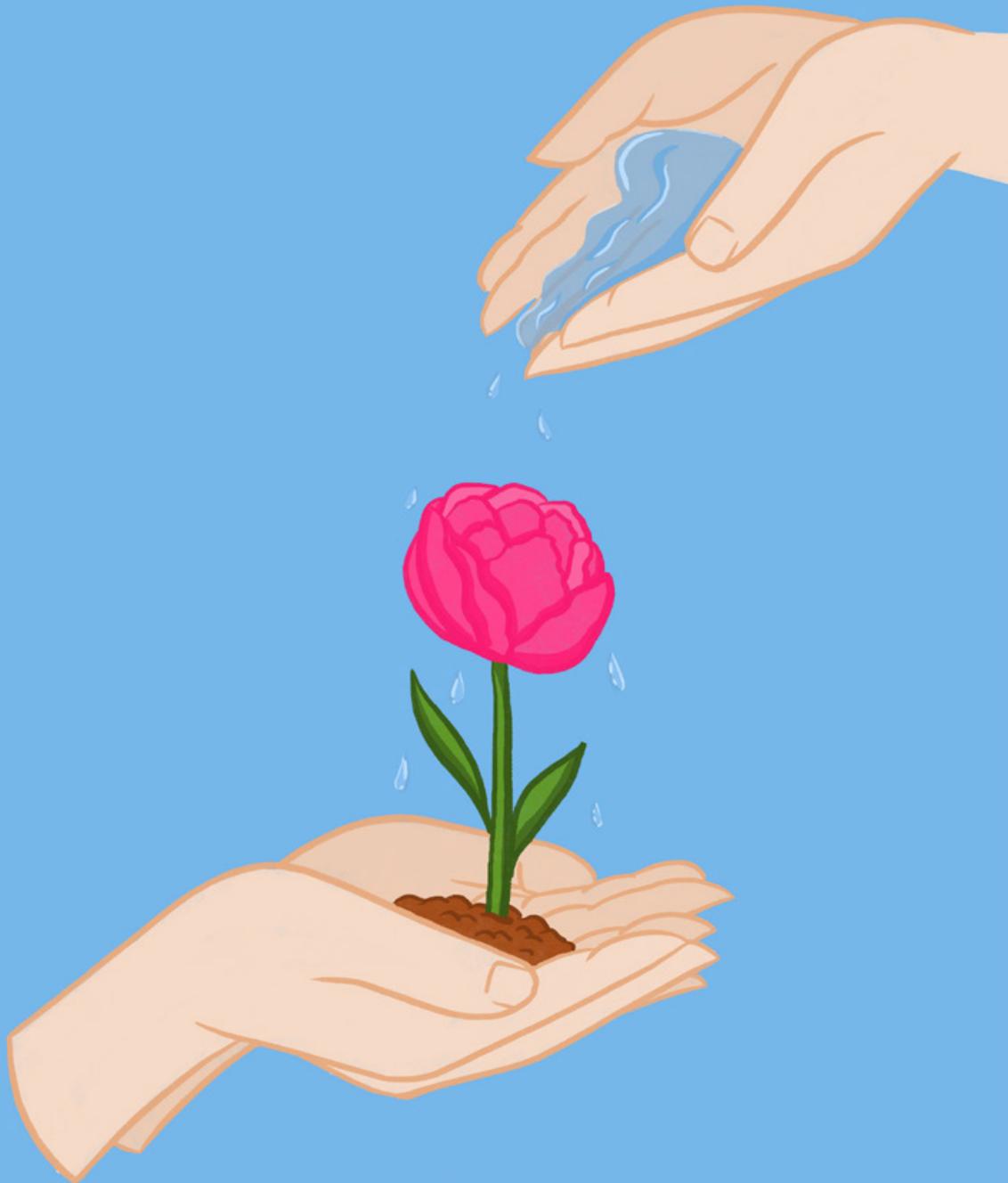




neu RIVISTA SCIENTIFICA DI FORMAZIONE INFERMIERISTICA

ISSN 1723-2538



AGGIORNAMENTI

- › LE CRISI EPILETTICHE
COSA NE SAPIAMO
- › OLTRE LE CRISI EPILETTICHE
INDAGINE SULLA PRESENZA
DELLO STIGMA IN AMBITO
SANITARIO
- › INDAGINE CONOSCITIVA SU
ATTEGGIAMENTI, SENTIMENTI
ED EMOZIONI DI RAGAZZI IN ETÀ
ADOLESCENZIALE NEI CONFRONTI
DI UN LORO COETANEO AFFETTO
DA EPILESSIA
- › INTERVISTA CON CPSI
SIMONE SALAMON
UNITÀ MULTIDISCIPLINARE
VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD)
IL CONTRIBUTO DELL'INFERMIERE

APPROFONDIMENTI

- › LA COOPERAZIONE OLTRE I
CONFINI DI SPECIE
L'ETICA DEGLI INTERVENTI
ASSISTITI CON GLI ANIMALI
- › RELAZIONE TRA QUALITÀ
DELL'ASSISTENZA E
COOPERAZIONE TRA I
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE
- › PNRR E MISSIONE 6 - STRATEGIE
DI POTENZIAMENTO DEL SISTEMA
SANITARIO ATTRAVERSO
L'INTERPROFESSIONALITÀ
- › MAPPING - UN NUOVO MODO
DI LEGGERE LA COMUNITÀ -
ESPERIENZA DIDATTICA AL
MASTER OF SCIENCE IN SVIZZERA

INTERVISTE

- › ARTE E CINEMA POSSONO AIUTARE
LA COOPERAZIONE?
SARA TAMBONE INTERVISTA IL
REGISTA MIMMO CALOPRESTI

RECENSIONI

- › CONOSCERE, PENSARE E
AGIRE NELL'ASSISTENZA
INFERMIERISTICA
- › STORIE DI PERSONE,
VOCI DI INFERMIERI
- › DONO D'AMORE



PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE
NAZIONALE INFERMIERI NEUROSCIENZE

N.3

SETTEMBRE 2024
ANNO 43' N.3

DIRETTORE SCIENTIFICO
FRANCESCO CASILE
f.casile@anin.it

VICE DIRETTORE SCIENTIFICO
FRANCESCO TARANTINI

DIRETTORE RESPONSABILE
CLAUDIO SPAIRANI

COMITATO DI REDAZIONE
FRANCESCO TARANTINI MILANO
LAURA BINELLO ASTI
DANIELA MAMBELLINI BRESCIA
FABIANA CASSANO BARI
LETIZIA VOLA ORBASSANO (TO)
ANNA ROSSI MILANO
SARA TAMBONE NICHELINO (TO)
MARIA LUISA LANGELLA NAPOLI
MICHELE PALAZZOLO LECCE

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

WEB MASTER:
Sara De Franza
Grafica e impaginazione in proprio
Registrazione Tribunale
di Brescia n. 54/1995

CONSIGLIO DIRETTIVO 2024-28

Presidente
GIANCARLO MERCURIO
Alba (CN)

Vice Presidente
ERIKA PESCE - Padova

Tesoriere
DAVIDE CARUZZO - Udine

Segretario
FRANCESCO BRANDI - Napoli

Consiglieri Nazionali
MICHELE PALAZZOLO - Lecce

PIETRO STURIALE - Messina
FRANCESCO TARANTINI - Milano

PAST PRESIDENT

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

COME INVIARE UN ARTICOLO A NEU NORME PER GLI AUTORI

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

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

In caso di necessità sarà cura della redazione rivedere il testo dell'abstract. I LAVORI SCIENTIFICI devono essere strutturati preferibilmente secondo il seguente ordine:

TITOLO: in italiano e inglese
ABSTRACT STRUTTURATO: in italiano e inglese. Non deve superare le 300 parole. Deve rispecchiare con precisione il contenuto dell'articolo. Non deve includere riferimenti o abbreviazioni. Deve contenere: Finalità e obiettivi, Background (indicazioni di quanto è già noto su questo argomento), Disegno della ricerca, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni (l'indicazione di quanto questo studio aggiunge al tema)
KEYWORDS: in italiano e in inglese. Devono essere necessariamente contenute nel testo (max 6).

INTRODUZIONE: deve illustrare brevemente la natura e lo scopo del lavoro, con citazioni bibliografiche significative, senza includere dati e conclusioni
MATERIALI E METODI: devono descrivere dettagliatamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lettera del Presidente

Vorrei ringraziare sinceramente tutti i Soci votanti e i componenti del Nuovo Direttivo per avermi voluto concedere la possibilità e l'onore di poter guidare l'ANIN per questi quattro anni, dimostrandomi la loro fiducia e stima, onore ed onere al quale mi dedicherò con passione, trasparenza, dovere etico-deontologico nei confronti della professione e dei soci.

Un grazie al gruppo dei Saggi e Reggenti che ha traghettato fino alla nomina del Nuovo Consiglio direttivo. Sono certo che continueranno la loro azione propositiva, e con il fondamentale apporto della loro esperienza, equilibrio e saggezza, diverranno validi sostegni nelle nostre attività future.

Un particolare augurio di Buon lavoro Lo rivolgo alla Vice Presidente Erika Pesce, al Tesoriere Davide Caruzzo, al Segretario Brandi Francesco e ai Tre Consiglieri nazionali Sturiale Pietro, Francesco Tarantini e Michele Palazzolo che ricopriranno i ruoli designati dal Consiglio Direttivo come da Statuto. Cari soci, nel percorso che mi appresto ad affrontare, avrò bisogno della collaborazione di tutti Voi, e non farò a meno di chiederla, come ho già iniziato a fare, sperando di coinvolgervi in questa nuova avventura che non può e non deve essere solo Nostra.

L'impegno di ogni Consiglio Direttivo è quello di veicolare le proprie attività nell'interesse di tutti, e di navigare verso mete utili alla comunità professionale in cui viviamo e di cui siamo parte integrante. All'apice del nostro impegno, c'è la volontà di trovare le coordinate che mirino alla produzione... attraverso l'indispensabile coinvolgimento di tutti.

Ritengo che il vero risultato arrivi dalla condivisione con i soci, con l'ascolto di idee, suggerimenti, proposte, elementi indispensabili per divenire una squadra coesa, di individui amici di cultura e professionalità, elementi che ci contraddistinguono. Siamo per natura molto diversi tra noi, la nostra storia professionale è volata ai mille all'ora; ma è questo che ci permette di mettere insieme i diversi punti di vista, affrontare i problemi da diverse angolature e se pensiamo ed agiamo nel rispetto di questi principi etici e deontologici, saranno la chiave di svolta del futuro di ANIN.

L'amicizia è fatta di condivisione, di schiettezza, di

cose dette in sincerità e con la più assoluta trasparenza, di confronti costruttivi, ed anche di divergenze, purché motivate.

L'ANIN è una società scientifica che deve aggiornarsi continuamente per essere al passo con i cambiamenti della Professione infermieristica, se non addirittura per anticiparli e guidarli. Viviamo un momento storico difficile per la Nostra professione, dalla scarsa adesione dei giovani studenti al sempre più frequente individualismo sul lavoro; ecco perché è fondamentale la presenza di ANIN ai tavoli della Politica Professionale, per creare sinergia tra FNOPI, OPI Provinciali e le altre Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali, fino alla partecipazione ai tavoli di lavoro Regionali e Mondiali.

Fondamentale, anche per questo, è l'attenzione per una corretta comunicazione volta al miglioramento e alla tutela dell'immagine pubblica di ANIN. È importante pubblicizzare adeguatamente ciò che facciamo; le iniziative, gli incontri e le relazioni ai vari convegni o la produzione di letteratura e articoli scientifici sui temi legati alle Neuroscienze ed alla professione Infermieristica, attraverso l'uso dei Social Media, del Nostro Sito Web e della Rivista NEU.

Ritengo sia indispensabile che i soci partecipino con piacere ma anche e non solo per orgoglio o dovere alle riunioni e alle iniziative ANIN e pertanto sia importante alternare riunioni che affrontano problematiche "serie" a riunioni meno impegnative; si può fare cultura divertendosi.

La squadra che compone il Direttivo:

GIANCARLO MERCURIO	Presidente
ERIKA PESCE	Vice-Presidente
DAVIDE CARUZZO	Tesoriere
FRANCESCO BRANDI	Segretario
MICHELE PALAZZOLO	Consigliere
PIETRO STURIALE	Consigliere
FRANCESCO TARANTINI	Consigliere

*Quando i "vorrei" diventano "voglio",
quando i "dovrei" diventano "devo",
quando i "prima o poi" diventano "adesso",
allora e solo allora i desideri
iniziano a trasformarsi in realtà.*

Anthony Robbins

neu

EDITORIALE



LAURA BINELLO

Infermiera - ellebinello@gmail.com

What's your name?

Li ho scritti tutti su un vecchio diario scolastico "Bastardidentro" di qualche anno fa.

Impronunciabili, impossibili da scrivere, spesso ripetitivi.

Nomi e qualche volta anche cognomi.

Ero da qualche settimana una cooperante a servizio di una blasonata ONG che soccorreva migranti sulle coste siciliane e indossavo con orgoglio la mia maglietta rossa.

La mia solida quanto (in)utile formazione sanitaria mi imponeva, all'inizio, di associare ad ogni nome una diagnosi. E magari una storia.

Così conobbi Faaris=insufficienza renale, Ibraheem=sospetta TBC, Mahmoud=maledappertutto, Ahzuur=gravida 20settimana, Ugaja=amputazione dita mano, Tibia=ustione II grado.

E le storie?

What's your name recitava il mio english maccheronico, anche quando i *name* erano tanti,

tantissimi, troppi e quel diario *bastardidentro* mi diceva di farmi furba e di guardare semplicemente il braccio sinistro dei miei assistiti.

Le storie erano tutte dentro quel braccialetto.

Una striscia di carta plastificata bianca e un numero scritto con un pennarello nero. Un marchiatore nero, un marchiatore di neri.

Roba di ordinaria amministrazione in un sistema politico che accoglie migranti e profughi marchiandoli come le pecore sulle orecchie.

Numeri, progressivi, inarrestabili.

"È un sistema di garanzia e tutela" mi dice il solito sciocco di turno a cui chiedo.

In fondo anche ai miei due bambini, alla nascita, fu messo al polso un braccialetto identificativo in modo che non potessero essere confusi con altri neonati.

In fondo anche nei villaggi vacanza all inclusive ti mettono al

polso il braccialetto per accedere a tutti i servizi del villaggio.

What's your name? I'm the 29.459 29.459=vomiting No.

Non così, non io.

Non mi servono identificativi, nè marchiature, questi uomini e queste donne la loro storia e la loro identità ce l'hanno scritta negli occhi.

Devo identificarti o assisterti? Io non ti identifico.

Ma ti chiamo per nome.

What's your name?

What's your problem?

Il tuo problema fratello siamo noi italiani, caritatevoli nel soccorrerti e velocissimi nel darti un codice esenzione per tutto, dal pasto caldo all'antibiotico gentilmente offerto dall'azienda sanitaria che però te ne autorizza e concede soltanto due dosi, e le altre?

Diritto di cura.

Noi sanitari siamo qui per questo lo sai?

Quello che non sai fratello che qui è tutto dannatamente com-

EDITORIALE neu

plicato quando, appena dopo averti soccorso in mare, si tratta di curarti, curarti davvero.

Le vedi le mie mani guantate?

Potrei ridurre la tua disidratazione se solo avessi una fleboclisi da infondere, se non fossero già terminate nello sbarco prima, se solo tu avessi già la tua tessera provvisoria, se io avessi un ricettario e un modo per rendere vera, reale la mia presenza qui, con te che hai sete, con me che per una flebo di soluzione fisiologica devo mandare sette mail a Milano, gridare, incazzarmi e tornare a cuccia, muta come te.

E allora soccorriamoli ma curiamoli come meritano oppure saremo come coloro che li metteranno a raccogliere pomodori pachino per 1€ all'ora.

Sono partita per cooperare e l'ho fatto, ma l'ho fatto soprattutto quando mi sono trovata a cercare soluzioni di cura impossibili insieme a infermieri, medici, mediatori culturali, sindaci, assistenti sociali, avvocati, prefetti, preti e sciamani. Ho cooperato tutti i santi giorni per ricongiungere profughi che si erano persi tra i barconi in mare, ho cooperato per garantire a quei nomi e cognomi di diventare pazienti di un sistema sanitario complesso e non sempre accogliente.

Ho cooperato anche con le istituzioni per garantire a tutti gli infermieri impegnati nelle missioni umanitarie la possibilità di

restare umani anche quando la disumanizzazione organizzativa è palese, fallace, perdente.

Il mio personale concetto di cooperazione meriterebbe una riflessione ontologica in quanto essere di aiuto umano e professionale in una missione passa inevitabilmente per un grado significativo di integrazione fra professionisti e organizzazioni, sia che queste siano aziende sanitarie oppure Ong.

Si può quindi cooperare tanto in un reparto di chirurgia a Torino quanto sotto una tenda da campo a Khartoum.

Cooperare significa svestire i panni (divise, uniformi, magliette) del sub-autore e indossare quelli del co-autore parificando quindi di fatto i risultati che non saranno mai più personali ma condivisi.

Ma occorre ripensare continua-

mente alla relazione con gli altri partendo da un solo principio, quello dell'uguaglianza dei professionisti impegnati nella cura, dove tutti si diventa autori di un progetto che fa della sua quota umanitaria il colore preferito.

Sono partita e sono ritornata alla mia agiata azienda sanitaria, nel mio bel reparto climatizzato, con i miei pazienti che hanno al polso un braccialetto e un codice a barre esattamente come Mahmoud, Ibrahim, Farah.

Collaboro e quindi coopero tutti i giorni con infermieri, Oss, medici, fisioterapisti, logopedisti, consulenti.

Ho imparato tanto dall'esperienza della cooperazione nelle missioni.

Soprattutto a coltivare la cooperazione e lasciare sempre più andare la competizione.





EDITORIALE

A cura di:
Francesco Casile



Cooperare per salvare e salvarsi

Parlare di cooperazione risulta assai complesso anche per il diverso utilizzo della parola. Contattando infatti alcuni autori che collaborano con la rivista per chiedere un loro contributo in merito all'argomento, alcuni l'hanno inteso come cooperazione internazionale, altri invece come cooperazione fra diversi professionisti.

Quello che la redazione invece voleva intendere, quando è stata scelta questa parola, riguardava proprio la cooperazione fra i diversi attori che operano all'interno del S.S.N.

Nel ragionamento collettivo era a suo tempo emerso la difficoltà di comunicazione ed interazione in un Sistema Sanitario in crisi non solo per le scarse risorse economiche e di personale ma anche per sfiducia dei cittadini per le mancate risposte ai loro bisogni di assistenza. Allora che fare? Ci si potrebbe allacciare a quanto afferma "Colum McCann", ovvero, a cambiare il nostro modo di pensare, aprendo le nostre menti senza abbarbicarsi sulle proprie granitiche certezze. Saper dire "Non lo so" ci permette da una parte di riconoscere i nostri limiti e dall'altra quello di far riferimento ad altri operatori le cui competenze possono contribuire alla risoluzione di problemi specifici. Serve in ogni caso argomentare all'utenza questa condizione per ottenerne la comprensione, la collaborazione e abbassare una eventuale tensione emotiva.

In altre parole **ci si salva e si va avanti solo se si agisce insieme e non solo singolarmente.**

All'interno della rivista, oltre agli articoli clinici, troverete alcuni riferimenti sulla cooperazione.

"Viviamo in tempi incredibilmente instabili, fratturati, spezzati, in cui tutti sembrano avere la malattia della certezza: c'è pochissima ricerca interiore e poca capacità di dire: 'Non lo so' o 'questo mi confonde come essere umano, come pensatore, come poeta, come giornalista'. Sembra che le persone vogliano solo incanalarti nella loro corsia, ammanettarti ad un certo tipo di idea e che non si possa più parlare di quanto sia tutto, invece, incredibilmente complicato. (...)"
(Colum McCann)

Segnalo in particolare quanto scritto dalle colleghe delle Marche dal titolo: "Relazione tra qualità dell'assistenza e cooperazione tra i Professionisti della Salute: una revisione narrativa della letteratura" dove emerge chiaramente che: "...Il

lavoro di squadra, basato sulla cooperazione, permette di effettuare un'assistenza completamente centrata sul paziente grazie all'identificazione dei suoi bisogni e, soprattutto, alla capacità degli operatori sanitari di suddividere le proprie responsabilità e mettere in atto interventi specifici, accantonando una visione gerarchica che ancora vive all'interno di molte realtà sanitarie".

Segnalo inoltre l'articolo del filosofo Gabriele Tassinari, che nel suo pezzo "*La cooperazione oltre i confini di specie. L'etica degli interventi assistiti con gli animali*", che affronta il tema dal punto di vista bioetico.

Laura Binello, nel suo editoriale, sottolinea quanto segue: "Cooperare significa svestire i panni (divise, uniformi, magliette) del sub-autore e indossare quelli del co-autore, parificando quindi di fatto i risultati che non saranno mai più personali ma condivisi. Occorre ripensare continuamente alla relazione con gli altri partendo da un solo principio, quello dell'uguaglianza dei professionisti impegnati nella cura, dove tutti si diventa autori di un progetto che fa della sua quota umanitaria il colore preferito".

Ringraziando tutti gli autori e redattori, vi auguro una buona lettura.

SOMMARIO

neu



2 EDITORIALE

AGGIORNAMENTI

- 6 Le crisi epilettiche - Cosa ne sappiamo
- 14 Oltre le crisi epilettiche Indagine sulla presenza dello stigma in ambito sanitario
- 26 Indagine conoscitiva su atteggiamenti, sentimenti ed emozioni di ragazzi in età adolescenziale nei confronti di un loro coetaneo affetto da epilessia
- 30 Intervista con CPSI - Simone Salamon
Unità Multidisciplinare Valutazione Disabilità (UMVD) Il contributo dell'infermiere

APPROFONDIMENTI

- 35 La cooperazione oltre i confini di specie
L'etica degli interventi assistiti con gli animali
- 43 Relazione tra qualità dell'assistenza e cooperazione tra i Professionisti della Salute
- 52 PNRR e MISSIONE 6 - Strategie di potenziamento del sistema sanitario attraverso l'interprofessionalità
- 57 Mapping - Un nuovo modo di leggere la comunità - Esperienza didattica al Master of Science in Svizzera

INTERVISTE

- 71 Arte e Cinema possono aiutare la cooperazione?
Sara Tambone intervista il regista Mimmo Calopresti

RECENSIONI

- 74 Conoscere, pensare e agire nell'assistenza infermieristica
- 76 Storie di persone, voci di infermieri
- 77 Dono d'Amore

ELENA PIZZI

Tutor professionale e docente presso il Corso di Laurea in infermieristica sede di Orbassano (Torino)
AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)
elena.pizzi@unito.it

MIRKO BRESOLIN

Infermiere libero professionista
mirko.bresolin@edu.unito.it

LE CRISI EPILETTICHE cosa ne sappiamo

ABSTRACT

INTRODUZIONE

L'epilessia è una delle patologie neurologiche croniche più diffuse al mondo, riconosciuta come malattia sociale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La parola epilessia deriva dal verbo greco 'epilambanein' che significa 'essere sopraffatti, essere colti di sorpresa', in quanto è una malattia caratterizzata dalla predisposizione dell'encefalo a generare crisi epilettiche, che colpisce persone di ogni età, genere, etnia e posizione geografica.

Si ritiene che la maggior parte delle epilessie abbia un'origine genetica; tuttavia, non è sempre possibile individuare la causa di tutte le forme di epilessia e talvolta l'eziologia rimane ignota.

Inoltre, vi sono diversi fattori esterni che possono favorire l'insorgenza di crisi epilettiche in individui predisposti.

OBIETTIVO

Analizzare le evidenze scientifiche rispetto alle crisi epilettiche e alla loro gestione infermieristica.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una ricerca bibliografica sulle principali banche dati, con le seguenti parole chiave epilepsy, nurse knowledge, epileptic seizures, stigma.

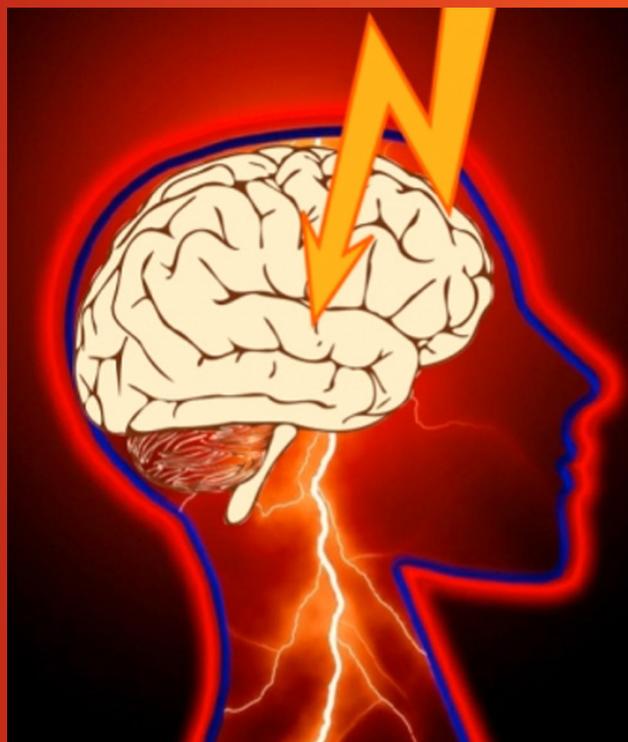
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Sono state esaminate le indicazioni delle li-

nee guida e le conoscenze degli infermieri. Diventa necessario condividere con la popolazione i segni precoci di riconoscimento delle crisi epilettiche per migliorare la loro gestione e al fine di ridurre il fenomeno dello stigma sociale, ancora molto presente.

PAROLE CHIAVE

Epilepsy, nurse knowledge, epileptic seizures, stigma.



ABSTRACT

Epilepsy is one of the most widespread chronic neurological diseases in the world, recognized as a social disease by the World Health Organization. The word epilepsy derives from the Greek verb 'epilambanein' which means 'to be overwhelmed, to be taken by surprise', as it is a disease characterized by the predisposition of the brain to generate epileptic seizures, which affects people of all ages, gender, ethnicity and position geographical. Most epilepsies are believed to have a genetic origin; however, it is not always possible to identify the cause of all forms of epilepsy and sometimes the etiology remains unknown. Furthermore, there are several external factors that can favor the onset of epileptic seizures in predisposed individuals.

OBJECTIVE

To analyze the scientific evidence regarding

epileptic seizures and their nursing management.

MATERIALS AND METHODS

A bibliographic search was carried out on the main databases, with the following keywords epilepsy, nurse knowledge, epileptic seizures, stigma.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Guideline indications and nurses' knowledge were examined. It becomes necessary to share with the population the early signs of recognition of epileptic seizures to improve their management and in order to reduce the phenomenon of social stigma, which is still very present.

KEY WORDS

Epilepsy, nurse knowledge, epileptic seizures, stigma.

INTRODUZIONE

L'epilessia è una patologia neurologica caratterizzata da episodi ricorrenti di attacchi epilettici, dette crisi epilettiche, che derivano da un'anomalia dell'attività elettrica cerebrale. Essa rappresenta una sfida clinica e sociale di rilevanza globale, in quanto interessa milioni di individui in tutto il mondo, influenzando profondamente la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari.

Nonostante i progressi e gli sviluppi della scienza e della medicina, l'epilessia continua ad essere un campo di studio complesso e ricco di scoperte ancora da fare. La ricerca scientifica continua ad esplorare nuove prospettive cercando di offrire soluzioni più efficaci e mirate per migliorare la gestione e la vita quotidiana delle persone colpite da questa patologia.

L'epilessia è una delle patologie neurologiche croniche più diffuse al mondo, riconosciuta come malattia sociale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1965, e che la definisce come 'una patologia del sistema nervoso centrale dovuta a una ipereccitabilità dei neuroni cortica-

li per cause diverse tra loro (OMS 22 Novembre 2022).

Clinicamente l'epilessia si manifesta attraverso crisi che possono avere un esordio focale o generalizzato, con sintomi motori o non motori associati o meno a perdita della coscienza. (Motore Sanità, 2021)

La parola epilessia deriva dal verbo greco 'epilambanein' che significa 'essere sopraffatti, essere colti di sorpresa', in quanto è una malattia neurologica caratterizzata dalla predisposizione dell'encefalo a generare crisi epilettiche, le quali tendono a ripetersi nel tempo in modo spontaneo, con una frequenza diversa e in modo imprevedibile. (Fondazione Epilessia Lice, 2023)

Definizioni imprecise, il mancato utilizzo della terminologia corretta o il suo uso improprio costituiscono ostacoli alla capacità di studiare e progredire nelle conoscenze relative all'epilessia. (Falco, 2020)

L'epilessia colpisce persone di ogni età, genere, etnia e posizione geografica. Nei paesi industrializzati, fino al 10% delle persone va incontro ad una crisi epilettica nel corso della vita e il 3-4% svilupperà la patologia.



Il rischio è ancora più elevato nei paesi a basso e medio reddito. (Perucca, 2020)

L'epilessia interessa circa 1 persona su 100 e in Italia si stima che più di 600.000 persone ne siano colpite. (Società Italiana Neurologia, 2024)

Nel mondo sono più di 50 milioni le persone che ne sono affette, ma risulta essere una condizione sotto dichiarata poiché ancora socialmente stigmatizzata, e tenuta nascosta per motivi socioculturali. (Marini, Chesi, 2019)

La prevalenza e l'incidenza dell'epilessia risultano essere leggermente più elevate negli uomini rispetto alle donne e tendono a raggiungere il picco negli anziani. Questo aumento può essere giustificato dalla maggiore frequenza di ictus, malattie neurodegenerative e tumori in questa fascia di età.

Il dato della prevalenza complessiva nell'arco della vita è riportato con un valore di 7,60 per 1.000 abitanti, risultando più elevato nei paesi a basso e medio reddito, 8,75 per 1.000; rispetto ai paesi ad alto reddito, 5,18 per 1.000.

Oltre all'incidenza, anche la stima della prevalenza tende ad essere più elevata tra individui di determinate etnie, coloro in cattive condizioni di salute e soggetti socialmente svantaggiati.

La disparità nell'incidenza e nella prevalenza dell'epilessia tra uomini e donne potrebbe derivare dalla differenza dei fattori di rischio, più comuni nel sesso maschile, nonché dall'occultamento della condizione nelle donne a causa di influenze socioculturali, particolarmente evidenti in alcune regioni.

L'incidenza dell'epilessia presenta variazioni significative nelle diverse fasce d'età, con un'incidenza più elevata tra i più giovani e gli anziani. Le stime indicano un tasso di 86 casi per 100.000 all'anno in una popolazione ben definita nel primo anno di età, con una tendenza a diminuire a circa 23-31 per 100.000 nelle persone di età compresa tra 30 e 59 anni, per poi registrare un aumento significativo fino a 180 su 100.000 nella fascia di età superiore a 85 anni. Nei bambini, l'incidenza dell'epilessia è massima nel primo anno di vita per poi diminuire ai livelli degli adulti entro la fine dei 10 anni di età. Riguardo alla prevalenza dei tipi di crisi epilettiche, si osserva una maggiore frequenza delle crisi epilettiche focali rispetto a quelle generalizzate, sia nei bambini che negli adulti. In particolare la crisi focale con alterata consapevolezza risulta essere la più comune, rappresentando circa il 36% di tutte le persone affette da convulsioni.

Negli ultimi decenni, si è verificata una diminuzione dell'incidenza dell'epilessia specifica per età tra i più giovani, probabilmente a causa dei miglioramenti nelle cure perinatali, delle migliori strutture igienico-sanitarie e del maggiore controllo delle malattie infettive.

Al contrario, l'incidenza è aumentata negli anziani, presumibilmente a causa del miglioramento dell'aspettativa di vita, con parallelo aumento delle condizioni correlate all'invecchiamento, come ictus, tumori e disturbi neurodegenerativi, insieme ad un maggiore accertamento della malattia in questa fascia di età. (Beghi, 2020) Si ritiene che la maggior parte delle forme di epilessia abbia radici genetiche, un tempo classificate come idiopatiche. Tuttavia, in alcuni casi, risulta arduo identificare la causa sottostante di tutte le manifestazioni epilettiche.

Le crisi epilettiche nei soggetti predisposti pos-

sono infatti verificarsi in seguito a stress psicofisici eccessivi o a significative alterazioni del ciclo sonno-veglia, come la grave carenza di sonno causata da veglie prolungate o risvegli precoci. Nelle altre condizioni predisponenti vengono incluse astinenza o abuso di psicofarmaci, etilismo acuto o cronico, disordini metabolici o elettrolitici. (Istituto Clinico Humanitas, 2021)

L'obiettivo è di aggiornare le indicazioni assistenziali rispetto alla gestione delle crisi epilettiche.

■ MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca bibliografica interrogando principalmente due delle principali banche dati biomediche: Pubmed e Cinhal.

Su Pubmed è stata inserita prima di tutto la parola libera "epilepsy" con l'operatore booleano AND si è aggiunta la parola "nurse's knowledge", tale ricerca ha prodotto 164 risultati, ridotti a 82 impostando il filtro temporale "10 anni", arrivando ad 80 risultati con il filtro "full text".

Sulla base delle parole associate ai documenti inerenti l'epilessia è stata formulata una stringa di ricerca con i termini del tesaurus:

("Epilepsy"[Mesh] OR epileps* OR epileptic) AND ("Knowledge"[Mesh] OR nursing-knowledge* OR nurse-knowledge*)

42 risultati totali da cui sono stati ricavati 8 articoli

("Epilepsy"[Mesh] OR epileps* OR epileptic) AND ("Nurse'sRole"[Mesh] OR nursing-role* OR nurse-role* OR nurse-attitude*)

86 risultati totali

Su Cinahl sono state usate le seguenti stringhe di ricerca:

((MH "Epilepsy") OR epileps* OR epileptic) AND ((MH "Nursing Knowledge") OR nursing-knowledge* OR nurse-knowledge*) 24

((MH "Epilepsy") OR epileps* OR epileptic) AND ((MH "Nursing Role") OR nursing-role* OR nurse-role* OR nurse-attitude*) 147

Sono stati inclusi solo gli articoli relativi alle conoscenze e allo stigma.

■ DISCUSSIONE

Nel 2017, la Lega Internazionale Contro l'Epilessia (International League Against Epilepsy, ILAE) ha pubblicato una nuova classificazione delle Epilessie e delle crisi epilettiche, sostituendo alcuni termini precedenti con alcuni ritenuti più chiari e comprensibili.

Le crisi epilettiche sono principalmente classificate come "a esordio focale" o "a esordio generalizzato". Le crisi focali, in precedenza denominate parziali, hanno origine da un'attività cerebrale anomala limitata ad una zona specifica del cervello. D'altra parte, le crisi generalizzate coinvolgono, sin dall'inizio, un'ampia area neurale in entrambi gli emisferi cerebrali.

In alcune situazioni, non è possibile determinare la zona cerebrale di origine delle crisi epilettiche, e in questi casi si fa riferimento a crisi ad esordio sconosciuto, motorie o non motorie.

Anche le diverse tipologie di epilessia possono essere classificate in focale, generalizzata, mista (focale e generalizzata), e sconosciuta, in base al tipo di crisi epilettiche manifestate.

La diagnosi differenziale di una crisi epilettica deve essere presa in considerazione durante la valutazione di una persona che presenta la sua prima crisi.

L'Elettro-Encefalo-Gramma (EEG) e l'imaging cerebrale sono i pilastri dei test diagnostici per convulsioni ed epilessia. Un normale EEG di routine consiste nella registrazione per 30 minuti dell'attività elettrica cerebrale attraverso elettrodi posti sul cuoio capelluto del paziente. Dopo la prima crisi, l'EEG mostra un'anomalia in una percentuale che varia dal 12% al 73% dei casi. Tuttavia, è importante notare che nonostante la presenza di epilessia, in circa il 50% delle persone l'EEG può apparire del tutto normale. Dopo l'esecuzione di tre EEG, la probabilità di individuare un'anomalia aumenta all'84%.

Gli EEG sono in grado di rilevare onde focali acute o picchi caratteristici di un'epilessia focale, così come l'attività epilettiforme bilaterale (generalizzata) tipica di un'epilessia generalizzata (Johson, 2019). Recentemente, le neuroimmagini, in particolare la Risonanza Magnetica (RM) cerebrale, hanno acquisito sempre maggiore rilevanza in campo diagnostico. Queste metodiche forniscono immagini sempre più sofisticate del

cervello, permettendo di rilevare lesioni cerebrali precedentemente impossibili da identificare, soprattutto grazie alle apparecchiature che utilizzano campi magnetici elevati. Le neuroimmagini sono complementari agli studi EEG, infatti, se l'EEG fornisce informazioni riguardo il funzionamento del cervello, le neuroimmagini offrono dettagli sulla sua conformazione dal punto di vista strutturale. In alcune situazioni, specialmente in previsione di un intervento chirurgico, può essere fondamentale eseguire una risonanza magnetica funzionale in contemporanea con l'EEG, per correlare l'attività epilettica evidenziata sull'EEG con l'attivazione di specifiche aree cerebrali.

Da notare inoltre, che a differenza della tomografia assiale computerizzata (TAC), la risonanza magnetica è un esame a basso rischio e può essere ripetuto anche più volte.

Per agevolare la diagnosi, è essenziale raccogliere in modo completo e dettagliato le informazioni anamnestiche, spesso coinvolgendo chi ha assistito alle crisi.

Dal punto di vista clinico per porre una diagnosi di epilessia è necessario che il soggetto abbia avuto almeno due crisi epilettiche a distanza di oltre 24 ore l'una dall'altra e che queste siano avvenute spontaneamente, ovvero che non siano state provocate da fattori specifici o da situazioni

particolari. (Fondazione Epilessia Lice, 2023)

Una crisi epilettica generalizzata di tipo tonico-clonico costituisce un evento apparentemente drammatico che solitamente genera ansia e spavento in chi lo osserva per la prima volta, ma nella maggior parte dei casi questo tipo di crisi non comporta di per sé gravi rischi, se non per le possibili conseguenze di eventuali traumi successivi alla caduta improvvisa. La prevenzione della caduta a terra è quindi l'intervento fondamentale, anche se spesso risulta difficile a causa dell'imprevedibilità della crisi. Quando il soggetto è già a terra, è utile proteggere la testa posizionando un supporto morbido sotto il capo, in modo tale che durante la fase convulsiva il capo non sbatta ripetutamente su una superficie dura. Le convulsioni generalmente non durano più di 1 o 2 minuti, e una volta terminate è utile allentare eventuali indumenti che possano ostacolare la respirazione, ruotare la testa lateralmente e porre il paziente su un fianco nella cosiddetta posizione laterale di sicurezza per agevolare il drenaggio di saliva e di eventuale vomito. È importante evitare assembramenti intorno al soggetto in fase di recupero in quanto potrebbe presentare uno stato di confusione di durata variabile in cui l'individuo potrebbe non essere immediatamente consapevole di ciò che è accaduto e pertanto, è necessario che si riprenda



con calma, senza la presenza di persone intorno a lui che potrebbero essere di intralcio in questo contesto. Durante le manifestazioni convulsive alcune pratiche che solitamente si ritengono utili dovrebbero essere in realtà evitate, come per esempio tentare di aprire forzatamente la bocca o inserirvi le dita per impedire il morso della lingua o evitarne il rovesciamento, bloccare braccia e gambe coinvolte nelle convulsioni o tentare di somministrare acqua o cibo. Questi interventi risultano essere inutili ed oltre a provocare lesioni al soccorritore, potrebbero aumentare il rischio di danni e complicanze nella persona con crisi epilettica.

Tuttavia, è necessario sottolineare che le crisi epilettiche possono manifestarsi in modi diversi e non sempre in maniera evidente. Nel caso delle crisi di assenza non occorre intervenire, se non attraverso l'annotazione dell'evento per comunicarlo eventualmente al paziente stesso, ai suoi familiari o ai professionisti sanitari. Il soggetto in questi casi perde coscienza solo per pochi secondi, ma non cade a terra e non manifesta fenomeni motori rilevanti. Nel caso di crisi focali possono manifestarsi sintomi vari e il livello di consapevolezza può essere compromesso in modo più o meno rilevante; in tali circostanze è inutile cercare di ricondurre alla consapevolezza il paziente tramite sollecitazioni continue, poiché il soggetto potrebbe comprendere ma essere incapace di esprimersi in modo adeguato o risultare confuso, reagendo in modo inappropriato ad interventi esterni.

È anche sconsigliato limitare i movimenti del paziente nell'ambiente circostante, a meno che non sia necessario per evitare situazioni pericolose. È opportuno vigilare con attenzione per prevenire danni involontari durante la crisi.

È necessario sottolineare che i soggetti colpiti da una crisi focale con alterazione transitoria della consapevolezza raramente mostrano atteggiamenti aggressivi verso gli altri, a meno che gli interventi delle persone circostanti risultino aggressivi o contenitivi, in quanto durante o dopo una crisi, l'individuo non è in grado di compiere azioni violente. In situazioni in cui le crisi, di qualsiasi tipo, sono brevi, isolate e mostrano un rapido recupero senza evidenziare traumi, non è necessario chiamare l'ambulanza per portare il paziente in Pronto Soccorso. Tuttavia, l'osserva-

zione in ambiente ospedaliero è obbligatoria se la crisi è molto prolungata e se il soggetto non riprende coscienza, oppure se dopo la prima crisi, se ne verificano altre in successione, configurando una condizione definita Stato Epilettico. In queste circostanze è necessario un ambiente adatto con somministrazione di farmaci per via endovenosa e se necessario, interventi di rianimazione.

In generale, nell'ambiente domestico, è consigliabile evitare la somministrazione di farmaci durante o dopo l'episodio convulsivo, e l'impiego di farmaci per via intramuscolare.

Tuttavia, in situazioni specifiche, su indicazione del neurologo curante, può essere possibile somministrare farmaci per interrompere crisi troppo prolungate o ricorrenti. (Fondazione Epilessia Lice, 2023)

■ CONCLUSIONI

Numerosi sono gli studi di indagine e valutazione delle conoscenze degli infermieri riguardo l'epilessia.

Un'indagine trasversale descrittiva sulla conoscenza dell'epilessia tra gli infermieri condotta mediante l'utilizzo di un questionario contenente domande sulla loro conoscenza dell'argomento, ha concluso che i risultati dello studio evidenziano la necessità di fornire una formazione specifica agli infermieri per migliorare le loro conoscenze e la cura delle persone affette da questa patologia.

Un altro studio che ha coinvolto 238 infermieri provenienti da vari reparti ospedalieri, ha raccolto dati attraverso un questionario elettronico, suddiviso in quattro domini tra cui domande demografiche e cliniche relative all'epilessia, una sezione sulla consapevolezza dell'epilessia, 18 elementi per la conoscenza e una scala di 15 elementi per gli atteggiamenti.

I risultati hanno indicato che gli infermieri presentavano una comprensione ed una conoscenza generalmente limitata riguardo l'epilessia, mentre gli infermieri che lavorano nel Dipartimento di Neurologia e nel Centro per l'epilessia manifestavano un livello di consapevolezza e conoscenza dell'epilessia notevolmente superiore. Inoltre, emergeva che all'aumentare della loro

comprensione sull'epilessia, si registrava anche un incremento della sensibilità nei confronti di coloro che affrontano questa condizione. Lo studio suggerisce inoltre che gli esperti di epilessia dovrebbero organizzare ulteriori conferenze e sessioni di formazione aggiuntive per potenziare le conoscenze e competenze degli infermieri riguardo le procedure di pronto soccorso in caso di convulsioni.

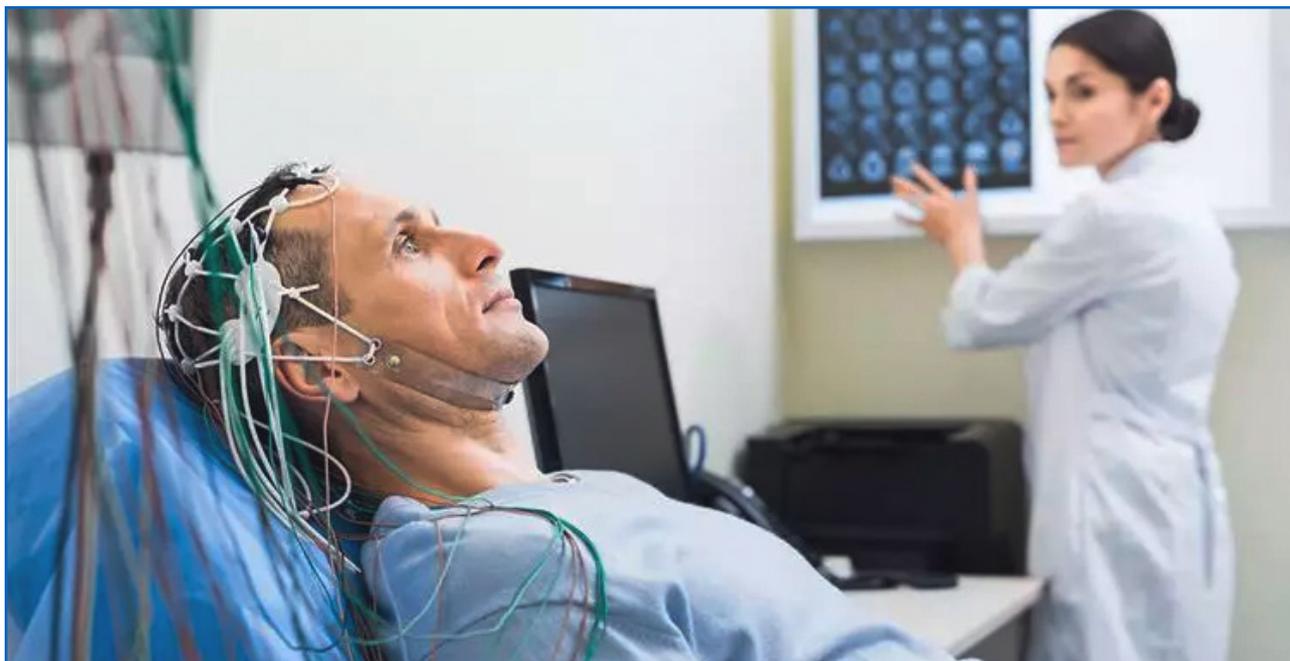
Un'indagine condotta in Turchia con lo scopo di valutare le conoscenze degli infermieri sull'epilessia, ha coinvolto 85 infermieri. Il questionario utilizzato comprendeva un modulo di dati personali, una scala di valutazione della conoscenza sull'epilessia e una scala per valutare gli atteggiamenti verso questa condizione.

L'analisi dei dati ha rivelato una correlazione positiva e significativa tra i livelli di conoscenza e gli atteggiamenti degli infermieri, una maggiore conoscenza era associata ad un atteggiamento più positivo. Sebbene gli infermieri di-

limitata informazione fornita in merito a questa condizione.

Diversi studi condotti su studenti di infermieristica hanno valutato le conoscenze a riguardo, uno tra questi, attraverso un questionario e scale di conoscenza, ha rivelato che gli studenti infermieri partecipanti avevano un livello moderato di conoscenza sull'epilessia. Oltre alla conoscenza teorica, l'esperienza pratica nell'assistenza a pazienti affetti da epilessia ha dimostrato di avere un impatto positivo sull'atteggiamento degli studenti. Questo suggerisce che l'esperienza diretta con i pazienti contribuisce in modo significativo a migliorare la percezione e la sensibilità degli studenti nei confronti della patologia. La formazione infermieristica dovrebbe porre maggiore attenzione all'epilessia e agli interventi per le crisi epilettiche.

Un altro studio condotto su 312 studenti del dipartimento dei servizi sanitari ha indagato le loro conoscenze al riguardo.



mostrassero un livello moderato di conoscenza dell'epilessia e manifestassero in generale un atteggiamento positivo, ciò non risultava sufficiente. Inoltre, è emerso che un maggiore livello di conoscenza era correlato ad un atteggiamento più favorevole.

La carenza di conoscenze potrebbe riflettere la scarsa attenzione posta a questa patologia durante il percorso di formazione universitaria e la

I dati sono stati raccolti tramite un questionario che includeva informazioni sociodemografiche, la Epilepsy Knowledge Level Scale e la Attitudes Towards Epilepsy Scale. È emerso che gli studenti partecipanti avevano un livello moderato di conoscenza, ma che gli atteggiamenti degli studenti nei confronti delle persone affette da epilessia aumentavano positivamente all'aumentare del loro livello di conoscenza.

Un successivo studio ha indagato le opinioni e le conoscenze degli operatori sanitari riguardo le misure di primo soccorso per assistere una persona durante un attacco epilettico. Nella maggior parte delle domande del questionario utilizzato, sono emerse numerose risposte inappropriate sulle azioni da intraprendere durante una crisi epilettica, in particolare l'istintiva ed erronea pratica di mettere qualcosa in bocca o tra i denti del paziente, o la mancata temporizzazione della crisi. Questi risultati riflettono credenze e conoscenze errate riguardo alla patologia, evidenziando che molti operatori sanitari non applicano, o non raccomandano le misure adeguate ad assistere un paziente che stia avendo una crisi. Pertanto, è fondamentale che la comunità scientifica sviluppi programmi di formazione standardizzati sul primo soccorso in casi di crisi epilettiche, rivolti sia al pubblico in generale che agli operatori sanitari.

L'assistenza generale ai pazienti epilettici potrebbe essere implementata sviluppando una formazione infermieristica standardizzata in stretta collaborazione con altri operatori sanitari. L'impatto dell'assistenza infermieristica per l'epilessia è stato già documentato in molti paesi, ma la diversità delle pratiche infermieristiche e la formazione professionale degli infermieri sollevano non poche difficoltà nella generalizzazione di questi risultati. La formazione specializzata in epilessia migliorerà l'accesso, il trattamento e, in definitiva, la qualità di vita dei pazienti, in quanto gli infermieri specializzati in questo settore svolgono un ruolo importante nella cura delle persone con tale affezione. L'impatto positivo della presenza di infermieri adeguatamente preparati è stato documentato in ricerche provenienti da tutto il mondo che supportano e consigliano l'uso di infermieri specializzati.

Diventa per ciò importante educare la popolazione a comprendere cosa è bene fare e non fare durante una crisi, nelle scuole per evitare interventi impropri o creare discriminazioni e alimentare paure.

È necessario saper porre in sicurezza le persone e gestire con efficacia le crisi epilettiche nei bambini. Anche il personale scolastico deve essere educato a gestire la patologia, al fine di prevenire stigmatismo o comportamenti inappropriati o pericolosi.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Motore Sanità. Persone con epilessia - presa in carico assistenziale (focus Lazio - Abruzzo), 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://motore-sanita.it/epilessia> (ultima consultazione in data 19/02/2024).
2. Fondazione Epilessia Lice. Guida alle epilessie. Roma, 2023. Disponibile all'indirizzo: https://www.lice.it/pdf/web_2023_guida_alle_epilessie.pdf (ultima consultazione in data 19/02/2024).
3. Falco et al., (2020) Epilepsy - Definition, Classification, pathophysiology, and Epidemiology. *Seminars in Neurology*, 40(06):617-23.
4. Perucca P, et al., (2020) The Genetics of Epilepsy. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 21(1):205-30.
5. Società Italiana di Neurologia. Schede di patologia - epilessia, 2016 - 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.neuro.it/web/eventi/NEURO/patologia> (ultima consultazione 19/02/2024).
6. Marini M. G, Chesi P. L'epilessia raccontata dai curanti oltre alle cure cliniche, 24/07/2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com> (ultima consultazione 19/02/2024).
7. Beghi E. (2020) The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*, 54(2):185-91.
8. IRCCS Istituto Clinico Humanitas. Epilessia, 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.humanitas.it/malattie/epilessia> (ultima consultazione 19/02/2024).
9. Davidson G.T, et al., (2016) Childhood epilepsy: a clinical update. *Community Pract*, 89(4):25-9.
10. Stafstrom C.E, et al., (2015) Seizures and Epilepsy: An overview for neuroscientists. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 5(6):1-19.
11. Johnson E.L. (2019) Seizures and epilepsy. *Medical Clinics of North America*, 103(2):309-324.

DOTT.SSA ELENA PIZZI

Tutor professionale e docente presso il Corso di Laurea in infermieristica sede di Orbassano AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)
elena.pizzi@unito.it

DOTT. MIRKO BRESOLIN

Infermiere laureato Corso di laurea in Infermieristica sede di Orbassano - libero professionista
mirko.bresolin@edu.unito.it

Oltre le crisi epilettiche

Indagine sulla presenza dello stigma in ambito sanitario

ABSTRACT

INTRODUZIONE

L'epilessia è una delle patologie neurologiche croniche più diffuse al mondo, riconosciuta come malattia sociale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La parola epilessia deriva dal verbo greco 'epilambanein' che significa 'essere sopraffatti, essere colti di sorpresa', in quanto è una malattia caratterizzata dalla predisposizione dell'encefalo a generare crisi epilettiche, che colpisce persone di ogni età, genere, etnia e posizione geografica.

Si ritiene che la maggior parte delle epilessie abbia un'origine genetica; tuttavia, non è sempre possibile individuare la causa di tutte le forme di epilessia e talvolta l'eziologia rimane ignota.

Inoltre, vi sono diversi fattori esterni che possono favorire l'insorgenza di crisi epilettiche in individui predisposti. Uno dei più grandi ostacoli per le persone affette da epilessia è rappresentato dallo stigma.

OBIETTIVO

Indagare le conoscenze degli infermieri, e l'eventuale presenza dello stigma, riguardo l'epilessia in 9 reparti ospedalieri dell'ASL TO3 e AOU San Luigi Gonzaga, tramite un questionario somministrato nel periodo tra dicembre 2023 e gennaio 2024.

MATERIALI E METODI

Sono state indagate le conoscenze degli infermieri sull'epilessia. A tale scopo, è stato formulato un questionario attraverso lo strumento Google Moduli. Il questionario comprende 16 domande, le prime 5 domande indagano le caratteristiche generali degli infermieri mentre le restanti 11 domande si concentrano sulle conoscenze riguardo la patologia.

DISCUSSIONE E IMPLICAZIONI

Dai dati presenti in letteratura emerge che in ambito sanitario, le conoscenze a livello infermieristico risultano insufficienti a fornire un'adeguata assistenza e una corretta gestione delle complicanze nei pazienti epilettici. L'analisi dei dati ricavati dal questionario distribuito risulta coerente con i dati riportati dalla letteratura, cioè un livello di conoscenza della patologia moderato. Tuttavia la ristrettezza del campione non consente alcuna generalizzazione dei risultati. Sarebbero quindi necessarie ulteriori ricerche per valutare il grado di conoscenza riguardo l'argomento, e porre così le basi per l'implementazione della formazione e della conseguente assistenza

PAROLE CHIAVE

Epilepsy, nurse knowledge, epileptic seizures, stigma.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Epilepsy is one of the most widespread chronic neurological diseases in the world, recognized as a social disease by the World Health Organization.

The word epilepsy derives from the Greek verb 'epilambanein' which means 'to be overwhelmed, to be taken by surprise', as it is a disease characterized by the predisposition of the brain to generate epileptic seizures, which affects people of all ages, gender, ethnicity and position geographical.

Most epilepsies are believed to have a genetic origin; however, it is not always possible to identify the cause of all epilepsy's form and sometimes the etiology remains unknown.

Furthermore, there are several external factors that can favor the onset of epileptic seizures in predisposed individuals. One of the biggest obstacles for people with epilepsy is stigma.

OBJECTIVE

To investigate nurses' knowledge, and the possible presence of stigma, regarding epilepsy in 9 hospital departments of ASL TO3 and AOU San Luigi Gonzaga, via a questionnaire administered in the period between December 2023 and January 2024.

MATERIALS AND METHODS

Nurses' knowledge about epilepsy was investigated. For this purpose, a questionnaire was formulated through the Google Forms tool. The questionnaire includes 16 questions, the first 5 questions investigate the general characteristics of nurses while the remaining 11 questions focus on knowledge regarding the pathology.

DISCUSSION AND IMPLICATIONS

From the data present in the literature it emerges that in the healthcare sector, knowledge at a nursing level is insufficient to provide adequate assistance and correct management of complications in epileptic patients. The analysis of the data obtained from the distributed questionnaire is consistent with the data reported in the literature, meaning what a moderate level of knowledge of the pathology. However, the narrowness of the sample does not allow any generalization of the results. Further research would therefore be necessary to evaluate the level of knowledge regarding the topic, and thus lay the foundations for the implementation of training and consequent assistance.

KEY WORDS

Epilepsy, nurse knowledge, epileptic seizures, stigma.

■ Lo stigma costituisce una significativa sfida per gli individui affetti da epilessia, pertanto la sua riduzione emerge come uno degli obiettivi primari dei gruppi di sostegno per i pazienti epilettici su scala globale. (Fernandes, 2011) Per numerosi individui affetti da epilessia, l'incessante consapevolezza sociale della propria condizione rappresenta uno stigma. Tale stigmatizzazione si manifesta attraverso la perdita dello status di persona in salute e padrona di sé, fatto che etichetta l'individuo come "spiacevolmente diverso" e quindi "profondamente screditato". Studi recenti condotti in tutto il mondo hanno riscontrato un miglioramento nell'atteggiamento

del pubblico nei confronti dell'epilessia, sebbene i livelli di conoscenza rimangano relativamente statici. Tuttavia, le antiche idee e concezioni continuano ad influenzare i concetti popolari sull'epilessia, generando percezioni errate e atteggiamenti negativi.

All'interno di un'indagine sulla percezione sociale dei malati di epilessia, è stato riscontrato che in Austria, il 15% degli intervistati ha manifestato contrarietà al fatto che il/la proprio/a figlio/a sposasse una persona affetta da epilessia. In Repubblica Ceca il 29% considera ancora l'epilessia una forma di follia. Nel Regno Unito, più della metà dei 1.600 informatori selezionati

casualmente concorda sul fatto che le persone con epilessia vengano trattate in modo diverso, attraverso l'esclusione sociale, dovuto in parte ai timori sulla loro affidabilità e normalità. Oltre un quinto è convinto che le persone con epilessia abbiano più problemi di personalità rispetto a chi non presenta la patologia. La prevalenza di tali atteggiamenti negativi è sufficientemente elevata da suggerire che la maggior parte delle persone affette da epilessia ne sarà frequentemente vittima.

Uno studio negli Stati Uniti ha identificato quattro dimensioni sottostanti che caratterizzano gli attuali atteggiamenti verso l'epilessia.

Primi fra tutti gli stereotipi negativi, che riflettono le convinzioni che le altre persone hanno nei confronti di soggetti epilettici, per esempio che sono inaffidabili o non dovrebbero sposarsi.

In seguito, le preoccupazioni relative ai rischi e alla sicurezza per i potenziali danni che una persona con epilessia potrebbe incorrere nel partecipare a determinate attività. Le aspettative lavorative e di ruolo, riflettono le convinzioni sulla capacità delle persone con epilessia di avere altrettanto successo nel lavoro e nei ruoli sociali. Infine la paura personale e l'evitamento sociale rispecchia sensazioni negative come il nervosismo o la paura di restare soli con una persona affetta da epilessia. Circa il 27% delle persone pensavano che ci fosse un'alta probabilità di morte durante ogni crisi epilettica e il 66,5% credeva che un intervento necessario fosse quello di inserire qualcosa in bocca alla persona durante una crisi.

Un recente sondaggio su adolescenti statunitensi ha rivelato percezioni negative nei confronti delle persone con epilessia, suggerendo che la mancanza di familiarità e conoscenza contribuisce a tali atteggiamenti.

È emerso che più della metà degli studenti non aveva mai sentito parlare di epilessia e avevano concezioni errate per quanto riguarda la contagiosità della patologia e la pericolosità delle persone affette. Solo il 31% ha affermato che potrebbe prendere in considerazione l'idea di frequentare qualcuno affetto da epilessia e il 75% ritiene che gli adolescenti che soffrono di epilessia siano maggiormente esposti al bullismo.

Uno studio britannico condotto negli ultimi anni, ha suggerito che la possibile esclusione sociale



degli adolescenti affetti da epilessia potrebbe essere correlata alla preoccupazione di non sapere come intervenire durante una crisi.

La discriminazione contro le persone affette da epilessia ha radici profonde, in alcuni paesi si hanno restrizioni al matrimonio, alla fertilità e all'immigrazione ma soprattutto in ambito lavorativo. Nel Regno Unito le persone affette da epilessia sono interdette dall'ammissione nelle Forze Armate e affrontano restrizioni nel caso di una carriera nell'insegnamento, nella medicina, nelle forze di polizia, nei vigili del fuoco e nel servizio carcerario.

In tutto il mondo le persone epilettiche affrontano limiti alla guida che vanno dal divieto totale al ripristino della patente dopo un periodo di assenza di crisi epilettiche.

Affrontare lo stigma richiede un approccio che consideri la complessità e la variabilità del significato sociale dell'epilessia, che promuova la resilienza nelle persone colpite e che sfidi i presupposti negativi. Sostenere gli individui affetti da epilessia implica il riconoscimento che la disabilità e lo stigma sono concetti socialmente



costruiti e mutevoli, e richiede un impegno concreto per colmare le lacune informative e promuovere leggi e normative adeguate. Le persone affette da epilessia meritano un sostegno legislativo ben formulato, come previsto dall'Americans with Disabilities Act degli Stati Uniti, dal Disability Discrimination Act del Regno Unito e dalle recenti normative sulla guida dell'Unione Europea. (Jacoby et al, 2007)

Un quesito comune riguarda la possibilità che l'esercizio fisico possa innescare un aumento delle crisi epilettiche.

Poiché i medici stessi hanno avuto difficoltà a fornire consigli adeguati a coloro che soffrono di epilessia, molte persone sono state scoraggiate dal partecipare ad attività fisiche o sportive. Questa limitazione all'attività fisica non solo contribuisce ad un ulteriore svantaggio nella vita quotidiana, ma si aggiunge agli altri molteplici stigmi sociali e culturali già presenti.

Negli ultimi dieci anni, diverse indagini hanno evidenziato che le persone con epilessia percepiscono la propria salute come deficitaria e spesso praticano meno esercizio fisico rispetto alla po-

polazione generale. Le linee guida sull'attività fisica emanate dalle organizzazioni mediche sono poco specifiche, sebbene si osservi un recente spostamento verso l'incoraggiamento alla partecipazione degli epilettici.

Scoraggiare l'attività fisica nelle persone con epilessia è stata la normalità fino alla metà degli anni settanta, infatti, nel 1968, l'American Medical Association (AMA), raccomandò di limitare l'attività per paura di causare lesioni o di indurre attività convulsive.

A causa delle sollevate controversie, l'AMA, nel 1974, permise la partecipazione a sport di contatto se "farli è considerato un importante fattore di miglioramento nell'adattamento del paziente alla scuola, ai compagni e al disturbo convulsivo". (Pimentel et al, 2014)

L'epilessia è una patologia che continua a subire stigmatizzazione a livello mondiale. Nonostante diversi studi abbiano evidenziato sforzi significativi per sensibilizzare e ridurre lo stigma associato alle persone con epilessia i progressi risultano essere limitati.

Lo stigma e la discriminazione nei confronti delle persone con epilessia prevalgono in tutto il mondo, poiché attualmente mancano strumenti di valutazione solidi per misurare l'efficacia degli interventi nella riduzione delle discriminazioni, mettendo in discussione l'effettiva validità dei risultati riportati, sia per i risultati positivi che per quelli nulli. Pertanto, è necessario lavorare sia per lo sviluppo di strategie efficaci per la riduzione dello stigma, sia per convalidare strumenti utili alla misurazione dell'efficacia. (Chakraborty et al, 2021)

Spesso i fattori associati allo stigma nei confronti dell'epilessia includono un basso livello di conoscenza sulla patologia, una scarsa istruzione, uno status socioeconomico basso, la residenza in aree rurali e l'appartenenza a gruppi religiosi.

A causa degli stereotipi negativi le persone con epilessia possono interiorizzare aprioristicamente una percezione di "diversità indesiderabile", dando luogo da parte loro ad un atteggiamento pregiudizievole che non sempre corrisponde alla realtà dei fatti.

Lo stigma percepito è stato collegato ad un aumento del rischio di difficoltà psicologiche e ad una riduzione importante della qualità della vita, risultando inoltre correlato statisticamente ad

una maggiore frequenza delle crisi epilettiche e alla loro accettazione sociale.

Nel 100% degli studi inclusi sono stati segnalati atteggiamenti negativi nei confronti delle persone affette da epilessia, provenienti da vari settori della popolazione, tra cui studenti, insegnanti, operatori sanitari e pubblico in generale. Gli atteggiamenti positivi sono stati generalmente osservati nei soggetti di giovane età o con un livello di istruzione elevato. Indipendentemente dalle convinzioni specifiche sulla patologia, le implicazioni per lo stigma percepito e messo in atto mostrano un'importante uniformità in tutto il mondo. Sebbene alcuni studi mostrino un miglioramento degli atteggiamenti nei confronti di coloro che convivono con l'epilessia, è necessario continuare a compiere sforzi significativi per promuovere un cambiamento positivo negli atteggiamenti e comprendere la reale origine della discriminazione verso queste persone. (Kwon et al, 2022).

L'obiettivo generale dello studio consiste nell'indagare il livello di conoscenza degli infermieri in 5 reparti dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino) quali Medicina Fisica-Neuroriabilitazione, Geriatria, Pneumologia, Neurologia, Medicina Interna 1, in 3 reparti del presidio ospedaliero di Rivoli (Torino) quali Neuro Nefrologia, Medicina Interna 1 e Medicina Interna 2; ed infine il reparto di Neuro Nefrologia del presidio ospedaliero di Pinerolo (Torino) tramite un questionario distribuito agli infermieri.

■ MATERIALI E METODI

Disegno di studio: Studio osservazionale.

Le strutture complesse sono state selezionate in quanto sedi di tirocinio per gli studenti del Corso

di Laurea in Infermieristica di Orbassano. Sono reparti di medicina generale e specialistiche, in cui sono ricoverati, frequentemente, pazienti epilettici sia come diagnosi primaria sia come complicanza di alcune patologie.

Sono stati esclusi i reparti di chirurgia, poiché la letteratura evidenzia una minor presenza di questo quadro patologico.

Nella prima fase è stata condotta una ricerca bibliografica interrogando principalmente due delle principali banche dati biomediche: Pubmed e Cinhal.

Su Pubmed è stata inserita prima di tutto la parola libera "epilepsy" con l'operatore booleano AND si è aggiunta la parola "nurse's knowledge", tale ricerca ha prodotto 164 risultati, ridotti a 82 impostando il filtro temporale "10 anni", arrivando ad 80 risultati con il filtro "full text".

Sulla base delle parole associate ai documenti inerenti l'epilessia è stata formulata una stringa di ricerca con i termini del tesaurus:

("Epilepsy"[Mesh] OR epileps* OR epileptic) AND ("Knowledge"[Mesh] OR nursing-knowledge* OR nurse-knowledge*)

42 risultati totali da cui sono stati ricavati 8 articoli

("Epilepsy"[Mesh] OR epileps* OR epileptic) AND ("Nurse'sRole"[Mesh] OR nursing-role* OR nurse-role* OR nurse-attitude*)

86 risultati totali

Su Cinahl sono state usate le seguenti stringhe di ricerca:

((MH "Epilepsy") OR epileps* OR epileptic) AND ((MH "Nursing Knowledge") OR nursing-knowledge* OR nurse-knowledge*) 24

((MH "Epilepsy") OR epileps* OR epileptic) AND ((MH "Nursing Role") OR nursing-role* OR nurse-role* OR nurse-attitude*) 147



Sono stati inclusi solo gli articoli relativi alle conoscenze e allo stigma.

A partire dai dati preliminari raggiunti tramite ricerca bibliografica, è stato realizzato un questionario tramite lo strumento Google Moduli (*Google forms* in inglese) un software gratuito e utilizzabile via rete per l'elaborazione di sondaggi e l'analisi dei dati.

Il questionario è stato elaborato tenendo in considerazione le principali tematiche che emergono dalla revisione della letteratura, al fine di comprendere le maggiori criticità e lacune riguardo l'argomento.

Tale questionario è stato testato in via preliminare dal Dottor Roberto Ferri, esperto neurologo, attivo presso una delle sedi coinvolte nello studio osservazionale. Da questo confronto sono state epurate e riformulate alcune domande per renderle maggiormente comprensibili.

Il questionario poteva essere compilato online, una strategia utile al raggiungimento del maggior numero di potenziali compilazioni.

I principi guida per lo sviluppo del questionario sono stati dati dalla semplicità e sinteticità; per la sua compilazione sono stati sufficienti circa dieci minuti.

Lo strumento:

Il questionario è costituito da 16 domande.

La parte iniziale presenta una breve descrizione dell'obiettivo e i tempi di compilazione.

5 domande indagano le caratteristiche generali, come il genere, l'età, il titolo di studio, gli anni di lavoro e il reparto attuale nel quale stanno lavorando. Le restanti 11 domande sono volte all'indagine delle conoscenze riguardo l'epilessia.

Le domande sono chiuse prevedono la possibilità di risposta multipla. Alcune domande prevedono la possibilità di selezionare più risposte.

È stato chiesto agli infermieri di compilare il questionario nel periodo tra dicembre 2023 e gennaio 2024 nelle sedi prese in esame.

Per raggiungere il maggior numero di infermieri possibili è stato condiviso il link tramite la piattaforma di messaggistica istantanea *Whatsapp*, e mail istituzionali indirizzato ai coordinatori e/o tutor clinici.

Fase valutativa:

È stata condotta un'analisi quali-quantitativa del questionario sottoposto agli infermieri. I dati sono stati confrontati e discussi con la letteratura presente.

È stata garantita la riservatezza nel trattamento di dati attraverso l'attribuzione di un codice alfanumerico che identifica ciascun partecipante, nonché la conservazione dei materiali su supporto informatico protetto da password.



■ RISULTATI

Il questionario è stato inviato ai coordinatori e/o tutor clinici dei reparti scelti e diffuso agli/alle infermieri/infermiere nel periodo tra dicembre 2023 e gennaio 2024.

Il questionario ha raggiunto 40 compilazioni totali con almeno una compilazione per ogni reparto.

Dall'analisi dei dati delle domande emerge che 29 (72,5%) infermieri su 40 totali che hanno partecipato alla compilazione del questionario crede che l'epilessia sia una patologia diffusa, 9 (22,5%) credono invece che non lo sia e infine 2 infermieri (5%) hanno risposto "Non lo so".

Il secondo quesito è volto ad indagare quanto credevano che l'epilessia incidesse sulla qualità di vita, in 27 (67,5%) hanno risposto che incide molto, in 13 (32,5%) credono che incida abbastanza, nessuno ha risposto che l'epilessia incida poco sulla qualità di vita.

Il 96%, ovvero 36 infermieri, ha definito l'epilessia come "Patologia del Sistema Nervoso Centrale correlata a ipereccitabilità dei neuroni corticali per cause differenti", i restanti 4 l'hanno definita come "Patologia del Sistema Nervoso Periferico correlata a ipereccitabilità dei neuroni corticali per cause differenti".

In risposta alla domanda "cosa significa il termine "aura" in relazione all'epilessia?", in 2 (5%) hanno optato per "Annebbiamento della vista, rigidità del collo e difficoltà nel parlare", in 21 (52,5%) "Fenomeno sensoriale o motorio soggettivo che precede un attacco epilettico", 8 (20%) "Alterazione della vista: lampi, opacità di una parte del campo visivo, flash scintillanti della durata di pochi minuti", in 9 (22,5%) "Forma di cefalea che insorge dopo una crisi epilettica".

Alla domanda "Tra le seguenti, quale indicheresti come cause più comuni dell'epilessia? (con più risposte possibili)", 11 risposte sono state "l'uso di sostanze stupefacenti e alcolismo", 36 "predisposizione genetica e lesioni cerebrali", 26 "traumi cranici ed interventi neurochirurgici" e 10 "patologie vascolari".

Alla domanda "Quali sono i fattori esterni che possono facilitare la comparsa di crisi epilettiche in soggetti predisposti? (con più risposte possibili)", "Astinenza o abuso di psicofarmaci" ha ottenuto 22 risposte, "Situazioni di stress psico-fisico" 26 risposte, "Assunzione simultanea di farmaci" 10 risposte, "Etilismo acuto o cronico" 18 risposte, "Disordini metabolici o elettrolitici" 19 risposte, "Stimoli visivi intensi" 32 risposte, "Alterazioni del sonno" 23 risposte.

Caratteristiche degli infermieri		N (%)
Genere	Maschio	6 (15%)
	Femmina	33 (82,5%)
	Preferisco non specificare	1 (2,5%)
	Altro	0 (0%)
Età	< 25 anni	1 (2,5%)
	25-34 anni	13 (32,5%)
	35-44 anni	13 (32,5%)
	45-54 anni	6 (15%)
	>54 anni	7 (17,5%)
Titolo di studio*	Diploma di infermiereprofessionale	13 (32,5%)
	Laurea in Infermieristica	21 (52,5%)
	Laurea Magistrale in ScienzeInfermieristiche edOstetriche	2 (5%)
	Master	8 (20%)
Anni di lavoro	< 6 mesi	0 (0%)
	6 mesi - 2 anni	2 (5%)
	> 2 anni - 5 anni	6 (15%)
	> 5 anni -10 anni	6 (15%)
	> 10 anni	26 (65%)
Reparto attuale	Medicina Fisica-Neuroriabilitazione SanLuigi	9 (22,5%)
	Geriatrics San Luigi	1 (2,5%)
	Pneumologia San Luigi	1 (2,5%)
	Neurologia San Luigi	6 (15%)
	Medicina Interna 1 San Luigi	4 (10%)

Tabella 1. Le caratteristiche degli infermieri.

*alcuni infermieri hanno selezionato più risposte.

“Quali sono i sintomi tipici di una crisi epilettica? (con più risposte possibili)” la risposta “Morsus” ha ottenuto 34 risposte, 37 risposte “Movimenti involontari degli arti”, “Cefalea” 7 risposte, “Perdita di coscienza” 33 risposte, “Confusione” 15 risposte, “Iperventilazione” 9 risposte, “Nausea” 2 risposte, “Incontinenza” 29 risposte, “Parestesie” 17 risposte, “Sensazione di estraneità” 17 risposte, nessuno ha identificato il “Dolore improvviso” come sintomo tipico.

Alla domanda “Quali sono gli interventi da attuare durante un attacco epilettico?” 3 risposte sono state “Fermare la crisi bloccando gli arti e posizionare il paziente in posizione laterale di sicurezza”, 4 risposte per “Tentare di aprire la bocca per tenere la lingua, impedendo il soffocamento”, 38 hanno concordato sulla risposta “Spostare eventuali oggetti pericolosi, proteggere la testa, posizionare il paziente in posizione di sicurezza al termine della crisi”, “Percuotere la persona per cercare di risvegliarla” ha ricevuto 0 risposte.

“Quali sono le principali problematiche della vita quotidiana che i pazienti con epilessia si trovano ad affrontare? (con più risposte possibili)”, l’opzione “Stato di confusione” ha ricevuto 9 risposte, “Idoneità alla guida” 33 risposte, “Sensazione di formicolio permanente” 4 risposte, “Contrazioni muscolari non controllate” 23 risposte, “Persistenza dello stigma” 21 risposte.

Per la domanda “Dal punto di vista clinico qual è la condizione necessaria per porre diagnosi di epilessia?” in 4 (10%) hanno risposto “Dopo la prima crisi epilettica non provocata”, in 15 (37,5%) hanno risposto “Dopo almeno due crisi epilettiche non provocate, a distanza di tempo superiore alle 24 ore una dall’altra”, in 21 (52,5%) ha risposto “Dopo due crisi epilettiche non provocate, a distanza di tempo inferiore alle 24 ore una dall’altra”, nessuno (0%) ha risposto “Dopo aver subito un trauma cranico”.

Alla domanda “Dal punto di vista diagnostico qual è l’esame considerato più valido ed utilizzato per porre diagnosi di epilessia?” in 38 (95%) hanno risposto “l’Elettroencefalogramma (EEG)”, 1 (2,5%) risposta per Risonanza Magnetica (RM) ed 1 (2,5%) risposta per Tomografia Computerizzata (TC), ed infine nessuno (0%) ha risposto l’Elettrocardiogramma (ECG).

■ DISCUSSIONE

Dall’analisi dei dati della prima domanda emerge che 29 (72,5%) infermieri, su 40 infermieri che hanno partecipato allo studio, crede che l’epilessia sia una patologia diffusa, idea sostenuta dalla letteratura che riporta che l’epilessia interessa circa 1 persona su 100, con più di 50 milioni di persone affette in tutto il mondo.

Il secondo quesito è volto ad indagare quanto credevano che l’epilessia incidesse sulla qualità di vita, in 27 (67,5%) hanno concordato che l’epilessia incida molto sulla qualità di vita della persona. La letteratura conferma questa idea, oltre alle manifestazioni della patologia stessa, una particolare attenzione va rivolta allo stigma, le persone con epilessia si sentono etichettate e discriminate a livello sociale, il che si riflette con un ulteriore peggioramento della qualità di vita. Nessuno dei partecipanti al questionario ha ritenuto che l’epilessia incidesse poco sulla qualità di vita. Il 96%, ovvero 36 infermier* ha risposto correttamente alla definizione di epilessia, pubblicata dall’OMS, come “Patologia del SNC correlata a ipereccitabilità dei neuroni corticali per cause differenti”.

Alla domanda “cosa significa il termine “aura” in relazione all’epilessia?”, più della metà dei partecipanti, nello specifico 21 infermier* (52,5%) ha risposto ‘Fenomeno sensoriale o motorio soggettivo che precede un attacco epilettico’. La letteratura evidenzia come alcune crisi sono precedute da un’aura, in cui il paziente mantiene la consapevolezza ed è in grado di descrivere sintomi motori, sensoriali, o psichici.

Riguardo la domanda “Tra le seguenti, quale indichereesti come cause più comuni dell’epilessia? (con più risposte possibili) hanno concordato in 36 sulla predisposizione genetica e lesioni cerebrali. La letteratura ritiene che la maggior parte delle epilessie abbia radici genetiche, tuttavia, non sempre è possibile identificare la cause di tutte le forme di epilessia, tra le cause più frequenti rientrano lesioni strutturali cerebrali derivanti da eventi che possono verificarsi durante la gravidanza o il parto, come la sofferenza fetale, o a seguito di malformazioni cerebrali legate ad alterazioni nello sviluppo della corteccia cerebrale causate da malattie infettive del sistema nervoso centrale, come la meningite.

Alla successiva domanda “Quali sono i fattori esterni che possono facilitare la comparsa di crisi epilettiche in soggetti predisposti? (con più risposte possibili)” “Stimoli visivi intensi” con 32 risposte risulta essere la risposta con più adesioni, la letteratura ritiene che sia necessario sapere che alcuni individui sono particolarmente sensibili agli effetti di determinati stimoli luminosi, sia di origine artificiale che naturali, tale fenomeno è noto come fotosensibilità, soggetti con una marcata suscettibilità agli stimoli visivi possono manifestare crisi epilettiche durante l’esposizione.

“Quali sono i sintomi tipici di una crisi epilettica? (con più risposte possibili)” le tre opzioni che hanno ricevuto più risposte sono la risposta Morsus con 34 risposte, Movimenti involontari degli arti con 37 risposte ed infine Perdita di coscienza con 33 risposte. La letteratura riporta che nelle crisi epilettiche tonico-cloniche generalizzate, una volta chiamate grande male, si caratterizzano per movimenti convulsivi simmetrici bilaterali (irrigidimento seguito da spasmi) di tutti gli arti e con morsus, la manifestazione tipica della bocca serrata, accompagnati da una compromissione della coscienza.

Alla domanda “Quali sono gli interventi da attuare durante un attacco epilettico?” 38 hanno concordato sulla risposta “Spostare eventuali oggetti pericolosi, proteggere la testa, posizionare il paziente in posizione di sicurezza al termine della crisi”. La letteratura riporta come unici interventi da attuare in caso di attacco epilettico quelli proteggere la testa posizionando qualcosa di morbido sotto il capo e spostare eventuali oggetti pericolosi, in modo che durante la fase convulsiva non sbatta ripetutamente su una superficie dura. Una volta che le convulsioni sono terminate è utile allentare eventuali indumenti che possano ostacolare il flusso nelle vie aeree

e porre il paziente su un fianco, nella cosiddetta posizione laterale di sicurezza. Durante le manifestazioni convulsive, alcune pratiche, che solitamente si pensano utili in realtà dovrebbero essere evitate, come per esempio tentare di aprire forzatamente la bocca o inserirvi le dita per impedire il morso della lingua o evitarne il rovesciamento; bloccare braccia e gambe coinvolte nelle convulsioni; tentare di somministrare acqua o cibo.

Alla domanda “Quali sono le principali problematiche della vita quotidiana che i pazienti con epilessia si trovano ad affrontare? (con più risposte possibili)” la risposta “Idoneità alla guida” ha ricevuto 33 risposte, la letteratura riporta che in tutto il mondo le persone affette da epi-

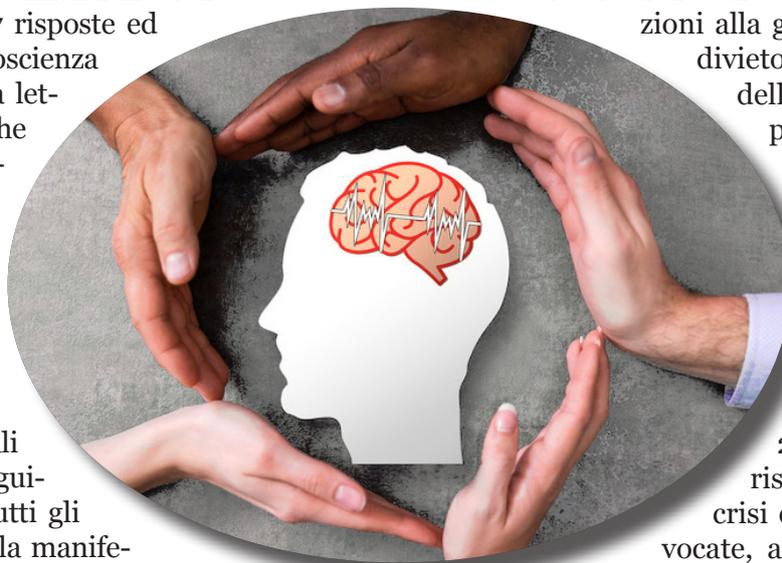
lessia si trovano ad affrontare restrizioni alla guida che vanno dal divieto totale al ripristino della patente dopo un periodo di libertà da crisi epilettiche.

Alla domanda “Dal punto di vista clinico qual è la condizione necessaria per porre diagnosi di epilessia?” in 21 (52,5%) hanno risposto “Dopo due crisi epilettiche non pro-

vocate, a distanza di tempo inferiore alle 24 ore una dall’altra”,

in 15 (37,5%) hanno concordato con la risposta “Dopo almeno due crisi epilettiche non provocate, a distanza di tempo superiore alle 24 ore una dall’altra”, la letteratura definisce un paziente epilettico nella condizione in cui abbia avuto almeno due crisi epilettiche a distanza di oltre 24 ore l’una dall’altra e che queste siano avvenute spontaneamente, ovvero che non siano state provocate da fattori specifici o da situazioni particolari.

Alla domanda “Dal punto di vista diagnostico qual è l’esame considerato più valido ed utilizzato per porre diagnosi di epilessia?” in 38 hanno risposto l’Elettroencefalogramma (EEG), che la letteratura riporta come l’esame più valido, affidabile ed utilizzato nel campo diagnostico, di



facile esecuzione, poco costoso e completamente innocuo.

Numerosi sono gli studi di indagine e valutazione delle conoscenze degli infermieri riguardo l'epilessia.

Un'indagine trasversale descrittiva sulla conoscenza dell'epilessia tra gli infermieri condotta mediante l'utilizzo di un questionario contenente domande sulla loro conoscenza riguardo all'epilessia, ha concluso che i risultati dello studio evidenziano la necessità di fornire una formazione specifica agli infermieri per migliorare le loro conoscenze e la cura delle persone affette da questa patologia. (Assadeck et al, 2020).

Un altro studio che ha coinvolto 238 infermieri provenienti da vari reparti ospedalieri, ha raccolto dati attraverso un questionario elettronico, suddiviso in quattro domini tra cui domande demografiche e cliniche relative all'epilessia, una sezione sulla consapevolezza dell'epilessia, 18 elementi per la conoscenza e una scala di 15 elementi per gli atteggiamenti.

I risultati hanno indicato che gli infermieri presentavano una comprensione ed una conoscenza generalmente limitata riguardo l'epilessia. In particolare, gli infermieri che lavorano nel Dipartimento di Neurologia e nel Centro per l'Epilessia manifestavano un livello di consapevolezza e conoscenza dell'epilessia notevolmente superiore. Inoltre, emergeva che all'aumentare della loro comprensione sull'epilessia, si registrava anche un incremento della sensibilità nei confronti di coloro che affrontano questa condizione. Lo studio suggerisce inoltre che gli esperti di epilessia dovrebbero organizzare ulteriori conferenze e sessioni di formazione aggiuntive per potenziare le conoscenze e competenze degli infermieri riguardo le procedure di pronto soccorso in caso di convulsioni. (YU Q et al, 2022)

Un'indagine condotta in Turchia con lo scopo di valutare le conoscenze degli infermieri sull'epilessia, ha coinvolto 85 infermieri. Il questionario utilizzato comprendeva un modulo di dati personali, una scala di valutazione della conoscenza sull'epilessia e una scala per valutare gli atteggiamenti verso questa condizione.

L'analisi dei dati ha rivelato una correlazione positiva e significativa tra i livelli di conoscenza e gli atteggiamenti degli infermieri, una maggiore conoscenza era associata ad un atteggiamento

più positivo. Sebbene gli infermieri dimostrassero un livello moderato di conoscenza dell'epilessia e manifestassero in generale un atteggiamento positivo, ciò non risultava sufficiente. Inoltre, è emerso che un maggiore livello di conoscenza era correlato ad un atteggiamento più favorevole. (Unsar et al, 2020).

La carenza di conoscenze potrebbe riflettere la scarsa attenzione posta a questa patologia durante il percorso di formazione universitaria e la limitata informazione fornita in merito a questa condizione.



Diversi studi condotti su studenti di infermieristica hanno valutato le conoscenze a riguardo, uno tra questi, attraverso un questionario e scale di conoscenza, ha rivelato che gli studenti infermieri partecipanti avevano un livello moderato di conoscenza sull'epilessia. Oltre alla conoscenza teorica, l'esperienza pratica nell'assistenza a pazienti affetti da epilessia ha dimostrato di ave-

re un impatto positivo sull'atteggiamento degli studenti. Questo suggerisce che l'esperienza diretta con i pazienti contribuisce in modo significativo a migliorare la percezione e la sensibilità degli studenti nei confronti dell'epilessia. La formazione infermieristica dovrebbe porre maggiore attenzione all'epilessia e agli interventi per le crisi epilettiche.

Un altro studio condotto su 312 studenti del dipartimento dei servizi sanitari ha indagato le loro conoscenze riguardo l'epilessia. I dati sono stati raccolti tramite un questionario che includeva informazioni sociodemografiche, la Epilepsy Knowledge Level Scale e la Attitudes Towards Epilepsy Scale. È emerso che gli studenti partecipanti avevano un livello moderato di conoscenza, gli atteggiamenti degli studenti nei confronti delle persone affette da epilessia aumentavano positivamente all'aumentare del loro livello di conoscenza. (Yiediz et al, 2022).

Un successivo studio ha indagato le opinioni e le conoscenze degli operatori sanitari riguardo le misure di primo soccorso per assistere una persona durante un attacco epilettico. Nella maggior parte delle domande del questionario utilizzato, sono emerse numerose risposte inappropriate sulle azioni da intraprendere durante una crisi epilettica, in particolare l'istintiva ed erronea pratica di mettere qualcosa in bocca o tra i denti del paziente, o la mancata temporizzazione della crisi.

Questi risultati riflettono credenze e conoscenze errate riguardo alla patologia, evidenziando che molti operatori sanitari non applicano, o non raccomandando le misure adeguate ad assistere un paziente che sta avendo una crisi. Pertanto, è fondamentale che la comunità scientifica sviluppi programmi di formazione standardizzati sul primo soccorso in casi di crisi epilettiche, rivolti sia al pubblico in generale che per gli operatori sanitari.

L'assistenza generale ai pazienti epilettici potrebbe essere implementata sviluppando una formazione infermieristica standardizzata in stretta collaborazione con altri operatori sanitari. L'impatto dell'assistenza infermieristica per l'epilessia è stato già documentato in molti paesi, ma la diversità delle pratiche infermieristiche e la formazione professionale degli infermieri sollevano non poche difficoltà nella generalizzazio-

ne di questi risultati. La formazione specializzata in epilessia migliorerà l'accesso, il trattamento e, in definitiva, la qualità di vita dei pazienti, in quanto gli infermieri specializzati in epilessia svolgono un ruolo importante nella cura delle persone affette. L'impatto positivo della presenza di infermieri per l'epilessia è stato documentato in ricerche pubblicate in alcuni paesi che supportano e consigliano l'uso di infermieri specializzati. (Prevos-Morgont et al, 2019).

I limiti di questo studio sono: primo fra tutti, la ristrettezza del campione e dei risultati, che non consentono alcun tipo di generalizzazione e di sintesi del fenomeno; inoltre, non può esserci pretesa di oggettività dei risultati.

Ulteriori ricerche maggiormente strutturate sono necessarie al fine di ottenere risultati attendibili e generalizzabili. Sarebbe opportuno pertanto condurre una ricerca che mantenga il disegno di studio oggetto di questa tesi ma selezioni un campione di dimensioni maggiori.

■ CONCLUSIONI

L'epilessia rappresenta una delle condizioni neurologiche croniche più diffuse, affliggendo milioni di individui di varie fasce d'età, generi e provenienze geografiche. Nonostante la sua ampia diffusione, essa rimane una patologia scarsamente compresa. Un ostacolo significativo per coloro che ne sono affetti è rappresentato dallo stigma sociale, il quale si manifesta attraverso la perdita di status dovuta al possesso di un tratto, come una condizione di salute, che viene culturalmente stigmatizzato come "spiacevolmente diverso" e pertanto "profondamente screditante".

Oltre alla sua scarsa comprensione da parte del pubblico in generale, emerge dalla letteratura che anche tra gli operatori sanitari le conoscenze sull'epilessia sono generalmente limitate. Studi che indagano le conoscenze degli infermieri su questa patologia, mediante l'utilizzo di questionari, convergono su una conclusione comune, evidenziando una conoscenza moderata, insufficiente per garantire un'assistenza adeguata a tale categoria di pazienti.

Dall'analisi dei dati ottenuti dal questionario, si rivela una carenza di conoscenza tra gli infer-

mieri riguardo all'epilessia, in linea con quanto riportato dalla letteratura. Si ipotizza che tale mancanza di conoscenza possa derivare da una formazione superficiale sull'argomento, che non fornisce le informazioni necessarie per una corretta gestione del paziente epilettico. Pertanto, la letteratura documenta anche studi sulle conoscenze degli studenti infermieri riguardo all'epilessia, confermando una formazione carente su questa patologia.

È necessario implementare interventi volti a migliorare la formazione specifica, partendo dal percorso universitario. Altri interventi utili potrebbero includere la sensibilizzazione sull'epilessia per superare gli atteggiamenti negativi derivanti dallo stigma, così come l'organizzazione di conferenze condotte da professionisti esperti nell'argomento, aperte sia agli operatori sanitari che alla popolazione generale.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Fernández P.T, et al., (2011) Epilepsy stigma: What do we know and where next? *Epilepsy&Behavior*,22(1):55– 62.
2. Jacoby A, et al., (2007) Social stigma for adults and children with epilepsy. *Epilepsia*,48(9):6–9.
3. Pimentel J, et al., (2014) Epilepsy and physical exercise. *Seizure*,25:87–94.
4. Chakraborty P. et al., (2021) Stigma reduction interventions for epilepsy: A systematized literature review. *Epilepsy&Behavior*,114.
5. Kwon C, et al., (2022) Systematic review of frequency of felt and enacted stigma in epilepsy and determining factors and attitudes toward persons living with epilepsy - Report from the International League Against Epilepsy Task Force on Stigma in Epilepsy. *Epilepsia*,63(3):573-597.
6. Assadeck H, et al., (2020) Knowledge, Attitudes, and Practices with Respect to Epilepsy among Nurses in the City of Niamey, Niger. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*,11(3):454-458.
7. Yu Q, et al.,(2022) Evaluation of the knowledge, awareness, and attitudes toward epilepsy among nurses. *Epilepsy&Behavior*,136.
8. Dayapoğlu N, et al., (2016) Clinical nurses' knowledge and attitudes toward patients with epilepsy. *Epilepsy&Behavior*,61:206– 209.
9. Ünsar S, et al., (2020) Evaluation of nursing students' epilepsy-related knowledge and attitudes. *Epilepsy&Behavior*,111.
10. Yıldız YŞ, et al., (2022) An evaluation of the knowledge and attitudes of Health Care Services department students about epilepsy. *Epilepsy&Behavior*,134.
11. Prevos-Morgant M, et al., (2019) Benefits of the epilepsy specialist nurses (ESN) role, standardized practices and educational round the world. *Revue Neurologique*,175(3):189-193.

CALABRESE C.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

RENZETTI T.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

RAINÒ R.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

GIUFFRIDA A.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

PANNACCI I.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

TONDO I.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

CAPPELLETTI S.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

VIGEVANO F.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

SPECCHIO N.

U.O. di Neurologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Indagine conoscitiva su atteggiamenti, sentimenti ed emozioni di ragazzi in età adolescenziale nei confronti di un loro coetaneo affetto da epilessia

■ INTRODUZIONE

L'epilessia è una patologia frequente in età pediatrica (Seidenberg M, 1992), periodo critico per lo sviluppo sociale ed educativo dei bambini. Crescere un bambino con epilessia crea spesso uno stato di incertezza, apprensione e richiede una sorveglianza continua da parte dei genitori.

Si tratta di una patologia con un rilevante impatto sociale, in quanto spesso associata a comportamenti discriminatori e stigma. Lo stigma può avere due diversi componenti: uno legato alla vergogna di non avere il controllo sulla crisi del bambino, l'altro è la paura di essere discriminati, cosa che può indurre un genitore a nascondere le condizioni di salute del bambino (Camfield C, 2008).

Lo stigma è una discriminazio-

ne basata sull'etichetta "epilessia" e influisce notevolmente sulla qualità della vita con conseguente aumento dell'ansia e della depressione (Buck D, 1997) (De Boer HM, 2008) (Rafael F, 2010). Lo stigma in epilessia è legato a credenze culturali spesso non corrette e costituisce un'importante barriera nella gestione della malattia (Giuliano L, 2019).

Numerosi sono i fattori che influenzano lo stigma sia in età pediatrica che tra gli adulti, tra questi i più evidenti sono la durata della malattia, la frequenza delle crisi, la severità e il tipo di epilessia, il sesso e l'età del bambino e l'efficacia dei farmaci antiepilettici (Kirabira J, 2018).

La scuola è una componente significativa nella vita di tutti i bambini e ragazzi. È il luogo dove trascorrono diverse ore

della giornata in un periodo critico per lo sviluppo sociale, psicologico e fisico. Spesso però la conoscenza dell'epilessia da parte del personale scolastico è insufficiente e può essere causa di atteggiamenti discriminatori nei confronti di studenti affetti da essa (Kolahi AA, 2018) (Jansen P, 2017).

■ MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto dal personale infermieristico del reparto di neurologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù su un gruppo di studenti di alcune scuole romane.

Il gruppo di studenti è stato selezionato invitando le scuole medie e superiori di Roma a partecipare a un incontro for-

mativo presso il nostro ospedale in relazione alla giornata dell'epilessia (11 febbraio 2019 - 10 febbraio 2020).

L'incontro aveva l'obiettivo di formare gli studenti e il personale scolastico sulla conoscenza della patologia e sulla corretta gestione delle crisi epilettiche in ambito non sanitario.

All'evento hanno partecipato 407 studenti a cui è stato chiesto di compilare un questionario a risposta multipla. Il questionario aveva l'obiettivo di indagare alcuni comportamenti, emozioni e sentimenti nei confronti di una persona affetta da epilessia.

Il questionario è costituito da una parte anagrafica riguardante età, sesso, nazionalità e livello di istruzione, e una

seconda sezione dedicata ad esplorare l'area dei sentimenti e dei comportamenti che verrebbero messi in atto nei confronti di una persona affetta da epilessia.

I dati sono stati analizzati attraverso gli strumenti della statistica descrittiva (media, moda e mediana).

RISULTATI

Dall'analisi dei risultati emerge una popolazione prevalentemente femminile rappresentata dal 78,1% del totale

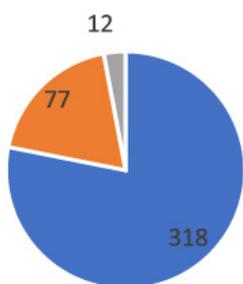
(318/407). L' 81% (330/407) ha un livello di studio di scuola superiore.

Dall'analisi dei dati sono emersi sentimenti di paura, tristezza e ansia nei confronti delle persone con epilessia. Minore invece è la frequenza delle risposte per quanto riguarda la vergogna.

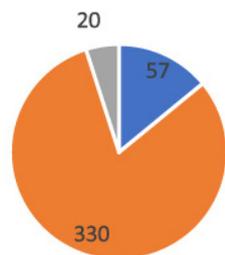
Secondo la popolazione dei ragazzi intervistati le persone con epilessia si possono sentire impaurite, tristi e preoccupate.

Secondo circa la metà degli intervistati i ragazzi con epilessia possono avere difficoltà nelle relazioni sociali e nello svol-

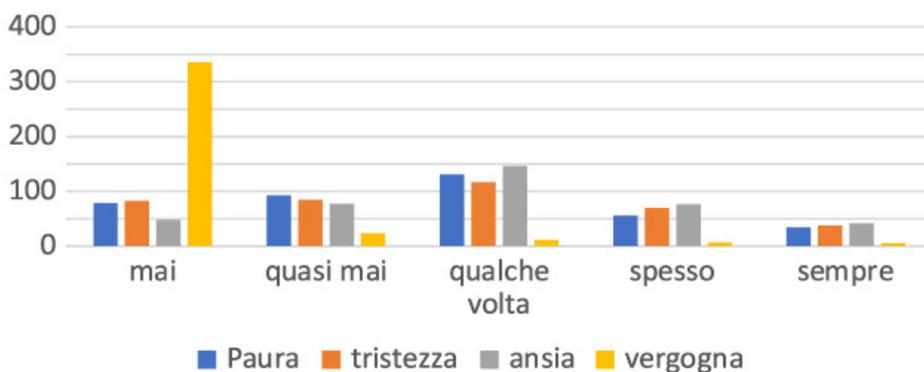
Distribuzione per genere



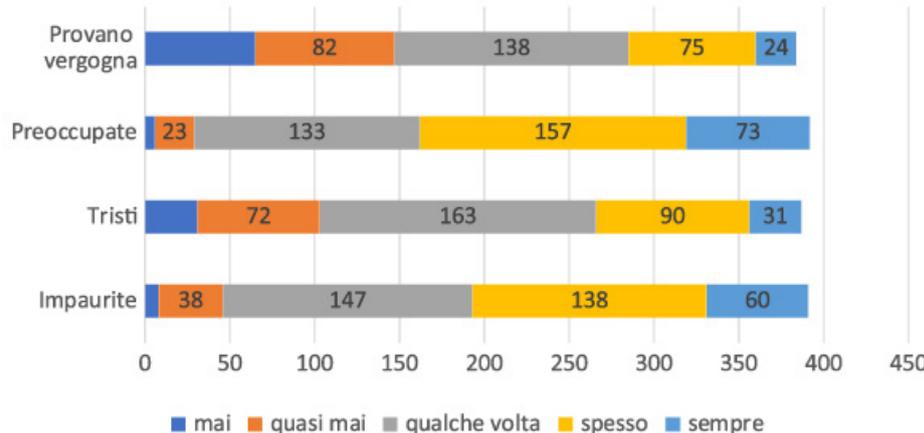
Distribuzione per livello di studio



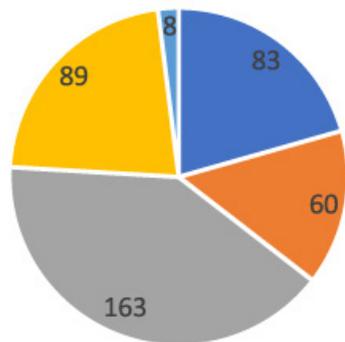
Se un amico ti dicesse che soffre di epilessia quale emozione proveresti?



Come pensi che si sentano le persone affette da epilessia?



Secondo te soffrire di epilessia è causa di pregiudizi e discriminazioni?



■ 1: mai ■ 2: quasi mai ■ 3: qualche volta
 ■ 4: spesso ■ 5: sempre

gimento dell'attività scolastiche e sportive. Inoltre quasi la metà degli studenti ritiene che le persone con epilessia siano soggette a pregiudizi e discri-

minazioni in ambito scolastico, in quello lavorativo e nelle relazioni sociali. Poco meno della metà ritiene che l'epilessia possa essere fonte di imbarazzo.

■ DISCUSSIONE

La panoramica mostrata in questo studio rende evidenti come le persone affette da epilessia siano generalmente considerate a maggior rischio di problematiche in ambito psicologico rispetto al resto della popolazione (De Boer HM, 2008). La paura, l'ansia, la preoccupazione e le altre emozioni-sentimenti che sono emersi nei confronti delle persone epilettiche non potranno che influire sulle esperienze di vita di queste ultime, parlando soprattutto di ragazzi, e di conseguenza sulla loro vita. Infatti aumentati livelli di ansia e depressione e scarsa autostima sono stati segnalati come problemi psicologici comuni nelle persone con epilessia (De Boer HM, 2008) (Rafael F, 2010). Sebbene non sia ancora noto se i sentimenti di stigma dovuti all'epilessia siano precursori dello sviluppo di ulteriori problemi psicosociali è evidente che questo tipo di problematiche hanno un impatto significativo sulla qualità della vita (Giuliano L, 2019)

■ CONCLUSIONI

Lo stigma è diventato un argomento sempre più importante per la ricerca sulla salute pubblica (Weiss MG, 2008). Nonostante si siano svolti numerosi studi riguardanti lo stigma associato all'epilessia, i risultati restano non omogenei ed i rapporti causa effetto non ancora inequivocabilmente stabiliti, anche perchè sulla percezione dello stigma influiscono sul paziente sia le caratteristi-



che personali che l'esperienza della malattia, fattori determinanti sulla volontà del paziente di ricercare aiuto.



Lo stigma è correlato alla qualità della vita negli adolescenti con epilessia, anche se le misure a nostra disposizione potrebbero non comprendere pienamente come viene vissuto; molti di essi infatti, invece della narrazione del disagio, preferiscono limitare la divulgazione della loro malattia (MacLeod JS, 2003).

Di conseguenza è molto importante prendere in considerazione questi aspetti quando si ha di fronte una persona con detta patologia.

Da questo studio infatti è emersa la presenza di sentimenti di paura e preoccupazione a causa delle persone epilettiche o problematiche, nell'ambito scolastico, lavorativo e sociale.

Probabilmente ciò è dovuto alla scarsa conoscenza della patologia tra la popolazione che spesso fa riferimento a pregiudizi e luoghi comuni.

Una maggiore sensibilizzazione e diffusione della cono-

scenza dell'epilessia potrebbe essere un modo per ridurre discriminazioni e pregiudizi, specialmente tra gli adolescenti, nell'ambiente scolastico e sportivo in modo da non limitare le loro esperienze di vita e migliorarne la qualità.

■ PAROLE CHIAVE

Epilessia, stigma, adolescenti, atteggiamenti, emozioni

■ BIBLIOGRAFIA

- Seidenberg M, Berent S. Childhood epilepsy and the role of psychology. *Am Psychol.* 1992 Sep;47(9):1130-3.
- Camfield C, Camfield P. Twenty years after childhood-onset symptomatic generalized epilepsy the social outcome is usually dependency or death: a population-based study. *Dev Med Child Neurol.* 2008 Nov;50(11):859-63.
- Buck D, Jacoby A, Baker GA, Chadwick DW. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. *Seizure.* 1997 Apr;6(2):87-93.
- De Boer HM, Mula M, Sander JW. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2008 May;12(4):540-6.
- Rafael F, Houinato D, Nubukpo P, Dubreuil CM, Tran DS, Odermatt P, Clément JP, Weiss MG, Preux PM. Sociocultural and psychological features of perceived stigma reported by people with epilepsy in Benin. *Epilepsia.* 2010 Jun;51(6):1061-8.

- Giuliano L, Cicero CE, Padilla S, Rojo Mayaregua D, Camargo Villarreal WM, Sofia V, Zappia M, Bartoloni A, Crespo Gómez EB, Nicoletti A. Knowledge, stigma, and quality of life in epilepsy: Results before and after a community-based epilepsy awareness program in rural Bolivia. *Epilepsy Behav.* 2019 Mar;92:90-97.
- Kirabira J, Nakawuki M, Fallen R, Zari Rukundo G. Perceived stigma and associated factors among children and adolescents with epilepsy in south western Uganda: A cross sectional study. *Seizure.* 2018 Apr;57:50-55.
- Kolahi AA, Ghorbanpur-Valukolaei M, Abbasi-Kangevari M, Farsar AR. Knowledge, attitudes, and first-aid measures about epilepsy among primary school teachers in northern Iran. *Acta Neurol Scand.* 2018 Jul;138(1):85-92.
- Jansen P, Neining MP, Bernhard MK, Kiess W, Merckenschlager A, Bertsche T, Bertsche A. Knowledge and attitudes about epilepsy: A survey of high school students in Germany. *Seizure.* 2017 Oct;51:139-144.
- Weiss MG. Stigma and the social burden of neglected tropical diseases. *PLoS Negl Trop Dis.* 2008 May 14;2(5):e237.
- MacLeod JS, Austin JK. Stigma in the lives of adolescents with epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy Behav.* 2003 Apr;4(2):112-7.

LETIZIA VOLA
letiziavola@gmail.com

L'intervista semi-strutturata è stata autorizzata e realizzata il 30 luglio 2024, con l'obiettivo di far conoscere e valorizzare le funzioni infermieristiche esercitate nella struttura UMVD. L'intervista è stata registrata e successivamente trascritta, analizzata e sintetizzata. Il collega Simone ha validato i contenuti presenti.

Intervista con CPSI **Simone Salamon**

simone.salamon@ascittaditorino.it

SC Cure domiciliari e Disabilità- UMVD - Presidio V: Valletta Via Farinelli 25 Torino

Unità Multidisciplinare Valutazione Disabilità (UMVD) Il contributo dell'infermiere



Cosa è il tuo servizio UMVD?

È una commissione trasversale, dell'Asl città di Torino (ascittaditorino) nata nel 2017 dalla fusione delle aslTo1 e aslTo2.

“Lavoro in questo settore dal 2012, su richiesta della dottoressa all'epoca, co-presidente dell'asl to 1, area anziani.

Il servizio si è trasformato in Struttura Complessa e ha acquisito il settore Persone Disabili e la domiciliarità degli anziani. Sono partito da zero, non c'era nulla, nessun strumento di lavoro.

La figura infermieristica non era prevista nella valutazione dei bisogni delle Persone Disabili Adulte, ho iniziato nel 2012 collaborando con gli operatori dei servizi sociali e partecipando alle Commissioni di valutazione.

Ho utilizzato degli strumenti quali le scale di valutazione e l'organigramma per pianificare le visite, uso il cellulare di servizio, indispensabile per essere sempre rintracciato in orario di lavoro.

In Ufficio si resta per documentare le varie attività, di valutazione e gli interventi realizzati, per inserire i dati e le documentazioni nelle cartelle di lavoro informatizzate dei singoli casi.

L'Organico comprende 4 infermieri (2 per Torino nord ex To 2, e 2 infermieri per la zona Torino sud ex To 1)”.

Chi sono gli utenti?

Sono Persone Disabili, già riconosciuti invalidi civili, tra i 18 e i 65 anni di età, con disabilità congenite o acquisite in seguito a patologie neurodegenerative, traumi, ictus o patologie tumorali.

Inizialmente la Commissione deve valutare la COMPETENZA, cioè se possono essere presi in carico.

I requisiti per la presa in carico sono:

- ▶ La certificazione della invalidità civile
- ▶ La gravità della situazione e l'attribuzione della 104 riconosciuta
- ▶ La perdita di autonomia, grave difficoltà di gestione dei bisogni primari nella quotidianità
- ▶ Problemi derivanti dalla patologia, ad esempio la persona con autismo di livello 3 è preso in carico per le sue necessità di supervisione continua.

La domanda viene recepita dal Servizio Sociale presso l'ACCOGLIENZA dell'area disabili o presso il Polo di Riferimento territoriale che la trasferisce al servizio (AREA disabili) e poi alla UMVD.

Il primo passaggio in Commissione prevede di visionare tutta la documentazione sanitaria della persona. Questa prima valutazione può farla l'infermiere, insieme all'assistente sociale o all'e-

educatore o all'istruttore assistenziale per capire se ci sono i requisiti del progetto, se c'è la COMPETENZA per essere presi in carico. L'intervento dell'infermiere Simone è indispensabile anche per dare delle risposte qualificate e tempestive, per iniziare a progettare gli interventi di cura della persona. Nella Commissione la valutazione dei bisogni si accompagna all'analisi dei possibili aiuti assistenziali e così si riducono i tempi di attesa. Le valutazioni a casa della persona si fanno anche in tandem, l'infermiere con l'educatore per meglio comprendere la situazione. L'area disabili deve essere quella di riferimento del territorio di residenza

La commissione UMVD (Unità Multidisciplinare Valutazione Disabilità) si compone di

- ▶ 1co presidente sanitario
- ▶ 2 co presidenti sociali,
- ▶ L'infermiere
- ▶ Altri operatori (a volte anche del Servizio per le Dipendenze o del Centro di Salute Mentale)

La competenza la definisce il sanitario, il quale analizza le documentazioni sanitarie e cliniche.

Il sostegno alla persona disabile prevede diverse possibilità, in base alle necessità di aiuto della persona:

- ▶ domiciliare mediante PAI piano assistenziale individuale
- ▶ semiresidenziale, centri diurni di diverso tipo CAD CADD o RAF diurne-
- ▶ residenziale in varie tipologie a seconda dei bisogni e delle autonomie residue.

Le varie possibilità sono:

- ▶ SA servizio autonomia
- ▶ GA gruppo appartamento

- ▶ CA comunità alloggio
- ▶ RAF Residenze assistenziali flessibili
- ▶ RSA Disabili o con nucleo disabile

Il progetto ha una durata di un anno e, nel verbale, sono indicate le verifiche e il monitoraggio. Le verifiche congiunte degli operatori del servizio sociale e dell'infermiere servono per capire se il progetto ha bisogno di modifiche e di revisione.

A volte le persone hanno problemi di dipendenza alcool correlata o da stupefacenti o problemi di tipo psichiatrico, in questi casi nell'equipe si inseriscono il referente del servizio SerD (Servizio per le Dipendenze) e del CSM (Centro Salute Mentale) e la competenza si definisce COMPLESSA.

In questi casi si condividono il progetto e le spese.

Come partecipa il cittadino alle spese?

Fino al 2020 si chiedeva al cittadino di portare una Dichiarazione della Situazione Economica, in cui erano documentate tutte le indennità percepite; al cittadino si chiedeva di contribuire con una quota, variabile e dipendente dal reddito proveniente dalle varie indennità di accompagnamento o pensione di invalidità. Si parlava di livelli di intensità bassa, media o alta. E per ogni livello c'era un massimale di spesa.

Sono stati rivisti i criteri con la DGR Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 12 giugno 2020 n 39- 1523 2020; da allora la normativa non prevede più alcuna partecipazione del cittadino, il quale consegna la dichiarazione ISEE



per documentare la propria situazione economica. Si stabilisce la condizione di Disabilità grave o gravissima, gli interventi di assistenza vengono pianificati con un progetto, elaborato dai servizi coinvolti.

Le risorse economiche stanziare a supporto provengono dal Fondo Nazionale Non Autosufficienza: Il cittadino non contribuisce più economicamente al progetto, ma sono stati ridotti i massimali per cui diventa difficile soddisfare tutte le esigenze.

Un' ulteriore delibera regionale del Piemonte ha recentemente rivisto i criteri di sostegno economico, si parla di BUDGET di salute per sostenere le persone disabili.

Ad esempio una persona maggiorenne, con disabilità gravissima riceve un contributo di 600 euro al mese; il Comune può integrare con una somma di 200 euro al mese.

Il BUDGET di salute viene assegnato in base alle esigenze assistenziali e all'ISEE del cittadino richiedente. Il progetto prevede gli interventi adeguati alla persona e consistono in ore di presenza di personale di supporto OSS o di educatori o altre figure professionali, inserite nelle Cooperative accreditate dal Comune di Torino.

L'infermiere valuta i bisogni del cittadino attraverso un colloquio iniziale, a casa della persona; tra gli strumenti in uso, oltre alla osservazione diretta della persona e dell'ambiente, l'ascolto attivo del cittadino e dei care giver presenti, usa delle scale di valutazione per identificare con precisione le richieste assistenziali. La cartella Disabili Adulti segue le indicazioni della Delibera Regione Piemonte DGR 2020 e comprende:

- una scheda anagrafica e informativa
- richiesta di valutazione / rivalutazione

- la valutazione degli aspetti sociali e delle condizioni igieniche della abitazione
- la valutazione degli aspetti sanitari
- proposta di progetto individuale- tipologia del progetto individuale
- definizione della intensità residenziale o semi-residenziale o domiciliare
- le reti familiari e amicali
- le condizioni economiche
- il questionario CBI Caregiver Burden Inventory per misurare la fatica del caregiver
- la valutazione delle condizioni assistenziali e della capacità di cura di sé e dell'ambiente di vita.
- sintesi del progetto individuale
- scheda FNA

La cartella è molto ricca e articolata, compilata dall'assistente sociale, dall'infermiere e dagli operatori del servizio coinvolti per attribuire un punteggio ai fini di determinare l'intensità assistenziale.

Esistono anche schede per la valutazione delle disabilità gravissime

Ogni singolo caso viene sottoposto alla valutazione iniziale, condivisa con le varie figure di riferimento, che poi viene sottoposta al giudizio di competenza. Se riconosciuto idoneo si può procedere, in base al BUDGET di salute attribuito, a pianificare e erogare gli interventi assistenziali. Il progetto domiciliare è condiviso nella cartella personale dell'utente, inserita nel programma elettronico, in cui sono presenti i verbali di ogni singolo caso, con specifica spesa autorizzata, la documentazione sanitaria e le indicazioni inerenti i referenti sociali e sanitari. I cittadini richiedenti il servizio ricevono una comunicazione scritta, in cui si esplicita una parte del verbale del progetto di cura.

Molta importanza riveste l'informazione e la collaborazione con le varie figure, quali l'Amministratore di sostegno, il tutore e il care giver per condividere il progetto e le sue finalità. Oltre all'infermiere che valuta e programma per un anno il piano di interventi, le figure attive sono:

- ▶ L'istruttore assistenziale
- ▶ L'educatore professionale
- ▶ L'assistente sociale.

Il progetto viene condiviso con i familiari e può essere rivisto, in caso di ulteriori necessità o se





si sono evidenziate lacune o insoddisfazioni. Il collega Simone racconta della necessità di far comprendere bene gli interventi previsti e di rassicurare i familiari, spesso diffidenti, con ansie e paure per il futuro dei propri cari.

Il tempo di relazione è tempo di cura

L'esperienza professionale di Simone, per anni in ospedale e successivamente nel Servizio delle Cure Domiciliari, lo aiuta nel sostenere le famiglie; a volte si rende indispensabile un aiuto per mantenere delle aspettative realistiche o per ipotizzare, in caso di forte stress e fatica, un inserimento in struttura del disabile.

L'introduzione può avvenire gradualmente, inserendo la persona disabile qualche giorno in un anno, oppure un week end al mese o per coprire necessità di cura del care giver, ad esempio per ricoveri ospedalieri. Questi inserimenti sono propedeutici per ricoveri in strutture oppure sono da considerare come TREGUE o ricoveri di SOLLIEVO del familiare. Le situazioni sono impegnative in termini di assistenza quotidiana, ci sono disabili di 50 anni assistiti dalla nascita da genitori, adesso anziani e stanchi.

Come si attiva la cooperazione con altre figure professionali?

“Il nostro è un lavoro di rete, fondamentali sono gli incontri di verifica dei risultati, realizzati in presenza degli operatori delle Cooperative, con i tutori e le assistenti sociali, gli operatori sociali di riferimento ; la multidisciplinarietà aiuta a non trascurare nessuna dimensione e a confrontare i vari punti di vista.”

Simone descrive il suo percorso nel servizio, partendo da zero con la consapevolezza della maturità professionale e dei grandi cambiamenti del ruolo infermieristico, da lavoro subordinato a professione, caratterizzata da autonomia e responsabilità, con potere decisionale e partecipazione alla pari o con funzione di pianificazione. Simone racconta il suo lavoro con molta passione e entusiasmo, con le capacità critica e di adattamento maturate nell'esperienza lavorativa e personale. Saper valutare le necessità, le aspettative e le paure dei cittadini e dei familiari, inquadrare la situazione e saper riferire nelle Commissioni di Valutazione, in maniera precisa e attendibile.

“Nelle valutazioni a domicilio il tempo a disposizione è misurato, in 40 minuti si sente la re-



sponsabilità di saper osservare con attenzione i dettagli e pianificare gli interventi adatti alle necessità e realizzabili con i limiti di spesa.

Il lavoro è basato sull'esperienza, all'inizio non erano presenti infermieri nella Commissione di Valutazione delle necessità delle persone con Disabilità.

La tecnologia aiuta, il cellulare di servizio e l'utilizzo della messaggistica WhatsApp facilita la reperibilità costante nell'orario di lavoro e le mail di servizio consentono gli scambi costanti con gli operatori e i familiari.

Sapersi rapportare con i vari specialistici e operatori, sempre con il focus sul cittadino cliente,

smussando, quando serve, le tensioni e gli attriti. Avere tatto, riconoscere il ruolo dell'altro, cercare un punto di incontro e il miglior risultato per la persona."

Simone racconta che ha imparato a **NON GIUDICARE e a CERCARE DI CAPIRE**; nel suo lavoro incontra persone diffidenti che non sanno chiedere aiuto, a volte vivono in case trascurate con una vita di sofferenza alle spalle, gestendo figli disabili da soli anche quando la loro vita è quasi finita.

L'obiettivo da perseguire è fornire un servizio di aiuto e sostegno ai disabili in difficoltà. Attualmente nei progetti domiciliari non è più possibile sovvenzionare il lavoro dei care giver (Cure Familiari). Simone racconta di due casi in particolare, segnalando i cambiamenti avvenuti nella famiglia negli ultimi venti anni; la rete familiare si è assottigliata, a volte disgregata, spesso è fragile, con relazioni e capacità di sostenersi molto ridotte. Una famiglia unita ha più forza e capacità di reagire alle avversità e alla grande fatica del caregiving.

"Lavoro ancora con entusiasmo, con concretezza e vedo che il nostro lavoro serve e tanto..."

Caso di un uomo adulto	Caso ragazzo giovane
<p>Un uomo, dopo varie esperienze di vita dolorose, familiari e di salute, vive come un barbone, è alcolizzato da anni e vive di fronte all'Ospedale CTO di Torino.</p> <p>Ha recentemente rischiato l'amputazione di una gamba, non si cura come dovrebbe.</p> <p>Recentemente gli è stata assegnata una casa popolare ed è stato ricoverato per qualche settimana. Martedì era in programma un controllo, ero stato allertato dall'assistente sociale ma lunedì mi hanno avvisato che l'uomo se ne era andato via dall'ospedale e allora...Cosa facciamo?</p> <p>Non si può obbligare una persona a curarsi e le regole stanno molto strette a questo uomo, vedo gente che vive con dipendenze, che non si vuole curare, non accetta le cure, i farmaci, i cambiamenti dello stile di vita.</p> <p>Le risorse economiche sono scarse e l'allocazione delle poche risorse è diventato un dilemma etico</p>	<p>A gennaio il suo caso è riconosciuto come competente, il ragazzo ha avuto un trauma importante e ha perso completamente la sua autonomia.</p> <p>Vive con un fratello più giovane che ha lasciato la moglie e i figli per curarlo.</p> <p>Il care giver non lavora più per l'impegno della cura quotidiana, ha perso il lavoro e non ha il tempo di cercarne un altro.</p> <p>Non si riesce più a dare dei soldi per il lavoro di assistenza al parente (Cure Familiari)</p> <p>Serve un mediatore culturale perché la persona disabile parla solo arabo e non accetta di farsi aiutare nelle pratiche igieniche dal personale e da estranei, vuole farsi toccare solo da suo fratello.</p> <p>Inoltre soffre di vescica neurologica.</p> <p>L'ufficio stranieri li ha collocati in una piccola stanza di un residence, ma stanno cercando un appartamento in affitto a prezzo calmierato, un ambiente più idoneo alla cura.</p> <p>Cosa può fare ancora il nostro servizio?</p>

GABRIELE TASSINARI, PHD

Professore a contratto presso l'Università di Torino, Dipartimento di Scienze della vita e Biologia dei sistemi
gabriele.tassinari@unito.it

La cooperazione oltre i confini di specie

L'etica degli interventi assistiti con gli animali



ABSTRACT

Gli interventi assistiti con gli animali (IAA), categoria che include la cosiddetta pet-therapy, sono un ampio insieme di attività terapeutiche, educative o ludico-ricreative che mirano a produrre un miglioramento del benessere umano tramite l'interazione con animali domestici.

Questi interventi sono stati oggetto negli ultimi decenni di crescente riconoscimento scientifico e interesse pubblico, a cui si è accompagnato anche in Italia lo sviluppo di una riflessione bioetica e giuridica sulla considerazione dovuta agli interessi degli animali coinvolti. Tale discussione ha frequentemente posto al suo centro il valore della relazione tra essere umano e animale, concepita come un esempio positivo di cooperazione, e il ruolo dell'animale domestico come collaboratore o co-terapeuta.

Questo approccio etico associativo deve tuttavia confrontarsi sia con le critiche che

sostengono l'inapplicabilità del concetto di cooperazione al di là dei rapporti tra esseri umani, sia con quelle che ritengono la terapia assistita, e in generale ogni forma di uso umano del lavoro animale, una forma di sfruttamento incompatibile con il rispetto dovuto ad altri esseri senzienti.

L'obiettivo di questo articolo è, alla luce di un'analisi della letteratura bioetica sul tema, difendere la tesi che l'interazione tra essere umano e animale negli IAA possa essere effettivamente intesa come un rapporto di cooperazione, che questo rapporto sia eticamente permessibile e che a causa della sua natura specifica gli esseri umani abbiano dei doveri speciali verso i propri collaboratori.

PAROLE CHIAVE

Cooperazione, interventi assistiti con gli animali, teorie associative della giustizia, autonomia.

ABSTRACT

Animal-assisted interventions (AAI), a category that includes pet-therapy, are a broad field of therapeutic, educational or recreational activities that aim to produce an improvement in human well-being through interactions with domestic animals.

In recent decades, these interventions have been the subject of growing scientific recognition and public interest, which in Italy has resulted in the development of a bioethical and legal discussion on the protection of the welfare of the animals involved. Such reflection has frequently stressed the value of the human-animal relationship, conceived as a positive example of cooperation, and the role of the domesticated animal as a collaborator or co-therapist.

This ethical approach, however, is subject

both to the criticism that points to the impossibility of applying the concept of cooperation beyond the human sphere and to the objections that denounce in assisted therapy, and in all types of use of animal labour in general, a form of exploitation incompatible with the respect due to other species.

The aim of this article is, through an analysis of the bioethical literature on the subject, to defend the thesis that the interaction between human and animal in AAI can indeed be understood as a cooperative relationship, that this relationship is ethically permissible, and that humans have special duties toward their co-workers because of it.

KEY WORDS

Cooperation, animal-assisted interventions, animal ethics, associative justice, autonomy.

INTRODUZIONE

Il termine *pet-therapy* fu coniato dallo psicologo Boris M. Levinson nel 1964. Nel corso della sua pratica professionale, Levinson aveva avuto occasione di notare come un bambino con gravi difficoltà di comunicazione iniziasse a interagire spontaneamente con il terapeuta grazie alla presenza del suo cane. Questa osservazione fortuita indusse Levinson a formulare l'ipotesi che la relazione con un animale domestico potesse fornire al bambino uno spazio di interazione senza paura di giudizio, in cui esperire contatto fisico, rassicurazione e senso di accettazione, e operare così da catalizzatore per il processo di cura (Fine et al., 2019; Levinson, 1962).

L'idea non godette di una ricezione unanime positiva: quando Levinson presentò l'articolo che riassumeva le sue esperienze, *The dog as a "co-therapist"*, al pubblico di un convegno della *American Psychological Association* un ascoltatore gli domandò se versasse una quota della parcella al suo cane (Levinson, 1982; Mallon, 1994).

L'utilizzo dei cani nell'ambito della psicologia infantile non è però un caso inedito di collaborazione istituzionalizzata tra essere umano e altre

specie animali. Come notava lo stesso Levinson, "a dog corps served this country heroically in the performance of military tasks in World War II. Why not as psychotherapeutic aides?" (Levinson, 1962).

A distanza di mezzo secolo, il quadro è mutato in modo sostanziale. Gli interventi terapeutici basati sull'interazione con animali domestici hanno ottenuto sempre maggiore riconoscimento scientifico e una crescente quantità di studi epidemiologici e meta-analisi ne confermano i benefici (Bert et al., 2016; Dalton et al., 2020). I programmi di intervento si sono affermati in contesti diversi quali il trattamento dei disordini dello spettro autistico, l'assistenza agli anziani, l'ambito ospedaliero pediatrico o oncologico, l'educazione e l'università (Fine, 2019).

In ragione di questa varietà, e dopo un lungo periodo di incertezza terminologica, si preferisce oggi utilizzare l'espressione "interventi assistiti con gli animali" (IAA) per indicare quell'ampio insieme di attività che mirano a produrre un miglioramento del benessere umano tramite interazioni strutturate e pianificate con animali domestici (Jegatheesan et al., 2014).

A seconda del tipo di beneficio perseguito le Li-

nee Guida Nazionali italiane (CSR, n. 60/2015) e organizzazioni internazionali come IAHAIO (Jegatheesan et al., 2014) distinguono tra “terapie assistite con gli animali” (TAA), “educazione assistita con gli animali” (EAA) e “attività assistite con gli animali” (CSR, 2015).

Il crescente interesse per gli IAA ha inoltre stimolato la riflessione bioetica sulla considerazione e sul trattamento dovuti agli animali coinvolti, che si è espressa in Italia nella cosiddetta Carta Modena del 2002, *Carta dei valori e dei principi sulla pet relationship*, esito di un tavolo di lavoro patrocinato dal Ministero della Salute e dall'Ordine dei medici veterinari, e nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica del 2005, *Problemi bioetici relativi all'impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere umani* (CNB, 2005).

In entrambi i documenti si pone al centro della valutazione bioetica il valore della relazione interspecifica, inteso in una duplice accezione. Da una parte viene sottolineato l'impatto che la relazione produce sull'essere umano, non solo in termini di vantaggi estrinseci, terapeutici, assistenziali o formativi, ma anche in quanto l'entrare in relazione con l'alterità animale risponde a un funzionamento primario ed è quindi parte fondamentale del benessere umano (cfr. Nussbaum, 2006).

Il secondo aspetto riguarda più direttamente l'ambito dell'etica animale: alla relazione tra essere umano e animale negli IAA viene attribuito un valore normativo, che prescrive il rispetto di obblighi quali la protezione dal danno, stress e metodi coercitivi di addestramento.

Elemento centrale di questa relazione è il riconoscimento dell'animale come cooperatore, che “possa comunque esprimere un ruolo diretto e indiretto nei confronti del fruitore”, (Carta Modena 2002) e perfino parte attiva di un'autentica (benché asimmetrica) “alleanza terapeutica” (CNB, 2005). È questa la tesi che ci si propone di valutare alla luce della riflessione internazionale nel campo dell'etica animale.

La cooperazione nell'etica degli animali

Negli ultimi quindici anni ci sono stati diversi tentativi di applicare il concetto di cooperazione ad attività che coinvolgono animali domestici (Coeckelbergh, 2009; Valentini, 2014; Wilcox 2022; Zuolo, 2020).

Queste opere si collocano all'intersezione tra due tendenze convergenti nella letteratura. Da una parte si è assistito a uno spostamento di interesse da etiche animali basate sulle capacità, come quelle formulate da Peter Singer e Tom Regan a partire dagli anni '70, a quelle che incorporano un focus sull'elemento relazionale (Palmer, 2010, Donaldson e Kymlicka, 2011).

L'intuizione centrale è che una prospettiva morale basata solo sulle proprietà intrinseche degli animali, come capacità di soffrire, autocoscienza o pianificazione, è insufficiente per affrontare l'inevitabile complessità delle relazioni interspecifiche in cui siamo immersi.

È necessario uno sguardo capace di calibrare le nostre responsabilità sulla base dei rapporti e della storia che l'umanità ha costruito con diversi gruppi animali (domesticati, liminali o selvatici) verso i quali possiamo avere differenti obblighi di inclusione e cura, convivenza o sem-



plicemente non-intervento (Donaldson e Kymlicka, 2011).

La seconda tendenza, interna alla filosofia politica, è rappresentata dal tentativo di estendere il modello del contratto sociale e una teoria associativa della giustizia, nelle varie declinazioni ispirate primariamente all'opera di John Rawls, agli animali non umani.

Rawls, probabilmente il più influente filosofo politico del XX secolo, ha notoriamente definito la società come uno schema di cooperazione per il mutuo vantaggio, in cui i principi di giustizia politica regolano l'equa distribuzione dei costi e dei beni.

Questa concezione della giustizia non sembra a prima vista lasciar spazio per le altre specie, sia per il loro non essere agenti morali sia perché incapaci di reciprocare materialmente.



L'antropocentrismo rawlsiano è stato sottoposto a diverse critiche (Rowlands, 2009). In relazione alla questione della reciprocità, si è notato che alcuni animali, ad esempio quelli impegnati in compiti di servizio e assistenza, nella sicurezza o in ambiti militare, sono a tutti gli effetti parti attive dello schema cooperativo.

Potrebbero essere quindi destinatari di doveri di giustizia come gli altri membri della società (Valentini, 2014).

Ciò non solo fornirebbe ragioni aggiuntive per una protezione robusta da forme di danno, ma potrebbe giustificare l'esistenza di obblighi positivi, ad esempio un'adeguata assistenza veterinaria e previdenziale, basati sul diritto a ricevere un'"equa quota" dei prodotti sociali (Valentini, 2014). In terzo luogo, implicherebbe che questi

doveri ricadano nell'ambito politico della responsabilità pubblica e non della moralità privata, e richiedano dunque un intervento istituzionale.

Le sfide della cooperazione interspecifica

Il paradigma collaborativo deve tuttavia confrontarsi con diverse obiezioni, per rispondere alle quali è necessario precisare cosa si intende per cooperazione.

Il termine "cooperazione" corrisponde a ciò che in filosofia morale viene definito un concetto etico spesso, ovvero che, a differenza di termini come "buono" o "cattivo", include non solo un aspetto normativo o valutativo ma anche uno descrittivo (Väyrynen, 2021).

L'aspetto descrittivo consiste nelle condizioni fattuali di applicabilità o, in altri termini, nelle proprietà che uno stato di cose deve possedere per essere un'istanza di cooperazione. Accanto ad esso convivono però una valutazione, per cui la cooperazione è qualcosa di moralmente positivo e distinto da altri tipi di relazioni produttive come quella di sfruttamento, e una serie di condizioni prescrittive, ovvero le norme e gli obblighi che un buon cooperatore deve rispettare (Zuolo, 2020).

Queste norme possono essere considerate in parte come un ideale interno al concetto (esistono forme più o meno eque di cooperazione), in parte ne definiscono invece i confini (una vittima che obbedisce sotto minaccia non sta cooperando con il suo rapitore -*Ibidem*). Norme che dipendono, sicuramente in misura consistente, oltre che dal concetto stesso, dal suo ruolo nella teoria etica prescelta, dalla concezione degli interessi animali adottata e da altri fattori che è qui impossibile approfondire.

Una prima difficoltà consiste innanzitutto nel precisare la parte fattuale del concetto in modo che risulti applicabile al capo degli IAA e alle relazioni essere umano-animale domestico in generale. Il problema consiste soprattutto nell'evitare che i requisiti eccedano le capacità cognitive degli animali coinvolti, pur preservando la specificità e le implicazioni valoriali del termine. Il modello proposto recentemente da Zuolo risponde a questa domanda definendo la coopera-

zione come una forma di relazione (1) continua e non occasionale (2) volta alla produzione di un bene esterno (3) che avviene tra individui il cui benessere può essere influenzato dalla relazione (4) e rispettosa degli interessi dell'animale (5) (*Ibidem*).

I primi quattro requisiti sono soddisfatti dagli IAA, che sono attività strutturate, regolate da standard operativi e gestite da un'équipe multidisciplinare di figure professionali (CSR, 2015). Benché gli interventi abbiano al loro centro gli aspetti personali ed affettivi dell'interazione, e dunque quelli che potremmo definire i beni interni alla relazione o partecipatori, le IAA si distinguono dalle relazioni con l'animale da compagnia in quanto questi beni si inseriscono, e trovano la loro ragione, nell'obiettivo di produrre un impatto terapeutico o educativo, e dunque un bene esterno.

Cooperazione o sfruttamento?

La seconda difficoltà è normativa e si lega alla critica portata alla cooperazione dalla posizione abolizionista in etica animale. Per gli autori abolizionisti ogni relazione di controllo sulle altre specie è storicamente e intrinsecamente una forma dannosa di sfruttamento, strumentalizzazione e reificazione. L'unica scelta etica sarebbe

dunque abolire l'uso umano degli animali, da cui segue la graduale estinzione delle specie domestiche (Garner e Francione, 2010). In questa prospettiva, ogni forma di IAA sarebbe impossibile.

Tuttavia, la tesi abolizionista può essere attaccata da molteplici direzioni: la condanna del processo di domesticazione come una forma di violenza unilaterale ignora le evidenze zooarcheologiche secondo cui, almeno nel caso di specie utilizzate diffusamente nella *pet therapy* come cani e gatti, i processi cooperativi (avvicinamento spontaneo agli insediamenti umani, commensalismo e autoselezione) sono stati determinanti (Zeder, 2012).

Indipendentemente da ciò, la possibilità che la storia delle nostre relazioni con alcune specie sia stata dominata dalla violenza piuttosto che dalla reciprocità non esclude la possibilità di creare oggi relazioni eque.

In secondo luogo, ogni relazione di cooperazione, anche tra esseri umani, è in parte una relazione strumentale: noi usiamo continuamente i nostri simili, usufruendo dei loro servizi per i nostri interessi o per gli scopi dell'organizzazione di cui facciamo parte (Korsgaard, 2011).

Quest'uso è ritenuto compatibile con il rispetto dell'altro se non lo riduce a puro mezzo ma tiene



in adeguata considerazione i suoi interessi e la sua volontà.

Nel caso delle IAA ciò si lega innanzitutto al rispetto del benessere animale. Sono possibili qui due requisiti di base: che l'attività non sia incompatibile con il bene dell'animale (requisito debole) o che causi un beneficio complessivo netto (requisito forte). Poiché il significato etico dell'idea di cooperazione è inseparabile dal concetto di reciprocità, è auspicabile adottare entrambe le condizioni.

Nella storia della *pet therapy* l'obiettivo primario è stato quello di produrre benefici per gli esseri umani coinvolti, il che ha a lungo posto in secondo piano il benessere animale (Blesch, 2023).

Le attività possono essere dannose per gli animali, sia sotto il profilo fisico sia sotto quello mentale, a causa di fattori quali l'eccessiva esposizione a stimoli e situazioni stressogene, la fatica, la privazione del sonno o la mancanza di un ambiente adatto a esprimere i propri comportamenti specie-specifici (Zenithson et al., 2019). Questi rischi possono però essere minimizzati grazie a un attento monitoraggio dello stato di benessere da parte del medico veterinario e del coadiutore, come previsto dalle Linee guida, e limitando il lavoro alle specie domestiche predisposte all'interazione con l'essere umano (CSR, 2015).

Esistono inoltre numerose evidenze che il contatto con l'essere umano sia benefico per gli animali cooperatori, in quanto fornisce opportunità di socializzazione che si traducono in progressi comportamentali e benefici fisiologici (miglioramento dei parametri cardiovascolari, aumento dei livelli di ossitocina e dopamina, diminuzione del cortisolo) (Zenithson et al., 2019).

La condizione che l'esperienza di lavoro sia complessivamente piacevole e proficua per l'animale può essere quindi un primo requisito per valutare il beneficio, prima ancora di qualsiasi obbligo distributivo (Cochrane, 2019).

Infine, la terza difficoltà riguarda il tema del consenso e della scelta, che si incrocia con l'inevitabile asimmetria di potere e di conoscenza in cui è immerso il lavoro animale. Nel caso umano, il consenso informato è un requisito essenziale in ogni forma di cooperazione e in assenza di spazio di scelta si parla piuttosto di lavoro schiavistico. Nell'impossibilità pratica di comunicare e accertare un consenso di questo tipo e di eliminare la manipolazione e il controllo umano sul comportamento animale, le pratiche di IAA sarebbero dunque inaccettabili?

Una possibilità è qui escludere che il requisito del consenso sia pertinente, o perché il comportamento degli animali domesticati è in ogni caso



frutto di tratti e automatismi selezionati dall'uomo o controllati tramite l'addestramento (Zuolo, 2020), oppure perché semplicemente mancano delle capacità cognitive per prendere una decisione consapevole. Gli animali mancano in questa prospettiva di autonomia e interesse intrinseco alla libertà, perché incapaci di riflessione razionale e di formulare, rivedere e perseguire un proprio piano di vita (Cochrane, 2012).

Therefore, animals are not harmed when they are interfered with, used for particular purposes, or even have their desires shaped and moulded by others, granted doing so does not harm their wellbeing - *Pertanto, gli animali non sono danneggiati quando subiscono interferenze, utilizzati per scopi particolari o anche i loro desideri vengano plasmati e modellati da altri, di modo che ciò non danneggi il loro benessere* (Cochrane, 2012).

Potremmo quindi sostituire il pilastro soggettivo della volontarietà con una valutazione oggettiva (e paternalistica) dei loro interessi (Zuolo, 2020).

Se questa prospettiva ha il pregio di evitare una indebita antropomorfizzazione dell'animale, va però incontro al rischio di concepirlo come parte completamente passiva della relazione, non oggetto ma paziente morale privo di capacità di agire. Questo è tanto più problematico nel caso degli IAA, che si fondano sulla valorizzazione del ruolo attivo dell'animale nella relazione (CNB, 2005).

Le attività di terapia assistita possono al contrario indurci a individuare un requisito ulteriore da integrare nella definizione di cooperazione sopra introdotta. La cooperazione si distingue dall'utilizzo in quanto comporta l'esercizio di una capacità di agire da entrambe le parti, disciplinata da alcune regole condivise che distinguono i comportamenti accettabili e inaccettabili. Le evidenze etologiche sottolineano in modo crescente come diverse specie siano in grado di entrare in relazioni governate da norme sociali (Blattner et al., 2019; De Waal, 2014; Lorini, 2018).

Sembra in conclusione possibile percorrere una terza via tra annullare e attribuire piena autorità alle scelte dell'animale, ripensando il concetto di consenso in una forma aderente agli sviluppi delle nostre conoscenze sulla cognizione animale. Questo nuovo standard potrebbe trarre spunto

da alcuni elementi dei modelli utilizzati nel caso di essere umani non completamente autonomi (cfr. ad esempio Blattner et al., 2019) e riflettere su come valorizzare la capacità di agire dei nostri operatori e integrare la valutazione oggettiva del benessere con un'attenzione alla manifestazione soggettiva e individualizzata di preferenze o avversioni.

Conclusione

L'idea dell'animale come *partner*, collaboratore o co-terapeuta ha avuto un ruolo rilevante nel campo degli IAA e nella riflessione bioetica e normativa sul tema in Italia. Il termine è stato inoltre oggetto di interesse teorico negli ultimi decenni in etica animale e filosofia politica. Dall'esame della discussione si può concludere che le obiezioni più rilevanti a questo modello possono essere respinte: il concetto di cooperazione rimane uno strumento appropriato per pensare le relazioni tra uomo e animali domestici nel campo degli IAA.

Si è evidenziato come questo modello ha conseguenze normative rilevanti, in quanto richiama il dovere di rendere le relazioni in questione equamente vantaggiose e rispettose della soggettività animale. Per le stesse ragioni, gli IAA sono anche lo strumento che può promuovere una "riabilitazione" dell'animale domestico (CNB, 2005), non solo come recipiente passivo di protezione ma come interlocutore, e portare a riflettere sul fatto che, come notava Mary Midgley, i confini della nostra comunità sociale non si fermano ai confini di specie (Midgley, 1984).

BIBLIOGRAFIA

1. Bert, F. et al. (2016). Animal assisted intervention: A systematic review of benefits and risks. *European journal of integrative medicine*, 8(5), 695–706.
2. Blattner, C. E., Coulter, K., & Kymlicka, W. (A cura di). (2019). *Animal labour: A new frontier of interspecies justice?*. Oxford University Press.
3. Blesch, K. (2023). *Animal-Assisted Therapy with Dogs: Basics, Animal Ethics and Practice of Therapeutic Work*. Springer Nature.

4. Cochrane, A. (2012). *Animal rights without liberation: Applied ethics and human obligations*. Columbia University Press.
5. Cochrane, A. (2019). Good work for animals. In *Animal labour: a new frontier of interspecies justice*, 48-64.
6. Coeckelbergh, M. (2009). Distributive justice and cooperation in a world of humans and non-humans: A contractarian argument for drawing non-humans into the sphere of justice. *Res Publica*, 15, 67-84.
7. Comitato Nazionale per la Bioetica (2005). Problemi bioetici relativi all'impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere umani. Parere del 30 settembre 2005.
8. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (2015). Accordo tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)", n.60/2015.
9. Dalton, K. R. et al. (2020). Risks associated with animal-assisted intervention programs: A literature review. *Complementary therapies in clinical practice*, 39, 101145.
10. De Waal, F. B. (2014). Natural normativity: The 'is' and 'ought' of animal behavior. *Behaviour*, 151(2-3), 185-204.
11. Donaldson, S., & Kymlicka, W. (2011). *Zoopolis: A Political Theory of Animal Rights*. Oxford: Oxford University Press.
12. Fine, A. H. (Ed.). (2019). *Handbook on animal-assisted therapy: Foundations and guidelines for animal-assisted interventions*. Academic press.
13. Francione, G. L., & Garner, R. (2010). *The animal rights debate: Abolition or regulation?*. Columbia University Press.
14. Jegatheesan, B. et al. (2014). International Association of Animal-Human Interactions Organizations (IAHAIO) White Paper: Definitions for Animal Assisted Intervention and Animal Assisted Activity and Guidelines for Wellness of Animals Involved. *Columbia, MO: IAHAIO*.
15. Korsgaard, C. M. (2011). Interacting with animals: a kantian account. In T. L. Beauchamp & R. G. Frey (A cura di), *The Oxford Handbook of Animal Ethics* (pp. 91-119). Oxford University Press.
16. Levinson, B. M. (1962). The dog as a "co-therapist." *Mental Hygiene. New York*, 46, 59-65.
17. Levinson, B. M. (1982). The future of research into relationships between people and their animal companions. *International Journal for the Study of Animal Problems*, 3(4), 283-294.
18. Lorini, G. (2022). Animal norms: an investigation of normativity in the non-human social world. *Law, culture and the humanities*, 18(3), 652-673.
19. Mallon, G. P. (1994). A Generous Spirit: The Work and Life of Boris Levinson. *Anthrozoös*, 7(4), 224-231.
20. Midgley, M. (1984). *Animals and why they matter*. University of Georgia Press.
21. Palmer, C. (2010). *Animal ethics in context*. Columbia University Press.
22. Rowlands, M. (2009). *Animal Rights: Moral Theory and Practice*. Palgrave Macmillan.
23. Valentini, Laura. (2014). Canine Justice: An Associative Account. *Political Studies*, 62, 37- 52.
24. Väyrynen, Pekka (2021). Thick Ethical Concepts. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2021 Edition).
25. Wilcox, R. (2022). Social Membership, Contribution, and Justice. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 35(3), 10.
26. Zeder, M. A. (2012). The Domestication of Animals. *Journal of Anthropological Research*, 68(2), 161-190.
27. Zuolo, F. (2020). Cooperation with animals? What is and what is not. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 33(2), 315-335.

GATTI CHIARA

Incarico di Funzione Organizzativa
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

MARCELLI STEFANO

Direttore ADP CDL Infermieristica
UNIVPM AST ASCOLI PICENO

D'ANGELO GLORIA

Tutor clinico di tirocinio CDL Infermieristica
UNIVPM AST ASCOLI PICENO

BRUNETTI CRISTINA

Incarico di Funzione Organizzativa Macroarea
Ospedaliera
AST ASCOLI PICENO

COLLECCHIA SIMONA

Incarico di Funzione Organizzativa Dipartimento Medico
AST ASCOLI PICENO

MICONI TANIA

Bed Manager - AST FERMO

GASPARRINI FEDERICA

Infermiera CDL Infermieristica – UNIVPM ASCOLI
PICENO

Corresponding Author:

GASPARRINI FEDERICA

Infermiera, CdL Infermieristica UNIVPM
A. S. T. Ascoli Piceno
kikkagasparrini@virgilio.it

Relazione tra qualità dell'assistenza e cooperazione tra i Professionisti della Salute Una revisione narrativa della letteratura

ABSTRACT

INTRODUZIONE

L'assistenza basata sull'impegno di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari è necessaria per ottenere risultati positivi mediante l'aumento delle competenze e una corretta educazione sanitaria. Il team multiprofessionale è formato da medici, infermieri ed altri Professionisti della salute, coordinantisi sulla base delle esigenze specifiche del singolo paziente. Il lavoro di squadra basato sulla cooperazione permette di effettuare un'assistenza completamente centrata sul paziente grazie all'identificazione dei suoi bisogni e, soprattutto, alla capacità degli operatori sanitari di suddividere le proprie responsabilità e mettere in atto interventi specifici, accantonando una visione gerarchica che ancora vive all'interno di molte realtà sanitarie.

OBIETTIVO

Valutare l'assistenza infermieristica e la cooperazione all'interno dei team multidisciplinari e di quanto incida sulla qualità dell'assistenza fornita.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura all'interno della banca dati Medline attraverso PubMed, utilizzando le parole chiave "team work" e "nurs*". A seguito del processo di identificazione, screening e valutazione degli articoli restituiti effettuato

da tre ricercatori indipendenti, ne sono stati ritenuti idonei 15. Gli articoli revisionati rispondono all'obiettivo designato dalla ricerca effettuata.

RISULTATI

Secondo le evidenze analizzate, si evince come un'assistenza basata su un team multidisciplinare migliori la qualità e la soddisfazione sia del paziente che degli operatori sanitari coinvolti. Sono state rilevate delle evidenze soprattutto nell'area geriatrica e nell'area di cura comprendente l'utilizzo della nutrizione artificiale che hanno sottolineato l'importanza di più figure professionali in cooperazione, per ottenere una riduzione delle complicanze e un miglioramento della qualità di cura. È stato possibile, inoltre, approfondire come il lavoro in team sia stata la chiave per affrontare in maniera adeguata le difficoltà date dalla pandemia da Covid-19 a partire dal 2020.

CONCLUSIONI

Si evince come un'assistenza basata su un team multi ed interdisciplinare aiuti a raggiungere un miglioramento della salute, della qualità della cura e del rapporto tra i Professionisti della Salute.

PAROLE CHIAVE

Infermiere, team multidisciplinare, cooperazione, lavoro di squadra.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Nursing based on the commitment of multi-professional and multidisciplinary groups is necessary to obtain positive results through increased skills and correct health education. The multi-professional team is made up of physicians, nurses and other allied health professionals, depending on the specific needs of the individual patient. Teamwork based on cooperation allows for completely patient-centered nursing care thanks to the identification of their needs and, above all, the ability of healthcare workers to divide their responsibilities and implement specific interventions, setting aside a hierarchical vision that still lives within many healthcare settings.

OBJECTIVE

Evaluate nursing care and cooperation within multidisciplinary teams and how it impacts the quality of care provided.

MATERIALS AND METHODS

A narrative review of the literature was carried out in the Medline database through PubMed, using the keywords "team work" and "nurs*". Following the process of identification, screening and evaluation of the re-

turned articles carried out by three independent researchers, 15 were deemed suitable. The reviewed articles meet the objective designated by the search carried out.

RESULTS

According to the evidence analysed, it is clear that care based on a multidisciplinary team improves the quality and satisfaction of both the patient and the healthcare workers involved. Evidence was found especially in the geriatric area and in the care area including the use of enteral nutrition which underlined the importance of multiple professional figures in cooperation, achieving a reduction in complications and an improvement in the quality of care. It was also possible to delve deeper into how teamwork was the key to adequately addressing the difficulties caused by the Covid-19 pandemic starting in 2020.

CONCLUSIONS

Nursing care based on a multi- and interdisciplinary team helps to achieve an improvement in health, in the quality of care and in the relationship between health professionals.

KEYWORDS

Nurse, multidisciplinary team, cooperation, teamwork.

INTRODUZIONE

La rapida crescita di nuove conoscenze e il tasso di espansione delle informazioni nell'assistenza ai pazienti contribuiscono all'evoluzione della complessità dell'assistenza sanitaria moderna.

Questa è una forza trainante indotta dalla necessità di costruire modelli di assistenza collaborativa efficaci basati sul team (Cadet et al. 2023). I modelli di assistenza in team partono da una buona educazione interprofes-

sionale a partire dagli studenti in modo tale da diffonderne le competenze necessarie.

Si evince, dunque, che l'assistenza basata sul team porta a numerosi benefici riguardo l'outcome del paziente, riducendone le complicanze. Secondo la revisione analizzata della studiosa americana Cadet, vi sono numerose prove a sostegno dell'educazione e assistenza interprofessionale e dell'impatto positivo che hanno sulla salute (Cadet et al., 2023). Un forte esempio di

team interdisciplinare lo si trova nel modello di cura dell'assistenza intermedia citata da Sezgin del 2020, la quale è stata fortemente orientata ad una riduzione della degenza ospedaliera nell'area anziani e/o di mezza età (Sezgin et al., 2020). Molti programmi comprendenti la riabilitazione attraverso un supporto interdisciplinare sono guidati da medici con la collaborazione di un team di infermieri, professionisti della salute alleati e assistenti sociali, e impiegano un approccio completo di va-

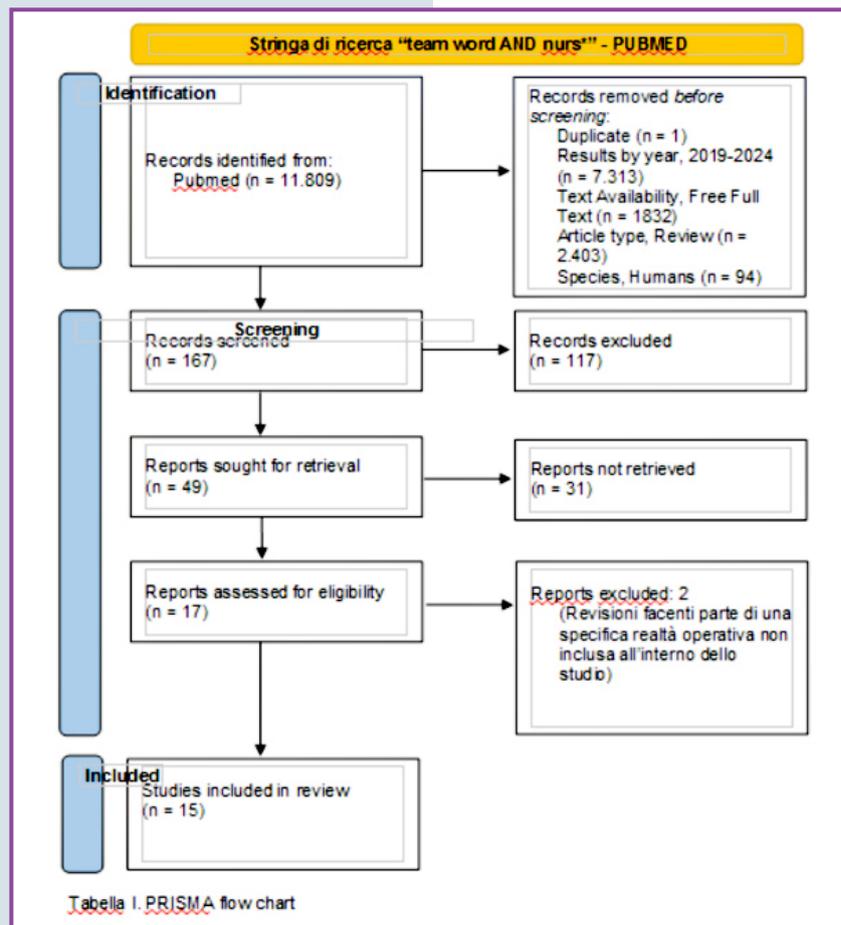
lutazione geriatrica (Sezgin et al., 2020). All'interno dei programmi con supporto interdisciplinare è inclusa una corretta educazione sanitaria al paziente che permette di ottenere un'ottima comunicazione con il team promuovendo l'autogestione e migliorando la salute.

Inoltre, grazie allo studio di Albers nel 2021, è stato possibile identificare un modello, introdotto nei Paesi Bassi, chiamato "Learning and Innovation Network" (LIN), che mira ad un'innovazione dell'assistenza infermieristica attraverso l'apprendimento nella pratica (Albers et al., 2021).

Viene descritto il LIN come "un gruppo di professionisti dell'assistenza, studenti e rappresentanti dell'istruzione che si riuniscono nella pratica clinica e fanno tutti parte di una comunità di apprendimento e innovazione in infermieristica. Lavorano insieme su progetti basati sulla pratica in cui combinano le migliori pratiche, le prove della ricerca e le prospettive dei clienti al fine di innovare e migliorare la qualità delle cure e in cui avviene un'integrazione di istruzione, ricerca e pratica" (Albers et al., 2021). Tutti i professionisti della salute facenti parte di un gruppo di lavoro imparano costantemente l'uno dall'altro grazie alle attività di apprendimento lavorando su progetti basati sull'evidenza.

Per migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti, gli operatori sanitari non devono solo lavorare insieme, ma anche imparare insieme, proprio come una squadra (Cadet et al., 2023).

Su questa base, è necessario



indagare come il lavoro interdisciplinare basato sul lavoro di squadra incida sulla qualità dell'assistenza, sul miglioramento delle cure e sul rapporto tra i membri del team facente parte di diverse realtà professionali in materia sanitaria.

■ OBIETTIVO

Valutare come e di quanto l'assistenza infermieristica e la cooperazione all'interno dei team multidisciplinari incidano sulla qualità dell'assistenza fornita.

■ MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura nella banca dati medico scien-

tifica Medline attraverso la banca dati biomedica PubMed nei mesi luglio ed agosto 2024. Sono state utilizzate le parole chiave "team work" e "nurs*", incrociate con l'operatore booleano "AND" con un primo risultato di 11.809 records restituiti. È stata utilizzata la metodologia PRISMA per raggruppare e sintetizzare il lavoro di ricerca, per cui è stata redatta una flow chart per definire il numero di articoli identificati, i filtri posti e gli studi inclusi per la revisione narrativa completa (**vedi Tabella 1, PRISMA flow chart**).

I 1.809 articoli restituiti dal lancio della stringa sono stati filtrati attraverso (1) Results by year [2019-2024] con 4.496 articoli rimanenti, (2) Text Availability [Free Full Text] con 2.664 articoli rimanenti, (3)

Article type [Review] con 261 articoli rimanenti, e (4) Species [Humans] con un totale di 167 articoli rimanenti.

Di questi 167 articoli, 117 sono stati esclusi in quanto non rispecchiavano l'obiettivo della ricerca, dividendosi per argomenti prettamente medici e/o di una specifica area sanitaria non corrispondente al quesito preposto, senza affrontare il lavoro di squadra, ma solo individuale medico/infermiere, e 1 articolo è stato citato due volte, con un risultato di 49 articoli rimanenti da esaminare. Successivamente, 32 articoli sono stati esclusi in quanto durante la lettura delle revisioni non ricercavano l'obiettivo corretto e non rispondevano alla domanda di teamwork, mentre 2 articoli sono stati esclusi poiché riguardano il lavoro in team di specifiche aree cliniche (ematologia ed embriologia), dove si affrontavano determinate procedure specifiche non coerenti con la ricerca. Questa ultima fase di valutazione qualitativa è stata eseguita da 2 ricercatori indipendenti; un terzo è intervenuto in caso di disaccordo.

I rimanenti 15 articoli sono stati utilizzati per la stesura della revisione narrativa.

■ RISULTATI

La leadership collettiva coinvolge più professionisti che condividono un potenziale dipunti di vista e conoscenze in grado di influenzare positivamente la qualità delle cure e il benessere del personale (Silva et al, 2022). Quando si parla di team work si intende un vero e proprio

gruppo di lavoro, basato sulla collaborazione di tutte le figure professionali, con l'obiettivo di raggiungere un obiettivo comune che, in tal caso, è il benessere del paziente.

Secondo una revisione sistematica analizzata, due criteri importanti per un team sostenibile multidisciplinare includono una buona leadership e una forte struttura del team (Fowler et al., 2020). Una buona leadership condivisa sostiene e guida l'intera squadra di lavoro. Oltre che a promuovere il processo decisionale che porterà all'obiettivo designato, coinvolgere l'intero gruppo di lavoro anche da un punto di vista organizzativo diviene fondamentale. Come già anticipato, anche la struttura interna del team ricopre un ruolo cruciale: normalmente le figure professionali di cui si avvale una squadra di lavoro sono coloro che coprono le specifiche esigenze del paziente. L'importanza delle relazioni con il team è stata spesso identificata come essenziale per la continuazione della capacità di cura (Peter et al., 2022).

Un esempio importante di lavoro di squadra si è ritrovato all'interno di quattro revisioni riguardanti la pandemia da Covid-19 (Dupe et al., 2022; Peter et al., 2022; Woods et al., 2022; Beckett et al., 2021). Dall'analisi approfondita di questi testi, è stato possibile evincere come grazie ad una maggiore comunicazione fra i membri, il lavoro all'interno di un team interprofessionale sia stato decisivo per una tale situazione di emergenza riportando maggiore collaborazione.

Oltre gli studi riguardanti la pandemia, sono emerse diverse revisioni in particolare che analizzano l'assistenza infermieristica e il lavoro in team riguardo l'approccio alla nutrizione artificiale (NA) (Vlug et al., 2020) e nell'ambito di geriatria e gerontologia (Kricheldorf et al., 2022; De Bruin et al., 2022; Siewert et al., 2020). È interessante l'approfondimento di queste pubblicazioni poiché è possibile individuare e indagare due tipologie di lavoro di squadra differenti.

Il primo da un punto di vista multidisciplinare comprendente più professioni sanitarie come accade nella NA: per gli adulti, i membri principali di una squadra di supporto nutrizionale (NST) dovrebbero essere un medico, un infermiere specialista in nutrizione, un dietista senior e un farmacista clinico senior (Vlug et al., 2020), mentre le squadre per pazienti pediatrici sono formate da un gastroenterologo pediatrico, dietista, infermiere specialista, chirurgo pediatrico, farmacista, psicologo, assistente sociale, logopedista, fisioterapista e un pediatra generale (Vlug et al., 2020). Ogni professionista sanitario ricopre, difatti, un ruolo differente, ma ogni incarico svolto mira a ridurre le complicanze, trattare le patologie, mettere in atto e monitorare la terapia nutrizionale.

Il secondo è l'esempio dei team autogestiti citati nella revisione di De Bruin del 2022, ossia un modello di assistenza che viene applicato a domicilio, in parallelo al lavoro di squadra che viene effettuato all'interno di una struttura sanitaria.

Tutte le revisioni affrontate in materia Covid-19, Nutrizione Artificiale e Geriatria vengono maggiormente approfonditi nella sezione *Discussione*, che segue.

■ DISCUSSIONE

Gli approcci situazionali, individuali e di squadra alla gestione richiedono e favoriscono valori etici, personali e professionali, per sostenere una collaborazione centrata sul paziente (Waterfield et al., 2022). Il carico di lavoro avviene attraverso i rapporti tra paziente e infermiere per garantire una cura diretta del primo, considerando anche l'interdisciplinarietà del team. Inoltre, aumentando la capacità di lavorare in team, miglioreranno anche gli outcomes per il benessere della comunità.

Fattori che influenzano positivamente l'efficacia degli operatori sanitari sono la formazione e il miglioramento delle competenze e conoscenze attraverso regolari programmi di formazione, supervisione e tutoraggio (Mhlongo et al., 2020).

IL TEAM WORK DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

L'impatto della pandemia di COVID-19 sugli operatori sanitari è ben documentato e ha comportato pressioni significative dal punto di vista delle risorse umane e sanitarie (Dupe et al., 2022).

Una carenza di personale infermieristico ha portato alla riassegnazione del personale amministrativo per assistere con le cure cliniche e alla riassegnazione di infermieri ambulatoriali o di sala operatoria per fornire cure ospedaliere nelle unità medi-

co-chirurgiche. A loro volta, gli infermieri medico-chirurgici sono stati riassegnati alle unità di terapia intensiva per integrare una quantità inadeguata di infermieri intensivisti addestrati. Pertanto, alcuni dirigenti ospedalieri hanno implementato l'assistenza infermieristica di squadra come strategia di personale (Beckett et al., 2021).

Il modello di cura dell'infermieristica di squadra è stato selezionato come principale durante la pandemia da Covid-19 e, proprio perché la comunicazione è fondamentale per la standardizzazione dell'assistenza, è stato provato con la revisione di Beckett del 2021 che la comunicazione sia migliore rispetto ad altri modelli di assistenza. Parte integrante dell'infermieristica di squadra e del suo funzionamento è una delega efficace per una comunicazione corretta



tra i membri della squadra e il completamento degli incarichi, divisione corretta delle responsabilità, individuazione della leadership e per una formazione adeguata. Un'era post-COVID-19 implica vigorosi sforzi per ridisegnare le condizioni e gli stili di vita, per trovare nuovi modelli di cura e per fornire una migliore gestione dell'isolamento sociale dei residenti imposto dalla distanza fisica; questo richiede leadership (Woods et al., 2022).

La leadership infermieristica è stata cruciale, assieme alla collaborazione multidisciplinare, per coinvolgere tutti i membri del team in modo tale da operare non solo dal punto di vista clinico, ma anche non farmacologico, andando incontro all'isolamento sociale che gli assistiti durante la pandemia da COVID-19 sono stati obbligati ad affrontare.

Sono stati identificati livelli più elevati di cooperazione e coesione durante la pandemia ed è stata sottolineata l'importanza di come la natura non gerarchica della squadra durante la SARS ha aumentato la collegialità e lo spirito di squadra (Peter et al., 2022).

Difatti, proprio a causa del numero limitato di risorse sanitarie fino ad arrivare alla velocità della trasmissione del virus, fornire l'assistenza adeguata è stato difficile in quanto purtroppo i reparti di emergenza e terapia intensiva sono stati travolti dal numero di pazienti critici.

Dalle evidenze analizzate, l'assistenza di squadra è attualmente un modello di cura corretto da utilizzare durante



un'emergenza come una pandemia in quando prevede la ricollocazione del personale e delle risorse laddove ci fosse una carenza sostanziale.

L'INTERPROFESSIONALITÀ NELL'APPROCCIO ALLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE

La nutrizione parenterale è una forma di supporto specializzata, utilizzata nella cura di insufficienza intestinale acuta e cronica sia per i pazienti adulti che pediatrici, con la formazione di team multidisciplinari incentrati sulla gestione del paziente affetto da tale patologia; dunque, la formazione interdisciplinare è essenziale per consentire un'assistenza sicura.

Nel campo della nutrizione artificiale evidenziata dalla revisione di Vlug del 2020 si evince la creazione delle squadre di supporto nutrizionale (NST) come squadre multidisciplinari incentrate sulla gestione dei pazienti che ricevono NE. L'assistenza multidisciplinare da parte di un NST porta a un

minor numero di complicazioni tra cui infezioni e disturbi elettrolitici, e a una migliore sopravvivenza per i pazienti che ricevono PN a breve e lungo termine (Vlug, et al, 2020). Una squadra di supporto nutrizionale (NST) migliora la qualità delle cure riducendo i costi e i trattamenti non necessari, permette di monitorare l'uso di nutrienti e l'esito del trattamento stesso.

Inoltre, topic interessante di questa revisione, è come all'interno delle NST si effettui una formazione considerata "incrociata interdisciplinare": attraverso questa tipologia di educazione la competenza può variare tra i ruoli.

Ad esempio, un farmacista clinico potrebbe svolgere dei ruoli di un dietista, mentre un infermiere può anche avere un ruolo ampliato che include i compiti del medico supervisore del NST (Vlug et al., 2020).

Questa tipologia di formazione permette al team di effettuare una pratica sicura anche in assenza di un qualsiasi membro della squadra.

LA COOPERAZIONE NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ANZIANO

Con il crescente numero di pazienti anziani, così come della multimorbilità, associati alle limitazioni cognitive, alla fragilità in ospedale e all'espansione delle cure a lungo termine, le sfide nelle impostazioni di cura geriatrica e gerontologica stanno aumentando (Kricheldorf et al., 2022).

Per assicurare corrette risposte professionali che rispondano ai bisogni dell'anziano, bisogna tener conto di un trattamento interdisciplinare focalizzato sulle varie sfaccettature che comporta la vita in età avanzata. Ciò vuol dire che si esce dalla tradizionale esclusività della prospettiva medica, abbracciando l'intera cura clinica-sociale di cui l'anziano ha

bisogno. D'altro canto, le istituzioni di assistenza a lungo termine per gli anziani (LTCIE) sono un'opzione in crescita per le famiglie che non sono in grado di mantenere l'assistenza domiciliare per i loro familiari in un processo di demenza (Siewert et al., 2020). Il processo di cura analizzato è quasi totalmente incentrato su una squadra infermieristica. Il supporto del team avviene in tre modi: affrontare lo stress sul posto di lavoro, assumere team specializzati per assistere nel processo di implementazione di nuovi modelli di cura e investire nella formazione alla leadership (Siewert et al., 2020). Il «team interprofessionale» in geriatria deve essere ampliato anche attraverso la prospettiva del lavoro sociale, della consulenza, e della gamma corrispondente di compiti, così

come in termini di competenze specifiche del lavoro (Kricheldorf et al., 2022).

Per quanto riguarda gli anziani, lo studio di De Bruin del 2022 condotto nei Paesi Bassi, mira a sottolineare la possibilità di implementazione di team autogestiti nell'assistenza degli anziani grazie all'assistenza domiciliare. Gli infermieri della comunità di assistenza domiciliare hanno un ruolo cruciale nella gestione della cura delle persone anziane con condizioni croniche (De Bruin et al., 2022). I team autogestiti vengono definiti come delle piccole squadre di infermieri e quindi dotati di forte autonomia e leadership. Lavorando in gruppo, tutti i ruoli di assistenza al paziente vengono svolti da tutti i membri del team: i ruoli principali comprendono (1) pianificare gli orari; (2) controllare i



registri infermieristici; (3) gestione finanziaria; (4) controllare il record della produttività delle squadre; (5) un mentore che mantiene una buona atmosfera di squadra e risolve conflitti minori; e (6) cooperare con i comuni per progetti interni ed esterni (De Bruin et al., 2022). Mentre all'interno delle case di cura il lavoro in team si basa su una relazione gerarchica, nell'assistenza domiciliare gli infermieri effettuano una suddivisione degli incarichi per raggiungere l'obiettivo prestabilito, basando il proprio lavoro sulla fiducia reciproca e sulla risoluzione di eventuali difficoltà attraverso lo sforzo di squadra

CONCLUSIONI

Alla luce delle evidenze esaminate durante la revisione narrativa, emerge che un'assistenza basata su un team interdisciplinare non solo migliora la salute e la qualità delle cure, ma contribuisce anche a rafforzare la collaborazione tra i professionisti sanitari

superando la tradizionale visione gerarchica ancora presente in molte strutture sanitarie.

Nel momento in cui si incoraggia un lavoro in team, è inoltre possibile aumentare il livello delle competenze pratiche e conoscenze teoriche di ogni professionista sanitario che faccia parte della squadra, sviluppando pensiero critico e promuovere capacità di problem solving. Un'assistenza basata sul lavoro di squadra, inoltre, incentiva l'educazione e la formazione professionale con la possibilità di coinvolgere anche gli studenti all'interno del periodo di formazione universitaria e durante i primi approcci alla pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Cadet, T., Cusimano, J., McKearney, S., Honaker, J., O'Neal, C., Taheri, R., Uhley, V., Zhang, Y., Dreker, M., and Cohn, J.S. (2023) Describing the evidence linking interprofessional education interventions to
2. Sezgin, D., O'Caomh, R., Liew, A., O'Donovan, MR, Illario, M., Salem, M.A., Kennelly, S., Carriazo, A.M., Lopez-Samaniego, L., Carda, C.A., Rodriguez-Acuña, R., Inzitari, M., Hammar, T., Hendry, A. (2020) The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review. *Eur Geriatr Med.* Disponibile qui: <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2283119>.
3. Albers, M., Gobbens, R.J.J., Reitsma, M., Timmermans, O.A.A.M.J., Nies, H.L.G.R. (2021) Learning and innovation network in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today.* Disponi-

improving the delivery of safe and effective patient care: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care.* Disponibile qui: <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2283119>.



- bile qui: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691721002458?via%3Dihub>
4. Silva, J.A.M., Mininel, V.A., Fernandes Agreli, H., Peduzzi, M., Harrison, R., Xyrichis, A. (2022) Collective leadership to improve professional practice, healthcare outcomes and staff well-being. *Cochrane Database Syst Rev*. Disponibile qui: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9549469/>
 5. Fowler, T., Garr, D., Mager, N.D.P., Stanley, J. (2020) Enhancing primary care and preventive services through Interprofessional practice and education. *Isr J Health Policy Res*. Disponibile qui: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092466/>
 6. Peter, E., Variath, C., Mohammed, S., Mitchell, M., Killackey, T., Maciver, J., & Chiasson, C. (2022). Nurses' Experiences of their Ethical Responsibilities during Coronavirus Outbreaks: A Scoping Review. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 54(3), 246–260. <https://doi.org/10.1177/08445621221080153>
 7. Dupe, B., Mitton, S., Hughes, L., Gross, E., Wong, C., Martina, K., Townsend, C., Savoie, J., Parzanese, M., & Prospero, L. D. (2022). Investing in our human capital: Sharing the experience of implementing a retention strategy at a large academic hospital from a leadership lens. *Journal of medical imaging and radiation sciences*, 53(4S), S100–S106. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2022.08.011>
 8. Vlug, L. E., Nagelkerke, S. C. J., Jonkers-Schuitema, C. F., Rings, E. H. H. M., & Tabbers, M. M. (2020). The Role of a Nutrition Support Team in the Management of Intestinal Failure Patients. *Nutrients*, 12(1), 172. <https://doi.org/10.3390/nu12010172>
 9. Kricheldorf, C., Heimbach, B., Himmelsbach, I., & Schumann, H. (2022). Interprofessionelle Teambildung – ein hochschulübergreifendes Qualifizierungsprogramm [Interprofessional team building-An interuniversity qualification program]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(3), 197–203. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02021-x>
 10. De Bruin, J., Doodkorte, R., Sinervo, T., & Clemens, T. (2022). The implementation and outcomes of self-managing teams in elderly care: A scoping review. *Journal of nursing management*, 30(8), 4549–4559. <https://doi.org/10.1111/jonm.13836>
 11. Siewert, J.S., Alvarez, A.M., Santos, S.M.A.D., Brito, F.A., Hammerschmidt, K.S.A. (2020) Institutionalized elderly people with dementia: an integrative review on nursing care. *Rev Bras Enferm*. Disponibile qui: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6PCTSQ4X-yGbTgLqdr65WMP-n/?lang=en>
 12. Waterfield, D., & Barnason, S. (2022). The integration of care ethics and nursing workload: A qualitative systematic review. *Journal of nursing management*, 30(7), 2194–2206. <https://doi.org/10.1111/jonm.13723>
 13. Mhlongo, E. M., Lutge, E., & Adepeju, L. (2020). The roles, responsibilities and perceptions of community health workers and ward-based primary health care outreach teams: a scoping review. *Global health action*, 13(1), 1806526. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1806526>
 14. Beckett, C. D., Zadvinskis, I. M., Dean, J., Iseler, J., Powell, J. M., & Buck-Maxwell, B. (2021). An Integrative Review of Team Nursing and Delegation: Implications for Nurse Staffing during COVID-19. *Worldviews on evidence-based nursing*, 18(4), 251–260. <https://doi.org/10.1111/wvn.12523>
 15. Woods, D. L., Navarro, A. E., LaBorde, P., Dawson, M., & Shipway, S. (2022). Social Isolation and Nursing Leadership in Long-Term Care: Moving Forward After COVID-19. *The Nursing clinics of North America*, 57(2), 273–286. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.02.009>

CALVARESÌ AURORA

Infermiera - CdL Infermieristica UNIVPM
aurora.calvaresi29@gmail.com

MARCELLI STEFANO

Direttore ADP - CdL Infermieristica AST Ascoli Piceno
s.marcelli@staff.univpm.it

Corresponding Author

GATTI CHIARA

Incarico di Funzione Organizzativa SOD Cardiocirurgia
e Cardiologia Pediatrica e Congenita
UTIP AOU delle Marche
chiara.gatti2019@gmail.com

PNRR E MISSIONE 6

Strategie di potenziamento del sistema sanitario attraverso l'interprofessionalità

ABSTRACT

L'interprofessionalità è cruciale, in un sistema sanitario sempre più complesso, per garantire qualità, sicurezza ed efficacia nell'assistenza sanitaria. Una comunicazione adeguata e una corretta percezione delle diverse istanze tra i gruppi professionali sono fondamentali per evitare lacune e complicazioni nell'assistenza.

La formazione interprofessionale, in cui studenti di diverse discipline imparano insieme a collaborare efficacemente, prepara gli operatori sanitari a lavorare in team professionali. I presupposti per una comunicazione produttiva includono la condivisione della filosofia di cura, l'omogeneità del linguaggio e la capacità di integrare diverse competenze. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dell'Italia mira a rafforzare il sistema sanitario attraverso la Missione 6, focalizzata sulla prevenzione, l'assistenza territoriale e l'innovazione tecnologica.

Questo piano sottolinea l'importanza della

formazione professionale e digitale del personale sanitario. L'approccio multiprofessionale e multidisciplinare è promosso per un servizio sanitario moderno e integrato.

La collaborazione interprofessionale, sebbene richieda un carico organizzativo supplementare, migliora la qualità dell'assistenza.

Tuttavia, la sua implementazione è ostacolata da mancanza di tempo, formazione insufficiente, responsabilità poco chiare e scarsa comunicazione. Investire nelle competenze interprofessionali degli operatori sanitari può ottimizzare l'efficienza dei costi attraverso una migliore qualità dell'assistenza.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta un'opportunità per sviluppare nuovi modelli assistenziali coerenti con i mutamenti dei bisogni della popolazione, rendendo il sistema sanitario più sostenibile.

LE CHIAVE

Interprofessionalità, sanità, formazione, collaborazione, PNRR.

ABSTRACT

Interprofessionalism is crucial in an increasingly complex healthcare system to ensure quality, safety and effectiveness in healthcare.

Adequate communication and a correct perception of the different instances between professional groups are crucial to avoid gaps and complications in care. Interprofessional education, in which students from different disciplines learn together how to collaborate effectively, prepares healthcare professionals to work in professional teams.

The prerequisites for productive communication include a shared philosophy of care, uniformity of language and the ability to integrate different competencies.

Italian National Recovery and Resilience Plan aims to strengthen the healthcare system through Mission 6, which focuses on prevention, territorial care and technological innovation. This plan emphasises the impor-

tance of professional and digital training of health personnel. The multiprofessional and multidisciplinary approach is promoted for a modern, integrated health service. Interprofessional collaboration, although requiring an additional organizational burden, improves the quality of care.

However, its implementation is hampered by lack of time, insufficient training, unclear responsibilities and poor communication. Investing in the interprofessional competencies of health workers can optimise cost efficiency through better quality of care.

The National Recovery and Resilience Plan represents an opportunity to develop new care models consistent with the changing needs of the population, making the health care system more sustainable.

KEY WORDS

interprofessionalism, health, formation, collaboration, PNRR.

INTRODUZIONE

In un sistema sanitario che si fa sempre più complesso, la collaborazione tra diversi gruppi professionali è un fattore di successo decisivo. Un buon livello di coordinamento nei trattamenti, una comunicazione adeguata tra i gruppi professionali e una percezione corretta delle altre istanze coinvolte contribuiscono a evitare lacune ed eccessi nell'assistenza, spese inutili e possibili complicazioni severe. Per queste ragioni, l'interprofessionalità è un presupposto fondamentale per la qualità, la sicurezza e il buon esito complessivo dell'assistenza sanitaria (ASSM, 2020). Gli operatori sanitari che hanno ricevuto una formazione specifica sull'interprofessionalità durante il percorso di studi sono pronti per affrontare in modo efficace una collaborazione nei team professionali nel mondo lavorativo. La formazione interprofessionale consente agli studenti di due o più professioni l'apprendimento su di un argomento specifico, dando luogo ad un'efficace collaborazione volta a migliorare nell'ambito della cura. Una volta che gli studenti

comprendono come lavorare in modo interprofessionale, sono pronti per entrare nel mondo del lavoro come membri di un team (WHO, 2010). I presupposti per una comunicazione di gruppo produttiva e trasparente sono rappresentati dalla condivisione della filosofia di cura e del processo decisionale, come pure dalla omogeneità di linguaggio e dalla capacità di fondere le diverse esperienze e competenze (Simoncelli M. & Casini C., 2022). L'utilizzo del concetto di interdisciplinarietà, che originariamente riguarda lo sviluppo di conoscenze integrate in rispo-



sta a conoscenze disciplinari frammentate, ha causato una certa confusione. Si tratta di un concetto che riguarda specificamente lo sviluppo di una pratica coesa tra diversi professionisti della stessa organizzazione o di organizzazioni diverse e i fattori che la influenzano.

L'interprofessionalità riguarda i processi e i fattori determinanti che influenzano le iniziative di formazione multidisciplinare, l'uso comune di coefficienti e processi inerenti alla collaborazione tra professionisti di diverse specialità. Questo metodo implica anche l'analisi dei collegamenti tra queste due sfere di attività. Un tentativo di colmare il divario tra formazione e pratica interprofessionali è atteso da tempo; i due campi di indagine necessitano di una base comune per l'analisi (D'Amour D. & Oandasan I., 2005).

Piano nazionale di ripresa e resilienza: missione 6 "salute"

La pandemia, e la conseguente crisi economica, hanno spinto l'Unione Europea (EU) a formulare una risposta coordinata a livello sia congiunturale, con la sospensione del Patto di Stabilità e con ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri, sia strutturale, in particolare con il lancio a luglio 2020 del programma Next Generation EU (NGEU) (PNRR, 2021-2026). Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) "Italia Domani"** ap-

provato dalla Commissione europea il 22 aprile 2021, si inserisce all'interno del programma NGEU. Il Piano si sviluppa in sei Missioni (Governo Italiano, 2021).

Il Ministero della Salute, titolare degli interventi Missione 6, suddivisi, come è ormai noto, nelle due componenti: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario, ha proprio previsto un rafforzamento delle professioni sanitarie (Borghi G. & Luzzi L., 2024).

Missione 6: Salute

È focalizzata su due obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali, e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Potenzia il Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina.

Sostiene le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, oltre a promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario (PNRR, 2021-2026). È di tutta evidenza come in questo contesto emerga la criticità attinente alla **formazione professionale e digitale del personale sanitario**. Va tenuto presente che per promuovere la sanità digitale in Italia è fondamentale formare



adeguatamente il personale attivo; infatti non bastano le infrastrutture tecnologiche, la standardizzazione, l'interoperabilità degli applicativi per assicurare la condivisione dei dati sanitari: sono sempre le persone, la loro qualità e competenza e la loro capacità di relazione che fanno veramente la differenza in termini di risultati effettivi. In questo contesto complesso il PNRR ha posto attenzione e risorse attraverso l'investimento sullo sviluppo delle **competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali** del personale del sistema sanitario. Per il DM 77/2022, **multiprofessionale e multidisciplinare sembrano essere parole d'ordine per un nuovo Servizio Sanitario di cui si delineano le strutture territoriali** (Borghini G. & Luzzi L., 2024).

Interprofessionalità nella sanità

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- ▶ attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento.
- ▶ attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza, attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità. (D.M.77/2022)

Attualmente il sistema sanitario e le organizzazioni di cui è composto sono strutturati secondo criteri professionali, vale a dire che ogni operatore sanitario pensa e agisce secondo la sua specialità. In un'assistenza sanitaria di taglio moderno i pazienti e i loro familiari sono coinvolti come istanze attive nelle fasi di pianificazione e di attuazione, sempre che lo desiderino e siano in condizioni di svolgere questo ruolo. La collaborazione interprofessionale comporta un carico supplementare per tutti gli specialisti coinvolti, ma tale onere trova giustificazione nel momento in cui serve a migliorare la qualità dell'assistenza.

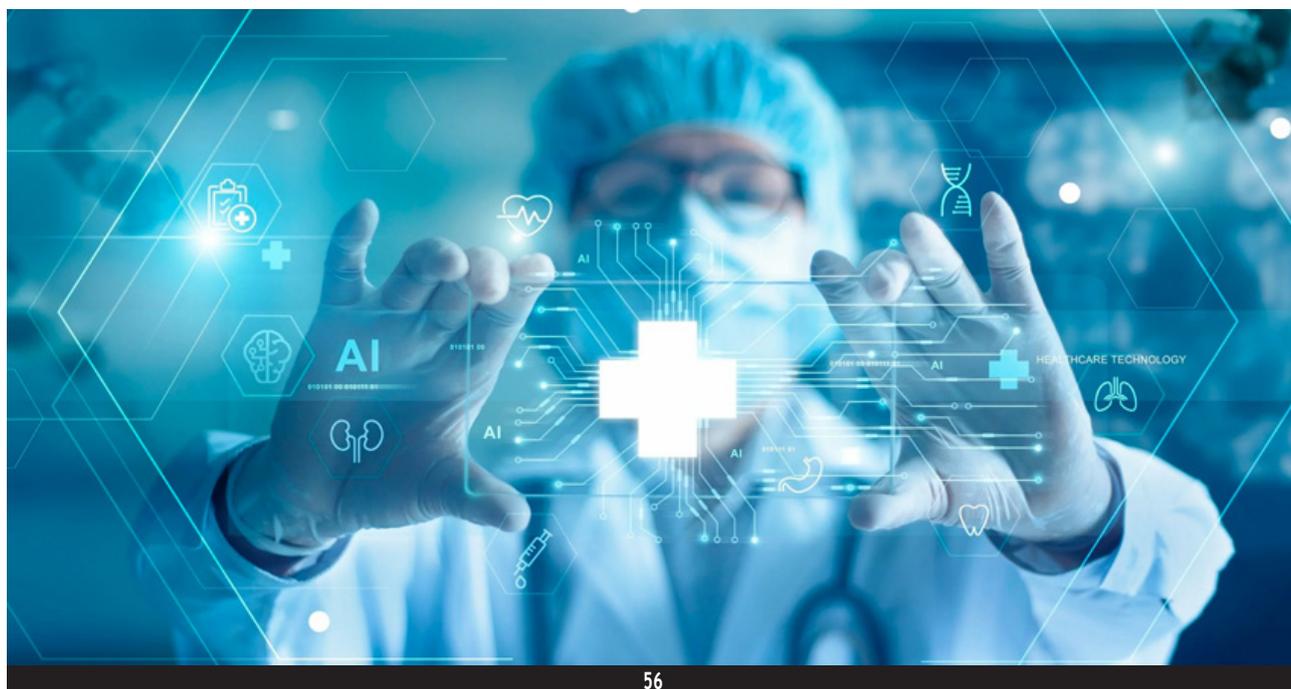
Allo stesso tempo anche l'assunzione di responsabilità da parte di diversi operatori comporta un onere organizzativo supplementare e richiede chiare descrizioni dei ruoli che definiscano il rispettivo ambito di competenza (ASSM, 2020). I professionisti sono stati tradizionalmente formati per operare in modo indipendente e autonomo all'interno di gruppi professionali, e hanno anche adottato i valori, le norme e gli schemi dei membri della loro particolare professione come parte di un processo di socializzazione professionale (Baxter S.K. & Brumfitt S.M., 2008). La complessità dell'assistenza sanitaria è generalmente in aumento a causa della vasta gamma di terapie e cure disponibili per tutti i gruppi di popolazione e soprattutto a causa della più frequente insorgenza della multimorbilità e del suo complesso trattamento nella popolazione anziana. Questa tendenza è destinata ad aumentare nei prossimi decenni.

È noto che maggiori competenze interprofessionali degli operatori sanitari influenzino positivamente l'ottimismo dei pazienti e la soddisfazione lavorativa dei membri del team; tuttavia, è discutibile se i costi sanitari siano ridotti solo dalla cura interprofessionale. È più probabile che l'efficienza in termini di costi possa essere ottimizzata attraverso una migliore qualità dell'assistenza tramite l'uso ideale di varie competenze specialistiche e il conseguente minor tasso di complicanze e di degenze ospedaliere più brevi. Sebbene i vantaggi della collaborazione interprofessionale siano stati riconosciuti, questa non è ancora sufficientemente implementata nella pratica. Gli ostacoli citati più frequentemente per una cooperazione di successo sono la mancanza di tempo, la carenza di formazione, aree di responsabilità poco chiare, timori riguardanti l'identità professionale e scarsa comunicazione (Huber C., 2022). L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'equipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere); maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione, per dare così risposte più adeguate all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (DM 77/2022).

Occorre lavorare per cogliere l'opportunità offerta dalle risorse del PNRR per investire in nuovi modelli assistenziali che siano coerenti con i mutamenti dei bisogni e che rendano il sistema sanitario maggiormente sostenibile. Il grande progetto di potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR, metterà a disposizione del SSN settings assistenziali più prossimi ai luoghi di vita e di lavoro dei pazienti (Mattia A., Gianni A., et al., 2022).

BIBLIOGRAFIA

- I. Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), (2020) Carta 2.0 Collaborazione interprofessionale nel settore sanitario
- II. Baxter, S.K. and Brumfitt, S.M. (2008) Professional differences in interprofessional working, «Journal of Interprofessional Care», 22 (3), pp. 239-251.
- III. Borghi, G. and Luzzi, L. (2024), Rafforzare le professioni sanitarie: l'impatto del PNRR e del DM 77/2022. [<https://www.agendadigitale.eu/sanita/rafforzare-le-professioni-sanitarie-limpatto-del-pnrr-e-del-dm-77-2022/> (ultimo accesso 07/08/2024)]
- IV. D.M. 77/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.
- V. D'Amour, D. and Oandasan I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 8–20.
- VI. Governo Italiano – Presidenza del Consiglio dei Ministri, (2021) [<https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-gli-obiettivi-e-la-struttura/16702> (ultimo accesso 06/08/2024)]
- VII. Huber C. (2022). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung [Interprofessional Collaboration in Health Care]. *Praxis*, 110(1), 3–4.
- VIII. Mattia, A., Gianni A., et al. (2022), *Oncologia di prossimità: raccomandazioni e modelli organizzativi per una integrazione ottimale tra ospedale e territorio*.
- IX. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) “Italia Domani”, 2021-2026.
- X. Simoncelli, M. and Casini, C., (2022). Le professioni sanitarie in riabilitazione e la loro organizzazione in team [<https://www.luoghicura.it/operatori/professionisti/2022/04/le-professioni-sanitarie-in-riabilitazione-e-la-loro-organizzazione-in-team/> (ultimo accesso 31/07/2024)]
- XI. World Health Organization (WHO), (2010), *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*.



CESARINA PRANDI PhD
Professore, Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

ELISA SBERNA MSN
Servizio di Assistenza e cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (ACD)

ALESSANDRA CARLA MARIA VIGANÒ MSN
Associazione Locarnese e Valmaggese di assistenza e cura a domicilio (ALVAD)

GIOVANNI PRESTA APN
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana - Ente Ospedaliero Cantonale (IOSI - EOC)

DAVIDE SARI MSN
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana - Ente Ospedaliero Cantonale (IOSI - EOC)

SARA LEVATI PhD
Docente ricercatrice, Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

MONICA BIANCHI PhD
Professore, Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Autore corrispondente:
CESARINA PRANDI
cesarina.prandi@supsi.ch

MAPPING

Un nuovo modo di leggere la comunità - Esperienza didattica al Master of Science in Svizzera

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Ad oggi, c'è una crescente consapevolezza dell'influenza delle condizioni sociali sull'ambiente, sulla salute e sul benessere delle persone. Un'analisi efficace di questi fattori può risolvere problemi noti e trascurati, gestendo aspettative comunitarie. I professionisti della salute devono affrontare la sfida della "Community care", intesa come una rete di relazioni sociali. Approcci come il modello ecologico-sociale e il Community-Based Participatory Research evidenziano l'importanza della comunità. La valutazione degli asset comunitari promuove un approccio integrato. Nuovi ruoli, come l'infermiere di famiglia e l'Advanced Practice Nurse, sono cruciali per una presa in carico continuativa e comunitaria.

METODO

Sono state scelte due metodiche per indagare delle comunità sociosanitarie eteroge-

nee. L'Asset Based Community Development, (ABCD) nelle sue tre prime fasi e l'audizione.

RISULTATI

Questa esperienza empirica è basata sull'indagine in 10 comunità del territorio del Canton Ticino che ha permesso di sperimentare due metodiche innovative nell'ambito della pratica infermieristica. Sono state identificate le risorse disponibili sul territorio, in forma di mappa, arricchendo le conoscenze sulla comunità sia dei professionisti che dei soggetti coinvolti, in una logica di aumentare l'empowerment dei soggetti coinvolti.

CONCLUSIONI

L'esperienza di ricerca empirica ha permesso di confermare l'utilità e l'applicabilità sia del modello ABCD sia degli strumenti utilizzati nelle realtà comunitarie locali.

PAROLE CHIAVE

Reti di comunità, Mapping, audizione, Cure primarie, Advanced practice nurse, education.

ABSTRACT

INTRODUCTION

To date, there is growing awareness of the influence of social conditions on the environment, healthy and people's well-being. Effective analysis of these factors can resolve known and overlooked problems while managing community expectations. Health professionals must face the challenge of "Community care", understood as a network of social relationships. Approaches such as the social-ecological model and Community-Based Participatory Research highlight the importance of community. The evaluation of community assets promotes an integrated approach. New roles, such as family nurse and advanced practice nurse, are crucial for continuous and community-based care.

METHOD

Two methods have been chosen to investigate heterogeneous social and health communities. Asset Based Community Develop-

ment, (ABCD) in its first two phases and the hearing.

RESULTS

This empirical experience investigated 10 communities in the Canton of Ticino which allowed us to experiment with two innovative methods in the field of nursing practice. The resources available in the area were identified, in the form of a map, enriching the knowledge of the community of both the professionals and the subjects involved, with a view to increasing the empowerment of the subjects involved.

CONCLUSION

Empirical research experience has confirmed the usefulness and applicability of both the ABCD model and the tools used in local community realities.

KEY WORDS

Community networks, mapping, audit, primary care, Advanced practice nurse, education.

INTRODUZIONE

Ad oggi si osserva una crescente consapevolezza che le condizioni sociali, che includono molteplici fattori caratterizzanti l'ambiente in cui le persone vivono, esercitano una forte influenza sulla loro salute (Cofiñoa, et al., 2019). Un'analisi efficace di questi fattori da parte dei diversi membri della società rappresenta un modo innovativo per risolvere problemi già noti o ancora non conosciuti, richiamare l'attenzione su questioni finora trascurate, se necessario gestire con modalità alternative le aspettative in un determinato contesto (Kimberlee, 2015).

I professionisti della salute che si occupano degli individui, delle famiglie e delle comunità, sono chiamati ad affrontare la sfida della *Community care*, passando da un'idea di comunità unicamente come luogo fisico, ad un'immagine più profonda intesa come "una rete di relazioni sociali significative" (Ridolfi, 2013). Ne consegue che un approccio volto al coinvolgimento della

comunità nelle pratiche sanitarie debba essere guidato da strategie e modelli in cui la mappatura dei bisogni rappresenta un elemento fondamentale per comprendere il contesto di riferimento (Singh & Chokshi 2013). I processi di mappatura del territorio rappresentano una rilevante opportunità per attivare progetti nella comunità, attraverso: l'analisi dei bisogni, l'individuazione delle priorità d'intervento, la realizzazione di iniziative di prevenzione e promozione della salute e del benessere, la valorizzazione delle risorse e delle competenze degli individui/comunità.

Diversi sono i *framework* che riconoscono il ruolo principe della comunità, tra loro: il modello ecologico-sociale (*Social Ecological Model of Health*), che riconosce al contesto un ruolo preciso nello sviluppo dei problemi di salute (*National Institutes of Health*, 2011); il *Community-Based Participatory Research* (CBPR), il cui obiettivo è di ottenere un cambiamento sociale per migliorare i risultati sanitari ed eliminare le disparità (NHI, 2011); il modello salutogenico di

Antonovsky (1996) che promuove una visione positiva della salute attraverso la determinazione delle risorse definite *Generalised Resistance Resources* o *Asset* e tra esse, la determinazione del “senso di coerenza” (Morgan & Ziglio, 2007; Morgan & Hernàn, 2013). Questo modello, a differenza di quanto avvenuto in precedenza, quando la promozione della salute nella popolazione si basava su modelli che definivano gli individui in termini negativi ponendo l’accento su aspetti problematici o mancanti quali i “*deficit models*”, usando quindi un approccio orientato agli *asset* che accentua la capacità di attivare un *coping positivo* ricercando soluzioni in modalità spesso creativa (Morgan & Ziglio, 2007).

L’integrazione dell’approccio per *asset* con quello per *deficit* ha permesso di promuovere il ruolo della collettività come co-produttore di salute piuttosto che utilizzatrice dei servizi sanitari, riducendo lo stress in un sistema a risorsa limitata (Morgan & Ziglio, 2007). Già in precedenza, partendo dal modello salutogenico, era stato elaborato un ulteriore approfondimento del termine risorsa inserendo i concetti di *asset* e *attivo* (Kretzmann & McKnight, 1993), che ha permesso di identificare l’asset come una risorsa comunitaria, un servizio o un bene che può essere presente nel contesto ma non necessariamente riconosciuto e utilizzato dai membri della

comunità e, con il termine “attivo”, è stata definita qualsiasi risorsa che di fatto viene impiegata per migliorare la salute, il benessere, la qualità di vita del gruppo, e può essere riconosciuta solo dai membri stessi (Morgan & Ziglio, 2007). La valutazione degli *asset*, promuovendo un approccio multi metodo (Sharpe, et al., 2000), è utile per raccogliere informazioni sui bisogni e individuare le caratteristiche delle comunità che investono tutte le dimensioni dell’essere umano: fisica, psichica, sociale, spirituale. Si rende perciò necessaria l’attivazione di nuovi ruoli professionali che superino la logica prestazionale e che garantiscano una “presa in carico” più ampia e continuativa a livello comunitario (Lavalle, 2019). Tra i nuovi ruoli, nel contesto di “cure di comunità” si inserisce il profilo dell’infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) (Aimaretti, et al., 2019) che, nel suo ruolo di pertinenza, è parte integrante della comunità, ne conosce i bisogni, le risorse e le potenzialità sommerse, e garantisce una presenza continua e costante nel proprio territorio di riferimento. Egli non è solo un erogatore di cura, ma è anche un attivatore di “potenziali di cura”, presenti in modo latente nella comunità e che se attivati, determinano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici integrati nella presa in carico (Obbia, 2018).

Altro ruolo è quello dell’Advanced Practice Nur-



se (APN) che con le proprie competenze si sta posizionando nei settori delle cure integrate, delle cure primarie e in quelle rivolte a malati e famigliari in condizioni di cronicità. L'esperienza che si intende documentare rappresenta una concreta forma di espansione del ruolo infermieristico dell'APN, favorendone l'uscita sul territorio, per la prima volta in contesti esterni dall'ambito dei setting istituzionali, e spostando il focus del suo agire a livello territoriale con la duplice componente formale e informale (Canadian Nurses Association, 2019).

Il modello APN proposto da Hamric e Hanson's (Tracy & O'Grady, 2014) è stato il framework preso come riferimento per le competenze da acquisire, coerentemente con l'esperienza. In Svizzera, questa figura si è evoluta e diffusa negli ultimi dieci anni ma, ad oggi, gli APN che lavorano nell'assistenza primaria sono numericamente ridotti (Maier, Aiken, & Busse, 2017). Con questo articolo si vuole dare evidenza all'esperienza didattica relativa all'applicazione della metodologia di Mapping di comunità e Audizione in ambito comunitario, inserita nel percorso formativo di Master of Science in Cure Infermieristiche, per formare i futuri APN alla lettura delle comunità in cui saranno inseriti.

■ OBIETTIVO

L'obiettivo è documentare l'esperienza relativa all'utilizzo della metodologia di Mapping di comunità e l'Audizione da parte di un gruppo di infermieri coinvolti nel percorso formativo di Master of Science in Cure Infermieristiche in Canton Ticino (CH).

■ METODO

L'esperienza di ricerca è stata condotta da un gruppo di infermieri con esperienza di almeno 3 anni, che lavorano con ruoli gestionali e clinici in differenti organizzazioni sanitarie in Canton Ticino durante lo svolgimento del secondo anno di Master of Science in cure infermieristiche. I 23 studenti che hanno partecipato allo studio hanno assunto il ruolo di Raccoglitori di dati di comunità (RDC) 19, e di ricercatori (Ric) 4. Il modello

di analisi comunitaria, utilizzato per condurre questa esperienza è il modello dell'Asset Based Community Development (ABCD) (Kretzmann & McKnight, 1993). Questo modello, risulta innovativo in quanto centrato sull'ascolto e la ricerca nell'ambito comunitario ed è caratterizzato da sei fasi distinte:

1. Preparazione e contestualizzazione dell'indagine: consiste nella definizione di scopo ed obiettivi del lavoro, nello specifico la conoscenza dei bisogni della comunità presa in analisi e nel reperimento di informazioni sulla comunità stessa attraverso differenti fonti e canali comunicativi.-

2. Raccolta di informazioni e identificazione delle risorse presenti nella comunità: costituisce la fase operativa sul territorio con l'utilizzo di strumenti di indagine quali l'asset mapping e audizioni.

3. Analisi, interpretazione e presentazione delle informazioni raccolte: permette di delineare i componenti della rete, le principali problematiche riscontrate nella comunità e le possibili soluzioni attuabili.

4. Messa in comune delle risorse: consiste nello sviluppo delle comunità incoraggiando la costruzione di nuove relazioni e il rafforzamento di quelle esistenti.

5. Connessioni e dinamizzazione delle attività: permette di mettere in correlazione i problemi e le ricchezze della comunità, ipotizzando delle soluzioni ai problemi riscontrati.

6. Valutazione: corrisponde al riesame dell'intero processo e delle azioni generate nella dinamizzazione delle attività, oltre all'aggiornamento continuo delle risorse del territorio.

Nell'esperienza pratica condotta dagli studenti sono state applicate la 1, 2 e 3:

Fase 1: Preparazione e contestualizzazione

Durante le attività didattiche organizzate nel corso del Master of Science, gli infermieri (RDC) hanno discusso tra di loro le possibili comunità da indagare creandosi spontaneamente dei gruppi in base agli interessi personali. In questa fase sono state ricercate informazioni sulla comunità stessa attraverso diversi canali, quali

opuscoli informativi, siti web e contatti con conoscenti. Successivamente attraverso il canale/contatto ritenuto significativo per richiedere l'autorizzazione ad eseguire il mapping e le audizioni, hanno organizzato un incontro per spiegare lo scopo, la metodologia e per condividere gli obiettivi. In questa fase i RDC hanno adattato al contesto gli strumenti: tabelle, griglie di raccolta dati, schede e domande per le audizioni.



Tabella 1 – Mapping Health Asset modificata da Botello et al. (2013)

ASSET	CHI	COSA HANNO	RIFLESSIONE
PERSONA	Individui	Potere	Cosa c'è di buono nel posto in cui vivono?
	Famiglie	Passioni, interessi	Cosa possono fare per migliorare la vita nella loro comunità?
	Gruppi	Tratti, profili	
	Vicini	Abilità, capacità	
	Comunità	Esperienza Conoscenze, talenti Tempo Cura	
ASSOCIAZIONI	Gruppi religiosi	Visione	Quali sono le reti informali / formali della sua comunità?
	Gruppi sportivi	Reti	
	Volontariato	Conoscenza	
	Associazioni giovanili	condivisa	
	Aggregazione di vicini	Influenza	
	Gruppi di auto-mutuo-aiuto	Talento	
	Associazioni di pazienti		
	Gruppi ambientalisti		
SPAZI / INFRASTRUTTURE	Rete di assistenza informale		Quali spazi verdi, terreni senza uso, palazzi, strade, mercati o trasporti ci sono nella comunità?
	Parco	Costruzioni	
	Giardini	Spazi condivisi	
	Biblioteca		
	Scuole		
	Nido		
	ASL		
	Ospedali		
ECONOMIA	Comune		Qual è la situazione economica locale? Come le associazioni locali contribuiscono all'economia locale?
	Trasporti		
	Negozi, aziende	Soldi	
	Commercianti, banche	Influenza	
CULTURA	Fondazioni	Palazzi	Che talento hanno le persone per la musica, l'arte e la creatività, ecc
	Cooperative		
	Teatro, cinema	Visione	
	Musica	Reti	
	Arte	Conoscenza	
	Biblioteca	condivisa	
	Stile di vita	Influenza	
ISTITUZIONI / SERVIZI	Iniziative Locali	Talento, esperienze Spazi condivisi	Quali risorse hanno le organizzazioni indipendentemente dal fatto che siano usate o meno?
	Servizi del comune	Soldi	
	Università	Palazzi e risorse	
	Leader	Servizi reali o potenziali	
	Rappresentanti dei quartieri		
	Sicurezza e vigili del fuoco	Influenza sugli altri	
	Assistenti sociali	Tempo	
	Medici di famiglia	Potere	
	Infermieri	Conoscenza	
	Centri sanitari	Guida	
	Mezzi di comunicazione	Abilità e buona volontà per il cambiamento	

Fase 2: Raccolta di informazioni ed identificazione delle risorse

I RDC già durante il primo contatto con le comunità hanno potuto reperire fonti e dati utili per la mappatura eseguita in seguito. Attraverso l'uso degli strumenti precedentemente predisposti i RDC hanno raccolto i dati necessari per la mappatura delle comunità. Come anticipato nella fase precedente, gli strumenti sono stati adattati per tenere conto delle peculiarità delle specifiche comunità.

Fase 3

L'esperienza degli infermieri coinvolti in quanto studenti del Master of Science, prevedeva la conduzione della terza fase del modello ABCD (Kretzmann & McKnight, 1993) di analisi, interpretazione e presentazione delle informazioni raccolte per una limitazione del tempo a disposizione.

STRUMENTI

Ogni comunità indagata è stata studiata seguendo le fasi dell'ABCD e gli elementi emersi sono stati raccolti e rappresentati utilizzando due strumenti: il *Mapping Health Asset* (Botello, et al. (2013) che classifica gli asset in 5 gruppi: individui, associazioni, istituzioni, luoghi e connessioni (Tabella 1); l'*Audizione* (Marchioni, 1992) che è uno strumento di indagine partecipativa basato sulla raccolta di informazioni qualitative dei membri della comunità, scelti sulla base di espressività e rappresentanza della stessa (testimonianza privilegiata) oppure in modo casuale (testimonianze di strada).

L'obiettivo dell'intervista/colloquio era di coinvolgere l'intervistato con domande semi strutturate per favorire l'individuazione delle risorse e dei problemi di un determinato contesto e l'identificazione delle possibili soluzioni, proposte da parte dello stesso membro della comunità. Le opinioni espresse dal testimone sono state valorizzate e tenute in considerazione per l'elaborazione di soluzioni condivise per rispondere ai bisogni e alle richieste di una comunità (Marchioni, 1992). Nel Box 1 sono indicate le componenti del colloquio di audizione. Gli infermieri

(Raccoglitori Dati di Comunità – RDC), prima di utilizzare gli strumenti sopradescritti, hanno partecipato ad un corso di formazione di 16 ore condotto da esperti in materia e hanno svolto una simulazione, in ambiente protetto e supervisionato, familiarizzando con gli strumenti d'indagine.

BOX 1 - Componenti del Colloquio di Audizione (Marchioni, 1992)

Le audizioni sono composte da cinque parti e durano in media un'ora.

Sono costituite dai seguenti passaggi:

La presentazione del soggetto che conduce e la spiegazione degli scopi dell'audizione: in particolare l'uso fatto dei risultati, la restituzione delle informazioni e l'anonimato dei diversi contributi. In ogni caso deve esserci già stata una lettera firmata da persone responsabili e conosciute o altro mezzo (fogli informativi, brochure...) con le stesse informazioni.

La parte in cui la persona coinvolta nell'audizione fornisce i suoi contributi, in cui fa la propria diagnosi della situazione.

La parte in cui vengono approfonditi aspetti legati a quanto espresso dal soggetto nella parte precedente, per comprendere appieno il suo punto di vista.

La parte in cui si chiede al soggetto se ha qualche proposta o suggerimento, sempre riguardo agli argomenti precedenti.

Infine, per continuare a mantenere il rapporto con la persona intervistata, viene verificato l'interesse della persona a partecipare alle azioni che deriveranno dalla ricerca e dai suoi risultati.

Box 1 – Esempi di domande poste

- *Come nasce la comunità "XY"?*
- *Cosa c'è di buono all'interno della comunità?*
- *Quali sono le reti informali / formali della sua comunità?*
- *Quali strategie intraprende la comunità per mantenere le competenze?*
- *Quali sono le reti presenti nella comunità e come vengono vissuti i contatti e le comunicazioni al suo interno?*

RDC per poter garantire il rigore nella raccolta dati, nel corso della formazione, hanno condiviso e interiorizzato i seguenti concetti:

- Una comunità è “un gruppo specifico di persone, che spesso vive in un’area geografica definita e che condivide la stessa cultura, gli stessi valori e le stesse norme, organizzato in una struttura sociale basata sui rapporti che la comunità ha sviluppato nel corso del tempo.
- I membri di una comunità acquisiscono la propria identità personale e sociale condividendo credenze, valori e norme comuni che la comunità ha sviluppato in passato e che potranno essere modificati in futuro. Essi manifestano una certa consapevolezza della loro identità di gruppo e condividono gli stessi bisogni e il medesimo impegno nel soddisfarli.” (Barbera & Tortone, 2012).
- Mappare una comunità significa osservare in modo globale e secondo una visione d’insieme il contesto, quali e quante sono le componenti sociali che lo contraddistinguono, le relazioni, la struttura e gli strumenti utilizzati, gli interessi o i problemi potenziali, le norme adottate, le competenze espresse o meno e le risorse o potenziali disponibili (Anaya Cintas, 2019). Successivamente alla formazione i RDC sono

Tabella 2 – Esempio di scheda trascrizione audizione

DATA/TIPOLOGIA	NOME/COGNOME	UFFICIO/ISTITUZIONE/LAVORO
ELEMENTI DISTINTIVI		
ETA'		
SESSO		
RUOLO		
TEMPO DI APPARTENENZA		
SCOLARITA'		
LIVELLO	PARTECIPATIVO	NELLA
COMUNITA'		
DOMANDA		TRACCIABILITA' DELLA TESTIMONIANZA

scesi in campo, hanno condotto singolarmente i colloqui e successivamente li hanno trascritti in una scheda annotando anche le note di campo (Tabella 2).

I Ricercatori, acquisiti tutti i materiali prodotti dai RDC hanno effettuato prima a coppie e poi in team l’analisi degli stessi utilizzando una griglia predisposta (Tabella 3).

Campione: la definizione del campione di convenienza ha considerato come criteri di inclusione comunità di interesse sociosanitario, di facile accesso, operanti sul territorio Ticinese, individuato dal RDC sulla base di una conoscenza diretta o segnalazione di esperti; non sono stati utilizzati criteri di esclusione.

Tabella 3 – Griglia di analisi

Griglia di analisi	
Tem	Dati
Benefici dell’applicazione del modello ABCD di Kretzmann e McKnight (1993)	Tutti i gruppi di infermieri hanno rilevato che l’applicazione del modello ha permesso di conoscere con maggiore dettaglio le comunità analizzate attraverso la condivisione e lo scambio di riflessioni. Inoltre è stato esplicitato che le comunità hanno partecipato attivamente all’esperienza e che queste si sono sentite valorizzate.
Le risorse diventano tangibili	Tutti i gruppi hanno prodotto delle griglie sulla base del <i>Mapping Health Asset</i> di Botello, et. al. (2013) permettendo di identificare le risorse disponibili all’interno delle comunità.
Trasferire il concetto di salutogenesi nella comunità	I gruppi d’infermieri hanno esplicitato che questa esperienza ha permesso di sperimentare un approccio di valorizzazione delle risorse disponibili alla comunità.
Ruolo infermieristico - APN	Gli infermieri hanno espresso delle riflessioni rispetto all’applicazione del ruolo di infermiere di pratica avanzata all’interno delle cure primarie.

RISULTATI

I 19 RDC hanno indagato le comunità organizzandosi liberamente sia in coppia sia in gruppo (fino a tre persone). Sono state mappate 10 comunità eterogenee presenti in Canton Ticino. (Tabella 4).

Le comunità indagate erano così rappresentate: 3 legate all’ambito sanitario; 5 legate all’ambito sociale; 1 all’ambito educativo e 1 a quello sportivo. I soggetti coinvolti nella comunità erano: giovani, persone di terza età, docenti, genitori, persone di sostegno ecclesiastiche. In 8 casi su 10 gli asset inda-

Tabella 4 – Ambito delle comunità

Ambito delle comunità	Gruppo 1 Famiglie	Gruppo 2 Comunità ecologista	Gruppo 3 Gruppo Giovani	Gruppo 4 Struttura sanitaria	Gruppo 5 Comunità genitori curanti	Gruppo 6 Struttura sanitaria	Gruppo 7 Gruppo sportivo	Gruppo 8 Gruppo Genitori	Gruppo 9 Gruppo anziani	Gruppo 10 Scuola Elementare
Sanitario				✓	✓	✓				
Sociale	✓	✓	✓					✓	✓	
Educativo										✓
Sportivo							✓			

gati all'interno delle comunità hanno riguardato le persone, le associazioni, gli spazi/infrastrutture, l'economia, la cultura, l'istruzione e i servizi. In due casi non sono stati approfonditi gli asset cultura ed economia (Tabella 5).

Gli strumenti scelti tra quelli disponibili e utilizzati per indagare i vari asset e per individuare le risorse della comunità sono stati: testimonianze privilegiate, colloqui di strada, osservazioni partecipanti, chat/forum comunitari, consultazione di siti web, forum e pagine di social network, documentazione cartacea e fotografica fornita dalle comunità. Per quanto riguarda le audizioni sono stati eseguite per 6 comunità interviste privilegiate e colloqui di strada, in 4 comunità una sola testimonianza privilegiata, mentre in 1 comunità esclusivamente il colloquio di strada. In totale sono stati condotti 11 colloqui privilegiati (in alcune comunità ne sono stati condotti 2), con una predominanza di intervistati uomini rispetto alle donne (6 vs 5), con un'età compresa

tra 32 e i 62 anni (tabella 6). Di queste persone intervistate solo in un caso il livello partecipativo alla comunità era esterno, negli altri casi erano tutti attivi. Sono stati inoltre condotti 7 colloqui di strada, con una predominanza di intervistati donne rispetto agli uomini (4 vs 3), con un'età compresa tra i 30 e i 50 anni. In questo gruppo il livello partecipativo alla comunità si suddivise tra 3 attivi, 3 sostenitori e 1 ospite. Nelle audizioni le domande poste hanno avuto la finalità di comprendere il livello di informazione e di conoscenza dell'interlocutore rispetto alla comunità, di capire le attività svolte dalla comunità e le risorse disponibili anche sulla base degli asset indagati. È stato richiesto all'interlocutore di far emergere il punto di vista personale sulle risorse disponibili e sui problemi che evidenziavano nella comunità indagata, come pure di individuare delle proposte risolutive e la loro disponibilità ad essere coinvolti nel potenziale progetto di miglioramento.

Tabella 5 – Tabella sintesi asset indagate nelle comunità

Asset	Gruppo 1 Famiglie diurne	Gruppo 2 Comunità ecologista	Gruppo 3 il Gruppo Giovani	Gruppo 4 Struttura sanitaria	Gruppo 5 Comunità genitori curanti	Gruppo 6 Struttura sanitaria	Gruppo 7 Gruppo sportivo	Gruppo 8 Gruppo Genitori	Gruppo 9 Gruppo anziani	Gruppo 10 Scuola Elementare
Persona	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Associazioni	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Spazi/infrastrutture	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Economia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Cultura	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Istruzione servizi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Le comunità sono state indagate da un punto di vista conoscitivo affrontando nella pratica le prime tre fasi del modello dell'*Asset Based Community Development* (ABCD) (Kretzmann & McKnight, 1993) ottenendo i seguenti risultati:

Fase 1: Preparazione e contestualizzazione

Gli infermieri RCD, dopo aver adattato gli strumenti a loro disposizione ai diversi contesti sono andati sul campo e ne hanno raccolto i dati relativi, e già durante il primo contatto con le comunità hanno potuto reperire fonti e dati utili per la mappatura eseguita in seguito.

Fase 2: Raccolta di informazioni ed identificazione delle risorse

Come anticipato nella fase precedente, gli strumenti sono stati adattati per tenere conto delle peculiarità delle specifiche comunità. Ad esempio nella tabella 4 si può vedere come, l'aver

adattato lo strumento al contesto, ha permesso loro l'approfondimento sull'asset persona sulla quale sono state inserite informazioni raccolte sul campo riguardanti la composizione del gruppo docenti, le loro caratteristiche generali e peculiari, gli elementi organizzativi nei quali loro sono coinvolti.

Sono state inoltre inserite le riflessioni scaturite durante le interviste privilegiate e di strada. Nell'ultima colonna viene riportato quali sono stati gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati, nello specifico in otto casi su dieci (tabella 5) gli asset indagati all'interno delle comunità hanno riguardato e persone, associazioni, spazi/infrastrutture, economia, cultura, istruzione e servizi. In due casi non sono stati approfonditi gli asset cultura ed economia.

Un esempio concreto di questo processo può essere fatto per l'asset "Persona" in merito alle relazioni che ognuno può coltivare nel corso dell'esperienza comunitaria, e che è emerso in modo preponderante in tutte le esperienze analizzate. I legami interpersonali delineati tra alcuni indi-

Tabella 6 - Audizioni

Audizioni	Gruppo 1: Famiglie diurne	Gruppo 2 Comunità ecologista	Gruppo 3 Gruppo Giovani	Gruppo 4 Struttura sanitaria	Gruppo 5 Comunità genitori curanti	Gruppo 6 Struttura sanitaria	Gruppo 7 Gruppo sportivo	Gruppo 8 Gruppo Genitori	Gruppo 9 Gruppo anziani	Gruppo 10 Scuola Elementare
Testimonianza privilegiata	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
Colloquio di strada	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓

Tabella 6 – Esempio di mapping: assett persona

ASSET (ambiti di indagine)	CHI	COSA HANNO	RIFLESSIONE (da personalizzare secondo la comunità/contesto)	STRUMENTI utilizzati
PERSONA	Gruppo docenti	<p>Il corpo docenti è composto da 25 professionisti.</p> <p>Sono presenti docenti di scuola elementare e di scuola dell'infanzia.</p> <p>Tutti i docenti hanno eseguito di base una formazione in svizzera tra queste: ex alta scuola pedagogica oppure SUPSI DFA oppure Paedagogische Hochschule Graubuende.</p> <p>All'interno del gruppo sono presenti specialità diverse come docenti di educazione fisica, arti plastiche, musicale e il servizio di sostegno pedagogico.</p> <p>I docenti sono gestiti dal direttore dell'istituto scolastico, collaborano direttamente con l'assistente di direzione, il custode, medico scolastico e associazione genitori.</p>	<p>Come è composto il vostro gruppo di docenti?</p> <p>Qual è il background formativo maggiormente presente tra i docenti?</p> <p>Quali sono i gruppi o le persone con cui voi docenti collaborate o avete dei contatti?</p>	<p>Intervista</p> <p>Fonte pagina web</p>

vidui appartenenti alle comunità, hanno assunto un significato profondo, creando canali fiduciosi coltivati e valorizzati dai membri stessi, che hanno permesso di determinare gli attivi effettivi tra le persone presenti in ogni comunità di riferimento (Tabella 6). A titolo esemplificativo anche l'analisi condotta per l'asset Istituzioni e servizi ha permesso di indagare concretamente la rete dei servizi formali e informali tangenziali alla comunità indagata (Tabella 7).

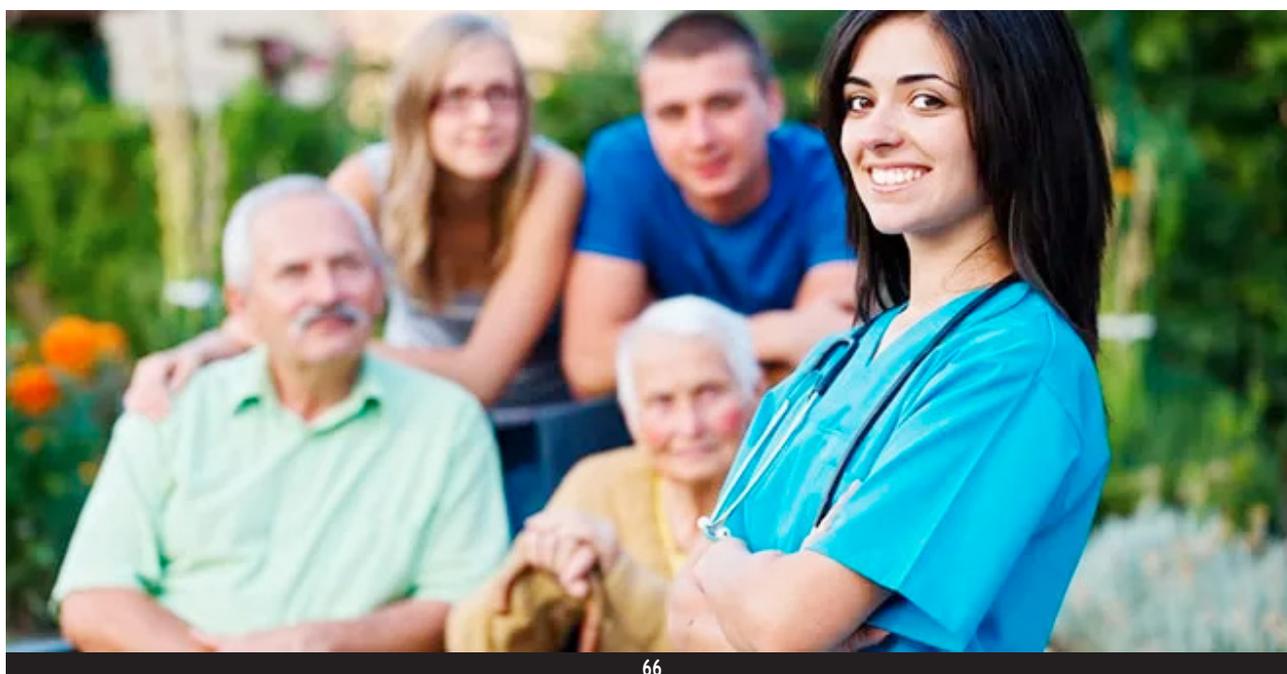
Durante questa fase, il contatto diretto con i membri delle comunità ha permesso l'arricchimento delle conoscenze sulla stessa attraverso la fornitura di ulteriori fonti per reperire informazioni (chat/forum comunitari, siti web, social network, documentazione cartacea e fotografica) e di individuare le persone per effettuare audizioni tramite testimonianze privilegiate, colloqui di strada, osservazioni partecipanti. Tale scelta è

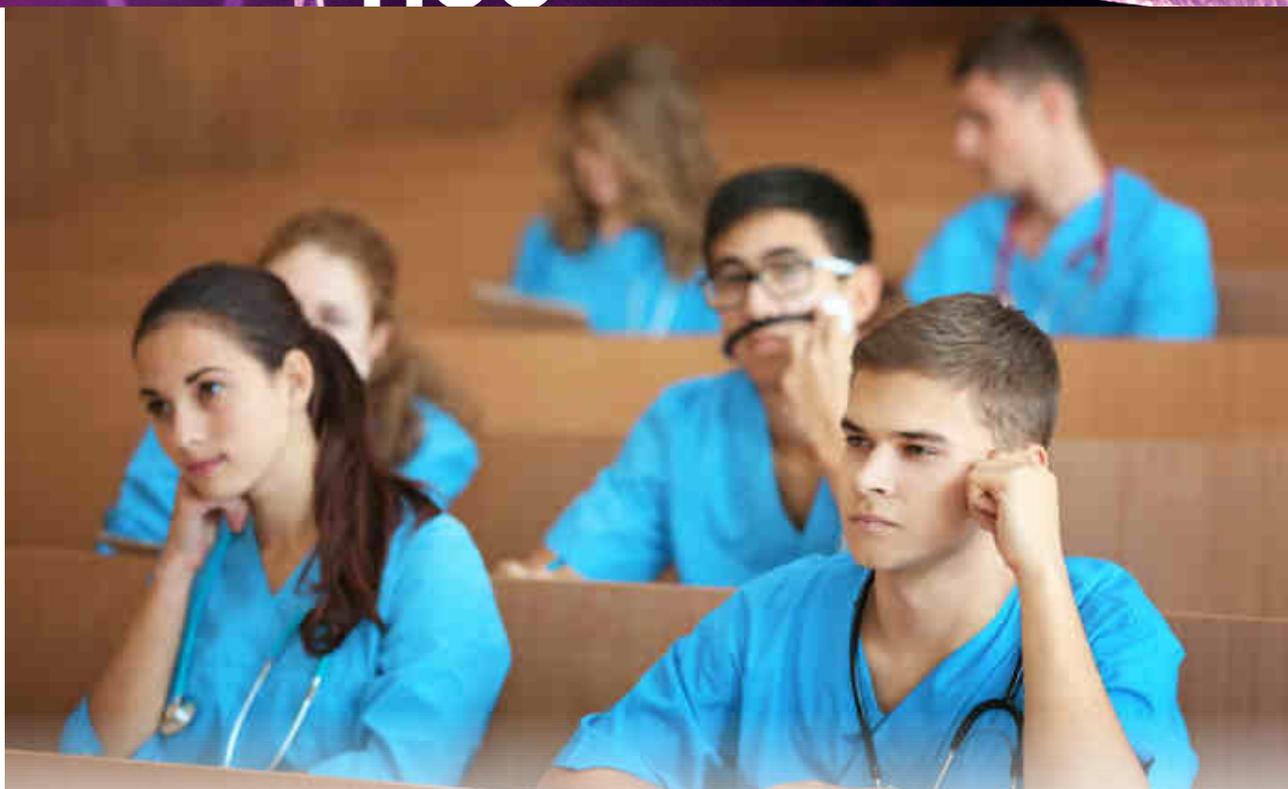
stata eterogena all'interno dei diversi gruppi di infermieri, che hanno individuato l'interlocutore da intervistare a seconda degli obiettivi prescelti. Nella costruzione della griglia di domande per le audizioni si è tenuto conto della necessità di comprendere il livello di informazione/conoscenza della comunità da parte dell'interlocutore e di indagare, basandosi sugli asset definiti, le attività svolte e le risorse disponibili in quella comunità. Nel Box 1 sono riportate esempi di domande adattate al contesto, che sono state poste all'intervistato.

Si riporta un esempio in cui, in una comunità di un "gruppo giovani di un Comune", durante l'audizione di un membro attivo nel Comune, ha raccontato che un ostacolo da lui evidenziato è la sovrapposizione di eventi organizzati da altre comunità simili presenti nello stesso territorio. Oltre a rispondere in maniera puntuale alla do-

Tabella 7 – Esempio di mapping istituzioni/servizi

ASSET (ambiti di indagine)	CHI	COSA HANNO	RIFLESSIONE (da personalizzare secondo la comunità/contesto)	STRUMENTI utilizzati
Istituzione/Servizi	La comunità si avvale di professionisti quali: medici, educatori e mamme diurne che hanno eseguito formazioni specifiche.	Offerta del servizio di cura e custodia dei bambini Attività di consulenza per la prevenzione della salute come ad esempio sull'alimentazione corretta. Attività ricreative ed educative.	Permettono una migliore presa a carico dei bambini e una promozione di stili di vita sani. Il fatto di offrire dei servizi anche in orari diversi permette l'accesso alla comunità anche da parte di famiglie con orari notturni coprendo maggiormente le esigenze comunitarie (la differenza con gli asili nido). L'associazione crea servizi unicamente laddove vi è il bisogno e la richiesta da parte della popolazione.	Testimonianza privilegiata Sito web





manda posta ha espresso una possibile soluzione al problema individuato, proponendo di unificare i diversi gruppi al fine di creare un'unica grande comunità (Box 2).

Box 2 – Esempio di risposta e proposta risolutiva

In un gruppo di giovani di una comunità

- Quali sono secondo lei le problematiche legate alla comunità?

Risposta:

- Sul territorio sono presenti diverse comunità simili alla nostra e questo spesso porta a sovrapporre gli eventi che vengono organizzati creando una dispersione di risorse e concorrenza

Proposta risolutiva:

- Secondo me si potrebbe unire i differenti gruppi per farli lavorare insieme in un'unica e grande comunità

Fase 3

La conduzione della terza fase del modello ABCD (Kretzmann & McKnight, 1993) di analisi, interpretazione e presentazione delle informazioni raccolte ha permesso di evidenziare che: tutte le 10 comunità esaminate hanno riportato al RDC

le problematiche attive nel territorio e ne hanno tratteggiato le azioni di fronteggiamento.

I colloqui di audizione hanno permesso una messa in comune delle visioni e rappresentazioni dei problemi a livello locale e la messa a fuoco degli elementi *attivi* su cui potenziare le azioni comunitarie. Ad esempio, durante un'intervista privilegiata ad un membro attivo di un gruppo sportivo lo stesso ha dimostrato l'interesse nel partecipare attivamente allo sviluppo dei servizi territoriali in cui è inserita la comunità. Alla domanda "Avrebbe piacere di partecipare attivamente a qualche progetto?" l'intervistato ha commentato "Mi piacerebbe che il Comune facesse qualche progetto per migliorare le piste ciclopedonali o un palazzetto" suggerendo come proposta risolutiva un maggior coinvolgimento da parte degli enti locali per sviluppare progetti d'interesse sportivo sul territorio.

DISCUSSIONE

L'esperienza di ricerca empirica attraverso l'utilizzo degli strumenti *Mapping Health Asset* (Bottello et al., 2013) e dell'*audizione* (Marchioni, 1992) ha permesso di sperimentare ad un gruppo di 19 infermieri studenti del secondo anno del Master of Science in Infermieristica (alcuni di loro hanno avuto sia il ruolo di RDC sia quello di ricercatori), un diverso modo di intendere la

comunità e di leggere il ruolo d'infermiere all'interno del tessuto sociale, come singoli e come gruppo professionale. Aver indagato comunità eterogenee e radicate nel territorio locale ha fatto emergere i benefici dell'applicazione del modello seguito tra cui, l'attivazione di processi partecipativi e lo sviluppo di reti di prossimità. Già dall'applicazione delle prime due fasi del modello ABCD (Kretzmann & McKnight, 1993), è emerso come il percorso di partecipazione nella comunità sia stata un'importante occasione di condivisione e integrazione.

L'atto di scelta della comunità e l'adattamento degli strumenti, la formulazione delle domande, la consultazione di fonti per mappare ha consentito una intensa attività di riflessione sia individuale che a piccoli gruppi, che spontaneamente si sono formati all'interno dell'aula. L'esperienza è stata giudicata dagli studenti come innovativa perché ha consentito loro, per la prima volta, di promuovere un intervento non caratterizzato da logiche sanitarie prestazionali, ma focalizzato sulla centralità della comunità attraverso l'ascolto e l'azione partecipata. Gli infermieri hanno potuto anche comprendere come una comunità capace di diventare "curante" (Morgan & Ziglio 2007), sia in grado di promuovere benessere e capitale sociale per sé stessa (Israel, et al., 2010; NIH, 2011).

Gli infermieri che hanno partecipato all'esperienza di mappatura delle comunità hanno dichiarato che riconoscono la promozione della salute e la prevenzione come ambiti che possono essere realizzati efficacemente in ambienti comunitari, attraverso un'alleanza crescente tra istituzioni sanitarie, sociali, educative e contesti informali (Miller & Schinn (2005). Queste considerazioni accrescono il valore dell'esperienza vissuta che assume un peso ancor più determinante considerato il momento chiave, rappresentato dalla promozione della salute e dalla prevenzione, nell'ambito della salute pubblica contemporanea. Il riconoscimento di elementi cardine tra le risorse comunitarie emerse con l'esplorazione degli *asset*, ha permesso d'identificare con maggiore facilità e aderenza gli *attivi* reali tra le risorse stesse.

Un ambito rilevante di apprendimento per gli studenti è rappresentato dalla flessibilità e capacità di adattamento ai linguaggi utilizzati negli

altri settori coinvolti al fine di stabilire sinergie e favorire la pratica locale.

Questo aspetto è stato particolarmente influente nella conduzione delle audizioni, dove il coinvolgimento di testimoni privilegiati e/o di strada ha permesso di cogliere la globalità della comunità indagata, passando da una logica abituale a una messa in gioco del proprio ruolo professionale.

A tal fine è stato importante coinvolgere i soggetti maggiormente rilevanti e/o accessibili, basando la scelta a seconda del contesto considerato. L'esperienza di ricerca empirica ha permesso di ampliare anche la *vision* professionale, passando da un approccio orientato al singolo, concentrato sulla malattia e sulla cura, a un approccio più ampio e profondo, con un orientamento proattivo-salutogenico.

Al termine dell'esperienza, durante un momento di condivisione e confronto in aula, è emersa una riflessione sul valore aggiunto che un APN potrebbe garantire nella definizione e valutazione d'interventi rivolti alla collettività.

Questo perché si ritiene che la capacità di cambiare le prospettive di analisi situazionale sia una competenza centrale del ruolo di infermiere di pratica avanzata, aspetto che può dare valore aggiunto alla pianificazione dell'assistenza. Infatti, la figura dell'APN nella comunità ricalca quella di un professionista che agisce in rete con tutti i servizi, basando il suo operato sui principi della sanità d'iniziativa, attingendo dall'esperienza pratica, dalla conoscenza del territorio, delle persone e delle istituzioni (Maier, et al., 2017).

La riflessione condivisa, considerati gli spunti emersi dalla partecipazione diretta nelle comunità, ha sottolineato come alcune attività specifiche che potrebbero essere sviluppate da un APN nell'ambito comunitario, rispondono alle sei *core competence* del modello di Hamric e Hanson's (Tracy & O'Grady, 2014), in particolare per la possibilità di: agire sulle risorse e sui desideri delle persone (Guidance e coaching) e fornire supporto ai membri delle comunità (Consultation).

Questa prima esperienza condotta in Canton Ticino fornisce un esempio concreto di come il ruolo di pratica avanzata degli infermieri si possa sviluppare anche nell'ambito delle cure primarie (Maier et al. 2017), come avviene in Finlandia dove il ruolo dell'infermiere esperto è fonamen-

tale proprio nell'ambito della Sanità Pubblica, o in Spagna, dove, dal 2014 circa 800 infermieri adeguatamente formati garantiscono un'ampia copertura dei servizi di assistenza primaria rivolti alle comunità. Questo conferma anche che, nella realtà locale, gli APN possono agire da attivatori di processi, coinvolgendo le persone in una pluralità di iniziative nell'ambito delle cure primarie, definendo un nuovo riposizionamento professionale. Si può divenire il primo punto di contatto e di riconoscimento per la popolazione in ambienti sanitari primari territoriali, come possono essere le stesse comunità del comprensorio in cui è stata sperimentata questa prima esperienza (Maier et al. (2017) e Sansoni (2007).

Punti di forza e limiti dello studio

Un primo punto di forza dello studio riguarda l'aver sperimentato una metodologia attiva nella pratica facendo scendere in campo gli infermieri durante il loro percorso formativo con obiettivi di ricerca e apprendimento metodologico.

Ha rappresentato un momento di lavoro in team e di pratica interdisciplinare. Un limite riscontrato è il mancato confronto con altre esperienze simili nell'ambito della didattica nei corsi di Master of Science in Infermieristica.

Possibili applicazioni future

Un possibile sviluppo futuro potrebbe includere l'approfondimento delle fasi del modello ABCD di Kretzmann e McKnight (1993) che non sono state affrontate nell'attività di ricerca condotta. Si consiglia di continuare a sostenere l'implementazione di queste nuove metodologie d'indagine, volte all'esplorazione comunitaria, che si legano alle possibilità di incontro, di accoglienza, di collaborazione, realizzando la positività legata al concetto di salute. L'impegno nella comunità inteso come il processo di collaborazione con gruppi di persone affiliate da vicinanza geografica, interessi o situazioni simili (*National Institutes of Health*, 2011; Sallis, et al, 2008), sensibilizza l'azione infermieristica rendendola attuale e rispondente alle nuove necessità.

CONCLUSIONI

Lo studio ha permesso di confermare l'utilità e l'applicabilità del modello ABCD nelle comunità indagate e di concretizzare l'approccio salutogenico in contesti locali non prettamente sanitari. Gli strumenti utilizzati hanno consentito di sperimentare un nuovo ruolo di infermiere di pratica avanzata favorendo lo sviluppo di reti di prossimità, l'attivazione di processi partecipativi e la definizione/valutazione di interventi rivolti alla collettività non solo di carattere assistenziale.



■ RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo la prof.ssa Francisca Anaya Cintas e tutte le comunità che si sono messe a disposizione.

■ BIBLIOGRAFIA

- Cofiñoa, R., Cubillo Llanesb, J., Blancoc, D.G., & Hernán-Garciád, M. (2019). Mejorar la salud comunitaria: acción comunitaria basada en activos. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 26(Extraordin 2):10-7
- Kimberlee, R. (2015). What is social prescribing? *Advances in Social Sciences. Research Journal*, 2(1): 102-110.
- Ridolfi, L. (2013). La *Community care* come modello d'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. *Professioni infermieristiche*, 66(4): 215-222.
- Singh, P., & Chokshi, D.A. (2013). Community health workers-a local solution to a global problem. *New England Journal of Medicine*, 369(10): 894-896.
- National Institutes of Health (NIH), (2011). *Principles of Community Engagement: 2nd edition. Clinical and Translational Science Awards Consortium Community Engagement Key Function Committee Task Force on the Principles of Community Engagement*. Disponibile da: https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_508_FINAL.pdf, ultimo accesso il 26.6.2020.
- Naylor, M. D., & Kurtzman, E. T. (2010). The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs*, 29(5): 893-899.
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, 2 Suppl.: 17-22.
- Kretzmann, J., & McKnight, J. (1993). *Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets*. Chicago (Illinois): ABCD Institute.
- Lavallo, T. (2019). *L'infermiere nelle cure primarie e la sua formazione*. In: Maciocco, G. *Cure primarie e servizi territoriali* (pag. 107-119). Roma: Carocci Faber.
- Aimaretti, G., Bidone, S., Campagna, S., Costa, G., Dal Molin, A., Dimonte, V., Faggiano, F., Giuliano, P., Menarello, G., & Obbia, P. (2019). *Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità*. I luoghi della cura rivista online, nr. 5.
- Tracy, M.F., & O'Grady, E.T. (2014). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach* (5th). United States of America: Elsevier.
- Botello, B., Palacioc, S., Garcíad, M., Margollesd, M., Fernándezd, F., Hernánb, M., Nietoe, J., & Cofiñod, R. (2013). Methodology for health assets mapping in a community. *Gaceta Sanitaria*, 27(2):180-183.
- Barbera, E., & Tortone, C. (2012). Glossario O.M.S. della promozione della salute. Dors. https://www.dors.it/documentazione/tes-to/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf (ultimo accesso 24 giugno 24)
- Canadian Nurses Association, (2019). *Advanced Practice nursing. A pan Canadian framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association. Disponibile da: <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/advanced-practice-nursing-framework-en.pdf>, ultimo accesso il 26.08.2020.
- Marchioni, M. (1992). *La Audición. Un método de investigación participativa y comunitaria* (pag. 14-36). Editorial Bencho.
- Anaya Cintas, F., & Camacho Alpuente, A. (2018). *Salutogenesi e promozione della salute*. In: Marcadelli, S., Obbia, P., Prandi, C. *Assistenza domiciliare e cure primarie: Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*. Milano: Edra.
- Israel, B.A., Coombe, C.M., Cheezum, R.R., Schulz, A.J., McGranaghan, R.J., Lichtenstein, R., Reyes, A.G., Clement, J., & Burris, A. (2010). Community-Based Participatory Research: A Capacity-Building Approach for Policy Advocacy Aimed at Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 100(11): 2094-2102.
- Miller, R.L., & Shinn, M. (2005). Learning from communities: overcoming difficulties in dissemination of prevention and promotion efforts. *American Journal of Community Psychology*, 35(3-4):118-169.
- Maier, C.B., Aiken, L.H., & Busse, R. (2017). *Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation*. Paris: OECD Health Working Paper, 98.

SARA TAMBONE

sara.tambone@edu.unito.it

Arte e Cinema possono aiutare la cooperazione?

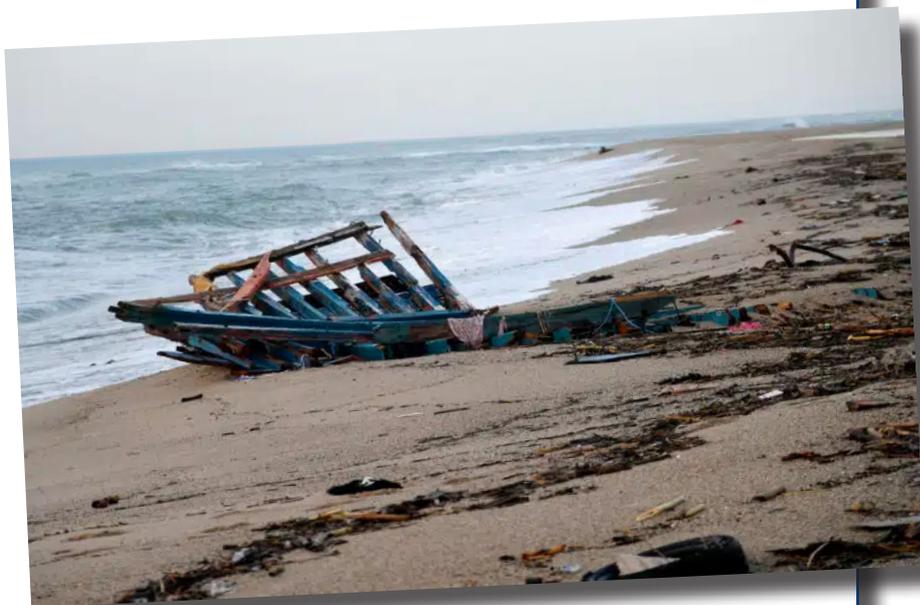
SARA TAMBONE INTERVISTA IL REGISTA
MIMMO CALOPRESTI

Buongiorno, Inizierei questa intervista partendo dalle riflessioni nate dal suo più recente lavoro che affronta la tragedia che è avvenuta a Cutro: quali pensa che siano gli aspetti che più l'hanno colpita?

È molto difficile trovare una risposta, anche perché ci sarebbero molte cose da dire. Sicuramente in quella occasione lì le persone che sono state coinvolte si sono trovate di fronte ad una situazione molto forte. Su quella spiaggia c'erano anche bambini che purtroppo erano già morti. In qualche maniera questa situazione ha smosso i cuori di tutti, ha messo le persone nella condizione di poter fare cose importanti: chi donava questo, chi face-

va questo...Tutti si davano da fare. Certo, era successo già altre volte di vedere arrivare barche su quelle spiagge con delle persone che avevano

bisogno di aiuto; anche se non si trattava di una situazione così tragica. Ma subito le persone che erano vicine avevano dato da mangiare



ecc... Diciamo che così questa è stata un'occasione per vedere in azione un movimento di persone che creava solidarietà rispetto a questo problema enorme, a questo barcone che è arrivato su quella spiaggia in maniera maledetta.

Dentro al film, ad un certo punto, il marinaio diceva che in mare ci sono poche cose da fare: quando ci sono le persone che hanno dei problemi bisogna andare a salvarli. Poi ci sono le leggi e le altre cose. Secondo me è importante puntare sulla parte di umanità che ancora ha a cuore i problemi degli altri perché basta pensare al perché una persona debba mettersi su una di quelle barche per andare via da un paese che non ti permette di studiare perché donna o chi va via per fame, miseria, altri problemi che spesso non conosciamo. Sicuramente, bisogna partire sempre dalle storie,

bisogna partire dai racconti di vita. Io faccio un mestiere che è quello di raccontare storie e attraverso il racconto delle loro storie cerco di dare una mano in questa direzione per comprendere anche quegli aspetti di solidarietà e umanità.



Spesso nelle sue opere compaiono storie di solidarietà che nascono anche da momenti di quotidianità...

Sì, nel mio lavoro spesso ho parlato di storie anche di vita più semplice, di storie di lavoro... certo, ricercare emozioni più forti scatena necessariamente risposte più forti, ma anche parlare della quotidianità ti aiuta a coltivare questi aspetti di solidarietà. Sono cose che sono più semplici, ma solo perché il colpo di scena è più rapido ed eclatante.

Ma anche le storie di quotidianità possono suscitare emozioni. Il cinema ha bisogno di raccontare parti alte e basse, chi sta nel cielo e chi nella terra e difficilmente si racconta quello che sta nel mezzo...nella normalità. Però anche la normalità fa parte di un mondo complicato. È giusto ricordare che la normalità esiste pure.



Che cosa significa per lei la parola cooperazione?

Per me la cooperazione è un momento di intervento molto importante che si fa nel mondo, in Italia, ovunque perché serve a dare una direzione nella risoluzione dei problemi. Per capire come intervenire tenendo conto anche delle logiche politiche e sociali e spesso anche economiche che stanno dietro alle persone. Ma



non solo, anche all'interno di gruppi. Ed è qui che ritorna la necessità della solidarietà. La cooperazione necessita di conoscere le storie che stanno dietro ai problemi. Altrimenti gli interventi non potranno mai rispondere ai problemi.

La cooperazione è una possibilità di cui devono farsi carico gli stati, i governi, ma non solo: chiunque abbia a cuore la possibilità di pensare ad un mondo in cui chi ha bisogno viene salvato e amato e messo nelle condizioni di poter esistere e sopravvivere.



In che modo il cinema e l'arte possono influenzare la percezione della cooperazione?

Eh, purtroppo il cinema a volte ci riesce e a volte no a fare un lavoro di cambiamento e trasformazione della vita delle persone. Per me l'arte e il cinema sono una possibilità di entrare nell'immaginario delle persone e volendo anche di poterlo cambiare. Pensare di poter raccontare la vita di certe persone e il loro modo di essere è il modo per cercare di cambiare la mia percezione prima di tutto e magari anche quella degli altri.



Parlando invece di cinema ed educazione?

Magari potissimo raccontare la quotidianità con funzione anche educativa. Ovviamente ci vuole talento in modo che

possa non solo funzionare, ma anche creare interesse. Anzi. Magari spesso c'è una grande storia che si presterebbe bene, ma per mille motivi passa in secondo piano. Sarebbe molto interessante però.



Raccontare le storie è anche un modo per dare voce...

Per me è la possibilità di capire. Quando le racconto sono sempre il primo spettatore di queste vite. Sono mosso sempre dall'idea di capire, di fare domande di cogliere i perché. Perché si esprime, si muove, dice certe cose... vive in un certo modo.... Quindi per me è fondamentale. Capire e poi mettere in scena chi ha ragione, chi ha torto, chi si muove in maniera giusta o sbagliata... ma poi cerco anche di essere molto attento ad ascoltare gli altri e a rimmetterli in scena. Anche perché parliamo di tantissime cose enormi... cultura, religione, modi di essere. Secondo me il rispetto nell'ascolto di chi hai davanti ti aiuta a capire e comprendere.



Come immagina il futuro?

Domanda difficile. È che siamo in un momento molto complicato dove ci sono tante cose, tanti stimoli; l'intelligenza artificiale, la tecnologia, tutto che cambia ad una rapidità pazzesca. Sono cose enormi che non ti permettono molto di fare supposizioni, basti

pensare anche a questo momento dove ci ritroviamo a fare un'intervista per telefono, ma ci vediamo anche e queste cose erano impensabili fino a pochi anni fa. Sicuramente si può parlare della presenza di grandi novità nella vita delle persone, anche se è giusto tener conto che il mondo che viviamo è anche un po' vecchio. Il mondo delle guerre, il mondo delle tensioni e degli scontri tra le nazioni per potere, spazi, territori. Diciamo che è sicuramente difficile pensare al futuro, ma io cerco di stare su una linea dove tengo il passato alle spalle e quello che mi sta per succedere di fronte e lo guardo pensando "quello è il mio futuro". Un futuro che è molto vicino a quello che sto vivendo. Anche perché vedo un futuro difficile, complicato, ma anche pieno di speranza dove possono venire fuori le cose migliori. Vedo e riconosco però grande confusione, grandi problemi. Non bisogna pensare troppo al futuro, ma navigare in questo mare un po' complicato che c'è in questo momento.



Ha qualche altro aspetto da aggiungere?

Facendo questo lavoro per me è stato importante osservare l'attenzione che veniva data alle persone in difficoltà e io ho cercato di raccontare quello che avevo osservato.

L'insegnamento che mi viene da dare è che nella vita bisogna fare sempre tanta attenzione. A partire da noi stessi.

Recensione di

ANGELA CASTELLO E LETIZIA VOLA

Conoscere, pensare e agire nell'assistenza infermieristica

Contributi per un apprendimento e una pratica infermieristica scientificamente ed eticamente fondati

Giuseppe Marmo, Paolo Mirabella

Effatà Editrice 2023



Questo libro è in commercio dal 9 ottobre 2023 e si presenta come un contributo di conoscenza e di riflessione disciplinare.

Che cos'è l'assistenza infermieristica?

È un'arte e una scienza

La professione infermieristica è costantemente in ricerca, è rivolta alle persone assistite, soggetti e oggetti delle conoscenze e della scienza. L'infermiere si occupa della realtà fisica e spirituale dell'uomo e degli aspetti non tangibili quali la libertà e la coscienza, la ricerca di significati e di senso.

Secondo gli autori è in corso un processo di irrobustimento dell'identità professionale e il libro descrive la vivacità di una professione che sta crescendo, che si impegna ad evolvere in rapporto alle trasformazioni della società.

La pubblicazione è stata realizzata per mantenere vivo il confronto tra i professionisti della salute e per rivitalizzare il pensiero, necessario quando la pratica quotidiana allontana la riflessività dell'agire e la sua concettualizzazione.

Giuseppe Marmo analizza i vari modelli di conoscenza, in particolare il modello "tabula rasa"; ognuno ha alle spalle esperienze personali e professionali che determinano una comprensione della realtà.

L'autore guida il lettore con domande quali: **abbiamo consapevolezza dei nostri riferimenti culturali?** E ci invita ad approfondire i presupposti e le caratteristiche del metodo scientifico.

Le scienze infermieristiche si collocano all'interno delle scienze umane, hanno un rigore metodologico e tengono conto di un insieme di fattori e condizioni.

Nel Testo si analizzano i presupposti del metodo scientifico e la differenza tra metodo sperimentale e metodo clinico, nella sintesi generale si distingue la scienza moderna da quella post moderna, in cui il sapere scientifico è un processo dinamico che procede per ipotesi e congetture.

A chi è rivolto il libro?

Agli infermieri e agli studenti infermieri, ai docenti e ai ricercatori, a tutti coloro che si occupano direttamente o indirettamente di assistenza infermieristica.

Cosa hai apprezzato di più leggendo questo testo?

Risponde Letizia

L'attenzione dedicata al linguaggio, la parola alla base del pensiero, perché l'uomo è diventato sapiens attraverso le parole che gli hanno permesso di concettualizzare i pensieri e le esperienze, la dimensione del fare.

Il linguaggio è un aspetto del sapere scientifico e qualifica il professionista infermiere che lo padroneggia e lo adatta al contesto e alla relazione comunicazione con la persona assistita e le persone significative.

Giuseppe Marmo invita i lettori a prendere sul serio la parola perché con essa si veicolano pensiero, qualità della relazione e chiarezza del contenuto.

Si descrive l'evoluzione del "dire la verità al malato"; dall'affermazione quasi dogmatica del "bisogna dire la verità al malato" si è compresa la necessità di dosare la parola, modularla nei suoi significati e dimensioni, per aiutare e sostenere la comprensione reciproca al fine di arrivare a "bisogna dire la verità che il malato è in grado di sopportare".

La comunicazione cambia prospettiva, la persona assistita è al centro del suo percorso di vita.

Un uso corretto del linguaggio può favorire la comunicazione dei risultati delle esperienze scientifiche, che sono verificabili, riproducibili e comparabili.

Il linguaggio è una componente fondamentale del lavoro scientifico, aiuta a definire gli oggetti della ricerca e a concettualizzare gli ambiti di significato entro cui ogni scienza si evolve.

Che cosa hai apprezzato di più leggendo questo libro?

Risponde Angela

La riflessività permea ogni pagina del libro, ogni domanda innesca il pensiero arborescente, con-

nettendo idee, concetti e informazioni presenti nel libro e appartenenti alla propria esperienza di vita e professionale. Il libro sottolinea l'importanza di una pratica infermieristica basata sulla riflessività e sulla consapevolezza dei riferimenti culturali che ciascun professionista porta con sé. L'attenzione è rivolta alla capacità dell'infermiere di interpretare i bisogni specifici della persona assistita e di fornire risposte personalizzate, tenendo conto del contesto in cui opera. Viene discusso come l'esperienza, la conoscenza e l'intuizione si intrecciano con il rigore del metodo scientifico per creare un approccio assistenziale completo e adattato alla singolarità di ogni persona. L'invito è ad agire, a dare un senso a quel che si fa ed entrare in relazione, tenendo conto della complessità del contesto e, allo stesso tempo, facendo attenzione al dettaglio.



Il libro centra con efficacia i due obiettivi che si era prefissato. Il primo riguarda la struttura complessiva del testo, che riesce a fornire un quadro disciplinare chiaro e ben organizzato, ispirandosi a un modello formativo che privilegia la riflessione critica, piuttosto che una semplice trasmissione di nozioni.

Il secondo obiettivo, l'utilizzo di un tono discorsivo e accessibile, è raggiunto grazie a uno stile fluido, che incoraggia il lettore a riflettere e a partecipare a un dibattito attivo sulla disciplina infermieristica.

Il testo offre fondamenta solide su cui attivare questo dibattito e si distingue per la sua capacità di coniugare teoria e pratica e stimolare la capacità riflessiva del lettore.

Recensione di
LETIZIA VOLA

STORIE DI PERSONE, VOCI DI INFERMIERI

Un approccio innovativo allo studio della bioetica e della deontologia



Paola Gobbi, Rosa Anna Alagna, Daiana Campani, Annalisa Colombo, Elisa Crotti, Dorian Montani, Claudia Passoni, Debora Rosa, Ornella Teti
Laboratorio di Nursing Narrativo Milano - Mc Graw Hill 2020

Nella giornata dell'Infermiere 2024 la dottoressa Dorian Montani, infermiera e dottore magistrale dell'Università del Piemonte Orientale, sede di Novara, ha presentato il libro, realizzato con le colleghe lombarde delle Università degli studi di Milano e delle sedi di Monza, Lodi e Milano.

Nel testo le autrici raccontano e testimoniano la forza innovatrice del pensiero; attraverso i racconti dei casi clinici documentano la necessità della interazione tra teoria e pratica assistenziale. La teoria senza la pratica diventa solo astrazione, ma anche la pratica ha necessità di uno sguardo lungimirante, oltre agli ostacoli quotidiani. La narrativa è uno strumento utile per pensare e affrontare la malattia, come arricchimento delle conoscenze cliniche del professionista, come strumento per comprendere il vissuto della persona assistita e la percezione sociale della malattia.

I casi descritti, osservati direttamente e/o raccolti dalle autrici, consentono di analizzare e ragionare sulle varie implicazioni quotidiane assistenziali quali l'informazione e il consenso alle cure, il rispetto della privacy, la comunicazione e la relazione nel processo di assistenza e il significato dell'assistenza nelle fasi iniziali e terminali della vita e nelle cure palliative.

L'analisi dei casi viene effettuata con l'applicazione della Griglia per l'analisi delle situazioni cliniche (Spinsanti, 2001) che favorisce l'apprendimento di un metodo di elaborazione delle proprie osservazioni al fine di valutare e prendere decisioni. Non si vuole offrire ai professionisti delle soluzioni preconfezionate ai problemi etici, ma si favorisce il confronto e il dialogo costruttivo.

La formazione infermieristica e le dimensioni dell'insegnamento dell'etica, nei vari corsi teorici e nei laboratori, nei corsi di aggiornamento sono ambiti di interesse e di attività di esercizio professionale delle varie colleghe. Da segnalare il capitolo 10 dedicato al Nursing Around the World, i problemi etici nella pratica infermieristica nel mondo e il capitolo 11 in cui si analizzano le nuove e vecchie sfide per l'infermieristica.

Il libro è un testo preziosissimo che favorisce l'apprendimento e l'insegnamento della etica e della bioetica, ricco di stimoli e di bibliografia, con argomentazioni puntuali che aiutano a sostenere la formazione continua e le competenze avanzate degli infermieri.

Il *Laboratorio Nursing narrativo Milano* ha un sito Facebook aggiornato, in cui sono inserite le registrazioni delle varie attività divulgative e di formazione.

Recensione di
LETIZIA VOLA



Dono d'Amore

scritto da

Bottigelli C., Campione G., Parrinello A., Piu P.

Le infermiere pediatriche raccontano il Progetto "Reiki in ospedale"

Edizione Primalpe

Il libro descrive, in maniera precisa, l'introduzione del Progetto Reiki, anno 2018, nell'ospedale Pediatrico Regina Margherita di Torino come strumento dell'umanizzazione delle cure.

Il Reiki, riconosciuto dall'OMS come valida tecnica di medicina complementare, aiuta a ridurre il dolore dei bambini ricoverati e dei loro care givers, affiancando le cure convenzionali. Aumenta il benessere dei piccoli pazienti e ne potenzia la loro qualità di vita. Secondo i principi del nursing, l'infermiere mette al centro della relazione terapeutica l'individuo e, con un tocco leggero delle mani, seguendo uno schema corporeo preciso, il trattamento Reiki stimola l'attività energetica dei sistemi immunologici, neurologici e endocrinologici. La letteratura scientifica ha evidenziato, da anni, i benefici del Reiki nella popolazione adulta mentre sono ancora in corso le ricerche di evidenza nella popolazione pediatrica. Nel libro le autrici, infermiere pediatriche con esperienza ventennale, raccontano del progetto Pilota, realizzato da gennaio a marzo 2018 nel Centro Trapianti di Midollo, al fine di valutare l'efficacia del trattamento Reiki su un campione di 12 soggetti bambini, età media 13 anni e su 13 care givers, età media 39 anni.

I soggetti sono stati trattati due volte alla settimana all'interno dell'Ospedale. I risultati raggiunti hanno dimostrato che il Reiki è un valido aiuto nel ridurre il dolore, fisico e psicologico, dell'assistito e dei suoi familiari. La valutazione dell'efficacia si è realizzata tramite somministrazione di scale di valutazione, prima e dopo il trattamento Reiki, i cui risultati sono stati presentati in un Convegno Nazionale a Bologna nel 2018.

Il progetto è proseguito con la realizzazione della struttura "L'isola di Margherita", all'interno dell'Ospedale Regina Margherita, dedicata all'assistenza di cure palliative pediatriche ai bambini affetti da patologie croniche e inguaribili. Il progetto comprende anche la prevenzione e la cura del burnout del personale sanitario, medici e infermieri con almeno 5 sedute individuali.

Il libro è da leggere e da apprezzare con sincerità ed entusiasmo; l'esperienza condotta, su basi scientifiche, trasferisce nella pratica i concetti e i valori del prendersi cura degli assistiti e della evoluzione della professione infermieristica, come la più bella delle Arti Belle. Durante la giornata del 12 maggio una infermiera pediatrica ha presentato il testo, suscitando un dibattito interessante e ricco.