assistito pediatrico prova. Un'assistenza calorosa ed empatica è la soluzione migliore che l'infermiere di pediatria possa offrire.
- ▶ **Persistenza dello stress:** un elevato livello di stress, la complessità del trattamento, la presenza di numerose emozioni che richiedono attenzione e gli imprevisti sono tutti elementi che possono esercitare una considerevole pressione sul team terapeutico di cui fa parte anche l'infermiere di pediatria.
- ▶ **Essere un professionista riflessivo:** a causa dell'elevato grado di complessità delle situazioni e del coinvolgimento personale richiesto è importante che vengano posti dei limiti alle competenze dell'infermiere di pediatria a cui si richiede di essere in grado di riconoscere quando è necessario intervenire con un intervento di supporto, di mostrarsi comprensivo,

di prendere decisioni in situazioni complesse e delicate e di individuare le priorità cercando di non perdere mai l'autocontrollo.

- ▶ **Supporto ai familiari:** l'infermiere riveste un ruolo fondamentale anche nei rapporti con l'assistito e i suoi familiari sia nel fornire informazioni sia nell'offrire consolazione, agendo con diplomazia quando vi sono disaccordi tra i membri della famiglia.
- ▶ **Sensibilità culturale:** Con la globalizzazione dell'Italia i confini si sono allargati. Molte aree nazionali sono diventate multietniche e ciò richiede la comprensione e la tolleranza degli assistiti provenienti da contesti culturali e religiosi differenti

■ CONCLUSIONI

La malattia è una vera e propria frattura biografica, essa impone dei cambiamenti nella vita della persona. Tali cambiamenti possono sembrare degli ostacoli immensi soprattutto se la malattia si annida nella vita di un bambino, di un adolescente, di un allievo. Secondo la letteratura la chiave per ovviare al problema è la relazione terapeutica (Lynlee, Crowe, & Jordan, 2010).

Lo scopo di una relazione terapeutica è di analizzare i profili psicologici caratteristici degli assistiti e attuare gli interventi volti al recupero. La variabile centrale in questo processo è l'alleanza terapeutica, tale processo si distingue in tre fasi:

1. Sviluppare l'alleanza terapeutica: è necessario rendere gli assistiti e le loro famiglie consapevoli della malattia, dando loro le informazioni necessarie e fornire supporto nel processo di recupero.

2. Mantenere l'alleanza terapeutica: bisogna essere in grado di gestire le emozioni degli assistiti e della loro cerchia familiare, mantenendo la consapevolezza di sé attraverso una riflessione continua sulla pratica clinica.

3. Coordinare l'alleanza terapeutica: l'infermiere è la via principale attraverso la quale l'assistito interagisce con il team del reparto. Importante è la capacità di mantenere l'equilibrio e risolvere i conflitti.

Un infermiere non può educare l'assistito e la famiglia se non conosce i fenomeni psicobiologici (intesi non come comportamenti fini a loro stessi, ma come comportamenti innescati da

processi neurologici e psicologici in modo concomitante) che intervengono durante l'età evolutiva; come è impensabile dar consigli alla famiglia se non si tiene conto delle ripercussioni che la malattia comporta. L'infermiere, per garantire un'adeguata assistenza, deve mirare ad una visione totalizzante, coinvolgendo il nucleo familiare nel processo assistenziale. La famiglia deve essere considerata come un'importante risorsa nel trattamento, in quanto incoraggia l'assistito a nuovi comportamenti, fornisce rinforzi e ricompense che promuovono il progresso. Per il recupero ottimale dell'assistito, dunque, è necessario una collaborazione famiglia- equipe medico-sanitaria. L'infermiere, in particolare, costituisce un tassello fondamentale, in quanto il tempo passato con l'assistito consente loro di sviluppare una conoscenza profonda ed una relazione positiva, attraverso il supporto empatico, la sorveglianza e l'assistenza costante. Carenze di conoscenza da parte dell'infermiere, come da parte di ogni altro professionista, che si trova dinanzi ad un assistito tanto complesso e fragile, può portare ad inciampare nei pregiudizi e nella non comprensione, che impediranno la costruzione di una relazione di aiuto e fiducia.

Un bambino con malattia cronica, ad esempio, deve affrontare giornalmente le emozioni, gli impegni e i problemi legati ai sintomi della malattia, al trattamento e ai continui ricoveri e visite in ospedale. In una situazione tale, la mente del bambino risulta distratta e quindi meno propensa all'apprendimento, o per meglio dire ad un apprendimento sereno. Le difficoltà di apprendimento possono dipendere sia dalle limitazioni causate dalla malattia stessa ma anche dai probabili effetti collaterali della terapia. La gestione della sintomatologia e delle terapie dovrebbe avvenire in un contesto sicuro e attuato da un professionista esperto con conoscenze specifiche.

■ BIBLIOGRAFIA

- American Nurses Association (ANA) e National Association of School Nurse (NASN). (2017). *School Nursing: scope and standards of practice*. Nursesbooks.
- Apps, M. A., & Tsakiris, M. (2014). The Free-energy self: a predictive coding account of self-recognition. *Neuroscience and Biobehavioral reviews*.
- Assali, A., Gaspar, P., & Rebsam, A. (2014). Activity dependent mechanisms of visual map formation. *Seminars in cell and Developmental Biology*.
- Associazione Ospedali pediatrici italiani. (n.d.). *Carta dei diritti del bambino in ospedale*. Retrieved from Associazione Ospedali pediatrici italiani: <https://www.aopi.it/project/carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale/>
- Cipolla, C. (2005). *Manuale di sociologia della salute*. Milano: Franco Angeli.
- E.A.N.N. (2008). *NeuroBlend. Education and culture*. E.A.N.N.
- Farah, M. J. (2009). *Neuroscience and the soul*. Science.
- Gilmore, J. H., Shi, F., & Woolson, S. L. (2012). Longitudinal development of cortical and subcortical gray matter from birth to 2 years. *Cerebral Cortex*.
- Jankovic, M. (2003). *La comunicazione in pediatria. La rivista italiana di cure palliative*.
- Johnston, T. D. (1987). The persistence of dichotomies in the study of behavioral development. *Psychological science*.
- Lynlee, S., Crowe, M., & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit.
- Makinodan, M., Rosen, K. M., Ito, S., & Corfas, G. (2012). A critical period for social experience dependent oligodendrocyte maturation and myelination. *Science*.
- Purger, D., Gibson, E. M., & Monje, M. (2015). Myelin plasticity in the central nervous system. *Neuropharm*.
- Rutter, M. L. (1997). Nature-nature integration: the example of antisocial behavior. *American Psychologist*.
- Sournia, J. (1994). *Storia della medicina*. Bari: Dedalo.
- Stammers, P., Brook, G., & Randall, D. (2008). How to make good children's nurses: children's view. *Paediatr Nurs*, 22-25
- Trovato, L. (2015). "Comprensione e analisi del testo non letterario. I testi e le tipologie testuali. Enna.

ANNALISA DAL FITTO

CSM Pinerolo, ASL To3
a.dalfitto@anin.it

STEFANIA BUONI

Presidente COMIP
info@comip-italia.org

GAIA CUSINI

Vicepresidente COMIP
info@comip-italia.org

UN DOLORE NASCOSTO QUANDO MAMMA E PAPÀ HANNO QUALCOSA CHE NON VA

Dialogo tra un'infermiera e le due fondatrici
della COMIP_ Children of Mentally Ill Parents

ABSTRACT

FINALITÀ E OBIETTIVI

Sensibilizzare gli operatori a prestare maggiore attenzione al familiare minorenni, che spesso assume il ruolo di badante. È un dialogo tra un'infermiera e due persone che hanno vissuto l'esperienza del caregiver.

SFONDO

Negli ultimi decenni si sono verificati importanti cambiamenti nella considerazione da parte degli operatori di salute mentale dei caregiver familiari.

Dalla lettura dei libri scritti da S.Buoni e G.Cusini, emerge che la dimensione di vita dei figli di persone con disturbi mentali viene ignorata/sottovalutata. Questi bambini vivono spesso in un ambiente in cui non è garantita una crescita serena... ed ciò viene trascurato da tutti: operatori sanitari e sociali, scuole.

DISEGNO DELLA RICERCA, MATERIALI E METODI

L'attenzione è focalizzata sul significato di crescita: crescita del bambino/adolescente che vive l'esperienza di un genitore con un problema di salute, crescita degli operatori attraverso la

sensibilizzazione ai bisogni dei giovani familiari-caregiver e crescita dei cittadini come membri di una comunità.

RISULTATI

Crescere con uno o entrambi i genitori che soffrono di una malattia mentale è un'esperienza che può essere molto diversa per ogni bambino. E questo avviene in un clima generale di silenzio sul tema specifico "figli di genitori con disturbo mentale". Un tabù dentro il tabù.

La prevenzione e la responsabilità sociale riguardano prima di tutto la propria salute mentale che poi si riversa su chi ci circonda, compresi gli operatori e i servizi.

CONCLUSIONI

Consapevolezza, coscienza e prevenzione: le parole su cui riflettere per stimolare le nostre idee e intuizioni e orientare le nostre azioni/comportamenti.

PAROLE CHIAVE

Caregiver, figli di genitori malati di mente, prevenzione, giovane badante, figlio, salute mentale.

ABSTRACT

A hidden pain when mom and dad have something wrong.

Dialogue between a nurse and the two founders of COMIP_ Children of Mentally Ill Parents

AIMS AND OBJECTIVES

Sensitize operators to pay more attention to the minor family member, who often takes on the role of caregiver. It is a dialogue between a nurse and two people who have experienced the caregiver experience.

BACKGROUND

In recent decades there have been important changes in the perception by mental health workers of family caregivers. From reading the books written by S. Buoni and G. Cusini, it emerges that the life dimension of the children of people with mental disorders is ignored / underestimated. These children often live in an environment in which peaceful growth is not guaranteed ... and is overlooked by everyone - health and social workers, schools.

RESEARCH DESIGN, MATERIALS AND METHODS

The attention is focused on the meaning of

growth: growth of the child / adolescent who lives the experience of a parent with a health problem, growth of operators by raising awareness of the needs of young family members / caregivers and growth of citizens as members of a community.

RESULTS

Growing up with one or both parents suffering from a mental ill is an experience that can be very different for each child.

And this happens in a general climate of silence around the specific theme "children of parents with a mental disorder". A taboo within the taboo. Prevention and social responsibility first of all concern one's own mental health which then cascades onto those around us Mental health care, also for operators and services.

CONCLUSIONS

Awareness, conscience and prevention: the words to reflect on to stimulate our ideas and intuitions and direct our actions / behaviors.

KEY WORDS

Caregiver, children of mentally ill parents, prevention, young caregiver, son, mental health.

Una delle prime informazioni ricevute dai colleghi più anziani, quando iniziai la mia attività professionale come infermiera in SPDC, fu: *"La mela non casca mai lontana dall'albero..."* asserzione che implicava il pregiudizio (ecco ora dopo 30 anni di attività professionale lo posso affermare!) che i famigliari di una persona con disagio mentale potessero a loro volta essere portatori di disagi e bizzarrie di varia natura.

In questi decenni ho potuto osservare (ed io stessa indirizzare i miei interventi assistenziali) quali mutamenti si siano verificati nella percezione del disagio psichico

e nella necessità di coinvolgere i famigliari "caregiver" nel processo di cura. Ricordo molto bene il periodo in cui era opinione diffusa che uno o più membri del nucleo famigliare fosse in qualche modo responsabile dell'origine della malattia psichiatrica. Ricordo anche che, in una fase successiva, si giunse invece a ritenere fortemente necessario la loro partecipazione nelle varie fasi del piano terapeutico, dalla cura alla riabilitazione attraverso una maggiore responsabilizzazione nella gestione del familiare ed un rapporto di fiducia con gli operatori, onde ridurre eventuali "boicottaggi"

alle iniziative sanitarie programmate. Nella realtà attuale, però, mi capita spesso che di fronte alla richiesta di notizie, da parte dei famigliari, sullo stato di salute del proprio congiunto per avere indicazioni sulle modalità relazionali da intraprendere, sentire risposte del tipo: "mi spiace, per la legge sulla privacy non posso rilasciare nessuna informazione senza il consenso esplicito dell'interessato". Eh già! Ma come può, per esempio, una persona con grave disturbo in fase acuta dare il proprio consenso a chi vede come minaccioso, oppure darlo alle persone che più ama e verso le quali

prova un senso di vergogna o di inadeguatezza?

È mia opinione ritenere che la malattia mentale abbia molti aspetti in comune con altre patologie. Una persona che riceve la diagnosi di malattia organica grave spesso vuole e può condividere, con il supporto degli operatori, la nuova realtà con gli altri membri della sua famiglia, compresi i figli anche se piccoli, perché ritiene importante ed utile che tutti loro conoscano gli effetti della patologia e le ripercussioni sulla propria vita. Perché non possiamo pensarlo anche per le famiglie che vivono l'esperienza di un loro congiunto con disturbo mentale?

Nella mia esperienza professionale come operatrice psichiatrica, ho toccato con mano quanto la necessità di parlare ed informare correttamente i familiari, con l'obiettivo di promuovere il benessere nelle relazioni, far capire loro quali problemi scaturiscono dalle manifestazioni del disturbo, quali strategie adottare nella fase di scempenso e nel riconoscimento precoce dei sintomi, di una possibile riacutizzazione, possa dare risultati molto più positivi, far stare meglio la persona malata e la sua famiglia. Proprio su questo aspetto io propongo, alle persone che assisto, di riflettere sul significato di questa collaborazione, stimolando in loro il senso di responsabilità, come persona, come membro della famiglia e come genitore. Ed in effetti ho potuto riscontrare in prima persona come il bisogno/desiderio di svolgere al meglio le proprie funzioni genitoriali abbia spesso richiamato a un forte senso di responsabilità, le madri soprattutto, e da parte degli operatori, al riconoscimento del loro ruolo nella cura del proprio figlio, favorendo l'aderenza ai trattamenti e la riduzione delle ricadute.



Leggendo, invece, i due libri scritti da Stefania Buoni e Gaia Cusini, mi sono resa conto di come io abbia sempre ignorato/sottovalutato la dimensione di vita dei figli di persone con disturbi mentali. La loro esperienza di vita è diversa da quella dei caregiver proprio perché spesso vivono la malattia, con tutto ciò che ne consegue, non in età adulta ma magari già nell'infanzia. Questa fase della vita richiede la presenza di figure di riferimento "solide", in grado di accompagnare il bambino nello sviluppo di tutte le competenze cognitive, emozionali, relazionali necessarie alla sua crescita ed il raggiungimento di quel grado di maturità utile per l'autonomia e la realizzazione personale. I bambini di persone con disturbi mentali vivono spesso in un ambiente in cui non è garantito tutto questo percorso. Tale condizione è scarsamente conosciuta dagli operatori dell'ambito sanitario, sociale, scolastico e del terzo settore.

G. Cusini scrive nel suo lavoro di ricerca (G. Cusini, 2021) che molti figli di persone con disturbo mentale nell'età adulta sono maggiormen-

te a rischio di manifestare a loro volta un disturbo mentale. L'autrice specifica, però, che questo non è imputabile ad una motivazione genetica, bensì alle caratteristiche del modello educativo ricevuto, alle emozioni vissute nell'età peculiare della crescita, a sentimenti di bassa autostima, difficoltà di fidarsi degli altri, ai sensi di colpa che non permettono un fisiologico distacco fisico, emotivo dal genitore con disturbo, e molto altro.

Stefania Buoni e Gaia Cusini, insieme a molte altre persone, hanno deciso di assumere un atteggiamento attivo rispetto al misconosciuto problema della qualità di vita dei figli delle persone con disturbi mentali. La loro attività è iniziata con il gruppo AMA su ispirazione e indicazioni dei gruppi conosciuti all'estero, con la pubblicazione di due libri (S. Buoni, 2018, G. Cusini, 2021) e con la costituzione, nel novembre 2017, dell'associazione di promozione sociale COMIP – Children of Mentally Ill Parents.

Vi propongo ora un'intervista alle due autrici sull'esperienza di crescere.

D.: Quale significato attribuisce all'esperienza di crescere in una famiglia con un genitore portatore di un disturbo mentale? Ti chiedo di focalizzarti sugli aspetti di resilienza che possono favorire la strada verso la realizzazione di sé stessi.

S. Buoni

Crescere con uno o entrambi i genitori affetti da un problema di salute mentale è un'esperienza che può essere molto diversa per ciascun figlio. Tante le variabili in gioco. Cambia, ad esempio, se il tuo genitore è in cura oppure no, se è stato diagnosticato o meno, se la patologia di cui soffre è una depressione maggiore o un distur-

bo schizoaffettivo o bipolare, ad esempio. Fra i fattori che influiscono, se si ha una rete di supporto oppure manca, se i genitori sono divorziati o meno, se ci sono fratelli e sorelle, se la situazione economica e lavorativa della famiglia è buona oppure no. Anche il carattere e le risorse personali influiscono su come questa esperienza viene vissuta da un figlio o una figlia.

Le cose si complicano quando c'è anche una dipendenza da alcol e droghe, oltre al disturbo mentale, e uno stile di vita irregolare con comportamenti pericolosi o a rischio. Qualunque sia il quadro, non si può negare che per molti figli tutto questo può tradursi nell'esperienza di traumi anche ripetuti, per alcuni psicologici, per altri anche fisici. E ciò avviene in un clima generale di silenzio attorno al tema specifico "figli di genitori con un disturbo mentale", che impedisce di capire ciò che accade e cosa poter fare a riguardo. Un tabù nel tabù, che noi stiamo cercando di sciogliere. La resilienza purtroppo da sola non basta, il

rendo conto di quanto ciò che è capitato in famiglia, soprattutto per la mancanza di prevenzione e sostegno psicologico tempestivo, mi abbia tolto in termini di benessere, salute e realizzazione personale. Ed è questo ciò per cui lottiamo: perché istituzioni, professionisti, società civile lavorino insieme per colmare questa mancanza. Perché non si trascurino gli aspetti di resilienza che pure derivano da un'esperienza diffusa ma taciuta, troppo grande da sostenere per chi si sta affacciando alla vita, se un sostegno adeguato non c'è, per sé e per i propri genitori.

G. Cusini

L'esperienza di essere figli di un genitore che soffre di un disturbo mentale può essere interiorizzata se si prende coscienza.

Il lavoro che facciamo con COMIP è dare strumenti perché si prenda questa preziosissima coscienza indispensabile per emergere da vissuti traumatici. Non dobbiamo dimenticare quanto sia difficile emergerne, nonostante la consapevolezza e la coscienza; perciò prima di tutto l'altro grande lavoro su cui ci focalizziamo è ridare dignità ai problemi di salute mentale per poter lavorare sulla prevenzione.

La resilienza è senz'altro qualcosa che inevitabilmente emerge in queste situazioni ma ad un prezzo altissimo. Noi vogliamo che quel prezzo non debba più essere pagato da nessuno. È utopia ovviamente ma è il punto dove si vuole tendere ad arrivare, facendo, insieme ai professionisti, tutti i passi necessari al miglioramento della conoscenza, consapevolezza e modalità di affrontare il problema, così creando una rete funzionale che possa contenere chi è a rischio e accogliere maggiormente le criticità ancora presenti.



prezzo da pagare rimane ancora altissimo per chi cresce con una fragilità genitoriale e senza aiuti mirati anche al proprio benessere psicofisico di figlio/a. E spesso nodi irrisolti continuano a venire fuori per tutto l'arco della propria vita, anche a distanza di molti anni dal vissuto doloroso. Io stessa sto ancora affrontandoli in psicoterapia, a mie spese. Mi

bo schizoaffettivo o bipolare, ad esempio. Fra i fattori che influiscono, se si ha una rete di supporto oppure manca, se i genitori sono divorziati o meno, se ci sono fratelli e sorelle, se la situazione economica e lavorativa della famiglia è buona oppure no. Anche il carattere e le risorse personali influiscono su come questa esperienza viene vissuta da un figlio o una figlia.



D. Sulla base delle esperienze e riflessioni dei soci della COMIP quali miglioramenti proponete agli operatori impegnati nei servizi sanitari, sociali, scolastici, nell'ottica di crescita e acquisizione di responsabilità e nel favorire le sinergie di intervento?

S. Buoni

Sicuramente la prima cosa è non chiudersi nella propria specificità e ambito di intervento, ma costruire occasioni di dialogo con il supporto del comune, laddove vi sia un'amministrazione illuminata, come accade in luoghi virtuosi che abbiamo avuto la fortuna di incontrare, ad esempio in Sardegna. Ci sono situazioni limite che si possono intercettare prima che si arrivi alla crisi estrema, ma soltanto se si inizia a parlare di certi argomenti in un'ottica di educazione collettiva al benessere psicofisico a 360 gradi. Così come si parla di tutela dell'ambiente, bullismo e cyberbullismo, violenza sulle donne, educazione sessuale ed altre tematiche, è fondamentale parlare di salute mentale, giovani caregiver e figli che hanno mamme e papà con un disturbo psichico. Ragionare sull'istituire sportelli con professionisti qualificati, psicologi, psicoterapeuti, educatori, assistenti sociali che possano accogliere le richieste di aiuto che dovessero emerge-

re. Informare i ragazzi a scuola dell'esistenza di questi servizi e di come accedervi. Non possiamo pensare che un bambino di dieci anni che ha la mamma soggetta, per esempio, ad una crisi psicotica o abbia tentato il suicidio, vada di sua iniziativa in un centro di salute mentale a chiedere aiuto. Ma se a scuola magari ha assistito a un incontro di sensibilizzazione sul tema realizzato in un linguaggio consono e con l'ausilio di cinema e letteratura per ragazzi, con la possibilità di fare domande a persone esperte, magari saprà cosa fare e non sarà più totalmente solo con un problema tanto più grande di lui. Lottare contro uno stigma che divide i "malati" dai "sani", come se la salute mentale riguardasse solo i primi e non ciascuno di noi. La vergogna e la colpevolizzazione di chi ha un disturbo psichico, ritardano, quando non impediscono del tutto, la richiesta di aiuto. Allo stesso modo tutti noi dobbiamo unirici per fare pressione sulle istituzioni perché si investa di più nei servizi di salute mentale territoriali che sono spesso al collasso e in una psicoterapia accessibile per tutti tramite SSN. Ad oggi questa forma di supporto, imprescindibile per molti di noi figli di genitori con un disturbo mentale per elaborare il nostro vissuto ed avvicinarci a una migliore qualità

di vita, è ancora un lusso che non tutti possono permettersi di pagare, specialmente chi è minore o giovane adulto.

G. Cusini

Prevenzione e responsabilità sociale vanno rivolte prima di tutto alla propria salute mentale, azione che poi in cascata porta giovamento a chi ci è accanto: il lavoro principale è essere portatori di una salute mentale curata di cui ci si fa carico per sé stessi e per gli altri. Tale cura è importante anche per gli operatori e per i servizi, spesso oberati da situazioni ingestibili, a cui si arriva appunto per mancanza dei giusti interventi preventivi. Possibilità quindi di dialogo in merito alla salute mentale con la stessa dignità e rispetto che si ha per la salute fisica.

D. Stiamo vivendo un'epoca di transizione! Dalla fase della delega (ottica paternalistica) ad esperti/professionisti di vari aspetti della nostra vita, da quello dell'educazione dei bambini, la formazione scolastica, la gestione della salute, stiamo passando alla fase del desiderio di essere maggiormente coinvolti nella scelta e decisione di quali direzioni dare alla nostra vita. Il depauperamento di risorse, inoltre, ci obbliga a cercare e utilizzare nuove opportunità (a costo 0), tutto ciò implica responsabilizzazione della propria salute fisica e mentale e della propria realizzazione personale, dunque un approccio più attivo e propositivo. Quale crescita per tutti noi cittadini, membri di una società, è auspicabile, tenuto conto anche dell'incremento di incidenza delle patologie mentali?

S. Buoni

Purtroppo lo stile di vita odierno, con il crescente precariato lavo-

rativo ed economico, l'instabilità della situazione socio-politica attuale, le guerre e le pandemie presenti e future, il cambiamento climatico e la crescente pressione della società della performance unita all'iperconnessione e alla quantità incredibile di contenuti con cui veniamo quotidianamente bombardati sui social, non facilita di certo il perseguire di un benessere fisico e mentale. Siamo in molti ad aver raggiunto o sfiorato il burnout, ma spesso non ci è consentito fermarci, fintanto che il corpo o la mente non vanno davvero in tilt. A quel punto i medici ci prescrivono un'alimentazione più sana, che però richiede più tempo per la sua preparazione, di fare più attività sportiva, di stare di più a contatto con la natura, di fare yoga, di meditare, di dedicare più tempo a noi stessi. Il paradosso è che questo cambiamento, imposto dalla malattia, dovrebbe essere la norma, non una cura prescritta quando si è oltrepassato il limite. Eppure non ce lo possiamo permettere. Ci hanno cresciuti con il motto: "Chi si ferma è perduto", ma stiamo imparando a nostre spese che "chi non si ferma è perduto".

Come rendere le nostre vite più psicologicamente e fisicamente sostenibili? Consideriamo anche che per chi è caregiver involontario da quando è bambino, le riserve delle batterie rischiano di essere già consumate quando si affaccia all'età adulta, da qui un maggior rischio di soffrire di ansia, depressione e altre patologie legate ad esempio ad una maggiore produzione di cortisolo, l'ormone dello stress, per l'appunto. Come società, dunque, sarebbe auspicabile, la "decrescita felice", ma temo che si stia andando in tutt'altra direzione. Non resta che aumentare la nostra consapevolezza sulle piccole grandi azioni

quotidiane di resistenza che possiamo attuare per il nostro benessere all'interno di un sistema più grande di noi che al momento non è nelle nostre possibilità cambiare.

G. Cusini

Sottoscrivo e condivido quanto detto da Stefania che non poteva esprimere meglio i problemi sociali con cui oggi ci confrontiamo e su cui ci stiamo interrogando a 360 gradi non più solo nelle mura di casa, con quello che purtroppo di doloroso abbiamo dovuto vivere con le nostre famiglie, ma che, in modo più ampio e globale ci porta a riflettere profondamente sul futuro e di quanto ancora una volta le parole chiave, già usate, di consapevolezza, coscienza e prevenzione siano fondamentali oggi più che mai.

CONCLUSIONI

Consapevolezza, Coscienza e Prevenzione sono le parole su cui riflettere per stimolare le nostre idee e intuizioni ed indirizzare le nostre azioni/comportamenti. Aggiungo, infine, anche la parola **Sinergia** come frutto dell'incontro ed ascolto di vissuti, riflessioni, proposte di tutte le persone coinvolte, non solo dalla esperienza della malattia mentale (personale

oppure come familiare o operatore) ma anche di coloro che in qualche modo hanno un contatto diretto non di tipo strettamente terapeutico e di tutte quelle persone che hanno un contatto diretto con questa realtà, non di tipo terapeutico, ma prezioso come gli insegnanti, le reti amicali, i parenti, i vicini di casa, ecc.

La sinergia è intesa come cooperazione tra i membri di una collettività/società/comunità che si impegna a promuovere la salute (fisica, mentale, e in tutte le sue declinazioni...) e la realizzazione del progetto di vita di tutti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Buoni, S.: Quando mamma o papà hanno qualcosa che non va, 2018, Umbria Volontariato ed.
- Cusini G.: Un dolore nascosto, 2021, Umbria Volontariato ed.
- <http://www.comip-italia.org/>
- <https://buonacausa.org/cause/libro-quando-mamma-o-papa-hanno-qualcosa-che-non-va>
- <https://buonacausa.org/cause/progetto-un-dolore-nascosto>.



Recensione a cura di
SIMONA FACCO

LA PILLOLA PER DIVENTARE BUONI

Etica e potenziamento morale

Autore: Matteo Galletti

Nel panorama della bioetica contemporanea la discussione sul biopotenziamento umano ha assunto un'importanza fondamentale, in quanto le tecnologie biomediche che permettono di modificare caratteristiche del corpo umano si sviluppano ad una velocità talmente elevata che è sensato sollevare questioni etiche anche relativamente a pratiche non ancora possibili.

Tra le forme di biopotenziamento umano di più recente ideazione, il biopotenziamento morale ha un ruolo di primissimo piano. Il progetto del bio-potenziamento morale solleva, però, molteplici interrogativi, a partire dalla reale ed efficace possibilità di intervento sui tratti o le disposizioni umane come

le emozioni, la ragione o la capacità di intuire ciò che è giusto fare.

Biopotenziare gli esseri umani per renderli più morali al fine di tentare di risolvere i più grandi problemi del nostro tempo (terrorismo e cambiamento climatico, soprattutto) significa agire sulle componenti della biologia umana che hanno un'influenza sul comportamento e modificarle affinché incentivino (o determinino) i potenziati ad agire in un determinato modo.

Ciò si basa sull'assunto che il comportamento umano sia in larga parte, se non completamente, influenzato da disposizioni biologiche, piuttosto che da capacità razionali.

L'essere umano ha adottato, nel corso della storia,



diversi modi per divenire "moralmente più buono", per limitare la violenza ed il male che l'uomo può perpetrare verso i suoi simili e non. Dall'educazione dei bambini alle letture costruttive, dal senso civico alla rieducazione del condannato. Metodi che possono essere efficaci per alcuni quanto futili per altri. In futuro, la genetica e le neuroscienze potrebbero consentirci di intervenire sulla natura degli esseri umani, biopotenziando le predisposizioni morali perché siano maggiormente rivolte a gentilezza, altruismo, empatia.

Un tema centrale del libro è la questione del Libero

arbitrio. Per chiarire questo argomento il saggio riporta un passo del film di Stanley Kubrick *"Arancia Meccanica"* ove Alex, un individuo che nella sua vita ha sempre fatto del male e perpetrato violenza, viene obbligato a provare repulsione verso la violenza stessa.

La "terapia" si rivela miracolosa: Alex ha perduto ogni istinto d'aggressività e prepotenza e, quando viene stuzzicato per accertarsi di non poter più fare del male, prova un senso di disgusto, di malessere fisico più che psicologico. Dunque Alex, un criminale recidivo, viene "curato", ora non può più perpetrare violenza.

Ma a che costo? Modificando la natura, l'istinto di una persona, di fatto si pone fine all'esistenza di quella persona, si crea "un altro Alex". E se Alex, in futuro, si ritrovasse ad assistere ad un atto di violenza che un innocente sta subendo da parte di un altro individuo? Non sarebbe in grado di agire. Qual è, dunque, il limite, la linea di demarcazione, tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato? Chi può assumersi la responsabilità di cambiare la vita di una persona pur essendo tuttavia consapevole che, in questo modo, qualcun altro potrebbe cambiare la sua?

Il dilemma etico del libero arbitrio è dunque una questione tutt'altro che risolta. Galletti spiega che la modificazione del libero arbitrio, per alcuni, è ammissibile solo se "a fin di bene". Tuttavia come potremmo conoscere il bene se non esistesse il male? Ecco l'etica filosofica nella sua parte più pura: il comportamento pratico dell'uomo di fronte ai due concetti di bene e di male. Il "bene", così come il "male", è un concetto mutevole nel tempo, ciò che oggi è tollerato domani potrebbe non esserlo e viceversa. Il concetto di moralità, quindi, riflette l'identità di ogni singolo individuo, riadattato a standard prestabiliti (come il rispetto del codice della strada, il rispetto della legge in generale...). Comunque, ad oggi, non esistono farmaci in grado di cambiare permanentemente la moralità di una persona. La somministrazione di determinate sostanze, come ormoni, riesce però a modificare temporaneamente l'indole di alcuni individui: si pensi, ad esempio, all'ossitocina ovvero un ormone in grado di "calmare" individui, soprattutto bambini, affetti da ADHD (Disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività).

Le biotecnologie possono amplificare la nostra capa-

cià empatica, ma non offrire questo suo essenziale raffinamento che avviene solo nell'interazione con le altre persone.

Solo comparando le nostre esperienze di vita e i nostri punti di vista con quelli degli altri sviluppiamo una sensibilità morale più adeguata, in grado di adattarsi alle situazioni specifiche.

Acquisiamo cioè il modo di mettere in atto la capacità di provare empatia, di calibrarla in relazione alle circostanze e di agire in conseguenza.

L'empatia non un'abilità che si acquisisce una volta per tutte, ma è una pratica sociale che si sviluppa nell'arco di tutta la vita, grazie al confronto continuo con gli altri.

Da sempre gli esseri umani hanno utilizzato diversi metodi per diventare moralmente più buoni, più giusti e più altruisti, come hanno insegnato Socrate, Gesù e Gandhi: l'educazione, l'insegnamento, l'autodisciplina, le letture edificanti, la conoscenza. Quindi è proprio necessario il biopotenziamento?

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

Buona lettura



UNIVERSITÀ
DI TORINO



È stato pubblicato il Bando di iscrizione alla terza edizione del

Master Nursing di Neuroscienze



Per l'iscrizione seguire la seguente procedura sintetizzata:

- › Homepage del Dipartimento di Neuroscienze "Rita Levi Montalcini" Università di Torino
- › Didattica
- › Master e Corsi di perfezionamento
- › Click sul link "pagina dedicata sul portale di Ateneo"
- › Leggere con attenzione tutte le voci e compilare la domanda di ammissione

**Prorogate le iscrizioni
dal 26/9/22 al 30/11/22**

Per qualsiasi dubbio contattare:

Luisella Di Gleria - segreteria master - mail: luisella.digleria@unito.it

Tel. ufficio **0116709366**