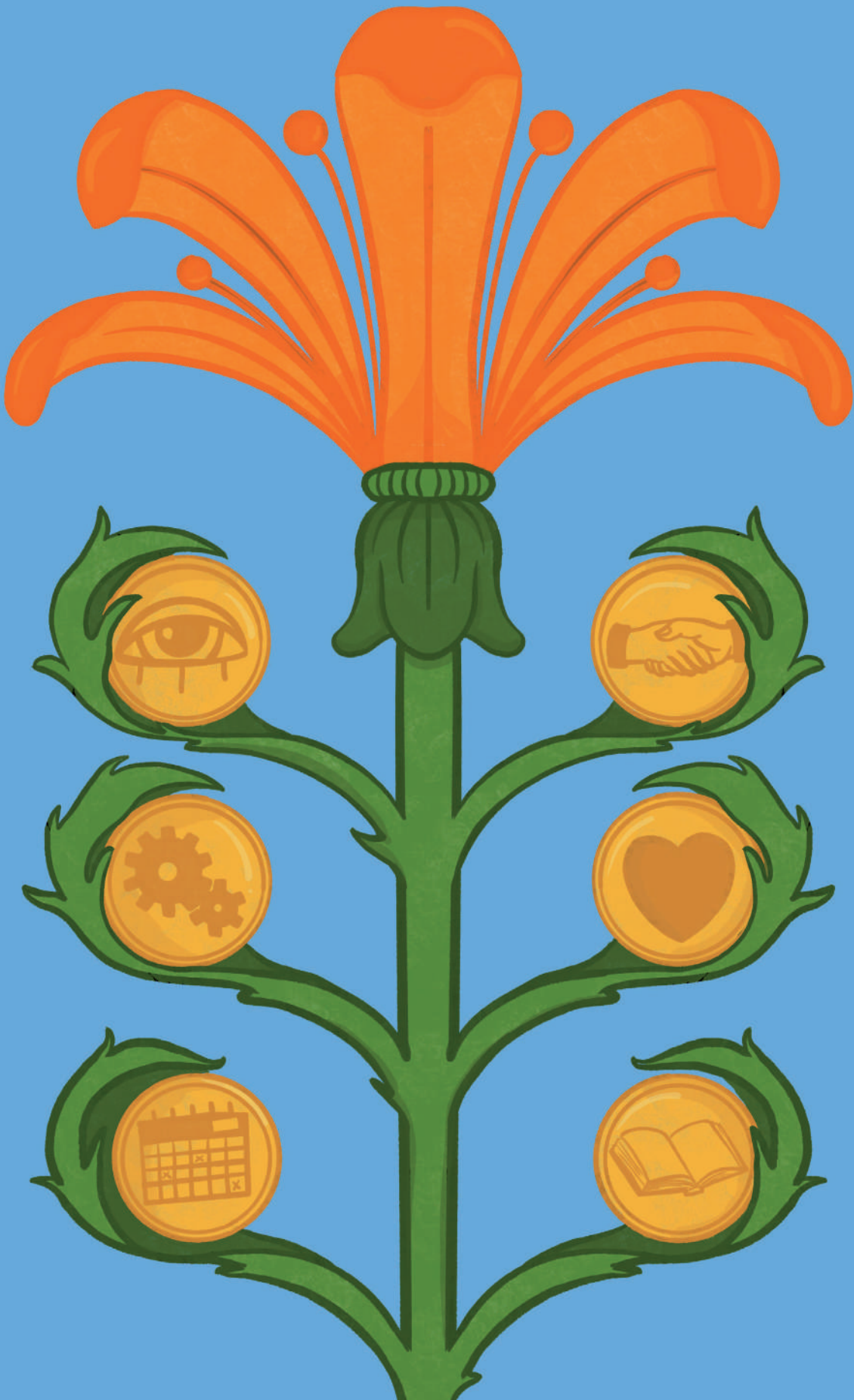




neu

RIVISTA SCIENTIFICA DI FORMAZIONE INFERMIERISTICA

ISSN 1723-2538



AGGIORNAMENTI

- › LA COMPLESSITÀ DEL MALATO NEL CONTESTO DELLE CURE AL DOMICILIO
- › DISTURBI PSICHICI STRESS-CORRELATI DURANTE LA COV-PANDEMIA UNO STUDIO CROSS-SECTIONAL TRA I PROFESSIONISTI DI UN PRONTO SOCCORSO
- › AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPETENZA INFERMIERISTICA INDAGINE IN UN PRONTO SOCCORSO PIEMONTESE
- › RIFLESSIONI SUL TEMA SALUTE DELLA POPOLAZIONE IN SARDEGNA
- › IL PAZIENTE ADULTO CON DISABILITÀ INTELLETTIVA QUALI METODOLOGIE NON FARMACOLOGICHE CONTRIBUISCONO A RIDURRE L'AGGRESSIVITÀ

APPROFONDIMENTI

- › ANALISI DEL CONCETTO DI COMPETENZA CLINICA UNA REVISIONE NARRATIVA ATTRAVERSO IL METODO RODGERS
- › LA CONFLUENZA DI COMPETENZE AV ANZATE IN INFERMIERISTICA NEUROSCIENTIFICA E INFERMIERISTICA NUTRIZIONALE IN NEURORIABILITAZIONE: UNA REVIEW
- › SCLEROSI MULTIPLA OVVERO LEGGERE UN LIBRO PER STIMOLARE E APPROFONDIRE LE COMPETENZE

N.3

SETTEMBRE 2023 ANNO 42' N.3



EDITORIALE

LAURA BINELLO
Infermiera - ellebinello@gmail.com



Le competenze avanzate (e tutte le altre)

Ero fresca di master in infermieristica di comunità, avevo discusso da pochi mesi la mia magnifica tesi "L'infermiere di famiglia tra presente e futuro". Avevo magistralmente analizzato nel mio percorso di studio le competenze dell'infermiere di famiglia secondo una visione d'insieme che tenesse conto degli aspetti legislativo, etico-deontologico ed emozionale. Ero pronta, insomma, ad essere e divenire un'infermiera di famiglia.

Prima di quel giorno ero quel che si chiama "infermiere delle cure domiciliari", un professionista che, dotato di automobile, borsa degli attrezzi, navigatore, si appresta a erogare assistenza domiciliare in progetti di ADI (Assistenza Domiciliare integrata). Un infermiere "di linea" insomma, non un infermiere di processo. Nel mio percorso di studio post laurea appresi che in un centro di cure primarie di Castedefeles, vicino a Barcellona, che ha un bacino d'utenza di circa 27000 persone, da circa dieci anni ogni cittadino registrato ha il proprio medico e la propria infermiera assegnata. Gli infermieri si occupano principalmente di prevenzione e di gestione della domanda, e che mai l'infermiera assegnata era anche quella che poi, eventualmente, erogava prestazioni sanitarie pure. La mia borsa degli attrezzi quel mattino era piena zeppa di oggetti,

bottiglie di soluzioni da infondere, tubi, aghi, ferri chirurgici, cateteri. E naturalmente tante, tantissime carte, modulistica, raccoglitori, schede. Conoscevo quella casa e quella famiglia da anni, e conoscevo quel paziente e la sua patologia invalidante e progressiva da sempre. Le condizioni del paziente si erano aggravate ulteriormente negli ultimi mesi e tutto lasciava presagire a un esito infausto nei giorni a seguire. Mentre mi accingevo a impostare la pompa ad infusione con la quale avrei avviato la NET (Nutrizione Enterale Totale), il mio sguardo tecnico si posò sugli arredi di quella camera da letto che, da anni, era diventata una camera di degenza a tutti gli effetti... C'era una gran quantità di polvere dappertutto; le tinte e le forme di ogni cosa sfumavano sotto il grigio della polvere, gli oggetti, gli arredi, le flebo, gli scatoloni di pannoloni, persino il gatto, tutto appariva come quando la neve d'inverno ricopre ogni cosa e la ammantava, fino a nasconderla.

La NET era stata avviata, il vecchio gatto era al fondo del letto, ai piedi del suo padrone stanco, pulvis et umbra sumus. La giovane moglie del paziente accende la solita moka, un rituale quotidiano dove mentre sorvegliamo un caffè, facciamo il punto della situazione e programiamo le visite successive sulla base dei biso-

gni immediati e futuri. La sua frase mi arriva come una fucilata in mezzo al petto: "Voglio aiutarlo a morire, non tra un mese, oggi, adesso".

Tutti siamo costretti a confrontarci con la morte prima o poi e da questo confronto spesso viene fuori anche la nostra visione della vita, ma come professionisti della cura siamo chiamati il più delle volte a dare risposte di tipo sanitario, piuttosto che bio-etico.

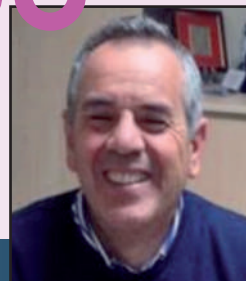
Mentre cercavo di compilare l'ennesimo inutile foglio di monitoraggio di qualche parametro vitale, quella vita che chiedeva di andarsene mi costringeva a una riflessione ben più ampia: da sempre, quando si avvicina il fine vita, in una famiglia si avverte l'esigenza di parlare della morte per esorcizzarla o per imparare a convivere con essa e dare un senso a tutto quello che la precede. Ero pronta anch'io a questo dialogo che nulla aveva a che fare con la NET che scendeva perfettamente nella PEG del mio assistito?

Se la consapevolezza della morte ci incoraggia a vivere, l'inconsapevolezza del mio nuovo ruolo di infermiere di famiglia mi abbracciava, finalmente, in un processo assistenziale nuovo, tutto da definire, ma denso di possibilità di sviluppo.

Serve formazione, ma anche pratica a parlare di fine vita. Io non ero pronta, ma lo sono diventata.



EDITORIALE



A cura di: Francesco Casile

Competenze, responsabilità e senso etico

Il 20 agosto alcuni quotidiani pubblicano la notizia: “Mancano troppi OSS, Il Veneto recupera i corsisti bocciati”. Ora, che ci sia una grave carenza di personale di supporto (tralasciamo qui la discussione sugli oltre 70 mila infermieri mancanti) è un dato indiscutibile ma cercare di risolvere il problema recuperando coloro che non hanno raggiunto l’obiettivo formativo (bocciati negli ultimi 24 mesi) facendo ripetere l’esame finale, è la dimostrazione che gli amministratori Veneti stanno agendo con scarso senso di responsabilità e di etica. Gli anziani che vivono nelle RSA, area oggetto di questa iniziativa, sono persone fragili che hanno bisogno di persone con competenze e sensibilità che un operatore apprende completando in modo positivo il suo percorso di apprendimento. In tal senso, questi amministratori sembrano interessati solo a coprire gli organici trascurando tutto il resto in quanto non ritenuto importante.

*Quando si parla di competenza si fa riferimento ad un modo specifico di pensare e di agire. Il suo significato al plurale, invece, identifica un insieme di nozioni, azioni, caratteristiche da imparare e dimostrare. Per sintesi, si può affermare quindi che il termine **competenza** sia riferito alla sfera del sapere (pratico e non) nei processi di apprendimento sociale; con la parola **competenze**, invece, ci si riferisce ad un insieme di risorse per svolgere una performance (lavorativa e non) (Fondazione Agnelli, 2018).*

Le competenze di cui parliamo richiedono un pensiero critico e analitico, capacità di apprendimento attivo, saper lavorare in gruppo, risolvere problemi complessi, capacità di adattamento e resilienza, leadership, creatività e inventiva ed intelligenza emotiva.

Per far comprendere quanto affermo vorrei qui raccontare un episodio. Durante un corso Anin sulla gestione dei Picc e Midiline, due colleghe, che lavorano in RSA, aprono un dibattito su come idratare gli ospiti con disfagia nel caso in cui non sia possibile inserire uno di questi cateteri. Il con-

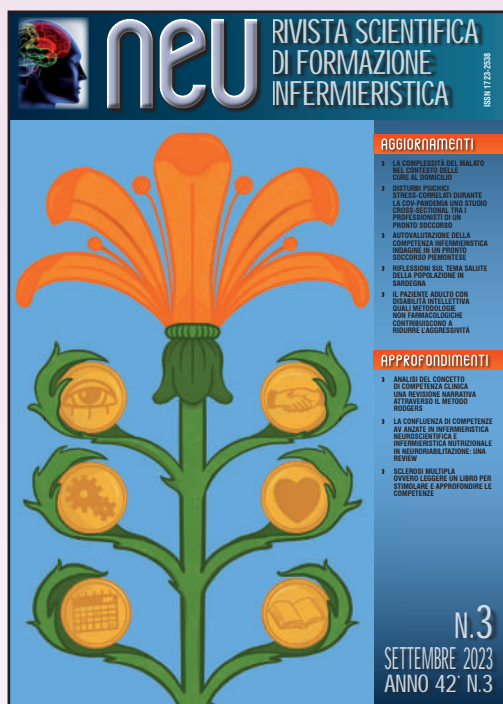
siglio di una delle due è il seguente: “metti su una ipodermoclisi”. E l’altra: “va bene, ma non è possibile infondere più di mille cc e l’acqua gel non è sufficiente a garantire una buona idratazione”. La discussione prosegue fino a quando una delle due consiglia di proporre alla cuoca della struttura di trasformare tutti i cibi in gelatina consentendo all’assistito di alimentarsi ed idratarsi nonostante la disfagia. Questo esempio mette in chiara evidenza le competenze delle colleghe infermiere che, attraverso l’uso del pensiero critico e dell’apprendimento anche esperienziale, sono in grado di realizzare con creatività ed inventiva una possibile soluzione. Potrei riportare tantissimi racconti di cui sono venuto a conoscenza e che possono essere utili a comprendere meglio il concetto di “competenze”, capirne lo sviluppo e le modalità di come si costruiscono.

Voglio solo ricordare il caso accaduto nell’ASL città di Torino dove le infermiere delle malattie infettive, durante il periodo dell’epidemia di Covid, sono state inviate nei reparti Covid per supportare, attraverso le loro competenze specialistiche, i colleghi che si trovavano ad affrontare all’improvviso la gestione difficile di un paziente infettivo. Per rimanere sempre sul concetto delle competenze, voglio citare l’interessante riflessione di Laura Binello, riportata in questo numero nella sua parte editoriale, in cui emerge come la formazione avanzata l’abbia aiutata ad affrontare in modo nuovo ed efficace i processi assistenziali durante la sua attività. Tutto questo per cercare di stimolare chi ci legge ad aprire un dibattito ed un confronto sul tema.

Invitandovi a leggere con attenzione gli articoli riportati, colgo l’occasione per ringraziare gli autori per il loro prezioso ed indispensabile contributo. Un grazie ancora a Letizia Vola, Maria Luisa Langella e Michele Palazzolo per il grosso lavoro svolto.

Mi auguro che abbiate trascorso vacanze serene e vi ricordo che il n. 4/23 sarà dedicato alla “Evoluzione”.

SOMMARIO neu



1 EDITORIALE

AGGIORNAMENTI

- 4 La complessità del malato nel contesto delle cure al domicilio
Revisione narrativa della letteratura
- 29 Disturbi psichici stress-correlati durante la cov-pandemia
uno studio cross-sectional tra i professionisti di un Pronto Soccorso
- 51 Autovalutazione della competenza infermieristica indagine in
un Pronto Soccorso Piemontese
- 61 Riflessioni sul tema salute della popolazione in Sardegna
- 68 Il paziente adulto con disabilità intellettiva quali metodologie
non farmacologiche contribuiscono a ridurre l'aggressività

APPROFONDIMENTI

- 75 Analisi del concetto di competenza clinica una revisione
narrativa attraverso il metodo Rodgers
- 88 La confluenza di competenze avanzate in Infermieristica
Neuroscientifica e Infermieristica Nutrizionale in
Neuroriabilitazione: una review
- 102 Sclerosi Multipla
ovvero leggere un libro per stimolare e approfondire le
competenze: Riflessioni di Letizia Maria Volà sul libro di
Francesca Mannocchi "BIANCO È IL COLORE DEL DANNO"

ALESSANDRA VIGANÒ

MSN, direttrice sanitaria ALVAD Locarno (CH)
alessandra.vigano@alvad.ch

CESARINA PRANDI

PhD, Professore teoria e prassi delle relazioni di cura
DEASS, SUPSI, Manno (CH)
autore corrispondente cesarina.prandi@supsi.ch

LA COMPLESSITÀ DEL MALATO

NEL CONTESTO DELLE CURE AL DOMICILIO

REVISIONE NARRATIVA DELLA LETTERATURA

ABSTRACT

L'osservazione che un numero crescente di utenti sia più difficile da prendere a carico rispetto ad altri, è opinione condivisa di diversi infermieri che operano nel contesto dell'assistenza domiciliare. Non esiste tuttavia una definizione univoca di "complessità" più nel contesto clinico e in altri ambiti, nei quali il termine viene utilizzato con significati ed accezioni diversi. Il ruolo centrale dell'infermiere nel contesto delle cure domiciliari in Svizzera, è dettato dalla sua responsabilità nell'effettuare la valutazione dei bisogni dell'utente, che prevede l'utilizzo di uno strumento standardizzato, che tuttavia non permette di individuare e di conseguenza stratificare l'utente complesso secondo una metodologia Kaiser Permanente. L'impatto della complessità sulle famiglie, i curanti, l'organizzazione sanitaria e i costi sanitari, giustifica l'interesse ad approfondire la tematica, per identificarne le caratteristiche definenti, nonché gli strumenti per misurarla. A tale scopo è stata condotta una revisione narrativa della letteratura dal 2005

al 2020, in lingua inglese, francese, tedesca e italiano.

Conclusioni

I risultati della presente revisione narrativa della letteratura evidenziano che la complessità del paziente è un concetto su cui c'è ancora poca uniformità interpretativa. La complessità è caratterizzata da diversi elementi che interagiscono tra di loro in modo non lineare, a loro volta difficili da definire e misurare. I diversi modelli concettuali, che si basano su presupposti concettuali differenti, delineano tuttavia alcune sue caratteristiche definenti quali: polipatologia, status socio economico, condizione fisica e clinica, stato di salute mentale, caratteristiche demografiche, capitale sociale, vissuto di malattia e fattori legati all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

PAROLE CHIAVE

Paziente complesso, cure domiciliari, strumenti, definizione.

ABSTRACT

The observation that an increasing number of patients are more difficult to care for than others is the consensus opinion of several nurses working in the home care setting. However, there is no clear definition of complexity in the clinical and other settings, where the term is used with different meanings. The central role of the nurse in the home care setting in Switzerland is dictated by his or her responsibility in conducting the assessment of the patient's needs, which requires the use of a standardized tool, which, however, does not allow for the identification and consequently stratification of the complex patient according to a Kaiser Permanente methodology. The impact of complexity on families, caregivers, the health care organization, and health care costs justifies the interest in exploring the issue further, to identify its defining characteristics, as well as exploring the tools to measure it. To this end, a narrative review of the litera-

ture from 2005 to 2020 was conducted in English, French, German, and Italian.

CONCLUSIONS

The results of this narrative review of the literature highlight that patient complexity is a concept that is difficult to define in an unambiguous way. Complexity is characterized by several elements that interact with each other in nonlinear ways, which in turn are difficult to define and measure. However, the different conceptual models, which are based on different conceptual assumptions, outline some of its defining characteristics such as: poly pathology, socioeconomic status, physical and clinical condition, mental health status, demographic characteristics, social capital, experience of illness, and factors related to health care delivery.

KEY WORDS

Home care complex patient; complexity definition; patient complexity instrument.

INTRODUZIONE

L'importanza di indagare la tematica della complessità nel contesto delle cure a domicilio nasce da diversi aspetti.

Gli infermieri sul territorio notano che un numero crescente di malati è difficile da prendere a carico rispetto ad altri. Pazienti che richiedono servizi complementari della rete di supporto o interventi infermieristici specializzati risultano particolarmente complessi da assistere.

Non esiste una definizione univoca di "complessità" nel contesto clinico e in altri ambiti nei quali il termine è utilizzato con diverse accezioni.

In Svizzera, come in altri pae-

si, la valutazione dell'utente a domicilio è di competenza infermieristica e prevede l'uso di uno strumento standardizzato, l'InterRAI-HOMECARE, che esplora in modo dettagliato le diverse dimensioni dei bisogni sanitari dell'utente nel suo contesto domiciliare.

Tuttavia, questo strumento non permette di individuare e di conseguenza stratificare gruppi di malati complessi secondo una metodologia Kaiser Permanente.

La persona malata complessa richiede una maggiore quantità di risorse, e con l'invecchiamento progressivo della popolazione e un aumento delle malattie croniche, ci si aspetta

nel prossimo futuro un aumento del numero di pazienti complessi a domicilio.

Questa situazione avrà impatto sulle famiglie, i curanti, l'organizzazione sanitaria e i costi sanitari. L'indagine sulla complessità nell'ambito delle cure domiciliari è fondamentale sia per gli infermieri che lavorano sul territorio che per l'organizzazione sanitaria, in vista dell'aumento previsto nel futuro. In letteratura ci sono numerose risorse disponibili che possono concorrere a fornire un quadro di riferimento sullo stato dell'arte, per gli infermieri che intendono implementare le cure a domicilio secondo un approccio per complessità.

■ BACKGROUND

La situazione e l'evoluzione demografica attesa (ISTAT, 2021) giustificano l'interesse per indagare la complessità. La piramide dell'età della popolazione (Population Mondo, 2023) ha assunto nel corso degli ultimi anni sempre più una forma ad "urna", sinonimo di una bassa natalità e di una marcata presenza di persone anziane. L'innalzamento dell'età media della popolazione si associa ad una maggiore vulnerabilità, polimorbilità e cronicità, che hanno un effetto anche sulla presa a carico al domicilio. I dati disponibili (Ufficio federale di statistica, UST, 2023) evidenziano che nel corso degli anni la quota di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione è costantemente aumentata.

pllessita' al centro degli interessi dei clinici, dei ricercatori e dei responsabili della politica sanitaria.

L'attenzione alla tematica è rivolta non solo verso una sua definizione e quantificazione, ad esempio studiando modelli di rimborso specifici, ma anche allo scopo di approfondire aspetti di pratica clinica, per migliorare la qualità dell'esperienza dei pazienti (Schaink et al., 2012).

A livello organizzativo l'interesse per questa tematica è motivato innanzitutto dal fatto che il malato complesso è ad alto assorbimento di risorse (Hochman & Asch, 2016; Salisbury et al., 2011; Fleishman & Cohen, 2010; Conwell & Cohen, 2005). Risulta inoltre che una relativamente piccola percentuale di pazienti definiti complessi, assorbe una grossa percentuale di risorse disponibili (Shah et al., 2017).

L'evoluzione demografica lascia presagire ad un aumento del numero dei malati complessi al domicilio. I dati disponibili relativi alla popolazione, al suo stato di salute e ai servizi di assistenza e cura a domicilio nazionali, mettono in evidenza che l'invecchiamento progressivo e un aumento del numero di

individui che soffrono di malattie croniche impattano e a maggior ragione lo faranno per gli anni futuri, sulle famiglie, sui curanti, sull'organizzazione sanitaria e sui costi sanitari (UST, 2022). Dai 75 anni la metà della popolazione soffre

di problemi di salute di lunga durata (UST, 2023).

Con l'avanzamento dell'età le persone soffrono spesso non solo di una, ma di più patologie contemporaneamente; tra cinquantenni questo fenomeno si attesta al 10%, mentre tra gli ottantenni supera il 30% (Ufficio Federale Sanità Pubblica, UFSP, 2016). I servizi di assistenza e cura al domicilio garantiscono prestazioni di cura ed assistenza ad ogni persona che si trova in difficoltà a causa di malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà sociofamigliari. Le prestazioni erogate da questi servizi possono essere temporanee o durature, preventive o riabilitative e sono erogate presso la dimora abituale dell'utente con lo scopo favorirne la permanenza al domicilio. Esse includono le cure medico-terapeutiche, le cure di base, gli aiuti di economia domestica, la consulenza igienico, sanitaria e sociale, l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio e l'educazione e la prevenzione sanitaria.

L'offerta di cure e assistenza a domicilio erogata da Servizi di interesse pubblico in Svizzera, è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari dei malati. La valutazione infermieristica, in Svizzera, contesto in cui si rende necessaria questa revisione della letteratura, prende in considerazione i bisogni assistenziali, le risorse e i desideri del paziente stesso e si attua con la compilazione di un formulario standardizzato (InterRAI-HC), e con l'allestimento di un piano di cure personalizzato.

Le importanti sfide attuali in campo assistenziale, dettate principalmente da dimissioni ospedaliere precoci, dai costi sanitari sempre crescenti delle cure e dall'evoluzione demografica della popolazione, hanno portato il tema della com-



Il modello di raccolta dei dati è strutturato in sezioni, ciascuna delle quali contiene un certo numero di item, con definizioni e categorie uniformi relative alla dimensione specifica indagata.

Lo strumento di valutazione InterRAI-HC è uno strumento valutativo che permette la raccolta di dati, che costituisce la base per molteplici applicazioni quali: strumenti di supporto alle decisioni cliniche, sistemi di classificazione case-mix, miglioramento della qualità, misure di monitoraggio e algoritmi di screening per individuare gruppi prioritari o identificare il rischio relativo di esiti avversi.

La mancanza di una definizione condivisa di complessità tra gli attori coinvolti nel processo di cura, tuttavia, costituisce un ostacolo importante nella sua interpretazione e misurazione (Guarinoni et al., 2015; Guarinoni et al., 2014; Schaink et al., 2012).

La finalità di questo articolo è di rendere disponibile una rassegna sul concetto di complessità del paziente, nel setting assistenziale domiciliare.

■ OBIETTIVI DELLA REVISIONE NARRATIVA

I quesiti che hanno guidato la definizione della problematica da indagare sono stati:

- Come si definisce in concetto di complessità del paziente a domicilio?
- Quali sono gli strumenti di misurazione della complessità del paziente a domicilio?

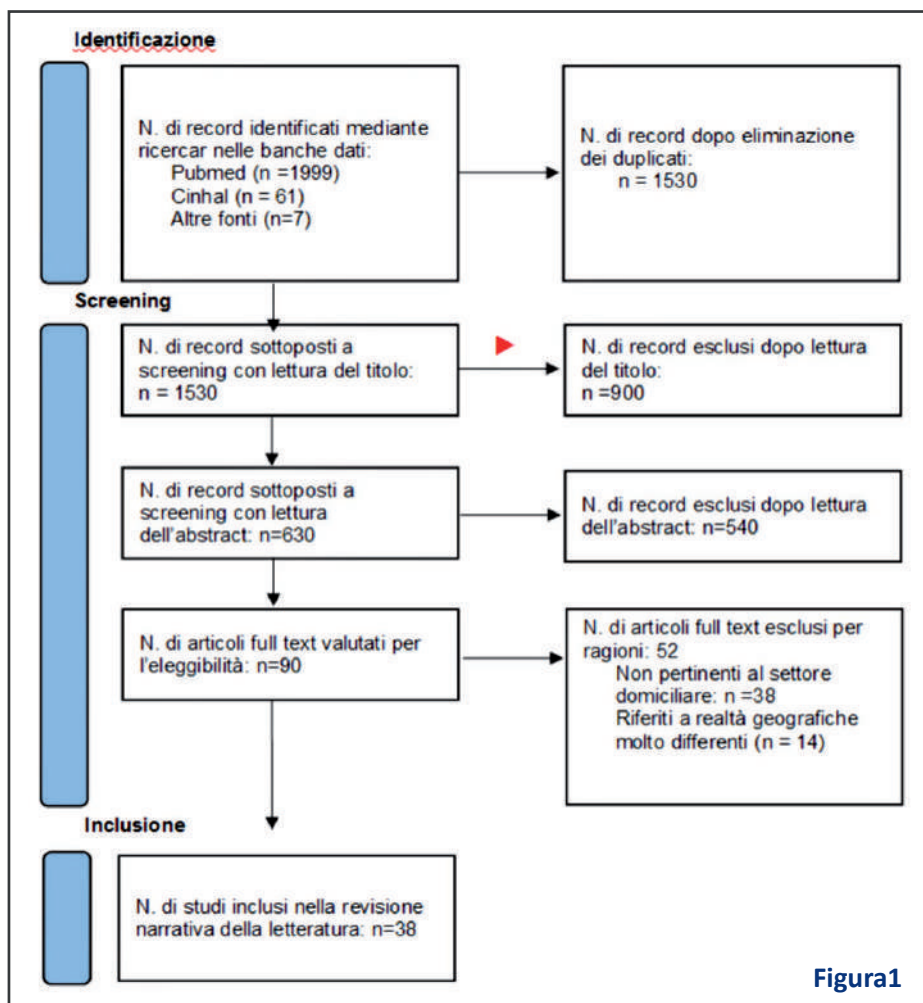


Figura1

- Quale definizione di complessità viene data dagli operatori sanitari (medici ed infermieri).

- ▶ *Patient complexity model AND primary care NOT hospital.*

■ METODOLOGIA

Per condurre il presente lavoro è stato seguito il processo indicato da Saiani, Brugnolli (2010).

Sono state consultate le Banche dati PubMed, CINHAL, Cochrane. Le keyword utilizzate ai fini della ricerca nelle banche dati, sono state incrociate con gli operatori booleani e rappresentate dalla composizione delle seguenti stringhe di ricerca, consultando risorse open access:

- ▶ *Complex patient definition AND home care.*

Sono stati utilizzati i limiti per la ricerca inerenti lingua inglese, francese, tedesca e italiano, l'anno di pubblicazione dal 2005 al 2020, e l'età adulta. Per la selezione delle risorse da inserire nella revisione è stato utilizzato il diagramma Prisma (2009). La prima scelta degli articoli è stata svolta leggendo il titolo; successivamente gli articoli/studi che presentavano elementi rilevanti nel titolo, sono stati selezionati per una lettura dell'abstract. In ultimo sono stati selezionati per una lettura full-text gli articoli ritenuti pertinenti dopo lettura dell'abstract (Figura1).



■ RISULTATI

Con l'applicazione delle stringhe di ricerca sopra esposte sono stati ottenuti i seguenti articoli: in Pubmed '999, in Cinhal 61 e nella banca dati Cochrane non sono stati trovati articoli. Dal totale degli articoli ottenuti, ne sono stati selezionati 38, applicando i criteri di maggior pertinenza e trasferibilità al setting domiciliare, riportati in Figura 1.

Lo sviluppo della tematica della complessità nel settore sanitario è datato alla fine degli anni '50 in corrispondenza della formulazione dei primi strumenti per la valutazione dei carichi di lavoro (John Hopkins Method 1970; Rhys Hearn Method, 1970; New York Method 1953),

allo scopo di definire il fabbisogno di infermieri di ogni reparto ospedaliero (Guarineri et al., 2015).

L'introduzione della scala "Cumulative Illness Rating Scale" nel 1968 rappresenta il primo riscontro che la compresenza di più malattie nello stesso soggetto, richiede particolare attenzione e valutazione specifica (Manning & Gagnon, 2017). La scala ideata da Linn et al. (1968) fornisce una prima cornice concettuale della multimorbilità come risultato di una equazione addittiva (Manning & Gagnon, 2017). Negli anni successivi si assiste ad una proliferazione di termini rispetto alla definizione di complessità relativa al paziente, partendo dal termine "comorbilità" a cui

seguirono: "multimorbilità", "polipatologia" ed altri ancora (Manning & Gagnon, 2017). La letteratura sulla tematica del paziente complesso riporta che la multimorbilità è il concetto più indagato (Schaink et al., 2012). È interessante notare che la stessa multimorbilità è difficile da definire e misurare a causa delle molteplici variazioni nella sua definizione e studio, in termini di numero e tipologia di malattie, contesto ed aspetti demografici (Schaink et al., 2012). L'avvento della teoria della complessità fornisce in seguito un importante contributo all'evoluzione del concetto della complessità, che va oltre gli approcci tradizionali di tipo riduzionistico e risolutivo ("reduce & resolve") applicati fino a

quel momento sia nella pratica clinica che a livello organizzativo (Plsek & Greenhalgh, 2001). Il paziente che prima era considerato come un singolo soggetto affetto da una patologia che necessita di un trattamento, viene inserito all'interno di un sistema costituito da vari elementi, quali la pratica clinica, l'organizzazione, la gestione delle informazioni, la ricerca e la formazione, interconnesse tra di loro da relazioni non lineari e poco predicibili (Plsek & Greenhalgh, 2001).

Gli stessi autori evidenziano che nei sistemi complessi l'imprevedibilità e il paradosso siano sempre presenti e alcuni elementi rimangano in ogni caso difficili da conoscere (Plsek & Greenhalgh, 2001). Si assiste pertanto ad un cambio di paradigma caratterizzato dallo spostamento del focus sulle patologie del paziente, ad una visione in cui la persona opera all'interno di una gamma diversificata e complessa di relazioni sociali e ambientali (Manning & Gagnon, 2017). Peek (2014) rafforza questo concetto definendo la complessità come ciò che si percepisce quando non si ha a disposizione un algoritmo per quello che si ha davanti, dato che un algoritmo viene utilizzato per la misurazione di una malattia e non di un paziente inteso come persona. Inoltre la complessità del paziente determina una presa a carico spesso fuori dagli standard abituali, ed emerge in situazioni di cura in cui le linee guida disponibili non sono applicabili "tout court" (Peek et al., 2009; de Jonge et al., 2006).

La complessità, indipendentemente dalla sua sorgente, determina spesso la necessità di includere nel piano di cura una negoziazione con il paziente, relativamente agli obiettivi da raggiungere e gli interventi di cura (Safford et al., 2007). Da un lato quindi si evidenzia la difficoltà di identificare e caratterizzare il paziente complesso a causa della poca chiarezza sulla sua definizione, e dall'altro emerge l'intento e la necessità di riuscire a misurarla per poterne quantificarne gli effetti sia da un punto di vista clinico, che di costi.

L'analisi di concetto, come evidenziato da Kramer (1993), assume particolare rilevanza, dato che è centrale per lo sviluppo di una teoria; in altri termini l'obiettivo è di comprendere come le parole generino delle cose. Il raggiungimento di una maggiore chiarezza concettuale è inoltre necessario sia per facilitare la comunicazione tra i vari attori del processo di cura, sia per la definizione di obiettivi comuni (Manning & Gagnon, 2017). Da uno studio qualitativo su come medici di medicina generale concettualizzino la complessità del paziente emerge che essi la definiscono come un concetto multidimensionale che incorpora la malattia somatica, mentale, problematiche di tipo socioeconomico e/o comportamenti od attributi che rendono difficile e complicata la cura delle malattie croniche (Loeb et al., 2015). La complessità viene percepita dai medici nelle situazioni di cura in cui non è possibile implementare le linee guida disponibili e quando il pazien-

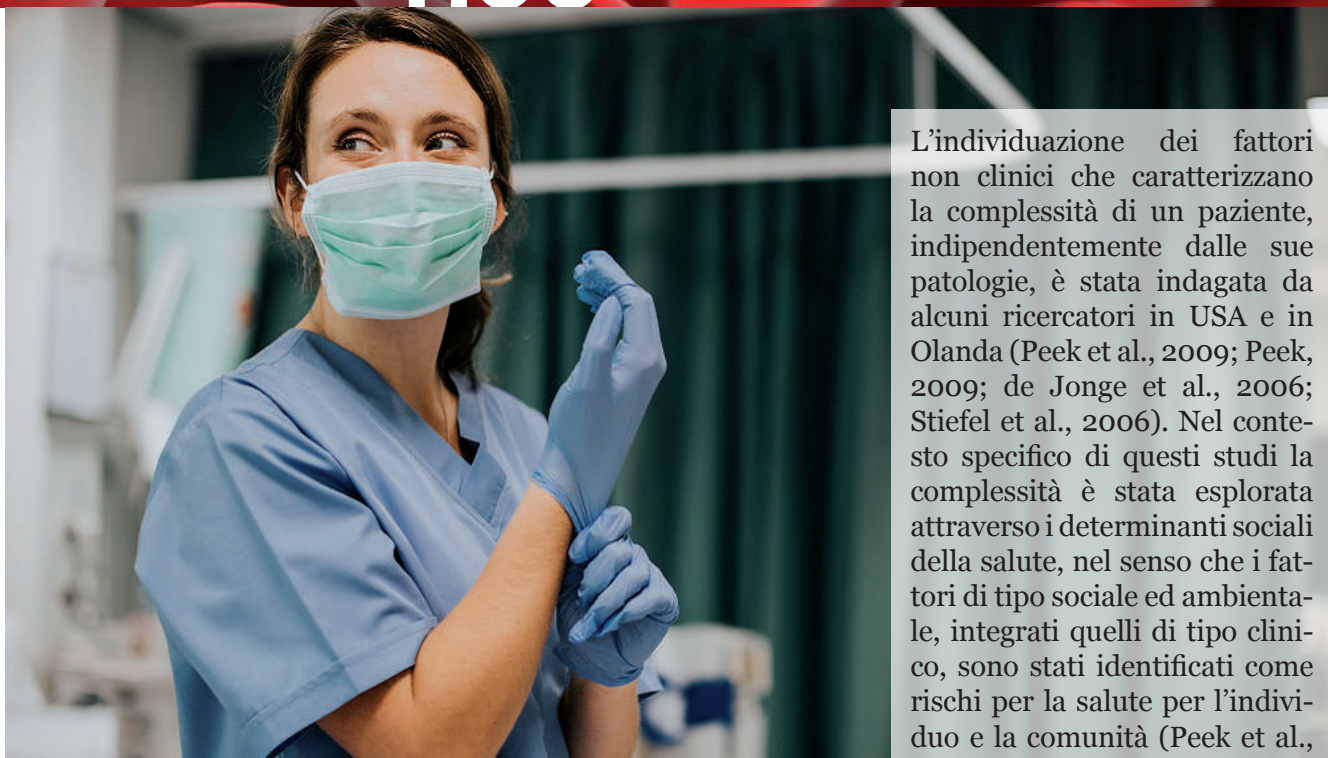
te porta il medico a pensare a lui "all'esterno della sala visite" (Loeb et al., 2015; Peek et al., 2009). I risultati di uno studio condotto da Guarinoni e colleghi (2015) evidenziano che gli infermieri ospedalieri identificano la complessità assistenziale come un set di fattori eterogenei, che includono il paziente caratterizzato da multidimensionalità, i compiti relativi al ruolo assistenziale e l'organizzazione nella quale essi operano.

Lo studio descrive che in un assistito sono presenti sia bisogni oggettivi che possono essere misurati, sia degli elementi difficili da descrivere e quantificare, quali l'unicità dell'esperienza soggettiva di malattia, che si crea in relazione alla propria cultura, emozioni, desideri e significati che il singolo attribuisce alla vita, al dolore e alla morte (Guarinoni et al., 2015). È interessante rilevare che gli infermieri ed i medici ritengano che il concetto di complessità sia strettamente correlato al carico di lavoro, in cui il fattore tempo gioca un ruolo cruciale: il tempo viene vissuto come un nemico contro cui combattere perchè viene considerata una risorsa limitata (Upshur, 2016; Porter, 2015; Guarinoni et al., 2015; Grant et al., 2011). Nello studio di Weydt (2009) si rileva che nell'infermieristica, la complessità può essere considerata una proprietà di particolari ruoli organizzativi, definita come complessità lavorativa. Un recente studio nel contesto di cure acute ospedaliere in Svizzera sulla complessità assistenziale relativa al paziente, riporta risultati ambivalenti per

quanto riguarda il modo in cui gli infermieri intervistati sperimentano le situazioni complesse (Kentischer et al., 2018). Le condizioni del contesto e le caratteristiche personali degli infermieri assumono un ruolo chiave nella percezione della complessità che viene vissuta pertanto o come sfida positiva o come un carico difficile da gestire (Kentischer et al., 2018). Webster e colleghi in un recente studio pubblicato nel 2019 partono dal presupposto che sia necessario studiare maggiormente i processi di cura che sono necessari nel trattamento pazienti complessi. In effetti i ricercatori sulla tematica della complessità si sono maggiormente concentrati sulla sua definizione basandosi principalmente sull'utilizzo di dati che identifichino quali pazienti sperimentino il più alto numero di comorbidità, e su quelli ad alto assorbimento di risorse (Webster et al., 2019). Il concetto stesso di complessità del paziente non si associa facilmente a quanto possa essere difficile prendersi cura di un dato paziente e per questo motivo lo studio, attraverso un metodo di ricerca etnografico, indaga come i fornitori di cure primarie, quali medici ed infermieri, definiscano, incontrino e gestiscano pazienti complessi, specialmente quelli affetti da dolore cronico (Webster et al., 2019). La particolarità di questo studio è di essere fondato sulla pratica clinica dell'assistenza dei pazienti definiti complessi, andando oltre le descrizioni narrative generali della complessità (Webster et al., 2019).

I risultati della ricerca indicano che gli operatori sanitari definiscono la complessità del paziente non tanto legata al numero di patologie di cui è affetto, ma quanto allo status socio-economico (Webster et al., 2019). Problematiche quali la povertà, i traumi, disturbi di salute mentale sono considerate delle difficili sfide per gli operatori sanitari, in parte perché gli interventi necessari superano l'ambito della loro esperienza medica, e allo stesso tempo le problematiche di tipo sociale complicano il trattamento di problemi di tipo medico (Webster et al., 2019). Anche Grant et al. (2011) hanno evidenziato in studi meno recenti, che i pazienti ritenuti complessi, avevano maggiori probabilità di risiedere in aree a basso reddito, avere basso grado di scolarizzazione e necessitare di trattamenti di supporto psichiatrico. Inoltre, gli stessi ricercatori hanno rilevato che tra i pazienti più giovani, i pazienti ritenuti complessi avevano maggiori probabilità di essere donne, essere membri di una minoranza etnica, aver avuto un test delle urine positivo per uso di droghe o alcol, aver avuto una diagnosi di alcolismo o epatite C (Grant et al., 2011). Le differenze nelle definizioni del paziente complesso riflettono dei presupposti concettuali diversi e questo mette in risalto l'importanza di considerare le prospettive e gli scopi che ci si pone nel momento in cui si sceglie un modello che illustra e descrive la complessità (Loeb et al., 2015). La letteratura mette a disposizione svariati

modelli concettuali e strumenti che descrivono il paziente complesso (Shukor et al., 2019; Busnel et al., 2018; Grembowski et al., 2014; Pratt, et al., 2014; Schaink et al., 2012; Shippee, et al., 2012; Kannampallil et al., 2011; Peek et al., 2009; Hirdes et al., 2008; Lobo et al., 2008; Safford et al., 2007; de Jonge et al., 2001a). La revisione tematica sulla complessità del paziente condotta da Schaink et al. (2012) propone un modello di complessità utile ad identificare gli elementi rilevanti del paziente affetto da malattie croniche, partendo dal presupposto che questa categoria di pazienti costituisce l'apice del triangolo del diagramma Kaiser Permanente, che rappresenta l'1-5% dei pazienti cronici complessi identificati dal modello di Kaiser. Tali fattori descrittivi la complessità del paziente sono: la condizione clinica e fisica; lo stato di salute mentale; le caratteristiche demografiche; il capitale sociale e il vissuto esperienziale di salute e sociale (Schaink et al., 2012). Si denota che la complessità del sistema paziente non deriva solo da una serie di fattori ma anche dalle interrelazioni tra le varie componenti caratterizzate da comportamenti non lineari e difficilmente scomponibili (Kannampallil et al., 2011). Gli stessi autori riportano che per poter studiare un sistema complesso ci si debba concentrare sul giusto livello di descrizione, identificando la granularità appropriata e le giunzioni tra le componenti funzionali, una volta identificati i singoli elementi (Kannampallil et al.,



L'individuazione dei fattori non clinici che caratterizzano la complessità di un paziente, indipendentemente dalle sue patologie, è stata indagata da alcuni ricercatori in USA e in Olanda (Peek et al., 2009; Peek, 2009; de Jonge et al., 2006; Stiefel et al., 2006). Nel contesto specifico di questi studi la complessità è stata esplorata attraverso i determinanti sociali della salute, nel senso che i fattori di tipo sociale ed ambientale, integrati quelli di tipo clinico, sono stati identificati come rischi per la salute per l'individuo e la comunità (Peek et al.,

2009; Safford et al., 2007). Su questa linea di ricerca Safford e colleghi (2007), hanno sviluppato un modello vettoriale della complessità che ritrae e descrive le interazioni tra le forze di tipo biologico, socioeconomico, culturale, ambientale e comportamentale identificate come determinanti di salute, descritte in un sistema di vettori in cui la congruenza tra paziente, medico e sistema sanitario è essenziale per una presa a carico efficace e centrata sul paziente (Safford et al., 2007). Nel modello vettoriale ogni determinante è rappresentato da un vettore che influenza la direzione e la grandezza della complessità di un paziente (Safford et al., 2007). Un limite all'utilizzo di questo modello è l'applicazione del calcolo vettoriale matematico per determinanti di salute, privi di connotazione matematica (Shaink et al., 2012). Gli ulteriori strumenti individuati in letteratura per la misurazione della complessità in termini biopsicosociali sono quattro (vedi Tabella n.1).

2011; Goldenfeld & Kadanoff, 1999). Il modello sviluppato dal Multiple Chronic Conditions Research Network per sintetizzare i contenuti rilevanti sulla presa a carico dei pazienti affetti da patologie croniche multiple, definisce la complessità come un gap tra i bisogni dei pazienti ed i servizi disponibili (Grembowski et al., 2014).

Il modello evidenzia la necessità di adattamento del sistema sanitario ai bisogni dinamici del paziente e si focalizza sia sulla qualità dell'outcome clinico ma anche sull'esperienza e la qualità di vita del paziente (Grembowski et al., 2014). Il modello è stato testato nel contesto della progressione dell'obesità tra i pazienti complessi e nella realizzazione di una struttura mobile di cura come ponte tra una visita medica e la successiva per la popolazione sottoservita (Grembowski et al. 2014). Shippee e colleghi (2012) sono invece partiti da una definizione di complessità del paziente che include ed

integra i fattori clinici e sociali che si accumulano ed interagiscono tra di loro e rendono pertanto un paziente complesso. Essi sviluppano un modello di complessità cumulativa al centro del quale è presente un meccanismo centrale, interno al paziente, che regola l'equilibrio tra il carico dei bisogni e la capacità del paziente stesso di gestire tali bisogni (Shippee et al., 2012). Il carico dei bisogni viene studiato in termini di impatto degli stessi, intesi come bisogni di cura e di self care, sul tempo e sull'energia che il paziente possiede (Shippee et al., 2012). La capacità riguarda invece l'abilità di gestire il carico attraverso l'attivazione di risorse sociali e di literacy (Shippee et al., 2012). È interessante rilevare che il focus dei ricercatori è principalmente concentrato sul paziente e sui suoi attributi clinici (diagnosi e patologie) e non clinici, che interferiscono nella presa a carico e nel raggiungimento degli obiettivi di cura attesi.

Tabella n.1 Tabella Strumenti di indagine sulla Complessità assistenziale a domicilio

INTERMED (de Jonge et al., 2001)	MCAM (Peek et al., 2009)	MPAM (Pratt et al., 2015)	COMID (Busnel et al., 2018)
<p>L'obiettivo di INTERMED è quello di fornire una valutazione rapida, ma completa, di una situazione individuale finalizzata alle cure mediche che supporta la pianificazione del caso individuale.</p> <p>Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Accerta la complessità di un caso clinico, operazionalizzando il modello biopsicosociale; ▶ Permette di identificare le peculiarità che rappresentano un ostacolo alla cura ▶ Permette di porre indicazione per una presa a carico multidisciplinare 	<p>La Mini-ICF-APP (MCAM) è uno strumento che si focalizza sull'“asse sociale/assistenziale” e ha lo scopo di integrare la valutazione per diagnosi e la complessità. Pone una maggiore enfasi sulla complessità sociale, evitando così di essere una semplice scala di malattia.</p>	<p>Il PCAM è uno strumento sistematico che aiuta a identificare i fattori che influenzano le condizioni dei pazienti. Fornisce un metodo per comprendere meglio le esigenze dei pazienti al di là delle loro condizioni mediche. L'approccio è orientato all'azione, con la sezione finale focalizzata sulle azioni da intraprendere per affrontare le esigenze e le questioni identificate nella valutazione. Inoltre, si concentra sul livello di coordinamento del servizio necessario per garantire che il paziente possa accedere ai rinvii in modo pratico.</p>	<p>Lo strumento di valutazione specifico della complessità multidimensionale per la pratica infermieristica a domicilio. Il COMID è compilato da un professionista esperto nella valutazione e che conosce bene la situazione dell'utente in seguito alla valutazione globale standardizzata (RAI-HC) e/o in preparazione di una riunione per la dimissione o di coordinamento interprofessionale. Nello specifico: è un aiuto decisionale per identificare gli elementi di complessità e non uno strumento per classificare la complessità.</p>

<p>Variabili:</p> <p>Biologiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cronicità (Storia della malattia) ▶ Dilemma diagnostico ▶ Gravità dei sintomi/ menomazione ▶ Problema diagnostico/ terapeutico ▶ Complicanze e minaccia per la vita <p>Psicologiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Barriere al coping ▶ Disfunzioni psichiche ▶ Reazioni ai trattamenti ▶ Sintomi psichiatrici ▶ Trattamenti psichiatrici <p>Sociali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lavoro, sostegno ▶ Disfunzioni sociali ▶ Instabilità residenziale ▶ Supporti sociali ▶ Vulnerabilità sociale <p>Sistema di cure:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Accesso alle cure ▶ Esperienze di trattamento ▶ Organizzazione delle cure ▶ Coordinamento delle cure ▶ Impedimenti all'accesso alle cure 	<p>Variabili cliniche (in uso)</p> <p>- Complessità medica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Quante malattie ▶ Quanto cronico ▶ Quanto grave ▶ Quanto è difficile da gestire ▶ Quanto sono impegnative le loro interazioni. <p>Variabili sociali (MCAM)</p> <p>Complessità non medica-</p> <p>Domini:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Malattia: livelli di menomazione e incertezza diagnostica ▶ Prontezza: angoscia, distrazione, disponibilità a impegnarsi ▶ Sociale: sicurezza sociale, sostegno e partecipazione ▶ Sistema sanitario: organizzazione dell'assistenza e delle relazioni ▶ Risorse per l'assistenza: linguaggio comune, assicurazione adeguata 	<p>Variabili:</p> <p>Salute e benessere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bisogni di salute fisica ▶ Problemi di salute fisica che incidono sul benessere mentale ▶ Lo stile di vita influisce sul benessere mentale ▶ Altre preoccupazioni sul benessere mentale <p>Contesto sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ambiente domestico: sicurezza e stabilità ▶ Attività quotidiane che incidono sul benessere ▶ Rete sociale ▶ Risorse finanziarie <p>Alfabetizzazione sanitaria e comunicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Comprensione della condizione di salute e di benessere ▶ Partecipare a discussioni sull'assistenza sanitaria. 	<p>Variabili:</p> <p>Stato di salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Malattie ▶ Dolore ▶ Polimedicazione ▶ Disturbi cognitivi <p>Fattori socio-economici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ difficoltà finanziarie ▶ assenza o esaurimento del familiare curante ▶ Isolamento sociale <p>Salute mentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Depressione ▶ Malattia psichiatrica dipendenza ▶ Ansietà o angoscia <p>Comportamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sollecitazioni ricorrenti ▶ Comunicazione ambivalente ▶ Aggressività ▶ Opposizione <p>Instabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Deterioramento dello stato di salute ▶ Modifica del grado d'indipendenza ▶ Modifica delle capacità cognitive <p>Attori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Numerosi servizi interessati ▶ Incoerenza terapeutica ▶ Problemi assicurativi ▶ Carico emotivo, o fisico
---	--	---	---

Individuale Tempo stimato 20 m'	Individuale, in team	Individuale, in team	Individuale, in team. Lo strumento può essere completato in pochi minuti (20') ed essere utilizzato periodicamente quando la situazione lo richiede.
		Azioni da intraprendere: Cure di routine; Attività di monitoraggio Pianificazione nuove azioni Attività in corso	Ogni voce deve essere compilata con «sì» o «no». Se c'è qualche esitazione o dubbio tra le risposte «sì» e «no», è preferibile dare risposta più alta al fine di identificare gli elementi che devono essere discussi dall'équipe di assistenza domiciliare e/o dalla rete interprofessionale, permettendo così la realizzazione di azioni specifiche e mirate.



Nel modello teorico, che scaturisce da diversi workshop ed incontri con panel di esperti nel settore (Delphi panel), vengono definiti i fattori che caratterizzano il livello meso della complessità, quali i fattori aggravanti legati al servizio di assistenza e cura a domicilio e al contesto familiare (familiari/parenti).

I workshops con i rappresentanti delle organizzazioni Spitemex svizzere e un Delphi panel, hanno permesso infatti di aggiungere degli elementi e di adattare il modello di complessità proposto, discutendo i punti ritenuti critici.

A livello macro i fattori che potrebbero generare complessità sono legati alla molteplicità dei servizi che ruotano attorno allo stesso caso, alle crescenti aspettative da parte degli uten-



ti/clienti, alla lontananza dei figli dal nucleo parentale. Nel dettaglio sono stati identificati sette fattori che caratterizzano la complessità a domicilio: fattori di salute somatica, fattori di salute psichiatrica, comportamento di vita quotidiana degli utenti, fattori socio-economici, instabilità clinica, fattori aggravanti legati al comportamento dei caregiver e fattori aggravanti legati al fornitore dei servizi.

■ CONCLUSIONI

I risultati della presente revisione narrativa della letteratura evidenziano che la complessità del paziente è un concetto su cui c'è ancora poca uniformità interpretativa e difficoltà di definizione. La complessità è caratterizzata da diversi elementi che interagiscono tra di loro in modo non lineare, a loro volta difficili da definire e misurare, nonostante i suoi effetti siano ben evidenti nella pratica clinica quotidiana. Dalla letteratura emerge una grande variabilità di studi e di ricerche, ciascuno dei quali si associa ad una specifica definizione di complessità, che a sua volta si basa su presupposti concettuali diversi. Ne deriva pertanto una certa eterogeneità di modelli teorici e strumenti che possono essere utilizzati per descrivere il paziente, nell'intento di riuscire a misurarne la complessità, per poterne quantificare i suoi effetti sia clinicamente, che da un punto di vista economico.

I diversi modelli concettuali che affrontano la complessità del paziente, delineano alcu-

ne sue caratteristiche definenti quali: polipatologia, status socio economico, condizione fisica e clinica, stato di salute mentale, caratteristiche demografiche, capitale sociale, vissuto di malattia e fattori legati all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Risulta rilevante, come affermato da Loeb e colleghi (2015), definire con precisione le prospettive e gli scopi che ci si pone, nel momento in cui si sceglie un modello che la illustri o la descriva. In funzione del contesto di cura, sarà quindi fondamentale l'individuazione del modello di complessità che si riferisca ad una definizione concettuale di complessità chiara e condivisa con i curanti e gli attori della rete.

La possibilità offerta da alcuni strumenti, COMID per citarne uno recente, di misurare la complessità dell'utente a domicilio, permette da un lato di avere una istantanea oggettiva della situazione e degli elementi su cui è prioritario intervenire e dall'altro di poter confrontarsi con altre realtà di cura.

Lo strumento COMID (Busnel et al., 2018), pensato per l'utilizzo da parte degli infermieri delle cure domiciliari, e progettato da un team di ricerca svizzero, potrebbe diventare in un prossimo futuro un valido aiuto per identificare l'u-

tente complesso a domicilio. Attualmente è stato sottoposto ad uno studio di validazione in lingua italiana in Canton Ticino (Levati et al., 2022). Si reputa interessante il fatto che, al di là dei modelli teorici che si sono sviluppati nel corso dei decenni, la concettualizzazione della complessità è percepita in modo molto eterogeneo tra i vari operatori sanitari. In modo particolare negli studi consultati che coinvolgono i medici di medicina generale, essa viene definita come un concetto multidimensionale che incorpora diversi aspetti della malattia e problematiche non prettamente sanitarie, quali la condizione socio-economica (Loeb et al., 2015). La percezione di complessità è documentata dai medici nei casi in cui le linee guida disponibili non risultano più sufficienti a fornire risposte valide al bisogno di cure del paziente (de Jonge et al., 2006; Peek et al., 2009; Peek, 2014). Gli infermieri invece descrivono la complessità come un insieme di fattori che includono le condizioni cliniche e socio-economiche del paziente, il carico di lavoro legato al ruolo, il contesto lavorativo stesso e persino le caratteristiche personali, che giocherebbero un ruolo importante sulla percezione di complessità (Kentischer et al., 2018; Upshur, 2016; Guarinoni et al., 2015; Porter, 2015; Grant et al., 2011).

È significativo notare che, nonostante la numerosità delle descrizioni narrative generali della complessità, essa sia ancora difficile da definire nella pratica clinica, sia medica che infermieristica.

Tabella analitica degli articoli inclusi nella revisione narrativa della letteratura sulla complessità nelle cure domiciliari

Riferimento bibliografico	Paese	Tipologia di studio	Obiettivi	Conclusioni
Brilleman, S.L. & Salisbury, C. (2013). Comparing measures of multimorbidity to predict outcomes in primary care: a cross sectional study. <i>Fam Prac</i> , 30(2), 172-8	UK	Cross sectional	Valutare la validità predittiva delle misure comunemente utilizzate di multimorbilità in relazione a un esito (mortalità) e ad una misura dell'utilizzo del servizio sanitario (tasso di consultazione).	Il numero di farmaci prescritti è la misura più potente per prevedere le consultazioni mediche e la seconda misura più potente per prevedere la mortalità.
Burger, J., Parker, K., Cason, L., Hauck, S., Kaetzel, D., O'Nan, C. & White, A. (2010). Responses to work complexity: the novice to expert effect. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 32(4), 497-510	USA	Comparativo descrittivo con raccolta dati quali-quantitativa	Lo scopo di questo studio era quello di esplorare le differenze tra come i principianti di livello avanzato, gli infermieri competenti e gli esperti attribuiscono le priorità nell'erogare assistenza ai pazienti e identificano i fattori che influenzano la ridefinizione delle priorità.	I temi individuati che differenziano i vari approcci sono stati: le strategie cognitive, la comunicazione, l'integrazione dei ruoli e la risposta all'ambiente di lavoro.
Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. <i>Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière</i> , 4, 116-123. doi: https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002	CH	Studio di accettabilità	Sviluppo di uno strumento di valutazione della complessità a domicilio, dedicato agli infermieri di cure domiciliari.	I risultati hanno mostrato che gli infermieri percepiscono lo strumento COMID come facile da usare, utile e rilevante per la pratica.
de Jonge, P. & Stiefel, F. (2003). Internal consistency of the INTERMED in patients with somatic diseases. <i>J Psychosom Res</i> , 54(5), 497-9	NL	Studio di coerenza interna	Studiare la coerenza interna dello strumento INTERMED al fine di valutare se la complessità dei casi, quale costruito unidimensionale viene misurata in modo affidabile con INTERMED.	I risultati dello studio hanno dimostrato dei sufficienti livelli di coerenza interna.

de Jonge, P., Latour, C. & Huyse, F.J. (2002). Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous population. <i>J Psychosom Res</i> , 52(1), 25-27	NL	Studio di affidabilità dell'INTERMED	Dimostrare l'affidabilità dello strumento INTERMED in una popolazione eterogenea con disturbi somatici.	È stato dimostrato un alto grado di accordo tra due esperti in un campione eterogeneo di pazienti. I due esperti hanno attribuito punteggi quasi identici ai pazienti e non si sono rilevate differenze sistematiche.
de Jonge, P., Huyse, F.J., Slaets, J.P., Söllner, W. & Stiefel, F.C. (2005). Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> , 39, 795-9	NL	Revisione e sintesi delle pubblicazioni degli autori	Descrivere l'INTERMED quale strumento per valutare la complessità dei casi biopsicosociali nell'assistenza sanitaria, e fornire una panoramica della sua valutazione psicometrica.	Il progetto INTERMED è rilevante per i vari agenti coinvolti nel processo di cura. Fornisce una base per un efficace trattamento multidisciplinare di pazienti con un'elevata complessità.
de Jonge, P., Huyse, F. & Stiefel, F. (2006). Case and care complexity in the medically ill. <i>Med Clin N Am</i> , 90, 679-692	NL		Trovare una corrispondenza ottimale tra caso clinico e complessità delle cure al fine di per ridurre gli esiti di cura non favorevoli in questo gruppo vulnerabile.	L'INTERMED, che può essere considerato il primo strumento empirico per collegare il caso e la complessità della cura, può aiutare a migliorare l'erogazione delle cure e i risultati del malato complesso.
Fleishman, J. & Cohen, J. (2010). Using information on clinical conditions to predict high-cost patients. <i>Health Services Research</i> , 45(2), 532-552	USA	Studio di regressione logistica	Confrontare la capacità dei diversi modelli di prevedere prospetticamente se un paziente dovrà sostenere elevate spese mediche.	Le informazioni sulle condizioni mediche del paziente hanno migliorato sostanzialmente la previsione di spese elevate oltre ad altri dati quale il sesso e l'età; il punteggio di rischio DCG è il miglior indice nella previsione. Il conteggio delle condizioni croniche, lo stato di salute autoriportato, e le limitazioni funzionali sono state significativamente associate a spese sanitarie elevate.
Goldenfeld, N. & Kadanoff, L. (1999). Simple lessons from complexity. <i>Science</i> , Vol 284, Issue 5411, 87-89. doi: 10.1126/science.284.5411.87	USA		Utilizzo delle regole della fisica per interpretare i sistemi complessi.	Ogni sistema complesso è diverso; non ci sono leggi generali per la complessità. Bisogna invece imparare le "lezioni" da ogni singolo sistema per capire se possano essere applicate ad un altro.

Goosen, W.T.F., Epping, P., Van den Heuvel, W.J.A., Feuth, T., Fredericks, C.M.A. & Hasman, A. (2000). Development of the Nursing Minimum data set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. <i>J Adv Nurs</i> , 31, 536547	NL	Multimethod, exploratory	Identificare le categorie e gli elementi da includere Identificare i NMDS per i Paesi Bassi.	Si è identificata una serie di NMDS. La validità di contenuto di questo set è in parte supportata dalla coerenza dei dati che emergono dalla letteratura, dalla pratica e il giudizio di potenziali utenti. Gli esiti di cura infermieristici necessitano di ulteriore sviluppo.
Grant, R., Ashburner, J., Hong, C., Chang, Y., Barry, M. & Atlas, S. (2011). Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. <i>Ann Intern Med</i> , 155:797-804	USA	Studio di coorte	Caratterizzare i pazienti complessi, in base a come vengono definiti dai loro medici di base (PCP) e confrontare questa definizione con altri algoritmi comunemente usati.	I medici di cure primarie hanno identificato circa un quarto dei loro pazienti come complesso. I fattori di quali la situazione clinica, sociale e comportamentale hanno contribuito alla definizione di complessità data dai PCP.
Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K., Fischer, H., Moore, S., Tai-Seale, M. et al. (2014). A conceptual model of the role of complexity of care of patients with multiple chronic conditions. <i>Medical Care</i> , 52 (3): 7-14	USA	Essay	Sintetizzare le questioni metodologiche ed altre rilevanti per la cura dei pazienti affetti da multiple patologie croniche (MCC), in un quadro teorico in grado di migliorare l'erogazione di cure e far avanzare la ricerca sulla cura dei pazienti con MCC.	Definizione della complessità in termini di disallineamento tra le esigenze e i servizi dei pazienti offre nuove informazioni su come ricercare e sviluppare soluzioni alle esigenze di cura del paziente MCC.
Guarinoni, M.G., Motta, P.C., Petrucci, C. & Lancia L. (2014). Complexity of care: a concept analysis. <i>Ann Ig</i> , 26, 226-236	IT	Analisi di concetto (come descritta da Beth Rodgers)	Analisi concettuale della complessità della cura.	Per quanto sia difficile definire la complessità delle cure, l'analisi afferma che la sua classificazione dovrebbe essere mirata a ridefinire l'organizzazione ospedaliera.
Guarinoni, M.G., Petrucci, C., Motta, P.C. & Lancia. (2015). The concept of care complexity: a qualitative study: <i>Journal of Public Health Research</i> , 4(3), 588	IT	Analisi qualitativa fenomenologica	Questo studio ha lo scopo di descrivere il significato della complessità dell'assistenza così come percepito dagli infermieri nella loro esperienza quotidiana di assistenza ospedaliera, riabilitativa, cura a domicilio e nell'organizzazione.	Sembra inopportuno parlare di misurazione della complessità dell'assistenza, in quanto questo concetto consiste anche in aspetti non del tutto quantificabili relativi alla persona curata. In questo senso, si dovrebbe invece fare riferimento alla valutazione della complessità dell'assistenza, che costituirebbe anche una migliore e più completa base per definire le competenze infermieristiche richieste nella pratica infermieristica.

<p>Haas, L.R., Takahashi, P.Y., Shah, N.D., Stroebel, R.J., Bernard, M.E., Finnie, D.M. & Naessens, J. (2013). Risk stratification methods for identifying patients for care coordination. <i>American Journal of Managed Care</i>, 19(9), 725732</p>	USA	Studio di coorte retrospettivo	Valutare la performance di diversi strumenti di stratificazione e di risk adjustment nel predire l'utilizzo dei servizi del sistema sanitario.	Anche se i modelli ACG in genere sono piu' performanti nel predire l'utilizzo del sistema sanitario, l'utilizzo di uno questi modelli di stratificazione aiuterà a implementare nella pratica in modo piu' efficiente il care coordination.
<p>Hirdes, J.P., Poss, J.W. & Curtin-Telegdi, N. (2008). The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. <i>BMC Med</i>, 26(6), 6-9. doi: 10.1186/1741-7015-6-9</p>	CAN	Studio quantitativo	Lo scopo dello studio è di sviluppare e convalidare una metodologia per attribuire le priorità all'accesso dei servizi sanitari di comunità.	L'algoritmo MAPLe fornisce uno strumento di supporto alle decisioni cliniche ed è psicometricamente valido.
<p>Hochman, M. & Asch, S. (2016). Disruptive models in primary care: caring for high-needs, high-cost populations. <i>J Gen Intern Med</i>, 32(4), 392-7. doi: 10.1007/s11606-016-3945-2</p>	USA	Essay	Offrire una vignetta clinica che evidenzia le sfide della cura delle popolazioni HNHC, descrivendo due categorie di approcci basati sull'assistenza primaria per la gestione delle popolazioni di HNHC: gestione di casi complessi e cliniche specializzate incentrate sui pazienti HNHC.	Sebbene i programmi di gestione dei casi complessi possano essere incorporati o sovrapposti al sistema di assistenza primaria tradizionale, tali sforzi spesso non riescono a coinvolgere i medici di cure primarie, i pazienti stessi ed i benefici comprovati sono stati modesti ad oggi.
<p>Hoogervorst, E. L., de Jonge, P., Jelles, B., Huyse, F. J., Heeres, I., van der Ploeg, H. M., Uitdehaag, B. M., & Polman, C. H. (2003). The INTERMED: a screening instrument to identify multiple sclerosis patients in need of multidisciplinary treatment. <i>Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry</i>, 74(1), 20-24. https://doi.org/10.1136/jnnp.74.1.20</p>	NL	Studio di correlazione	Analizzare la correlazione tra l'INTERMED, strumento di screening per valutare la complessità dei casi, rispetto alla scala di stato della disabilità espansa (EDSS) e alla scala di disabilità neurologica del ragazzo (GNDS) per identificare i pazienti affetti da sclerosi multipla (SM) che necessitano di un trattamento multidisciplinare.	I risultati di questo studio mostrano che vi è un valore aggiuntivo dell'INTERMED rispetto all'EDSS e al GNDS nell'identificare i pazienti affetti da SM che necessitano di un trattamento multidisciplinare. I domini INTERMED mostrano l'area della vulnerabilità e delle esigenze di cura del paziente: in particolare i domini psicologici e sociali di INTERMED possono guidare il clinico ad affrontare problemi specifici che complicano l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

<p>Huntley, A.L., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J.M. & Salisbury. (2012). Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. <i>Ann Fam Med</i>, 10(2), 134-141</p>	<p>UK</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Gli obiettivi di questa revisione sono di identificare le misure di multimorbilità e il peso della morbilità che possano essere adatti per l'uso nella ricerca nell'assistenza primaria e di comunità e di indagare la loro validità.</p>	<p>Le misure più comunemente utilizzate nelle cure primarie e territoriali sono il conteggio del numero di patologie, l'indice Charlson, il sistema ACG, il CIRS, il CDS e Dusoi, Diverse misure risultano appropriate in funzione dell'esito che si desidera raggiungere.</p>
<p>Kannampallil, T.G., Schauer, G.F., Cohen, T. & Patel, V.L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. <i>J Biomed Inform</i>, 44: 943-7</p>	<p>USA</p>	<p>Overview</p>	<p>Sviluppo di approcci di ricerca per lo studio di ambienti sanitari complessi.</p>	<p>I sistemi complessi possono essere tipicamente considerati scomponibili in componenti funzionalmente più piccoli e le relazioni tra di esse, basate su considerazioni teoriche, razionali e pratiche.</p>
<p>Kentischer, F., Klein-knecht-Dolf, M., Spirig, R., Frei, I.A. & Huber, E. (2018). Patient-related complexity of care: a challenge or overwhelming burden for nurses – a qualitative study. <i>Scand J Caring Science</i>, 32, 204-212</p>	<p>CH</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Lo scopo di questo studio è di comprendere meglio come gli infermieri sperimentano le cure infermieristiche complesse negli ospedali svizzeri di assistenza acuta.</p>	<p>Gli infermieri sono ambivalenti per quanto riguarda il modo in cui vivono complesse situazioni di assistenza infermieristica. Le condizioni contestuali e le caratteristiche personali degli infermieri influenzano le percezioni degli infermieri nelle situazioni di assistenza infermieristica, che possono essere viste pertanto come sfide positive o un peso difficile da sopportare.</p>
<p>Lobo, M., Rabanaue, M., de Jonge, P., Barcones, M., Cazcarra, M.A., Huyse, F.J. & Lobo, A. (2008). Complexity prediction instrument to detect 'complex cases' in respiratory wards: instrument development. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 64(1), 96-103</p>	<p>Spagna/ NL</p>	<p>Studio di coorte prospettico</p>	<p>Questo documento è un rapporto di uno studio per testare l'ipotesi che la versione spagnola dello strumento di previsione della complessità è una misura affidabile e valida della complessità dei pazienti con malattie respiratorie e per identificare la frequenza degli indicatori di potenziale complessità.</p>	<p>Lo strumento di previsione della complessità è affidabile e valido nell'area clinica delle malattie respiratorie. Può essere utilizzato dagli infermieri per la previsione precoce della complessità delle cure.</p>

<p>Loeb, D., Binswager, I., Candrian, C. & Bayliss, E. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. <i>Ann Fam Med</i>, 13, 451-455</p>	<p>USA</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Descrivere come i medici di medicina generale concettualizzano la complessità del paziente per proporre nuovi modelli di presa a carico di pazienti complessi.</p>	<p>I 15 medici di questo studio hanno condiviso la definizione che la complessità del paziente sia un concetto multidimensionale. I medici hanno percepito i pazienti come complessi se presentavano un fattore di esacerbazione – quale una malattia somatica, mentale, una problematica socioeconomica o un comportamento o tratto (o qualche combinazione di esso) – che rendeva complicata la cura.</p>
<p>Manning, E. & Gagnon, M. (2017). The complex patient: a concept clarification. <i>Nursing and Health Sciences</i>, 19, 13-21</p>	<p>CAN</p>	<p>Analisi concettuale</p>	<p>Studiare l'evoluzione cronologica di questo concetto e dei suoi termini surrogati, vale a dire "comorbilità", "multimorbilità", "polipatologia", "doppia diagnosi" e "molteplici condizioni croniche".</p>	<p>Questo documento delinea gli aspetti convergenti e divergenti su come gli operatori sanitari concettualizzino la definizione di paziente complesso.</p>
<p>Peek, C.J. (2009). Integrating care for persons, not only diseases. <i>J Clin Psychol Med Settings</i>, 6, 13 –20</p>	<p>USA</p>	<p>Revisione narrativa</p>	<p>Introdurre a una serie di concetti per la valutazione della complessità del paziente oltre a fornire una panoramica su un metodo e uno strumento in fase di sviluppo che si possa utilizzare nell'assistenza primaria.</p>	<p>La complessità viene definita come un'interferenza con la presa a carico standard e, quando rilevata, va valutata con un assessment complementare e una presa a carico specifica. A questo punto del suo sviluppo, il Minnesota Complexity Assessment Method fornisce un insieme organizzato di concetti testati sul campo.</p>
<p>Peek, C.J., Baird, M.A. & Coleman, E. (2009). Primary care for patient complexity, not only disease. <i>Fam Syst Health</i>, 27(4), 287-302</p>	<p>USA</p>	<p>Revisione narrativa</p>	<p>Favorire che i medici che collaborano nella cura dei pazienti complessi nelle case della salute, possano includere nella cura delle azioni orientate e centrate sulla persona, rispetto a focalizzarsi unicamente sulla malattia.</p>	<p>L'assistenza integrata con l'insieme alle relazioni che ne deriva, non è orientata solo alle condizioni di salute somatica o mentale, ma per le persone quali individui inseriti in un preciso contesto sociale che influisce sulla salute, sui risultati sanitari, sull'esperienza del paziente e sull'accessibilità economica delle cure.</p>

<p>Petrillo, L. A., & Ritchie, C. S. (2016). The challenges of symptom management for patients with multimorbidity in research and practice: a thematic review. <i>Progress in palliative care</i>, 24(5), 262–267. https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1192320</p>	USA	Analisi tematica	Dimostrare come le raccomandazioni dell'AGS possano essere adattate alla situazione di gestione dei sintomi nei pazienti con multimorbilità.	Il prendersi del tempo per studiare gli obiettivi e le preferenze del paziente, informandolo della sua prognosi se lo desidera, sono aspetti particolarmente importanti nella gestione dei sintomi con pazienti con multimorbilità. Un'altra chiave è la collaborazione con i membri multidisciplinari del team, tra cui farmacisti, infermieri, e altri fornitori ausiliari per creare un piano di assistenza completo che sia sicuro e che soddisfi le esigenze dinamiche dei pazienti con multimorbilità.
<p>Plsek, P. & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. <i>BMJ</i> (Vol 323), 625-8</p>	USA	Studio esplorativo	<p>La nuova disciplina dei sistemi complessi adattativi può fornire nuove metafore che possono aiutarci nell'affrontare meglio la complessità nel contesto sanitario.</p>	Vengono proposti nuovi approcci alle questioni nella pratica clinica, nella leadership organizzativa e nell'istruzione. In questo articolo introduttivo sono proposti alcuni principi base per la comprensione dei sistemi complessi.
<p>Pratt, R., Hibberd, C., Cameron, I. & Maxwell, M. (2015). The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. <i>Journal of Comorbidity</i>, 5, 110-119</p>	USA	Mixed methods	Esaminare: (i) l'utilizzo dello strumento PCAM, nella valutazione della complessità del paziente relativamente alle dimensioni biopsicosociali della salute, nel contesto dell'assistenza primaria in Scozia; l'impatto del PCAM sui modelli di riferimento e sul suo valore percepito; e (ii) l'applicabilità percepita del PCAM per l'uso in una popolazione di pazienti.	Il PCAM rappresenta un approccio fattibile per la valutazione delle esigenze dei pazienti, in considerazione delle dimensioni sociali della salute e consente ai professionisti di indirizzare i pazienti a una gamma più ampia di servizi per affrontare meglio gli aspetti di complessità del paziente

<p>Quail, J.M., Lix, L.M., Osman, B.A. & Teare, G.F. (2011). Comparing comorbidity measurements for predicting mortality and hospitalization in three population-based cohorts. BMC Health Serv Res,11, 146</p>	CAN	Studio di coorte	Questa ricerca ha esaminato la capacità predittiva di cinque misure di comorbilità in tre coorti di popolazioni differenti.	La misura ottimale della comorbilità dipende dall'outcome sulla salute e non dalle caratteristiche della malattia della popolazione studiata.
<p>Safford, M.M., Allison, J.J. & Kiefe, C.I. (2007). Patient complexity : more than comorbidity. The Vector Model of Complexity. J Gen Intern Med, 22(Suppl 3), 382-390</p>	UK	Studio esplorativo	Questo studio mira (1) a proporre un approccio concettuale ai pazienti complessi; 2) dimostrare come questo approccio promuove il raggiungimento della congruenza tra paziente e fornitore di prestazione sanitaria, che caratterizza un passo fondamentale nello sviluppo di piani di trattamento efficaci; e (3) esaminare la disponibilità di prove per guidare decisioni di compromesso/negoziazione con il paziente e di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria per pazienti complessi.	Raggiungere la congruenza tra paziente, medico e il sistema sanitario è essenziale per un'assistenza efficace e incentrata sul paziente; richiede la valutazione di tutti gli assi del modello vettoriale e, spesso, richiede decisioni di compromesso per sviluppare un piano di trattamento su misura. Le linee guida basate sull'evidenza raramente forniscono indicazioni per le decisioni di compromesso e negoziazione con il paziente. Gli indicatori di qualità spesso escludono i pazienti complessi e non sono progettati esplicitamente per valutare la loro assistenza sanitaria nel complesso.
<p>Schönenberger, N., Sottas, B., Merlo, C., Essig, S., & Gysin, S. (2020). Patients' experiences with the advanced practice nurses role in Swiss family practice: a qualitative study. BMC Nursing, 19: 90. Disponibile da: https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-020-00482-2 , ultimo accesso 14.10.2020</p>	CH	Studio qualitativo (Analisi tematica)	Esplorare le esperienze del ruolo di APN nel contesto della medicina di famiglia in Svizzera.	I pazienti apprezzano le competenze delle APN, anche se essi stessi non conoscono bene il loro ruolo. La fiducia nel medico curante sembra essere il fattore più importante per l'instaurazione di un atteggiamento di apertura dei pazienti nei confronti delle APN. Nel complesso, i pazienti hanno percepito un valore aggiunto dovuto all'allargamento del campo di applicazione della pratica offerto dalle APN. La prospettiva del paziente potrebbe fornire preziose informazioni per un'ulteriore implementazione del ruolo APN nella medicina di famiglia in Svizzera.

<p>Schaink, A., Kuluski, K., Lyons, R., Fortin, M., Jadad, A., Upshur, R. & Wodchis, W. (2012). A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. <i>Journal of Comorbidity</i>, 2, 1-9</p>	CAN	Scoping Review	L'obiettivo dello studio è di contribuire al miglioramento della comprensione della complessità, effettuando una revisione strutturata delle descrizioni della complessità della letteratura.	Viene fornita una panoramica delle condizioni croniche complesse e di ciò che è noto sulla complessità e vengono descritte le variazioni nel modo in cui il concetto è inteso. Si è sviluppato un quadro di complessità per una guida nella comprensione della complessità del paziente. È fondamentale utilizzare concettualizzazioni comuni della complessità per migliorare la qualità degli interventi erogati e i risultati nei pazienti con condizioni croniche complesse.
<p>Shippee, N., Shah, N., May, C., Mair, F. & Montori, V. (2012). Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. <i>Journal of Clinical Epidemiology</i>, 65: 1041-1051</p>	USA	Revisione narrativa	Progettare un modello funzionale e incentrato sul paziente complesso, che sia applicabile pratica nella progettazione analitica e nella pratica clinica.	Con i suoi componenti ampiamente supportati dalla letteratura esistente, il modello ha implicazioni per la progettazione analitica, epidemiologia e pratica clinica.
<p>Shukor, A.R., Joe, R., Sinclairian, G., Klazinga, N. & Kringos, D.S. (2019). A multi-sourced data analytics approach to measuring and assessing biopsychosocial complexity: The Vancouver Community Analytics Tool Complexity Module (VCAT-CM). <i>Community Mental Health Journal</i>, 55(8), 1326-1343. doi: 10.1007/s10597-019-00417-5</p>	CAN	Studio qualitativo	Questo articolo descrive la concettualizzazione, la progettazione e lo sviluppo di un nuovo strumento di software (il modulo VCAT-Complexity) in grado di calcolare e segnalare in tempo reale profili di complessità biopsicosociali orientati alla persona, utilizzando più fonti di dati.	Sono discussi i risultati e la validità di facciata degli score output di complessità generati dal software, oltre alle loro implicazioni pratiche nello sviluppo di una rete di assistenza primaria all'interno della Vancouver Coastal Health, un'autorità sanitaria regionale canadese.
<p>Upshur, R. (2016). Understanding clinical complexity the hard way. A primary care journey. <i>Healthcare Quarterly</i>, 19(2):2428</p>	USA	Essay	Focus dell'autore sulla complessità per quello che riguarda l'assemblaggio e la gestione del paziente complesso nel contesto delle cure primarie.	

<p>Webster, F., Rice, K., Bhattacharyya, O., Katz, J., Oosenburg, E., Upshur, R. (2019). The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary setting. <i>International Journal for Equity in Health</i>,18:107</p>	<p>CAN</p>	<p>Analisi qualitativa etnografica</p>	<p>Indagare su come i fornitori di cure primarie definiscono, incontrano e gestiscono pazienti complessi, in particolare quelli con dolore cronico</p>	<p>La definizione della complessità del paziente come morbidità da sola è inadeguata; tali modelli trascurano sindromi e condizioni che non sono incluse nelle classificazioni formali delle malattie. Il dolore cronico deve essere incluso tra le condizioni che sono considerate multimorbidità. Al fine di fornire un'assistenza efficace incentrata sul paziente, le discussioni relative alla complessità del paziente devono anche occuparsi delle complesse circostanze sociali ed economiche in cui vivono molti pazienti.</p>
<p>Yurkovich, M., Avina-Zubieta, J.A., Thomas, J., Gorenchtein, M. & Laclaille, D. (2015). A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative data. <i>J Clin Epidemiol</i>, 68(1), 3-14</p>	<p>CAN</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Condurre una revisione sistematica degli studi che riportano lo sviluppo o la convalida di indici di comorbidità utilizzando dati sanitari amministrativi e confrontare la loro capacità di prevedere i risultati relativi alla comorbidità</p>	<p>Sono disponibili una serie di indici di comorbidità validi, derivati da dati amministrativi. La selezione di un indice appropriato dovrebbe tenere conto del tipo di dati disponibili, della popolazione di studio e dei risultati specifici di interesse.</p>



■ BIBLIOGRAFIA

- Brilleman, S.L. & Salisbury, C. (2013). Comparing measures of multimorbidity to predict outcomes in primary care: a cross sectional study. *Fam Prac*, 30(2), 172-8
- Burger, J., Parker, K., Cason, L., Hauck, S., Kaetzel, D., O'Nan, C. & White, A. (2010). Responses to work complexity: the novice to expert effect. *Western Journal of Nursing Research*, 32(4), 497-510
- Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123. doi: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>
- Busnel, C., Bridier-Bollore, A., Marjollet, L., Perrier-Gros-Claude, O., Santini, M., Prandi, C. 2022. La complessità dell'assistenza a domicilio: guida per i professionisti che operano nel settore dell'assistenza e della cura a domicilio. Carouge, Manno: imad & SUPSIDOI: <https://doi.org/10.26039/cp8mpw08> consultabile https://www.imad-ge.ch/wp-content/uploads/2022/05/RD_GUIDE_italien_complexite_web.pdf ultimo accesso-2-8-2023
- Conwell, L. & Cohen, J. (2005). Characteristics of persons with high medical expenditures in the U.S. civilian noninstitutionalized population, 2002. Agency for Health Research and Quality. Disponibile da: https://meps.ahrq.gov/data_files/publications/st73/stat73.shtml, ultimo accesso 20.10.19
- de Jonge, P. & Stiefel, F. (2003). Internal consistency of the INTERMED in patients with somatic diseases. *J Psychosom Res*, 54(5), 497-9
- de Jonge, P., Huyse, F.J., Slaets, J.P.J., Herzog, T., Lobo, A., Lyons J. et al. (2001b). Care complexity in the general hospital: results from a European study. *Psychosomatics*, 42(3), 204-212
- de Jonge, P., Huyse, F. & Stiefel, F. (2006). Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin N Am*, 90, 679-692
- de Jonge, P., Huyse, F., Stiefel, F., Slaets, J. & Gans, R. (2001a). INTERMED-A clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics*, 42(2): 106-9
- de Jonge, P., Huyse, F.J., Slaets, J.P., Söllner, W. & Stiefel, F.C. (2005). Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, 795-9
- de Jonge, P., Latour, C. & Huyse, F.J. (2002). Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous population. *J Psychosom Res*, 52(1), 25-27
- Fleishman, J. & Cohen, J. (2010). Using information on clinical conditions to predict high-cost patients. *Health Services Research*, 45(2), 532-552
- Goldenfeld, N. & Kadanoff, L. (1999). Simple lessons from complexity. *Science*, Vol 284, Issue 5411, 87-89. doi: 10.1126/science.284.5411.87
- Goosen, W.T.F., Epping, P., Van den Heuvel, W.J.A., Feuth, T., Fredericks, C.M.A. & Hasman, A. (2000). Development of the Nursing Minimum data set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. *J Adv Nurs*, 31, 536-547
- Grant, R., Ashburner, J., Hong, C., Chang, Y., Barry, M. & Atlas, S. (2011). Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Ann Intern Med*, 155:797-804
- Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K., Fischer, H., Moore, S., Tai-Seale, M. et al. (2014). A conceptual model of the role of complexity of care of patients with multiple chronic conditions. *Medical Care*, 52 (3): 7-14
- Guarinoni, M.G., Motta, P.C., Petrucci, C. & Lancia L. (2014). Complexity of care: a concept analysis. *Ann Ig*, 26, 226-236
- Guarinoni, M.G., Petrucci, C., Motta, P.C. & Lancia. (2015). The concept of care complexity: a qualitative study: *Journal of Public Health Research*, 4(3), 588
- Haas, L.R., Takahashi, P.Y., Shah, N.D., Stroebel, R.J., Bernard, M.E., Finnie, D.M. & Naessens, J. (2013). Risk stratification methods for identifying patients for care coordination. *American Journal of Managed Care*, 19(9), 725732
- Hirdes, J.P., Poss, J.W. & Curtin-Telegdi, N. (2008). The Method for Assigning

- Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Med*, 26(6), 6-9. doi: 10.1186/1741-7015-6-9
- Hochman, M. & Asch, S. (2016). Disruptive models in primary care: caring for high-needs, high-cost populations. *J Gen Intern Med*, 32(4), 392-7. doi: 10.1007/s11606-016-3945-2
 - Hoogervorst, E. L., de Jonge, P., Jelles, B., Huyse, F. J., Heeres, I., van der Ploeg, H. M., Uitdehaag, B. M., & Polman, C. H. (2003). The INTERMED: a screening instrument to identify multiple sclerosis patients in need of multidisciplinary treatment. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 74(1), 20-24. <https://doi.org/10.1136/jnnp.74.1.20>
 - Huntley, A.L., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J.M. & Salisbury. (2012). Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. *Ann Fam Med*, 10(2), 134-141
 - ISTAT. (2021). La Demografia dell'Europa. Disponibile in https://www.istat.it/demografiadelleuropa/img/pdf/Demograhya-Interactive-Publication-2021_it.pdf?lang=en Consultazione 24-7-2023
 - Kannampallil, T.G., Schauer, G.F., Cohen, T. & Patel, V.L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *J Biomed Inform*, 44: 943-7
 - Kentischer, F., Kleinknecht-Dolf, M., Spirig, R., Frei, I.A. & Huber, E. (2018). Patient-related complexity of care: a challenge or overwhelming burden for nurses – a qualitative study. *Scand J Caring Science*, 32, 204-212
 - Kramer, M. (1993). Concept clarification and critical thinking: integrated processes. *J Nurs Educ*, 32 (9), 406-414
 - Linn, B., Linn, M., & Gurel, L. (1968). Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*, 16, 622-626
 - Levati, S., Prandi, C., Bonetti, L. & Bianchi, M. (2022) La complessità dell'assistenza domiciliare: studio di validazione e fattibilità di implementazione dello strumento COMID in Canton Ticino. *NEU*, 4, 2022. Disponibile <https://www.anin.it/Riviste.aspx> consultazione 25-7-2023
 - Lobo, M., Rabanaue, M., de Jonge, P., Barcones, M., Cazcarra, M.A., Huyse, F.J. & Lobo, A. (2008). Complexity prediction instrument to detect 'complex cases' in respiratory wards: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 96-103
 - Loeb, D., Binswager, I., Candrian, C. & Bayliss, E. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*, 13, 451-455
 - Manning, E. & Gagnon, M. (2017). The complex patient: a concept clarification. *Nursing and Health Sciences*, 19, 13-21
 - Meier, F., Maurer, M., Koblner, I., & Koppitz, A. (2019). Entwicklung der Komplexität von Spitexleistungen und ihre Abbildung in Vergütungssystem-Resultate der Vorstudie.
 - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
 - Peek, C.J. (2009). Integrating care for persons, not only diseases. *J Clin Psychol Med Settings*, 6, 13 -20
 - Peek, C.J. (2014). Complexity tools: sorting out patient needs. Paper presented at the COMPASS Consortium Webinar Institute for Clinical Systems Improvement on July 14th, 2014. Disponibile da: http://www.icsi.org/wpcontent/uploads/2019/01/CJPeek072014_COMPASSComplexityPresentation.pdf, ultimo accesso il 15.12.19
 - Peek, C.J., Baird, M.A. & Coleman, E. (2009). Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health*, 27(4), 287-302
 - Petrillo, L. A., & Ritchie, C. S. (2016). The challenges of symptom management for patients with multimorbidity in research and practice: a thematic review. *Progress in palliative care*, 24(5), 262-267. <https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1192320>
 - Plsek, P. & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ* (Vol 323), 625-8
 - Population Mondo. (2023). Disponibile <https://www.populationpyramid.net/it/mondo/2060/> consultazione 24-7-2023

- Porter, S. (2015). How would you describe a “complex” patient?. Disponibile da: <https://www.aafp.org/news/practice-professionalism/20150918patientcomplexity.html>, ultimo accesso il 1.12.19
- Pratt, R., Hibberd, C., Cameron, I. & Maxwell, M. (2015). The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. *Journal of Comorbidity*, 5, 110-119
- Quail, J.M., Lix, L.M., Osman, B.A. & Teare, G.F. (2011). Comparing comorbidity measurements for predicting mortality and hospitalization in three population-based cohorts. *BMC Health Serv Res*, 11, 146
- Safford, M.M., Allison, J.J. & Kiefe, C.I. (2007). Patient complexity : more than comorbidity. *The Vector Model of Complexity*. *J Gen Intern Med*, 22(Suppl 3), 382-390
- Saiani, L. Brugnolli, A. (2010). Come scrivere una revisione della letteratura. <https://medtriennialiao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf> consultazione 24-7-2023
- Salisbury, J., Johnson, L., Purdy, S., Valderas, J.M. & Montgomery A.A. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*, 61(582), 12-21
- Schaink, A., Kuluski, K., Lyons, R., Fortin, M., Jadad, A., Upshur, R. & Wodchis, W. (2012). A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. *Journal of Comorbidity*, 2, 1-9
- Schönenberger, N., Sottas, B., Merlo, C., Essig, S., & Gysin, S. (2020). Patients’ experiences with the advanced practice nurses role in Swiss family practice: a qualitative study. *BMC Nursing*, 19: 90. Disponibile da: <https://bmc-nurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-020-00482-2> , ultimo accesso 24-7-23
- Shah, N., Davis, A., Gould, M. & Kanter, M. (2017). Predictive analytics to determine next year’s highest-cost patients. *NEJM Catalyst*. Disponibile da: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0542>, ultimo accesso 24-7-23
- Shippee, N., Shah, N., May, C., Mair, F. & Montori, V. (2012). Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65: 1041-1051
- Shukor, A.R., Joe, R., Sinclair, G., Klazinga, N. & Kringos, D.S. (2019). A multi-sourced data analytics approach to measuring and assessing biopsychosocial complexity: The Vancouver Community Analytics Tool Complexity Module (VCAT-CM). *Community Mental Health Journal*, 55(8), 1326-1343. doi: 10.1007/s10597-019-00417-5
- Stiefel, F., Huyse, F., Wolner, W., Slaets, J., Lyons, J., Latour, C., et al. (2006). Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Integrated Care for the Complex Medically Ill*. *Medical Clinics of North America* (Vol. 90, issue 4). Philadelphia: Elsevier.
- Ufficio di statistica del Cantone Ticino (USTAT). (2019). 14 SALUTE. Panoramica del tema. Bellinzona: USTAT
- Ufficio di statistica del Cantone Ticino (USTAT). (2022). 01 POPOLAZIONE. Panoramica del tema. Bellinzona: USTAT
- Ufficio federale di sanità pubblica, UFSP. (2016). Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017-2024 (Strategia MNT), versione breve. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- Ufficio federale di statistica. (2023). *Salute. Statistica tassabile 2023*. Neuchatel: UST
- Upshur, R. (2016). Understanding clinical complexity the hard way. A primary care journey. *Healthcare Quarterly*, 19(2):24-28
- Webster, F., Rice, K., Bhattacharyya, O., Katz, J., Oosenburg, E., Upshur, R. (2019). The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary setting. *International Journal for Equity in Health*, 18:107
- Yurkovich, M., Avina-Zubieta, J.A., Thomas, J., Gorenchtein, M. & Laclaille, D. (2015). A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative data. *J Clin Epidemiol*, 68(1), 3-14.

FRANCESCA CIARPELLA

Infermiera, U.O.C. Radiodiagnostica, A.S.T. Fermo

ARIANNA MANCINI

Funzione Organizzativa
U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
A.S.T. Fermo

STEFANO MARCELLI

Direttore Attività Didattiche Professionalizzanti
CdL Infermieristica - A.S.T. Ascoli Piceno

RENATO ROCCHI

Direttore - UOC Servizio Professioni Sanitarie
A.S.T. Fermo

TANIA MICONI - Bed Manager - A.S.T. Fermo

ANGELA SOCCIO - Infermiera - UOC Day

Surgery - A.S.T. Ascoli Piceno

CHIARA GATTI

Coordinatrice Infermieristica - SOD Cardiocirurgia
e Cardiologia Pediatrica e Congenita UTIP - AOU
delle Marche - chiara.gatti2019@gmail.com
(Corresponding Author)

DISTURBI PSICHICI STRESS-CORRELATI DURANTE LA COV-PANDEMIA

UNO STUDIO CROSS-SECTIONAL TRA I PROFESSIONISTI DI UN PRONTO SOCCORSO

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Nella prima ondata pandemica da Sars-Cov2 gli operatori sanitari di tutte le professioni si sono trovati a vivere grandi sfide per far fronte all'emergenza. L'obiettivo dello studio è indagare le potenziali risposte allo stress psicologico valutando la presenza di disturbi psichici quali stress, depressione, ansia, insonnia e burnout oltre che il livello di resilienza nei professionisti sanitari operanti in Pronto Soccorso durante la prima ondata pandemica da Sars-Cov2.

MATERIALI E METODI

Il setting dello studio è il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero "A. Murri" di Fermo. Sono state utilizzate le seguenti scale di valutazione: Perceived Stress Scale per lo stress percepito, Beck Inventory Scale per la depressione, Hamilton Anxiety Rating Scale per l'ansia, Insomnia Severity Index per l'insonnia, Maslach Burnout Inventory Scale per il burnout e Connor-Davidson Resilience Scale per la resilienza.

È stata eseguita un'analisi descrittiva dei risultati mediante il calcolo degli score relativi alle risposte ai singoli item.

RISULTATI

Da un'analisi dei dati complessiva emerge che tra i disturbi psichici analizzati vi è maggiormente la presenza di stress, ansia e burnout sebbene i professionisti abbiano mostrato un livello medio-alto di resilienza.

DISCUSSIONI

I dati emersi dallo studio potrebbero essere influenzati dall'inaspettata emergenza sanitaria, dalla difficoltosa gestione di essa, dalla carenza iniziale di DPI, dall'intensificazione dei turni di lavoro, dalla paura di infettare se stessi e gli altri e dal quotidiano contatto con la morte. Tuttavia, sebbene il campione sia esiguo, la buona capacità di resilienza ha permesso agli operatori di adattarsi rapidamente al contesto dinamico socio-sanitario.

CONCLUSIONI

Un'importante esposizione dei professionisti a disturbi psichici stress-correlati dovrebbe orientare le strategie aziendali a percorsi formativi ad hoc e all'organizzazione di servizi di supporto psicologico, organizzativo ed online come la tele-salute mentale, la piattaforma online ed i servizi telefonici per fornire un supporto di assistenza.

PAROLE CHIAVE

Salute dei Professionisti Sanitari, Stress Psicologico, Disagio Psicologico, Disturbi Mentali.

ABSTRACT

INTRODUCTION

In the first pandemic wave from Sars-Cov2, healthcare workers of all professions found themselves experiencing great challenges in coping with the emergency. The aim of the study is to investigate the potential responses to psychological stress by assessing the presence of psychic disorders such as stress, depression, anxiety, insomnia and burnout as well as the level of resilience in healthcare professionals working in the Emergency Department during the first Sars- Cov2.

METHODS

The setting of the study is the Emergency Department of the "A. Murri" of Fermo. The following rating scales were used: Perceived Stress Scale for perceived stress, Beck Inventory Scale for depression, Hamilton Anxiety Rating Scale for anxiety, Insomnia Severity Index for insomnia, Maslach Burnout Inventory Scale for burnout, and Connor -Davidson Resilience Scale for resilience. A descriptive analysis of the results was performed by calculating the scores relating to the answers to the single items.

RESULTS

An analysis of the overall data shows that among the psychic disorders analyzed there

is a greater presence of stress, anxiety and burnout although the professionals showed a medium-high level of resilience.

DISCUSSIONS

The data emerging from the study could be influenced by the unexpected health emergency, the difficult management of it, the initial shortage of DPI, the intensification of work shifts, the fear of infecting oneself and others and the daily contact with the death. However, although the sample is small, the good resilience has allowed operators to adapt quickly to the dynamic social-health context.

CONCLUSIONS

An important exposure of professionals to stress-related mental disorders should guide company strategies towards ad hoc training courses and the organization of psychological, organizational and online support services such as mental tele-health, the online platform and telephone services to provide assistance support.

KEY WORDS

Health of Healthcare Professionals, Psychological Stress, Psychological Disorder, Mental Disorders.

INTRODUZIONE

Nel contesto internazionale e nazionale, la letteratura consultata mostra come l'esordio dell'emergenza pandemica da Sars-Cov2, nel 2020, abbia esposto quotidianamente i professionisti della salute a potenziale contatto diretto con il virus, a notevoli fattori di stress e rischi correlati, non solo per la salute fisica ma anche mentale. (Petzold et al., 2020)

Le Aziende Sanitarie hanno dovuto sostenere sforzi significativi che si sono concentrati sull'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale (DPI), sull'implementazione di letti di terapia intensiva ed attrezzature mediche, mentre meno attenzione si è rivolta alla salute

psicologica degli operatori esposti a sofferenza, morte e minacce alla propria sicurezza. Tali condizioni hanno generato alti livelli di paura ed ansia a breve termine e hanno messo gli individui a rischio di sindromi da stress correlato, disturbi di salute mentale subclinici e burnout professionale a lungo termine. (Albott et al., 2020; Shanafelt et al., 2020) Oltre a ciò, sono emersi anche fattori di stress specifici, come l'imprevedibilità di casi giornalieri, la gestione degli utenti e dei familiari in situazioni d'emergenza, l'aumento del flusso di pazienti critici, l'incremento della responsabilità decisionale, gli alti tassi di mortalità, gli aggiornamenti costanti delle procedure ospedaliere, la formazione continua, l'isolamento per il rischio di contaminazione, la paura della

quarantena ed i pregressi disturbi psichiatrici. (Carmassi et al., 2020)

La letteratura ha mostrato un'esposizione significativa a stress, angoscia, depressione, ansia, insonnia e preoccupazione per la propria sicurezza. Inoltre, il genere femminile ed il personale infermieristico sono risultati maggiormente soggetti a tali manifestazioni. (Spoorthy et al., 2020) A tal proposito, gli infermieri in prima linea, in particolare nei setting di Area Critica, potrebbero essere a più alto rischio di esiti negativi sulla salute mentale in seguito alla pandemia. (De Kock et al., 2021) Dati gli esiti del Covid-19 sull'impatto psicologico, proteggere gli operatori sanitari dagli effetti avversi è fondamentale.

L'obiettivo dello studio è indagare le potenziali reazioni allo stress psicologico valutando la presenza di disturbi psichici conseguenti quali depressione, ansia, insonnia e burnout, oltre che il livello di resilienza nei professionisti sanitari operanti in Pronto Soccorso (P.S.) durante la prima ondata pandemica da Sars-Cov2.

■ MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

È stato condotto uno studio quantitativo osservazionale trasversale arruolando un campione di ricerca composto dal personale infermieristico (n.46), medico (n.30), operatore socio sanitario O.S.S. (n.12) ed ausiliario A.S.S.A. (n.2) operante presso l'U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza del Presidio Ospedaliero Murri di Fermo, ASUR Marche AV4 (dal 2023 AST Fermo). Nel periodo tra ottobre e novembre 2021, previa autorizzazione della Direzione Medica Ospedaliera e della Direzione delle Professione Sanitarie, è stato distribuito, attraverso un modulo di lavoro elettronico del servizio di storage Google Drive, un questionario multidimensionale in forma anonima (**allegato 1**)¹. Tale modulo è stato inviato ad ogni partecipante utilizzando l'indirizzo di posta elettronica aziendale. L'adesione allo studio era su base volontaria e la protezione dei dati personali è stata garantita mediante l'accettazione del modulo on-line di consenso informato. Tutti i dati sono stati raccolti utilizzando

il software Microsoft Excel. Tale questionario è stato introdotto da una sintetica spiegazione della ricerca fenomenologica specificando la tempistica di compilazione pari a circa 15-20 minuti e lasciando una finestra temporale di 3 settimane. Le risposte inviate erano accessibili ai soli autori dell'articolo.



Costruzione del Questionario

Il questionario è costituito da una prima parte socio-demografica, volta ad indagare 8 variabili: età, genere, stato civile, ruolo professionale, titolo di studio, esperienza lavorativa in pronto soccorso (>10 anni, 5-10 anni, <5 anni), anni di servizio nella categoria di appartenenza (>10 anni, 5-10 anni, <5 anni) e rapporto di lavoro (tempo determinato o indeterminato).

A questa, segue una seconda sezione composta dalle versioni italiane delle seguenti scale di valutazione: *Perceived Stress Scale* per lo stress (Cohen et al., 1983; Cohen et al., 1988), *Beck Depression Inventory Scale* per la depressione (Beck et al., 1961), *Hamilton Anxiety Rating Scale* per l'ansia (Hamilton, 1959; Maier et al., 1988; Borkovec et al., 1993), *Insomnia Severity Index* per l'insonnia (Morin et al., 2011; Castrovano et al., 2016), *Maslach Burnout Inventory Scale* articolata in esaurimento emotivo, depersonalizzazione e gratificazione personale per il burnout (Sirigatti et al., 1988) e *Connor-Davidson Resilience Scale* per la resilienza (Calcari et al., 2011).

Tali scale di valutazione sono standardizzate nelle versioni originali inglesi e per il loro utilizzo sono state tradotte in italiano avvalendosi di madrelingua inglese così da avere una "relativa e

¹ allegato 1: vedi documento dopo la bibliografia.

parziale validazione” e verificare la concordanza. La Perceived Stress Scale (PSS, I edizione) è costituita da 10 item con scala Likert a cinque valori: mai (0), quasi mai (1), a volte (2), abbastanza spesso (3), molto spesso (4). Il punteggio totale è nel range 0-40. Più il valore è alto, maggiore è il livello di stress.

La *Beck Depression Inventory Scale* (BDI - II edizione 2015) è una scala self-report che si compone di 21 item con 4 risposte ciascuna ed un punteggio associato da 0 a 3. Essa rileva atteggiamenti e sintomi caratteristici della depressione. Un alto risultato è indice di grave stato depressivo.

L'*Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A) è composta da 14 punti, permette di misurare sia l'ansia psichica che l'ansia somatica ed è costituita da scala Likert a cinque valori: non presente (0), leggero (1), moderato (2), grave (3) e molto grave (4). Il punteggio totale è nel range 0-56. Più il valore è alto, maggiore è il livello di ansia.

L'*Insomnia Severity Index* (ISI) valuta la natura, la gravità e l'impatto dell'insonnia attraverso 7 voci e mediante scala Likert a cinque punti: assente (0), lieve (1), media (2), grave (3), molto grave (4). Lo score è compreso tra 0 e 28. Maggiore è il punteggio, maggiore è la severità.

La *Maslach Burnout Inventory* (MBI), elaborata da Maslach e Jackson nel 1981 e validata in italiano nel 1988, è un questionario multidimensionale che affronta tre campi della professionalità (esaurimento emotivo, depersonalizzazione e gratificazione personale).

Essa è costituita da 22 item in base ai quali si definisce la frequenza e l'intensità con cui si manifestano sintomi, effetti e stati emotivi correlati al lavoro. Ognuno di loro ha sette gradi di risposta su scala Likert: mai (0), qualche volta (1), una volta al mese (2), qualche volta al mese (3), una volta alla settimana (4), diverse volte alla settimana (5), tutti i giorni (6). Il risultato viene suddiviso nei rispettivi tre campi di indagine.

La *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) è costituita da 25 item espressi secondo una scala Likert a cinque valori corrispondenti a: non vero in alcun caso (0), raramente vero (1), talvolta vero (2), spesso vero (3), quasi sempre vero (4). Il risultato totale è compreso tra 0-100, il punteggio maggiore riflette una maggiore resilienza.

Analisi dei dati

L'elaborazione dei dati è avvenuta con il supporto di Microsoft Excel. Per l'analisi della seconda sezione del questionario, le misure relative allo stress, depressione, ansia, insonnia, burnout e resilienza sono state calcolate ottenendo uno score individuale per ciascuna.

Nel dettaglio, riguardo la PSS lo score di riferimento è: da 0 a 13 livello basso di stress, da 14 a 26 livello medio, da 27 a 40 livello alto.

La BDI si caratterizza come segue: <10 assenza di sintomi depressivi, tra 10 e 19 presenza di sintomi lievi, tra 20 e 29 sintomi medi e >30 sintomi gravi.

Nella HAM-A l'ansia viene valutata secondo tali valori: <17 lieve entità, da 18 a 24 moderata e >25 grave.

La ISI si compone del seguente punteggio: da 0 a 7 assenza, da 8 a 14 livello basso, da 15 a 21 livello medio e da 22 a 28 livello alto.



Nella MBI i livelli di burnout vengono definiti come segue:

- Esaurimento emotivo: livello basso con uno score da 0 a 17, moderato da 18 a 29 e alto ≥ 30 ;
- Depersonalizzazione: livello basso con un punteggio da 0 a 5, moderato da 6 a 11 e alto ≥ 12 ;
- Gratificazione personale: livello basso ≥ 40 , moderato da 34 a 39 e alto < 34 .

In merito all'ultima scala di valutazione riguardante la resilienza, non essendoci in letteratura un valore riconosciuto, poiché non esiste una chiara e netta attribuzione di questa, sono stati adottati per questo studio i valori di riferimento descritti nell'articolo "Presentazione di un modello di analisi della resilienza e applicazione in sala operatoria" pubblicato in Scenario (Calcari et al., 2011): score < 60 soggetto non resiliente, score 60-69 soggetto con sufficiente resilienza, score 70-79 soggetto con buona resilienza e score ≥ 80 : soggetto con ottima resilienza.

RISULTATI

È stato somministrato il questionario a 90 professionisti sanitari con un response rate pari al 52% (47 risposte).

Di seguito la stratificazione delle variabili socio-demografiche come definito in **Tabella 1**.

La seconda parte dello studio evidenzia che tra i disturbi psichici analizzati emerge maggiormente la presenza di stress, ansia e burnout sebbene i professionisti abbiano mostrato un livello medio-alto di resilienza (**Tabella 2**).

Nel dettaglio, stratificando le diverse variabili, si evince principalmente che la categoria degli "Over 40" manifesta più insonnia rispetto agli "Under 40" che d'altra parte mostrano livelli elevati di esaurimento emotivo, sebbene siano resilienti. Nella variabile di genere la categoria femminile risulta essere esposta ad insonnia e ad esaurimento emotivo in maggior misura rispetto ai maschi. Riguardo la variabile "stato civile" si evidenzia una maggior presenza di disturbi psichici quali depressione, ansia ed insonnia nella categoria dei fidanzati, mentre i single si manifestano all'unanime non gratificati personalmente ed i coniugati e/o conviventi si dichiarano più resilienti. Un'altra stratificazione della variabile "ruolo professionale" mostra che gli infermieri

presentano maggiormente sintomi di insonnia e depersonalizzazione, sebbene siano più resilienti, mentre i medici si sentono meno gratificati. Da un'analisi relativa alla variabile "titolo di studio" riguardante la professione infermieristica si sottolinea che i laureati in infermieristica (Laurea Triennale) dichiarano di avere livelli elevati di esaurimento emotivo, mentre il personale con Laurea Magistrale risultano avere maggiore resilienza. Per quanto riguarda la variabile "età lavorativa in P.S." i professionisti che lavorano da meno di 10 anni risultano essere esposti a depressione ed ansia in maggiore entità, gli operatori che hanno un'età lavorativa compresa tra 5 e 10 anni mostrano maggiori sintomi di insonnia, esaurimento emotivo e depersonalizzazione mentre presentano minore resilienza. Da un'ultima analisi riguardante gli "anni di servizio nella categoria di appartenenza", emerge

VARIABILI SOCIO-DEMOGRAFICHE		N*
ETÀ	> 50	16
	41-50	9
	30-40	16
	< 30	6
GENERE	Maschio	16
	Femmina	31
STATO CIVILE	Coniugato e/o convivente	30
	Fidanzato	7
	Single	10
RUOLO	Medico	14
	Infermiere	31
	O.S.S.	1
TITOLO DI STUDIO	A.S.S.A.	1
	Laurea in Medicina e Chirurgia	14
	Master II Livello	1
	Master I Livello	2
	Laurea Magistrale	2
	Laurea in Infermieristica	22
	Diploma Regionale Infermiere	4
Qualifica O.S.S.	1	
ANNI DI SERVIZIO IN P.S.	Altro	1
	> 10 anni	18
	5 - 10 anni	8
ANNI DI SERVIZIO NELLA CATEGORIA PROFESSIONALE	< 5 anni	21
	> 10 anni	24
	5 - 10 anni	13
SITUAZIONE LAVORATIVA	< 5 anni	10
	Tempo Indeterminato	39
	Tempo Determinato	4
	Altro	4

Tabella 1: Variabili socio-demografiche

che coloro che hanno maturato un'esperienza inferiore ai 5 anni si sentono maggiormente depressi rispetto alle altre categorie.

Le stratificazioni sul ruolo professionale, lo stato civile ed il titolo di studio risultano impari: gli infermieri, i coniugati e/o conviventi e gli operatori in possesso di Laurea Triennale sono di numero notevolmente più elevato rispetto agli altri gruppi. In merito a ciò, il personale di supporto non è stato valutato nel confronto tra ruoli in quanto di numero non sufficientemente rappresentativo della categoria. Inoltre, i professionisti con un'esperienza in P.S. inferiore ai 5 anni risultano in maggioranza, mentre al contrario nella variabile "anni di servizio nella categoria di appartenenza", quella inferiore ai 5 anni è presente in distribuzione minore. Tale fenomeno è legato all'alto turnover del personale. Infine, le risposte all'ultimo quesito del questionario socio-demografico relativo al rapporto di lavoro non sono state oggetto di valutazione in quanto vi era una sostanziale differenza numerica tra i gruppi studiati.

N*: numero campione

M: Maschio

F: Femmina

LM: Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

L Inf.ca: Laurea in Infermieristica

Diploma Reg. Inf.: Diploma Regionale Infermiere

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei risultati si evince come il campione complessivamente presenti una distribuzione piuttosto omogenea nelle classi Under ed Over 40. Il genere prevalente è femminile, probabilmente correlato ad una maggiore presenza di personale infermieristico tra i rispondenti; in una recente elaborazione della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (2022) infatti si evidenzia come il 76,45% dei professionisti infermieri siano donne.

In riferimento ad una valutazione complessiva, si evidenzia una presenza di disturbi psichici stress correlati; in particolare emerge significativamente stress, depersonalizzazione e bassa gratificazione personale; tuttavia, tra il campione prevale una buona capacità di resilienza. Tali dati, in linea con quanto rilevato in letteratura, potrebbero essere riconducibili all'inaspettata emergenza sanitaria, alla difficoltosa gestione di essa, alla carenza iniziale di DPI, all'intensificazione dei turni di lavoro ed alla paura di infettare se stessi e gli altri. (De Kock et al., 2021; Chow et al., 2020)

In un successivo confronto tra variabili socio-demografiche e psichiche si sottolinea come gli Over 40 manifestino maggiormente insonnia, mentre gli Under 40 risultino avere sintomi più significativi di esaurimento emotivo, dichiaran-

DISTURBI PSICHICI RILEVATI	N*	N* ETA'		N* GENERE		N* STATO CIVILE			N* RUOLO		N* TITOLO DI STUDIO			N* ANNI DI SERVIZIO IN P.S.			N* ANNI DI SERVIZIO NELLA CATEGORIA PROFESSIONALE			
		TOT	UNDER 40	OVER 40	M	F	CONIUGATO E/O CONVIVENTE	FIDANZATO	SINGLE	MED.	INF.	LM E/O MASTER	L INE.CA	DIPLOMA REG. INF.	> 10 ANNI	5-10 ANNI	< 5 ANNI	> 10 ANNI	5-10 ANNI	< 5 ANNI
STRESS	Livello basso	8	4	4	2	6	5	1	2	3	5	0	4	1	3	1	4	3	3	2
	Livello medio	33	15	18	11	22	21	5	7	8	23	5	15	3	13	6	14	18	9	6
	Livello alto	6	3	3	3	3	4	1	1	3	3	0	3	0	2	1	3	10	1	2
DEPRESSIONE	Sintomi assenti	27	11	16	9	18	17	3	7	9	17	4	10	3	12	4	11	14	9	4
	Sintomi lievi	14	8	6	5	9	10	3	1	3	10	1	8	1	5	2	7	7	3	4
	Sintomi medi	2	0	2	0	2	1	0	1	1	1	0	1	0	0	2	0	2	0	0
	Sintomi gravi	4	3	1	2	2	2	1	1	1	3	0	3	0	1	0	3	1	1	2
ANSIA	Lieve entità	34	16	18	12	22	22	4	8	11	22	4	15	3	14	5	15	17	10	7
	Moderata entità	7	4	3	2	5	4	2	1	1	5	1	4	0	2	1	4	3	2	2
	Grave entità	6	2	4	2	4	4	1	1	2	4	0	3	1	2	2	2	4	1	1
INSONNIA	Assente	27	12	15	9	18	19	2	6	10	15	3	10	2	10	4	13	13	9	5
	Livello basso	13	9	4	5	8	6	5	2	1	12	2	8	2	5	1	7	5	3	5
	Livello medio	5	1	4	2	4	4	0	1	2	3	0	3	0	2	2	1	4	2	0
	Livello alto	2	0	2	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	2	0	0
BURNOUT - ESAURIMENTO EMOTIVO	Livello basso	22	8	14	10	12	15	3	4	7	14	4	8	2	9	2	11	12	6	4
	Livello moderato	16	9	7	4	12	10	3	3	4	11	1	9	1	6	3	7	7	5	4
	Livello alto	9	5	4	2	7	5	1	3	3	6	0	5	1	3	3	3	5	2	2
BURNOUT - DEPERSONALIZZAZIONE	Livello basso	7	1	6	3	4	6	0	1	5	2	0	2	0	4	0	3	4	2	1
	Livello moderato	9	6	3	5	4	7	4	2	2	7	3	4	0	2	0	6	2	2	5
	Livello alto	31	15	16	8	23	21	3	7	7	22	2	6	4	12	8	12	18	9	4
BURNOUT - RIDOTTA GRATIFICAZIONE PERSONALE	Livello basso	3	1	2	1	2	2	1	0	0	3	0	2	3	0	0	3	1	1	1
	Livello moderato	7	3	4	1	6	7	0	0	2	8	0	3	1	4	1	2	4	2	1
	Livello alto	37	18	19	14	23	21	6	10	12	20	5	17	0	14	7	16	19	10	8
RESILIENZA	Assente	13	6	7	4	9	9	3	1	5	7	0	7	0	3	5	5	7	3	3
	Sufficiente	9	3	6	3	6	3	1	5	3	5	1	3	1	3	2	4	5	3	1
	Buona	11	8	3	4	7	6	2	3	1	11	1	9	1	5	0	6	5	2	4
	Ottimo	14	5	9	5	9	12	1	1	6	8	3	3	2	7	1	6	7	5	2

Tabella 2: Disturbi psichici rilevati durante la prima ondata pandemica da Sars-Cov2



dosi per altro più resilienti. La letteratura suggerisce che tali manifestazioni psichiche nei più giovani siano legate ad una maggiore preoccupazione del contagio familiare, mentre negli operatori Over 40 lo siano per la propria sicurezza e lo stress per la morte del paziente. (Spoorthy et al., 2020).

Riguardo il genere, tra i professionisti, quello femminile risulta essere prevalentemente esposto ad alcuni disturbi mentali analizzati come depressione ed ansia, dato in accordo con la letteratura consultata. (Spoorthy et al., 2020; De Kock et al., 2021)

In merito allo stato civile, la classe fidanzati presenta più depressione, ansia ed insonnia rispetto ai single e ai coniugati/conviventi, aspetto non in linea con gli studi analizzati. (Carmassi et al., 2020; Li et al., 2020)

Dall'analisi dei dati, si evince come il personale infermieristico riveli sintomi maggiori di insonnia e depersonalizzazione rispetto al personale medico, in accordo con i risultati della ricerca scientifica; al contrario, gli esiti sullo stress tra infermieri e medici risultano sovrapponibili, non in linea con letteratura consultata. (Bohlken et al., 2020) Le ipotesi si orientano verso una correlazione tra i disturbi valutati ed i turni di lavoro intensi, lo stretto contatto con i pazienti, i decessi, il rischio di infettare se stessi e le famiglie e l'isolamento sociale. (Duarte et al., 2020)

Riguardo l'età lavorativa complessiva, emerge che i professionisti con un'esperienza inferiore a 5 anni mostrano più depressione rispetto a chi lavora da più tempo, dato che risulta essere in accordo con gli studi esaminati. (Lai et al., 2020; Htay et al., 2020)

Limiti dello studio

I limiti dello studio sono principalmente riconducibili alla scarsa numerosità del campione arruolato ed alla bassa adesione al questionario; infatti in riferimento al ruolo professionale, non è stato possibile sottoporre gli operatori sanitari di supporto O.S.S. ed A.S.S.A. a valutazione, così come non è stato possibile stratificare la variabile "rapporto di lavoro", in quanto i dati ricevuti non sono risultati sufficienti per poter essere confrontati.

Ulteriori limiti sono correlati alla circoscrizione dello studio in unico contesto lavorativo, alla natura descrittiva con cui vengono riportati i risultati senza analisi statistica inferenziale ed alla tipologia di questionario che non ha permesso al professionista di poter integrare con una risposta aperta.

Infine, un altro limite è rappresentato dall'assenza di dati precedenti alla pandemia da Sars-Cov2, che avrebbero permesso un confronto al fine di evidenziare eventuali disturbi psichici preesistenti o correlati al contesto lavorativo.

■ CONCLUSIONI

Il presente studio, in accordo con la letteratura consultata, mostra un'importante esposizione dei professionisti operanti in Pronto Soccorso durante l'emergenza pandemica a disturbi psichici stress-correlati; tra questi, si evidenzia una prevalenza significativa di stress, depersonalizzazione e bassa gratificazione personale, ma allo stesso tempo una buona capacità di resilienza. Le strategie aziendali dovrebbero orientarsi a

percorsi formativi ad hoc (competenze e resilienza) ed all'organizzazione di servizi di supporto psicologico, organizzativo ed online come la tele-salute mentale, la piattaforma online ed i servizi telefonici per fornire un supporto di assistenza. (Albott et al., 2020; Chow et al., 2020; Waris Nawaz et al., 2020) Dalla ricerca effettuata sono emerse le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, delle Nazioni Unite e della Croce Rossa Internazionale per sostenere gli operatori sanitari nella riduzione dello stress e del disagio psicologico e per indirizzare i manager nel supporto ai dipendenti. (Petzold et al., 2020) Rafforzare la leadership è fondamentale; per questo è necessario valorizzare il contributo del personale in prima linea, implementare interventi organizzativi e lavorativi come il miglioramento delle infrastrutture di lavoro, adottare misure anti-contagio corrette e condivise, identificare strategie per affrontare il danno morale, favorire il sostegno sociale, la comunicazione e l'empowerment. (Heath et al., 2020; Giorgi et al., 2020; Schwartz et al., 2020; Walton et al., 2020) La salute mentale dei professionisti deve essere una delle priorità per i dirigenti, che sono chiamati a garantire politiche sanitarie che assicurino il benessere psicologico a coloro che sono in prima linea nella lotta contro la pandemia.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Albott, C.S. Wozniak, J.R. Mc Glinch, B.P. Wall, M.H. Gold, B.S. Vinogradov, S. (2020) Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesth Analg*.
2. Beck, A.T. Ward, C.H. Mendelson, M. Mock, J. Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*.
3. Bohlken, J. Schömig, F. Lemke, M.R. Pumberger, M. Riedel-Heller, S.G. (2020) COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review. *Psychiatr Prax*.
4. Borkovec, T. and Costello, E. (1993) Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Consultare Psychol*.
5. Calcari, S. Moro, V. Panella, M. Palin, A.L. (2011) Presentazione di un modello di analisi della resilienza e applicazione in sala operatoria. Scenario.
6. Carmassi, C. Foghi, C. Dell'Oste, V. Cordone, A. Bertelloni, C.A. Bui, E. Dell'Osso, L. (2020) PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*.
7. Castronovo, V. Galbiati, A. Marelli, S. Brombin, C. Cugnata, F. Giarolli, L. Anelli, M.M. Rinaldi, F. Ferini-Strambi, L. (2016) Validation study of the Italian version of the Insomnia Severity Index (ISI). *Neurol Sci*.
8. Chow, K.M. Law, B.M.H. Ng, M.S.N. Chan, D.N.S. So, W.K.W. Wong, C.L. Chan, C.W.H. (2020) A Review of Psychological Issues among Patients and Healthcare Staff during Two Major Coronavirus Disease Outbreaks in China: Contributory Factors and Management Strategies. *Int J Environ Res Public Health*.
9. Cohen, S. Kamarck, T. Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*.



10. Cohen, S. Williamson, G. (1988) Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. In S.Spacapan, S.Oskamp (Eds.) *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psych* Newbury Park.
11. De Kock, J.H. Latham, H.A. Leslie, S.J. Grindle, M. Munoz, S.A. Ellis, L. Polson, R. O'Malley, C.M. (2021) A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*.
12. Duarte, M.L.C. Silva, D.G.D. Bagatini, M.M.C. (2020) Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. *Rev Gaucha Enferm*.
13. Giorgi, G. Lecca, L.I. Alessio, F. Finstad, G.L. Bondanini, G. Lulli, L.G. Arcangeli, G. Mucci, N. (2020) COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*.
14. Hamilton, M. (1959) The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*.
15. Heath, C. Sommerfield, A. Von Ungern-Sternberg, B.S. (2020) Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*.
16. Htay, M.N.N. Marzo, R.R. AlRifai, A. Kamberi, F. El-Abasiri, R.A. Nyamache, J.M. Hlaing, H.A. Hassanein, M. Moe, S. Su, T.T. Abas, A.L. (2020) Immediate impact of COVID-19 on mental health and its associated factors among healthcare workers: A global perspective across 31 countries. *J Glob Health*.
17. Lai, J. Ma, S. Wang, Y. Cai, Z. Hu, J. Wu, J. Du, H. Chen, T. Li, R. Tan, H. Kang, L. Yao, L. Huang, M. Wang, H. Wang, G. Liu, Z. Hu, S. (2020) Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw*.
18. Li, Z. Ge, J. Yang, M. Feng, J. Qiao, M. Jiang, R. Bi, J. Zhan, G. Xu, X. Wang, L. Zhou, Q. Zhou, C. Pan, Y. Liu, S. Zhang, H. Yang, J. Zhu, B. Hu, Y. Hashimoto, K. Jia, Y. Wang, H. Wang, R. Liu, C. Yang, C. (2020) Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav. Immun*.
19. Maier, W. Buller, R. Philipp, M. Heuser, I. (1988) The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*.
20. Morin, C.M. Belleville, G. Bélanger, L. Ivers, H. (2011) The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*.
21. Petzold, M.B. Plag, J. Ströhle, A. (2020) Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Nervenarzt*.
22. Schwartz, R. Sinskey, J.L. Anand, U. Margolis, R.D. (2020) Addressing Postpandemic Clinician Mental Health : A Narrative Review and Conceptual Framework. *Ann Intern Med*.
23. Shanafelt, T. Ripp, J. Trockel, M. (2020) Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*.
24. Sirigatti, S. and Stefanile, C. (1988) Per una scala di misurazione del burnout. *Bollettino di Psicologia Applicata*.
25. Spoorthy, M.S. Pratapa, S.K. Mahant, S. (2020) Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian J Psychiatr*.
26. Walton, M. Murray, E. Christian, M.D. (2020) Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*.
27. Waris Nawaz, M. Imtiaz, S. Kausar, E. (2020) Self-care of Frontline Health Care Workers: During COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danub*.

Allegato 1 Questionario

Gentile collega, i questionari di seguito riportati fanno riferimento ad un progetto di ricerca infermieristica che vuole valutare il livello di stress, depressione, ansia, insonnia, burnout e capacità di resilienza nei professionisti sanitari in un'ottica di realizzazione di percorsi individuali e strategie preventive di promozione della resilienza a livello organizzativo e personale.

La somministrazione è anonima, si prega di compilarlo nelle sue parti.
Grazie per la collaborazione.

Variabili socio-demografici e professionali

Età	
Genere	
	F
	M
Stato Civile	
	Coniugato o convivente
	Single
Operatore Sanitario	
	Infermiere
	Medico
	O.S.S.
	A.S.A.
Titolo di Studio	
	Laurea In Medicina e Chirurgia
	Laurea Magistrale
	Laurea in Infermieristica
	Diploma Regionale Infermiere
	Qualifica O.S.S.
	Altro
Anni di Lavoro	
	<5 anni
	5-10 anni
	>10 anni
Anni di Lavoro in Pronto Soccorso	
	<5 anni
	5-10 anni
	>10 anni
Situazione Lavorativa	
	Tempo Indeterminato
	Tempo Determinato
	Altro

Perceived Stress Scale” di Sheldon Cohen

Questa scala é comunemente utilizzata per valutare la percezione di ognuno di noi riguardo a particolari situazioni di vita quotidiana, e la nostra reazione in risposta a questi avvenimenti, percepiti come destabilizzanti e rischiosi.

Per ogni domanda, indica la tua risposta segnando la frequenza con cui hai pensato in un certo modo.

VALORI 0 = Mai 1 = Quasi mai 2 = A volte 3 = Abbastanza spesso 4 = Molto spesso

Nell’ultimo mese, con che frequenza:

1. Ti sei sentito fuori di te poiché è avvenuto qualcosa di inaspettato? 0 1 2 3 4
2. Hai avuto la sensazione di non essere in grado di avere controllo sulle cose importanti della tua vita? 0 1 2 3 4
3. Ti sei sentito/a nervoso/a o “stressato/a”?..... 0 1 2 3 4
4. Non ti sei sentito/a fiducioso/a sulla sua capacità di gestire i problemi personali?..... 0 1 2 3 4
5. Hai avuto la sensazione che le cose non andassero come dicevi tu? 0 1 2 3 4
6. Hai avuto la sensazione di non riuscire a star dietro a tutte le cose che dovevi fare?..... 0 1 2 3 4
7. Hai avvertito di non essere in grado di controllare ciò che ti irrita nella tua vita?..... 0 1 2 3 4
8. Hai sentito di non padroneggiare la situazione? 0 1 2 3 4
9. Sei stato/a arrabbiato/a per cose che erano fuori dal tuo controllo? 0 1 2 3 4
10. Hai avuto la sensazione che le difficoltà si stavano accumulando a un punto tale per cui non potevi superarle? 0 1 2 3 4

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale

Di seguito è riportato un elenco di frasi che descrivono delle sensazioni che hanno le persone. Compilate il questionario con la risposta che meglio descrive la misura in cui si hanno le seguenti condizioni. Selezionate una delle cinque risposte per ciascuno dei quattordici punti.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

1. Stato d'animo ansioso

Preoccupazioni, anticipazione del peggio, anticipazioni timorose, irritabilità.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

2. Tensione

Sentimenti di tensione, affaticabilità, risposte di allarme, commozione fino alle lacrime, tremore, sensazione di irrequietezza, incapacità di rilassarsi.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

3. Paure

Del buio, degli stranieri, di essere lasciati soli, di animali, del traffico, delle folle.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

4. Insonnia

Difficoltà ad addormentarsi, sonno interrotto, sonno insoddisfacente e stanchezza al risveglio, sogni, incubi, terrori notturni.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

5. Intellettuale

Difficoltà di concentrazione, scarsa memoria.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

6. Stato d'animo depresso

Perdita di interesse, mancanza di piacere a hobby, depressione, risveglio precoce, altalena diurno.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

7. Livello somatico (muscolare)

Dolori e sofferenze, spasmi, rigidità, scatti mioclonici, digrignamento di denti, voce incerta, aumento del tono muscolare.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

8. Livello somatico (sensoriale)

Tinnito, offuscamento della vista, vampate calde e fredde, sensazione di debolezza, sensazione di punture.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

9. Sintomi cardiovascolari

Tachicardia, palpitazioni, dolore al petto, palpitazione di vasi, sensazioni di svenimento, mancanza ritmo.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave,

10. Sintomi respiratori

Pressione o costrizione al petto, sensazione di soffocamento, sospiri, dispnea.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave,

11. Sintomi gastrointestinali

Difficoltà a deglutire, dolori addominali, sensazione di bruciore, pienezza addominale, nausea, vomito, borborigmi, sciolttezza delle viscere, perdita di peso, stipsi.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

12. Sintomi urogenitali

Frequenza della minzione, urgenza della minzione, amenorrea, menorragia, sviluppo di frigidità, eiaculazione precoce, perdita di libido, impotenza.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

13. Sintomi autonomi

Secchezza delle fauci, vampate di calore, pallore, tendenza alla sudorazione, vertigini, tensione, cefalea, caduta di capelli.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

14. Comportamento durante l'intervista medica

Irrequietezza, agitazione o tendenza a portare un ritmo, tremore delle mani, fronte corrugata, faccia tesa, sospiri o respirazione rapida, viso pallido, deglutizione, ecc.

0 = Non presente, 1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Grave, 4 = Molto grave

BECK INVENTORY SCALE (BDI)

Nel questionario che segue troverà dei gruppi di affermazioni. Legga attentamente un gruppo per volta. Scelga da ciascun gruppo l'affermazione che meglio di tutte le altre descrive come si è sentita/o durante la *scorsa settimana, escluso oggi* (tracci un cerchietto attorno al numero a sinistra della affermazione. Se le sembra che diverse affermazioni dello stesso gruppo la descrivono bene, faccia pure più di un cerchietto).

È importante che legga tutte le affermazioni di un gruppo prima di rispondere.

1.

- 0 Non mi sento triste
- 1 Mi sento triste
- 2 Sono sempre più triste e non riesco ad uscire
- 3 Sono così triste o infelice che non riesco a sopportarlo

2.

- 0 Non sono praticamente pessimista o scoraggiata/o per il futuro
- 1 Mi sento scoraggiata/o per il futuro
- 2 Ho la sensazione di non avere nulla a cui tenere
- 3 Ho la sensazione che il futuro è disperato o che le cose non possono migliorare

3.

- 0 Non mi sento una/un fallita/o
- 1 Ho la sensazione di aver fallito più di quanto in genere fallisca la gente
- 2 Se ripenso alla mia vita, riesco a vedere solo una serie di fallimenti
- 3 Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona

4.

- 0 Traggo dalle cose la soddisfazione che ho sempre tratto
- 1 Non mi godo le cose come facevo un tempo
- 2 Non traggo più una vera soddisfazione da nulla
- 3 Sono insoddisfatta/o o annoiata/o di tutto

5.

- 0 Non mi sento particolarmente in colpa
- 1 Mi sento in colpa per buona parte del tempo
- 2 Mi sento in colpa per la maggior parte del tempo
- 3 Mi sento in colpa sempre

6.

- 0 Non ho la sensazione di essere punita/o
- 1 Sento che non posso essere punita/o
- 2 Mi sento di essere punita/o
- 3 Ho la sensazione di essere punita/o7.

7.

- 0 Non mi sento delusa/o da me stessa/o
- 1 Mi sento delusa/o da me stessa/o
- 2 Sono disgustata/o da me stessa/o
- 3 Odio me stessa/o

8.

- 0 Sento che non sono in alcun modo peggiore degli altri
- 1 Mi critico per le mie debolezze o per i miei errori
- 2 Mi accuso sempre per i miei errori
- 3 Mi accuso sempre per tutte le cose brutte che accadono

9.

- 0 Non penso mai ad uccidermi
- 1 Mi piacerebbe uccidermi
- 3 Mi ucciderei se ne avessi l'occasione

10.

- 0 Non piango più del solito
- 1 Ora piango più che in passato
- 2 Ora piango continuamente
- 3 Un tempo riuscivo a non piangere, ma ora non ci riesco anche se voglio

11.

- 0 Non sono più irritata/o del solito
- 1 Mi infastidisco e mi irrito più facilmente di un tempo
- 2 Mi sento continuamente irritata/o
- 3 Non mi irrito affatto per le cose che un tempo mi irritavano

12.

- 0 Non ho perso interesse per le altre persone
- 1 Ora ho meno interesse che nel passato per le altre persone
- 2 Ho perso la maggior parte dell'interesse per le altre persone
- 3 Ho perso completamente interesse per le altre persone

13.

- 0 Prendo le decisioni quasi come al solito
- 1 Rimando le decisioni più di quanto non facessi in passato
- 2 Ho una difficoltà maggiore di prima nel prendere le decisioni
- 3 Non riesco più a prendere alcuna decisione

14.

- 0 Non credo di avere un aspetto peggiore di prima
- 1 Sono preoccupato di apparire vecchia/o o spiacevole
- 2 Ho la sensazione che ci siano delle modificazioni permanenti nel mio aspetto che mi fanno apparire spiacevole
- 3 Credo di apparire brutto

15.

Riesco a lavorare quasi come prima

- 1 Mi ci vuole uno sforzo in più per cominciare a fare qualcosa
- 2 Devo spronare fortemente me stessa/o per fare qualcosa
- 3 Non riesco a lavorare per niente

16.

0 Dormo bene come al solito

- 1 Non dormo bene come al solito
- 2 Mi sveglio una o due ore prima del solito e mi riesce difficile riaddormentarmi
- 3 Mi sveglio molte ore prima del solito

17.

0 Non mi stanco più del solito

- 1 Mi stanco più facilmente di un tempo
- 2 Mi stanco non facendo quasi niente
- 3 Sono troppo stanca/o per alcunché

18.

0 Non ho meno appetito del solito

- 1 Non ho un buon appetito come una volta
- 2 Ora ho molto meno appetito
- 3 Ora non ho più appetito per niente

19.

0 Di recente ho perso poco o niente peso

- 1 Di recente ho perso più di due chili
- 2 Di recente ho perso più di quattro chili e mezzo
- 3 Di recente ho perso più di dieci chili e mezzo

20.

0 Non mi preoccupo della mia salute più del solito

- 1 Mi preoccupo per i problemi fisici come fitte e dolori, o per il mal di stomaco, o per la stitichezza
- 2 Sono tanto preoccupata/o per problemi fisici che mi è difficile pensare ad altre cose
- 3 Sono così presa/o dai miei problemi fisici da non poter pensare ad altro

21.

0 Non ho notato di recente alcun cambiamento riguardo al mio interesse per il sesso

- 1 Ho meno interesse di una volta per il sesso
- 2 Ho molto meno interesse per il sesso ora
- 3 Ho perso completamente interesse per il sesso

Insomnia Severity Index (ISI)

1. Valuti la gravità nelle ultime 2 settimane dei suoi problemi di insonnia

	NO	Lieve	Media	Grave	Molto grave
a. Difficoltà ad addormentarsi	0	1	2	3	4
b. Difficoltà a restare addormentato	0	1	2	3	4
c. Risveglio troppo precoce	0	1	2	3	4

2. Quanto si sente soddisfatto/insoddisfatto del suo attuale sonno?

Molto soddisfatto	Soddisfatto	Neutro	Non molto soddisfatto	Molto insoddisfatto
0	1	2	3	4

3. In quale misura ritiene che il problema di sonno interferisca con la sua efficienza diurna? (per esempio affaticamento diurno, capacità di svolgere lavoro/faccende di casa, concentrazione, memoria, umore, ecc.?)

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

4. Quanto pensa che il suo problema di sonno sia evidente agli altri, in termini di peggioramento di qualità della sua vita?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

5. Quanto si sente preoccupato/a – stressato/a a causa del suo attuale problema di sonno?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

TOTALE = _____

Maslack Burnout Inventory

Domande	Quanto spesso?
1. Mi sento coinvolta/o emotivamente nel mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
2. Alla fine di una giornata lavorativa mi sento un oggetto	0 1 2 3 4 5 6
3. Mi sento stanca/o sin dal mattino all'idea di dover affrontare un altro giorno di lavoro	0 1 2 3 4 5 6
4. Mi immedesimo facilmente nei sentimenti dei miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
5. Mi accorgo di trattare alcuni pazienti come degli oggetti	0 1 2 3 4 5 6
6. Lavorare con la gente tutto il giorno per me è un vero stress	0 1 2 3 4 5 6
7. Affronto molto bene i problemi dei miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
8. Mi sento consumata/o dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
9. Mi sento positivamente influenzato dal vissuto degli altri nel mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
10. Sono diventata/o più insensibile verso gli altri da quando faccio questo lavoro	0 1 2 3 4 5 6
11. Mi preoccupa che questo lavoro mi stia inducendo	0 1 2 3 4 5 6
12. Mi sento piena/o di energia	0 1 2 3 4 5 6
13. Mi sento molto frustrata/o dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
14. Non mi interessa quello che succede ai miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
15. Mi sembra di lavorare troppo	0 1 2 3 4 5 6
16. Lavorare a diretto contatto con la gente è molto stressante	0 1 2 3 4 5 6
17. Riesco facilmente a creare un'atmosfera rilassata con i miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
18. Mi sento esaurita/o dopo una giornata di lavoro a contatto con i pazienti	0 1 2 3 4 5 6
19. Ho avuto molte gratificazioni da questo lavoro	0 1 2 3 4 5 6
20. Mi sento sul ciglio del baratro	0 1 2 3 4 5 6
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con molta calma	0 1 2 3 4 5 6
22. Mi sembra che i pazienti si sfoghino con me dei loro problemi	0 1 2 3 4 5 6

Età:.....Sesso: F/M.....MMG dal.....

Legenda:

Mai = 0 Qualche volta l'anno = 1 Una volta al mese = 2 Qualche volta al mese = 3
 Una volta la settimana = 4 Diverse volte la settimana = 5 Tutti i giorni = 6

Resilience Scale For Adult

Di seguito troverai delle frasi ognuna seguita da due possibili conclusioni.

Pensando a te stesso barra una delle caselle, in scala da 1 a 5, in base a quanto tu ti senti più vicino alla conclusione di destra o di sinistra.

Ad esempio alla domanda: “I miei progetti per il futuro”

sono facili da realizzare 1 2 3 4 5 sono difficili da realizzare

se pensi che i tuoi progetti siano:

- facili da realizzare barra la casella 1
- abbastanza facili da realizzare barra la casella 2
- ne facili ne difficili barra la casella 3
- abbastanza difficili da realizzare barra la casella 4
- difficili da realizzare barra la casella 5

1. Quando accade qualcosa di imprevisto trovo sempre una soluzione	1	2	3	4	5	spesso mi sento disorientato
2. I miei progetti per il futuro sono facili da realizzare	1	2	3	4	5	sono difficili da realizzare
3. Sto bene quando ho un obiettivo chiaro per il quale lottare	1	2	3	4	5	posso vivere alla giornata
4. Mi piace stare insieme ad altra gente	1	2	3	4	5	solo, con me stesso

5. La concezione che la mia famiglia ha di ciò che è importante nella vita è totalmente diversa dalla mia	1	2	3	4	5	è molto simile alla mia
6. Posso parlare dei miei problemi con nessuno	1	2	3	4	5	amici /membri della mia famiglia
7. I miei problemi personali non sono risolvibili	1	2	3	4	5	sono in grado di risolverli
8. I miei obiettivi futuri so come realizzarli	1	2	3	4	5	non sono sicuro sul come realizzarli

9. Quando inizio un nuovo progetto raramente lo pianifico in anticipo	1	2	3	4	5	preferisco averlo pianificato completamente
10. Essere flessibile negli ambienti sociali non è importante	1	2	3	4	5	è molto importante
11. Con la mia famiglia mi sento molto felice	1	2	3	4	5	molto infelice
12. Coloro che maggiormente mi incoraggiano sono alcuni amici stretti / membri della famiglia	1	2	3	4	5	nessuno

25. Nei momenti difficili ho la tendenza a vedere tutto nero	1	2	3	4	5	a trovare qualcosa di positivo che mi possa aiutare a crescere
26. Quando sto con altre persone rido spesso	1	2	3	4	5	ci si aiuta l'uno con gli altri
27. Nella mia famiglia non ci si aiuta gli uni con gli altri	1	2	3	4	5	a sprecare il mio tempo
28. Io ricevo aiuto da amici / membri della mia famiglia	1	2	3	4	5	nessuno

29. Gli eventi della mia vita che non posso controllare li gestisco accettandoli	1	2	3	4	5	sono una fonte continua di preoccupazione e ansia
30. Quando ho bisogno non ho nessuno che possa aiutarmi	1	2	3	4	5	ho sempre qualcuno che può aiutarmi
31. Per me, pensare a dei buoni argomenti di conversazione è facile	1	2	3	4	5	difficile
32. Nella mia famiglia ci piace fare le cose ognuno per conto proprio	1	2	3	4	5	insieme

33. I miei amici più stretti / i membri della mia famiglia apprezzano le mie qualità	1	2	3	4	5	non apprezzano le mie qualità
---	---	---	---	---	---	-------------------------------

25. Nei momenti difficili ho la tendenza a vedere tutto nero	1	2	3	4	5	a trovare qualcosa di positivo che mi possa aiutare a crescere
26. Quando sto con altre persone rido spesso	1	2	3	4	5	ci si aiuta l'uno con gli altri
27. Nella mia famiglia non ci si aiuta gli uni con gli altri	1	2	3	4	5	a sprecare il mio tempo
28. Io ricevo aiuto da amici / membri della mia famiglia	1	2	3	4	5	nessuno

29. Gli eventi della mia vita che non posso controllare li gestisco accettandoli	1	2	3	4	5	sono una fonte continua di preoccupazione e ansia
30. Quando ho bisogno non ho nessuno che possa aiutarmi	1	2	3	4	5	ho sempre qualcuno che può aiutarmi
31. Per me, pensare a dei buoni argomenti di conversazione è facile	1	2	3	4	5	difficile
32. Nella mia famiglia ci piace fare le cose ognuno per conto proprio	1	2	3	4	5	insieme

33. I miei amici più stretti / i membri della mia famiglia apprezzano le mie qualità	1	2	3	4	5	non apprezzano le mie qualità
---	---	---	---	---	---	-------------------------------

DOTT.SSA BAZZO ROSSELLA

Coordinatrice infermieristica SCDO Neurologia AOU San Luigi Reg.gonzole n°10
10043 Orbassano(TO)
Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga Orbassano (TO)
Regione Gonzole 10, Orbassano (TO)
r.bazzo@sanluigi.piemonte.it

DOTT. BRUNO RIVA

Coordinatore infermieristico SCDO MeCAU
Pronto Soccorso AOU San Luigi Reg.Gonzole n° 10 ,10043 Orbassano (TO)
Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga Orbassano (TO)
Regione Gonzole 10, Orbassano (TO)
b.riva@sanluigi.piemonte.it

AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPETENZA INFERMIERISTICA

INDAGINE IN UN PRONTO SOCCORSO PIEMONTESE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

L'autovalutazione delle competenze infermieristiche, permette agli infermieri di identificare i deficit di conoscenza e di conseguenza i propri bisogni formativi con l'obiettivo di valorizzare e sviluppare le personali competenze per un miglioramento della pratica infermieristica.

OBIETTIVO

Analizzare il core-competence dell'infermiere in emergenza urgenza finalizzata ad evidenziare i livelli di competenza, e volta a ridefinire un piano di formazione specifica.

DISEGNO DELLA RICERCA

È stato condotto uno studio quantitativo con 6 mesi di raccolta dati, analizzati su Excel. Campione di convenienza di 38 infermieri operanti nel pronto soccorso dell'AOU San Luigi (Orbassano.To). Non sono stati previsti criteri di esclusione.

MATERIALE

Distribuzione di una scala di valutazione validata, Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1).

RISULTATI

I risultati del campione mostrano un livello di competenza di base pari a 597 punti che

nell'interpretazione fornita dagli autori rientra nell'ambito di una eccellente competenza. Gli ambiti dell'autovalutazione della competenza relativa a conoscenza e abilità si attestano su valori moderati (3.9) con valori ≥ 4 in particolar modo nella settorialità della competenza professionale, mentre nell'etica / legislazione il dato tende a scendere a 3.4 rispetto all'autovalutazione della conoscenza specifica.

DISCUSSIONE

Nel complesso gli intervistati hanno valutato la loro competenza buona. I dati ottenuti rivelano una possibile correlazione tra il livello di competenza percepito ed alcune variabili quali età ed esperienza in area di emergenza. I risultati ottenuti, comunque sono in linea con altri studi presenti in letteratura.

CONCLUSIONI

L'utilizzo continuo nella pratica di una scala per valutare le competenze migliora il processo di analisi dei bisogni formativi e facilita lo sviluppo delle competenze infermieristiche essenziali per il personale che opera negli ambienti intensivi, ma anche in aree a media e bassa complessità.

PAROLE CHIAVE

Competenza infermieristica, Autovalutazione, Area Critica, NCS

ABSTRACT

INTRODUCTION

The self-assessment of nursing skills allows nurses to identify knowledge deficits and consequently their training needs with the aim of enhancing and developing their skills for an improvement in nursing practice.

OBJECTIVE

Analyze the core-competence of the emergency nurse aimed at highlighting the levels of competence, and aimed at redefining a specific training plan.

RESEARCH DESIGN

A quantitative study was conducted with 6 months of data collection, analyzed in Excel. Convenience sample of 38 nurses working in the emergency room of the AOU San Luigi (Orbassano.To). There were no exclusion criteria.

MATERIAL

Distribution of a validated assessment scale, Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1).

RESULTS

The results of the sample show a basic proficiency level of 597 points which, in the in-

terpretation provided by the authors, falls within the scope of excellent proficiency. The areas of self-assessment of competence relating to knowledge and skills stand at moderate values (3.9) with values ≥ 4 especially in the sector of professional competence, while in ethics/legislation the figure tends to drop to 3.4 compared to the self-assessment of specific knowledge.

DISCUSSION

Overall, the interviewees rated their competence as good. The data obtained reveal a possible correlation between the perceived level of competence and some variables such as age, and experience in an emergency area. The results obtained, however, are in line with other studies in the literature.

CONCLUSIONS

The continuous use in practice of a scale to assess skills improves the process of analyzing training needs and facilitates the development of essential nursing skills for personnel working in intensive environments, but also in areas of medium and low complexity.

KEY WORDS

Nursing Competence, Self-Assessment, Critical Area, Nurse Competence Scale.

INTRODUZIONE

Il termine **competenza** (“capacità e attitudine di giudicare” secondo il Vocabolario della lingua italiana, Zingarelli) deriva dal latino *cum*= con *pètere* = competere, gareggiare, ed ha significati (nella lingua parlata) che descrivono la capacità di sapersi orientare in un determinato settore specifico o in un’attività; pertanto viene definita la capacità di chi è in grado di conoscere e di applicare una

tecnica ad una situazione problematica. La competenza inoltre è la *flessibilità di adattarsi in un ambito*, muovendosi con perizia e con impegno verso la soluzione del problema, dimostrando altresì di esercitare un comportamento di responsabilità nell’assumere le decisioni che permettono di uscire dalla difficoltà. Ne consegue che chi dimostra capacità di risolvere il problema efficacemente ottiene un successo che gli fa ricono-

scere dalle altre persone il ruolo e/o funzione di competente, per quella situazione o ambiente. Nell’ambito professionale essere competenti significa *saper risolvere dei problemi*, vale a dire avere la capacità di identificare lo scarto tra osservato e atteso di un fenomeno, pensare ad una strategia di soluzione, attuarla e valutarne i risultati. Si tratta di un’attività complessa che richiede conoscenze teoriche e pratiche con lo scopo di



sapersi muovere, sia in un ambito professionale che istituzionale. Per fare ciò occorre avere la consapevolezza che il sapere deve essere trasferito, aggiornato, applicato, meditato, sperimentato, misurato, valutato e mantenuto.

Dalle competenze di ruolo è necessario passare alle competenze di processo per poter rispondere ai bisogni delle persone, dei cittadini, delle organizzazioni, delle istituzioni e della professione.

La competenza scaturisce da una miscelanea di abilità, capacità, "skill", comportamenti, atteggiamenti che si acquisiscono gradualmente attraverso un percorso formativo professionale, sociale, attitudini al lavoro in equipe, capacità di prendere iniziative ed essere disponibili ad affrontare i rischi.

La competenza intesa come descritta in precedenza rappresenta il valore aggiunto del pro-

fessionista, che viene messa in atto in un determinato contesto per raggiungere un determinato scopo.

La mappatura delle competenze porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista perché implica l'analisi di diverse coordinate, quali:

- ▶ Valorizzazione dell'esperienza
- ▶ Centralità del soggetto
- ▶ Centralità dell'apprendere ad apprendere
- ▶ Formazione intesa come processo continuo (Massai et al. 2007)

L'infermiere svolge un ruolo cruciale per il funzionamento delle aziende sanitarie, e contribuisce al benessere sociale, mantenendo responsabilmente buoni livelli di competenza. Tali competenze acquistano una rilevanza strategica attraverso l'azione che lega l'attività del singolo a un più ampio processo di azioni coordinate che attuano e sviluppano le finalità organizzative definite dalla

struttura stessa. Nello sviluppo delle competenze riveste un ruolo chiave la formazione continua, che favorisce la crescita personale e la responsabilizzazione, garantendo una ricaduta sulla qualità dell'assistenza erogata. L'area assistenziale caratterizza in modo peculiare il "core competence", e l'ambito del dipartimento di emergenza e accettazione rappresenta un contesto operativo complesso in relazione sia alla tipologia dei pazienti trattati che alla necessità di interagire costantemente con un team multi professionale.

Da una recensione della letteratura internazionale, è noto che gli infermieri di emergenza svolgono un ruolo essenziale nel funzionamento del pronto soccorso, spesso trascorrono più tempo con i pazienti rispetto a qualsiasi altro operatore del servizio (Schiver J.A et al.2003) Essere un'infermiere di emergenza richiede un mix



eterogenico di abilità e conoscenze cliniche, mescolato con l'abilità e la volontà di adattarsi a qualsiasi situazione che può insorgere, spesso in modo imprevedibile, nell'ambiente del pronto soccorso (Tyrode A. et al. 1999).

La competenza degli infermieri, dalla letteratura analizzata, oltre che sull'assistenza erogata all'utente, incide su altri fattori, quali:

- ▶ Riduzione dei costi quando gli infermieri sono consapevoli e governano gli esiti alle cure infermieristiche (Kilpatrick k. Et al.2012)
- ▶ Gli outcome di sicurezza del paziente sono le conseguenze della competenza clinica.

In letteratura non sono molti gli studi internazionali inerenti alla mappatura delle competenze nei servizi di emergenza:

1. Campo e al 2008. - propongono uno studio, che ha descritto le procedure eseguite e il supporto all'educazione del paziente, tra infermieri con competenze avanzate in situazioni di emergenza. Questa ricerca ha anche esaminato l'autonomia e la competenza percepita dell'infermiere professionista. I risultati evidenziano che più spesso un infermiere esegue

una procedura e più alto è il livello di sicurezza nell'eseguirlo.

2. Meretoja et al 2007 - ha confrontato le percezioni autovalutate degli infermieri del personale da cui è risultato che gli infermieri si percepiscono più competenti nelle procedure incluse nelle categorie di "Gestire le situazioni", "Aiutare" Ruolo 'e' Funzioni diagnostiche '.

3. Bickley 2007 - sostiene che tutti gli interventi infermieristici dovrebbero basarsi su una solida valutazione clinica del paziente. Si pensa che questo sia particolarmente prezioso per una precoce presa in carico; potenzialmente diminuendo la durata del soggiorno del paziente in ps. Tuttavia, è stata trovata una revisione della letteratura in cui emerge che spesso gli infermieri, hanno le competenze richieste per intraprendere valutazione clinica completa ed appropriata. (Adam S. et al. 2007)

Dalle ricerche italiane è emerso che ciò che resta un elemento chiave è la necessità di un addestramento continuo, importante per la crescita culturale, responsabilità ed esperienza sul campo del gruppo infermieristico.

Potrebbe essere utile analizzare e valutare le conoscenze attuali attraverso studi esplorativi con l'obiettivo di migliorare la formazione di base e post-base degli infermieri (Drigo E. et al 2012). Ottenere una mappatura delle competenze individuali consente di sviluppare un portafoglio, che descrive tutte le esperienze ed abilità che possono portare alla valorizzazione dell'esperienza della persona (Sponton A. et al.2013)-(Mc Cready T.et al 2007) , garantendo un alto livello di qualificazione e competenza, come indice di professionalità per la cura del paziente (Cowin LS et al. 2008).

Obiettivo

Analizzare il core-competence dell'infermiere in emergenza urgenza mediante la somministrazione di una scala di valutazione validata, *Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1)*, finalizzata ad evidenziare i livelli di competenza, e volta a ridefinire un piano di formazione specifica.

MATERIALE E METODI

Strumento

Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1), uno strumento per l'autovalutazione delle competenze degli infermieri di area critica e intensiva, scala redatta e validata in Finlandia (Lakanmaa 2015). Misura la competenza di base in area critica e si è dimostrata utile nella

pianificazione dell'inserimento alla pratica clinica degli infermieri neo assunti e durante l'analisi dei bisogni formativi, ad esempio, per identificare le lacune di apprendimento, definire obiettivi di apprendimento e discutere le competenze in modo completo. Affidabilità e validità del ICCN-CS-1 sono stati testati e hanno dimostrato di essere adeguati per il suo utilizzo.

La scala fornita direttamente dall'autore Finlandese, con l'autorizzazione al suo utilizzo, è stata tradotta in lingua italiana, mediante l'ausilio di esperti del settore, ed stata sottoposta ad una validazione di facciata realizzata da 3 infermieri esperti, con Laurea magistrale e con esperienza di area critica. ICCN-CS1 è uno strumento di autovalutazione composto da 144 item (sei variabili di somma) misura la competenza di base nell'assistenza intensiva e critica. Il modello teorico alla base dello strumento scelto, distingue la competenza di base in clinica e professionale; e nel dettaglio la esplora mediante la valutazione di quattro aree:

conoscenza, abilità, attitudine, valore ed esperienza.

► competenza clinica consiste di tre sottodomini: principi dell'assistenza infermieristica, linee guida cliniche, e interventi infermieristici.

► competenza professionale consiste di quattro sottodomini: etica e familiarità con le leggi sull'assistenza sanitaria, il processo decisionale, crescita lavorativa, e collaborazione. Inoltre,

Ogni oggetto viene misurato con la scala Likert 1-5, fornendo il punteggio dell'intervallo 144-720.

La somma dei punteggi su ICCN-CS-1 può essere classificata:

- come scarsa competenza (144-288),
- competenza moderata (289-432),
- buona competenza (433-576),
- eccellente competenza (577-720)

Il punteggio medio può essere classificato come segue: 1-2.49, povero; 2.5-3.49 moderata; 3.5-4.49 buono; o 4.5-5.0, eccellente (**Tabella 1**).

Dello strumento scelto per l'indagine è stato costruito un mo-

dello informatico, facilmente condivisibile con il team scelto per la ricerca. Alla parte di analisi delle competenze sono stati aggiunti fattori generali relativi al compilatore, quali età anagrafica e anni di servizio presso il pronto soccorso.

Disegno dello studio

La ricerca di tipo qualitativo è stata condotta da maggio 2018 a novembre 2018.

Lo strumento presentato, è stato somministrato in formato elettronico in forma anonima, mediante piattaforma Google moduli ed invio tramite mail.

L'invio della scala è stato preceduto da un incontro informativo sugli obiettivi della ricerca e sulle motivazioni alla base del progetto al fine da incentivare la partecipazione.

Contesto

Il contesto di analisi delle competenze è il pronto soccorso dell' AOU San Luigi, facente parte di un dea di I livello, con un organico di 39 infermieri. Un gruppo di lavoro che nell'ultimo anno ha affrontato

Tabella 1: Struttura e item del ICCN-CS1

Competenze di base	Conoscenze	Abilità	Attitudini	Esperienza	item
<i>Competenze cliniche</i>					
- principi dell'assistenza infermieristica	4	4	4	4	16
- - linee guida	4	4	4	4	16
- interventi infermieristici	12	12	12	12	48
<i>Competenze professionali</i>					
- etica/legislazione	4	4	4	4	16
- processo decisionale	4	4	4	4	16
- crescita professionale	4	4	4	4	16
- collaborazione	4	4	4	4	16
Item	36	36	36	36	144

Grafico 1. età anagrafica

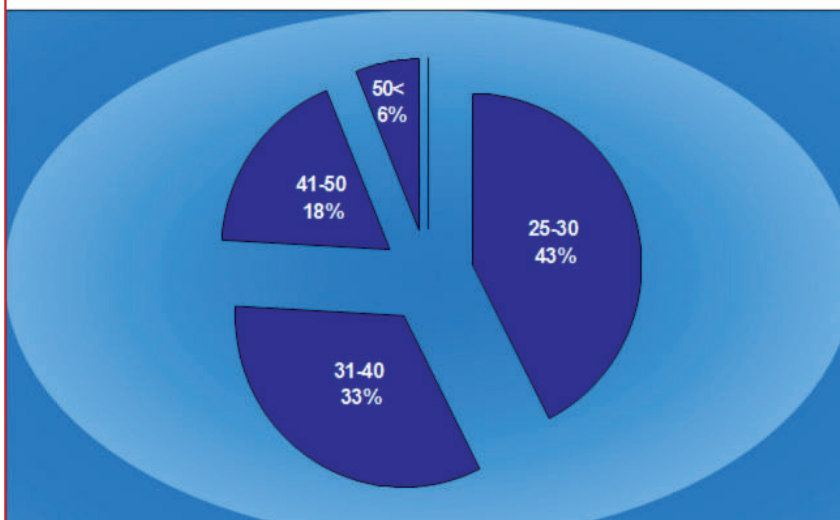
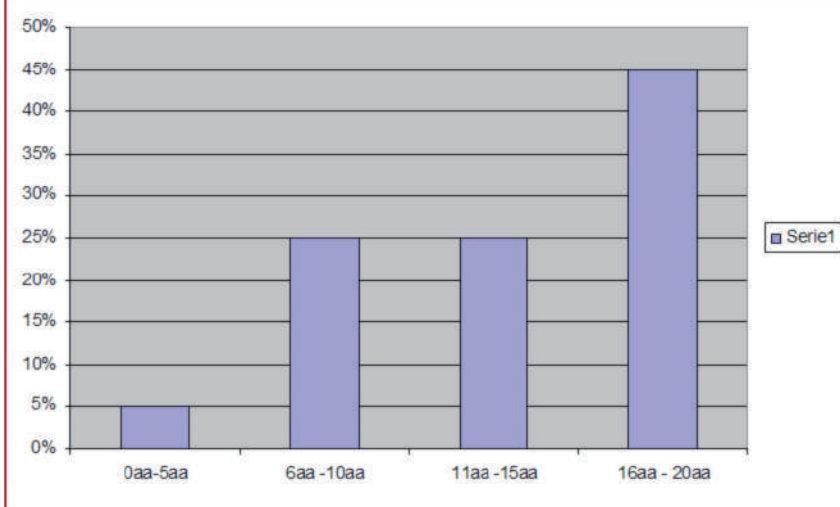


Grafico 2. anni di esperienza lavorativa



cambiamenti significativi: turnover elevato di infermieri (18 nuovi arrivi) ed il trasferimento presso i nuovi locali. Entrambe gli aspetti hanno generato l'esigenza di analizzare il livello di competenza del gruppo al fine di condividere un piano di formazione strutturato, mirato allo sviluppo di conoscenze e abilità proprie del contesto di area critica garantendo un livello omogeneo di competenza del gruppo di lavoro.

RISULTATI

Il campione di infermieri a cui è stato somministrata la scala è di 38, di cui 33 hanno compilato in modo appropriato lo strumento fornito per l'indagine. L'età anagrafica del gruppo 42% >30 aa (**grafico 1**) e gli anni di esperienza in area critica 45% >15aa (**grafico 2**). La risposta all'indagine è stata globalmente buona per l'87%, nonostante i partecipanti ab-

biano manifestato criticità in merito alla compilazione, legata al numero di item da considerare e alla difficoltà di percepire la differenza tra le componenti della competenza stessa: esempio, abilità piuttosto che conoscenza.

La lettura dei risultati è stata condotta in considerazione delle indicazioni date dall'autore della scala nelle modalità elencate:

- ▶ totale complessivo dei punti del campione nell'intervallo da 144 a 720,
- ▶ realizzazione di un data base su excell per elaborazione del punteggio medio

I risultati del campione mostrano un livello di competenza di base pari a 597 punti che nell'interpretazione fornita dagli autori rientra nell'ambito di una eccellente competenza.

L'analisi in dettaglio dei dati è presentata nella **tabella 2**, in cui i risultati, espressi in termini di media, sono suddivisi in merito agli ambiti della competenza di base al fine di evidenziare aree di maggiore criticità sul quale realizzare il rinforzo formativo.

La lettura di questi ulteriori dati evidenzia un livello medio di competenza per le diverse aree indagate che si attesta tra il moderato e il buono.

Gli ambiti dell'auto valutazione della competenza relativa a conoscenza e abilità si attestano su valori moderati (3.9) con valori ≥ 4 in particolar modo nella settorialità della competenza professionale, mentre nell'etica /legislazione il dato tende a scendere a 3.4 rispetto all'autovalutazione della conoscenza specifica.

L'area dell'attitudine evidenzia una media di 4,5, e in tutte le competenze indagate i valori sono superiori a 4 con un dato di 4,7 relativo alla collaborazione professionale.

■ DISCUSSIONE

Il campione indagato è la "fotografia" di un gruppo con un'età anagrafica compresa tra 25 e 30aa per il 43% mentre per il 51% tra 31 e 50 anni, (**grafico 1**) con un'esperienza in area di emergenza maggiore agli 11 anni che supera il 70%. (**grafico2**).

Altra riflessione di rilievo è relativa al livello di competenza percepito nell'ambito dell'esperienza che si attesta ad una media di 4.

Il gruppo infermieristico, campione dell'analisi, si presentava costituito dal 30% di soggetti, con un'esperienza nel servizio < 10 anni, e dal 70% di infermieri con esperienza > 10 anni. Il dato appare quindi rilevante rispetto all'autovalutazione del gruppo rispetto a tale ambito, infatti si autovaluta con un

buon livello di esperienza nelle diverse competenze cliniche e professionali indagate.

È ipotizzabile un'ulteriore indagine correlata alla percezione di autonomia del professionista rispetto ad attività abitualmente impiegate in urgenza che sottendono abilità da sviluppare e da supportare con conoscenze specifiche. Anche l'area delle linee guida presuppone la necessità di un rinforzo formativo rispetto alle regole asettiche a cui attenersi nell'ambito delle diverse procedure.

Il sotto-dominio dell'etica e della legislazione ha evidenziato un gruppo che per il livello espresso dalla scala ritiene importante l'argomento e riconosce carenze legate alla conoscenza e alle abilità in loro possesso.

È appropriato sottolineare che rispetto agli item considerati, il gruppo evidenzia una conoscenza ed un interesse rispetto al codice deontologico buoni, ma rimarca l'esigenza di aumentare le conoscenze rispetto alla legislazione in merito alla salute in generale, alla normati-

va sul trapianto di organi e sul concetto di efficienza economica. Si sottolinea come nella percezione dell'attitudine, intesa come atteggiamento e sistema valoriale del professionista si è rilevato un livello medio di 4,5, dato che può essere letto come una sensibilità ed un interesse spiccato del gruppo verso la totalità degli elementi considerati evidenziando un gruppo positivo e motivato a crescere nell'ambito di tutti i sotto domini indagati; si pone l'accento in particolare sull'attitudine a collaborare con il team, con altri servizi e con gli accompagnatori dell'utente che raggiunge un livello medio di 4,7, e sulla capacità di prendere decisioni e risolvere problemi con un livello di 4,6. Tali dati rappresentano un substrato fondamentale su cui attivare percorsi formativi volti all'acquisizione di autonomia nella gestione dei percorsi integrati dei pazienti che afferiscono per svariati motivi al pronto soccorso e che necessitano di una continuità di cura presso altri servizi dell'azienda.

Tabella 2: analisi dei risultati

Competenze di base	Conoscenze	Abilità	Attitudini	Esperienza	Tot.
<i>Competenze cliniche</i>					
- principi dell'assistenza infermieristica	3,9	3,9	4,6	4,1	4,1
- linee guida	3,9	4	4,3	4,3	4,1
- interventi infermieristici	4,1	4,1	4,5	4,2	4,2
<i>Competenze professionali</i>					
- etica/legislazione	3,4	3,5	4,2	3,6	3,7
- processo decisionale	4	4,2	4,6	4,1	4,2
- crescita professionale	4,1	4,1	4,5	4,2	4,1
- collaborazione	4,2	4,2	4,7	4,2	4,3
	3,9	3,9	4,5	4	



Analizzando i risultati alla luce della letteratura ed in particolare della ricerca di Lakamann, si evidenzia una similitudine nei gruppi di ricerca su alcuni aspetti.

La percezione relativa alla competenza clinica risulta più alta rispetto a quella professionale, e in modo analogo, gli infermieri, in cui gli infermieri si percepiscono più carenti negli aspetti etici e di legislazione che in quelli più clinici.

La riflessione dei ricercatori Finlandesi, ipotizza che il contesto specifico dell'area critica, richieda al personale infermieristico abilità tecniche e cliniche maggiori e che le stesse, vengano quotidianamente acquisite e mantenute, in un ambito di autonomia che aumenta con l'esperienza.

Tra le conoscenze di base (abilità, attitudini, esperienze) si

sottolinea un alto livello di percezione rispetto all'area delle attitudini. Si ritiene che tale elemento abbia un significato anche a sostegno dell'allocazione delle risorse umane in contesti specialistici quale l'area critica, dove la predisposizione individuale diviene substrato sul quale ancorare conoscenze e competenze.

La letteratura evidenzia una maggiore predisposizione all'auto-formazione, nei contesti assistenziali di carattere intensivo (rianimazione, pronto soccorso, utic) anche il gruppo di indagine mostra la stessa tendenza e si ipotizza che la motivazione sia correlata agli aspetti tecnici e clinici delle aree di ricerca, rafforzando la significatività del risultato evidenziato rispetto alla percezione di competenza clinica sia in letteratura che in questo studio.

■ CONCLUSIONE

Questo studio ha utilizzato una scala specifica per l'auto valutazione della competenza in pronto soccorso, con l'obiettivo di evidenziare le aree in cui far convergere interventi formativi e di sviluppo individuale di competenze. È stato visionato il piano formativo aziendale con la relativa proposta di corsi di aggiornamento continuo. Sono stati individuati eventuali corsi di pertinenza rispetto alle aree di competenze da sviluppare.

Competenze cliniche, linee guida

- cateteri intravascolari : good clinical practice
- condivisione del PDTA aziendale "ictus ischemico acuto"
- le infezioni correlate all'assistenza nel nuovo millennio
- preveniamo le infezioni..laviamoci le mani.
- prevenzione delle cadute in ospedale
- prevenzione del suicidio in ospedale
- revisione generale del buon uso del sangue

Competenze cliniche, interventi infermieristici

- il fine vita e l'accompagnamento alla morte
- la complessità del dolore, valutazione e approccio terapeutico di varie sindromi dolore.
- la relazione che cura 1 e 2

Competenze professionali, etica e legislazione

- donare , perché
- donazioni e prelievo di cornee
- la responsabilità professionale in sanità
- sicurezza delle cure e responsabilità professionale nel nuovo contesto scientifico

Competenze professionali, processo decisionale

■ il ragionamento diagnostico nella professione infermieristica

Come evidenziato, i corsi presentati dall'azienda offrono buone opportunità per colmare le criticità evidenziate durante l'analisi.

Sulla base di quanto descritto in precedenza, sono stati individuati degli obiettivi formativi correlati alle aree di competenza sottoposte ad autovalutazione come descritti in **tabella 3**.

Lo studio ha proposto un modello di autovalutazione delle competenze in uno specifico ambito quale il contesto dell'area critica, ove appare evi-

dente, dalle ricadute pratiche correlate ai bisogni formativi, quanto una valutazione delle competenze in tutte le aree di assistenza possa risultare fondamentale per far fronte alle specifiche conoscenze richieste nei diversi ambiti di cura.

Analizzare le competenze a partire dall'autovalutazione, significa dare valore alla percezione del professionista, pianificare una formazione mirata.

Definire la competenza dei professionisti della salute è uno dei fondamentali costrutti scientifici per determinare e affinare i processi formativi in divenire, che devono essere attivati per una risposta di qualità ed al passo con le nuove scoperte scientifiche, questo perché si

deve sempre cercare di comprendere come l'acquisizione di conoscenze si traduca o venga trasformata in capacità di comprensione, di azione e di scelta da parte dei soggetti coinvolti e come tale risultato del processo formativo, si trasformi in saperi e abilità, cioè nella loro propria capacità non solo di agire nella realtà ma anche, e soprattutto, di interpretarla e di interagire con essa.

Inoltre tutto ciò può essere utile alle organizzazioni sanitarie per identificare le competenze necessarie per prestazioni infermieristiche eccellenti.

Per questo motivo l'utilizzo sistematico nella pratica di uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieri-

Tabella 3: Obiettivi

<p>Competenze cliniche: - principi di assistenza infermieristica - linee guida -interventi infermieristici</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sviluppare le competenze necessarie per garantire la sicurezza del paziente; la prevenzione e gestione del rischio clinico può essere attuata solo stimolando una maggior consapevolezza nei professionisti circa le proprie responsabilità nella identificazione degli ambiti di maggior rischio e nell'adozione di comportamenti appropriati in relazione alle diverse attività clinico-assistenziali. ● Sviluppare e sostenere le competenze nella gestione dell'emergenza-urgenza, attraverso l'addestramento alle tecniche rianimatorie del personale sanitario selezionato. <p>Sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di percorsi assistenziali, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali ed i principi basati sull'evidenza.</p>
<p>Competenze professionali: etica/legislazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sviluppare e sostenere la conoscenza degli aspetti etico-deontologici legati all'ambito sanitario, al fine di indirizzare e guidare i comportamenti e le scelte assistenziali secondo valori riconosciuti e condivisi nella struttura. ● Sostenere la responsabilità professionale attraverso lo sviluppo delle conoscenze relative al contesto normativo sanitario al fine di riconoscere ed utilizzare adeguatamente le opportunità e i vincoli che il sistema propone, in particolare in merito alla gestione della documentazione sanitaria.
<p>competenze professionali: processo decisionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sviluppare e aggiornare le competenze tecnico-professionali per rispondere efficacemente alla domanda di diagnosi, terapia ed assistenza, coerentemente con le continue innovazioni scientifiche basate sull'evidenza e le linee guida di riferimento

stiche è consigliabile in diversi ambiti.

Una delle scale validate e applicabile ai diversi contesti, che può risultare utile è la Nurse Competence Scale (NCS): uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche sviluppato in Finlandia tra

il 1997 e il 2003, poi sperimentato in altri paesi e in diversi setting (emergenza, terapia intensiva, sala operatoria, medicina, chirurgia, neurologia, psichiatria) ed utilizzata sia su infermieri neolaureati sia su quelli esperti.

In tal modo possono essere in-

dividuate le aree di competenza che hanno bisogno di essere valorizzate o che già sono un valore aggiunto professionale, tenendo conto anche di quei fattori socio demografici che influiscono direttamente sulla percezione del livello di competenza.

■ BIBLIOGRAFIA

- ⁱ D.Massai, A.Amerini, S.Borgellini, S. Bugnoli "Perché l'analisi delle competenze!" *L'infermiere* 4/2007 :2-40
- ⁱⁱ Schiver J.A., Talmadge R., Chuong R., Hedges J.R., "Emergency nursing: historical, current and future roles." *Journal of emergency nursing* 2003-29 (5):431-439.
- ⁱⁱⁱ Tyrode A., "The growth, development and building of the emergency nurse." *Australian emergency nursing journal*. 1999-2(2),11.
- ^{iv} Kilpatrick K., Lavoie-Tremblay M., Lamothe I., Ritchie J.A. " Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness" *Journal of advanced nursing*. 2012.
- ^v Sasso L., Bagnasco A.M., Watson R., "competence sensitive-outcome" *JAM*, volume 73:5,2017;1002-1003
- ^{vi} Campo, T., McNulty, R., Sabitini, M., Fitzpatrick, J., 2008. Nurse practitioners performing procedures with confidence and independence in the emergency care setting. *Advanced Emergency Nursing Journal* 30 (2), 153-170
- ^{vii} Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., Kaira, A.M., 2004a. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management* 12, 329-336.
- ^{viii} Bickley, L.S., 2007. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. Lippincott Williams & Wilkins, New York.
- ^{ix} Adam, S., 2004. Plugging the gap: critical care skills are the current universal commodity. *Nursing in Critical Care* 9 (5), 195-198.
- ^x Drigo E, Moggia F, Giusti GD, Fulbrook P, Albarran JW, Baktoft B, Sidebottom B. Studio osservazionale sul livello di conoscenze degli infermieri di Terapia Intensiva italiani (Observational study on the level of knowledge of nurses of Italian Intensive Care). *L'infermiere* 2012; 6: 93-100.
- ^{xi} Sponton A, Zoppini L, Iadeluca A, Angeli C, Caldarulo T. Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della Nursing Competence Scale (Mapping the nursing skills for organizational development: Use of Nursing Competence Scale). *Evidence* 2013; 5:
- ^{xii} Mc Cready T. Portfolios and the assessment of competence in nursing: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 143-51.
- ^{xiii} Cowin LS, Hengstberger-Sims C, Eagar SC, Gregory L, Andrew S, Rolley J. Competency measurements: Testing convergent validity for two measures. *J Adv Nurs* 2008; 64: 272-7.
- ^{xiv} Riitta-Liisa Lakanmaa, et al."Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study" *BioMed Research International* Volume 2015, Article ID 536724, 12 pages
- ^{xv} Montedoro C. *Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica*. 3rd ed. Isfol, ed. Milano: Casa editrice Franco Angeli; 2002.

DOTT. MARIO FIUMENE

Consulente sanitario esperto di management e cure territoriali, Vice Presidente Sezione Provinciale ISDE Oristano.
mariofiumene@gmail.com

RIFLESSIONI SUL TEMA SALUTE



DELLA POPOLAZIONE IN SARDEGNA

ABSTRACT

Sono state elaborate delle riflessioni a proposito dei servizi sanitari presenti sul territorio e delle politiche del Servizio Sanitario Regionale della Regione Sardegna.

L'autore utilizza come base la letteratura specifica, si avvale di studi di ricerca in cui si sono analizzate le percezioni della popolazione, i dati socio demografici e le osservazioni degli Infermieri e di altri professionisti sanitari attivi nelle Cure domiciliari. I cittadini hanno contribuito, con racconti e segnalazioni rispetto alle prestazioni sanitarie.

ABSTRACT

Reflections were elaborated about the health services present in the area and the policies of the Regional Health Service of the Region of Sardinia.

The author uses the specific literature as a basis, makes use of research studies in which the perceptions of the population and socio-demographic data and the observations of nurses and other health professionals active in home care have been analysed. Citizens have contributed, with stories and reports on health services.



■ Di recente si è aperto un dibattito in merito allo studio di ricerca che il CRENoS (Centro di ricerche economiche nord-sud), braccio e mente delle due Università sarde di Cagliari e Sassari, ha presentato il rapporto annuale sui dati inerenti l'analisi statistica ed economica della Sardegna. Appare opportuno approfondire il tema dibattuto con la finalità di stimolare un attento ragionamento e una riflessione sulla salute della popolazione sarda, anche attraverso la ricerca epidemiologica. La discussione aperta riguarda i dati e le opinioni espresse da quei cittadini che hanno risposto alle domande dei ricercatori. All'atto della presentazione ufficiale del documento, viene messo in dubbio il metodo della ricerca: a dir di qualcuno, non proprio sconosciuto all'Uniss e all'Assessorato alla Sanità e politiche sociali, il metodo non sarebbe scientifico. C'è da porre alcune domande: la prima è: chi per conto delle due Università, controlla i documenti che CRENoS elabora? E ancora: se codesto Centro di ricerche è stato costituito dalle due Università (1993), ci sarebbe da aspettarsi un riconoscimento dei documenti prodotti; c'è al contrario una presa di distanza, peraltro a posteriori.



Ma soprattutto si prospetta una indagine interna riguardante proprio materiali e metodi di raccolta dati e successiva elaborazione degli stessi. Un'altra domanda è la seguente: quanti tra gli addetti ai lavori in ambito socio sanitario e quanti, in anni precedenti, tra i componenti il Consiglio e la Giunta, hanno letto ed esaminato i dati del CRENoS?

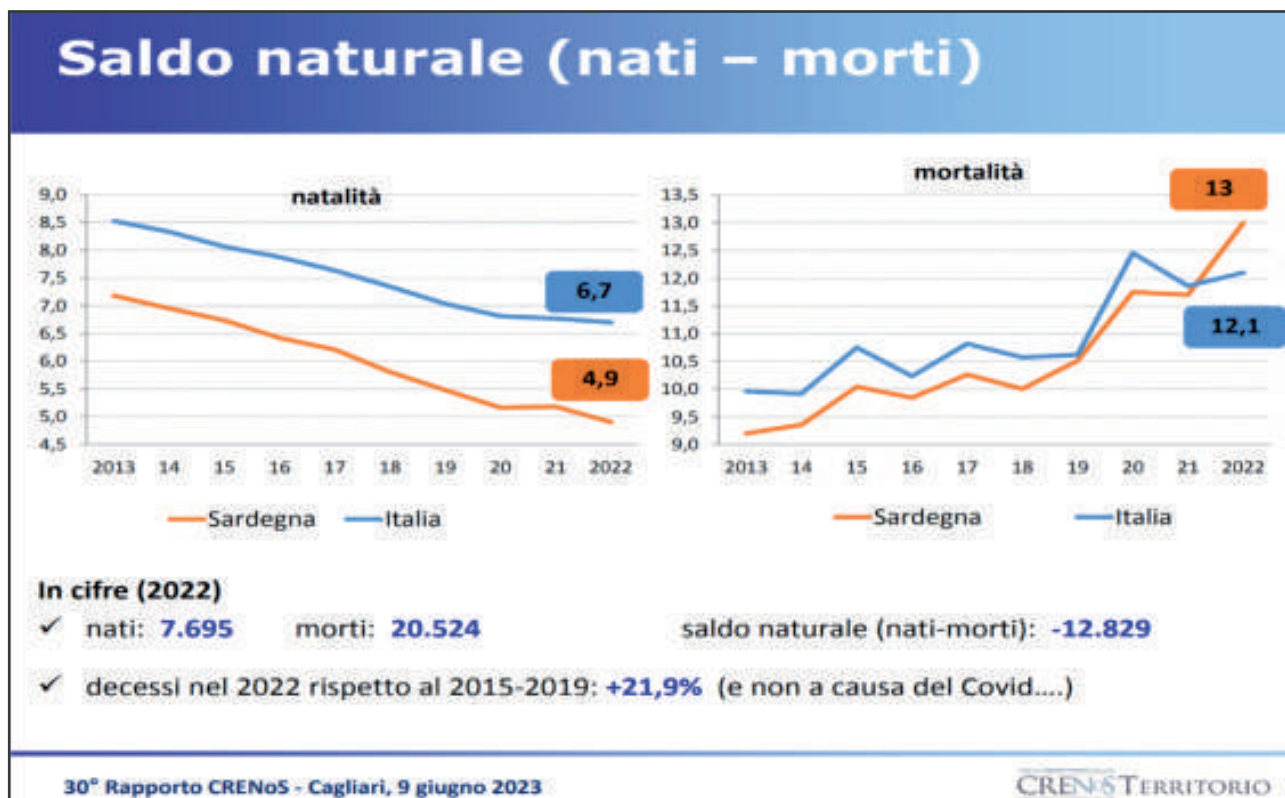
Dal dibattito che si è aperto nel mese di giugno 2023, appare che tanti, troppi, sono lontani dal significato concernente una raccolta dati.

Trattandosi di ricerca universitaria abbiamo il dovere di credere che il rapporto riporti dati veri e altrettanto dicasi di quelle che sono raccontate come percezioni negative dei sardi, riguardo la condizione di vita e la possibilità di usufruire adeguatamente del Servizio Sanitario Regionale. Questa percezione ha una sua concreta e reale materializzazione attraverso le decine e decine di manifestazioni, che tanti cittadini dei vari ambiti territoriali organizzano.

Purtroppo i Comitati proponenti poco si confrontano su materiali e metodi da seguire per un Piano di Rinascita della Sanità sarda. Per non parlare di quanto avviene a livello nazionale, pensiamo al piano Gimbe, a quello di Cittadinanzattiva, a tutti gli appelli lanciati per difendere la sanità pubblica (La sanità è sotto attacco) tramite le piattaforme sindacali.

Si vuole sottolineare la posizione sulla sanità pubblica della Regione Sarda. Il fatto che sia stato l'Assessore alla Sanità e politiche sociali della Sardegna a firmare a favore dell'autonomia differenziata la dice lunga sulla sua personale posizione e su quella degli altri componenti, compreso il Presidente della Giunta.

Dovrebbero provare ad entrare nelle case dei Sardi che vivono nei piccoli paesi dell'interno e anche in quelli costieri per capire cosa significa prenotare una visita specialistica, per capire quanto costa pagare un'auto privata per farsi accompagnare ad effettuare la visita!! Forse si è convinti che con gli ambulatori AsCot (Ambulatori straordinari di comunità territoriale) si faccia Sanità di qualità e di prossimità? I Professionisti che vi operano hanno le loro competenze e nessuno mette in dubbio la loro professionalità, ma sono convinto che anche loro affrontano un modo di lavorare sicuramente inadeguato alle aspettative. All'atto della presentazione del Rapporto CRENoS è stato detto: «È necessario definire con urgenza un progetto condiviso di rinnovamento, basato su alcuni pilastri fondamentali: innovazione tecnologica, istruzione, ambiente, equità, qualità istituzionale, identità ed autonomia». C'è da chiedersi quale sia la progettualità in Sardegna riguardo l'Ambiente e gli esseri viventi che vivono nell'Ambiente sardo; la



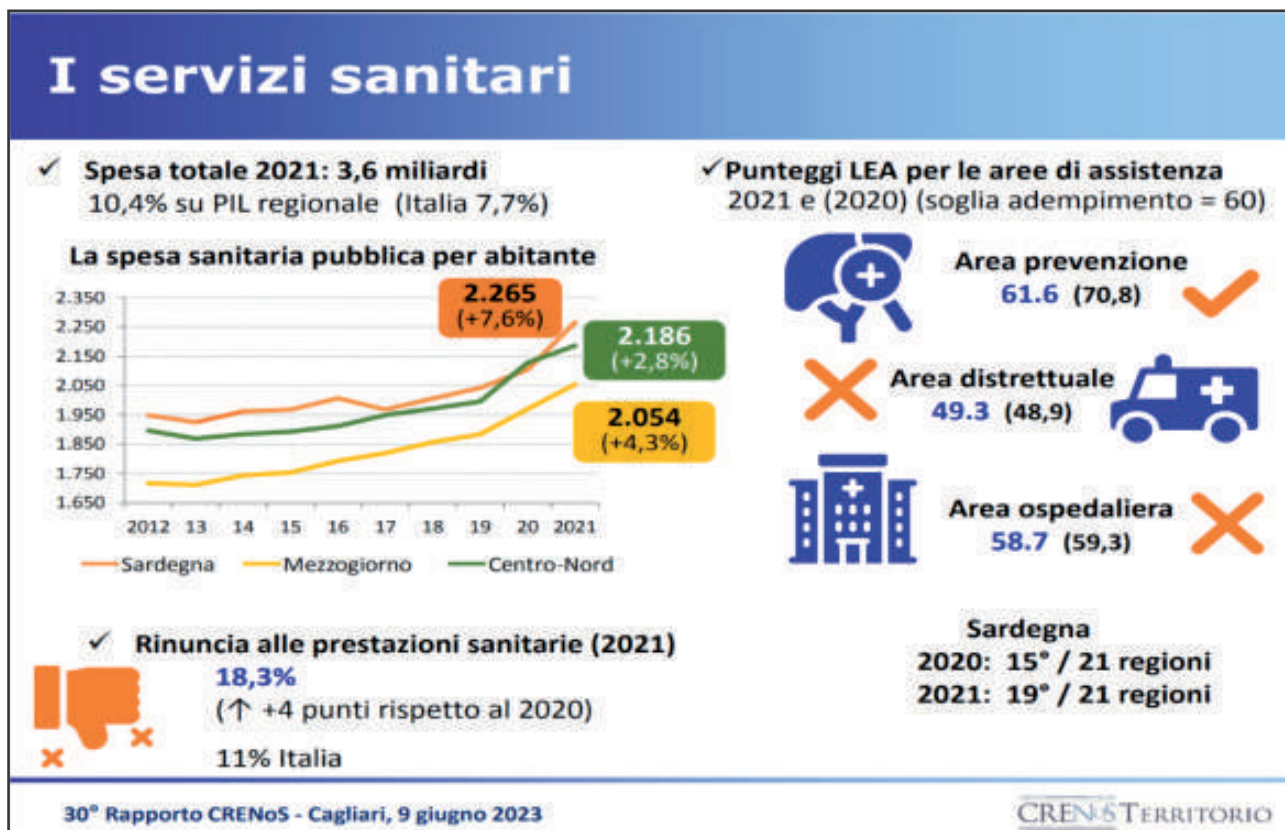
domanda è rivolta sia al mondo dell'Università sia a chi fa politica, senza distinzione di partiti. È noto che in Sardegna abbiamo dei Siti di interesse nazionale per bonifiche e i SIR Siti di interesse regionale, in tutto 18 aree a forte impatto ambientale, tra cui le aree riservate alle servitù militari, un insieme di territori sottoposti ad esposizione pluridecennale di fattori inquinanti. Ma per meglio capire la diatriba vediamo alcuni passaggi del Rapporto CRENoS.

Questa la tabella pubblicata nel Rapporto riguardo la percezione che hanno i Sardi del loro SSR. Commento del Rapporto: Nel 2021 l'11% degli utenti intervistati [dall'Istat] in Italia ha rinunciato a una prestazione sanitaria pur avendone bisogno. Questo valore risulta simile a quello medio osservato nel Mezzogiorno (10,6%), nel Centro (11,4%) e nel Nord (11,1%). Il dato sardo risulta superiore a quello delle altre aree in tutto il periodo considerato, attestandosi al 18,3% nel 2021. Come è possibile notare, la Sardegna registra un continuo peggioramento dell'indicatore, che passa da un valore minimo di 11,7% nel 2019 al valore massimo di 18,3% del 2021. Tra il 2020 e il 2021 la percentuale di utenti che rinunciano alle prestazioni sanitarie aumenta di 3,5 punti

percentuali nell'Isola, contro una crescita media nazionale di 1,4 punti percentuali.

L'approfondimento dedicato all'aumento della mortalità nel 2022 evidenzia che il fenomeno non è dovuto, se non in piccola parte, al numero delle morti per COVID-19 e che, se anche si prescinde dall'invecchiamento della popolazione, la Sardegna ha il peggioramento più forte delle condizioni di sopravvivenza rispetto al quinquennio che precede il 2020". E poco dopo a pagina 19: «Nel 2022 i decessi sono 20.524, in forte aumento in Sardegna rispetto all'anno precedente (+10,4%), e il tasso di mortalità, calcolato come numero di morti ogni mille abitanti, registra un'ulteriore impennata: dal valore 11,7 del 2021 passa a 13».

La Sardegna ha il peggioramento più forte delle condizioni di sopravvivenza rispetto al quinquennio che precede il 2020. C'è quindi un sorpasso rispetto alla mortalità italiana, che nel 2022 è pari a 12,1. Come mostrato dalla serie decennale, l'innalzamento del tasso di mortalità è un fenomeno di lungo periodo già in atto con lieve intensità prima del 2020, determinato dal progressivo invecchiamento della popolazione. Negli ultimi anni, però, tale andamento



si è aggravato drammaticamente nella Regione. Non si tiene conto dei dati epidemiologici sulla mortalità e anche i registri di mortalità non sono aggiornati. Pertanto appare opportuno fare riferimento ad un importante lavoro di ricerca epidemiologica svolto per conto di ISDE Sardegna, Istituto suddiviso in quattro sezioni provinciali, Sassari, Nuoro, Oristano e Cagliari che formano la sezione regionale, il cui compito è individuare ed affrontare le criticità ambientali e sanitarie che caratterizzano vari territori dell'Isola.

Per il crescente impegno i medici ISDE sardi sono divenuti un punto di riferimento per comitati, associazioni, individualità e amministrazioni locali, ogni qualvolta si profili una nuova minaccia per la Salute ambientale e collettiva.

In Sardegna, le criticità in materia di Salute ambientale affondano le radici in oltre mezzo secolo di politiche economiche sbagliate e poco lungimiranti.

Chi ha voluto e guidato i fenomeni di trasformazione sociale in corso tra gli anni 50 e 60 non comprese quali sarebbero stati i costi sociali, economici e ambientali, nonché le ricadute sanitarie per le collettività. Erano gli anni in cui

all'imposizione di attività militari, in 24.000 Km² di territorio, si associava una nuova cultura industriale: il Petrolchimico. Tali fenomeni fecero da apripista a numerose altre attività inquinanti che hanno concorso e continuano a concorrere alla compromissione della salute ambientale di un terzo della Sardegna esponendo a rischi di malattie da inquinamento un sardo su tre, contro la media italiana di uno su sei.

I dati preoccupanti sulla mortalità e l'incidenza di patologie connesse a tali attività, in diverse aree dell'Isola, ha indotto ISDE Sardegna a intensificare il proprio impegno scientifico, supportando le lotte locali per il diritto alla Salute e a confrontarsi con le istituzioni di ogni ordine e grado.

Per la complessità delle attività inquinanti presenti in tutta l'Isola, tra Siti di interesse nazionale per le bonifiche (SIN) e Siti d'interesse regionale (SIR), si citano come peccato originale le fonti di inquinamento militare e il Petrolchimico.

Lo studio aveva l'obiettivo di conoscere lo stato di salute dei residenti nei comuni con almeno 10 mila abitanti, con estensione dell'analisi alla restante parte della popolazione (l'insieme dei

comuni con meno di 10 mila residenti). Da tale lavoro scientifico possono essere estrapolati dei dati di estrema importanza riguardanti i territori comprendenti i due SIN, (Siti di interesse nazionale per bonifiche) e i SIR (Siti di interesse regionale), in tutto 18 aree a forte impatto ambientale, tra cui le aree riservate alle servitù militari, un insieme di territori sottoposti ad esposizione pluridecennale di fattori inquinanti.

L'auspicio è che valorizzando l'importanza e portando a conoscenza della popolazione il ruolo dell'epidemiologia ambientale per la prevenzione primaria, si giunga alla rimozione delle cause delle malattie.

Il miglioramento dei protocolli di ricerca e l'inclusione di aspetti di partecipazione e trasparenza sono sempre più considerati fondamentali per il ruolo che l'epidemiologia ambientale ha assunto a supporto dei percorsi decisionali. L'obiettivo è fornire un'analisi della mortalità per cause di decesso che ricomprenda sia l'intera regione che ogni sua articolazione territoriale comunale, non risultando pubblicata recentemente per la Sardegna alcuna indagine epidemiologica assimilabile. Utilizzando dati di fonte ISTAT è stata condotta un'analisi standardizzata per genere ed età delle cause di morte per territorio di residenza. È stato utilizzato il riferimento nazionale per

l'intero territorio sardo. Inoltre, al fine di cogliere le differenze quantitative e qualitative in fatto di mortalità fra porzioni del territorio sardo, si è utilizzato il riferimento più prossimo, ovvero quello regionale, per l'analisi di Distretti delle Aziende Socio Sanitarie Locali (ASSL), aree sarde identificate come potenzialmente idonee al deposito dei rifiuti radioattivi, Siti di Interesse Nazionale (SIN) ai fini della bonifica e singoli comuni e loro aggregazioni per dimensioni demografiche. Per i SIN e i Comuni oltre i diecimila residenti l'analisi è stata condotta per ogni causa di decesso, mentre per le altre aree statistiche ci si è basati sul raggruppamento in tre principali gruppi di cause di decesso, ovvero per le malattie circolatorie, respiratorie e per i tumori. L'analisi evidenzia in Sardegna una mortalità generale analoga a quella del riferimento nazionale per gli uomini e un difetto di mortalità per le donne.

In relazione alle principali cause di morte, in ordine di numerosità dei decessi osservati, si osservano eccessi di mortalità:

- ▶ negli uomini, per tumori, cause esterne di traumatismo e avvelenamento, malattie dell'apparato digerente e disturbi psichici.
- ▶ nelle donne, per malattie del sistema nervoso, disturbi psichici, cause esterne di traumatismo e avvelenamento e cause mal definite.





Per specifiche sedi tumorali si osservano eccessi di mortalità:

- ▶ in entrambi i generi, per tumori di colon-retto-ano e del pancreas.
- ▶ nei maschi, per tumori della prostata e del fegato, per leucemia e per tumori di labbra-cavità orali-faringe, laringe e esofago;
- ▶ nelle femmine per tumori del seno.

Si evidenzia infine un dato interessante relativo all'aumento di mortalità per malformazioni congenite e anomalie cromosomiche nei maschi e nella popolazione totale.

A livello di Distretti ASSL emerge, in entrambi i generi, un tasso superiore di mortalità generale e per malattie del sistema respiratorio nei residenti dei distretti di Iglesias e di Sassari, e per il distretto di Sassari anche per tumori.

Nell'insieme dei Comuni fino a diecimila residenti si riscontra una mortalità analoga a quella regionale, ma con un eccesso di mortalità:

- ▶ in entrambi i generi, per malattie del sistema circolatorio (in specie per infarto acuto del miocardio).
- ▶ nei maschi, per malattie dell'apparato digerente e per cause esterne (suicidio e omicidio).
- ▶ nelle femmine, per cause mal definite.

Minore è invece la mortalità per l'insieme dei tumori. L'analisi evidenzia per specifici territori di residenza, gli eccessi di mortalità generale e per cause specifiche. Si considera di interesse

primario la rilevazione degli eccessi di mortalità nell'intera Sardegna per tumori oggetto di screening (tumore del seno nelle donne e tumore del colon nella popolazione totale). Per quanto riguarda l'insieme dei Comuni di piccole dimensioni, si è rivolta particolare attenzione agli eccessi di mortalità per infarto in entrambi i generi, nel oltre che in essi, a quelli dei suicidi degli uomini, e all'eccesso di attribuzione di cause mal definite per le donne sarde in generale, e in particolare in specifici contesti locali a quelli sia dei maschi che delle femmine.

Non potendosi ipotizzare effetti causali mediante studi descrittivi di epidemiologia, si auspica che l'analisi possa far scaturire ulteriori approfondimenti epidemiologici e guidare le scelte di sanità pubblica nel dimensionamento dell'offerta dei servizi e nelle misure di prevenzione.

Nel pensare al futuro del SSR non si intravede una revisione di cosa ha davvero funzionato, e cosa meno. Ovviamente significa decidere verso quali nuovi confini spingersi per una sua necessaria ed inevitabile riorganizzazione, partendo da alcuni principi:

- **Centralità del paziente:** abbattendo definitivamente tutti i *silos* esistenti, rivalutando il percorso di cura che segue le esigenze della persona/paziente, e non obbligarlo ad adeguarsi alla nostra offerta di servizi.

Offerta resa, da decenni, rigida e complicata in accesso, ripensando agli esiti di *salute* che già

oggi, a parità di risorse impiegate, avremmo potuto raggiungere. Se vogliamo rendere il paziente *centrale*, accettandolo con tutti i suoi diversi e complessi bisogni, dobbiamo essere in grado di fornirgli risposte differenziate, ovvero smettere di dare risposte uguali a bisogni diversi e quindi individuare cosa serve a quello *specifico* paziente ed essere in grado di fornire esattamente quello che serve a lui, *niente di più e niente di meno*;

- **Adottare sistemi ambientali sani:** sono necessari per la sopravvivenza della specie umana e degli organismi viventi. Il percorso verso il raggiungimento della sostenibilità rappresenta anche una sfida sociale che coinvolge legislazioni e diritti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile;
- **Rivedere e azzerare i costi della non qualità,** ovvero tutte le attività che non producono valore, ma consumano solo risorse per *fare bene cose inutili o sbagliate*. Questo vuol dire affrontare il tema della *appropriatezza* basata sulla *evidence based medicine*;
- **Rivedere in modo integrale i sistemi di pagamento** delle prestazioni, prendendo in considerazione l'intero percorso del paziente, in modo da rendere sostenibili i servizi sia ospedalieri che territoriali.

Se ci addentriamo su temi quali: innovazione tecnologica, istruzione, equità, qualità istituzionale, identità ed autonomia, ho la certezza di smarrirmi nel labirinto delle incompiute sarde perché non c'è il filo di Arianna, inteso come sinonimo di programmazione almeno per i prossimi 10 anni. Appare opportuno rivedere e ripensare ai costi della non qualità. Se avessimo innovazione tecnologica avremo un aumento dei consumi, della produttività e dell'occupazione: invece abbiamo una sanità che è lontana dalla digitalizzazione, un'agricoltura che arretra, un sistema di trasporto interno inadeguato anche per gli studenti, solo per citare. Se parliamo di istruzione, dobbiamo scalare la montagna degli

abbandoni scolastici, manca una ampia offerta di master universitari in ambito sanitario. La qualità istituzionale: quali sarebbero le strutture istituzionali efficienti che garantiscono lo sviluppo economico? penso ai mancati progetti per il PNRR, per mancanza di professionisti capaci di avviare i progetti; il livello culturale di partecipazione dei cittadini è testimoniato dalla bassa affluenza alle urne e dalla ridotta partecipazione alla composizione delle liste elettorali. Della politica e gestione sanitaria si è già detto. Se per identità si intende quella etnica, allora non ci sono confronti con altre popolazioni: noi sardi abbiamo una nostra idea chiara di identità!! Purtroppo non abbiamo altrettanto chiara una nostra idea di autonomia.

Concludo nel dire che anche CRENoS dovrebbe essere affrancato dalle ingerenze dei partiti, non dalla Politica quella vera in quanto servizio.

■ BIBLIOGRAFIA

- 1) Università di Cagliari, UniCA, Economia della Sardegna: 30° Rapporto sull'economia della Sardegna .Temi Economici della Sardegna Anno 2023 disponibile sul sito www.unica.it
- 2) Antonello Russo 1, Cristina Mangia 2, Maurizio Portaluri 3, Domenico Scanu 4, Claudia Zuncheddu 5, Emilio A.L. Gianicolo 6,7
1 Ricercatore. Associazione Salute Pubblica, Brindisi.
2 Istituto di scienze dell'atmosfera e del clima, Consiglio nazionale delle ricerche, Lecce
3 UO Radioterapia, ASL Brindisi
4 Presidente ISDE Sardegna
5 Presidente ISDE Sez. Cagliari
6 Institute for Medical Biostatistics, Epidemiology and Informatics (IMBEI), University Medical Center of the Johannes Gutenberg University of Mainz. Germany.
7 Institute of Clinical Physiology of the Italian National Research Council (IFC-CNR), Lecce, Italy.
La mortalità in Sardegna nel periodo 2012-2017 14 febbraio 2021.
Pubblicazione su Salute pubblica, ricerca e documentazione in-formazione
Disponibile www.cagliaripost.com/sanita-isdesardegna.

ZENNARO DENNIS

Docente Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli studi di Torino
Sede San Luigi Gonzaga di Orbassano
dennis.zennaro@unito.it

LISCIANDRELLO SERENA

Infermiera Ospedale Pinerolo ASLTO3
serena.lisciandrello@gmail.com
serena.lisciandrello@edu.unito.it

IL PAZIENTE ADULTO CON DISABILITÀ INTELLETTIVA QUALI METODOLOGIE NON FARMACOLOGICHE CONTRIBUISCONO A RIDURRE L'AGGRESSIVITÀ

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La disabilità intellettiva (DI) è un disturbo con insorgenza nell'età evolutiva che include deficit intellettivi e adattivi negli ambiti della concettualizzazione, della socializzazione e delle capacità pratiche.

Le persone assistite con DI spesso manifestano un comportamento aggressivo che ha un impatto molto importante sia nella vita del paziente che in quella dei parenti (genitori, fratelli).

OBIETTIVO

Individuare le metodologie non farmacologiche per ridurre l'aggressività nel paziente con disabilità intellettiva.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione della letteratura che ha previsto la consultazione delle seguenti banche dati: PubMmed, Psychinfo, The Cochrane Library e Cinhal, nelle quali sono stati reperiti sei studi di

cui tre fonti primarie e tre revisioni sistematiche.

RISULTATI

I campioni degli studi presi in esame erano costituiti da adulti (età 18-65 anni) con DI. Gli interventi proposti erano disomogenei e includevano la terapia del massaggio e il positive behaviour support.

CONCLUSIONI

Le metodologie utilizzate hanno spesso risentito dei frequenti cambi di personale e della mancanza di scale e metodi di valutazione omogenei, idonei e affidabili per la valutazione dell'efficacia. Per avere risultati rilevanti è necessario approfondire questa tipologia di interventi e investire sulla formazione del personale sanitario affinché queste metodologie possano diffondersi maggiormente.

PAROLE CHIAVE

Disabilità intellettiva, comportamento aggressivo, interventi non farmacologici.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Intellectual disability (ID) is a disorder with onset in childhood that includes intellectual and adaptive deficits in the areas of conceptualisation, socialisation and practical skills. Persons with ID often exhibit aggressive behaviour that has a major impact on both the patient's life and that of relatives (parents, siblings).

OBJECTIVE

To identify non-pharmacological methods to reduce aggression in the patient with intellectual disability.

MATERIALS AND METHODS

A literature review was conducted that included consultation of the following databases: PubMed, Psycinfo, The Cochrane Library and Cinhal, in which six studies were found of which three were primary sources and three systematic reviews.

RESULTS

The samples of the studies examined consisted of adults (age 18-65 years) with ID. The proposed interventions were uneven and included massage therapy and positive behaviour support.

CONCLUSIONS

The methodologies used often suffered from the frequent changes of personnel and the lack of homogeneous, suitable and reliable scales and assessment methods for evaluating effectiveness.

In order to have relevant results, it is necessary to deepen this type of intervention and to invest in the training of healthcare personnel so that these methodologies can become more widespread.

KEY WORDS

Intellectual disabilities, aggressive behaviour, challenging behaviour, non pharmacological interventions.

INTRODUZIONE

Il termine di disabilità intellettiva (DI) utilizzato dal DSM-5 e dall'AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) definisce un disturbo con insorgenza nell'età evolutiva che include deficit intellettivi e adattivi negli ambiti della concettualizzazione, della socializzazione e delle capacità pratiche.

Per poter formulare la diagnosi devono venir soddisfatti pertanto alcuni criteri:

A. Deficit delle funzioni intellettive, come il ragionamento, la soluzione di problemi, la pianificazione, il pensiero astratto, il giudizio, l'apprendimento scolastico o l'apprendimento dall'esperienza, confermato sia da valutazione clinica che da prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate.

B. Deficit del funzionamento adattivo che si manifesti col mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali per l'indipendenza personale e la responsabili-

tà sociale. Senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana.

C. Insorgenza dei deficit intellettivi e adattivi nell'età evolutiva.

I livelli di gravità vengono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non sui punteggi di quoziente intellettivo (QI), poiché è stato giudicato che sia il funzionamento adattivo, nelle aree della concettualizzazione, della socializzazione e delle abilità pratiche, a determinare il livello di supporto necessario a mantenere una condizione di vita accettabile.

Il range di deficit spazia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento e del controllo delle funzioni esecutive ad una compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza. (American Psychiatric Association, 2013).

Il comportamento aggressivo ha un impatto molto importante sia nella vita del paziente che in quella dei parenti (genitori, fratelli); spesso un atteggiamento aggressivo, o un episodio di

aggressività implicano un'esclusione della persona disabile che può suscitare paura in chi lo circonda.

In una metanalisi della Cochrane Library (Alì A, 2015) i problemi comportamentali dei pazienti con DI, oltre agli agiti aggressivi, comprendono anche:

1. distruzione dell'ambiente;
2. autolesionismo;
3. comportamento sessuale inappropriato;
4. comportamento offensivo

Spesso per contenere questi agiti vengono prescritti antipsicotici somministrati non soltanto come terapia giornaliera, ma anche come terapia al bisogno per meglio contenere questi episodi.

In Italia oltre quattro milioni di persone sono affette da disabilità, pari al 6,7% della popolazione (Eurostat, 2015), questi dati non riportano però la percentuale di pazienti con DI.

Uno studio epidemiologico su base comunitaria negli USA ha trovato che la prevalenza di aggressione è stata del 9,8% e nel biennio l'incidenza è stata di 1,8%. La prevalenza di episodi di aggressività da parte di pazienti con disabilità intellettiva o disabilità multipla è circa del 45%.

Proprio per l'alta prevalenza è importante studiare nuove strategie di intervento da affiancare alla terapia farmacologica.

Dati relativi all'UK riportano invece come la popolazione adulta affetta da disabilità intellettiva riporti problematiche comportamentali che vanno dal 6,1% nelle comunità al 40% nelle lungodegenze ospedaliere e dal 10% al 15% sulla totalità della popolazione con DI. (Emerson E, 1997) Gli agiti aggressivi hanno un impatto significativo sull'individuo, sia per quanto riguarda l'integrazione sia per quanto riguarda la prescrizione di farmaci (Bruisma E, 2020).

L'uso off-label di farmaci antipsicotici nelle persone con disabilità intellettive è una delle principali preoccupazioni per la salute pubblica in tutto il mondo.

Nel Regno Unito, si stima che ogni giorno circa 35.000 adulti con disabilità intellettive ricevono farmaci psicotropi inutilmente.

A causa di tali preoccupazioni nel Regno Unito, il servizio sanitario nazionale inglese ha intrapreso una grande campagna chiamata Stop Over-Medication of People con ID, autismo, o entrambi.

■ MATERIALI E METODI

Per raggiungere l'obiettivo è stata effettuata una ricerca per rispondere al quesito: nei pazienti adulti con disabilità intellettiva le metodologie non farmacologiche contribuiscono alla riduzione dell'aggressività e degli atteggiamenti sfidanti?

La ricerca è stata condotta da febbraio 2022 sino al 10 agosto 2022. Sono state consultate le seguenti banche dati: PubMmed, Psychinfo, The Cochrane Library e Cinhal.

Le parole chiave utilizzate sono state: "Intellectual disabilities, aggressive behaviour, challenging behaviour, non pharmacological interventions".

Per la ricerca sono stati utilizzati sia termini liberi sia termini tesoro Mesh combinati fra loro con l'inserimento degli operatori booleani AND e/o OR.

Nella prima ricerca esplorativa sulle quattro banche dati sopracitate sono emersi 446 articoli sul tema; visto il numero consistente di articoli reperiti, sono stati applicati alcuni criteri affinché la ricerca risultasse più pertinente all'argomento scelto.

Criteri di inclusione

- Valutazione degli interventi non farmacologici con obiettivo di prevenire o ridurre l'aggressività e gli atteggiamenti sfidanti nell'adulto con disabilità intellettiva;
- Campione che includa partecipanti dai 18 ai 65 anni;
- Pubblicazione comprese tra 2014 e il 2022.



Criteri di esclusione

- Riferimento a una popolazione anziana o pediatrica.
- Riferimento a specifiche patologie genetiche che causano un ritardo mentale (es. X- fragile, Sindrome di Praden Willi, Sindrome di Down).
- Riferimento alla disabilità intellettiva nel paziente con diagnosi di disturbo dello spettro autistico.
- Riferimento a disabilità intellettiva lieve.

L'introduzione di questi criteri ha portato alla selezione di sei studi totali: tre studi primari e tre studi secondari.

■ RISULTATI

STUDI PRIMARI

Lo studio di Bosco A. è un trial randomizzato e ha avuto come obiettivo quello di indagare l'impatto della formazione basata sulla PBS nel modificare il comportamento in pazienti con DI. Nella formazione sono state coinvolte diverse figure, tra cui ventuno operatori sanitari. (A. Bosco, 2019)

Il secondo studio reperito è un RCT di Chan J.S.L. l'obiettivo è stato valutare l'efficacia di interventi di terapia del massaggio e di interventi multisensoriali per ridurre i comportamenti sfidanti e facilitare la cura nel lungo termine. (J.S.L. Chan, 2017)

L'ultimo studio di Deb S., un trial, pone l'attenzione su uno strumento sperimentale, SPECTROM, che ha come obiettivo principale la formazione del personale sanitario e dei familiari sull'utilizzo dei farmaci per il controllo dei comportamenti aggressivi e come questo possa essere ridotto con una maggiore consapevolezza. (S. Deb, 2021)

STUDI SECONDARI

La revisione sistematica di Bruisma E. ha indagato le evidenze e l'efficacia a lungo termine di diversi interventi non farmacologici. (E. Bruisma, 2020)

Il secondo studio, una metanalisi di Graser J., vuole mostrare l'efficacia del CBT con pazienti con DI. (J. Graser, 2022)

L'ultimo studio reperito, anch'esso una revisione sistematica di Patterson C.W, pone l'attenzione

all'utilizzo delle terapie della terza ondata adatte al paziente con DI e se queste producano benefici. I risultati di questa revisione sono stati suddivisi per aree di intervento. (C.W. Patterson, 2019)

■ DISCUSSIONE

L'obiettivo di questa ricerca è quello di individuare metodologie non farmacologiche e loro efficacia nella riduzione dell'aggressività in pazienti adulti con disabilità intellettiva.

I pazienti inseriti nei vari studi hanno età tra i 18 e i 65 anni, sono affetti da ritardo cognitivo moderato e grave e vivono in contesti molto differenti tra loro: ambiente comunitario e domicilio. Questa disomogeneità dei contesti in cui sono stati svolti gli studi ha portato a risultati molto differenti tra loro rendendo gli studi poco generalizzabili.

La maggior parte degli studi presi in esame riporta come risultato una riduzione moderata dell'aggressività e degli atteggiamenti sfidanti. Soprattutto negli studi primari viene presa in esame la formazione dei caregiver e del personale sanitario, vengono presentate diverse tecniche PBS, MT, MST e ciò su cui tutti gli studi concordano è la necessità di ulteriori approfondimenti e studi che avvalorino o provino l'effettiva efficacia.

Nello studio di Bosco (A. Bosco, 2019) che aveva un campione di 108 partecipanti l'utilizzo della PBS è stata effettuata principalmente da terapisti che, in parallelo hanno svolto attività formativa per operatori sanitari e caregiver. Il campione scelto comprendeva pazienti sia con disabilità moderata con abilità verbali che pazienti con disabilità severa la cui capacità di verbalizzazione era compromessa. Rispetto all'attività formativa vengono evidenziate le difficoltà nel condurre questo studio e l'applicazione della PBS: i cambi continui di operatori, il poco tempo a disposizione da parte dei caregiver e dello stesso personale sanitario hanno influito negativamente sulla raccolta dei dati e sulla verifica dei risultati. Inoltre, i questionari utilizzati per la raccolta dei risultati spesso contenevano degli items che comprendevano temi probabilmente non trattati in tutti i percorsi formativi. L'utilizzo di diversi strumen-

ti specifici per le formazioni (alcune sono state svolte in presenza altre online) ha portato ad una parziale trattazione di alcuni argomenti che erano poi richiesti come riferimenti negli items dei questionari finali.

Altra difficoltà riscontrata è stata l'eterogeneità dei contesti in cui questa formazione è stata fatta e il diverso grado di disabilità dei pazienti coinvolti: per lo più in ambienti comunitari, ma anche di caregiver e di personale assistenziale privato. Ciò che emerge dallo studio di Bosco (A. Bosco, 2019) è comunque una scarsa efficacia di questa tipologia di approccio al paziente con disabilità intellettiva severa mentre con il paziente con disabilità moderata sono stati riscontrati maggiori e migliori risultati.

L'utilizzo di terapia del massaggio e terapia multisensoriale restituiscono dei risultati positivi (J.S.L. Chan, 2017) per quanto riguarda la riduzione di comportamenti sfidanti, ma i dati riportati dallo studio non sono statisticamente rilevanti. Viene riportata una differenza e un miglioramento del gruppo sottoposto al trattamento rispetto al gruppo controllo, ma i dati sono relativi ad un campione molto ridotto.

Viene riportata la tipologia di interventi fatti: individuali a piccoli gruppi, solo con interventi di massaggio, solo con interventi multisensoriali e interventi misti massaggio-multisensoriali.



I pazienti hanno manifestato una maggiore interazione con l'ambiente circostante e, all'osservazione sono risultati più rilassati rispetto a chi non ha partecipato all'attività anche se una maggiore risposta si ha avuta con l'intervento che adotta sia tecniche di massaggio che metodologie multisensoriali. Questo studio ha dei limiti prevalentemente per quanto riguarda il contesto ambientale di intervento, ovvero un ambiente comunitario; il fatto di non aver effettuato interventi in altri contesti di cura non permette di generalizzare l'intervento sull'intera tipologia di pazienti. I prossimi studi dovrebbero includere interventi anche su pazienti che vivono a casa.

Lo studio di Deb (Deb S, 2021) è uno dei pochi che affrontano il problema della eccessiva medicalizzazione con uso di farmaci psicotropi per gestire i comportamenti aggressivi e sfidanti. Uno degli obiettivi principali raggiunto con SPECTROM (programma di formazione che utilizza un metodo di co-produzione per aiutare e sostenere il personale di assistenza nelle comunità, per la riduzione della somministrazione di farmaci psicotropi tra gli adulti con disabilità intellettiva) è stata la formazione del personale di supporto sulle alternative ai farmaci, come la PBS, per affrontare i comportamenti problematici, e dotarli delle competenze necessarie per condurre regolarmente le revisioni dei farmaci all'interno del gruppo di lavoro; questi strumenti aiutano il personale a prepararsi al meglio per le revisioni formali dei farmaci effettuate dai medici, e consentirà loro di fornire informazioni migliori.

Altri aspetti importanti di SPECTROM sono: migliorare il coinvolgimento del personale con il paziente, i suoi familiari e gli altri professionisti; capire la persona che sta dietro al comportamento piuttosto che concentrarsi sul comportamento sfidante in sé e impegnarsi nello sviluppo di abilità, tra cui la comunicazione e le interazioni sociali, con la persona assistita.

Infatti, la creazione di questo programma SPECTROM per la formazione del personale, sia per quanto riguarda la conoscenza dei farmaci che per l'osservazione dei prodromi di un eventuale comportamento difficile hanno portato dei risultati positivi anche se purtroppo ancora limitati. SPECTROM insegna anche al personale come riconoscere il proprio stress nel reagire ai comportamenti difficili e come affrontarli.



cademie a cui operatori del settore e non possono accedere per l'apprendimento di metodologie non farmacologiche da applicare nei contesti di cura. Queste accademie, scuole, corsi hanno una validità professionale riconosciuta, l'operatore che si avvicina a questa tipologia di interventi, non solo ha un arricchimento della propria cultura professionale, ma ottiene titoli validi affinché tali interventi possano essere utilizzati nei contesti di cura. Spesso queste attività, in Italia, vengono svolte da associazioni di volontariato o all'interno di comunità e centri diurni per disabili, da operatori che mettono in campo risorse personali, ma senza che queste abbiano un vero e proprio riconoscimento professionale.

In questo modo si interrompe il ciclo negativo dei comportamenti problematici e insegna al personale ad adottare un approccio non conflittuale in quelle situazioni, dando così inizio a un ciclo positivo.

Negli studi in cui è prevista la formazione sia del personale sanitario che dei caregiver il limite maggiore è l'eterogeneità della professionalità delle figure coinvolte che porta quindi a risultati molto differenti tra loro e poco comparabili.

I risultati della letteratura secondaria sembrano non concordare con ciò che è riportato degli studi primari; mancano per altro rendiconti puntuali di questi ultimi, scale di misurazione dei risultati per capirne l'efficacia e studi più approfonditi con campioni più numerosi.

I risultati delle metanalisi sono spesso contrastanti tra loro, riportando una evidenza di efficacia per alcune tipologie di interventi e una scarsa ricezione di altri interventi. Ciò che emerge da tutte e tre le revisioni sistematiche è che l'intervento risulta essere efficace laddove si protrae nel tempo.

I risultati degli studi confermano la necessità di implementare la ricerca su questo tema.

La maggior parte sono studi anglosassoni o asiatici, dove gestione e cura del paziente con disabilità intellettiva sono molto differenti da quella italiana: vi è una maggiore istituzionalizzazione da un lato, dall'altro esistono vere e proprie ac-

■ LIMITI E SVILUPPI FUTURI

Negli ultimi anni ci sono stati tagli economici che hanno influito pesantemente sull'organizzazione dei luoghi di cura sociosanitari e assistenziali, la mancanza di fondi ha fatto sì che molte attività svolte da professionisti venissero gradualmente eliminate o lasciate alla gestione del personale interno le cui competenze non possono eguagliare le competenze dei professionisti, acquisite con formazione e progettualità.

Questa tipologia di interventi richiede tempi lunghi, spesso i risultati sono visibili dopo molti anni, la pianificazione aziendale, invece, prevede l'investimento in attività che abbiano riscontri a breve termine e che, da un punto di vista soprattutto economico, abbiano un rientro immediato. Per il futuro sarebbe interessante poter potenziare l'utilizzo di terapie psicotrope che contrastino l'aggressività in questi pazienti, promuovendo una pianificazione a lungo termine, con risorse economiche assegnate, per attivare una formazione omogenea per il personale sanitario.

■ CONCLUSIONI

I risultati riscontrati dalla revisione evidenziano come metodologie non farmacologiche utilizzate con il paziente con disabilità intellettiva siano ancora poco utilizzate e moderatamente efficaci.

Per approfondire la validità di questa tipologia di interventi andrebbero implementate parallelamente sia la ricerca che la formazione e il numero degli operatori rendendo più accessibili percorsi formativi, affinché queste metodologie possano essere utilizzate. La maggior diffusione di questi interventi potrebbe rendere gli studi più omogenei e quindi generalizzabili; per rispettare la metodologia della ricerca, i risultati vanno valutati a breve e a medio termine.

Sarebbe utile procedere con dei progetti realizzati su tutto il territorio nazionale, sia per aggiornare le competenze professionali del personale sanitario, attraverso corsi di formazione nei quali introdurre nuovi approcci di cura, sia per dare la possibilità di creare protocolli di intervento da applicare nei diversi setting sociosanitari al fine di ottimizzare l'assistenza ai pazienti con disabilità intellettiva.

■ BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. [consultato nel febbraio del 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.psychiatry.org>.
- AAIDD American association on intellectual and developmental Disabilities. [consultato nel febbraio 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.aaidd.org>.
- Ali A, Hall I, Blickwedel J, Hassiotis A. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. Vol. 2015, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2015.
- Eurostat. Dati sulla disabilità intellettiva 2015. [consultato a marzo 2022]. Disponibile all'indirizzo: <https://ec.europa.eu>
- Emerson E. Challenging Behaviour: Analysis and intervention in People with learning disabilities. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1997 Jan;25(1):83-5.
- Bruinsma E, van den Hoofdakker BJ, Groenman AP, Hoekstra PJ, de Kuyper GM, Klaver M, et al. Non-pharmacological interventions for challenging behaviours of adults with intellectual disabilities: A meta-analysis. Vol. 64, *Journal of Intellectual Disability Research*. Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 561-78.
- Bosco A, Paulauskaite L, Hall I, Crabtree J, Soni S, Biswas A, et al. Process evaluation of a randomised controlled trial of PBS-based staff training for challenging behaviour in adults with intellectual disability. *PLoS One*. 2019 Aug 1;14(8).
- Chan JSL, Chien WT. A randomised controlled trial on evaluation of the clinical efficacy of massage therapy in a multisensory environment for residents with severe and profound intellectual disabilities: a pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2017 Jun 1;61(6):532-48.
- Deb S, Limbu B, Unwin G, Woodcock L, Cooper V, Fullerton M. Short-Term Psycho-Education for Caregivers to Reduce Overmedication of People with Intellectual Disabilities (SPECTROM): Development and Field Testing. *Public Health*. 2021; 18:13161. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph>
- Graser, J., Göken, J., Lyons, N., Ostermann, T., & Michalak, J. (2022). Cognitive-Behavioral Therapy for Adults With Intellectual Disabilities: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. <https://doi.org/10.1037/cps0000077>
- Patterson, C. W., Williams, J., & Jones, R. (2019). Third-wave therapies and adults with intellectual disabilities: A systematic review. In *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* (Vol. 32, Issue 6, pp. 1295-1309). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jar.12619>.



Autore di riferimento:

ALFONSO SOLLAMI

Referente della Ricerca ed EBP dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma
Coordinatore Comitato Scientifico ANIN, RN, MSN, PhD
sollamiphd@gmail.com

JESSICA SIGNORASTRI

Infermiera CO Ortopedia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, RN

ANALISI DEL CONCETTO DI COMPETENZA CLINICA UNA REVISIONE NARRATIVA ATTRAVERSO IL METODO RODGERS

ABSTRACT

BACKGROUND

La competenza clinica è una questione centrale nell'assistenza infermieristica. Ci sono alcune controversie su questo concetto che necessitano di ulteriori indagini. Il presente studio è stato condotto per analizzare il concetto di competenza clinica in infermieristica.

METODOLOGIA

Questa analisi concettuale è stata condotta utilizzando il modello di Rodgers.

Nella revisione bibliografica sono stati cercati articoli pubblicati dal 2000 al 2020 in PubMed, CINAHL, Medline, APA PsycInfo, Psychology and Behavioral Science Collection. Settanta articoli ammissibili sono stati inclusi e analizzati.

RISULTATI

La maggior parte della letteratura ha definito la competenza clinica in infermieristica come una combinazione di conoscenze, abilità e attitudini coerenti con quelle della fase

di lavoro sul campo. La letteratura ha messo in risalto che acquisire competenza clinica è un processo che si ottiene nel tempo attraverso la pratica, la ripetizione e l'incremento dell'esperienza. Un infermiere deve acquisire competenze personali, sociali e professionali durante il periodo di studio e di lavoro.

La competenza clinica ha precedenti di istruzione efficiente e supporto organizzativo. Ha anche conseguenze per i pazienti e gli infermieri come la soddisfazione e l'assistenza di qualità.

CONCLUSIONE

La competenza clinica è un processo continuo di acquisizione di conoscenze, valori, atteggiamenti e abilità che unitamente alla capacità di pensiero critico portano creatività e innovazione nella pratica infermieristica.

PAROLE CHIAVE

"competenza", "competenza clinica", "definizione", "antecedenti", "conseguenze".

ABSTRACT

BACKGROUND

Clinical competence is central issue in nursing. There are some controversies about this concept that needs further investigation. The present study was conducted to analyze the concept of clinical competence in nursing.

METHODS

This concept analysis was conducted using Rodgers model. In the bibliographic review, the PubMed, CINAHL, Medline, APA PsycInfo, Psychology and Behavioural Science Collection were searched to retrieve articles published from 2000 to 2020. Seventy eligible articles were included and analyzed.

RESULTS

The majority of literature defined the clinical competence in nursing as a combination of knowledge, and skills, and attitudes that is consistent with those of the fieldwork phase.

The literature has emphasized that acquiring clinical competence is a process that is achieved over time through practice, repetition and increase of experience. A nurse needs to acquire personal, social and professional competencies during the study and work period. The clinical competence has antecedents of efficient education, and organizational support. It also has consequences for patients and nurses such as satisfaction, and quality care.

CONCLUSION

The clinical competence is a continuous process of obtaining knowledge, values, and attitudes, and skills such as critical thinking skills that brings creativity and innovation in nursing practice.

KEY WORDS

"competence", "clinical competence", "definition", "antecedents" "consequences".

INTRODUZIONE

Il 20° secolo è stato associato a sostanziali progressi nella medicina, nell'assistenza sanitaria e nell'aspettativa di vita (Vos et al., 2015). Così come è maturata la consapevolezza sui problemi relativi alla salute sono aumentate le aspettative della popolazione nei confronti dei sistemi sanitari (Wilson, 2008). Contemporaneamente, la professione infermieristica (e non solo) ha fatto notevoli progressi e sperimentato cambiamenti significativi nelle sue conoscenze, pratiche e ruoli (Blažun et al., 2015; Farshi et al., 2015).

Di conseguenza, gli infermieri necessitano di una grande competenza clinica (CC) per rispondere a questi cambiamenti e progressi. Per definizione, per CC si intende la combinazione di conoscenza, attitudini e abilità di cui gli infermieri hanno bisogno per fornire cure sicure ed efficaci senza alcuna necessità di supervisione (Schrimmer et al., 2019). La conoscenza è di solito raggiunta attraverso la formazione e l'esperienza clinica ed

è considerata come base delle competenze. L'abilità è la capacità di utilizzare la conoscenza in pratica, si ottiene e si sviluppa attraverso l'uso frequente della conoscenza sul lavoro e si traduce in un miglioramento della qualità (Chinn e Kramer, 2017). L'obiettivo principale della formazione infermieristica è quello di migliorare negli studenti le conoscenze e le abilità principalmente attraverso gli stage/tirocini in ambienti clinici, dove avviene la professionalizzazione (Claeys et al., 2015).

Il miglioramento delle conoscenze e delle abilità durante la formazione infermieristica è un prerequisito determinante per la qualità assistenziale erogata (Battersby e Hemmings, 1991). Di conseguenza, la CC può migliorare la qualità dell'assistenza, della sicurezza e la soddisfazione del paziente (Negarandeh et al., 2013). È stato dimostrato che una CC limitata porta ad aumento del tasso di mortalità, e un aumento del rischio di errori medici (Aiken et al., 2014). Uno studio ha dimostrato che quasi il 49% degli in-

fermieri neolaureati ha commesso errori nella pratica e non aveva una buona pratica professionale (Klein e Fowles, 2009). Nonostante la grande importanza della CC nell'assistenza infermieristica, come elemento centrale per la cura del paziente, non ne esiste una definizione chiara e completa (Khan e Ramachandran, 2012). Gli organi infermieristici in Canada la definiscono come "la capacità dell'infermiere di integrare e applicare le conoscenze, le abilità, le capacità e gli attributi personali necessari per esercitare in sicurezza e in modo eticamente corretto un ruolo in un contesto designato" (Barton et al., 2017). Secondo l'American Academy of Ambulatory Care Nursing, la CC è "avere la capacità di dimostrare le tecniche, il pensiero critico e le abilità interpersonali per svolgere il proprio lavoro" (Blazun et al., 2015). Notarnicola e colleghi nella loro analisi concettuale hanno definito le CC del nursing come "un mix di competenze, conoscenze, attitudini e capacità che ogni infermiere deve possedere per svolgere in modo accettabile quei doveri direttamente collegati alla cura del paziente, in uno specifico contesto clinico e in determinate circostanze al fine di promuovere, mantenere e ripristinare la salute dei pazienti" (Notarnicola et al., 2016). Ognuna di queste definizioni esamina le CC da diversi punti di vista, tuttavia concordano sul fatto che la CC sia un costruito complesso e multidimensionale, condizionato dal setting clinico in cui si sviluppano. In letteratura sono presenti diversi studi che cercano di fornire una definizione chiara e completa delle CC e determinarne le componenti (Tilley, 2008). Uno studio di questi è quello di Nesami e colleghi, che identifica il concetto di competenza (in infermieristica) come una serie di attributi e tratti che costituiscono la base per una pratica efficace del professionista, ma che non ha un'unica definizione, e alcuni dei suoi aspetti possono non essere oggettivi e misurabili (Nesami et al., 2008).



Un'altra analisi concettuale dedicata, ha anche dimostrato che la competenza infermieristica è un concetto complesso, legato al contesto dove si esercita e che consiste in conoscenze, abilità, e atteggiamenti basati su attributi logici, scientifici e comportamentali con i quali un professionista può svolgere in modo professionale e indipendente il proprio ruolo, secondo standard definiti, ed è in grado di esprimere giudizi clinici accurati in diverse situazioni (Valizadeh et al., 2019).

Anche Lysaght e Altschuld (2000) indicano come il concetto di CC muta insieme ai rapidi progressi della scienza e della tecnologia, pertanto la sua evoluzione è dinamica e legata al contesto (Lysaght, Altschuld, 2000).

■ METODOLOGIA

La revisione qui proposta, non sistematica, vuole analizzare il concetto di CC attraverso l'approccio proposto da Rodgers, che per sue caratteristiche metodologiche permette non solo una definizione del concetto stesso, ma offre anche una metodica che mira all'analisi di altri due fattori spesso tralasciati nelle analisi concettuali, ovvero gli elementi antecedenti e conseguenti il concetto stesso.

Attraverso il metodo induttivo di Rodgers si possono identificare le caratteristiche contestuali del concetto, vale a dire, ciò che è avvenuto prima e cosa avviene dopo: questi sono indicati come antecedenti e conseguenze.

Rodgers indica che un minimo di 30 articoli, o il 20% del totale degli articoli recuperati, deve essere rivisto per un'analisi significativa (Rodgers, Knaf, 2000).

La revisione della letteratura è stata inizialmente condotta attraverso una ricerca "free" in "letteratura grigia" (con motore di ricerca Google Scholar), utilizzando i termini "competenza" e "infermiere", sia in

italiano che in inglese. La ricerca bibliografica è poi proseguita attraverso la consultazione delle principali banche dati biomediche: PubMed, CINAHL, Medline, APA PsycInfo, Psychology and Behavioural Science Collection. Le parole chiave usate per interrogare i database, in singolo o in combinazione tra loro, sono state: “competence”, “clinical competence”, “clinical”, and “nursing”. Sono stati inclusi nella ricerca articoli scientifici primari e secondari, quantitativi e qualitativi, in lingua italiana o inglese, pubblicati tra il 2000 e il 2021 e che avessero come argomento principale il termine “competence” or “clinical competence” per un totale di circa 70 articoli. È stata inoltre consultata una monografia sul tema.

■ RISULTATI

Definizione di competenza clinica

Il termine competenza deriva dal termine latino “competentia” che significa “avere il diritto di parlare” o “essere autorizzato a giudicare” (Singolo et al., 2005).

In letteratura esistono diversi studi che negli anni hanno cercato di indicare la definizione di competenza; essa può essere definita come l’integrazione di conoscenze, abilità, valori e atteggiamenti (Pijl-Zieber et al., 2014). La competenza è olistica, termine che si riferisce alla capacità complessiva di una persona di fare qualcosa con successo (Ten Cate e Scheele, 2007). Altra definizione di competenza è “costituita su una base di abilità cliniche di base, conoscenze scientifiche e sviluppo morale. Include una funzione cognitiva, una funzione integrativa, una funzione relazionale e una funzione affettivo/morale. La competenza professionale è evolutiva, perciò dinamica e dipendente dal contesto” (Epstein e Hundert, 2002).

Sulla base dei risultati di un’analisi concettuale sulla competenza, questo concetto può essere considerato attraverso tre teorie principali, vale a dire: comportamentismo, teoria dei tratti e olistico. Il comportamentismo considera la competenza come la capacità di eseguire le principali abilità che caratterizzano una persona, dimostrandone le competenze. La teoria dei tratti considera la competenza come caratteristiche personali (come la conoscenza e il pensiero cri-

tico) per eseguire efficacemente i compiti. L’olismo sostiene che la competenza è un insieme di elementi come conoscenze, abilità, attitudini, pensiero, capacità e valori (Fukada, 2018).

In infermieristica, la competenza è la capacità di svolgere un lavoro nei diversi setting clinici, con l’obiettivo di raggiungere i risultati desiderati (Cowan et al., 2005). In uno studio del 2006, dove erano coinvolti i pazienti, questi indicavano che l’essenza della competenza infermieristica fosse identificata in assistenza tecnica e conoscenze infermieristiche (Calman, 2006). Gonsi e Hajar hanno esplicitato la definizione completa di competenza come la combinazione di conoscenze, abilità e valori che vengono utilizzati nell’ambito della pratica professionale (Peterson et al., 2010). Takase e Teraoka hanno anche definito la competenza nell’assistenza infermieristica come capacità degli infermieri di dimostrare efficacemente un insieme di caratteristiche come i tratti della personalità, l’atteggiamento professionale, i valori, le conoscenze e le abilità nello svolgere compiti professionali nella pratica (Takase e Teraoka, 2011).

Dimensioni della competenza clinica

Gli studi hanno riportato dimensioni diverse per le CC. Nel modello di valutazione della competenza dei risultati e delle prestazioni di Lenburg otto sono le dimensioni riconosciute per la competenza pratica. Queste dimensioni sono indicate in: valutazione e intervento, comunicazione, pensiero critico, relazioni di cura, gestione, leadership, integrazione di insegnamento e conoscenza (Lenburg, 2000). L’ autorità di formazione infermieristica e pratica clinica in Massachusetts, Stati Uniti, ha proposto un modello di competenza per l’infermiere del futuro. Il nucleo di questo modello è la conoscenza dell’assistenza infermieristica ed include dieci competenze principali: assistenza centrata sul paziente, leadership, comunicazione, professionalità, lavoro di squadra e collaborazione, informatica e tecnologia, sicurezza, miglioramento della qualità e pratica basata sull’evidenza (Sroczyński et al., 2011). Anche la Swedish Society of Nursing ha definito le principali competenze infermieristiche, classificandole in sei categorie principali: assistenza infermieristica, assistenza infermieri-

stica basata sui valori, assistenza medica e tecnica, assistenza pedagogica, documentazione e amministrazione dell'assistenza infermieristica, sviluppo, leadership e organizzazione dell'assistenza infermieristica (Nilsson et al., 2018). Di recente Nabizadeh-Gharghozar e colleghi hanno realizzato un'analisi concettuale ibrida, ovvero ad una revisione bibliografica hanno fatto seguire uno studio qualitativo attraverso delle interviste semi-strutturate a diciotto tra docenti universitari, istruttori clinici, studenti e infermieri; i dati sono stati poi combinati con i risultati della revisione. L'analisi condotta da Nabizadeh-Gharghozar e colleghi propone di aggiungere altre tre dimensioni riferite alla sfera personale, sociale e più specificatamente professionale.

Nella sfera personale sono comprese: autoconsapevolezza degli infermieri sugli effetti dei loro atteggiamenti religiosi e spirituali e delle loro convinzioni sulla cura del paziente, l'esperienza, la gestione delle emozioni, e l'orientamento emotivo. La maggior parte dei partecipanti ha notato che per raggiungere competenza, gli infermieri hanno bisogno di caratteristiche come pazienza, segretezza, gestione della rabbia, coping efficace, serenità, coscienza morale, puntualità, salute fisica e mentale e disciplina. Pazienza e serenità, sono tratti della personalità di cui gli infermieri

hanno bisogno per prendersi cura del paziente. Nella sfera sociale, invece, gli autori indicano: la capacità degli infermieri di stabilire una comunicazione efficace con i loro colleghi, i pazienti e le loro famiglie al fine di fornire un'assistenza di qualità e soddisfare le loro esigenze. La maggioranza dei partecipanti ha evidenziato che la gestione della comunicazione, il lavoro di squadra e la capacità di erogazione dell'assistenza "compassionevole" sono necessari per raggiungere una CC nell'assistenza infermieristica. In effetti, gli infermieri sono membri di un team e quindi hanno bisogno di collaborare con tutti gli altri membri del team. Le relazioni rispettose e amichevoli degli infermieri con i pazienti aiutano a guadagnare la loro fiducia. Nella sfera professionale, l'analisi di Nabizadeh-Gharghozar e colleghi indica la presenza di fattori come: conoscenze aggiornate, abilità cliniche generali, pratica etica, capacità di giudizio clinico, creatività, innovazione, nonché leadership, capacità di gestione, pensiero critico e ragionamento clinico. Gli infermieri devono avere conoscenze aggiornate ed essere in grado di prendere le migliori decisioni in base alle condizioni dei loro pazienti e intraprendere le azioni migliori per non nuocere ai pazienti (Nabizadeh-Gharghozar, Alavi and Ajorpez, 2021).



Antecedenti delle competenze cliniche

Gli antecedenti della CC nell'assistenza infermieristica sono stati classificati in due principali fattori definiti come organizzativi e personali (Charette et al., 2019; Numminen et al., 2015b). Rispetto ai fattori organizzativi, come antecedenti della CC in infermieristica, in uno studio qualitativo condotto su tutor clinici e studenti di infermieristica, sono state identificate le ragioni della scarsa CC in tre categorie principali: carenza di personale e di materiale nelle strutture cliniche, burnout del personale (compreso il morale basso, l'atteggiamento negativo e la mancanza di supporto e motivazione) e controllo di qualità limitato (inclusa la mancanza di personale per la formazione degli istruttori, nessun feedback da parte degli istruttori) (Magobe et al., 2010). Un altro studio evidenzia come l'ambiente risulti efficace nello sviluppo di abilità tecniche ed emotive e dimostra come stipendi bassi e uno status sociale scarso influenzino negativamente lo sviluppo delle CC (Parsa Yekta et al., 2007; Kajander-Unkuri et al., 2014; Dyess e Parker, 2012). Uno studio qualitativo sugli infermieri neolaureati ha rilevato che l'assegnazione costante ad un setting clinico e la regolarità dei turni assieme ad un basso carico di lavoro, sono fattori importanti che influenzano le CC (Charette et al., 2019). Inoltre, alcuni studi hanno riportato come la CC degli infermieri ha una forte correlazione con la pratica etica esercitata nel loro ambiente di lavoro (Numminen et al., 2015a) e il loro empowerment (Numminen et al., 2015b).

Controllo, supervisione e un'istruzione efficiente sono tra i fattori educativi che influenzano le CC nell'assistenza infermieristica (Memarian et al., 2006). Gli studi hanno dimostrato che per gli infermieri e gli studenti la CC può essere promossa attraverso la formazione basata sulle competenze (Tan et al., 2018; Gravina, 2017), l'apprendimento basato sui problemi (Cartwright et al., 2017), le simulazioni (Lejonqvist et al., 2016), i programmi di tutoraggio (Sharifi et al., 2019; Mirbagher Ajorpaz et al., 2016), e i programmi di formazione continua (Hashemiparast et al., 2019).

Nello studio di Nabizadeh-Gharghozar e colleghi sui fattori organizzativi si è aggiunto il supporto

dei dirigenti agli infermieri come un fattore chiave che influenza la CC. Secondo gli infermieri intervistati fattori come incentivi finanziari, ricompense immateriali, opportunità di avanzamento di carriera, programmi di orientamento, stili di leadership e controllo di qualità hanno una forte ripercussione sulle CC (Nabizadeh-Gharghozar, Alavi and Ajorpaz, 2021).

Rispetto ai fattori personali, invece, la letteratura mette in evidenza come lo sviluppo della CC inserisca in questa categoria elementi quali: conoscenze, abilità, esperienza, motivazione, intelligenza, rispetto dei principi etici, coscienza morale, responsabilità, fiducia in se stessi, pazienza, agilità, empatia (Charette et al., 2019; Khomeiran et al., 2006; Memarian et al., 2006), impegno professionale, e livello di empowerment (Numminen et al., 2015b). Età ed esperienza sono anch'essi riconosciuti come fattori importanti che influenzano la CC nell'assistenza infermieristica (Marshburn et al., 2009; Karami et al., 2017).

I risultati dello studio di Nabizadeh-Gharghozar e colleghi suggeriscono di aggiungere un ulteriore fattore identificabile come un sistema educativo efficiente, dove l'offerta universitaria è indispensabile per promuovere studenti in infermieristica e infermieri competenti. Gli autori hanno anche evidenziato che fattori come l'applicazione della conoscenza nella pratica clinica, la simultaneità di formazione teorica e clinica, l'utilizzo del processo di Nursing nella pratica clinica, la congruenza tra gli obiettivi di formazione clinica e le aspettative degli studenti, la chiarezza delle specifiche dei compiti degli studenti, il supporto degli istruttori agli studenti, l'utilizzo di istruttori esperti e programmi di formazione continua promuovono una adeguata CC. Offrendo una formazione clinica pratica immediatamente dopo la formazione teorica, si aiuta a capire meglio i concetti trattati e dà la facoltà di utilizzare le conoscenze teoriche nella pratica clinica (Nabizadeh-Gharghozar, Alavi and Ajorpaz, 2021).

Conseguenze della competenza clinica

Le conseguenze del CC nell'assistenza infermieristica sono state classificate in riferimento al paziente e all'infermiere.

Rispetto alla correlazione al paziente, diversi studi hanno riportato come la CC migliora la sicurezza del paziente attraverso il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica (Negarandeh et al., 2013) e riduce il rischio di errori (Makary e Daniel, 2016). I pazienti hanno mostrato maggiore fiducia in operatori sanitari più competenti e sono più propensi ad aderire alle loro raccomandazioni (van den Berk-Clark e McGuire, 2014). L'evidenza mostra, inoltre, che un livello più alto di CC ha una significativa correlazione positiva con una miglior relazione con colleghi e pazienti (Jahanshahi et al., 2017). Rispetto al riferimento con l'infermiere, alcuni studi hanno mostrato come la CC dà loro un

toefficacia clinica (Mohamadirizi et al., 2015) e la soddisfazione lavorativa (Numminen et al., 2015b; Walker e Campbell, 2013). Inoltre, è stato dimostrata una correlazione positiva tra CC, autoefficacia professionale e impegno professionale (Tsai et al., 2014).

Nell'analisi ibrida di Nabizadeh-Gharghozar e colleghi le conseguenze più importanti messe in evidenza dai rispondenti sono state: miglioramento della soddisfazione del paziente, una migliore qualità dell'assistenza, maggiore sicurezza del paziente, maggiore capacità di valutare e soddisfare il supporto ai pazienti e i loro bisogni assistenziali, maggiore cura di sé e migliore capacità di promozione della salute, coinvolgimen-



senso di professionalità efficiente e di fiducia; inoltre, si sentono autorizzati a esercitare le loro competenze nella pratica clinica (Adib Hajbakhery e Eshraghi Arani, 2018; Bahreini et al., 2010). Inoltre, le CC hanno una significativa correlazione negativa con il burnout lavorativo (Kim et al., 2015; Soroush et al., 2016) e una significativa correlazione positiva con la qualità della vita lavorativa (Mokhtari et al., 2018), l'au-

to più attivo dei pazienti e dei loro familiari nel processo decisionale clinico, maggiore comfort per i pazienti, conoscenza e sviluppo delle competenze per gli infermieri.

Una maggiore soddisfazione sul lavoro per gli infermieri, a sua volta, migliora la loro qualità della vita lavorativa e previene il burnout e il turnover del lavoro (Nabizadeh-Gharghozar, Alavi and Ajorpaz, 2021).

■ DISCUSSIONE

I risultati hanno dimostrato che la CC in infermieristica è un concetto complesso e definito da più dimensioni che dovrebbero essere considerate come un insieme unico. Alcuni studi hanno evidenziato l'importanza di utilizzare l'approccio olistico per la concettualizzazione CC e dimostrato che questo approccio aiuta a sviluppare standard e misurazioni chiare della CC (Cowan et al., 2007). IL Nursing and Midwifery Board of Ireland ha anche evidenziato che una delle competenze essenziali nell'assistenza infermieristica è l'uso di un approccio olistico alla cura e l'integrazione delle conoscenze (Casey et al., 2017). L'approccio comportamentista a questo concetto, è invece un modello maggiormente usato nel management, perché si basa più su prestazioni oggettive che conoscenze teoriche e mina l'importanza della professionalità sulla qualità delle prestazioni. Anche l'approccio per tratti si concentra maggiormente sulla personalità e sugli atteggiamenti psicologici che sulle prestazioni effettive (Castillo et al., 2011).

Sulla base dei risultati di questa revisione, la CC è stata divisa in tre dimensioni di competenza individuale, competenza sociale e competenza professionale.

Uno studio sulle CC negli infermieri di emergenza ha mostrato che esse includono competenze

generali (come gestione e capacità di comunicazione, abilità professionali, prestazioni di gruppo e capacità di fornire servizi di assistenza sanitaria primaria e specialistica), e competenze specifiche (come la valutazione della qualità dell'assistenza, l'implementazione di specifici processi, il monitoraggio delle prestazioni e la capacità di monitoraggio di salute e malattia) (Ghanbari et al., 2017). Un altro studio ha diviso le competenze cliniche infermieristiche in cinque aree: pratica etico-professionale, pratica olistica, comunicazione personale, organizzazione dell'assistenza e sviluppo personale-professionale (NMBI, 2015). Uno studio di analisi del contenuto ha rilevato che quattro sono gli elementi di base richiesti per acquisire competenza clinica negli infermieri alle prime armi durante i loro studi, che includono: lavoro per obiettivi, modellare la personalità, apprendimento basato sulla conoscenza e apprendimento professionale (Manoochehri et al., 2015). I rispondenti nello studio di Nabizadeh-Gharghozar hanno indicato come i tratti della personalità possano essere considerati i principali antecedenti della CC (Nabizadeh-Gharghozar, Alavi and Ajorpaz, 2021). In linea con questa visione, uno studio di qualche anno prima ha mostrato che fattori personali come intelligenza e fiducia in sé stessi facilitano lo sviluppo delle CC, mentre la gelosia, la mancanza di rispetto e il bullismo sono le sue bar-



riere (Charette et al., 2019). Un'altra dimensione emersa in questa revisione, strettamente correlata alle CC, è stata quella sociale, intesa come capacità di comunicare (LaSala e Nelson, 2005). Un sistema educativo efficiente è stato identificato come un altro antecedente per lo sviluppo delle CC (Nabizadeh-Gharghozar, Alavi and Ajorpaz, 2021).

Allo stesso modo, uno studio sugli studenti di infermieristica ha rivelato come docenti inefficienti e incongruenza tra apprendimento teorico e clinico siano barriere per un'efficace formazione infermieristica (Zolfaghari et al., 2016). Altri studi (Sadeghian et al., 2016; Delaram, 2006), hanno anche evidenziato che la chiara specificazione del compito agli studenti, corredata da informazioni sugli obiettivi nell'apprendimento, sin dal primo giorno di ogni tirocinio clinico, sono fattori importanti che influenzeranno la loro capacità di pianificare e prendere decisioni per la cura, la formazione orientata agli obiettivi, la congruenza tra obiettivi di apprendimento e aspettative del reparto, l'attenzione ai prerequisiti, la pazienza e la condotta adeguata nei confronti degli studenti, la collaborazione tra personale di reparto e tirocinanti, la motivazione e l'attenzione del tutor.

I programmi di tutoraggio in infermieristica, possono promuovere le CC aiutando gli studenti ad applicare le loro conoscenze nella pratica (Mirbagher Ajorpaz et al., 2016).

Il programma di acquisizione delle CC degli studenti può essere sviluppato in modo più efficace utilizzando il metodo basato sulle competenze curriculari, incentrate sullo studente di cui gli istruttori fungono da guida, enfatizzando lo sviluppo delle abilità ed effettuando una valutazione basata sulle abilità acquisite (Kouwenhoven, 2010).

Nei curricula basati sulle CC l'attenzione si concentra maggiormente sull'acquisizione di competenze specifiche piuttosto che di contenuti generali del corso, dando la possibilità di effettuare delle valutazioni secondo criteri standard (Hsieh et al., 2012).

Diversi studi in letteratura hanno mostrato come esperienza personale, sviluppo professionale, autonomia, soddisfazione sul lavoro e valutazione della qualità dell'assistenza erogata siano fattori che contribuiscono al migliorare le CC (Na-

bizadeh-Gharghozar, Alavi and Ajorpaz, 2021). Analogamente altri studi hanno riportato come l'esperienza lavorativa e lo sviluppo professionale degli infermieri sono componenti chiave dei programmi di valutazione delle competenze e della qualità delle cure (Istomina et al., 2011). I risultati di uno studio qualitativo hanno anche mostrato che i fattori come esperienza, opportunità, ambiente, caratteristiche personali, motivazione e conoscenza teorica sono i fattori importanti che incrementano le CC degli infermieri (Khomeiran et al., 2006). Così come riportato nella revisione di Nabizadeh-Gharghozar, anche uno studio condotto in Corea ha mostrato che le CC degli infermieri avevano una significativa correlazione positiva con la loro qualità di vita lavorativa (Kim et al., 2015).

■ CONCLUSIONI

Sulla base dei risultati di questa revisione un'ampia gamma di dimensioni e fattori possono essere considerati nella definizione di CC in infermieristica. Così come diversi possono essere considerati i fattori antecedenti e conseguenti la CC. I dirigenti infermieristici e i formatori, dai risultati di questa revisione, potrebbero trarre spunto nella progettazione ed implementazione delle loro attività manageriali ed educative, così da migliorare lo sviluppo delle CC di infermieri e studenti di infermieristica. I risultati possono anche aiutare i ricercatori a sviluppare strumenti per la ricerca sulle CC in infermieristica.

Secondo quanto emerso dalla letteratura, le CC hanno effetti positivi sulla qualità dell'assistenza, sugli outcome di salute, e sulla soddisfazione e qualità di vita lavorativa degli infermieri. Pertanto, strategie adeguate dovrebbero essere implementate ed utilizzate per lo sviluppo delle CC e per migliorare la soddisfazione lavorativa degli infermieri stessi. Queste strategie possono includere: formazione sul campo, programmi di orientamento ambientale, formazione basata sulla simulazione, formazione alle abilità comunicative, uso di tecnologie e sistemi informativi per migliorare l'efficacia e la promozione dell'autonomia professionale, rafforzare il supporto organizzativo e utilizzare uno stile di leadership di supporto.

In letteratura, come abbiamo visto, diverse sono le definizioni di competenza clinica, e mi sembra opportuno riportarne una a conclusione di questo elaborato, che potrebbe essere considerata l'antesignana di quelle citate. Spencer e Spencer nel 1983, riprendendo le definizioni di Klemp, del 1980 e di Boyatzis del 1982, riformularono il concetto di competenza in un senso più compiuto: *“per competenza intendiamo: una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata a una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione e che è misurata sulla base di un criterio stabilito”*. Essendo il risultato di un saper agire, di un voler agire, e di un poter agire, la produzione deriva da una responsabilità condivisa tra la persona stessa, il management, il contesto di lavoro e i dispositivi di formazione. In questo senso una competenza deve poter essere riconosciuta socialmente. Una persona non si dice competente solo perché ritiene di esserlo. Occorre che la sua competenza si manifesti nell'azione. Una competenza non può essere considerata solo come uno stato interno, bensì anche come processo che porta a un risultato considerato positivo (Marmo et al, 2011).

BIBLIOGRAFIA

1. Adib Hajbaghery, M., Eshraghi Arani, N., 2018. Assessing nurses' clinical competence from their own viewpoint and the viewpoint of head nurses: a descriptive study. *Iran J. Nurs.* 31, 52–64.
2. Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., K'ozka, M., Lesaffre, E., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383, 1824–1830.
3. Bahreini, M., Moattari, M., Kaveh, M., Ahmadi, F., 2010. Self assessment of the clinical competence of nurses in a major educational hospital of Shiraz University of Medical Sciences. *Pars Jahrom Univ. Med. Sci.* 8, 28–36.
4. Barton, G., Bruce, A., Schreiber, R., 2017. Teaching nurses teamwork: integrative review of competency-based team training in nursing education. *Nurse Educ. Pract.* 32, 129–137.
5. Battersby, D., Hemmings, L., 1991. Clinical performance of university nursing graduates. *Aust. J. Adv. Nurs. Quarterly Publ. R. Aust. Nurs. Fed.* 9, 30–34.
6. Blažun, H., Kokol, P., Vošner, J., 2015. Survey on specific nursing competences: students' perceptions. *Nurse Educ. Pract.* 15, 359–365.
7. Calman, L., 2006. Patients' views of nurses' competence. *Nurse Educ. Today* 26, 719–725.
8. Cartwright, P., Bruce, J., Mcinerney, P., 2017. The effects of problem-based learning on nurse competence: a systematic review. *J. Nurs. Educ. Pract.* 7, 67–75.
9. Casey, M., Cooney, A., O'connell, R., Hegarty, J.M., Brady, A.M., O'reilly, P., Kennedy, C., Heffernan, E., Fealy, G., Mcnamara, M., 2017. Nurses', midwives' and key stakeholders' experiences and perceptions on requirements to demonstrate the maintenance of professional competence. *J. Adv. Nurs.* 73, 653–664.
10. Castillo, J., Caruana, C.J., Wainwright, D., 2011. The changing concept of competence and categorisation of learning outcomes in Europe: implications for the design of higher education radiography curricula at the European level. *Radiography* 17, 230–234.
11. Charette, M., Goudreau, J., Bourbonnais, A., 2019. Factors influencing the practice of new graduate nurses: a focused ethnography of acute care settings. *J. Clin. Nurs.* 28, 3618–3631.
12. Chinn, P.L., Kramer, M.K., 2017. *Knowledge Development in Nursing-E-Book: Theory and Process*. Elsevier Health Sciences.
13. Claeys, M., Deplaecie, M., Vanderplancke, T., Delbaere, I., Myny, D., Beeckman, D., Verhaeghe, S., 2015. The difference in learning culture and learning performance between a traditional clinical placement, a dedicated education unit and work-based learning. *Nurse Educ. Today* 35, e70–e77.

14. Cowan, D.T., Norman, I., Coopamah, V.P., 2005. Competence in nursing practice: a controversial concept—a focused review of literature. *Nurse Educ. Today* 25, 355–362.
15. Cowan, D.T., Wilson-Barnett, J., Norman, I.J., 2007. A European survey of general nurses' self assessment of competence. *Nurse Educ. Today* 27, 452–458.
16. Delaram, M., 2006. Clinical education from the viewpoints of nursing and midwifery students in Shahrekord University of Medical Sciences. *Iran. J. Med. Educ.* 6.
17. Dyess, S., Parker, C.G., 2012. Transition support for the newly licensed nurse: a programme that made a difference. *J. Nurs. Manag.* 20, 615–623.
18. Epstein, R.M., Hundert, E.M., 2002. Defining and assessing professional competence. *Jama* 287, 226–235.
19. Farshi, M.R., Vahidi, M., Jabraeili, M., 2015. Relationship between emotional intelligence and clinical competencies of nursing students in Tabriz Nursing and Midwifery School. *Res. Dev. Med. Educ.* 4, 91.
20. Fukada, M., 2018. Nursing competency: definition, structure and development. *Yonago Acta Med.* 61, 001–007.
21. Ghanbari, A., Hasandoost, F., Lyili, E.K., Khomeiran, R.T., Momeni, M., 2017. Assessing emergency nurses' clinical competency: an exploratory factor analysis study. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 22, 280.
22. Gravina, E.W., 2017. Competency-based education and its effect on nursing education: a literature review. *Teach. Learn. Nurs.* 12, 117–121.
23. Hashemiparast, M., Negarandeh, R., Theofanidis, D., 2019. Exploring the barriers of utilizing theoretical knowledge in clinical settings: a qualitative study. *Int. J. Nurs. Sci.* 6, 399–405.
24. Hsieh, S.-C., Lin, J.-S., Lee, H.-C., 2012. Analysis on literature review of competency. *Int. Rev. Business Econ.* 2, 25–50.
25. Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkenas, A., Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., 2011. Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina* 47, 33.
26. Jahanshahi, Z., Sarabi, A.G., Borhani, F., Nasiri, M., Anboohi, S.Z., 2017. The correlation between the clinical competency and empathy of nurses: case study, intensive care units of the educational hospitals of Kerman Medical Sciences University, Iran. *Ann. Trop. Med. Public Health* 10, 694.
27. Kajander-Unkuri, S., Meretoja, R., Katajisto, J., Saarikoski, M., Salminen, L., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., 2014. Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. *Nurse Educ. Today* 34, 795–801.
28. Karami, A., Farokhzadian, J., Foroughameri, G., 2017. Nurses' professional competency and organizational commitment: is it important for human resource management? *PLoS One* 12, e0187863.
29. Khan, K., Ramachandran, S., 2012. Conceptual framework for performance assessment: competency, competence and performance in the context of assessments in healthcare—deciphering the terminology. *Med. Teacher* 34, 920–928.
30. Khomeiran, R.T., Yekta, Z.P., Kiger, A., Ahmadi, F., 2006. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *Int. Nurs. Rev.* 53, 66–72.
31. Kim, K., Han, Y., Kwak, Y., Kim, J.-S., 2015. Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. *Asian Nurs. Res.* 9, 200–206.
32. Klein, C.J., Fowles, E.R., 2009. An investigation of nursing competence and the competency outcomes performance assessment curricular approach: senior students' self-reported perceptions. *J. Prof. Nurs.* 25, 109–121.
33. Kouwenhoven, W., 2010. Competence-based curriculum development in higher education: some African experiences. In: *Access & Expansion: Challenges or Higher Education Improvement in Developing Countries*, pp. 125–146.

34. LaSala, K.B., Nelson, J., 2005. What contributes to professionalism? *Medsurg Nurs.* 14,63.
35. Lejonqvist, G.-B., Eriksson, K., Meretoja, R., 2016. Evidence of clinical competence by simulation, a hermeneutical observational study. *Nurse Educ. Today* 38, 88–92.
36. Lenburg, C.B., 2000. Promoting competence through critical self-reflection and portfolio development: the inside evaluator and the outside context. *Tennessee Nurse* 63, 11.
37. Lysaght, R.M., Altschuld, J.W., 2000. Beyond initial certification: the assessment and maintenance of competency in professions. *Eval. Prog. Plan.* 23, 95–104.
38. Magobe, N.B., Beukes, S., Muller, A., 2010. Reasons for students' poor clinical competencies in the primary health care: clinical nursing, diagnosis treatment and care programme. *Health SA Gesondheid (Online)* 15, 1–6.
39. Makary, M.A., Daniel, M., 2016. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj* 353, 1–5.
40. Manoochehri, H., Imani, E., Atashzadeh-Shoorideh, F., Alavi-Majd, A., 2015. Competence of novice nurses: role of clinical work during studying. *J. Med. Life* 8, 32.
41. Marmo, G., Gavetti, D., Russo, R. (2011) 'Sul concetto di competenze', in *Profilo di Posto dalla concettualità, al metodo e all'operatività*, pp. 17–39.
42. Marshburn, D.M., Engelke, M.K., Swanson, M.S., 2009. Relationships of new nurses' perceptions and measured performance-based clinical competence. *J. Contin. Educ. Nurs.* 40, 426–432.
43. Memarian, R., Salsali, M., Vanak, Z., Ahmadi, F., 2006. Effective factors in the process of achieving clinical competency. *Sci. J. Zanjan Univ. Med. Sci.* 14, 40–49.
44. Mirbagher Ajorpaz, N., Zagheri Tafreshi, M., Mohtashami, J., Zayeri, F., Rahemi, Z., 2016. The effect of mentoring on clinical perioperative competence in operating room nursing students. *J. Clin. Nurs.* 25, 1319–1325.
45. Mohamadirizi, S., Kohan, S., Shafei, F., Mohamadirizi, S., 2015. The relationship between clinical competence and clinical self-efficacy among nursing and midwifery students. *Int. J. Pediatr.* 3, 1117–1123.
46. Mokhtari, S., Ahi, G., Sharifzadeh, G., 2018. Investigating the role of self-compassion and clinical competencies in the prediction of nurses' professional quality of life. *Iran. J. Nurs. Res.* 12, 1–9.
47. Nabizadeh-Gharghozar, Z., Alavi, N.M. and Ajorpaz, N.M. (2021) 'Clinical competence in nursing: A hybrid concept analysis', *Nurse Education Today*, 97(November 2020), p. 104728. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104728>.
48. Negarandeh, R., Pedram Razi, S., Khosravinezhad, M., 2013. Effect of clinically competent nurses services on safety and patients' satisfaction in an emergency department. *Hayat* 19, 53–64.
49. Nesami, M., Rafiee, F., Parvizi, S., Esmaeili, R., 2008. Concept analysis of competency in nursing: qualitative research and delivery of a hybrid model. *J. Mazandaran Univ. Med. Sci.* 18, 35–42.
50. Nilsson, J., Engström, M., Florin, J., Gardulf, A., Carlsson, M., 2018. A short version of the nurse professional competence scale for measuring nurses' self-reported competence. *Nurse Educ. Today* 71, 233–239.
51. NMBI, 2015. Nursing and Midwifery Board of Ireland. Competence assessment tool for nurses. <https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/competence-assessment-tool-for-Nurses.pdf?ext=.pdf>.
52. Notarnicola, I., Petrucci, C., De Jesus Barbosa, M.R., Giorgi, F., Stievano, A., Lancia, L. 2016. Clinical competence in nursing: a concept analysis. *Prof Inferm.* 69, 174–181.
53. Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., Meretoja, R., 2015a. Ethical climate and nurse competence—newly graduated nurses' perceptions. *Nurs. Ethics* 22, 845–859.
54. Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., Meretoja, R., 2015b. Newly graduated nurses' competence and individual and organ-

- izational factors: a multivariate analysis. *J. Nurs. Scholarsh.* 47, 446–457.
55. Parsa Yekta, Z., Ramezani Badr, F., Khatoni, A., 2007. Nursing students' viewpoints about their clinical competencies and its achievement level. *Iran. J. Nurs. Res.* 1, 7–14.
 56. Peterson, P.L., Baker, E., McGaw, B., 2010. *International Encyclopedia of Education.* Elsevier Ltd.
 57. Pijl-Zieber, E.M., Barton, S., Konkin, J., Awosoga, O., Caine, V., 2014. Competence and competency-based nursing education: finding our way through the issues. *Nurse Educ. Today* 34, 676–678.
 58. Rodgers, B.L., Knafl, K.A., 2000. *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications.* Saunders Philadelphia, PA.
 59. Sadeghian, E., Mohammadi, N., Bikmoradi, A., Tehrani, T., 2016. Goal achievement in nursing clinical education as well as its effective factors from point of view of nursing students. *Sci. J. Hamadan Nurs. Midwifery Fac.* 24, 138–147.
 60. Schrimmer, K., Williams, N., Mercado, S., Pitts, J., Polancich, S., 2019. Workforce competencies for healthcare quality professionals: leading quality-driven healthcare. *J. Healthc. Qual.* 41, 259–265.
 61. Sharifi, K., Mirbagher, N., Aghajani, M., 2019. Mentorship method in clinical education of nursing students: a systematic review. In: *Development Strategies in Medical Education*, 6, pp. 39–49.
 62. Soroush, F., Zargham-Boroujeni, A., Namnabati, M., 2016. The relationship between nurses' clinical competence and burnout in neonatal intensive care units. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 21, 424.
 63. Sroczyński, M., Gravlín, G., Route, P.S., Hofbart, N., Creelman, P., 2011. Creativity and connections: the future of nursing education and practice: the Massachusetts initiative. *J. Prof. Nurs.* 27, e64–e70.
 64. Takase, M., Teraoka, S., 2011. Development of the holistic nursing competence scale. *Nurs. Health Sci.* 13, 396–403.
 65. Tan, K., Chong, M.C., Subramaniam, P., Wong, L.P., 2018. The effectiveness of outcome based education on the competencies of nursing students: a systematic review. *Nurse Educ. Today* 64, 180–189.
 66. Ten Cate, O., Scheele, F., 2007. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad. Med.* 82, 542–547.
 67. Tilley, D.D.S., 2008. Competency in nursing: a concept analysis. *J. Contin. Educ. Nurs.* 39, 58–64.
 68. Tsai, C.-W., Tsai, S.-H., Chen, Y.-Y., Lee, W.-L., 2014. A study of nursing competency, career self-efficacy and professional commitment among nurses in Taiwan. *Contemp. Nurse* 49, 96–102.
 69. Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Eskandari, M., Alizadeh, S., 2019. Professional competence in nursing: a hybrid concept analysis. *Medical-Surgical Nurs. J.* 8.
 70. Van den Berk-Clark, C., McGuire, J., 2014. Trust in Health Care Providers: factors predicting trust among home-less veterans over time. *J. Health Care Poor Underserved* 25, 1278.
 71. Vos, T., Barber, R.M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Charlson, F., Davis, A., Degenhardt, L., Dicker, D., 2015. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 386, 743–800.
 72. Walker, A., Campbell, K., 2013. Work readiness of graduate nurses and the impact on job satisfaction, work engagement and intention to remain. *Nurse Educ. Today* 33, 1490–1495.
 73. Wilson, J., 2008. Bridging the theory practice gap. *Aust. Nurs. J.* 16, 25–30.
 74. Zolfaghari, M., Bahramnezhad, F., Asgari, P., Shiri, M., 2016. Challenge of clinical education for critical care nursing students: qualitative content analysis. *J. Clin. Nurs. Midwifery* 4, 57–67.

VALENTINA PERRIA

Centro S. Maria ai Servi - Fondazione Don Carlo Gnocchi (Parma)

CORTESE FEDERICO

A.O.U. Parma (Parma)

LA CONFLUENZA DI COMPETENZE AVANZATE IN INFERMIERISTICA NEUROSCIENTIFICA E INFERMIERISTICA NUTRIZIONALE IN NEURORIABILITAZIONE: **UNA REVIEW**

ABSTRACT

BACKGROUND

La neuroriabilitazione svolge un ruolo cruciale nel supportare i pazienti con condizioni neurologiche nel loro percorso verso il recupero funzionale e una migliore qualità della vita. L'infermieristica neuroscientifica e l'infermieristica nutrizionale sono due discipline specializzate che apportano competenze distinte sul campo. L'infermieristica neuroscientifica si concentra sugli intricati meccanismi del sistema nervoso e impiega strategie basate sull'evidenza per facilitare la neuroplasticità. L'infermieristica nutrizionale, d'altra parte, è incentrata sul ruolo fondamentale della nutrizione nella salute e nel recupero, fornendo interventi dietetici personalizzati per soddisfare le esigenze nutrizionali uniche dei pazienti.

METODOLOGIA

Questo articolo passa in rassegna le componenti chiave dell'assistenza infermieristica neuroscientifica e nutrizionale nella neuroriabilitazione. Sono stati selezionati ed inclusi quindici articoli in totale.

RISULTATI

La combinazione di infermieristica neuroscientifica e nutrizionale migliora significativamente i risultati dei pazienti in neuroriabilitazione.

La collaborazione tra queste discipline fornisce un approccio completo alla cura del paziente, affrontando i deficit neurologici, i bisogni nutrizionali e il benessere generale. L'integrazione di conoscenze avanzate, pratiche basate sull'evidenza e cure incentrate sul paziente favorisce un ambiente favorevole al recupero neurologico e al successo della riabilitazione.

DISCUSSIONE

L'effetto sinergico dell'infermieristica neuroscientifica e nutrizionale è evidente in vari aspetti della neuroriabilitazione.

La collaborazione interdisciplinare nella gestione della disfagia, dei problemi gastrointestinali e dell'integrazione nutrizionale ottimizza lo stato nutrizionale dei pazienti, supportando il recupero neurologico.

Inoltre, le strategie di gestione del peso adattate alle esigenze specifiche dei pazienti

ti migliorano il benessere generale durante la riabilitazione.

L'integrazione dell'educazione nutrizionale consente ai pazienti di fare scelte dietetiche informate, promuovendo la salute a lungo termine.

CONCLUSIONE

La sinergia tra infermieristica neuroscientifica e nutrizionale nella neuroriabilitazione esemplifica il potenziale della collaborazione

interdisciplinare nel settore sanitario. Combinando le loro competenze, gli infermieri neuroscientifici e nutrizionisti forniscono un supporto completo, ottimizzano il recupero neurologico ed elevano la qualità complessiva dell'assistenza ai pazienti con condizioni neurologiche. La perfetta integrazione di queste discipline migliora i risultati dei pazienti, sottolineando l'importanza di un approccio olistico nella neuroriabilitazione.

ABSTRACT

BACKGROUND

Neurorehabilitation plays a crucial role in supporting patients with neurological conditions in their journey towards functional recovery and improved quality of life. Neuroscientific nursing and nutritional nursing are two specialized disciplines that bring distinct expertise to the field.

Neuroscientific nursing focuses on the intricate workings of the nervous system and employs evidence-based strategies to facilitate neuroplasticity.

Nutritional nursing, on the other hand, centers around nutrition's pivotal role in health and recovery, providing individualized dietary interventions to meet patients' unique nutritional needs.

METHODOLOGY

This article reviews the key components of neuroscientific and nutritional nursing in neurorehabilitation. A total of fifteen articles were selected and included.

RESULTS

The combination of neuroscientific and nutritional nursing significantly enhances patient outcomes in neurorehabilitation.

The collaboration between these disciplines provides a comprehensive approach to patient care, addressing neurological deficits, nutritional needs, and overall well-being.

The integration of advanced knowledge, evi-

dence-based practices, and patient-centered care fosters an environment conducive to neurological recovery and rehabilitation success.

DISCUSSION

The synergistic effect of neuroscientific and nutritional nursing is evident in various aspects of neurorehabilitation.

The interdisciplinary collaboration in managing dysphagia, gastrointestinal issues, and nutritional supplementation optimizes patients' nutritional status, supporting neurological recovery.

Additionally, weight management strategies tailored to patients' unique needs enhance overall well-being during rehabilitation.

The integration of nutritional education empowers patients to make informed dietary choices, promoting long-term health.

CONCLUSION

The synergy between neuroscientific and nutritional nursing in neurorehabilitation exemplifies the potential for interdisciplinary collaboration in healthcare.

By combining their expertise, neuroscientific and nutritional nurses provide comprehensive support, optimize neurological recovery, and elevate the overall quality of care for patients with neurological conditions.

The seamless integration of these disciplines enhances patient outcomes, emphasizing the significance of a holistic approach in neurorehabilitation.

■ INTRODUZIONE

La neuroriabilitazione rappresenta un campo dinamico e multidisciplinare dedicato all'ottimizzazione del recupero e della funzionalità di individui che hanno disturbi neurologici. In questo ambito, la convergenza di due specialità infermieristiche, l'infermieristica neuroscientifica e l'infermieristica nutrizionale, assume un ruolo fondamentale nella cura della persona. L'infermieristica neuroscientifica comporta l'applicazione di conoscenze avanzate per fornire cure specialistiche, mentre l'infermieristica nutrizionale si concentra sull'ottimizzazione dello stato nutrizionale dei pazienti per supportarne il recupero. La sinergia tra queste specialità contribuisce a un approccio olistico e completo alla neuroriabilitazione, sottolineando piani di assistenza personalizzati che affrontano sia il recupero neurologico che il ruolo fondamentale della nutrizione nel processo di guarigione. L'infermieristica neuroscientifica è un aspetto essenziale dell'assistenza neuroriabilitativa che richiede competenze specialistiche. Gli infermieri neuroscientifici sono abili nel condurre neuro-valutazioni, fornire la gestione delle possibili crisi, facilitare la neuroplasticità, gestire il dolore neurologico ed educare i pazienti all'uso corretto dei dispositivi (Smith & Johnson, 2020). Queste abilità consentono loro di monitorare lo stato neurologico dei pazienti, garantire la sicurezza negli individui inclini alle convulsioni, migliorare la funzionalità e mitigare il dolore neurologico, promuovendo infine risultati più che soddisfacenti nel percorso di neuroriabilitazione. D'altra parte, l'infermieristica nutrizionale svolge un ruolo fondamentale nell'ottimizzazione dello stato nutrizionale dei pazienti per sostenere il loro recupero neurologico. Gli infermieri nutrizionali possiedono le conoscenze e le competenze per sviluppare piani nutrizionali personalizzati, gestire efficacemente la disfagia, somministrare supplementi nutrizionali e affrontare le fluttuazioni di peso durante il processo di riabilitazione (Brown et al., 2019). I piani nutrizionali individualizzati soddisfano le esigenze specifiche dei pazienti, mentre la gestione della disfagia garantisce un apporto nutrizionale sicuro e adeguato negli individui con difficoltà di deglutizione. L'integrazione nutrizionale affronta le carenze nutrizionali e aiuta

nel processo di guarigione, mentre la gestione del peso aiuta a mantenere un'alimentazione ottimale durante la fase di recupero. L'integrazione di competenze avanzate nell'infermieristica neuroscientifica e nell'infermieristica nutrizionale offre un approccio completo e centrato sul paziente nel campo della neuroriabilitazione. Questa collaborazione multidisciplinare garantisce un piano di assistenza maggiormente olistico e su misura per ogni paziente, riconoscendo la natura unica delle sue condizioni neurologiche e delle sue esigenze nutrizionali. Monitorando continuamente i progressi dei pazienti e comunicando efficacemente tra loro, gli infermieri neuroscientifici e gli infermieri nutrizionali si sforzano di ottimizzare i risultati dei pazienti e far progredire il campo della neuroriabilitazione. In questo articolo, esploreremo i ruoli critici e le competenze avanzate dell'assistenza infermieristica neuroscientifica e nutrizionale nel contesto della neuroriabilitazione. Comprendendo il significato di questo approccio integrato, gli operatori sanitari possono elevare lo standard di cura e migliorare il benessere generale delle persone che affrontano le sfide dei disturbi neurologici.

■ OBIETTIVO DOMANDE DI RICERCA

- ◆ Quali sono le competenze avanzate del nursing neuroscientifico che deve possedere l'infermiere in neuroriabilitazione?
- ◆ Quali sono le competenze avanzate del nursing nutrizionale che deve possedere l'infermiere in neuroriabilitazione?

■ 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: neurorehabilitation, neuroscientific nursing, nutritional nursing, in-

terdisciplinary collaboration, neuroplasticity, dysphagia management, gastrointestinal support, nutritional supplementation, weight management. Sono stati selezionati ed inclusi quindici articoli.

■ RISULTATI

Il ruolo dell'infermieristica neuroscientifica nella neuroriabilitazione

L'infermieristica neuroscientifica è una branca specializzata dell'assistenza infermieristica che si concentra sulla cura dei pazienti con condizioni neurologiche.

Competenze avanzate in quest'area sono vitali nel contesto della neuroriabilitazione.

I ruoli chiave includono:

a) Competenza neuro-valutativa: Nel campo della neuroriabilitazione, uno dei ruoli critici dell'infermieristica neuroscientifica è la competenza nella neuro-valutativa. Gli infermieri di neuroscienze possiedono conoscenze specialistiche e competenze avanzate nella conduzione di valutazioni neurologiche complete, fondamentali nella guida di piani di assistenza individualizzati e monitorare i progressi dei pazienti durante il loro percorso riabilitativo. Queste valutazioni consentono loro di ottenere preziose informazioni sullo stato neurologico di un paziente, identificando menomazioni, deficit e potenziali aree di miglioramento.

Attraverso l'integrazione delle loro raccolte dati con altri professionisti sanitari, gli infermieri neuroscientifici svolgono un ruolo essenziale nella formulazione e nella modifica dei piani di trattamento per soddisfare le esigenze specifiche di ciascun paziente (Jones et al., 2021). I componenti chiave della neuro-valutazione includono:

- ◆ Glasgow Coma Scale (GCS): il GCS è uno strumento standard utilizzato per valutare il livello di coscienza, la risposta oculare e la risposta motoria di un paziente. Gli infermieri



neuroscientifici utilizzano questa scala per valutare la gravità del danno neurologico, specialmente nei pazienti con lesioni cerebrali traumatiche o stato mentale alterato.

- ◆ Valutazione dei nervi cranici: Questa valutazione aiuta a rilevare potenziali lesioni di uno o più nervi cranici, che possono essere indicative di condizioni neurologiche o lesioni sottostanti.
- ◆ Valutazione della funzione motoria: Gli infermieri di neuroscienze utilizzano vari strumenti standardizzati per misurare la forza muscolare, il tono, la coordinazione e l'equilibrio (Davis et al., 2020).
- ◆ Valutazione sensoriale: per valutare le menomazioni sensoriali, gli infermieri impiegano tecniche di test sensoriale. Queste valutazioni aiutano a identificare i deficit legati al tatto, al dolore, alla percezione della temperatura e alla propriocezione.
- ◆ Valutazione cognitiva e neuropsicologica: gli infermieri neuroscientifici possono anche essere coinvolti nella conduzione di valutazioni cognitive di base o nell'assistere i neuropsicologi in valutazioni più approfondite (Smith & Wilson, 2019).

b) Gestione delle crisi: Le convulsioni possono avere un impatto significativo sul benessere generale di un paziente, ostacolare il progresso della riabilitazione e comportare rischi per la sicurezza. Le competenze avanzate degli infermieri di neuroscienze nella gestione delle crisi consentono loro di riconoscerle prontamente, attuare interventi appropriati e fornire istruzione ai pazienti e ai loro caregiver per un controllo ottimale delle crisi (Brown et al., 2021).

Gli aspetti chiave nella gestione delle crisi:

- ◆ Riconoscimento delle crisi: gli infermieri di neuroscienze sono addestrati a riconoscere i vari tipi di crisi, comprese le crisi tonico-cloniche generalizzate, le crisi focali, le crisi di assenza e altre.

ristiche delle stesse per la revisione e l'analisi del team sanitario.

- ◆ Educazione del paziente e del caregiver: l'educazione è una componente essenziale della gestione delle crisi. Gli infermieri neuroscienziati forniscono ai pazienti e ai loro caregiver informazioni sui fattori scatenanti delle crisi, sui segnali di allarme e sulle risposte appropriate durante e dopo le crisi.

c) Facilitazione della neuroplasticità: La neuroplasticità si riferisce alla notevole capacità del cervello di riorganizzarsi e adattarsi formando nuove connessioni neurali in risposta all'apprendimento, all'esperienza e alle lesioni. Nel contesto della neuroriabilitazione, la facilitazione della neuroplasticità è un aspetto critico della cura che mira a sfruttare la capacità innata del cervello di "ricablare" e promuovere il recupero funzionale dopo lesioni o disturbi neurologici. Gli infermieri di neuroscienze, con le loro conoscenze e abilità avanzate, svolgono un ruolo essenziale nell'implementazione di tecniche basate sull'evidenza per facilitare la neuroplasticità e ottimizzare il recupero neurologico dei pazienti (Black et al., 2022). Gli aspetti chiave includono:

- ◆ Programmi di riabilitazione su misura: gli infermieri collaborano con specialisti della riabilitazione per progettare programmi di riabilitazione individualizzati che mirano a specifici deficit neurologici. Questi programmi prevedono compiti ed esercizi ripetitivi che incoraggiano il cervello ad adattarsi e ricablare i percorsi neurali relativi alle funzioni motorie, sensoriali e cognitive.
- ◆ Allenamento specifico per attività: la neuroplasticità è spesso migliorata dall'allenamento specifico per attività, in cui i pazienti si impegnano in attività rilevanti per la loro vita quotidiana e obiettivi funzionali. Gli infermieri guidano i pazienti attraverso queste attività, fornendo supporto, feedback e incoraggiamento durante tutto il processo di riabilitazione.
- ◆ Stimolazione sensoriale: la stimolazione sensoriale è un potente strumento per promuovere la neuroplasticità. Gli infermieri incorporano tecniche di stimolazione sensoriale come il tocco terapeutico, l'input propriocettivo e l'integrazione multisensoriale per coinvolgere vari percorsi neurali e migliorare il recupero.
- ◆ Risposta immediata: quando un paziente sperimenta un attacco epilettico, gli infermieri di neuroscienze garantiscono la sicurezza del paziente durante l'episodio, prevenendo lesioni e riducendo al minimo le potenziali complicanze.
- ◆ Somministrazione di farmaci: per i pazienti con epilessia, gli infermieri monitorano attentamente l'efficacia dei farmaci e i potenziali effetti collaterali.
- ◆ Precauzioni contro le crisi: gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nell'attuazione delle precauzioni contro le crisi nei pazienti a rischio di attività convulsiva. Queste precauzioni comportano sistemazioni nell'ambiente in cui vivono, come la rimozione di potenziali pericoli o superfici imbottite per ridurre il rischio di lesioni durante le convulsioni.
- ◆ Documentazione delle crisi: Gli infermieri mantengono registri completi delle crisi, registrando la frequenza, la durata e le caratteristiche.



- ◆ **Terapia del movimento indotta da costrizione (CIMT):** per i pazienti con debolezza o paralisi degli arti, la CIMT prevede il contenimento dell'arto non interessato durante l'esercizio intensivo dell'arto interessato. Gli infermieri sovrintendono all'implementazione del CIMT, incoraggiando i pazienti a utilizzare l'arto interessato in modo più attivo ed efficace.
- ◆ **Riabilitazione cognitiva:** anche le funzioni cognitive possono beneficiare della facilitazione della neuroplasticità. Gli infermieri di neuroscienze collaborano con neuropsicologi e terapisti cognitivi per implementare strategie di riabilitazione cognitiva, mirando alla memoria, all'attenzione, alle funzioni esecutive e ad altri domini cognitivi.
- ◆ **Neurofeedback:** le tecniche di neurofeedback implicano il monitoraggio in tempo reale dell'attività cerebrale e forniscono un feedback visivo o uditivo ai pazienti. Gli infermieri assistono nell'utilizzo delle tecnologie di neurofeedback per aiutare i pazienti a prendere coscienza e modulare la loro attività cerebrale, promuovendo cambiamenti neuroplastici.
- ◆ **Realtà virtuale e gioco:** utilizzando la realtà virtuale e le tecnologie di gioco, gli infermieri coinvolgono i pazienti in attività divertenti e stimolanti che promuovono la neuroplasticità. Queste attività possono mirare alle capacità motorie, all'equilibrio, alla coordinazione e alle capacità cognitive.

d) **Gestione del dolore:** Il dolore è un problema comune e complesso vissuto dai pazienti sottoposti a neuroriabilitazione. Gli infermieri di neuroscienze con le loro competenze avanzate nella gestione del dolore svolgono un ruolo fondamentale nell'alleviare la sofferenza dei pazienti, migliorare il loro benessere generale e facilitare il processo di riabilitazione. Il dolore nella neuroriabilitazione può derivare da varie fonti, tra cui condizioni neurologiche, lesioni muscoloscheletriche o difficoltà post-chirurgiche.

Gli infermieri neuroscienziati impiegano strategie basate sull'evidenza per valutare e affrontare il dolore, adattando gli interventi alle esigenze specifiche di ciascun paziente (Brown et al., 2023). Gli aspetti chiave nella gestione del dolore tra gli infermieri neuroscienziati includono:

- ◆ **Valutazione completa del dolore:** gli infermieri neuroscienziati conducono valutazioni approfondite del dolore, incorporando l'autovalutazione del paziente, l'osservazione dei comportamenti del dolore e gli indicatori fisiologici. Questo approccio olistico aiuta a identificare l'intensità, la localizzazione, la qualità e l'impatto del dolore sulle capacità funzionali e sul benessere emotivo dei pazienti. Le scale del dolore, come la Numeric Rating Scale (NRS) o la Visual Analog Scale (VAS), sono impiegate per quantificare l'intensità del dolore e tenere traccia dei cambiamenti nel tempo.



- ◆ **Analgesia multimodale:** gli infermieri di neuroscienze implementano l'analgesia multimodale, che prevede la combinazione di diverse tecniche di sollievo dal dolore per ottenerne un migliore controllo con minori effetti collaterali. Ciò può includere interventi farmacologici, terapie non farmacologiche e approcci complementari.
- ◆ **Interventi farmacologici:** gli infermieri sono formati sui vari farmaci analgesici e sui loro potenziali effetti collaterali.
- ◆ **Terapie non farmacologiche:** gli infermieri integrano tecniche di gestione del dolore non farmacologiche nei piani di cura dei pazienti. Questi possono includere tecniche di rilassamento, immaginazione guidata, distrazione, tocco terapeutico, massoterapia, terapia del caldo o del freddo e stimolazione nervosa elettrica transcutanea (TENS).

- ◆ Approcci complementari: approcci complementari, come l'agopuntura, l'aromaterapia o le pratiche basate sulla consapevolezza, possono essere impiegati per migliorare il sollievo dal dolore e migliorare il benessere generale dei pazienti.
- ◆ Piani di gestione del dolore individualizzati: Riconoscendo che il dolore è un'esperienza soggettiva, gli infermieri di neuroscienze creano piani di gestione del dolore individualizzati su misura per le esigenze di ciascun paziente, il background culturale e le specifiche sfide legate al dolore.

e) **Formazione sui dispositivi di assistenza:** Nel campo della neuroriabilitazione, molti pazienti richiedono l'uso di ausili per supportare la loro mobilità e le attività della vita quotidiana. Questi dispositivi svolgono un ruolo cruciale nel migliorare l'indipendenza e promuovere il recupero funzionale. Gli infermieri guidano i pazienti attraverso l'uso corretto e l'integrazione di vari dispositivi per ottimizzare i loro risultati riabilitativi (Smith et al., 2022). Gli aspetti chiave includono:

- ◆ **Valutazione e selezione:** gli infermieri collaborano con gli specialisti della riabilitazione per valutare le capacità funzionali e gli obiettivi di mobilità dei pazienti. Sulla base della valutazione, raccomandano e selezionano dispositivi di assistenza appropriati, come bastoni, deambulatori, sedie a rotelle, plantari o ausili adattivi, che meglio si adattano alle esigenze individuali.
- ◆ **Adattamento e personalizzazione:** le caratteristiche fisiche e i requisiti funzionali di ciascun paziente sono unici. Gli infermieri garantiscono il corretto adattamento e la personalizzazione dei dispositivi di assistenza per massimizzare il comfort, la sicurezza e la funzionalità.
- ◆ **Tecniche adeguate:** gli infermieri di neuroscienze istruiscono i pazienti sulle tecniche corrette per l'utilizzo di dispositivi di assistenza. Ciò include l'insegnamento della corretta meccanica del corpo, dello spostamento del peso e dei modelli di andatura per garantire un uso efficiente e sicuro del dispositivo.
- ◆ **Prevenzione delle cadute:** per i pazienti a rischio di cadute, gli infermieri insegnano stra-

tegie per prevenire le cadute durante l'utilizzo di dispositivi di assistenza. Sottolineano l'importanza di mantenere la stabilità, evitare gli ostacoli e utilizzare i corrimano quando disponibili.

- ◆ **Formazione progressiva:** man mano che la forza e la mobilità dei pazienti migliorano nel tempo, gli infermieri di neuroscienze forniscono una formazione progressiva per migliorare le loro capacità e incoraggiare una maggiore indipendenza nell'uso dei dispositivi di assistenza.
- ◆ **Supporto psicologico:** l'adattamento all'utilizzo di un dispositivo di assistenza può essere emotivamente impegnativo per alcuni pazienti. Gli infermieri offrono supporto emotivo e incoraggiamento motivazionale per aiutare i pazienti a costruire fiducia e superare eventuali barriere psicologiche.

Il ruolo dell'infermieristica nutrizionale nella neuroriabilitazione

L'infermieristica nutrizionale svolge un ruolo cruciale nella neuroriabilitazione, poiché un'alimentazione ottimale è essenziale per il recupero e la funzione cerebrale dei pazienti. Le competenze avanzate in infermieristica nutrizionale includono:

a) **Piani nutrizionali personalizzati:** Nel campo della neuroriabilitazione, l'infermieristica nutrizionale svolge un ruolo fondamentale nel supportare il recupero dei pazienti e nell'ottimizzare la loro funzione neurologica attraverso piani nutrizionali individualizzati (Brown et al., 2022). Gli aspetti chiave dei piani nutrizionali individualizzati includono:

- ◆ **Valutazione nutrizionale completa:** gli infermieri nutrizionali conducono valutazioni nutrizionali approfondite, che includono l'assunzione dietetica dei pazienti, lo stato nutrizionale, la storia medica e qualsiasi restrizione o intolleranza dietetica specifica. Queste informazioni aiutano a identificare potenziali carenze nutrizionali e guidano lo sviluppo di piani nutrizionali personalizzati.
- ◆ **Fabbisogno energetico e di macronutrienti:** sulla base del dispendio energetico e degli obiettivi riabilitativi dei pazienti, gli infermieri nutrizionali calcolano i loro fabbisogni in-

dividuali di energia e macronutrienti. Questi calcoli assicurano che i pazienti ricevano calorie, proteine, carboidrati e grassi adeguati per supportare il recupero e la funzione neurologica.

- ◆ Considerazioni sui micronutrienti: le condizioni neurologiche alterate possono spesso influire sullo stato dei micronutrienti del corpo. Gli infermieri tengono conto di questi fattori e valutano le esigenze di vitamine e minerali essenziali, come vitamina D, vitamina B12, magnesio e zinco.

b) Gestione della disfagia: La disfagia è una complicanza comune vissuta dai pazienti sottoposti a neuroriabilitazione, in particolare quelli con condizioni neurologiche che interessano i muscoli e i nervi coinvolti nella deglutizione. La disfagia può portare a varie complicazioni, come la polmonite ab ingestis e la malnutrizione, rendendo la sua gestione cruciale per il successo della riabilitazione (Johnson et al., 2022). Gli aspetti chiave nella gestione della disfagia includono:

- ◆ Valutazione della deglutizione: gli infermieri nutrizionali sono formati per eseguire valutazioni complete della deglutizione, comprese valutazioni al letto del paziente e valutazioni strumentali come studi videofluoroscopici

sulla deglutizione o valutazioni endoscopiche a fibre ottiche della deglutizione. Tutto ciò aiuta a identificare la gravità e le cause alla base della disfagia.

- ◆ Modifica della dieta: sulla base dei risultati della valutazione della deglutizione, gli infermieri collaborano con i dietisti per raccomandare modifiche dietetiche appropriate. Ciò può includere l'alterazione della consistenza degli alimenti (p. es., frullati, tritati e umidi o morbidi), la regolazione della consistenza dei fluidi (p. es., liquidi addensati) o la selezione di alimenti più sicuri per la deglutizione.
- ◆ Strategie per i pasti: gli infermieri sviluppano strategie per i pasti per migliorare la sicurezza e l'efficienza della deglutizione. Insegnano ai pazienti tecniche specifiche, come il corretto posizionamento della testa, le manovre di deglutizione e le strategie di stimolazione per prevenire l'aspirazione e promuovere una deglutizione efficace.
- ◆ Attrezzatura adattiva: per i pazienti con disfagia, gli infermieri nutrizionali possono introdurre attrezzature adattive, come utensili o tazze perfezionati, per facilitare l'azione di mangiare e bere in modo più sicuro e confortevole.
- ◆ Postura e posizionamento: gli infermieri valutano la postura e il posizionamento dei pa-



zienti durante i pasti per ottimizzare la loro funzione di deglutizione. Un corretto posizionamento può aiutare a ridurre il rischio di aspirazione e migliorare il controllo del bolo.

- ◆ **Monitoraggio e follow-up:** la gestione della disfagia è un processo continuo. Gli infermieri nutrizionali monitorano regolarmente la funzione di deglutizione dei pazienti, adattano gli interventi secondo necessità e comunicano con il team interdisciplinare per garantire una gestione coerente ed efficace della disfagia.

c) **Supporto gastrointestinale:** nell'ambito della neuroriabilitazione, molte condizioni neurologiche possono influenzare la funzione gastrointestinale, portando a complicazioni come costipazione, dismotilità e malassorbimento. Gli infermieri nutrizionali svolgono un ruolo cruciale nel fornire supporto gastrointestinale ai pazienti, assicurando che i loro bisogni nutrizionali siano soddisfatti e affrontando i problemi gastrointestinali che possono ostacolare il loro progresso riabilitativo (Smith et al., 2023). Gli aspetti chiave nel supporto gastrointestinale includono:



- ◆ **Gestione della costipazione:** gli infermieri valutano e gestiscono la stitichezza, un problema gastrointestinale comune nella neuroriabilitazione. Promuovono la regolarità intestinale attraverso interventi dietetici, gestione dell'idratazione e l'uso di lassativi appropriati o emollienti delle feci.

- ◆ **Gestione della dismotilità:** alcune condizioni neurologiche possono portare a dismotilità gastrointestinale, causando difficoltà nel movimento del cibo attraverso il tratto digestivo. Gli infermieri possono implementare cambiamenti nella dieta, farmaci o altri interventi per gestire la dismotilità e supportare una corretta digestione.
- ◆ **Interventi nutrizionali:** per i pazienti che soffrono di malassorbimento o carenze nutrizionali dovute a problemi gastrointestinali, gli infermieri nutrizionali lavorano a stretto contatto con dietisti per sviluppare piani nutrizionali personalizzati.
- ◆ **Gestione dell'idratazione:** gli infermieri monitorano attentamente lo stato di idratazione dei pazienti, poiché la disidratazione può esacerbare i problemi gastrointestinali. Garantiscono che i pazienti ricevano liquidi adeguati attraverso l'assunzione orale, fluidi per via endovenosa o altri metodi appropriati.

d) **Gestione del peso:** La gestione del peso è un aspetto essenziale della neuroriabilitazione, in particolare per i pazienti con condizioni neurologiche che possono influire sul metabolismo, sull'attività fisica e sui modelli alimentari (Smith et al., 2023). Gli aspetti chiave nella gestione del peso includono:

- ◆ **Valutazione del peso:** gli infermieri neuroscienziati conducono valutazioni approfondite del peso, considerando fattori come l'indice di massa corporea (BMI), la composizione corporea e le variazioni di peso nel tempo. Prendono anche in considerazione la storia medica dei pazienti, le condizioni neurologiche e tutti i farmaci che possono influenzare il peso.
- ◆ **Obiettivi individualizzati:** sulla base della valutazione del peso, gli infermieri collaborano con i pazienti per stabilire obiettivi di gestione del peso realistici e personalizzati. Questi obiettivi possono concentrarsi sulla perdita di peso, sul mantenimento del peso o sul miglioramento della composizione corporea complessiva.
- ◆ **Modifica comportamentale:** gli infermieri nutrizionali utilizzano tecniche di modifica comportamentale per affrontare l'alimentazione emotiva, abitudini alimentari malsane e altri fattori psicologici che possono contribuire alle sfide della gestione del peso.



◆ **Monitoraggio regolare:** gli infermieri monitorano regolarmente i progressi dei pazienti nel loro percorso di gestione del peso. Ciò può comportare il monitoraggio delle variazioni di peso, l'aderenza alla dieta, la frequenza degli esercizi e altri fattori rilevanti.

e) **Educazione nutrizionale:** L'educazione nutrizionale mira a fornire ai pazienti e ai loro caregiver le conoscenze per prendere decisioni informate sulle loro scelte dietetiche, ottimizzare il loro apporto nutrizionale e sostenere il loro recupero neurologico (Brown et al., 2023). Gli aspetti chiave dell'educazione nutrizionale includono:

- ◆ **Linee guida dietetiche:** gli infermieri nutrizionali forniscono ai pazienti linee guida dietetiche adattate alle loro condizioni neurologiche e allo stato di salute generale. Queste linee guida possono includere raccomandazioni per l'assunzione di macronutrienti e micronutrienti, porzioni appropriate e restrizioni dietetiche, se presenti.
- ◆ **Pianificazione dei pasti:** gli infermieri assistono i pazienti e i loro caregiver nello sviluppo di piani alimentari equilibrati, nutrienti e in linea con le preferenze dietetiche e il background culturale dei pazienti.
- ◆ **Importanza dell'idratazione:** un'adeguata idratazione è fondamentale per la funzione neurologica e la salute generale. Gli infermieri sottolineano l'importanza dell'idratazione e istruiscono i pazienti sui segni della disidratazione e sulle strategie per mantenere una corretta assunzione di liquidi.
- ◆ **Gestione delle restrizioni dietetiche:** alcune condizioni neurologiche possono richiedere restrizioni dietetiche, come l'assunzione limitata di sale per i pazienti con determinati disturbi neurologici.
- ◆ **Affrontare i miti nutrizionali:** è disponibile una grande quantità di informazioni nutrizio-

nali che possono indurre i pazienti a farsi idee sbagliate. Gli infermieri nutrizionali aiutano i pazienti a distinguere tra informazioni basate sull'evidenza e affermazioni infondate.

- ◆ **Suggerimenti pratici per cucinare e preparare il cibo:** gli infermieri nutrizionali offrono consigli pratici per la preparazione del cibo e le tecniche di cottura per rendere i pasti nutrienti più accessibili e appetibili per i pazienti.
- ◆ **Impostazione degli obiettivi:** gli infermieri assistono i pazienti nella definizione di obiettivi nutrizionali realistici che si allineano con i loro progressi riabilitativi e gli obiettivi generali di salute.

DISCUSSIONE

Nel campo dinamico della neuroriabilitazione, la convergenza dell'infermieristica neuroscientifica e dell'infermieristica nutrizionale crea una potente sinergia che migliora in modo significativo la cura e i risultati del paziente. Queste due discipline infermieristiche specializzate si completano a vicenda, fornendo un approccio completo e olistico per affrontare le complesse esigenze dei pazienti con condizioni neurologiche. Unendo le loro competenze, gli infermieri neuroscientifici e nutrizionali contribuiscono a ottimizzare il recupero neurologico, promuovere il benessere generale e migliorare la qualità della vita dei pazienti sottoposti a neuroriabilitazione. L'infermieristica neuroscientifica comprende una profonda comprensione degli intricati meccanismi del sistema nervoso, delle condizioni neurologiche e dei principi della neuroplasticità. Gli infermieri neuroscientifici sono esperti nel condurre valutazioni neurologiche, implementare tecniche di riabilitazione basate sull'evidenza e monitorare i progressi neurologici dei pazienti. La loro esperienza nella facilitazione della neuroplasticità consente loro di creare programmi



di riabilitazione su misura che mirano a specifici deficit neurologici. Attraverso la formazione specifica, la stimolazione sensoriale, la terapia del movimento indotta da vincoli, la riabilitazione cognitiva, il neurofeedback e gli interventi di realtà virtuale, gli infermieri neuroscientifici creano un ambiente favorevole alla capacità di adattamento del cervello.

D'altra parte, l'assistenza infermieristica nutrizionale è incentrata sul ruolo cruciale della nutrizione nella salute e nel recupero. Gli infermieri nutrizionali possiedono una conoscenza avanzata della valutazione dietetica, dei requisiti nutrizionali e degli interventi dietetici. Lavorano in collaborazione con dietisti per sviluppare piani nutrizionali personalizzati che soddisfino le esigenze specifiche dei pazienti e le condizioni mediche. Gli infermieri nutrizionali affrontano questioni come la gestione della disfagia, il supporto gastrointestinale, l'integrazione nutrizionale e la gestione del peso per garantire che i pazienti ricevano un supporto nutrizionale ottimale durante il loro percorso di riabilitazione.

La sinergia tra infermieristica neuroscientifica e nutrizionale è evidente in vari aspetti della neuroriabilitazione. Ad esempio, i pazienti con con-

dizioni neurologiche spesso nella deglutizione (disfagia) incontrano difficoltà che possono influire sul loro apporto nutrizionale e sulla salute generale.

L'esperienza degli infermieri neuroscientifici nella gestione della disfagia in concorso con le conoscenze degli infermieri nutrizionali nello sviluppo di piani alimentari sicuri e nutrienti, assicura che i pazienti ricevano un'alimentazione adeguata nonostante le difficoltà di deglutizione. Inoltre, le condizioni neurologiche possono portare a problemi gastrointestinali, influenzando l'assorbimento dei nutrienti e il metabolismo. Qui, l'integrazione dell'esperienza infermieristica nutrizionale nel supporto gastrointestinale integrando gli interventi degli infermieri neuroscientifici, migliora lo stato nutrizionale dei pazienti e favorendo il recupero neurologico.

La collaborazione tra queste due discipline infermieristiche avvantaggia anche i pazienti che possono richiedere un'integrazione nutrizionale a causa di carenze nutrizionali o malassorbimento.

La comprensione delle implicazioni neurologiche da parte degli infermieri neuroscientifici guida gli infermieri nutrizionali nell'uso degli integra-

tori per supportare efficacemente la salute neurologica dei pazienti. Inoltre, la gestione del peso è un aspetto essenziale della neuroriabilitazione, in particolare per i pazienti con condizioni neurologiche che incidono sul metabolismo e sull'attività fisica. La collaborazione tra infermieristica neuroscientifica e nutrizionale nello sviluppo di piani di gestione del peso personalizzati aiuta i pazienti a raggiungere obiettivi di peso salutare e migliora il loro benessere generale.

Questo articolo passa in rassegna le componenti chiave dell'infermieristica neuroscientifica e nutrizionale nel contesto della neuroriabilitazione, prendendo come riferimento il contesto d'oltre oceano, ovvero il contesto americano. Nel contesto italiano, l'infermieristica neuroscientifica e nutrizionale potrebbe giocare un ruolo essenziale nella neuroriabilitazione, fornendo interventi specializzati per affrontare i deficit neurologici e le esigenze nutrizionali, ciò richiederà uno sforzo per adattare le competenze descritte al contesto legislativo-sanitario del bel paese.

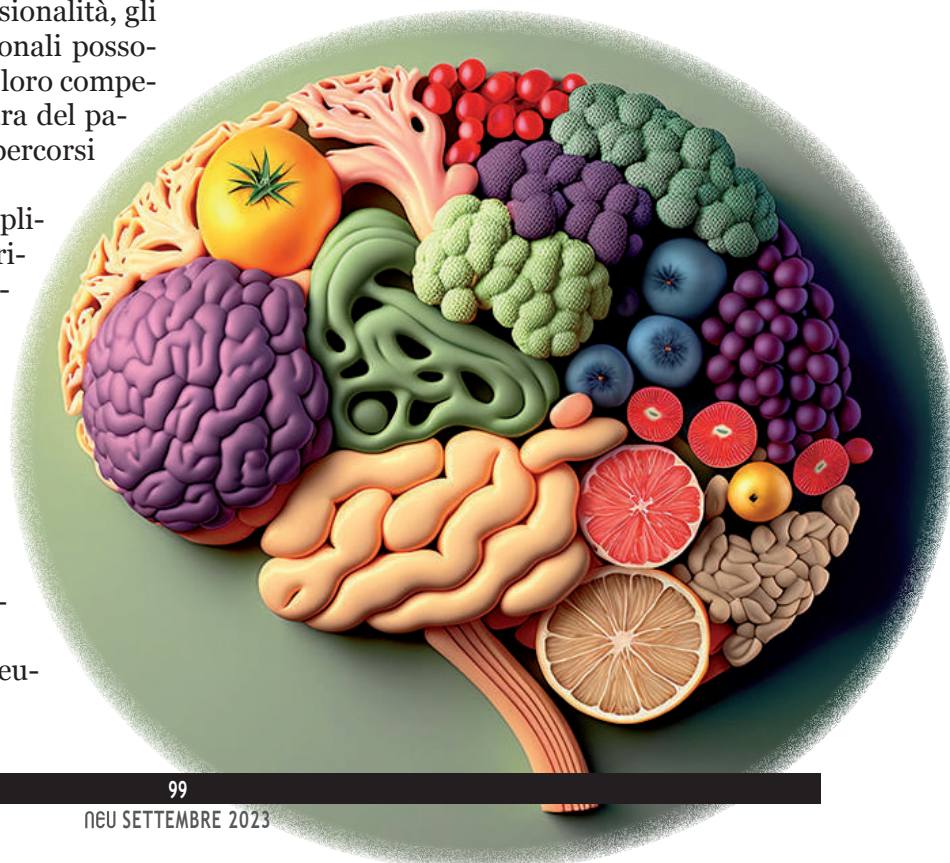
La collaborazione interdisciplinare tra infermieri neuroscientifici e nutrizionisti e altri professionisti sanitari contribuisce a ottimizzare la cura e i risultati del paziente.

Riconoscere l'esperienza esistente di altri professionisti, come logopedisti, nutrizionisti, dietisti, neurologi, fisiatristi e psicologi, è fondamentale per promuovere un ambiente collaborativo. Lavorando in sintonia con altre professionalità, gli infermieri neuroscientifici e nutrizionali possono efficacemente contribuire, con le loro competenze avanzate, ad ottimizzare la cura del paziente durante lunghi e complessi percorsi di neuroriabilitazione.

L'approccio interdisciplinare esemplificato dalla sinergia dell'infermieristica neuroscientifica e nutrizionale trascende i confini tradizionali, consentendo agli operatori sanitari di affrontare le molteplici esigenze dei pazienti in modo coeso. La combinazione di conoscenze avanzate, pratiche basate sull'evidenza e cure incentrate sul paziente, in ultima analisi, favorisce un ambiente stimolante per il recupero neurologico e il successo della riabilitazione. L'interazione tra infermieristica neu-

roscientifica e nutrizionale nel campo della neuroriabilitazione è una testimonianza del potere della collaborazione interdisciplinare. Combinando le loro competenze, gli infermieri neuroscientifici e nutrizionali creano una forza sinergica che ottimizza il recupero neurologico, supporta il benessere nutrizionale ed eleva la qualità complessiva dell'assistenza ai pazienti con condizioni neurologiche. Questo approccio integrativo migliora i risultati dei pazienti ed esemplifica il potenziale dell'assistenza infermieristica nel fornire un supporto olistico e completo nel complesso ambito della neuroriabilitazione. Tuttavia, nonostante i suoi potenziali vantaggi, ci sono alcune limitazioni da considerare.

La consapevolezza e la comprensione dei vantaggi della collaborazione interdisciplinare possono essere limitate in alcuni contesti sanitari. Di conseguenza, la piena realizzazione del potenziale di questo approccio sinergico può essere ostacolata, giustificando gli sforzi per aumentare la consapevolezza e promuovere l'integrazione di queste discipline. Un'altra considerazione sono i potenziali vincoli di risorse associati all'implementazione di un approccio interdisciplinare completo. La sinergia dell'infermieristica neuroscientifica e nutrizionale può richiedere risorse aggiuntive, inclusa la formazione specializzata per gli infermieri, l'accesso a dietisti e riunioni di team interdisciplinari.



Tali vincoli possono limitare la fattibilità di questo approccio in alcune strutture sanitarie. Per convalidare ulteriormente l'efficacia di questa collaborazione interdisciplinare, è necessaria più ricerca empirica. Gli studi comparativi tra i modelli di cura tradizionali e quelli che integrano l'infermieristica neuroscientifica e nutrizionale possono aiutare a identificare gli indicatori chiave di successo e dimostrare il valore di questo approccio sinergico, nel migliorare il benessere del paziente e gli esiti funzionali. Anche l'ambito della pratica è un aspetto cruciale da considerare. Sebbene gli infermieri neuroscientifici e nutrizionali collaborino strettamente, hanno ambiti di pratica distinti. Navigare ai confini dei loro ruoli e responsabilità richiede una comunicazione e una comprensione efficaci all'interno del team interdisciplinare per garantire un'assistenza continua al paziente. Alla luce di queste considerazioni, ci sono diverse aree di miglioramento e di ricerca futura.

La formazione e l'istruzione specialistica possono migliorare le capacità e la fiducia degli infermieri in entrambe le specializzazioni, promuovendo la consapevolezza e la competenza nell'erogazione di cure integrate. Lo sviluppo di linee



guida e protocolli completi che delineano i ruoli e le responsabilità degli infermieri neuroscientifici e nutrizionali può migliorare ulteriormente l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza collaborativa. Inoltre, coinvolgere i pazienti nel processo decisionale e sollecitare il loro feedback sull'approccio di cura integrato può portare a interventi più incentrati sul paziente e a una migliore aderenza al trattamento.

CONCLUSIONI

Combinando l'esperienza dell'assistenza infermieristica neuroscientifica, incentrata sulla comprensione delle complessità del sistema nervoso e sulla facilitazione della neuroplasticità, con la conoscenza dell'assistenza infermieristica nutrizionale, incentrata sul ruolo della nutrizione nella salute e nel recupero, i pazienti beneficiano di un approccio completo e multidimensionale al loro percorso riabilitativo.

La collaborazione interdisciplinare tra infermieri neuroscientifici e nutrizionali favorisce un ambiente incentrato sul paziente in cui le pratiche basate sull'evidenza guidano gli interventi. L'integrazione di conoscenze avanzate, approcci basati sull'evidenza e cure incentrate sul paziente consente agli operatori sanitari di adattare gli interventi alle esigenze specifiche di ciascun paziente e agli obiettivi terapeutici.

Il risultato è una migliore qualità delle cure, una migliore aderenza al trattamento e un recupero neurologico ottimizzato. Mentre la sinergia dell'infermieristica neuroscientifica e nutrizionale mostra grandi promesse, dovrebbero essere considerate alcune limitazioni e aree di miglioramento.

Affrontare i limiti delle risorse e promuovere la consapevolezza dei vantaggi della collaborazione interdisciplinare sono essenziali per sfruttare appieno il potenziale di questo approccio. Sono necessarie ulteriori ricerche e misurazioni dei risultati per stabilire l'efficacia e l'impatto del modello di assistenza integrata e correlarli con la soddisfazione dei pazienti.

Per massimizzare l'efficacia di questo approccio sinergico, sono fondamentali gli sforzi continui per fornire formazione specializzata, sviluppare linee guida complete e coinvolgere i pazienti nel processo decisionale. Promuovendo una cultura della collaborazione e continuando a investire nella ricerca e nell'istruzione, gli operatori sanitari possono garantire che i pazienti con patologie neurologiche ricevano i più alti standard di assistenza durante il loro percorso di neuroriabilitazione. Chiarendo i loro ruoli e punti di forza all'interno del team interdisciplinare, gli infermieri neuroscientifici e nutrizionali possono migliorare la pianificazione dell'assistenza, la relazione di cura e l'educazione del paziente.

L'integrazione delle loro competenze con altri professionisti garantisce un'assistenza completa e specializzata per i pazienti con condizioni neurologiche. Nel contesto sanitario italiano, promuovere la collaborazione interdisciplinare è essenziale per ottimizzare i risultati dei pazienti e fornire cure olistiche durante la neuroriabilitazione. In conclusione, la sinergia dell'infermieristica neuroscientifica e nutrizionale esemplifica il potenziale della collaborazione interdisciplinare nella neuroriabilitazione.

Combinando conoscenze avanzate, pratiche basate sull'evidenza, cure incentrate sul soggetto e un approccio globale, gli infermieri neuroscientifici e nutrizionali contribuiscono a migliorare i risultati dei pazienti, sostenere il recupero neurologico ed elevare lo standard di cura per le persone con condizioni neurologiche.

BIBLIOGRAFIA

- Brown, A., Smith, B., Johnson, C., & White, D. (2019). Nutritional nursing interventions in neurorehabilitation. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41(5), 260-268.
- Smith, B., & Johnson, C. (2020). Neuroscientific nursing techniques for optimizing neurorehabilitation outcomes. *Journal of Neurological Sciences*, 15(3), 150-163.
- Davis, M. A., Johnson, S., Smith, R., & Adams, J. (2020). Motor function assessment in neurorehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 1832-1841.
- Jones, L. M., White, C., Brown, A., & Thompson, P. (2021). The role of neuroscientific nursing in comprehensive neuroassessment. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(3), 148-156.
- Smith, R., & Wilson, E. (2019). Cognitive and neuropsychological assessment in neurorehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 64(2), 163-171.
- Brown, A., Johnson, C., Smith, R., & Williams, D. (2021). Seizure management in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(2), 98-105.
- Black, L. A., White, C., Johnson, S., & Thompson, P. (2022). Neuroplasticity facilitation in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(1), 32-40.
- Brown, A., Johnson, C., White, D., & Thompson, P. (2023). Pain management in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(1), 24-32.
- Smith, R., Johnson, S., White, C., & Davis, M. A. (2022). Assistive device training in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(1), 40-48.
- Brown, A., Johnson, C., White, D., & Thompson, P. (2022). Individualized nutrition plans in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 51(1), 18-27.
- Johnson, S., White, C., Brown, A., & Thompson, P. (2022). Dysphagia management in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(1), 36-45.
- Smith, R., Johnson, S., White, C., & Davis, M. A. (2023). Gastrointestinal support in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 53(1), 28-37.
- Brown, A., Johnson, C., White, D., & Thompson, P. (2023). Nutritional supplementation in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 54(1), 14-22.
- Brown, A., Johnson, C., White, D., & Thompson, P. (2023). Nutritional education in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 56(1), 22-30.
- Smith, R., Johnson, S., White, C., & Davis, M. A. (2023). Weight management in neurorehabilitation: The role of neuroscientific nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 55(1), 30-38.

LETIZIA MARIA VOLA

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

SCLEROSI MULTIPLA OVVERO LEGGERE UN LIBRO PER STIMOLARE E APPROFONDIRE LE COMPETENZE: RIFLESSIONI DI LETIZIA MARIA VOLA SUL LIBRO DI FRANCESCA MANNOCCHI BIANCO È IL COLORE DEL DANNO

EINAUDI TORINO 2021

■ Francesca Mannocchi è una giornalista, scrive per numerose testate quali “La Stampa” e “L’Espresso” e collabora con televisioni nazionali realizzando servizi da varie nazioni in guerra, Siria, Egitto, Iraq, Yemen, Libano e, nell’ultimo anno, dall’ Ucraina.

Nel libro racconta di sé e della propria famiglia. Lo stile della narrazione è molto avvincente, Francesca alterna capitoli autobiografici, l’esperienza lavorativa nei teatri della guerra, e li intreccia con i ricordi delle figure femminili, nonne e mamma, che hanno sostenuto la sua evoluzione di donna giovane e consapevole del suo essere donna.

Durante un viaggio di lavoro a Mosul, in Iraq, si accorge di avere meno sensibilità al braccio e alla gamba destra e non riesce a camminare. Ritorna a Roma e inizia un percorso diagnostico, tramite Risonanza magnetica e visite neurologiche. Il referto evidenzia una patologia demielinizzante multifocale con presenza di placche attive, espressione di una sclerosi multipla aggressiva. Gli studi scientifici hanno evidenziato che l’esordio della malattia si situa con maggior frequenza tra i 20 e i 40 anni, con disturbi iniziali di tipo visivo, della sensibilità, con *fatigue* e diminuzione

della forza muscolare. Nel mondo ci sono circa 2,8 milioni di persone affette da sclerosi multipla (SM); in Italia ce ne sono 133.000 (McGinley et al 2021).

La diagnosi si realizza con anamnesi accurata di segni e sintomi, utilizzo di risonanza magnetica e esame del liquido cefalorachidiano, alla ricerca di bande oligoclonali specifiche. (Criteri di McDonald 2017)

Il numero di donne affette da SM è triplo rispetto al numero di uomini malati. La malattia può portare una disabilità fisica e un deterioramento cognitivo che provocano una diminuzione della qualità della vita della persona malata.

Francesca ha appena partorito da due mesi il suo primo figlio Pietro e vuole continuare la sua vita piena di lavoro e reportage dall’Iraq, affida il neonato alla nonna materna per-



ché si sente soffocare facendo la mamma a tempo pieno. Le sue reazioni di fronte alla diagnosi sono di incredulità e rifiuto, ha solo 39 anni, si sente di vivere in un corpo imperfetto, danneggiato e vorrebbe avere tutto, realizzarsi nel lavoro, essere mamma e insieme libera e capace di autodeterminarsi, in salute.

La comunicazione della diagnosi è descritta con uno stile asciutto, senza fronzoli; la necessità di osservare il proseguimento della malattia, per capirne la forma sembrano potenziare l'incertezza della prognosi e della evoluzione.

Ecco le possibili forme di sclerosi multipla:

- **Sindrome clinicamente isolata (CIS)**
- **Sclerosi multipla recidivante-remittente (SM-RR)**
- **Sclerosi multipla secondariamente progressiva (SM-SP)**
- **Sclerosi multipla primariamente progressive (SM-PP)**
- **Sindrome Radiologicamente Isolata (Radiologically Isolated Syndrome, RIS).**

Per meglio comprenderne le caratteristiche e l'andamento delle crisi e dei periodi di remissione consiglio la consultazione del sito dell'Associazione Italiana Sclerosi multipla (AISM) nel sito istituzionale presso www.aism.it. Il sito è costantemente aggiornato, presenta informazioni per le persone assistite, utili per capire meglio segni e sintomi e le possibili strategie di superamento delle difficoltà, cliniche, assistenziali e burocratiche-gestionali. Una parte del sito è rivolta ai professionisti sanitari per potenziare la formazione, l'aggiornamento e le competenze assistenziali (nurse specialist).

La review sistematica elaborata dall'Istituto Joanna Briggs considera le reazioni e gli stili di coping attivati, dopo una diagnosi di SM, e valutati attraverso questionari di misurazione; tra le conclusioni si rende necessario sostenere le capacità delle persone affette da SM per far esprimere le emozioni e i sentimenti di ansia e ostilità, caratteristici delle fasi precoci della malattia. (Keramat Kar Maryam, 2016)

I professionisti della salute devono considerare i fattori individuali della persona, il suo punto di vista sulla propria salute, sia esso supportato o meno da evidenze scientifiche, e favorire una rete di sostegno relazionale tra la persona assi-

stata e le persone significative, per promuovere la sua sanità psicologica e ridurre l'isolamento. (Bassi M et al 2020)

La giornalista racconta la sua fragilità, la paura della dipendenza, di doversi far aiutare per le attività quotidiane, il timore di non avere la forza di reagire alla malattia, di farsi vincere dalla *fatigue*. La revisione di Christine Leithhead ha analizzato l'esperienza della *fatigue*, vissuta dalle persone assistite per SM; un effetto collaterale, comune e debilitante, delle possibili cause e delle strategie di autogestione negli adulti non ricoverati (Leithhead C et al 2020). Importante il programma riabilitativo individuale strutturato in base alle caratteristiche personali e alla storia di malattia, non solo inteso come ginnastica ma come sostegno alla vita quotidiana e alla autonomia.

Francesca non vuole identificarsi con la malattia e con il piano terapeutico dei farmaci prescritti; per le medicine il costo medio è di 45.000 euro l'anno e svolgono una azione di rallentamento della progressione della malattia e di riduzione delle riacutizzazioni della SM. Attualmente non esistono cure definitive ma sono proposti farmaci di I e di II linea e di linee successive, completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, in Italia. (Gozzo L, 2021)

Il 26 luglio 2023 l'OMS ha comunicato di voler inserire i farmaci usati per la sclerosi multipla nell'elenco dei farmaci essenziali; gli elenchi si aggiornano per favorire un miglior accesso a farmaci innovativi che hanno dimostrato un beneficio clinico. L'Oms si impegna a sostenere tutti i paesi nel superamento di questi ostacoli per aumentare l'accesso equo alle cure. Per l'aggiornamento del 2023, il comitato di esperti dell'Oms sulla selezione e l'uso dei medicinali essenziali ha preso in considerazione 85 domande, che comprendono oltre 100 medicinali e formulazioni. Le modifiche raccomandate portano il numero totale di farmaci nelle due liste (adulti e bambini) rispettivamente a 502 e 361. (Quotidiano Sanità, 23 luglio 2023)

Nel suo libro propone dei ragionamenti inerenti i costi economici intangibili che variano dai 18.000 euro l'anno per una malattia in forma lieve alla cifra di 80.000 euro l'anno per una forma di intensità severa e sono correlati alla rinuncia del lavoro o al bisogno di assumere una persona in casa per le cure primarie.

Nella sua narrazione la giornalista indaga il fenomeno delle risonanze magnetiche di controllo, necessarie per seguire l'evoluzione della malattia, impossibili da prenotare in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale ma rese disponibili a Roma, anche il giorno successivo alla telefonata, con un costo di 900 euro come richiesta privata, senza esenzione 046.

Nel Servizio Sanitario Nazionale per garantire una offerta equa di servizi si sono determinati i Livelli Essenziali di assistenza, detti LEA, per poter garantire il principio di appropriatezza e di accesso alle cure.

Nonostante i LEA, l'uguaglianza non è garantita nei casi di esenzione, come questo, in cui i meccanismi di compartecipazione ai costi non considerano il bisogno di salute e la malattia cronica. (Rossi S, 2019)



Francesca Mannocchi ha vinto vari premi giornalistici; ha scritto un libro nel 2019, vincendo il premio Estense. Ha dimostrato di essere molto abile nella ricerca, verifica e valutazione delle fonti, dei dati e delle notizie, possiede la competenza del giornalista nella revisione e nell'editing dei contenuti per la stampa e per il Web. Nei reportage la sua competenza è evidente, conosce e approfondisce le notizie, molto chiara la sua comunicazione e abilità di trasmissione, appare evidente il forte senso etico e critico.

Negli anni della malattia, Francesca si confronta con lo sguardo degli altri e teme che possano pensare: "Lei è quella con la sclerosi multipla,

poverina". Si sente prigioniera della pietà, della commiserazione, del difetto che può diventare principio e fine della nostra vita. Ma alla fine del racconto Francesca riesce ad esprimere i suoi sentimenti e dice:

"Chiedetemi come sto. Prendetevi cura di me"

BIBLIOGRAFIA

- Marisa P. McGinley, DO¹; Carolyn H. Goldschmidt, DO¹; Alexander D. Rae-Grant, MD^{1,2} Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis, Review *JAMA*. 2021;325(8):765-779. doi:10.1001/jama.2020.26858
- Maryam Keramat Kar, Lisa Whitehead, Catherine M. Smith Characteristics and correlates of coping with multiple sclerosis: a systematic review *Disability and Rehabilitation* 2019 Feb;41(3): 250-264. doi: 10.1080/09638288.2017.1387295. Epub 2017 Oct 10
- Marta Bassi, Sabina Cilia, Monica Falautano, Monica Grobberio, Claudia Niccola, i Mariana Pattini Illness perceptions and psychological adjustment among persons with multiple sclerosis: the mediating role of coping strategies and social support *Disability and Rehabilitation*, 2020 Volume 42, 2020 Issue 26, 3780-3792
- Christine Leithead, Molly Bradshaw, Susan Salmond, Margaret Rush Dreker _Experiences of multiple sclerosis patients with self-management of fatigue: a qualitative systematic review protocol *JBISIRIR* 2020 Mar;18(3):619-625 doi: 10.11124/JBISIRIR-2017-003986
- Gozzo Lucia, Malattie del sistema nervoso. La Sclerosi multipla: una malattia invalidante con nuove possibilità di cure, pubblicato su Società Italiana di Farmacologia SIF magazine, 22 aprile 2021
- Quotidianosanita.it Quotidiano on line di informazione sanitaria 26 luglio 2023 Farmaci essenziali. Oms aggiorna la lista includendo terapie per sclerosi multipla e altre malattie.
- Equità e sostenibilità. Colloquio sulle forme dell'eguaglianza in Sanità,, *Bio Law Journal*, *Rivista di Bio Diritto* n°2 /2019 pag 7-11.

Le sfide più grandi. La scienza più avanzata.

Siamo impegnati nel rispondere alle sfide più grandi in tema di salute.

Mettiamo in campo innovazione e passione, dove il bisogno è maggiore.

Come azienda biofarmaceutica globale, il nostro obiettivo è avere un impatto significativo sulla vita delle persone.

È con il contributo di tutti che i progressi della scienza si traducono in farmaci per milioni di persone.

Per questo collaboriamo con università e centri di ricerca, organizzazioni governative, associazioni di pazienti e no profit.

Insieme, costruiamo la medicina del futuro.

abbvie.it

People. Passion.
Possibilities.®

abbvie