

# IJN

ITALIAN  
JOURNAL  
OF NURSING

## GIORNALE ITALIANO DI INFERMIERISTICA

Organo ufficiale di stampa  
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE  
MI-LO-MB

ISSN 2420-8248



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE  
MILANO - LODI - MONZA E BRIANZA



# N.36/2021

**“L’infermieristica  
è una professione (e arte)  
progressista, tale che  
stare fermi equivale  
a tornare indietro”**

*F. Nightingale*

## Organo ufficiale di stampa ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE MI-LO-MB

**Direttore Editoriale ad interim:** Rosario Caruso

**Direttore Responsabile ad interim:** Elisa Crotti

**Comitato di Redazione ad interim:** Pasqualino D'Aloia; Cinzia Garofalo; Valentina Capasso; Ettore Mosconi; Ciro Balzano; Barbara Maria Cantoni; Pasquale Giovanni Caporale; Raffaele D'Ambrosio; Vincenzo De Martino; Marco Enrico Grazioli; Francesco Pittella; Silvia Re; Stefano Ronca; Chiara Venturini

**Editore:** Ordine Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano-Lodi-Monza e Brianza - Corso di Porta Nuova, 52 - 20121 Milano - tel. 0259900154 - fax 0255189977 - www.opimilomb.it - info@opimilomb.it - Reg. Trib. Mi n.150 del 29.03.1993

**Coordinamento grafico:** OFFICINA RÉCLAME srl  
**Stampa:** Sincronia di Sainaghi Sandro, Via Cesare Balbo, 28 - 20025 LEGNANO (MI)

**Finito di stampare:** OTTOBRE

**Note Redazionali:** La rivista "Italian Journal of Nursing" (IJN) è l'organo di stampa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano-Lodi-Monza e Brianza. IJN pubblica i contributi che incontrano l'interesse del Comitato di Redazione. I contributi sono classificabili in: Editoriali (generalmente su invito del direttore editoriale), contributi di attualità, speciali (come ad esempio la sezione "Storia della Professione"), pubblicazioni e recensioni. Tutti i contributi spontanei devono pervenire alla Segreteria dell'OPI (info@opimilomb.it) ed avere per oggetto: proposta per IJN. Ogni autore è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Il Comitato di Redazione si riserva il diritto di chiedere revisioni, tagliare e riadattare i testi in base alle esigenze redazionali, o rifiutare con una motivazione i contributi. Con l'invio dei contributi ad IJN, gli autori consentono implicitamente la pubblicazione del materiale inviato sulla rivista IJN e sul sito, oltre che consentirne l'utilizzo da parte di OPI Milano-Lodi-Monza e Brianza anche per fini diversi rispetto alla pubblicazione sulla rivista (esempio finalità formative). In caso di pubblicazione, l'autore concede quindi all'OPI di Milano-Lodi-Monza e Brianza un diritto illimitato di uso non esclusivo, senza limitazioni di aree geografiche. L'OPI Milano-Lodi-Monza e Brianza potrà pertanto, direttamente o tramite

terzi di sua fiducia, utilizzare, copiare, trasmettere, estrarre, pubblicare, distribuire, eseguire pubblicamente, diffondere, creare opere derivate, ospitare, indicizzare, memorizzare, annotare, codificare, modificare e adattare (includendo senza limitazioni il diritto di adattare per la trasmissione con qualsiasi modalità di comunicazione) in qualsiasi forma o con qualsiasi strumento attualmente conosciuto o che verrà in futuro inventato, ogni immagine e ogni messaggio, anche audio e video, che dovesse essere inviato dall'autore, anche per il tramite di terzi. Il materiale inviato non verrà restituito e rimarrà di proprietà dell'OPI di Milano-Lodi-Monza e Brianza. **Invio di articoli da parte degli autori:** tutti i contributi devono essere inviati tramite file word alla segreteria info@opimilomb.it. I contributi devono sempre contenere il titolo, l'elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza), recapito email e telefonico dell'autore di corrispondenza, bibliografia e citazioni in stile Harvard. I contributi per la sezione attualità o sezioni speciali non devono superare le 2500 parole (esclusa bibliografia) e non necessitano di abstract. I contributi per la sezione pubblicazioni non devono superare le 5000 parole e devono contenere abstract e parole chiave in italiano ed inglese.

## Editoriale

- 3 Il territorio è l'ospedale del futuro**  
*Community care is the hospital of the future*  
Pasqualino D'Aloia

## Attualità

- 4 Il Laurea Day**  
*Celebrating nursing graduations*  
A cura del consiglio direttivo

## Esperienze

- 5 "Buongiorno, come posso aiutarla?" L'esperienza dell'accoglienza in Pronto Soccorso durante l'emergenza Covid 19.**  
*"Good morning; how can I help you?" The experience of the patients' acceptance in the emergency room during the Covid 19 emergency in a university hospital in Milan.*  
Cristina Piuma Fiammetta

## Focus di approfondimento

- 7 Il setting domiciliare e gli errori terapeutici: nuovi paradigmi infermieristici**  
*The home setting and therapeutic errors: new nursing paradigms*  
Sara Dionisi, Noemi Giannetta, Sara Ianni, Gloria Liquori, Marco Clari, Aurora De Leo, Rosaria Cappadona, Fabrizio Petrone, Marco Di Muzio, Emanuele Di Simone
- 9 sessualità e disabilità, una questione ancora sommersa**  
*Sexuality and disability, a matter still submerged*  
Helga Di Cristofaro

## Pubblicazioni

- 14 Le emozioni e relative strategie di contenimento degli studenti di infermieristica nel contesto pandemico: una revisione della letteratura**  
*The emotions and related containment strategies of nursing students in the pandemic context: a review of the literature*  
Valentina Patassini, Paola Ripa, Rita Biscotti, Elisa Rimoldi
- 20 La danza correlata alla Qualità di Vita: un efficace strumento per supportare la lotta contro la violenza di genere. Revisione della letteratura**  
*Dance and Quality of Life: an effective tool to support the fight against gender-based violence. Literature review*  
Francesca Magni, Annalisa Alberti, Paola Ripa, Anne Destrebecq
- 26 Studio osservazionale sulle conoscenze infermieristiche relative all'uso del latte umano donato nell'alimentazione del neonato pretermine**  
*Observational study on nursing knowledge relating to the use of donated human milk in the feeding of the preterm newborn*  
Martha Giovanna Gallo, Luciana Pagani, Annalisa Alberti, Ida Ramponi, Anne Destrebecq
- 33 Le buone pratiche assistenziali per l'esecuzione dell'emocoltura: una revisione della letteratura**  
*Good nursing practices for performing blood culture: a review of the literature*  
Sonia Bustreo, Silvia Camelo, Serena Tucci, Giovanna Cocco, Silvia Zenobi, Jacopo Fiorini
- 40 Aggressioni e atti violenti nei confronti degli infermieri di pronto soccorso: studio osservazionale**  
*Aggression and Violent Acts against Emergency Nurses: Observational Study*  
Martina Brioschi, Simona Cassioli, Annalisa Alberti, Barbara Disca, Enrico Spagnolo, John Tremamondo, Ida Ramponi, Anne Destrebecq





**Pasqualino D'Aloia**

Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi, Monza e Brianza

President of OPI in Milan, Lodi, Monza and Brianza

# Il territorio è l'ospedale del futuro

*Community care is the hospital of the future*

*Ripresa e resilienza: sono le due parole del momento, che dovrebbero traghettarci a una nuova realtà "libera" dalla pandemia, per quanto ciò sarà possibile. Mentre vi scrivo, riaprono a pieno regime cinema e teatri, e anche le discoteche possono, dopo quasi due anni, tornare a suonare. La campagna vaccinale procede a ritmi serrati, mentre l'alzata di scudi dei no-vax è sempre più forte e meno giustificata.*

*Alcuni esperti paventano uno scenario ancora infausto nei prossimi mesi, ma l'atmosfera generale è indubbiamente di ripresa. E con questa idea io vorrei scrivervi della **Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, quella che si occupa di **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**.*

*Passata la tempesta, l'idea del Governo è stata quella di ridefinire le sorti della sanità italiana, puntando su alcuni elementi che si sono rivelati critici in fase emergenziale. Pur condividendo la linea di principio, come professionisti della salute dobbiamo necessariamente sottolineare alcuni elementi critici che devono trovare spazio di dibattito e soluzioni mirate.*

*Se è vero, infatti, che l'importanza di **puntare sulla medicina del territorio** è condivisibile, e che quindi altrettanto lo è l'azione del Governo, a un'attenta lettura la riforma appare criticabile a causa di una programmazione certamente poco credibile.*

*Pensiamo ad esempio alle **1.288 Case della Comunità** che si vogliono attivare entro il 2026 in tutto il Paese, con l'obiettivo di una **presa in carico di 8milioni di pazienti cronici monopatologici e 5milioni di pluripatologici**. Come sarà possibile che questi luoghi diventino la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare **tutti i servizi sanitari offerti**, in particolare ai malati cronici?*

*Sulla carta, la Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute. Dovrà costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso infrastrutture informatiche, un punto prelievi e strumentazione polispecialistica. Ma nella realtà la domanda sorge spontanea: **con quali risorse?** Non sto pensando tanto agli aspetti economici, che il Piano definisce seppur con una serie di limiti, ma alle risorse umane, certamente insufficienti già oggi che le Case della Comunità di fatto non esistono ancora.*

***Solo in Lombardia mancano 20mila infermieri**, un terzo del totale della carenza nazionale e, se continueremo di questo passo, entro dieci anni tali numeri saranno più che duplicati. Le cause della carenza sono ancora tutte sul tavolo: blocco del turnover ed esiguo numero di posti nelle Università. Senza citare il fatto che la remunerazione per chi svolge la professione infermieristica è sovente inadeguata: parliamo di una media di 1.420 euro al mese, contro i 2.500 di Germania e Gran Bretagna. Decisamente non allettante.*

***A pagare le conseguenze della carenza sono soprattutto le strutture residenziali, quindi Rsa in primis**, che non riescono a reperire il personale nemmeno con premi consistenti: gli incentivi del Governo al personale sanitario per far decollare il piano vaccinale hanno accentuato la fuga dalle strutture private.*

***Non si può pensare di cambiare il sistema senza cambiare i modelli**. Se vogliamo che veramente ospedale e territorio riescano ad armonizzarsi nell'erogazione delle prestazioni, occorrono una riflessione più attenta e la definizione di un percorso che tenga in considerazione le conseguenze ad ampio raggio di ogni singolo elemento.*

*Sono anni che ci prodighiamo affinché venga effettivamente istituita la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, ma non possiamo accettare che questo passaggio avvenga a discapito dei professionisti e dei contesti in cui operano.*

*Continueremo a fare sentire la nostra voce, chiedendo con forza che venga definito un giusto percorso.*

Buon lavoro,

Pasqualino D'Aloia

A cura del consiglio direttivo

Written by the OPI board

# Il Laurea Day

*Celebrating nursing graduations*



In data 10 luglio 2021, presso la prestigiosa l'Aula Magna della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano Lodi Monza e Brianza (OPI) ha realizzato il "Laurea Day": una manifestazione che ha come protagonisti gli infermieri laureati nell'anno accademico 2019-2020 e che lo scorso anno, causa pandemia, non hanno potuto avere una meritata celebrazione.

L'evento in presenza è l'espressione finale di un concorso, al quale hanno aderito 31 infermieri neolaureati che hanno inoltrato i loro progetti di tesi alla segreteria dell'OPI. Ciascun progetto di tesi presentato è stato valutato in cieco da una commissione composta da 3 membri del direttivo ed i Presidenti degli albi professionali. I commissari hanno valutato originalità, metodologia di realizzazione, innovazione, ricaduta sulla professione e ha indicato i professionisti per punteggio più alto che hanno avuto la possibilità di presentare la loro tesi ad una platea composta dai membri del consiglio direttivo dell'Ordine, ma anche a familiari e parenti.

I laureati premiati sono stati:

**Bonalumi Eleonora:** ha presentato un progetto di revisione bibliografica che aveva come tema conduttore il rischio clinico. Con l'elaborato *"La responsabilità dell'infermiere pediatrico nella somministrazione dei farmaci in terapia intensiva neonatale: una revisione narrativa della letteratura"*.

**Bugada Davide:** ha presentato la tesi sperimentale dal titolo *"Comunicazione aumentativa ed alternativa (C.A.A.): studio pre-post sulle conoscenze ed interesse degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano"*.

**Cristanella Eleonora:** la sua attenzione ai formatori del corso di con la tesi dal titolo *"Analisi qualitativa sulla percezione dei formatori del settore scientifico disciplinare MED/45 rispetto alla necessità di un'implementazione dei contenuti antropologici nel percorso degli studenti di infermieristica"*.

**Dittadi Manuela:** tesi in ambito di applicazioni tecnologiche, intitolata *"Valutazione dell'utilità di applicazioni per smartphone nella gestione della malattia nei soggetti con fibrosi cistica in età pediatrica: revisione della letteratura"*.

**Gallo Martha Giovanna:** focalizzata sull'ambito pediatrico, tesi rivolta ai neonati pretermine *"Studio osservazionale sulle conoscenze e competenze infermieristiche relative all'uso del latte umano donato nell'alimentazione del neonato pretermine"*

**Galmozzi Noemi e Gnechi Silvia:** Il lavoro di tesi *"Il paziente sottoposto a chirurgia esofagea: preabilitazione e aspetti infermieristici"* è un lavoro a quattro mani dalle colleghe. Il progetto affronta l'ambito delle competenze e le attività che caratterizzano questa particolare classe di pazienti sia sotto il profilo educativo sia sotto il profilo clinico assistenziale.

**Martella Marco:** il suo progetto di tesi si focalizza nell'ambito delle nuove frontiere del trapianto di midollo osseo con un elaborato dal titolo *"Il supporto nutrizionale al paziente adulto sottoposto a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche: una scoping review"*

**Pacella Rita:** il suo lavoro dal titolo *"Conoscenze, abilità e attitudini all'utilizzo dell'evidence-based practice da parte degli infermieri"* affronta il tema dell'Evidence applicato alla professione infermieristica.

**Pompeano Francesco:** il suo elaborato dal titolo *"Le fonti di aggiornamento utilizzate dagli infermieri: indagine in un ospedale milanese"* presenta i metodi scientifici e le modalità che permettono ai professionisti infermieri di acquisire le fonti della conoscenza scientifica che guidano i professionisti nell'operare assistenziale.

**Pini Olimpia:** il suo elaborato dal titolo *"L'autocura nella persona anziana con patologie croniche: studio osservazionale descrittivo"* affronta passaggi chiave del self-care nell'anziano con cronicità.

**Rinaldo Sebastiano:** suo progetto di tesi *"Percezione del disagio psicologico vissuto dagli homeless durante il periodo di lockdown in corso di pandemia da COVID-19"* offre riflessioni su una particolare classe di persone ovvero gli homeless e di come sia stato difficile per loro "perdere" i pochi punti di riferimento durante il primo lockdown nel marzo del 2020 a inizio pandemia.

A tutti i colleghi partecipanti, l'OPI ha dedicato una targa personalizzata ed un ringraziamento personale. L'emozione di rivedersi in presenza dopo mesi di conferenze digitali è stata importante. I neolaureati hanno avuto la possibilità di condividere il loro elaborato in pubblico alla presenza di un numero ristretto di parenti ed amici, che hanno potuto seguire le presentazioni nel rispetto delle regole anti-covid che ancora oggi condizionano gli eventi pubblici. Tutti gli elaborati presentati hanno stimolato interesse e domande di approfondimento, portando valore aggiunto alla manifestazione e non è stato facile per la commissione giudicatrice stabilire una classifica tra i lavori, ma al termine delle valutazioni il giudizio espresso ha assegnato un podio tutto al femminile con la premiazione dei lavori di **Dittadi Manuela**, al qual è stato assegnato il 3° posto ed il conferimento di un compenso economico di 500€, a **Bonalumi Eleonora**, come 2° classificata al quale è stato assegnato il premio di 700€, ed infine un 1° posto a 4 mani per il lavoro di tesi svolto da **Galmozzi Noemi e Gnechi Silvia**, alle quali è stato assegnato un premio di 1000€ che verrà suddiviso su entrambe le colleghe.

Ai tutti i colleghi che hanno partecipato va un sentito ringraziamento per i lavori portati e per la partecipazione e la professionalità dimostrata. Questa esperienza, pur ridotta in termini di possibilità di partecipazione da parte del pubblico, è una esperienza molto positiva. Arrivederci al prossimo anno con il Laurea DAY!



**Cristina Piuma Fiammetta**

Infermiera, collaboratrice di ricerca,  
Pronto Soccorso, Fondazione IRCCS  
"Ca' Granda" Ospedale Maggiore  
Policlinico Milano

*RN, nurse, research assistant, Emergency  
Department, IRCCS Foundation "Ca' Granda"  
Ospedale Maggiore Policlinico Milan  
cristina.piuma@policlinico.mi.it*

# “Buongiorno, come posso aiutarla?”

## L'esperienza dell'accoglienza in Pronto Soccorso durante l'emergenza Covid 19. Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

*“Good morning; how can I help you?” The experience of the patients' acceptance in the emergency room during the Covid 19 emergency in a university hospital in Milan*

### CONTESTO

L'Unità Operativa di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, ha subito in questi mesi di pandemia da Covid molteplici cambiamenti strutturali e organizzativi legati all'afflusso di pazienti e all'andamento dei contagi, per cui gli accessi e i reparti del Pronto Soccorso venivano repentinamente trasformati in COVID o NO COVID a seconda delle necessità del momento. La principale e più significativa modifica è stata quella di trasformare la sala d'attesa del Pronto Soccorso, in un'area di degenza con 12 postazioni letto, completamente autonoma nella gestione dei pazienti, definita AREA di OSSERVAZIONE BREVE a bassa intensità di cura, in supporto all'AREA di OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA. In questo contesto non è stato più possibile avere un luogo per accogliere gli accompagnatori e i parenti. Allo stesso tempo le nuove procedure aziendali legate alla pandemia, hanno vietato l'accesso ai parenti e accompagnatori alle aree di ricovero e degenza creando all'utenza disagio e problemi legati alla comunicazione.

### PROGETTO

Nell'ambito del progetto sulla "Riorganizzazione del Pronto Soccorso", ed in particolare nel contesto di un processo che vuole portare all'umanizzazione del pronto soccorso e della medicina d'urgenza, è stata individuata una figura professionale, che si occupasse principalmente di accoglienza. La legge di bilancio 2018 ha previsto con la "piramide della ricerca" a fine dicembre 2019, l'assunzione di tutti i ricercatori e collaboratori di ricerca precari all'interno degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico e questo ha permesso di avere un'infermiera che potesse dedicarsi al progetto. Il Pronto Soccorso, è per definizione e nella realtà un luogo dove l'utenza sperimenta il massimo del bisogno, del disagio fisico e la necessità di essere curato e ascoltato in un contesto spesso di "emergenza-urgenza", per eventi nella maggior parte dei casi, improvvisi e traumatici e dove

si affida totalmente ad altri a volte anche contro la propria volontà. A partire da questo, l'obiettivo che ci siamo posti è stato quello di sperimentare un'accoglienza attiva, con lo scopo di prevenire il manifestarsi di situazioni di estrema necessità o insofferenza, anticipando dove possibile le esigenze di tutti, con un approccio orientato verso la gentilezza, finalizzata anche a prevenire e bloccare eventuali atteggiamenti di ansia, sensazione di abbandono, aggressività e conflitti con il personale. Nella prima fase del percorso di organizzazione abbiamo cercato di capire quale fosse la migliore collocazione spazio-temporale, avendo a disposizione una sola persona e per un numero di ore limitato, quali fossero i reali bisogni dell'utenza e le maggiori criticità nella risoluzione di problemi. In tutto questo, problema non da poco, inserire questa nuova figura in un contesto di lavoro già ben strutturato per definizione di ruoli e compiti, senza creare sovrapposizioni o entrare in conflitto con il personale già presente, in particolare gli infermieri del Triage, i medici, i portieri e il personale amministrativo presente con un ufficio all'ingresso del Pronto Soccorso. L'arrivo della pandemia da Covid a fine febbraio 2020 è coincisa con l'avvio del progetto, inizialmente con oggettive difficoltà in partenza, in quanto questa nuova condizione di lavoro ha portato tutti gli operatori sanitari a gestire principalmente la nuova situazione emergenziale, rivedendo le priorità in base alle necessità del momento, e lasciando l'accoglienza ad un ruolo marginale e approssimativo. Nel corso dei mesi successivi, tra la fine di giugno e l'inizio della seconda ondata, c'è stato il tempo di strutturare il progetto, con metodi di lavoro e precisi strumenti, alla luce dell'esperienza vissuta. Il progetto è stato nuovamente discusso e rielaborato, individuando le principali problematiche emerse rispetto alla gestione dei pazienti, dei parenti, degli accompagnatori, alla necessità di avere una comunicazione efficace che possa in qualche modo colmare il vuoto che si viene a creare fra paziente e parente nel momento del ricovero e che crea in entrambi i casi, sconforto, paura e grande dolore.

I principali strumenti utilizzati sono stati:

- Un computer con accesso ai programmi aziendali di PSNET e di ACCEWEB per poter avere tutte le informazioni necessarie sui pazienti e sui reparti di degenza.
- Un cellulare aziendale con un numero dedicato, comunicato a tutti i parenti al momento del ricovero attraverso una brochure informativa in cui veniva spiegata la nuova gestione del pronto soccorso. Cellulare attivo dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 17.
- I tablet aziendali presenti nelle aree di degenza, con cui è stato possibile effettuare le videochiamate.

### LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: i punti di forza

La nuova organizzazione del progetto "accoglienza" è stata sperimentata nella sua completezza a partire dal mese di settembre ed ha avuto il suo apice nei mesi della seconda pandemia. Nell'ambito del pronto soccorso, la collocazione fisica ottimale è stata individuata all'ingresso dedicato ai pazienti COVID-negativi e a piedi per la possibilità di potersi muovere fra la portineria, il triage e l'ufficio a seconda delle richieste e dei bisogni, luogo ottimale anche per il primo approccio al paziente in termini di screening della sintomatologia COVID e per l'indicazione del giusto percorso di accettazione. L'incontro diretto con il familiare accompagnatore ha permesso di spiegare le nuove regole aziendali sull'ingresso e creare nella maggior parte dei casi, un rapporto di conoscenza utile per ottimizzare le informazioni successive, riducendo fin da subito eventuali situazioni di conflitto e disorientamento. Fondamentale l'inserimento precoce nella cartella di Pronto Soccorso dei numeri di telefono dei parenti e la consegna dei fogli informativi. Il cellulare aziendale in questi mesi della seconda ondata pandemica è stato il principale strumento di contatto fra i familiari e la struttura, per tutte quelle necessità di carattere pratico e organizzativo rispetto alla destinazione dei pazienti all'interno del Pronto Soccorso, ai ricoveri nei reparti di degenza e ai trasferimenti presso strutture del territorio lombardo. Il cellulare è stato utilizzato anche per informazioni di carattere sanitario e come tramite con i medici. La comunicazione è stata semplificata dalle conoscenze infermieristiche del collaboratore di ricerca che, molto spesso, è stato l'unico contatto fra pazienti e parenti nel caso in cui i primi fossero sprovvisti di cellulare personale o non in grado di utilizzarlo. La media delle chiamate ricevute è stata di 40 al giorno, considerando nelle settimane più critiche la presenza in pronto soccorso di 70/80 pazienti ricoverati. Un capitolo particolarmente delicato è stato quello legato alle videochiamate in area Covid. La presenza di tablet aziendali, donati all'ente nella prima pandemia, ha facilitato la videocomunicazione di pazienti prevalentemente ricoverati in area ad alta intensità di cura, spesso in gravi condizioni che hanno avuto la possibilità di salutare, a volte per l'ultima volta, i propri cari. Le videochiamate, eseguite mediamente due volte al giorno, sono sempre state pianificate con medici e infermieri, nel rispetto delle regole aziendali sulla privacy, su richiesta dei pazienti, dei parenti o del personale sanitario, spesso quando un commiato era necessario dallo stato terminale del paziente o prima dell'intubazione e successivo trasferimento in terapia intensiva. Il coinvolgimento emotivo di tutto il personale è stato davvero grande, ma estremamente utile nel processo di umanizzazione dell'ospedale di cui bisogna inevitabilmente tenere conto anche per il prossimo futuro. Una nuova procedura aziendale permette oggi l'ingresso dei familiari anche in area COVID in caso di estrema necessità. In questo caso il servizio

accoglienza si è occupato di accompagnare il parente fino al letto del paziente, seguendo le procedure aziendali a partire dalla corretta vestizione per l'accesso nelle aree COVID. Un aspetto non meno importante è stato la consegna ai pazienti di cellulari, caricabatterie, vestiti e valigie per ricoveri o trasferimenti presso altre strutture e l'organizzazione della riconsegna ai familiari degli effetti personali delle persone defunte.

### LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: le criticità

La principale criticità emersa è stata sicuramente dover lavorare in un luogo ad alto rischio infettivo, in quanto l'accesso al Pronto Soccorso, nonostante le opportune segnalazioni di accesso, avveniva anche per pazienti Covid potenzialmente o effettivamente positivi e la conseguente necessità di lavorare tante ore utilizzando tutti i DPI necessari e doverli cambiare con una frequenza superiore alla norma. Non sempre è stato facile far capire all'utenza le regole imposte dall'emergenza Covid. Di fronte alla gravità della malattia e allo stato di sofferenza del paziente, chi lo accompagna e si è sempre preso cura di lui, fatica moltissimo a "lasciarlo andare". La paura di un distacco che poteva diventare "per sempre", ha creato molte situazioni di incomprensione e di grande dolore. "Io da qui non me ne vado" è stata l'affermazione più ricorrente in questi mesi, che strideva con la necessità di avere le aree di accesso al pronto Soccorso il più possibile libere da persone non addette ai lavori. Non sempre gli accompagnatori accettavano di andare a casa e stazionavano per ore nelle aree esterne del pronto soccorso o affrontavano il personale con maleducazione e violenza verbale. Un'ultima criticità evidenziata è stata la tempistica del servizio, attivo solo nei giorni feriali e solo per sette ore al giorno, nei periodi di massimo affollamento è sicuramente riduttivo e non garantisce una continuità di processo.

### CONCLUSIONI

La presenza nell'Unità Operativa di una figura addetta all'accoglienza è stata sicuramente una cosa positiva. Agire, senza interferire troppo e invadere gli spazi di medici e personale infermieristico, ma lavorare come supporto in spazi strategici dal punto di vista funzionale, ha permesso di migliorare il lavoro, in particolare per il personale del triage che ha visto ridursi notevolmente il numero delle interruzioni improprie durante le attività. L'approccio precoce alle problematiche non strettamente sanitarie legate alla malattia, ma di tipo logistico, informativo, la chiarezza delle nuove regole, la disponibilità all'ascolto, il saper rispondere in maniera pronta ed efficace ai bisogni secondari dell'utenza e degli accompagnatori, ha sicuramente portato ad avere una diminuzione dello stress, della paura, della tensione, creando un clima di lavoro più sereno ed efficace.

### RINGRAZIAMENTI

Grazie a tutto il personale medico, infermieristico e di supporto dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso per avermi sempre aiutato e sopportato, alla Dottoressa Paola Bosco, Responsabile Infermieristica dell'Area Emergenza e Urgenza, a Monica Pecorino Meli e Marta Chiara coordinatrici del Pronto Soccorso, per aver reso possibile l'esperienza dell'accoglienza in un periodo per loro particolarmente difficile e faticoso, ai portieri per le loro chiamate, sempre precise e attente. Ma un grazie particolare va al Prof. Giorgio Costantino, Direttore dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso, per aver ideato e creduto in questo progetto.

**Bibliografia disponibile sul sito della rivista**

**Sara Dionisi**

Dottoranda di ricerca, Università degli Studi di Tor Vergata; Roma  
PhD student, University of Tor Vergata; Rome

**Noemi Giannetta**

Dottore di Ricerca, Università degli Studi di Tor Vergata, Roma; Assegnista di ricerca, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano  
PhD; University of Tor Vergata, Rome; Research fellow, Vita-Salute San Raffaele University, Milan.  
noemi.giannetta@uniroma1.it

**Sara Ianni**

Infermiera, Sapienza Università di Roma; Roma  
Nurse, Sapienza University of Rome; Rome

**Gloria Liquori**

Infermiera, Sapienza Università di Roma; Roma  
Nurse, Sapienza University of Rome; Rome

**Marco Clari**

Ricercatore, Università degli Studi di Torino; Torino  
PhD; Researcher, University of Turin; Turin

**Aurora De Leo**

Infermiera, IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri; Roma  
Nurse, IRCCS Hospital Physiotherapy Institutes; Rome

**Rosaria Cappadona**

Ostetrica, Università di Ferrara, Ferrara  
Midwife, University of Ferrara, Ferrara

**Fabrizio Petrone**

Direttore DITRAR, IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Roma  
CNO, IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Rome

**Marco Di Muzio**

Ricercatore, Sapienza Università di Roma, Roma  
Researcher, Sapienza University of Rome, Rome

**Emanuele Di Simone**

Dottore di ricerca, IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Roma  
PhD, IRCCS Hospital Physiotherapy Institutes, Rome

# Il setting domiciliare e gli errori terapeutici: nuovi paradigmi infermieristici

*The home setting and therapeutic errors: new nursing paradigms*

**INTRODUZIONE**

L'evoluzione della dinamica demografica e la crescente prevalenza delle malattie croniche hanno imposto un cambiamento radicale rispetto al "luogo di cura", decentralizzando l'assistenza dall'ospedale al territorio. Stando ai dati forniti dall'ISTAT (Istituto Superiore di Sanità) nel 2020, sono circa 7 milioni le persone che vivono in Italia con più di 75 anni (circa 11,7% dell'intera popolazione) (ISTAT, 2020). Le stime future disegnano una popolazione italiana sempre più anziana, con un impatto notevole sulla spesa sanitaria nazionale (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2019). Tali dati impongono una riflessione sulla rivalorizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, che porti la cura direttamente al domicilio della persona. A tal proposito, l'indagine di Italia Longeva (2018) fa il punto su alcune tendenze evolutive nazionali, sottolineando un trend positivo di crescita dell'utenza assistita a domicilio dal punto di vista sanitario. Si evince infatti, un progressivo e costante aumento della numerosità dei casi presi in carico nelle cure domiciliari (+41% tra il 2014 e il 2017) ed emerge la costante crescita del numero di anziani assistiti a domicilio in termini assoluti (+86% per gli ultrasessantacinquenni e +44% per gli ultrasessantacinquenni, nel periodo temporale tra il 2014 e il 2017). Nonostante l'impegno posto, in particolare da al-

cune regioni, nel trasformare gli ospedali con un'apertura verso il territorio, sembrerebbe che l'offerta di assistenza sanitaria nel nostro Paese evolva troppo lentamente rispetto al netto modificarsi della domanda e che gli ospedali rimangano motore "immobile" della salute italiana (Il sole 24 ore, 2017). In questo contesto l'assistenza domiciliare potrebbe rappresentare una giusta soluzione al mutamento dei bisogni sanitari della popolazione italiana. Lo scopo di questo lavoro è quindi quello di esplorare lo stato dell'arte dell'assistenza domiciliare italiana, focalizzando l'attenzione sugli errori da terapia farmacologica, uno degli aspetti critici dell'assistenza infermieristica.

**Lo "stato d'arte" dell'assistenza domiciliare in Italia**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'assistenza domiciliare come "la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione" (OMS, 2008). In particolare, si fa riferimento all'insieme di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e di interventi al domicilio del paziente che mirano a fornire cure mediche, infermieristiche e di tipo assistenziale in forma integrata, nel rispetto dei diritti del paziente al fine di evitare ricoveri impropri e istituzionalizzazioni non adeguate (Bankston-White & Birmingham,

2015; Silva, Seixas, Feuerwerker & Merhy, 2010). Tale modalità di assistenza ha, tra l'altro, come obiettivi la promozione di programmi di dimissione protetta delle strutture sanitarie, la realizzazione di interventi di educazione sanitaria sia sul paziente che sulla famiglia e l'integrazione tra territorio e ospedale (Cipolla, Marcadelli, Rocco & Stievano, 2017; DPCM 12 gennaio 2017). In generale, l'assistenza domiciliare italiana rappresenta un servizio gestito dalle aziende sanitarie locali, territorialmente competenti, insieme ai comuni, con lo scopo primario di tutelare i pazienti non autosufficienti, affetti da patologie cronico-evolutive o temporanea disabilità, per garantire la permanenza presso il proprio domicilio, attraverso un'assistenza a carattere multidisciplinare (Società Italiana di Igiene, 2016). All'interno delle mura domestiche, in relazione al bisogno dell'assistito, è possibile fornire i seguenti tipi di prestazioni (Ministero della Salute, 2019):

- Assistenza Domiciliare (AD): prestazioni socio-sanitarie erogate al domicilio dell'assistito;
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e/o riabilitative) erogate a domicilio dell'assistito e rivolte solo all'episodio patologico in atto, di cui il Medico di Medicina Generale (MMG) è il referente.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): insieme integrato di trattamenti sanitari e sociosanitari, erogati a domicilio della persona in modo coordinato e continuativo. Viene realizzato un piano assistenziale individuale a domicilio tramite l'integrazione di diverse figure professionali per garantire un'assistenza completa e ottimale a casa dell'assistito.

Tra le differenti tipologie di assistenza domiciliare presenti sul territorio italiano, l'ADI rappresenta la forma più avanzata, in quanto garantisce l'integrazione delle attività specifiche dei diversi professionisti sanitari permettendo così di centralizzare i bisogni dell'assistito realizzando un progetto unitario.

### Gli errori da terapia farmacologica nel setting domiciliare

L'assistenza domiciliare è senz'altro uno dei servizi in cui la presenza dell'infermiere gioca un ruolo determinante, spesso risolutivo. Il curare e il prendersi cura di persone anziane e/o con malattie in fase avanzata o terminale, nell'ambito delle mura domestiche e con il solo supporto dei *caregivers*, porta con sé delle sfide. Infatti, in questo contesto, tutti gli operatori sanitari sono soli, esposti in prima persona e chiamati alla gestione dei bisogni socio-sanitari dell'assistito affidandosi unicamente al proprio bagaglio di competenze. Inoltre, il professionista che opera in tal contesto deve essere sempre pronto ad affrontare e risolvere in maniera tempestiva e efficace situazioni non prevedibili, nonché essere in grado di disegnare, in fase di presa in carico, un percorso assistenziale e terapeutico che permetta di "riconciliare" i bisogni "vecchi e nuovi" dell'assistito. Punto critico durante tale fase di transizione è rappresentato da una adeguata gestione del processo farmacologico che permetta di arginare il più possibile eventuali errori da terapia farmacologica, definiti come "ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile, che può portare ad un uso inappropriato del farmaco o a un rischio per il paziente" (NCCMERP, 2017). Nel setting dell'assistenza domiciliare, i fattori di rischio più frequenti che possono portare al verificarsi di un errore da terapia farmacologica possono essere legati a due categorie: professionista sanitario e paziente. In riferimento al primo, spesso la scarsa ed inefficace comunicazione in-

terprofessionale, le distrazioni, la stanchezza o l'eccessivo carico di lavoro possono contribuire alla genesi dell'errore da terapia (Di Simone et al., 2020; Giannetta et al., 2019; Wittich et al., 2014). In riferimento alla seconda categoria, è da notare che la maggior parte dei pazienti sono anziani, possono presentare deficit cognitivi, spesso presentano comorbidità in atto che richiedono necessariamente un utilizzo di più farmaci, tutti fattori che possono aumentare il rischio di errore (Meyer-Masseti et al., 2018; Sockolow et al., 2017). Il ruolo dell'infermiere nel controllo e nella gestione della terapia farmacologica nel momento della presa in carico al domicilio diviene quindi fondamentale. L'infermiere domiciliare deve consultare la scheda di terapia compilata al momento della dimissione ospedaliera e successivamente modificata dal medico di medicina generale. La verifica che non ci siano discrepanze terapeutiche o altri problemi riguardo ai farmaci viene effettuata attraverso la ricognizione e riconciliazione farmacologica, un processo sistematico che serve per raccogliere informazioni precise riguardo i farmaci ed altri prodotti assunti dal paziente (OMS, 2016). In Italia, la riconciliazione farmacologica è stata inserita tra i criteri e i requisiti di accreditamento che le regioni e le strutture sanitarie devono garantire ai propri utenti. A tale proposito il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione n. 17/2014 con l'obiettivo di realizzare prescrizioni corrette per promuovere la sicurezza terapeutica grazie all'utilizzo della riconciliazione farmacologica (Ministero della salute, 2018). I professionisti sanitari sono meno abituati a cooperare in contesti ambientali differenti da quello ospedaliero, come appunto quello domiciliare, e sono anche meno abituati a considerare le fasi della terapia come parte integrante dello stesso e unico processo al quale bisogna garantire sicurezza e continuità assistenziale. Questo si verifica soprattutto perché non è sempre possibile avere disponibile ad orario continuato tutte le figure professionali di riferimento (Cheong et al., 2019). Per cercare di limitare il rischio dei *medication errors* in ambito domiciliare è opportuno individuare e mettere in atto dei comportamenti sicuri di gestione farmacologica. In base a quanto emerso dalla letteratura, nell'ottica della riduzione dell'errore è necessario:

- individuare un modello di collaborazione infermiere-farmacista per garantire maggiore sicurezza nella gestione del processo terapeutico (Elliot et al., 2017);
- promuovere percorsi e programmi di formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore in ambito domiciliare e per sviluppare le competenze adeguate in tale setting;
- diffondere l'utilizzo della tecnologia, per aumentare l'accuratezza della riconciliazione farmacologica, facilitando il passaggio di informazioni tra i professionisti e conseguentemente rendendo più efficace la comunicazione interdisciplinare (Brody et al., 2016; Sheehan et al., 2018).

Alla luce di quanto esposto è evidente che lo sguardo dei cittadini, dei professionisti e delle Istituzioni sanitarie deve essere rivolto sempre più all'implementazione di modelli assistenziali e organizzativi nel contesto domiciliare, in grado di intercettare e prevenire ogni forma di errore. Tale riflessione è in linea con quanto dichiarato da Raymond Illsley in *Home Care for older people in Europe: "è sorprendente quanto poco si sappia dell'assistenza domiciliare nei paesi europei"* (Jamieson, 1991).

**Conflitti di interesse.** Non sussistono conflitti di interesse di alcuna natura per ciascun autore.

**Bibliografia disponibile sul sito della rivista**

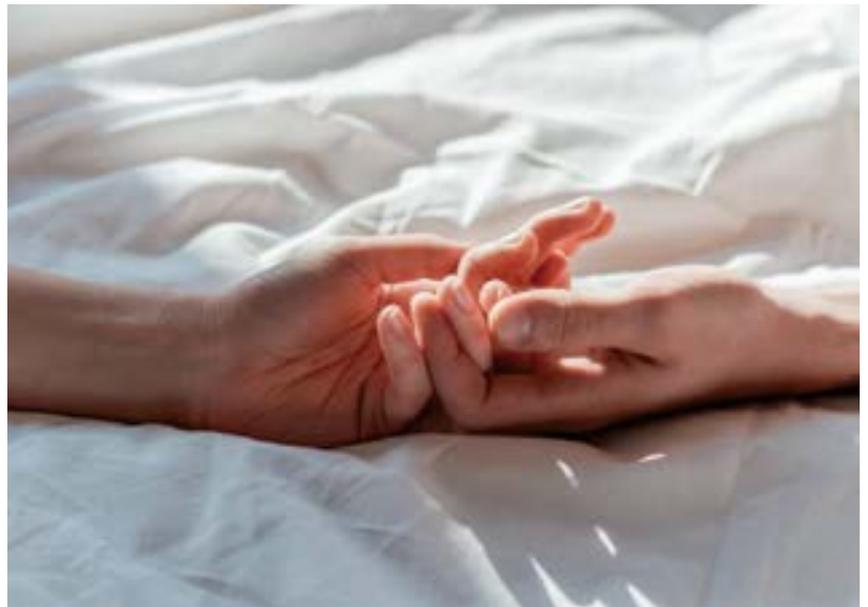


### Helga Di Cristofaro

Infermiere, Libera professionista  
RN, Freelance nurse  
Helga.D@tin.it

# Sessualità e disabilità, una questione ancora sommersa

*Sexuality and disability, a matter still submerged*



### RIASSUNTO

A livello legislativo molti sforzi sono stati fatti a sostegno dei diritti, della dignità e della libertà umana nella disabilità. Molte leggi sono state promulgate per rendere nulla la disuguaglianza civile a fronte di una disuguaglianza naturale, cercando di inquadrare la disabilità come condizione socialmente acquisita e non come malattia. Così facendo è stato puntato un faro sulla scottante questione della sessualità nella disabilità. Purtroppo nell'opinione comune la sessualità nei disabili non costituisce un ambito di rilievo fra i bisogni primari. Il percorso di formazione di identità sessuale in un soggetto disabile è per tale motivo costellato da pregiudizi e stereotipi difficili da scardinare e che rendono il cammino verso l'emancipazione molto faticoso. Cambiare questa situazione passa inevitabilmente attraverso una sensibilizzazione sociale che preveda l'attuazione pratica e non solo formale della parità dei diritti, con campagne a lungo termine di sensibilizzazione sociale, sostegno alle famiglie e soprattutto la creazione di differenti figure professionali specifiche. Un impegno importante che deve scuotere l'opinione pubblica verso l'inclusione della disabilità, le cui scelte non devono essere condizionate ma consapevoli, e in cui la sessualità è vista come una normale tappa della vita di ognuno. Attraverso questo lavoro si vuole far emergere come il binomio sessualità/disabilità sia ancora sommerso, poco dibattuto e faticosamente affrontato nelle istituzioni. Le prospettive legate alla sessualità per i disabili, fino ad un cambio sistemico e strutturale globale, oggi sono essenzialmente legate ai pochi progetti educativi esistenti che dovrebbero sempre più puntare al superamento della mancanza di autonomia ed autodeterminazione. Parole chiave: sessua-

lità, disabilità, normative, identità sessuale, inclusione, figure professionali, autodeterminazione.

### ABSTRACT

On a legislative level, many efforts have been made to support disability about human rights, dignity and freedom. Many laws have been promulgated to even civil inequality while facing natural odds, trying to contextualize disability as a socially acquired condition instead of framing it as a disease. In doing so, a pressing matter has been stressed out about the relevance of sexuality in disability: common belief does not consider sexuality in the disabled individuals as an important area among primary needs but just as a negligible one. Hence, the path towards forming a sexual identity in a disabled person is filled with prejudices and stereotypes hardly overcome, which make the route towards emancipation a challenging task. To change this situation, we must inevitably pass through a social awareness that provides a formal implementation of equal rights and a practical one, with long-term social awareness campaigns, support for families, and, above all, the creation of different specific professional figures. This is an important commitment that aims to awake public opinion towards the inclusion of disability, whose choices must be made thanks to the awareness and not through conditioning, and in which sexuality is seen as a normal stage in everyone's life. Through this work, we aimed to

highlight how the sexuality/disability binomial is still unexplored, little debated and difficultly tackled by the institutions. Today the perspectives related to sexuality for the disabled, until we get a global systemic and structural change, are essentially dependent upon the few existing educational projects that should increasingly aim to overcome the lack of autonomy and self-determination. Keywords: sexuality, disability, regulations, sexual identity, inclusion, professional figures, self-determination.

### Disabilità e diritto alla sessualità

La realtà dei disabili può essere percepita come quella di una minoranza della popolazione, in cui l'aspetto della sessualità è vissuto con distacco o inesistente. Se poi si pensa a una sessualità che si discosta da quella eterosessuale, si entra quasi in una dimensione difficilmente contemplabile. Un silenzio assordante che lascia in completa solitudine queste persone. Una situazione in cui le problematiche non sono mai state evidenziate e di conseguenza le conoscenze non sono mai state adeguatamente approfondite, privando in definitiva i disabili dei necessari percorsi di sostegno cui avrebbero bisogno/diritto. Dagli anni '80 un crescente interesse su tale argomento ha creato la possibilità di spazi di riflessione per riconoscere il diritto all'affettività e alla sessualità delle persone disabili, in modo da creare centri, sostenere le famiglie, formare personale qualificato per la riabilitazione e sdoganare tale concetto all'intera società, completamente cieca nei riguardi di questo diritto inalienabile. Rousseau nel 1755 affermava che "la differenza naturale degli uomini non spiega affatto la loro disuguaglianza sociale, è la storia che li rende disuguali, non la loro natura" (Rousseau J.J., 1755)<sup>1</sup> mettendo l'accento sulla differenza tra disuguaglianza civile, dovuta all'evoluzione sociale dell'uomo, e disuguaglianza naturale, dovuta alle differenze fisiche fra gli individui. Questo concetto viene sottolineato in molte fonti del diritto:

- **Art. 2 della Costituzione italiana** «la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità».
- **Art. 2 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite** «ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciati nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione»
- Inoltre l'**Assemblea Generale dell'ONU** nel 1993 ha promosso un documento attraverso il quale viene riconosciuto a tutti i portatori di handicap «il diritto di fare esperienza della propria sessualità, di vivere all'interno di una relazione, di essere genitori, di essere sostenuti nell'educazione della prole da tutti i servizi che la società prevede per i normodotati, compreso il diritto di avere un'adeguata educazione sessuale», sperando e augurandosi che con questo documento gli Stati Membri si facciano promotori del superamento degli stereotipi culturali che impediscono il riconoscimento di questi diritti.

Norme di questa caratura evidenziano il rispetto della specie umana nella sua totalità e diversità. A sostegno della dignità e della libertà umana, nessun atto di discriminazione è ammesso, pertanto coloro che vengono giudicati come emarginati, diversi, devono godere di una logica maggiormente inclusiva. Occorre stimolare

atteggiamenti positivi, favorire la solidarietà, sostenere il diritto di fruire degli spazi comuni, incentivare la partecipazione a pieno della vita comunitaria delle persone in quanto tali. Questi concetti prevedono un approccio alternativo nei confronti della diversità, che non deve più essere recepita come un problema: è solo con tale approccio che le minoranze possono essere incluse e possono sentirsi come parte integrante della comunità. Nel 2010 l'OMS ha dato una definizione operativa in merito ai diritti sessuali: «il raggiungimento della salute sessuale è legato alla misura in cui i diritti umani vengono tutelati, protetti e rispettati. I diritti sessuali abbracciano alcuni diritti umani che sono già riconosciuti nei documenti internazionali sui diritti umani e in altri accordi, oltre che nelle leggi nazionali [...]. I diritti sessuali consistono nell'applicazione dei diritti umani esistenti per la sessualità e la salute sessuale. I diritti sessuali proteggono i diritti di tutte le persone affinché possano soddisfare ed esprimere la loro sessualità e godere della salute sessuale, nel rispetto dei diritti degli altri e in un quadro di protezione contro la discriminazione». Tuttavia, ad oggi, le persone con disabilità vivono una condizione di invisibilità e spesso negano a loro stessi la possibilità di compiere le esperienze sociali, affettive e sessuali che desiderano, per non dover manifestare la propria condizione, con il risultato di essere invisibili tra gli invisibili.

### Evoluzione della definizione di disabilità

La prima definizione di disabilità, data dall'OMS nel 1980 si basava sul classico modello medico in cui la disabilità di un soggetto è data da una malattia, ponendo l'accento sul malfunzionamento dovuto a cause organiche, stigmatizzando le persone e non il disturbo. In seguito, nel 1997, l'ICIDH (Classificazione delle Menomazioni, delle Disabilità e dell'Handicap), presentato dall'OMS, ha affrontato il tema della disabilità come tema complesso che abbraccia le funzioni e strutture del corpo, le attività e la partecipazione. La revisione del 2001 come Classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità e della salute (ICF) ha posto l'accento sulla salute come qualità della vita della persona attraverso l'analisi del funzionamento (funzioni corporee, attività e partecipazione), della disabilità (limitazione, restrizione alla partecipazione), dei fattori ambientali e personali. Quindi l'attenzione si è spostata sul benessere individuale, sulla qualità della vita e sulla libertà di vivere, andando oltre la condizione di disabilità, inglobando anche gli aspetti delle emozioni, della socialità e del benessere delle persone. L'handicap è considerabile in definitiva una condizione relativa ai fattori ambientali, dovuti all'organizzazione sociale, che tiene in poco conto le persone che hanno un qualsiasi impedimento, e non una condizione assoluta. In tale modo il focus viene spostato dalle persone disabili all'organizzazione della società contemporanea. In quest'ottica, la parola disabile assume il significato di condizione socialmente acquisita a partire da stati di salute svantaggiati, attribuendo all'ambiente la responsabilità della situazione di svantaggio delle persone.

### Sesso, sessualità e disabilità a confronto

Il percorso di formazione dell'identità sessuale è comune a tutti gli individui, esso coinvolge dinamiche e processi molto profondi che non si esauriscono nella mera fisicità ma si valorizzano nelle dimensioni connesse all'affettività e all'intimità. La sessualità non può essere relegata semplicemente ad un atto, ma è essere, partecipare, condividere, sentire, mostrarsi ad un altro. La sessualità ha

una dimensione biologica (ovvero come viene vissuto il proprio corpo), una dimensione sociale (ovvero un insieme di norme) ed una dimensione psicologica, caratterizzata da fantasie, tendenze, atteggiamenti. Questo percorso può risultare faticoso e non privo di eventi a volte dolorosi che contribuiscono alla formazione dell'individuo, il quale, in presenza di una disabilità, può subire condizionamenti tali fino a misconoscere o negare la sessualità stessa. Tutto questo accade perché la realtà esterna è per lo più composta da individui che, nel rapportarsi con la disabilità, cadono preda dei loro pregiudizi e stereotipi su ciò che presuppongono essere diverso da sé. In base a quanto affermato non dovrebbero più esistere difficoltà per le persone disabili nel proprio percorso di sviluppo umano, tipicamente tendente alla realizzazione di sé.

Ciononostante, i disabili percorrono un cammino di emancipazione molto faticoso: l'immagine di sé nel rapporto con le persone all'interno di una relazione viene infatti costantemente e inevitabilmente rimandata dall'interlocutore come deficitaria, non le viene data l'opportunità di esprimere sé stessa nella sua totalità, limitata dalle aspettative dell'interlocutore, viziate a priori. È evidente la conseguenza di negare alla persona disabile, così facendo, la possibilità di entrare in relazione con un reciproco riconoscimento, confinandola quindi quasi in un rapporto non vero, subordinato alle aspettative dell'altro. È viceversa la capacità dell'altro di mettersi nei panni del disabile che permette l'incontro con la diversità, gettando le basi per un rapporto paritario di crescita. Oltre alla disabilità bisogna fare i conti con la questione delicata della sessualità. È un argomento scomodo, che il giudizio cattolico nel tempo ha reso disdicevole, inappropriato, impuro, esperibile solo ai fini procreativi. Difficile rispondere a tali questioni, tanto più se si cerca di evidenziare le norme legisla-

tive che abbiano eventualmente recepito tale cambiamento della società. Emblematico è il caso italiano in cui, ad oggi, nessuna specifica legge sulla sessualità delle persone disabili è stata ancora promulgata. Esiste solo una proposta di legge avanzata da Maximilliano Ulivieri, responsabile del progetto "Lovegive", con l'obiettivo di istituire la figura dell'assistente sessuale in Italia. A tale scopo il suo disegno di legge dal titolo *Disposizioni in materia di sessualità assistita per persone con disabilità* (2014) contiene un unico articolo (*tutelare la sessualità e il benessere psicofisico delle persone con disabilità e ridotta autosufficienza a livello di mobilità e motilità*). Ad oggi in parlamento non è stata ancora discussa questa proposta di legge: le ragioni sono molte, ma sicuramente quella più consistente è legata all'influenza culturale della religione dominante cattolica romana. Riprendendo Maximilliano Ulivieri, «ci sforziamo di venire incontro alle persone con disabilità per ogni loro bisogno che non possa essere svolto in completa autonomia: le aiutiamo a vestirsi, spogliarsi, mangiare, lavarsi. Diamo loro carrozzine elettriche per muoversi, macchine con comandi speciali, computer dotati delle più moderne tecnologie, dotiamo le loro case di soluzioni domotiche che consentano una vita indipendente. Eppure, di tutti questi

diritti - di cui nessuno metterebbe in dubbio la legittimità - ce n'è uno che viene sistematicamente taciuto, omesso, rimosso: quello alla sessualità. Toccarsi ed essere toccati, necessità naturali per chiunque, diventano questioni scabrose, disturbanti, scomode se riferite alle persone con disabilità» (Ulivieri, 2014)<sup>2</sup>. Come si vede, nonostante i progressi culturali e sociali intervenuti, i pregiudizi che la società ha nei confronti della diversità mantengono radici profonde da scardinare, pregiudizi che portano a vedere i soggetti disabili come malati e non come persone in cui il sesso e la sessualità, sentiti ancora come un tabù, costituiscono un aspetto delicato. Si può ragionevolmente affermare che tutto ciò nasce dall'equivoco in cui spesso le persone incappano, non riuscendo a differenziare il concetto di sesso, associato all'aspetto puramente corporeo materiale, da quello di sessualità, in cui viceversa si fondono numerosi aspetti di natura psicologica e relazionale e dove le sensazioni e le emozioni, nati dalla mutua accettazione dell'altro, si legano a doppio filo in un gioco di piacere e sintonia profonda tra due persone. Pensare che sesso e sessualità siano la stessa cosa prepara il

campo al pregiudizio e allo stereotipo che una persona disabile in quanto "malata" sia impossibilitata a fare sesso e quindi ad avere una sessualità, condizione quest'ultima erroneamente valutata non esperibile al di là dell'atto puramente carnale. La mancata apertura della società fa sì che esista il problema della sessualità nella disabilità; ciò scaturisce in definitiva dal preconcetto secondo cui per avere una propria sessualità occorre avere un corpo funzionante e attraente. Questa prospettiva fa sì che la persona con disabilità venga vista, ancora oggi, solo in riferimento al suo deficit, in un'ottica puramente assistenzialistica, in cui è precluso ogni progetto di autonomia e autorealizzazione. Le priorità

si concentrano esclusivamente su bisogni di tipo primario come l'igiene, l'educazione, l'istruzione; la sessualità non costituisce un ambito sufficientemente importante per essere affrontato. Questa visione è suffragata dalla convinzione che molti hanno del disabile come di un eterno bambino sempre bisognoso di cure. Condizione a causa della quale non vi è possibilità di crescita e maturazione. Un'altra convinzione del pensare comune è credere che la persona disabile sia un individuo asessuato e quindi privo di desideri sessuali. Al contrario, il disabile, come il normodotato, ha bisogni fisici e affettivi e ignorare quest'ultimi costituisce una violazione all'autorealizzazione, che invece è un processo che deve inevitabilmente passare attraverso un percorso di maturazione e socializzazione, caratterizzato da emozioni, sentimenti e rapporti sperimentati nel proprio vissuto, in cui la sessualità è una tappa importante per la propria evoluzione. Una società veramente inclusiva riconosce l'identità sessuale di ogni persona.

### Educazione ed assistenza sessuale ai disabili

Riprendendo il principio secondo cui il disabile è portatore di bisogni sia fisici che affettivi, oggi difficilmente riconosciuti nelle so-



cietà attuali, è possibile fare qualche puntualizzazione sugli aspetti di assistenza a tali bisogni. Il concetto di assistenza sessuale trova origine nei paesi anglosassoni. Esso si sostanzia attraverso l'idea di «essere con, essere presente e aiutare concretamente» (Cathrine Agthe Diserens e Françoise Vatré, 2012)<sup>3</sup> le persone con disabilità, anche attraverso interventi fisici. Secondo tale concetto, l'assistente sessuale si configura come un professionista adeguatamente formato in grado di 'accompagnare' alla sessualità la persona disabile. L'approccio è strettamente correlato e dipendente dalle regolamentazioni sulle prestazioni sessuali vigenti nei vari paesi. Tale criticità è maggiormente evidenziata attraverso i lavori di Joachim Walter, in cui l'assistenza sessuale viene declinata in due categorie, *assistenza sessuale passiva ed assistenza sessuale attiva* (Walter J, 2014)<sup>4</sup>, descritte nel primo caso facendo riferimento a misure che creano le condizioni per consentire alle persone con disabilità di soddisfare i bisogni sessuali, mentre nel secondo caso ipotizzando il coinvolgimento attivo di una persona nell'interazione sessuale, con particolare riferimento a servizi a pagamento attraverso i quali vengono professionalmente offerte cure di ogni tipo nonché rapporti sessuali. Da diversi anni paesi come Germania, Olanda, Danimarca, Austria e Svizzera (tedesca) prevedono la figura dell'assistente sessuale alle persone con disabilità. Tale figura è resa disponibile attraverso operatori che hanno completato un percorso di formazione. L'assistente sessuale, con la sua professionalità, assiste le persone con disabilità a sperimentare l'eroticismo e la sessualità. La figura dell'assistente sessuale è tuttavia solo un piccolo passo nella costruzione di un percorso che possa portare le società ad essere effettivamente inclusive nel riconoscimento dei diritti e dell'identità sessuale di ogni persona. In altri paesi come la Francia, la Spagna e l'Italia, sembrerebbe che i freni culturali e legislativi alla creazione di tale professionista pubblicamente riconosciuto siano profondamente radicati nel contesto sociale, tanto da rappresentare un ostacolo oggi difficilmente superabile. Nella situazione italiana l'assistenza sessuale è drasticamente ostacolata dalla legge Merlin (legge Merlin n. 75/1958), che pone fuorilegge ogni tipo di prestazione sessuale a pagamento, e dalla definizione nel codice penale del reato di prosenetismo, che riguarda qualsiasi tipo di intermediazione a carattere sessuale. Ciò di fatto blocca qualsiasi possibilità di creazione di servizi di assistenza sessuale, sia passiva che attiva, mettendo oltretutto a repentaglio la libertà di associazioni che, già operative su base volontaria, cercano di dare sostegno alla disabilità. È il caso della già citata associazione "LoveGiver" e dei suoi sforzi di dare voce a persone con disabilità, al loro disagio sulle questioni sessuali, ai loro familiari e ai "caregiver"<sup>5</sup> su una questione molto dibattuta ma poco approfondita. Va chiarito a questo punto come, a dispetto di tutte le iniziative pubbliche e su base volontaria che oggi si sta faticosamente portando avanti nei vari paesi, un'assistenza sessuale in senso stretto non può essere ritenuta una risposta esaustiva. Questo fondamentalmente perché riconoscere

la figura dell'assistente sessuale vuol dire innanzi tutto preparare la società ad accettare tale figura. L'assistenza sessuale, infatti, non può che diventare 'naturalmente significativa' solo in presenza di un'adeguata e pervasiva predisposizione sociale al significato di sessualità. Ecco che diventa necessario rimodulare il significato di assistenza sessuale, ampliandone il contesto ed estendendone il perimetro agli aspetti formativi (degli operatori) ed educativi (sia del portatore di disabilità, che del normodotato) a tutti i livelli e nelle istituzioni. A livello legislativo andrebbero avviati programmi di istruzione (*istituzioni scolastiche e percorsi professionali*) per tutte le figure che gravitano attorno alla disabilità, ma non solo, andrebbero avviati percorsi educativi dedicati ed obbligatori di educazione sessuale nelle scuole sia primarie che secondarie e in generale per ogni fascia di età, redigendo programmi ministeriali in maniera da non abbandonare a loro stessi i singoli docenti e le associazioni dei genitori. È solo così che diventa possibile inquadrare la questione della sessualità delle persone con disabilità in un più ampio e decisamente più esaustivo contesto culturale, sociale, normativo e in definitiva superare le barriere, per dirla con Croce (Croce L., 2012)<sup>6</sup>, strutturali e attitudinali.



### Prospettive possibili

Il tema della sessualità nella disabilità, con differenze nei vari paesi, è ad oggi ancora sommerso, faticosamente affrontato nelle istituzioni, non efficacemente analizzato e fonte di progetti, sia educativi che di sostegno, in numero ancora troppo limitato e di tipologia ancora troppo disomogenea e destrutturata per soddisfare gli obiettivi di inclusione alla base del 'diritto alla sessualità'. Date per acquisite le linee di principio, secondo cui viene considerato come imprescindibile il riconoscimento della sessualità come un diritto

in senso generale ed un diritto all'autodeterminazione in senso più stretto, e riconosciuto di conseguenza, citando Giancarlo Posati (Posati G., 2001)<sup>7</sup>, che non si può distinguere tra una sessualità normale e una sessualità del portatore di handicap, quali prospettive di emancipazione possono oggi avere i disabili (e le loro famiglie) nei confronti del diritto alla sessualità? È evidente che sino al realizzarsi dell'auspicabile cambio strutturale e sistemico cui si accennava precedentemente, allo stato dei fatti la risposta a tale domanda è quasi esclusivamente contenuta nei progetti educativi specifici, mirati ai disabili e alle loro famiglie. Riprendendo un concetto già espresso, uno dei presupposti fondamentali dei progetti educativi rivolti alle persone disabili deve riguardare in primis il livello di autonomia e di conseguenza i più ampi spazi di autodeterminazione. Questo è certamente vero in tutti gli ambiti umani, ma si è visto come possa diventare di estrema difficoltà se applicato al tema della sessualità. Un obiettivo oggi sicuramente perseguibile in ogni progetto educativo è il superamento di quanto in letteratura sia stato denunciato con forza, con riferimento alla mancanza di attenzione alla *libertà di scelta* da parte dell'individuo, che troppe volte riceve meramente "istruzioni" su come comportarsi di fronte

ad un bisogno solitamente caratterizzato da intimità, come è quello della sessualità. Il punto, fisiologico, semplice e sorprendente al tempo stesso, è che, come per ogni essere umano, la vita sessuale ed affettiva delle persone con disabilità è regolata da centri del sistema nervoso centrale: «la parte del cervello che ci fa venire il desiderio sessuale, ci fa crescere nella sessualità, è una parte che normalmente non è stata toccata dalla lesione che ha generato l'handicap. È una parte legata alla sopravvivenza e, se fosse molto danneggiata, avremmo una persona in coma più che una persona che va in giro per il mondo» (Veglia, 2001)<sup>8</sup>. Il primo passo è quindi la focalizzazione del senso del progetto educativo proposto ad una persona disabile, per la quale la sperimentazione del mondo il più delle volte è mediata dal deficit e dal fatto che questo venga visto prima dell'individuo. Non è negabile come tale persona provi a dare un senso alla vita, alle azioni, agli incontri quotidiani, molte volte nascondendo la confusione interiore e la pleora di domande senza risposta o con risposte approssimative che stanno dietro un sorriso, uno sguardo, una carezza e, perché no, un rapporto intimo. Volendo prendere ad esempio un tema specifico particolarmente delicato, limite, si può immaginare il caso di una famiglia all'interno della quale si manifesti il problema del rapporto sessuale e della maternità per un suo membro disabile. D'istinto, per quanto nelle migliori condizioni di onestà intellettuale, la famiglia è portata a confrontarsi col membro disabile (in questo caso di sesso femminile) con azioni che possono andare dalla dissuasione, al sostegno medico su aspetti di contraccezione, sino alla proposta, drastica, della sterilizzazione. Il primo aspetto su cui pone l'accento l'esempio è la distanza non facilmente colmabile fra la scelta ritenuta più giusta e la scelta consapevole compiuta in libertà e autonomia dal disabile. Il secondo aspetto è, di conseguenza, l'importanza del confronto, soprattutto in ambito familiare, con le persone disabili riguardo le scelte sulla sessualità. Ecco che l'educazione al confronto diventa elemento determinante nei progetti educativi che possono essere costruiti oggi, un confronto che, per dirlo sempre con Fabio Veglia, si sviluppa su varie dimensioni della sessualità, la dimensione riproduttiva, la dimensione sociale, la dimensione del significato, la dimensione 'storico-narrativa'. La *dimensione riproduttiva* è quella che generalmente viene riconosciuta immediatamente e data per scontata, anche se così non è per le persone disabili, perché spesso si crede erroneamente che non siano fertili. Dotati di tutto ciò che occorre per vivere la sessualità, le persone disabili vivono e incontrano altre persone. Si sviluppa quindi, in aggiunta, la *dimensione sociale* della sessualità e il desiderio di stare con l'altro. Le persone disabili si innamorano e sperimentano spinte verso la creazione di legami forti e duraturi con l'altro. Sono spinte che rispondono alla richiesta di accudimento, di piacere, di benessere di ciascuno. Ecco che l'incontro dei corpi rappresenta la sublimazione di tale spinta, *significato della sessualità*, e diventa luogo di incontro privilegiato, oltre il linguaggio fatto di parole. Per il disabile ciò è tanto più importante per il fatto che è attraverso il corpo, più che con le parole, che riesce ad esprimersi. La quarta dimensione, quella *storico-narrativa*, riguarda la costruzione di un tempo significativo nella relazione d'amore. Dare un senso storico, significa dare un senso al rapporto e creare una direzione di crescita di questo, che porti a creare un racconto dell'incontro che si dilata nel tempo. Se la narrazione della storia segue una direzione temporale, la relazione d'amore diventa talmente centrale nel rapporto fra due

persone, che anche se il corpo cambia, si trasforma e invecchia, è come trasfigurato nell'amore stesso che si prova per l'altro. Per le persone disabili questi aspetti valgono come per le persone normali, ma con una caratteristica in più; si tratta della facilità con cui riescono a trasfigurare la persona amata, perché sanno guardare oltre l'aspetto poco attraente che può dare un difetto corporeo. Oggi un progetto educativo nei confronti di disabili e famiglie può e deve tenere conto di queste dimensioni, deve permettere di scoprire il proprio corpo e il corpo dell'altro e a chi gli sta attorno di aiutarlo in tal senso, aiutarlo a far nascere una storia o anche solo a fantasticarla. Un progetto educativo può e deve aiutare lo sviluppo di queste persone, aiutare l'incontro con la sessualità, inquadrato come normale tappa di crescita. Può e deve affrontare la questione del senso nella sessualità, che permette al disabile di confrontarsi serenamente con la normalità e con la sofferenza derivante dai limiti, sia fisici propri che imposti dalla società odierna non sufficientemente inclusiva. In questo percorso si possono e si devono accompagnare anche le famiglie, perché superino i limiti del pensare comune ed acquisiscano l'importanza di dire la verità sulle cose, senza negarle e senza imporre la propria volontà e si facciano sostenitrici e partecipi di una crescita, per quanto lunga e difficile, che lasci libera la persona disabile di raggiungere il traguardo che ritiene giusto per sé stessa.

## BIBLIOGRAFIA

- Alberoni F. - "Sesso e amore" - 2006 BUR
- Bellotti A., Coppedè N., Facchinetti E. - "Il fiore oscuro, sessualità e disabilità" - 2005 Sensibili alle foglie
- Bozuffi V. - "Psicologia dell'integrazione sociale: la vita delle persone con disabilità in una società plurale" - 2006 Franco Angeli
- Canevaro, A. - "Handicap e identità" - 1986 Cappelli
- Castelli G., Mariani V. - "L'educazione sessuale delle persone disabili. Guida per genitori & operatori" - 2005 Ares Edizioni
- Di Nicola V., Todarello O. - "Alcune considerazioni in tema di affettività e sessualità nei disabili" - 2002 Franco Angeli
- Diserens C. A. e Vatrè F. - "Assistance sexuelle et Handicaps" - 2012 Cronique Social
- Dixon, H. - "L'educazione sessuale dell'handicappato" - 2003 Erickson
- Rousseau J.J. - "Discorso sull'origine e i fondamenti della disuguaglianza fra gli uomini" - 1755
- Ulivieri M. - "LoveAbility l'assistenza sessuale per le persone con disabilità" - 2014 Erickson
- Veglia F. - "Handicap e sessualità: il silenzio, la voce e la carezza" - 2001 Franco Angeli
- Walter J. - "Sexualbegleitung und sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen" - 2014 Edition S

## NOTE

1. Rousseau J.J. - "Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes" - 1755
2. Ulivieri M. - "LoveAbility l'assistenza sessuale per le persone con disabilità" - 2014 Erickson
3. Diserens C. A. e Vatrè F. - "Assistance sexuelle et Handicaps" - 2012 Cronique Social
4. Walter J. - "Sexualbegleitung und sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen" - 2014 Edition S
5. Termine inglese che indica "colui che presta cura ed assistenza"
6. Croce L. - "Sessualità, Disabilità e Disabilità Intellettuale tra Persona e Contesto" - 2012
7. Posati G. - "Tra esperienza e progetto: diritto alla sessualità come diritto alla qualità della vita" in Veglia F. - "Handicap e sessualità: il silenzio, la voce e la carezza" - 2001 Franco Angeli
8. Veglia F. - "Handicap e sessualità: il silenzio, la voce e la carezza" - 2001 Franco Angeli

**Valentina Patassini**

Infermiera, Pronto Soccorso, Ospedale San Giuseppe Gruppo Multimedica, Milano

RN, Emergency department, Ospedale San Giuseppe Gruppo Multimedica, Milan

valentina.patassini@multimedica.it

**Paola Ripa**

Direttore didattico, Corso di Laurea in Infermieristica, sezione Ospedale San Giuseppe Gruppo Multimedica, Milano

Director, Nursing Undergraduate Course, University of Milan, section of Ospedale San Giuseppe Gruppo Multimedica, Milan

paola.ripa@unimi.it

**Rita Biscotti**

Tutor, Corso di Laurea in Infermieristica e docente MED/45, Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale San Giuseppe Gruppo Multimedica, Milano

RN, MSN, Nursing Degree Course, University of Milan, sect. Ospedale San Giuseppe-Gruppo Multimedica, Milan

rita.biscotti@unimi.it

**Elisa Rimoldi**

Tutor, Corso di Laurea in Infermieristica e docente MED/45, Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale San Giuseppe Gruppo Multimedica, Milano

RN, MSN, Nursing Degree Course, University of Milan, sect. Ospedale San Giuseppe Gruppo Multimedica, Milan

elisa.rimoldi@unimi.it

# Le emozioni e relative strategie di contenimento degli studenti di infermieristica nel contesto pandemico: una revisione della letteratura

*The emotions and related containment strategies of nursing students in the pandemic context: a review of the literature*

**RIASSUNTO**

**Introduzione.** L'attuale secolo si compone di diverse emergenze sanitarie che partendo da focolai isolati si sono poi diffuse, sfociando in episodi epidemici come nel

caso della SARS, MERS ed EBOLA oppure pandemici come nel caso del virus influenzale A/H1N1 o dell'attuale SARS-CoV-2. Di queste emergenze è stato dimostrato il forte impatto psicologico ed emotivo non solo sui cittadini ma anche sugli operatori sanitari. **Scopo.** Individuare quali siano le emozioni maggiormente manifestate dagli studenti infermieri tirocinanti durante le emergenze di sanità pubblica del XXI secolo e identificarne le strategie di contenimento e gestione. **Metodi e materiali.** La revisione della letteratura è stata condotta utilizzando le principali Banche Dati biomediche: PubMed e Cinahl. Sono stati inclusi studi primari, in lingua inglese e pubblicati nell'arco temporale 2003-2020. **Risultati.** Dei 103 studi sottoposti a screening, 13 sono stati ritenuti idonei per la stesura dell'elaborato. Di questi, 3 sviluppati attraverso metodo qualitativo

e 10 quantitativo. La disamina qualitativa e quantitativa degli studi ha dato origine a diverse aree tematiche riconducibili alle diverse emozioni percepite dai futuri professionisti e ai diversi strumenti di contenimento e gestione implementati dagli autori ed a elementi "chiave" presenti nella maggior parte delle pubblicazioni. **Conclusioni.** Diverse sono le emozioni riportate dagli studenti infermieri durante le emergenze di sanità pubblica del XXI secolo. L'ansia e la paura aumentano in maniera proporzionale ai livelli di stress. Le emozioni negative vengono incrementate dalla mancanza di dispositivi di protezione individuale, da conoscenze inadeguate, da fattori culturali legati alla famiglia e alla società. L'insegnamento svolge un ruolo cruciale perché consente di aumentare le conoscenze; il coping e la rielaborazione scritta dei vissuti attraverso un

diario riflessivo aiutano il futuro professionista a gestire l'impatto emotivo, mentre sessioni di apprendimento pratico facilitano l'acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé.

## ABSTRACT

**Introduction.** The current century is made up of various health emergencies that, starting from isolated outbreaks, then spread, leading to epidemic episodes such as in the case of SARS, MERS and EBOLA or pandemic as in the case of the influenza A / H1N1 virus or the current SARS-CoV-2. The strong psychological and emotional impact of these emergencies has been demonstrated not only on citizens but also on health professionals. **Purpose.** To identify the emotions most manifested by trainee nursing students during public health emergencies of the 21st century and to identify their containment and management strategies. **Methods and materials.** The literature review was conducted using the main biomedical databases: PubMed and Cinahl. Primary studies were included, in English and published over the period 2003-2020. **Results.** Of the 103 studies screened, 13 were deemed suitable for the drafting of the report. Of these, 3 developed through a qualitative and 10 quantitative method. The qualitative and quantitative examination of the studies gave rise to various thematic areas attributable to the different emotions perceived by future professionals and to the various containment and management tools implemented by the authors and to "key" elements present in most publications. **Conclusions.** Different emotions are reported by nursing students during the public health emergencies of the 21st century. Anxiety and fear increase proportionally to the levels of stress. Negative emotions are increased by the lack of personal protective equipment, by inadequate knowledge, by cultural factors legal to family and society. Teaching plays a crucial role because it allows you to increase knowledge; coping and written reworking of experiences through a reflective diary help the future professional to manage the emotional impact, while practical learning sessions facilitate the acquisition of greater self-awareness. **Keywords.** nursing students, emotions and strategies, epidemic, pandemic

## INTRODUZIONE

L'attuale secolo si compone di diverse emergenze sanitarie che partendo da focolai isolati si sono poi diffuse, sfociando in episodi pandemici come nel caso della SARS, MERS, EBOLA oppure pandemici come nel caso del virus influenzale A/H1N1 o dell'attuale SARS-CoV-2. Di queste emergenze è stato dimostrato il forte impatto psicologico ed emotivo non solo sui cittadini ma anche sugli operatori sanitari. Infatti, dall'avvento dell'attuale pandemia COVID19 per giungere ad epidemie meno recenti come quelle di MERS ed Ebola, l'isolamento e il distanziamento sociale, la chiusura delle scuole e dei luoghi di lavoro pare abbiano da sempre generato confusione, tristezza, nervosismo, ansia, rabbia e disturbi del sonno. A quest'ultime si aggiunge lo stigma verso gli operatori sanitari ed in generale verso le persone considerate "potenzialmente pericolose"(1).

Impegnati in prima linea all'esordio della pandemia COVID19 non solo nel contesto ospedaliero ma anche territoriale, gli operatori sanitari sono stati e sono ancora oggi esposti al rischio infettivo legato alla carenza dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e al potenziale rischio di sovraccarico emotivo, connesso quest'ultimo

alla necessità di seguire turni sempre più serrati ma anche alla precarietà legata alla carenza di materiale, personale e organizzazione(2). Anche il setting lavorativo in condizioni straordinarie come nelle emergenze sanitarie può indurre all'esposizione ripetuta del professionista ad eventi traumatici e stressanti che, a livello psicologico, generano una risposta negativa fatta di ansia, depressione ed insonnia(3). Tra gli operatori sanitari coinvolti vi sono gli infermieri, i quali, già a partire dal proprio percorso universitario sono esposti alla gestione delle proprie emozioni, in particolare quelle legate allo stress. Infatti, gli studenti di Infermieristica sono continuamente esposti a situazioni stressanti sia in ambito teorico che pratico a prescindere dal ritrovarsi in condizioni di emergenza sanitaria(4). L'aspetto teorico risulta essere particolarmente provante a causa della frequentazione di corsi ritenuti impegnativi e dal sostenimento di esami di profitto. Non meno impattante sulla qualità della vita risulta essere l'aspetto "pratico" che, unitamente al prendersi cura dei pazienti, aggiunge la paura di commettere errori, di dover comunicare/interagire con l'equipe multidisciplinare presente in reparto e di dover far fronte alla carenza sia di nozioni teoriche sia di alcune abilità tecniche(5). La gestione dello stress diventa così cruciale per garantire il benessere psicologico degli studenti, soprattutto in particolari condizioni quali quelle di emergenza di sanità pubblica dove può verificarsi non solo un suo incremento, ma anche il verificarsi di ulteriori condizioni psicologiche negative che diventano per il discente, difficili da gestire(6).

Alla luce dell'attuale scenario pandemico, si è scelto di condurre una revisione della letteratura al fine di far emergere quali emozioni siano state provate dagli studenti di Infermieristica nel mondo durante le diverse emergenze di sanità pubblica che hanno coinvolto l'attuale secolo e, di conseguenza, quali strategie per il contenimento di queste siano state adottate da parte dei docenti universitari. Le emozioni comunemente rilevate nelle diverse epidemie e pandemie sono state ansia, paura, rabbia, tristezza ma, in alcuni casi, anche eccitamento, gioia e un forte senso di identificazione nella professione infermieristica. L'incremento delle attività di coping attraverso sessioni di apprendimento, l'utilizzo della scrittura riflessiva per favorire la rielaborazione delle emozioni vissute ed infine, l'organizzazione di interventi educativi atti alla riduzione delle lacune conoscitive presentate dagli studenti focalizzate all'ottimizzazione delle conoscenze in merito alla gestione dei DPI (dispositivi di protezione individuale) nonché al miglioramento delle conoscenze teoriche degli studenti risultano essere strategie efficaci per il contenimento delle emozioni manifestate dagli studenti di Infermieristica.

## OBIETTIVO

Individuare le emozioni maggiormente manifestate dagli studenti infermieri tirocinanti durante le emergenze di sanità pubblica del XXI secolo e identificarne strategie di contenimento e gestione.

## MATERIALI E METODI

La ricerca della letteratura è stata effettuata nel periodo tra luglio e settembre del 2020, attraverso l'interrogazione delle banche dati: PubMed e Cinahl con le seguenti parole chiave: "student nurse", "nursing student", "undergraduated student", "trainee nurses", "SARS", "MERS", "EBOLA". La tabella 1 riporta le stringhe di ricerca utilizzate nelle banche dati ed i record estratti:

Tabella 1. Stringhe

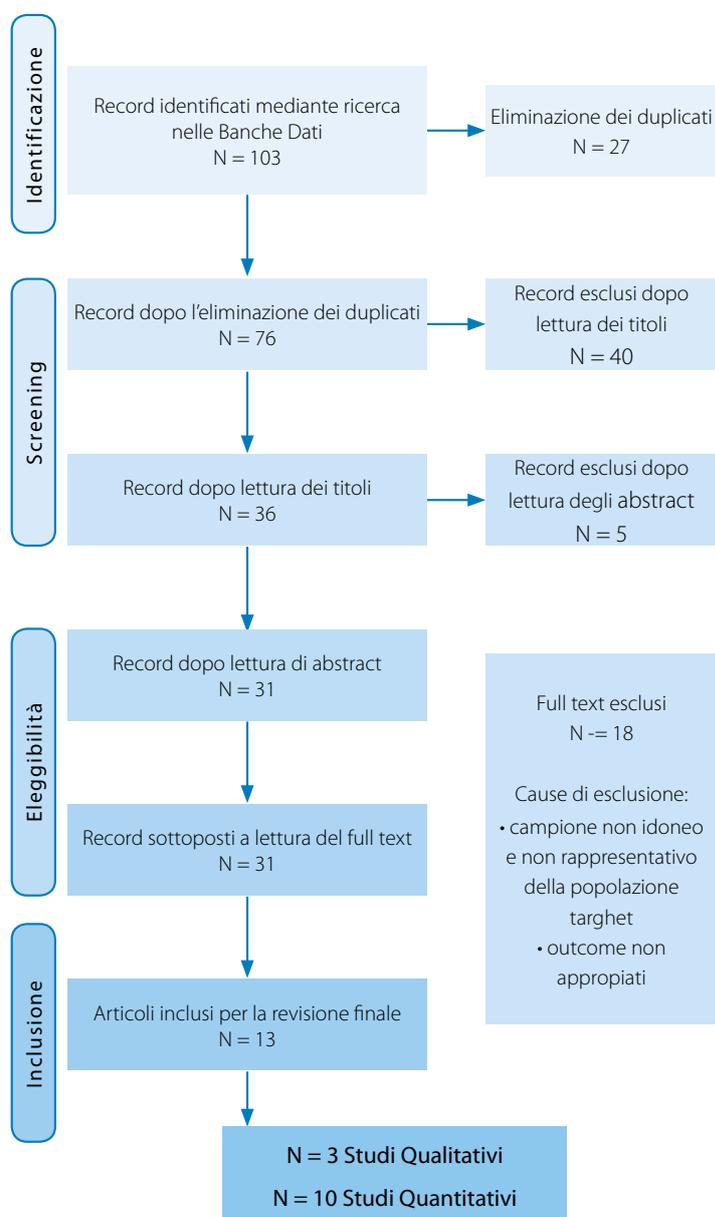
BANCA DATI	STRINGA DI RICERCA
Medline	((((((("Students, Nursing"[Mesh]) OR ((Nursing student*[Title/Abstract] OR trainee nurse*[Title/Abstract]))) OR ((training[Title] AND (nursing[Title] OR nurse*[Title]))) OR nursing undergraduate*[Title])) AND (((("Epidemics"[Mesh:NoExp]) OR epidemic*[Title])) OR (((((((("Students, Nursing"[Mesh]) OR ((Nursing student*[Title/Abstract] OR trainee nurse*[Title/Abstract]))) OR ((training[Title] AND (nursing[Title] OR nurse*[Title]))) OR nursing undergraduate*[Title])) AND (((("Hemorrhagic Fever, Ebola"[Mesh]) OR "Ebolavirus"[Mesh]) OR "SARS Virus"[Mesh]) OR "Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus"[Mesh]) OR ((sars[Title/Abstract] OR ebola[Title/Abstract] OR mers[Title/Abstract]))) OR (((((((("Hemorrhagic Fever, Ebola"[Mesh]) OR "Ebolavirus"[Mesh]) OR "SARS Virus"[Mesh]) OR "Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus"[Mesh]) OR 32 27 ((sars[Title/Abstract] OR ebola[Title/Abstract] OR mers[Title/Abstract]))) AND "Students, Nursing/psychology"[Mesh]))))
Cinahl	TX nursing student or student nurses or undergraduated student nurses or MM Students, nursing or TI trainee nurses AND (MH "Hemorrhagic Fever, Ebola") or (MH "Ebola virus") or "ebola" OR (MM "SARS Virus") or "sars" or (MH Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus") or TI mers or sars or ebola

La selezione degli articoli è stata condotta attraverso l'applicazione del PRISMA flow-chart (figura 1). È stato impostato il limite temporale di 15 anni per garantire il reperimento di articoli inerenti all'epidemia di SARS, il limite legato alla lingua ed alla tipologia di disegni di studio.

Per la stesura della revisione, sono stati esclusi dal processo di selezione articoli con disegno di studio quali revisioni sistematiche della letteratura e revisioni della letteratura. Dei 103 studi sottoposti a screening, 13 sono stati ritenuti idonei per la stesura dell'elaborato. Si è quindi proceduto con la lettura integrale dei testi con analisi e sintesi in tavole sinottiche. Leleggibilità è stata stabilita grazie all'utilizzo e all'applicazione del Critical Appraisal Skills Programme, in particolare attraverso la CASP Qualitative Checklist la quale ha consentito di stabilire in modo critico l'utilità e la validità dei reports pubblicati a disegno qualitativo rispetto all'argomento d'interesse. Gli studi quantitativi quasi-sperimentali invece, sono stati analizzati criticamente attraverso la JBI Critical Appraisal Check List for Quasi-Experimental Studies. I restanti articoli rappresentati da survey sono stati valutati dagli autori dello studio in relazione alla loro validità, affidabilità, applicabilità risultando appropriati alla stesura della stessa, nonostante il disegno di studio sia riconosciuto dalla comunità scientifica come non particolarmente appropriato alla

esplorazione approfondita delle complessità delle contraddizioni, dei comportamenti umani e dei sentimenti.

Figura 1. Flowchart



## RISULTATI

La disamina qualitativa e quantitativa degli studi ritenuti idonei alla stesura dello studio ha dato origine a diverse aree tematiche, di seguito rappresentate. Per ogni argomento emerso sono stati riportati sia i risultati in termini qualitativi, sia quantitativi.

## ANSIA E PAURA

In uno studio condotto ad Anuhi (Cina) che considerava sia infermieri che studenti infermieri è emerso come l'ansia e la paura fossero meno presenti in quest'ultimi rispetto ai primi;  $t(799.33) = 3.05$ ,  $p = 0.002$ ,  $d \text{ Cohen} = 0.220$  per l'ansia,  $t(799.33) = 3.05$ ,  $p < 0.0001$ ,  $d \text{ Cohen} = 0.326$  per la paura. Inoltre, vi è stata anche una diversa distribuzione tra i due sessi, dove le donne percepivano più ansia ( $t(802) = -3,62$ ,  $p < 0.0001$ ,  $d \text{ Cohen} = 0.08$ ) e più paura ( $t(314.44) = 5.17$ ,  $p < 0.0001$ ,  $d \text{ Cohen} = 0.427$ ) rispetto agli uomini.

Unitamente a queste due emozioni, sono emerse attraverso ulteriori associazioni tra variabili anche la tristezza e la rabbia, rispettivamente ( $t(799.33) = 4.59, p < 0.0001, d \text{ Cohen } 0.565$ ) per la prima, e ( $t(802) = 4.56, p < 0.0001, d \text{ Cohen } = 0.322$ )(7). Tali aspetti sono stati indagati nel medesimo periodo anche nello studio condotto da Savitsky B. e colleghi, i quali, considerando ad un campione di soli studenti infermieri hanno somministrato la scala GAD (disturbo d'ansia generalizzato) per valutarne i livelli d'ansia; è quindi emerso come il 42% delle unità campionarie manifestasse un livello di ansia moderato (GAD punteggio tra 7 e 10) e, in accordo con quanto emerso nello studio ad Anhui, vi fosse anche in questo caso una diversa distribuzione tra i due sessi dei livelli di ansia: negli uomini i livelli di ansia moderata erano presenti al 30,8% mentre nelle donne nel 44,7%.

Inoltre, l'ansia severa, data da un punteggio GAD  $> 15$  era del tutto assente nei primi e presente nel 14,9% delle seconde. Gli autori di questo studio hanno pertanto concluso che gli uomini fossero meno ansiosi delle donne ( $m = 7.0, IQR = 1.0 - 11.0$  vs  $m = 9.0, IQR = 5.25 - 14.0$ )(8). Non solo durante l'attuale pandemia COVID-19 sono emerse emozioni quali paura e ansia, ma anche durante l'epidemia di Ebola: infatti, in un'università del Texas, attraverso l'assegnazione di un diario riflessivo agli studenti infermieri coinvolti nella frequentazione del tirocinio clinico durante tale periodo di emergenza sanitaria, sono emerse alcune affermazioni quali: "quando ti trovi di fronte alla tua mortalità inizi a dubitare delle tue apparenti solide fondamenta."(9). La paura di morire è stata riportata anche dall'analisi delle risposte degli studenti infermieri di un'università Nigeriana, dove, l'88% dei partecipanti provava paura di perdere la vita e di ammalarsi di EVD(10). L'entusiasmo e l'interesse per la professione infermieristica sono stati affievoliti dalla paura per la malattia per il 26,5% dei partecipanti allo studio(10); dato contrapposto ad alcune affermazioni riportate dagli studenti infermieri dell'università texana quali: "Avevo i brividi per l'eccitazione, voglio far parte della storia!" e ancora "la popolazione infermieristica dell'ospedale è stata forte e ha affrontato la crisi a testa alta, senza paura (...) mi sforzo ad essere coraggiosa come loro."(9). La paura di infettarsi e di trasmettere la malattia è emersa sia nell'epidemia di Ebola e anche nella meno recente epidemia di SARS; Rispetto alla prima alcuni studenti hanno dichiarato "Non voglio ammalarmi e portarla a casa alla mia famiglia"(11) e l'utilizzo di un diario riflessivo nello studio condotto da Holroyd e colleghi (12) durante la seconda epidemia citata, ha permesso di far emergere affermazioni quali "la malattia era fuori controllo e si diffondeva troppo velocemente, la paura di trasmettere l'infezione alla mia famiglia e ai miei amici era la mia preoccupazione principale a quel tempo" ed ancora "Durante l'epidemia ero spaventata e confusa, nessuno poteva dire se le persone attorno a noi avessero o meno la SARS, questo mi terrorizzava".

### MANCANZA DI DPI E CONOSCENZE INADEGUATE

Gli studenti infermieri tirocinanti di un'università israeliana percepivano maggior ansia a causa della mancanza di DPI appropriati non solo durante l'attuale contesto pandemico COVID-19 ( $m = 11.0, IQR 8.0 - 13.5$  vs  $m = 6.0, IQR 2.5-10.0$ )(8) ma anche durante altre epidemie meno recenti quali Ebola e MERS: alcuni studenti hanno, infatti, dichiarato nella prima emergenza citata che "l'ospedale non ha DPI adatti o spazio dedicato all'isolamento"(11) e nella meno recente epidemia di MERS, attraverso un questionario, il 53% di 38 studen-

ti infermieri ha dichiarato di essere preoccupato e di non voler prendere parte al tirocinio in assenza di DPI adeguati(13). Infine, la mancanza di DPI è stata riportata anche durante la SARS del 2003: infatti, dieci studenti infermieri intervistati nello studio di Heung YY e colleghi hanno dichiarato "metà del nostro gruppo non ha affrontato il tirocinio a causa della mancanza di dispositivi di protezione individuale nelle aree cliniche"(14) e il 96,1% degli studenti infermieri di uno studio condotto ad Hong Kong ha dichiarato di non voler partecipare ad un'intubazione di un paziente con SARS in assenza di DPI adeguati(15). La mancanza di conoscenze rispetto alle infezioni e alla gestione dei DPI ha indotto maggior ansia negli studenti infermieri sia nell'attuale pandemia da COVID-19(8) sia nelle altre emergenze di sanità pubblica. Durante l'epidemia di Ebola alcuni studenti hanno dichiarato "Non sono qualificato per gestire pazienti con EVD" come riportato da Chilton e colleghi(11). La carenza di conoscenze rispetto all'infezione da Ebola è emersa nello studio condotto da Ferranti e colleghi in particolare rispetto alle procedure diagnostiche nonché alla durata della protezione anticorpale(16). Nell'epidemia di MERS, le conoscenze rispetto a tale infezione sono risultate migliori negli studenti di medicina rispetto a quelli della facoltà di Infermieristica ( $m = 15,7, DS 3,7, p < 0.0001$ ), e il 72% della totalità del campione ha comunque dichiarato l'importanza svolta dall'educazione per la prevenzione della diffusione del contagio(13). Conoscenze inadeguate rispetto alla gestione corretta dei DPI è emersa anche durante la SARS, infatti, nello studio di Kam e colleghi, il 30,4% ha dichiarato di dover utilizzare i DPI fino al loro danneggiamento, e il 6,9% di doverli invece condividere con il personale sanitario(15).

### STRESS, DISAGIO E FRUSTRAZIONE

La lontananza dalla propria famiglia e amici sono state componenti rilevanti rispetto ai livelli di ansia e disagio percepiti dagli infermieri non solo durante l'attuale pandemia da SARS-CoV-2(7) ma anche nell'epidemia di SARS dove una studentessa ha dichiarato "Preferivo vivere nel quartiere degli infermieri e smettere di vedere la mia famiglia e amici, ero arrabbiata perché socialmente isolata"(12). Nel medesimo contesto epidemico, Wong e colleghi hanno valutato la percezione dello stress di 215 studenti universitari, a prescindere dalla facoltà frequentata attraverso la somministrazione della scala PSS (Perceived Stress Scale) con un punteggio medio di risposta del 18.4 (DS 4.6) per gli studenti di ambito sanitario(17) e, infine, attraverso l'uso del diario riflessivo, alcune studentesse infermiere durante la SARS hanno riportato affermazioni quali: "La SARS ha infettato 318 operatori sanitari (...) un'infermiera è deceduta. Questo causa paura nella popolazione, disordini sociali e alto stress tra gli operatori sanitari" ed ancora "Inadeguati corsi di formazione speciale e tempo di preparazione per lo staff coinvolto nella gestione dei casi di SARS ha creato molto stress psicologico."(12).

### ASSISTENZA E "SENSO DEL DOVERE"

È emersa una diversa distribuzione tra i due sessi rispetto all'ammissione di un paziente con SARS nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva di un ospedale di Hong Kong: infatti gli uomini si sono mostrati più favorevoli rispetto alle donne ( $p = 0.0005$  vs  $p = 0.0001$ )(15). Inoltre il 63,6% ha dichiarato che i pazienti con SARS dovessero essere dimessi per favorire l'ammissione di pazienti con indicazioni cliniche mediche di altra natura o chirurgiche(15). Nell'epidemia di

Ebola, 273 studenti (55,2% del campione) hanno mostrato riluttanza nell'assistere pazienti con EVD, rispetto a 222 studenti i quali si sono dichiarati favorevoli ad intervenire "in prima linea"(18). Il senso del dovere è stato diversamente percepito tra gli studenti: nello studio condotto nell'università dell'Arkansas alcuni hanno dichiarato "il nostro lavoro di infermieri è quello di curare tutti anche se hanno l'Ebola" altri "Non credo che dovremmo essere obbligati a trattare pazienti che aumentano il nostro rischio di morire"(11).

### FAMIGLIA E SOCIETÀ

Durante l'epidemia di SARS, alcuni studenti hanno dichiarato "Oltre alla SARS, dobbiamo convivere con il rischio di contrarre l'MRSA o l'epatite B. La mia famiglia mi ha consigliato di pensare a tutto questo" influenzando così la decisione di voler continuare il percorso di studi o altre attività quali volontariato e tirocinio(14). Dato emerso anche durante l'epidemia di Ebola dove, il 60,9% degli studenti di Infermieristica dell'università dell'Arkansas e del Texas ha dichiarato che la propria madre non permetteva loro di lavorare a contatto con pazienti EVD positivi e, il 58,6% ha ricevuto tale imposizione anche da parte del proprio padre. Anche i partner hanno inciso nelle decisioni degli studenti Infermieri, infatti, il 55,6% del campione ha dichiarato come il dover assistere pazienti con EVD comportasse al divorzio o ad una separazione(18). Anche la società ha svolto un ruolo cruciale nella decisione di concludere il percorso universitario di Infermieristica: il 65,6% degli studenti ha dichiarato di non voler curare pazienti con EVD per paura del rifiuto da parte della società(18). L'opinione pubblica ha inciso anche durante l'epidemia di SARS dove, da un lato alcuni infermieri hanno percepito un forte senso di giudizio e hanno subito atteggiamenti di rabbia da parte dei parenti degli assistiti rispetto alle misure preventive adottate nelle strutture ospedaliere(12) dall'altro, un senso di ammirazione è stato invece provato dagli studenti infermieri da parte della società per il loro lavoro(14).

### IDENTITÀ PROFESSIONALE E CRESCITA PERSONALE

Particolarmente evidenti durante le epidemie di SARS ed Ebola sono stati l'identità professionale e la crescita personale, infatti, uno studente ha dichiarato: "Ripercorrendo questi tre anni di formazione infermieristica, la SARS è stata l'esperienza più impressionante, l'evento mi ha fatto capire cosa sia l'assistenza infermieristica" ed ancora "Se non vado io ad aiutare, chi deve andare?"(14). Durante l'epidemia di Ebola tali elementi sono emersi in particolar modo da uno studente che ha dichiarato "ammiro gli infermieri presenti in reparto"(9). A queste si aggiunge anche un forte senso di crescita personale, rilevato durante l'epidemia di SARS(14).

### STRATEGIE DI COPING, SCRITTURA RIFLESSIVA E FORMAZIONE

Esistono diverse strategie di coping le quali possono essere focalizzate direttamente sulle emozioni oppure sul problema: da uno studio condotto ad Anui (Cina) durante l'attuale pandemia COVID-19 è emerso come la paura e la rabbia abbiano indotto a scegliere strategie differenti; Gli infermieri che hanno manifestato paura hanno optato per un coping focalizzato sul problema, mentre gli studenti infermieri che hanno percepito un senso di rabbia hanno utilizzato un coping incentrato sulle emozioni ( $R2 = 0.119$ ,  $R2$  aggiustato =  $0.013$ ,  $\beta = 0.305$ ,  $p < 0.0001$  vs  $R2 = 0.022$ ,  $R2$  aggiustato  $0.013$ ,  $\beta = 0.143$ ,  $p < 0.017$ )(7). La resilienza, l'uso di alcool e farmaci e dello

humor sono stati correlati ai livelli di ansia rispetto al medesimo contesto pandemico da Savitsky e colleghi(8), i quali hanno concluso che negli studenti con una forte personalità la comparsa di ansia moderata e ansia severa fosse meno probabile ( $OR = 0.569$ , 95%,  $IC 0.413-0.783$  e  $OR = 0.478$ , 95%,  $IC 0.295-0.775$ ). L'uso dello humor è stato dimostrato come in grado di ridurre del doppio la comparsa di ansia severa ( $OR = 0.556$ , 95%,  $IC 0.358-0.865$ ). Contrapposto a questi strumenti, l'utilizzo di alcool e farmaci sono stati correlati a livelli di ansia moderata e severa ( $OR = 2.355$ , 95%,  $IC 1.634-3.394$  e  $OR = 1.970$ , 95%,  $IC = 1.335 - 2.908$ ). Lo stress, come studiato da Wong J e colleghi, può condurre ad una risposta positiva o negativa: nel primo caso, il 91% degli studenti di ambito sanitario ha risposto positivamente incrementando l'igiene delle proprie mani e volendo prestare assistenza alle persone affette da SARS, sebbene il 73% di questi ha comunque riferito un senso di paura per la propria salute(17). L'utilizzo della scrittura riflessiva ha permesso la rielaborazione libera da parte degli studenti delle proprie emozioni e pensieri provati durante le emergenze sanitarie, favorendo così la comprensione dei fattori che incidono direttamente su un loro sviluppo in particolar modo in caso di mancanza di DPI o conoscenze. Rispetto alla formazione, l'utilizzo della metodologia JiTT (Just In Time Teaching) è stata valutata prima, dopo la sua immediata implementazione e a distanza di 5 settimane dagli autori dello studio condotto alla Nell Hodgson Woodruff School of Nursing (NHWSN) in Georgia in merito alle conoscenze rispetto all'EVD. Essi hanno concluso che le conoscenze degli studenti nell'immediata conclusione dell'intervento educativo risultavano aumentate al 83,3% rispetto al 31,8% rilevato inizialmente e, a distanza di cinque settimane, erano del 81,4%(16). Un'altra sessione di apprendimento è stata utilizzata durante la medesima epidemia, caratterizzata dall'utilizzo all'inizio e alla fine dell'esercizio delle tre parole (Three Words Exercise): inizialmente gli studenti hanno definito l'epidemia di Ebola utilizzando termini quali "Contagio da epidemia mortale" o "paura pubblica di massa", ma, al termine dell'intervento educativo costituito da diverse strategie educative, gli studenti hanno descritto l'Ebola con aggettivi quali "non così spaventoso", "lavorare insieme aiuta". L'83% del campione ha inoltre compilato un questionario post intervento, dal quale è emerso che tale strategia di formazione risultava efficace, piacevole e in grado di aumentare la motivazione degli studenti alla professione(19).

### CONCLUSIONI

Nell'attuale contesto COVID-19 sono state maggiormente rilevate ansia, paura, tristezza e rabbia scatenate da diversi fattori quali la lontananza dalla propria famiglia, la paura di infettarsi e di diffondere il contagio, l'abitare in prossimità di zone maggiormente colpite dalla pandemia, diversamente distribuite tra infermieri e studenti, tra persone di genere maschile e femminile(7). Un senso di eccitamento è invece emerso da alcune frasi estrapolate dai diari riflessivi tenuti dagli studenti durante l'epidemia di Ebola, dove si è registrato anche un sentimento di gelosia da parte degli studenti infermieri che non erano stati destinati all'assistenza di persone infette da EVD(9). L'adozione di misure urgenti di contenimento del contagio da nuovo coronavirus ha indotto ulteriore distress negli studenti infermieri rispetto alla prosecuzione della carriera accademica (7) caratteristica altrettanto presente nella meno recente epidemia di SARS(12)(17). I diversi autori riportano come le emo-

zioni di ansia e paura siano state amplificate dalla mancanza di dispositivi di protezione individuale (DPI), dalla percezione degli studenti infermieri di non possedere adeguate conoscenze rispetto la gestione di pazienti affetti da patologie infettive, dalla più recente epidemia di Ebola fino alla SARS(8)(11)(12)(13)(14)(15)(16). Questi due fattori, mancanza di DPI e inadeguate conoscenze, a loro volta hanno condotto i futuri professionisti a rivalutare la loro disponibilità nel frequentare il tirocinio clinico, sia durante l'epidemia di Ebola che di SARS(15)(18). Decisione altrettanto influenzata dalla famiglia e dalla società(12)(14)(18). Sebbene le emozioni negative emerse, è stato percepito un forte senso di identificazione verso la professione nonché di ammirazione da parte degli studenti verso gli infermieri direttamente coinvolti nella gestione dell'emergenza sanitarie(9)(14). Diverse sono le strategie presentate dagli autori rispetto alla identificazione, contenimento e gestione delle emozioni negative ed ancora più difficile identificare il metodo didattico maggiormente utile. La scelta viene dettata dagli obiettivi specifici da raggiungere, i quali spesso richiedono una modifica ad hoc delle strategie o l'utilizzo di un mix di esse. La rabbia e la paura hanno indotto all'utilizzo di strategie di coping differenti, le quali hanno condotto ad una riduzione o ad un aumento di tali emozioni. Purtroppo, l'adattamento non ha avuto sempre esito positivo; a volte le abilità utilizzate nelle situazioni stressanti non sono state adatte, portando ad una amplificazione degli eventi stressanti stessi(5). Oltre alle emozioni, anche la differenza di genere ha portato ad una scelta di strategia di coping differente; le donne maggiormente convergono per un coping incentrato sulla risoluzione del problema, contrapposto a quello scelto dagli uomini maggiormente focalizzato sulle emozioni. Gli studenti infermieri a volte hanno sviluppato strategie inadatte di coping(7), mentre l'utilizzo di resilienza, autostima e humor, sono risultate efficaci per la gestione dei fattori stressanti e per la riduzione della probabilità di soffrire di ansia moderata e severa, il "disimpegno mentale" fondato sull'uso di alcool, farmaci ed alimentazione eccessiva è risultato essere un coping negativo pertanto connesso all'esacerbazione dei livelli di ansia. La rielaborazione delle emozioni provate durante particolari situazioni quali quelle illustrate attraverso la riflessione, si è dimostrata uno strumento particolarmente valido nel condurre il discente a spazi di auto-riflessione e auto-critica dai cui trarre benefici per la crescita sia personale che professionale(9)(12)(14). Inoltre, il suo utilizzo è altamente raccomandato a tutti gli operatori sanitari nel corso di calamità naturali ed emergenze sanitarie(9). La formazione si è dimostrata una modalità particolarmente utile non solo per aumentare le conoscenze teoriche degli universitari ma anche per il contenimento delle emozioni negative(16)(19). Gli autori concordano sulla necessità di sviluppare corsi di formazione, servizi di supporto, programmi di studio, seminari, conferenze per gli studenti infermieri al fine di ridurre l'impatto emotivo dato dalle emergenze di sanità pubblica e aumentare le conoscenze in merito a malattie infettive e all'utilizzo corretto dei DPI(13)(14)(17). Mantenendo il contatto tra docenti e studenti è possibile ridurre l'ansia e la paura come nell'attuale pandemia COVID-19(8). L'uso della tecnica riflessiva è riconosciuto come momento di apprendimento anche per gli stessi insegnanti. Infatti, gli studenti devono sentirsi tutelati dalla propria istituzione universitaria dal momento che non sono ancora dei professionisti ma si stanno accingendo ad esserlo. Gli insegnanti dovrebbero essere pronti a gestire situazioni

inaspettate attuando interventi di sostegno agli studenti finalizzati a reagire in particolari situazioni, evitando così che questo legame di fiducia possa perdersi durante eventi critici. Utilizzando la tecnica del diario riflessivo, è possibile far emergere i temi più rilevanti su cui intervenire ottenendo così una cooperazione tra studenti, corpo docenti e Università. Questa è la strada per lavorare in sinergia allo sviluppo di un piano d'azione da adottare in contesti critici e insoliti(9). In virtù dell'emergenza sanitaria ancora in atto e alla luce di quanto emerso dall'analisi degli articoli considerati, sarebbe auspicabile assistere allo sviluppo di altri studi condotti partendo dal presente, rispetto ai sentimenti percepiti dagli studenti di Infermieristica delle diverse sedi universitarie italiane e non solo, e quali tecniche di gestione delle emozioni siano state adottate durante il periodo del lockdown dal gruppo docenti per conoscere anche come essi abbiano vissuto quei momenti e quali sentimenti abbiano provato.

## BIBLIOGRAFIA

1. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv. Psichiatri*. 2020; 55(3): 137-144.
2. COVID-19: stress management among healthcare workers [online]. (consultato: ottobre 2020). Disponibile da: <https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-stress-management-healthcare-workers>
3. Preti E, Mattei V Di, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2020; 22(8): 1-22.
4. Salinas-Harrison DL. Coping and Pre-Licensure Registered Nursing Students: An Integrative Literature Review. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2018; 15(1): 1-14.
5. Labrague LJ, McEnroe-Petit DM, Papatathanasiou I V, Edet OB, Tsaras K, Leocadio MC, et al. Stress and coping strategies among nursing students: an international study. *J Ment Heal* 2018; 27(5): 402-8.
6. Main A, Zhou Q, MA Y, Luecken LJ, Xin L. Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *J Couns Psychol*. 2011; 58(3): 410.
7. Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLoS One*. 2020; 15(8): 1-12.
8. Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract*. 2020; 46(7): 1-7.
9. Nelms Edwards C, Mintz-Binder R, Jones MM. When a clinical crisis strikes: Lessons learned from the reflective writings of nursing students. *Nurs Forum*. 2019; 54(3): 345-51.
10. Etokidem AJ, Ago BU, Mgbekem M, Etim A, Usoroh E, Isika A. Ebola virus disease: Assessment of knowledge, attitude and practice of nursing students of a Nigerian University. *Afr Health Sci*. 2018; 18(1):55-65.
11. Chilton JM, Mcneill C, Alfred D. Survey of nursing students' self-reported knowledge of ebola virus disease, willingness to treat, and perceptions of their duty to treat. *J Prof Nurs*. 2016; 32(6): 487-93.
12. Holroyd E, McNaught C. The SARS crisis: Reflections of Hong Kong nurses. *Int Nurs Rev*. 2008; 55(1): 27-33.
13. Elrugal ME, Karani NA, Rafea B, Alahmadi L, Al Shehri A, Alamoudi R, et al. Evaluation of preparedness of healthcare student volunteers against Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) in Makkah, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *J Public Heal*. 2018; 26(6):607-12.
14. Heung YYJ, Wong KYF, Kwong WYE, To SST, Wong HCD. Severe acute respiratory syndrome outbreak promotes a strong sense of professional identity among nursing students. *Nurse Educ Today*. 2005; 25(2):112-8.
15. Kam JKM, Chan E, Lee A, Wei VWI, Kwok KO, Lui D, et al. Student nurses' ethical views on responses to the severe acute respiratory syndrome outbreak. *Nurs Ethics*. 2020; 27(4):924-34.
16. Ferranti EP, Wands LM, Yeager KA, Baker B, Higgins MK, Wold JL, et al. Implementation of an educational program for nursing students amidst the Ebola virus disease epidemic. *Nurs Outlook*. 2016; 64(6): 597-603.
17. Wong JGWS, Cheung EPT, Cheung V, Cheung C, Chan MTY, Chua SE, et al. Psychological responses to the SARS outbreak in healthcare students in Hong Kong. *Med Teach*. 2004; 26(7):657-9.
18. G.N. Osoafor. Nursing Students' Perceptions and Attitudes regarding Ebola Patients in South Africa. *Africa journal of nursing and midwifery*. 2019; 21(2): 1-17.
19. L.Paula McNiel MKE. Reality Check: Preparing Nursing Students to Respond to Ebola and Other Infectious Diseases. *Innov Cent*. 2017; 38(1):42-3.

**Francesca Magni**

Infermiera, laureata presso l'Università degli Studi di Milano

RN; Nurse, graduated from the University of Milan  
francescamagni97@gmail.com

**Annalisa Alberti**

Direttore didattico Corso di Laurea in Infermieristica sezione Rho Università degli Studi di Milano, Direttore Centro di Cultura e Ricerca infermieristica ASST Rhodense

RN, MSN. Director of the Degree Course in Nursing, Rho section, University of Milan, Director of the Center for Culture and Nursing Research ASST Rhodense

**Paola Ripa**

Psicologa Criminologa, Direttore didattico Corso di Laurea in Infermieristica sezione San Giuseppe, Milano, Università degli Studi di Milano

MA; Criminologist Psychologist, Director of the Degree Course in Nursing, San Giuseppe section, Milan, University of Milan

**Anne Destrebecq**

Professore ordinario di Scienze Infermieristiche, Presidente Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano

Full Professor of Nursing Sciences, President of the Degree Course in Nursing, University of Milan

**RIASSUNTO**

**Introduzione.** La danza è una forma d'arte e di espressione che esiste fin dall'antichità con forme e linguaggi differenti e che ha come strumento il corpo. Nel corso dei secoli ha subito metamorfosi e si è modificata

dal punto di vista estetico, artistico ed espressivo. Nell'antichità rappresentava uno strumento di connessione tra l'Uomo e la Natura e attraverso questo mezzo di comunicazione gli uomini chiedevano pace e benedizioni a divinità o "entità superiori". Con il tempo questo valore cosmico, sociale e creativo è andato mortificandosi a causa di una spersonalizzante cultura meccanicistica e il concetto di danza si è strettamente legato ad un genere teatrale, un prodotto televisivo, uno strumento di intrattenimento o un settore sportivo; raramente viene considerato come libera manifestazione di particolari stati emotivi o prende dimensioni simil-rituali, come alle sue origini. La danza è stata la prima espressione artistica del genere umano, e questo perché, a differenza di tutte le altre arti che prevedono l'uso di oggetti che fungono da strumenti, questa ha come mezzo di espressione il corpo. Obiettivo dello studio è quello di analizzare il significato e la simbologia della danza nella storia dell'uomo e della sua evoluzione; confrontare il ruolo della donna e dell'uomo dall'antichità fino all'età moderna; analizzare strategie di educazione e prevenzione facendo una panoramica dei messaggi anti violenza; comprendere, infine, come la danza possa essere

# La danza correlata alla Qualità di Vita: un efficace strumento per supportare la lotta contro la violenza di genere. Revisione della letteratura

*Dance and Quality of Life: an effective tool to support the fight against gender-based violence. Literature review*



terapeutica e influisca sulla qualità della vita delle donne che hanno subito violenza. **Materiali e metodi.** Revisione della letteratura interrogando le banche dati PubMed, Cinahl, PsycInfo e Scopus, e contestuale confronto tra gli studi e il meta-modello proposto da Schalock e Verdugo Alonso nel 2002, in cui la Qualità della Vita viene rappresentata dall'articolazione di 8 domini: benessere fisico, benessere materiale, benessere emozionale, autodeterminazione, sviluppo personale, relazioni interpersonali, inclusione sociale e diritti. **Risultati.** La letteratura dimostra che la danza rappresenta un modo per "attraversare" e superare un trauma, in particolare legato alla violenza di genere, migliorando il benessere emozionale e fisico. Può svolgere un ruolo cruciale nell'acquisizione dell'indipendenza persa e nell'empowerment, nel facilitare la guarigione e nel fornire un senso di resilienza, migliorando lo sviluppo personale, le relazioni interpersonali e l'inclusione sociale. **Conclusioni.** La danza può essere un potente strumento alternativo o di supporto alle terapie "tradizionali", fornendo un valido contributo, dal punto di vista terapeutico, alle donne vittime di violenze o abusi. **Parole Chiave.** Violenza di genere, danza, danzaterapia.

**ABSTRACT**

**Introduction.** Dance is a form of art and expression that has existed since ancient times with different forms and languages, and that has the body as its instrument. Over the centuries, it has undergone a metamorphosis and has been modified from an aesthetic, artistic, and expressive perspective. In ancient times it represented an instrument of connection between Man and Nature, and through this means of communication, men asked for peace and blessings to divinities or "superior entities". With time this cosmic, social and creative value has been mortified because of a depersonalizing mechanistic culture, and the concept of dance has been strictly linked to a theatrical genre, a television product, and entertainment tool or a sport sector; it is rarely considered as a free manifestation of particular emotional states or takes on ritual-like dimensions, as in its origins. Dance was the first artistic expression of humankind, and this is because, unlike all the other arts that involve the use of objects that serve as tools, this has the body as a means of expression. The aim of the study is to analyze the meaning and symbolism of dance in the history of man and its evolution; to compare the role of women and men from antiquity to the modern age; to analyze education and prevention strategies by making an overview of anti-violence messages; to understand, finally, how dance can be therapeutic and affect the quality of life of women who have suffered violence. **Materials and methods.** a literature review by querying the databases PubMed, Cinahl, PsycInfo and Scopus, and contextual comparison between the studies and the meta-model proposed by Schalock and Verdugo Alonso in 2002, in which Quality of Life is represented by the articulation of 8 domains: physical well-being, material well-being, emotional well-being, self-determination, personal development, interpersonal relationships, social inclusion and rights. **Findings.** the literature shows that dance represents a way to "cross over" and overcome trauma, particularly related to gender-based violence, by improving emotional and physical well-being. It can play a crucial role in gaining lost independence and empowerment, facilitating healing and providing a sense of resilience, improving personal development, interpersonal relationships and social inclusion. **Conclusions.** dance can be a powerful alternative or supportive tool to "traditional" therapies, providing a valuable contribution from a therapeutic point of view to women victims of violence or abuse. **Keywords.** gender violence, dance, dance therapy.

**INTRODUZIONE**

La danza è una forma d'arte e di espressione che esiste fin dall'antichità con forme e linguaggi differenti e che ha come strumento il corpo (1). Nel corso dei secoli ha subito delle metamorfosi e si è modificata dal punto di vista estetico, artistico ed espressivo (1). Nell'antichità rappresentava uno strumento di connessione tra l'Uomo e la Natura, ma, con il tempo, questo valore cosmico, sociale e creativo è andato mortificandosi a causa di una spersonalizzante cultura meccanicistica (1). Nel corso dei secoli, la danza, è sempre stata lo specchio della società, del pensiero e dei comportamenti umani (2). Proprio in Grecia si svilupparono diverse tipologie di danza e Platone parlò della danza, ritenendo che fosse l'istinto tipico degli animali, ma che solo nell'uomo assumesse una forma ordinata e consapevole (3). Durante il Medioevo la danza subì forti critiche e la condanna delle autorità ecclesiastiche e solo durante

il Rinascimento si sviluppò una forma di ballo più ricercata, come una vera e propria forma di educazione e disciplina (4). Nella seconda metà del XVII secolo, con la nascita dei teatri pubblici, la danza è stata portata sui palcoscenici teatrali (2). Il Settecento è il secolo che segna il passaggio da una concezione di estremo tecnicismo ad una forma orientata alla completa espressione del corpo (5), ma è l'Ottocento che lascia un'impronta indiscutibile nella storia della danza. Inizia a diffondersi il Balletto Romantico, basato su una nuova sensibilità e una nuova visione del mondo recuperando una realtà inesplorata legata al versante oscuro dell'inconscio, dando voce ai moti dell'animo, dei sentimenti, del sogno (4).

Il mondo orientale, invece, si arricchisce di espressioni differenti dove la danza del ventre, erroneamente considerata come espressione femminile sensuale per gli uomini, lascia il campo alla più alta espressione femminile, ovvero, una danza delle donne per le donne (6). La sua natura veniva associata ad una femminilità-fertilità e non vissuta esclusivamente come sensualità (6). Tuttavia, con l'avvento delle religioni patriarcali la danza femminile venne vista con un misto di fascino e disprezzo.(6) Negli ultimi secoli, la continua evoluzione della danza del ventre, ha subito numerosi cambiamenti(6).

La ricerca interdisciplinare contemporanea indica che la danza del ventre è molto più di quello che le percezioni comuni suggeriscono divenendo un mezzo creativo di espressione. In particolare, è stata esaminata la funzione che la danza del ventre può avere per l'olistica guarigione correlata alla vittimizzazione di genere (7). Alcune danzatrici americane, nello specifico Marian Chace e Trudy Schoop scoprirono, partendo dalla propria esperienza personale, che la danza ha degli effetti terapeutici (8). Marian Chace, nel 1942, iniziò a lavorare nell'ospedale psichiatrico Saint Elisabeth di Washington, dove lavorò ad un progetto basato su interventi educativi e riabilitativi differenti in base alle diverse patologie (9). Trudy Schoop riteneva che la danza offrisse la possibilità, attraverso movimenti da lei definiti "archetipi", di avvertire la percezione di sé. Decise così di utilizzare questo approccio artistico, che non faceva riferimento ad alcuna teoria psicologica, con gruppi di pazienti accomunati dallo stesso tipo di patologia (9). L'Expression Primitive ha assegnato a questa tipologia di danza un valore riabilitativo e pedagogico (9), mentre la significatività riabilitativa assume importanza con Maria Fux, considerata una delle figure più rappresentative della danza terapia (1). Ella ha sviluppato una metodologia mirata al recupero dell'equilibrio psicofisico e all'espressività delle persone con qualsiasi tipo di disabilità (10).

Spesso il concetto della danza è associato alla qualità della vita e ai benefici effetti che la stessa può avere. Il concetto di Qualità di Vita (QdV) rappresenta un ambito di interesse e di studio in diverse discipline. Le ricerche realizzate nell'ultimo ventennio hanno consentito di sviluppare e valutare i domini di Qualità della Vita e gli indicatori culturalmente sensibili per valutare gli esiti personali in termini di QdV (11). Rispetto ai domini di Qualità di Vita, Schalock e Verdugo Alonso nel 2002 hanno proposto un meta-modello in cui, a seguito di tutte le successive elaborazioni e integrazioni, la prospettiva della qualità della vita viene rappresentata dall'articolazione di 8 domini. Per ciascuno di essi sono stati individuati una serie di indicatori che li definiscono dal punto di vista operativo e la cui misurazione consente di valutare gli esiti personali (Schalock, 2010) (Tabella 1) (11).

Tabella 1. Qualità di vita: Modello di Schalock e Verdugo Alonso

QdV FATTORI	QdV DOMINI	QdV esempi di INDICATORI
INDIPENDENZA	SVILUPPO PERSONALE	Livello di educazione, abilità personali, comportamento adattativo
	AUTODETERMINAZIONE	Scelte/decisioni, autonomia, controllo personale, obiettivi personali
PARTECIPAZIONE SOCIALE	RELAZIONI INTERPERSONALI	Rete sociale, amicizie, attività sociali, relazioni
	INCLUSIONE SOCIALE	Integrazione/partecipazione nella comunità, ruoli nella comunità
	DIRITTI	Umani (rispetto, dignità, uguaglianza), legali (assistenza legale, doveri di cittadino)
BENESSERE	BENESSERE EMOZIONALE	Salute e sicurezza, esperienze positive, contenimenti, concetto di sé, mancanza di stress
	BENESSERE FISICO	Stato di salute, stato nutrizionale, esercizio fisico/ricreativo
	BENESSERE MATERIALE	Status finanziario, stato lavorativo, stato abitativo, possessi

Tabella 2. Stringhe di ricerca

Banca dati	Query	Limiti	Articoli
PubMed	((danc*[Title] AND (violen*[Title/Abstract])) OR (("Violence"[Mesh]) AND ("Dancing"[Mesh]) OR "Dance Therapy"[Mesh]))	Nessuno	24
Cinahl	TI (danc* and violen*) OR AB (danc* and violen*)	Nessuno	38
Cinahl	MH "Dance Therapy" AND (MH "Violence+")	Nessuno	15
PsycInfo	Dance Therapy AND violence	Nessuno	19
Scopus	(TITLE ( danc* ) AND TITLE-ABS-KEY (violen*))	Nessuno	139

La Danzaterapia sta conquistando un importante ruolo all'interno dell'ambito del lavoro sociale che i vari servizi di riabilitazione, educazione ed inclusione realizzano (1). Nella danzaterapia si parla di "movimento", non di "corpo", perché è una disciplina in cui corpo, mente e spirito sono uniti in modo indissolubile, e si muovono insieme, allo stesso tempo (12). Le arti terapie, in particolare la danza/movimento terapia, possono essere usate come metodi potenti nel trattamento di coloro che hanno subito violenze in passato e in previsione di futuri comportamenti violenti (13). L'esperienza del trauma può portare a una serie di sintomi cognitivi e affettivi e, se si verifica nel contesto delle relazioni, influisce gravemente sulle capacità della vittima di instaurare relazioni significative o intime con gli altri. La violenza domestica è un'esperienza traumatizzante spesso persistente e ha una serie di conseguenze negative per le sue vittime (14) e rompere l'isolamento della donna maltrattata è una considerazione primaria. (15)

#### MATERIALI E METODI

La danza terapia può avere effetti terapeutici sul benessere psico-fisico delle donne che sono state vittime di violenza? Da questo quesito prende avvio lo studio, fondato su una revisione della letteratura relativa alla correlazione tra danza e qualità della vita.

Sono state interrogate le Banche Dati mediche, in particolare PubMed, CINAHL, PsycInfo e Scopus, e consultati testi in materia, "Il grande libro della danza del ventre" (Chinaski Edizioni, 2017), "La danzaterapia" (Xenia casa editrice, 1999), "Metodologia e pratica della Danza Terapeutica. Danzamovimentoterapia tra Oriente e Occidente" (Franco Angeli, 2008), "Ricordi, sogni, riflessioni" (Rizzoli, 1978), "Danzare le origini. Elementi per la danzamovimentoterapia espressiva" (Edizioni Magi, 2000), "Danzaterapia. Il metodo Fux" (Carrocci, 2004), "Il corpo e il movimento nel processo educativo della persona" (Ed. Internazionale, 1991), "Movimento creativo e danza" (Gremese Editore, 2006). La ricerca è stata supportata dalla sitografia specifica relativa ai dati prodotti dal Ministero della Salute (2020) e ISTAT (2020). Per la ricerca nelle banche dati sono state utilizzate parole libere e termini MeSH, su studi relativi all'arco temporale 2010-2020 con consultazione bibliografica avvenuta nel periodo gennaio-febbraio 2021 (Tabella 2).

Combinando i risultati delle stringhe di ricerca, applicando gli operatori booleani AND e OR, si è ottenuto un totale di 235 articoli. Da questo totale sono stati esclusi 97 articoli poiché duplicati e altri 117 articoli poiché considerati non pertinenti a seguito della lettura dei titoli. Sono stati infine esclusi altri 15 articoli dopo la lettura degli abstract. I 6 articoli rimanenti sono stati sottoposti a lettura

del full text e sono stati ritenuti pertinenti (Figura 1).

I criteri di selezione sono stati:

- Pertinenza all'argomento di studio: danza terapia, violenza di genere e/o maltrattamento, QdV.
- Lingua: inglese, italiano.
- Tipologia di rivista: preferenza per le riviste relative all'area medica e psicologica.

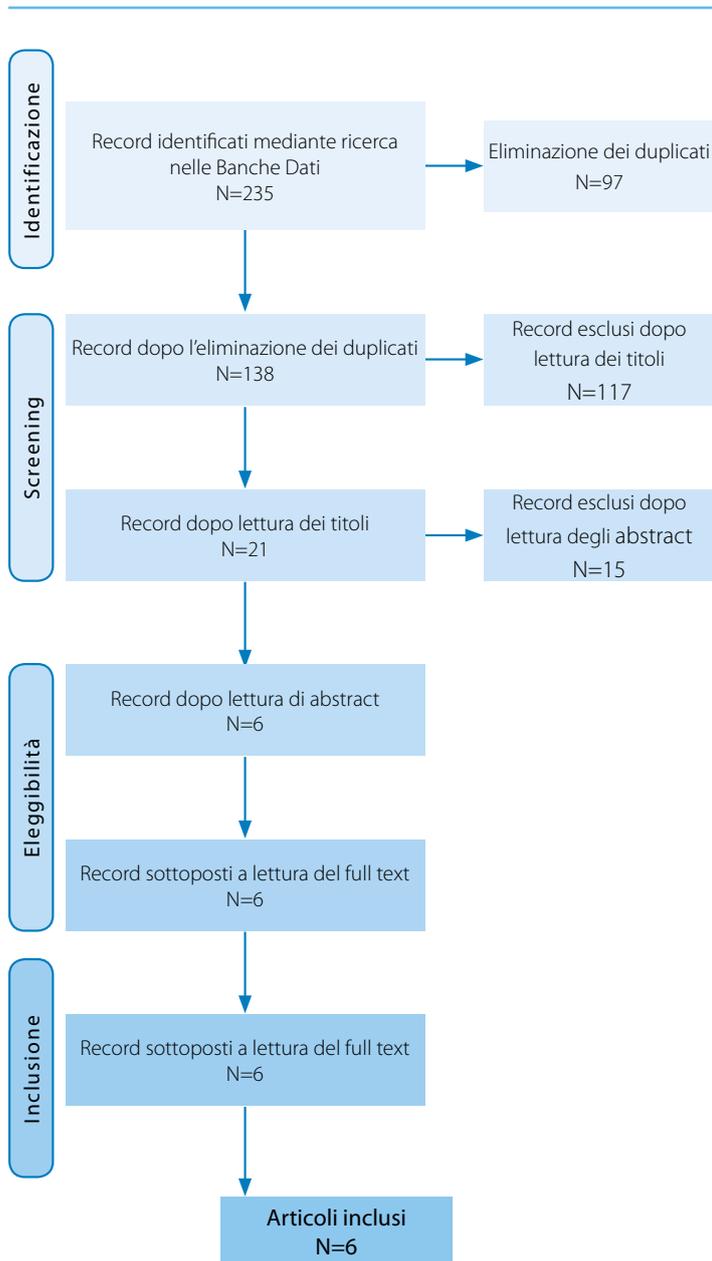
I criteri di inclusione sono stati:

- Donne vittime di violenza
- Persone che hanno subito maltrattamenti

I criteri di esclusione sono stati:

- Pazienti portatori di malattie neurodegenerative
- Pazienti pediatrici

Figura 1. Prisma flowchart



## RISULTATI

I 6 articoli sono successivamente rappresentati nella tabella 3.

Per corroborare quanto analizzato in letteratura si è identificato lo strumento della Qualità di vita ritenuto pertinente allo scopo, ovvero il meta-modello di Schalock e Verdugo Alonso che, nel 2002, hanno proposto uno strumento articolato in 8 domini che rappresentano la prospettiva della QdV: benessere fisico, benessere materiale, benessere emozionale, autodeterminazione, sviluppo personale, relazioni interpersonali, inclusione sociale, diritti ed empowerment.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Emergono dalla letteratura alcuni spunti che accomunano come una matrice, le riflessioni che hanno guidato lo studio, confrontati con lo strumento della Qualità di vita, ovvero, senso di spontaneità delle donne, permesso di giocare, lotta per i diritti, senso di libertà, connessione intima e riconnessione corporea. Questa ultima tematica è il fulcro dello studio "Her Body Speaks: The Experience of Dance Therapy for Women Survivors of Child Sexual Abuse"(16) in cui le donne riflettono sulle loro esperienze e sulle percezioni del ruolo della danza nel loro percorso di guarigione. Tutte le donne dello studio hanno menzionato di essersi sentite scollegate in vari modi dai loro corpi, alcune per un atteggiamento di rifiuto dello stesso perché aveva suscitato un potere attrattivo sull'abusante (16). Altre hanno parlato di un senso generale di "assenza" del corpo (16). La danzaterapia ha offerto un modo per bypassare la reazione difensiva al disagio, perché il processo terapeutico era insito nell'espressione corporea. Il secondo tema che emerge dalla letteratura è il permesso di giocare. Si evince così come la giocosità della danzaterapia abbia fornito un equilibrio e un sollievo da alcuni degli aspetti emotivamente più pesanti del lavoro terapeutico. Il gioco e il lavoro possono coesistere e insieme portare alla guarigione e alla crescita. Le donne hanno descritto la loro esperienza di uscita dalle esperienze di abuso e violenze definendole "impegnative", "difficili" e "scomode"; alcune si sono sentite inibite e imbarazzate all'idea della danza stessa, altre in apprensione per questo approccio non tradizionale alla terapia. Queste donne hanno lottato con il disagio di essere viste dagli altri. Per alcune, l'esperienza è andata oltre l'imbarazzo, fino ad un più acuto senso di vulnerabilità ed esposizione. Alcune delle donne hanno anche riferito di aver lottato per affrontare i ricordi dolorosi e i sentimenti che emergevano durante le loro sessioni di danzaterapia. Molte hanno parlato di come i loro corpi contenessero informazioni su traumi passati e di come l'esperienza negativa affiorasse mentre erano impegnate nei movimenti terapeutici. Anche se queste donne hanno lottato per evitare di essere sopraffatte dai ricordi del corpo e dai fattori emotivi scatenanti, erano anche consapevoli che questo era necessario per l'elaborazione e per la loro crescita e guarigione. Questo senso di lotta per il diritto ben si concilia con il senso di libertà. Le partecipanti hanno riflettuto su come apprezzavano la libertà di scelta che caratterizzava la danzaterapia. Le donne hanno descritto come la possibilità "libera" di non parlare fosse una parte molto significativa delle loro esperienze nella danzaterapia. Le tematiche emerse dalla letteratura ben si conciliano con lo strumento adottato per la Qualità di vita. Infatti, si può infatti avvalorare la tesi che, per queste donne, la danzaterapia ha permesso il miglioramento e l'aumento dello sviluppo personale e dell'autodeterminazione, della partecipazio-

Tabella 3. Articoli selezionati

Titolo, autore, anno, disegno dello studio	Scopo dello studio	Campione	Risultati	Limiti
<p>“Her Body Speaks: The Experience of Dance Therapy for Women Survivors of Child Sexual Abuse” Letty J. Mills, Judith C. Daniluk 2002 Studio qualitativo fenomenologico</p>	<p>Esplorare l'esperienza vissuta e il significato della danza terapia per le donne che hanno scoperto che questa forma di terapia ha contribuito alla loro crescita e guarigione personale.</p>	<p>5 donne vittime di abusi sessuali durante l'infanzia.</p>	<p>La danza terapia ha fornito un supporto terapeutico. Nonostante sia stata un'esperienza emotivamente dolorosa e psicologicamente impegnativa, ha favorito la crescita della consapevolezza delle donne protagoniste dello studio.</p>	<p>Campione ridotto</p>
<p>“A Journey Through Ashes: One Woman's Story of Surviving Domestic Violence” Maureen C. Hearn 2009 Studio qualitativo</p>	<p>Dimostrare come l'utilizzo delle arti creative (danza, canto, poesia...) possa favorire l'empowerment.</p>	<p>Una donna vittima di violenze.</p>	<p>L'arte terapia ha dato sicurezza a questa donna, tanto da condividere il suo processo terapeutico e il suo percorso personale, educando, allo stesso tempo, il pubblico in materia di violenza domestica.</p>	<p>Campione ridotto</p>
<p>“Coming alive: creative movement as a personal coping strategy on the path to healing and growth” Johanna Leseho, Lisa Rene Maxwell 2010 Studio qualitativo fenomenologico</p>	<p>Capire come la danza ed il movimento creativo possano supportare le donne durante le lotte difficili della vita come il trauma da abuso, la violenza e la perdita di sé.</p>	<p>29 donne, di età compresa tra 16 e 67 anni, provenienti da paesi diversi e praticanti religioni diverse, che hanno vissuto traumi come abusi o violenze.</p>	<p>I risultati hanno prodotto tre temi generali di empowerment, guarigione e connessione con lo spirito. I risultati danno anche origine ad un elemento di guarigione unico per le donne attraverso la danza. Sembra che la danza fornisca a queste donne una capacità di recupero non solo per sopravvivere a circostanze molto difficili, ma per superarle e raggiungere la guarigione.</p>	<p>Le partecipanti che sono state scelte avevano già vissuto esperienze di danza terapia che avevano considerato positive. La formulazione della domanda posta durante l'intervista può contenere un bias poiché porta i partecipanti a condividere storie positive.</p>
<p>“Healing Through Movement: The Benefits of Belly Dance for Gendered Victimization” Angela M. Moe 2014 Studio qualitativo fenomenologico</p>	<p>Analizzare l'apparente disconnessione tra la percezione pubblica e il punto di vista del professionista.</p>	<p>67 donne americane che hanno avuto esperienze nell'ambito della danza orientale.</p>	<p>I risultati indicano una forte componente terapeutica, in particolare in termini di vittimizzazione interpersonale di genere, dove la danza del ventre sembra avere un potenziale per l'autoesplorazione e la scoperta.</p>	<p>Le donne che hanno partecipato allo studio potrebbero essere state influenzate nelle loro risposte poiché danzatrici del ventre.</p>
<p>“The One Billion Rising Flash Mob: From Unspeakable Trauma to Danceable Pleasure” Chyun Oh 2019 Studio qualitativo fenomenologico</p>	<p>Analizzare OBR e come esso possa dare la possibilità alla danza di creare un cambiamento sociale e nelle donne vittime di violenze e abusi.</p>	<p>7 persone (5 donne e 2 uomini) coinvolte in OBR e che avevano vissuto eventi traumatici legati ad abusi sessuali o discriminazioni di genere.</p>	<p>I risultati indicano che la danza, nonostante possa sembrare uno strumento troppo irrealistico per affrontare un tema così delicato, è proprio per questo che potrebbe essere, invece, uno degli strumenti più potenti per l'attivismo.</p>	<p>Campione ridotto. La ricercatrice è stata lei stessa una partecipante di OBR e questo può comportare un'influenza all'interno dello studio.</p>
<p>“Selfconcept of abused migrant women victims of sexist violence: an educational proposal to help recover emotional balance through dance” Esteban M.D.C.V., Moltó M.C.C. 2020 Studio caso-controllo</p>	<p>Conoscere le esigenze di donne vittime di abusi e fornire un piano di intervento per migliorare il loro equilibrio emotivo.</p>	<p>15 donne migranti maltrattate provenienti dal Sud America, America Centrale, Europa orientale, Nord Africa e Asia orientale e 19 donne spagnole senza precedenti di abuso incluse nel progetto come strategia per confrontare il concetto di sé di entrambi i gruppi.</p>	<p>I risultati hanno mostrato che i partecipanti che hanno subito abusi hanno bisogno di recuperare l'equilibrio emotivo attraverso il miglioramento del loro concetto di sé professionale, socio-emotivo, familiare e fisico.</p>	<p>Campione ridotto. Metodo di selezione del campione: campione disponibile.</p>

ne sociale, del benessere emotivo e del benessere fisico, elementi caratterizzanti il metamodulo proposto dagli Autori. (12) Tutti gli articoli inclusi nello studio correlano poi le emozioni alla danza e alla musica, ovvero ad espressioni artistiche ed espressive per il movimento, anche interiore, dei corpi (17). Dando un nome alla loro vittimizzazione, le donne si muovono reclamando indipendenza e autonomia. Tre temi generali, empowerment, guarigione e connessione con lo spirito emergono fortemente come tematiche che ben si conciliano con la qualità di vita e che si rincorrono nella letteratura analizzata (18). Mentre la danza, nell'immaginario comune, può essere vissuta in modo più stereotipato, ciò non è accaduto alle donne degli studi. Tutto ciò, come effetto benefico, può essere tanto più significativo tanto più se espresso in gruppo. Le esperienze dei flash mob, ne sono un esempio (18). Dagli studi poi, emerge come elemento comune il fatto che le donne vittime di violenza di genere hanno un concetto di sé significativamente inferiore, in tutte le sue dimensioni, rispetto alle donne che non hanno subito abusi. La danza dunque può creare un setting fisico e mentale dove le donne possano creare un ambiente di rispetto, fiducia e scambio di opinioni, per relazionarsi tra loro in modo sano, fidandosi e rispettando se stesse e le altre persone. La danza ha offerto l'opportunità di creare ambienti per rafforzare e sviluppare il concetto di sé nelle donne, ma anche nei loro figli (19). Si può dedurre che la danza rappresenti un potente strumento di guarigione olistica. Nei sei articoli analizzati, si evince dunque come il minimo comun denominatore sia la correlazione tra la danza e le donne vittime di violenza di genere. Sono stati riscontrati limiti nello studio, per esempio per il campione talvolta ridotto, e nel metodo stesso di selezione del campione. Infatti, in alcuni articoli le donne scelte avevano già avuto esperienze positive nell'ambito della danza e questo potrebbe aver condizionato le risposte e, quindi, il possibile esito dello studio stesso. In questi studi, la danza, utilizzata come intervento, veniva espressa e praticata in maniera differente, tuttavia, per tutte le donne oggetto di studio la danza ha rappresentato un modo per "attraversare" e superare un trauma, in particolare legato alla violenza di genere, migliorando il benessere emozionale e fisico. Ha svolto un ruolo cruciale nell'acquisizione dell'indipendenza persa e nell'empowerment, nel facilitare la guarigione e nel fornire un senso di resilienza, migliorando lo sviluppo personale, ma anche le relazioni interpersonali e l'inclusione sociale. La danza si è anche dimostrata uno strumento comunicativo del proprio vissuto, delle proprie emozioni e stati d'animo. Come la danza approccia in modo olistico le emozioni, così parallelamente la professione infermieristica adotta modalità universali richiamate anche nell'ultima versione del Codice Deontologico dell'Infermiere del 2019. Infatti, al Capo IV Articolo 21 "Relazione con le persone assistite" ben si declina come l'Infermiere, nell'esercizio delle sue competenze, sostenga la relazione con la persona che si trovi in condizione che ne limitano l'espressione, adottando comportamenti e strategie atte a sviluppare una modalità comunicativa efficace. La presa in carico di un paziente, dunque, da parte dell'Infermiere, deve essere olistica, e quindi prendere in considerazione anche la storia e i vissuti personali. Così come nella danzaterapia, anche nell'assistenza infermieristica la persona deve essere coinvolta e valorizzata: "Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta

l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili" (Capo IV, Art. 17), ponendola al centro, protagonista del processo di cura. Pare significativa dunque l'immagine della professione infermieristica che, come il movimento per la danza, accompagna e sostiene in maniera unica e competente, facendo emergere le consapevolezze dell'altro, in questo caso, l'assistito, che si affida all'Infermiere per affrontare vissuti ed emozioni.

## BIBLIOGRAFIA

1. Orlando F. Il grande libro della danza del ventre. Chinaski Edizioni, editor. 2017.
2. DANZA in "Enciclopedia dell'Arte Antica" [Internet]. [cited 2021 Jan 31]. Available from: [https://www.treccani.it/enciclopedia/danza\\_\(Enciclopedia-dell-Arte-Antica\)](https://www.treccani.it/enciclopedia/danza_(Enciclopedia-dell-Arte-Antica))
3. Danza in "Enciclopedia delle scienze sociali" [Internet]. [cited 2021 Jan 31]. Available from: [https://www.treccani.it/enciclopedia/danza\\_\(Enciclopedia-delle-scienze-sociali\)](https://www.treccani.it/enciclopedia/danza_(Enciclopedia-delle-scienze-sociali))
4. danza in "Enciclopedia dei ragazzi" [Internet]. [cited 2021 Feb 2]. Available from: [https://www.treccani.it/enciclopedia/danza\\_\(Enciclopedia-dei-ragazzi\)](https://www.treccani.it/enciclopedia/danza_(Enciclopedia-dei-ragazzi))
5. danza nell'Enciclopedia Treccani [Internet]. [cited 2021 Jan 31]. Available from: <https://www.treccani.it/enciclopedia/danza>
6. Kety Sharif. Bellydance. Allen & Unwin, editor. Crows Nest; 2004.
7. Moe AM. Healing Through Movement. Affilia [Internet]. 2014 Aug 31 [cited 2021 Feb 4];29(3):326–39. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886109913516454>
8. Cerruto E. Metodologia e pratica della Danza Terapeutica. Danzamovimento-terapia tra Oriente e Occidente. Franco Angeli, editor. Milano; 2008.
9. Jung C. G. Ricordi, sogni, riflessioni. Rizzoli, editor. Milano; 1978.
10. Danzaterapia. Vida y Transformación, di María José Vexenat. Un viaggio nella danzaterapia di María Fux | Semantic Scholar [Internet]. [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Danzaterapia.-Vida-y-Transformación%2C-di-María-José-Pillan/1c8c294bcf3b9eafef7409bed8740d1759aec617>
11. Qualità della vita - Anffas [Internet]. [cited 2020 Dec 1]. Available from: <http://www.anffas.net/it/cosa-facciamo/supporto-alle-persone-con-disabilita/qualita-della-vita/>
12. danzaterapia sarabanda [Internet]. [cited 2020 Dec 1]. Available from: <https://www.danzaterapiasarabanda.it/sarabanda>
13. Milliken R. Dance/movement therapy as a creative arts therapy approach in prison to the treatment of violence. Arts Psychother. 2002;29(4):203–6.
14. Devereaux C. Untying the knots: Dance/movement therapy with a family exposed to domestic violence. Am J Danc Ther [Internet]. 2008 Oct 2 [cited 2021 Feb 1];30(2):58–70. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10465-008-9055-x>
15. Leventhal F, Chang M. Dance/movement therapy with battered women: A paradigm of action. Am J Danc Ther [Internet]. 1991 Sep [cited 2021 Feb 1];13(2):131–45. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00844142>
16. Mills LJ, Daniluk JC. Her body speaks: The experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse. J Couns Dev. 2002;80(1):77–85.
17. HEARNS MC. A Journey Through Ashes: One Woman's Story of Surviving Domestic Violence. Anthropol Conscious [Internet]. 2009 Sep 1 [cited 2021 Feb 22];20(2):111–29. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1556-3537.2009.01014.x>
18. Leseho J, Maxwell LR. Coming alive: Creative movement as a personal coping strategy on the path to healing and growth. Br J Guid Couns [Internet]. 2010 Feb [cited 2021 Feb 22];38(1):17–30. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03069880903411301>
19. Esteban M del CV, Moltó MCC. Selfconcept of abused migrant women victims of sexist violence: An educational proposal to help recover emotional balance through dance. Estud Pedagog. 2020;46(2):421–45.

**Martha Giovanna Gallo**

Infermiera, laureata presso l'Università degli Studi di Milano  
RN, Nurse, Degree in Nursing, University of Milan, Milan  
marthagiovanna.gallo@studenti.unimi.it

**Luciana Pagani**

Coordinatrice Infermieristica  
UO Neonatologia ASST Fatebenefratelli- Sacco PO  
Macedonio Melloni, Milano  
RN, Nursing Coordinator OU  
Neonatology ASST Fatebenefratelli-  
Sacco PO Macedonio Melloni, Milan

**Annalisa Alberti**

Direttore didattico, corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Direttore Centro di Cultura e Ricerca Infermieristica ASST Rhodense, Rho  
RN, MSN, Didactic Director, Degree Course in Nursing, University of Milan & Director of the Nursing Culture and Research Center ASST Rhodense, Rho

**Ida Ramponi**

Direttore Generale ASST Rhodense, Rho  
MA, CEO Hospital of Rho, Rho

**Anne Destrebecq**

Professore ordinario di Scienze Infermieristiche, Presidente Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano  
Full Professor of Nursing Sciences, President of the Degree Course in Nursing, University of Milan

**RIASSUNTO**

**Introduzione.** L'utilizzo del latte di "banca", ovvero il latte donato da mamme diverse e distribuito gratuitamente ai piccoli neonati che ne hanno necessità, si configura come vantaggioso nell'alimentazione dei neonati pretermine in quanto abbassa l'incidenza di enterocolite necrotizzante, riduce l'incidenza di sepsi e altre infezioni, riduce l'incidenza di displasia broncopulmonare, aumenta la tolleranza alimentare, previene l'ipertensione arteriosa e l'insulino resistenza, oltre ad avere anche altri usi clinici. Rappresenta una importante strategia per la promozione dell'allattamento materno in Terapia Intensiva Neonatale e, il latte materno, fornisce un alimento di alta qualità per i neonati ricoverati. **Materiali e Metodi.** Il disegno dello studio si avvale di un questionario online strutturato ad hoc e somministrato agli infermieri della TIN dell'Ospedale Macedonio Melloni e della SubTIN dell'Ospedale di Rho. La strategia di reclutamento del campione seguita è quella del campionamento non probabilistico di convenienza. Il tasso di risposta complessivo è pari al 91% (60/66 infermieri). Per corroborare i risultati ottenuti è stata condotta una revisione della letteratura disponibile interrogando le banche dati PUBMED e CINHAL nel mese di marzo 2020. **Risultati e Conclusioni.** Dall'analisi della letteratura emergono molteplici studi di confronto tra il latte umano donato e il latte artificiale rispetto alle specifiche patologie

# Studio osservazionale sulle conoscenze infermieristiche relative all'uso del latte umano donato nell'alimentazione del neonato pretermine

*Observational study on nursing knowledge relating to the use of donated human milk in the feeding of the preterm newborn*



e i vantaggi che ne conseguono. Tuttavia, emergono limitati studi relativi alle conoscenze e al rapporto che hanno gli infermieri con il latte umano donato. L'analisi dei dati ottenuti dal questionario mostra che la media di punteggio ottenuta dal personale infermieristico dei due ospedali differisca di 0,1 punti su un totale di 12 e 0,7 su un totale di 6, indicando quindi che, nonostante gli infermieri dell'Ospedale di Rho non usino il latte umano donato, non si registra una significativa differenza di conoscenza rispetto agli infermieri dell'Ospedale M. Melloni che sono soliti usare questa risorsa. Dai risultati emersi sembra che ci siano opportunità di migliorare la conoscenza tra gli infermieri su temi del latte umano donato e delle banche del latte. **Parole chiave.** Nursing, Nascita pretermine, Latte Umano Donato.

**SUMMARY**

**Introduction.** The use of human donor milk that is milk donated by different mothers and distributed free of charge to infants who

need it is an advantage in the feeding of preterm infants as it lowers the incidence of necrotizing enterocolitis, reduces the incidence of sepsis and other infections, reduces the incidence of bronchopulmonary dysplasia, increases dietary tolerance, prevents arterial hypertension and insulin resistance, as well as having other clinical uses. It represents an important strategy for the promotion of breastfeeding in Neonatal Intensive Care and, breast milk, provides high-quality food for hospitalized infants.

**Materials and Methods.** The study's design uses a new online questionnaire administered to the nurses of the NICU of Macedonio Melloni Hospital and Sub-intensive Neonatal Care Unit of Rho Hospital. The sample recruitment strategy followed is that of non-probabilistic sampling of convenience. The overall response rate is 91% (60/66 nurses). A review of the available literature was carried out by interrogating PUBMED and CINHAL databases in March 2020 to corroborate the results obtained by the study.

**Results and Conclusions.** From the literature analysis, many studies are comparing donated human milk and artificial milk for specific diseases and the advantages that result, however, there are limited studies related to the knowledge and the relationship that nurses have with this resource. The analysis of the data obtained from the questionnaire shows that the average score obtained by the nurses of the two hospitals differs by 0.1 points out of a total of 12 and 0.7 out of a total of 6, thus indicating that, although the nurses of Rho Hospital do not use human donor milk, there is no significant difference in knowledge compared to the nurses of M. Melloni Hospital who are used to use this resource. From the results that have emerged, it seems that there are opportunities to improve nurses' knowledge about human donor milk and milk banks. **Keywords.** Nursing, Preterm birth, Donated Human Milk.

## INTRODUZIONE

L'assistenza infermieristica nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) deve essere orientata a soddisfare il benessere del neonato nel suo insieme, a breve e a lungo termine, in maniera globale. (1) Il neonato prematuro è un individuo, per definizione, fragile, pertanto l'infermiere deve agire orientando l'assistenza e la presa in carico alla molteplicità delle cure. Spesso, infatti, una procedura e una prestazione infermieristica si sovrappone ad altre, in situazioni cliniche, ambientali ed emotive difficilmente codificabili. (1) Il neonato pretermine è considerato un soggetto ad alto rischio e richiede quindi un'attenta e costante valutazione della capacità respiratoria, circolatoria, metabolica, neurologica, visiva, uditiva e

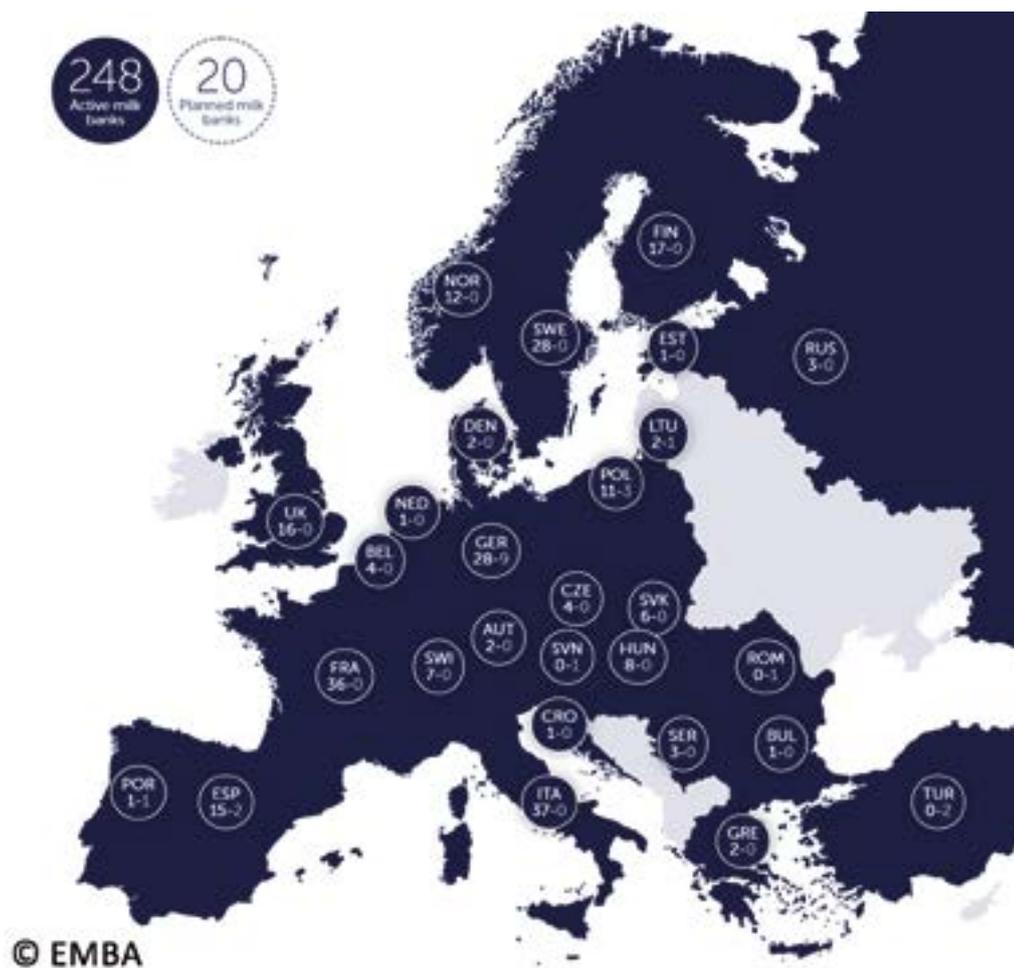


Figura 1: Mappa di BLUD presenti sul territorio europeo

nutrizionale, data l'instabilità clinica a cui è fortemente sottoposto. (1) La nutrizione è dunque estremamente importante per qualunque neonato, ancor più quando questi versi in una condizione di prematurità. Infatti, un'adeguata nutrizione favorisce lo sviluppo staturo-ponderale ma fornisce anche i nutrienti necessari per il funzionamento e la crescita dei vari apparati e organi. (1) Un'indagine condotta dalla Società Italiana di Neonatologia in collaborazione con l'AIBLUD (Associazione Italiana delle Banche del Latte Umano Donato) presso le TIN operative in Italia e partecipanti al Network Neonatale Italiano nell'anno 2010, ha mostrato che la percentuale di neonati con allattamento esclusivo al seno alla dimissione è stata del 29,75% nelle TIN dotate di Banca del Latte Umano Donato contro un valore del 15,93% nelle TIN prive di Banca del Latte. (2) L'utilizzo del latte di banca così inteso si configura, pertanto, come una importante strategia per la promozione dell'allattamento materno in Terapia Intensiva Neonatale. (2) Il latte materno, oltre a fornire un alimento di alta qualità per i neonati ricoverati in TIN, consente dunque la promozione di una serie di meccanismi utili a favorire l'allattamento naturale sia durante il ricovero che dopo la dimissione. (2) Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità congiuntamente a UNICEF presentano una dichiarazione forte che così recita: "quando non è possibile per la madre biologica allattare al seno, la prima alternativa, se disponibile, deve essere il latte umano. Le Banche del Latte Umano dovrebbero essere attivate in situazioni appropriate." (2) Da quel momento in poi si è verificata una serie di eventi che hanno confermato l'importanza delle Banche

del Latte Umano. (2) Infatti, nel 1981 nasce in Francia l'Association des Lactariums de France; nel 1985 viene fondata negli Stati Uniti la Human Milk Bank Association of North America; nel 1989 l'attività delle banche del latte viene regolamentata in Francia da una legge nazionale; nel 1997 si sviluppa in Inghilterra la United Kingdom Association for Milk Banking; la prima banca del latte di Milano nasce nel 1985 all'interno dell'Ospedale Macedonio Melloni. Nel 2005 viene fondata in Italia l'Associazione Italiana delle Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD). (2) Tuttavia in Italia la storia delle Banche del Latte Umano si sviluppa nel 1971, con la prima banca italiana dalle caratteristiche "moderne" (raccolta del latte a domicilio della donatrice, pastorizzazione del latte, controlli batteriologici) inaugurata presso l'Ospedale Meyer di Firenze. Nel 2008 in Toscana è stata costituita la Rete Regionale delle Banche del Latte Umano Donato (ReBLUD), primo esempio di rete in Europa. Il nostro Paese risulta essere, al momento, uno dei più attivi in Europa; l'attività delle banche esistenti in Italia è coordinata dall'Associazione italiana Banche del latte umano donato (AIBLUD). (2) Secondo l'EMBA (European Milk Bank Association) le Banche che operano sul territorio italiano sono 37; si tratta di un numero elevato se confrontato con altri Paesi europei. (3) A Milano, attualmente, sono presenti tre banche del latte: Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Clinica Mangiagalli e Ospedale San Giuseppe. Come si evince dalla Figura 1 "numero di BLUD presenti sul territorio europeo", si evince che l'Italia è, di fatto il Paese leader, seguito dalla Francia. L'auspicio è che ogni Paese europeo si doti di strategie affinché ai piccoli neonati possano essere garantiti i medesimi diritti. (Figura 1: Mappa di BLUD presenti sul territorio europeo) Le BLUD non sono soltanto centri per la raccolta, la lavorazione, lo stoccaggio e la distribuzione del latte umano, ma rappresentano una grande opportunità di promozione e di sostegno dell'allattamento al seno, ecco perché è importante parlare di diritti del neonato prematuro. Promuovere la donazione e l'utilizzo del latte di banca, pertanto, significa necessariamente promuovere una cultura dell'allattamento materno e del suo utilizzo anche e soprattutto nei neonati più critici e immaturi. (2) Le Banche del Latte Umano Donato (BLUD) garantiscono un servizio volto a selezionare le donatrici, raccogliere, controllare, selezionare, trattare, conservare e distribuire latte umano donato da utilizzare per specifiche necessità mediche. (4) Le BLUD sono essenziali per soddisfare le necessità dei neonati pretermine, ma è efficace anche per i rari casi di neonati a termine che per brevi periodi non possono essere allattati al seno o neonati affetti da patologia. (4) I principali vantaggi conseguenti l'uso del latte umano donato nell'alimentazione dei neonati pretermine sono: (4)

- Ridotta incidenza di sepsi e altre infezioni
- Ridotta incidenza di displasia broncopolmonare
- Elevata tolleranza alimentare
- Prevenzione dell'ipertensione arteriosa e dell'insulino resistenza
- Usi clinici del latte di Banca
- Bassa incidenza di enterocolite necrotizzante (NEC)

Le BLUD devono garantire standard di qualità su tutto il territorio nazionale nelle varie fasi della filiera: criteri di selezione delle donatrici, procedure di raccolta e conservazione del latte, accertamenti infettivologici, metodiche di pastorizzazione e stoccaggio. (4)

In letteratura si rileva una certa difficoltà nel reperire studi nazionali centrati sulle conoscenze specifiche e sulle opinioni degli infermieri rispetto all'uso del latte umano donato e alle Banche del Latte Umano Donato. Pertanto, l'obiettivo dello studio è indagare e, possibilmente analizzare, le conoscenze relative all'uso del LUD nell'alimentazione del neonato pretermine.

## MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale multicentrico sulle conoscenze infermieristiche relative alla Banca del Latte Umano Donato e sul suo uso rispetto al latte artificiale. Per questo studio sono stati coinvolti gli Infermieri di due ospedali: Ospedale Macedonio Melloni (ASST Fatebenefratelli - Sacco PO Macedonio Melloni) e Ospedale di Rho (ASST Rhodense) nelle unità operative Terapia Intensiva Neonatale e Terapia Subintensiva Neonatale. La strategia di campionamento è non probabilistico di convenienza.

Criteri di inclusione:

- Infermieri della TIN dell'Ospedale M. Melloni
- Infermieri della SubTIN dell'Ospedale di Rho

Sono stati esclusi dallo studio i coordinatori infermieristici. Il campione delle due strutture è così composto: 46 infermieri PO Macedonio Melloni e 14 infermieri PO di Rho. Per corroborare lo studio, è stata condotta una revisione della letteratura e consultate le seguenti banche dati: PUBMED e CINAHL nel mese di marzo 2020. Per effettuare la ricerca sono state identificate le seguenti parole chiave e la relativa stringa di ricerca:

- HUMAN MILK
- DONOR MILK
- NURSING
- NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT
- PREMATURE INFANT
- NEC
- PRETERM FORMULA

STRINGA DI RICERCA	RISULTATI
((("Milk, Human"[Majr] OR "Milk Banks"[Mesh] OR "donor human milk")) AND ("Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]))	1.353
78	
83	
	1.514

Da queste stringhe sono stati selezionati 20 articoli. Per quanto concerne CINHAL, è stata creata un'unica stringa di ricerca generale: ((MM "Milk Banks") OR (MM "Donor Milk")) AND ((MM "Infant, Premature") OR (MM "Infant, Very Low Birth Weight")). Da questa sono stati ottenuti 64 articoli di cui solo uno è stato utilizzato per pertinenza di titolo e di abstract. In totale, dalla ricerca, sono stati analizzati 21 articoli. Ai fini dello studio è stato deciso di redigere un questionario online (Google Forms) strutturato ad hoc, a partire dagli elementi preponderanti emersi dall'analisi della letteratura in materia che sottolineano i molteplici vantaggi che ha il latte umano donato in varie patologie rispetto al latte artificiale ma non ne studia le conoscenze dei professionisti sanitari che lavorano a contatto con i beneficiari di questa risorsa. Lo strumento è composto da 17 domande a scelta multipla e una domanda aperta. (Figura n. 2) La compilazione dei questionari è avvenuta nel periodo tra il 17 giugno 2020 e il 14 luglio 2020.

## RISULTATI

Hanno risposto al questionario 60 infermieri così suddivisi:

- TIN ospedale Macedonio Melloni (MI) 46/46 (100%)
- SubTIN ospedale Rho (MI) 14/20 (70%)

Il tasso di risposta complessivo è pari al 91% (60/66)

Di seguito sono analizzati i risultati dello studio, suddivisi secondo le domande:

### 1. Genere

La maggior parte del campione è di sesso femminile, solo il 7% è di sesso maschile.

### 2. Età

Il campione è principalmente composto da professionisti di età >40, il restante è quasi equamente diviso tra soggetti di età compresa tra i 20-30 anni e i 30-40 anni.

### 3. Titolo di studio

Il 35% del personale infermieristico è in possesso di una laurea triennale in Infermieristica, il 32% ha un diploma di infermiere professionale, il 30% ha, invece, una laurea triennale in Infermieristica Pediatrica ed il restante 3% è in possesso di un master in area pediatrica.

### 4. Anni di servizio in TIN o SubTIN

La maggior parte dei soggetti lavora in TIN o SubTIN da più di 20 anni o tra gli 1 e i 5 anni.

### 5. Presso quale ospedale presta servizio?

**Tabella 1. Numero di infermieri per presidio ospedaliero**

Ospedale	N. di infermieri
Ospedale di Rho	14
Ospedale Macedonio Melloni	46

### 6. È a conoscenza della BLUD?

Tutti gli infermieri compresi nello studio sono a conoscenza o hanno sentito parlare della Banca del Latte Umano Donato.

### 7. L'azienda per cui lavora collabora con una BLUD?

All'interno dell'Ospedale di Rho ci sono opinioni contrastanti sull'effettiva collaborazione del presidio con una Banca del Latte Umano Donato; nell'Ospedale Macedonio Melloni, invece, tutto il personale infermieristico è a conoscenza della collaborazione con la BLUD.

### 8. Avete un modulo/protocollo per la richiesta/l'uso di latte umano donato?

L'Ospedale di Rho non utilizzando il latte di banca non possiede modulo/protocollo.

L'Ospedale Macedonio Melloni possiede: protocollo, modulo di richiesta e consenso informato.

### 9. Nel tuo reparto, nel caso non fosse disponibile il latte di madre biologica, viene usato maggiormente

Si registra un uso esclusivo del latte artificiale nel caso di non disponibilità del latte di madre biologica nell'Ospedale di Rho, mentre nell'Ospedale Macedonio Melloni la maggior parte degli infermieri testimonia l'uso di latte umano donato.

### 10. La scelta dell'uso di Latte Umano Donato o latte artificiale è dettata da

L'Ospedale di Rho usa esclusivamente latte artificiale in assenza di latte materno soprattutto per una decisione di unità operativa (64%). Nell'Ospedale Macedonio Melloni invece la scelta dell'uso di latte umano donato secondo gli infermieri è dettata nel 52% dei casi dalla decisione di unità operativa e nel 47% dei casi dipende dal Neonatologo e quindi anche dalla condizione clinica del neonato.

### 11. Ritieni che la Banca del Latte Umano Donato sia

Gli infermieri dell'Ospedale di Rho ritengono che la BLUD sia una realtà utile, solo una piccola percentuale (14%) non sa giudicare. La maggior parte degli infermieri dell'Ospedale Macedonio Melloni ritengono che la BLUD sia utile, una piccola percentuale (4%) però, non la ritiene utile.

### 12. Ha mai partecipato ad un corso di formazione che trattava delle Banche del Latte Umano Donato?

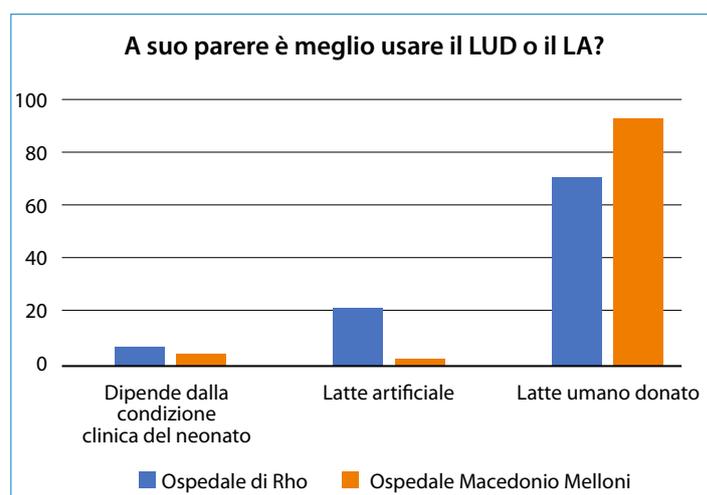
Il 29% (Rho) e il 35% (Melloni) degli infermieri ha partecipato ad un corso di formazione sulla BLUD.

### 13. A suo parere è meglio usare il latte di banca o il latte artificiale?

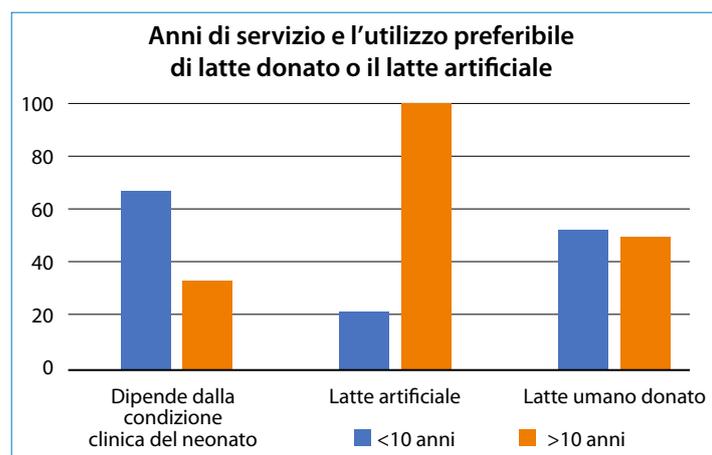
Entrambi gli ospedali ritengono che sia meglio l'utilizzo del latte di banca rispetto al latte artificiale ma comunque una piccola percentuale (21% Rho, 2% Melloni) è di parere contrario.

Gli infermieri che ritengono che sia meglio l'utilizzo di latte artificiale rispetto al latte donato sono in servizio da più di 10 anni.

**Figura 2. % di infermieri per presidio che pensa sia meglio usare LUD o LA**



**Figura 3. Correlazione tra anni di servizio e l'uso preferibile di LUD o LA**



#### 14. Il latte umano donato può essere usato per

L'80% degli infermieri ritiene che il latte umano donato possa essere utilizzato sia per i neonati prematuri che per quelli a termine; il 20%, invece, dichiara che possa essere utilizzato solo per i neonati prematuri.

#### 15. Il latte umano donato può essere usato per

Questa domanda è a risposta multipla con la possibilità di selezionare più risposte corrette e di aggiungere altri eventuali utilizzi, è stato aggiunto "prematrità" e "latte materno infetto"; è stato quindi assegnato un punto per ogni risposta corretta per un totale di 12 punti.

Gli indici statistici di posizione dell'Ospedale di Rho sono:

- Media: 4,6
- Moda: 3
- Mediana: 1

Gli indici statistici di posizione dell'Ospedale Macedonio Melloni sono:

- Media: 4,7
- Moda: 3
- Mediana: 4

**Tabella 2. Punteggio di ciascun ospedale relativo alla domanda n. 15**

Punteggio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ospedale di Rho	0	3	4	1	0	1	0	1	1	2	0	0
Ospedale M.Melloni	4	6	9	7	4	1	6	5	1	2	1	0

La deviazione standard degli Ospedali di Rho e M. Melloni è rispettivamente 6 e 12,5.

#### 16. Quali sono le motivazioni per la richiesta del latte donato

Questa domanda è a risposta multipla con la possibilità di selezionare più risposte corrette per un totale di sei; è stato assegnato un punto per ogni risposta corretta.

Gli indici statistici di posizione dell'Ospedale di Rho sono:

- Media 2,8
- Moda: 2
- Mediana: 2

Gli indici statistici di posizione dell'Ospedale Macedonio Melloni sono:

- Media: 3,5
- Moda: 3
- Mediana: 7,5

La deviazione standard degli Ospedali di Rho e M. Melloni è rispettivamente 4,4 e 15.

(Figura 5: % di risposta alle singole opzioni della domanda n.16)

**Tabella 3. Punteggio di ciascun ospedale relativo alla domanda n. 16**

Punteggio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ospedale di Rho	2	5	2	3	2	0	0	1	1	2	0	0
Ospedale M. Melloni	7	5	11	10	5	8	6	5	1	2	1	0

**Figura 4. % di risposte alle singole opzioni della domanda n.15**

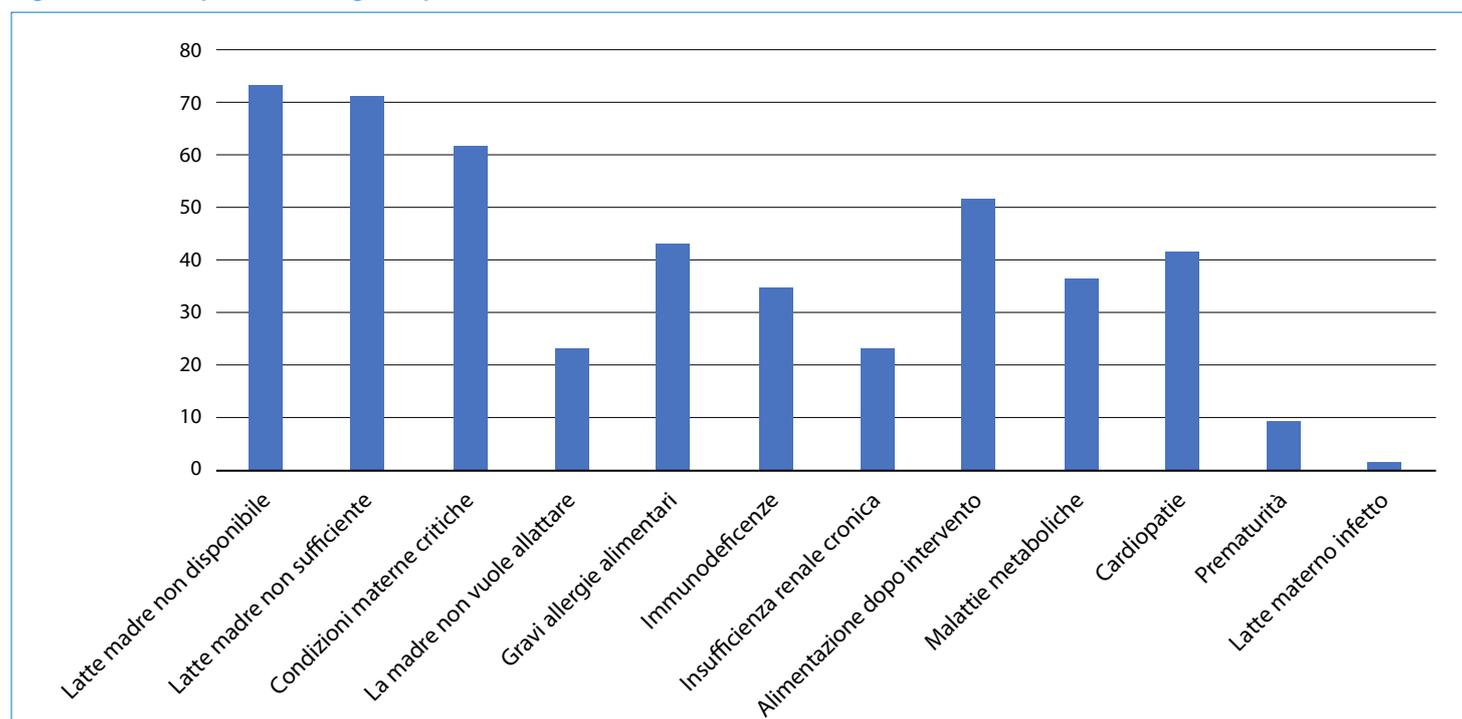
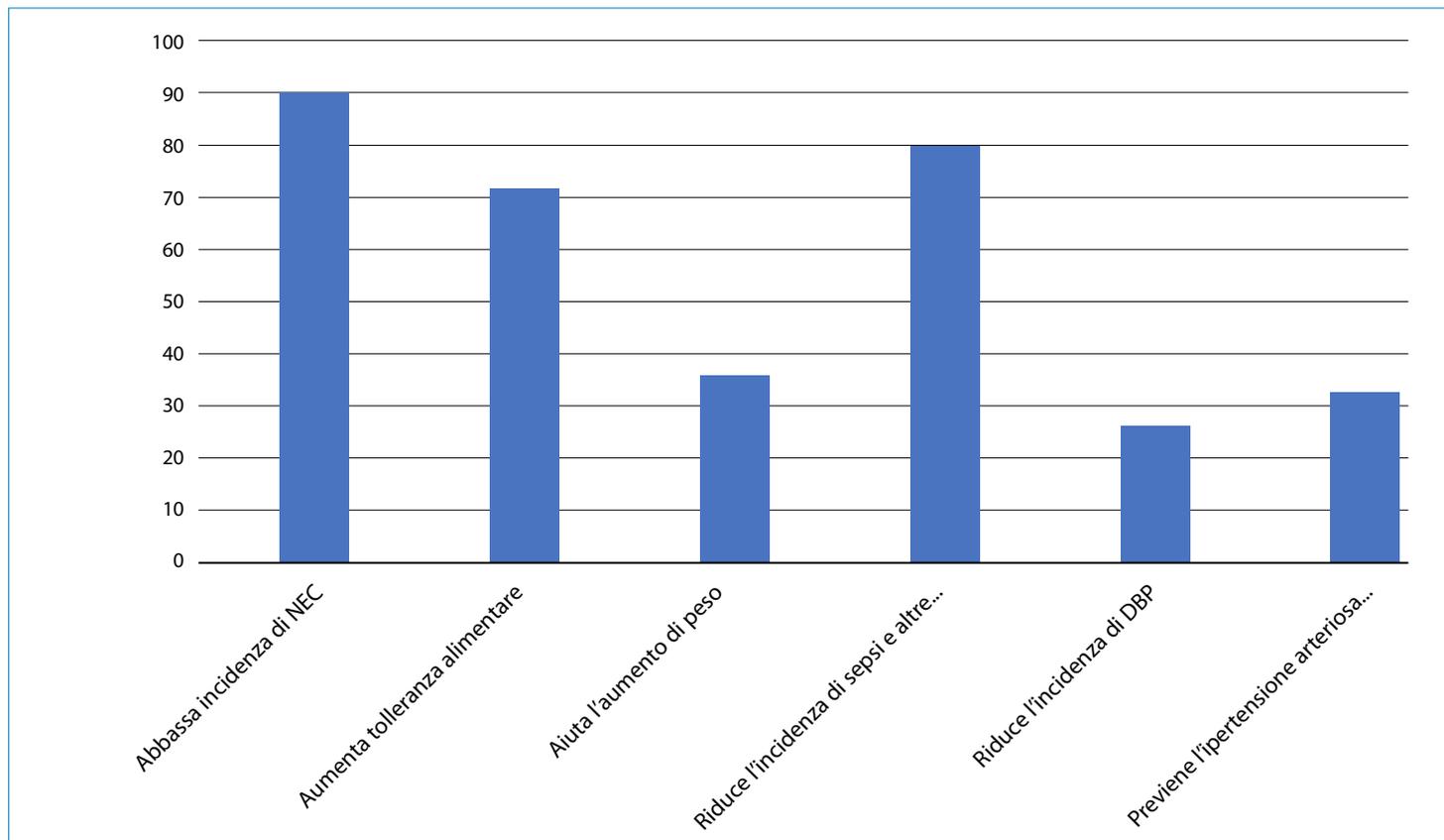


Figura 5. % di risposta alle singole opzioni della domanda n.16



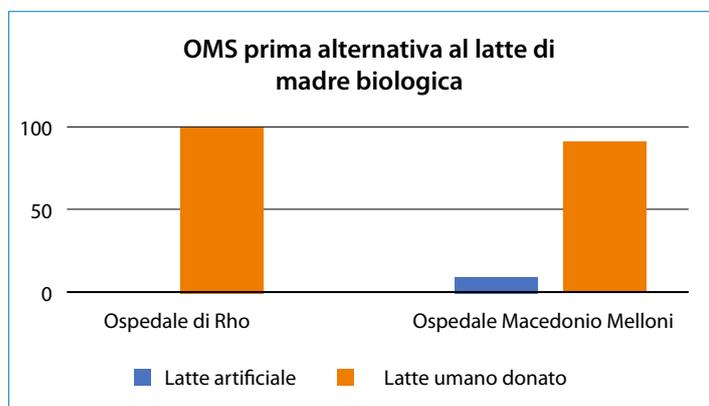
#### 17. L'utilizzo del latte di banca promuove l'allattamento al seno in TIN e alla dimissione?

Il 77% degli infermieri ritiene che l'utilizzo del latte umano donato durante la degenza in TIN o SubTIN promuova l'allattamento al seno alla dimissione.

#### 18. L'organizzazione mondiale della sanità dichiara che "quando non è possibile per la madre biologica allattare al seno, la prima alternativa, se disponibile, deve essere..."

Secondo tutti gli infermieri dell'Ospedale di Rho l'OMS dichiara che la prima alternativa al latte di madre biologica deve essere il latte umano donato.

Figura 6. % di infermieri per presidio sulla dichiarazione dell'OMS



Secondo l'8% degli infermieri dell'Ospedale Macedonio Melloni l'OMS dichiara che la prima alternativa al latte di madre biologica deve essere il latte artificiale.

(Figura 6: % di infermieri per presidio sulla dichiarazione dell'OMS)

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La partecipazione del personale infermieristico all'indagine è stata complessivamente pari al 91%. All'interno del campione analizzato la maggioranza dei professionisti risulta in servizio da più di 20 anni o tra gli 1 e 5 anni, ovvero agli estremi della curva gaussiana. Per quanto riguarda il titolo di studio, il personale infermieristico in analisi è quasi equamente diviso tra coloro che sono in possesso del diploma regionale (32%), di laurea triennale in Infermieristica (35%) e di laurea triennale in Infermieristica Pediatrica (30%). La totalità dei soggetti compresi nello studio è a conoscenza della Banca del Latte Umano Donato ma, all'interno della realtà lavorativa, solo il personale del PO M. Melloni interagisce con quest'ultima e utilizza regolarmente il servizio erogato. Inoltre, emerge dai dati che meno della metà degli infermieri di entrambi gli ospedali (Rho 29%; Melloni 35%) abbia partecipato ad un corso di formazione riguardante la BLUD durante il percorso lavorativo. Nonostante nel PO di Rho non venga utilizzata la Banca del latte, l'86% degli infermieri ritiene che tale realtà sia utile e che sia preferibile utilizzare il latte umano donato a quello artificiale. Tuttavia, un dato da suffragare riguarda il fatto che, tra gli infermieri che ritengono sia preferibile usare il latte artificiale a quello donato sono in servizio da più di dieci anni. Probabilmente, indagare a fondo le ragioni delle loro affermazioni, potrebbe far virare le strategie di intervento infermieristico a favore dei piccoli pazienti. Infatti, tutti gli ospedali hanno la possibilità di richiedere il latte donato ad una BLUD purché vengano rispettate le condizioni richieste dalle banche, ovvero, fornire le generalità del neonato, l'età gestazionale e la motivazione della richiesta. Esiste altresì la possibilità di stabilire una collaborazione tra ospedale e BLUD e di ricevere una fornitura fissa di latte pastorizzato (per esempio 15-20 biberon di latte donato al mese) senza necessità di motivazione. Tutti i neo-

nati dimessi dalle TIN possono ricevere gratuitamente il latte donato da una BLUD con una richiesta motivata da parte del pediatra di libera scelta. Per quanto riguarda le conoscenze del personale infermieristico relativamente ai benefici del latte donato nell'alimentazione del neonato pretermine, l'80% dei soggetti ha risposto correttamente affermando che questo tipo di latte può essere usato sia per i neonati prematuri che per quelli a termine. Gli indici statistici di posizione della domanda n.15 mostrano che la media di punteggio ottenuta dal personale infermieristico dei due ospedali differisce di 0,1 punti su 12 punti totali (media punteggio Rho 4,6 e Melloni 4,7), indicando quindi che, nonostante gli infermieri dell'Ospedale di Rho non usino il latte umano donato, non si registra una notevole differenza di conoscenza rispetto agli infermieri dell'Ospedale M. Melloni che sono soliti usare questa risorsa. Nell'Ospedale Melloni la deviazione standard è maggiore a causa di un più ampio campione di infermieri; allo stesso modo i punteggi ottenuti paiono coprire in maniera più omogenea tutta la scala per il campione dell'Ospedale Melloni, mentre si individua un cluster di basso punteggio ed uno, più piccolo, di alto punteggio per l'Ospedale di Rho con una minima parte dei punteggi ottenuti a occupare la fascia di mezzo. Più del 50% degli infermieri è a conoscenza del fatto che il latte umano donato può essere impiegato nel caso in cui il latte materno non sia disponibile o insufficiente, quando la madre riversi in condizioni critiche e nella ri-alimentazione dopo interventi chirurgici di resezione intestinale a carico del neonato. Meno della metà dei soggetti intervistati tuttavia, è al corrente dell'uso del latte di banca nel caso di gravi allergie alimentari, malattie metaboliche e cardiopatie con difetto di crescita per intolleranza alimentare (43%). Si rileva, invece, che il 23% del campione è a conoscenza del fatto che il latte donato fornisca un livello appropriato di energia, un contenuto proteico inferiore ma di alto valore biologico e livelli di potassio, calcio e fosforo inferiori; tutte condizioni fondamentali nella gestione dell'insufficienza renale cronica. (5) Gli indici statistici della domanda n.16 mostrano che la media di punteggio conseguito dal personale infermieristico di entrambi gli ospedali differisce di 0,7 punti su 6 punti totali (media punteggio Rho 2,8 e Melloni 3,5) registrando nuovamente una non differenza di conoscenza tra i due campioni. Come per la domanda precedente la varianza è maggiore nell'Ospedale Melloni a causa del numero di infermieri maggiore; in questo caso i punteggi ottenuti paiono coprire in maniera più omogenea tutta la scala con un cluster di medio punteggio. Gli infermieri dell'Ospedale di Rho sembrano invece coprire in maniera omogenea la scala. Più del 70% degli infermieri è a conoscenza di come l'uso del latte umano donato abbassi l'incidenza di NEC confermato recentemente da due metanalisi (6,7), aumenti la tolleranza alimentare ed un più precoce raggiungimento dell'alimentazione enterale esclusiva nei neonati pretermine all'assunzione del latte di Banca rispetto a quelli alimentati con formula (8,9); sono, inoltre, a conoscenza del fatto che il LUD riduca l'incidenza di sepsi ed altre infezioni, uno studio prospettico ha rilevato una riduzione del rischio di sepsi tardiva nei neonati di peso estremamente basso o gravemente pretermine alimentati con latte umano fresco o di Banca. (10) Il 26% del campione afferma di conoscere che il latte umano donato riduce il rischio di bronco displasia polmonare nei neonati gravemente prematuri o di peso molto basso alla nascita in quanto presenta un'attività antiossidante che verrebbe mantenuta anche dopo la pastorizzazione. (11) I risultati delle domande 15 e 16 indi-

cano che il personale infermieristico è consapevole di alcuni dei vantaggi conseguenti l'uso del latte umano donato ma che ci sono delle lacune che possono essere colmate attraverso eventi formativi strutturati sull'argomento. La maggioranza degli infermieri è a conoscenza del fatto che l'uso del latte umano donato durante la degenza in TIN o SubTIN promuova l'allattamento al seno alla dimissione e che l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara che la prima alternativa al latte di madre biologica, se disponibile, deve essere il latte umano donato. A conferma di ciò, nell'anno 2010 la percentuale di neonati con allattamento esclusivo al seno alla dimissione dalla TIN è stata del 29,75% nelle unità operative dotate di Banca del Latte Umano Donato contro un valore del 15,93% nelle TIN prive di Banca del Latte. Gli infermieri possono giocare ruoli educativi importanti nella promozione di un maggior utilizzo del latte umano donato in TIN. Per esempio, possono intervenire nelle situazioni in cui si renda necessario comprendere le ragioni per le quali i genitori rifiutino il latte umano donato. Troppo spesso, infatti, si deve combattere con lo stigma del "latte di qualcun'altra", ovvero di una madre che non sia biologicamente la genitrice del loro piccolo. L'infermiere può mediare questa situazione incoraggiando l'alimentazione umana con il latte materno donato e fornire informazioni alle famiglie sull'importanza del LUD, compreso il processo di vagliatura e pastorizzazione, ovvero deve essere in grado di fornire ai genitori tutte quelle informazioni utili e circostanziate per vivere in sicurezza la donazione. L'infermiere in terapia intensiva neonatale, oltre ad esprimere competenze clinico assistenziali specifiche dell'ambito organizzativo, deve essere membro integrante del team multidisciplinare. La relazione vincente del gruppo nella sua totalità consentirà di costruire rapporti di fiducia con i genitori, educandoli ai benefici del LUD, ma anche tra professionisti, appianando quelle divergenze di conoscenza che potrebbero palesarsi tra professionisti con anzianità di servizio differenti, come si evince, appunto dallo studio proposto. Inoltre, lo spaccato di questo studio, sebbene compari due configurazioni organizzative differenti tra loro, ovvero il PO M. Melloni, struttura avanzata in termini di utilizzo del latte donato, con il PO di Rho, struttura però consapevole dei benefici del latte materno, mette in luce come le conoscenze del personale infermieristico siano complementari e come la formazione sia la leva del cambiamento che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe considerare. *Non sussistono conflitti di interesse di alcuna natura per ciascun autore.*

## BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. Pierluigi Badon, Cesaro Simone. Assistenza Infermieristica in Pediatria. Seconda. Casa Editrice Ambrosiana;
2. Segretario I. ACCORDO 5 dicembre 2013. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle «Linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle banche del latte umano donato nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno». (Repertorio atti n. 168/CSR). (32):9.
3. EMBA [Internet]. [citato 26 marzo 2020]. Available at: <https://europeanmilkbanking.com/>
4. Società italiana di neonatologia, De Nisi G, Nuove arti grafiche. Linee guida per la costituzione e l'organizzazione di una banca del latte umano donato. Trento: New Magazine; 2007.
5. Anderson A, Arnold LDW. Use of Donor Breastmilk in the Nutrition Management of Chronic Renal Failure: Three Case Histories. *J Hum Lact.* 1 dicembre 1993;9(4):263-4.
6. Boyd CA, Quigley MA, Brocklehurst P. Donor breast milk versus infant formula for preterm infants: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed.* 1 maggio 2007;92(3):F169-75.
7. Silano M, Milani GP, Fattore G, Agostoni C. Donor human milk and risk of surgical necrotizing enterocolitis: A meta-analysis. *Clin Nutr.* 1 giugno 2019;38(3):1061-6.
8. Lucas A, Gore SM, Cole TJ, Bamford MF, Dossetor JF, Barr I, et al. Multicentre trial on feeding low birthweight infants: effects of diet on early growth. *Arch Dis Child.* agosto 1984;59(8):722-30.
9. Gross SJ. Growth and Biochemical Response of Preterm Infants Fed Human Milk or Modified Infant Formula. *N Engl J Med.* 3 febbraio 1983;308(5):237-41.
10. Rønnestad A, Abrahamson TG, Medbø S, Reigstad H, Lossius K, Kaaresen PI, et al. Late-Onset Septicemia in a Norwegian National Cohort of Extremely Preterm Infants Receiving Very Early Full Human Milk Feeding. *Pediatrics.* 1 marzo 2005;115(3):e269-76.
11. Villamor-Martinez E, Pierro M, Cavallaro G, Mosca F, Kramer BW, Villamor E. Donor Human Milk Protects against Bronchopulmonary Dysplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* febbraio 2018;10(2):238.

**Sonia Bustreo**

Infermiera Specialista Rischio Infettivo,  
ASST-Ovestmi Ospedale di Magenta

RN, "ASST-Ovestmi" Magenta Hospital, Italy  
sonia.bustreo@gmail.com

**Silvia Camelo**

Infermiera Strumentista, Sala Operatoria,  
Ospedale Sant'Omero, Teramo

RN, Operating Room, Sant'Omero Hospital,  
Teramo, Italy

**Serena Tucci**

Infermiera Pediatrica, Ospedale Pediatrico  
Bambino Gesù, Roma

RN, Bambino Gesù Children's Hospital, Rome, Italy

**Giovanna Cocco**

Coordinatore Infermieristico, Dipartimento  
delle Dipendenze Patologiche Ser.D Anzio/  
Pomezia, ASL Roma 6

RN, "Dipartimento delle Dipendenze Patologiche  
Ser.D", Anzio/Pomezia, "ASL" of Rome 6, Italy

**Silvia Zenobi**

Infermiera Strumentista, Sala Operatoria,  
Ospedale Sant'Omero, Teramo

RN, Operating Room, Sant'Omero Hospital,  
Teramo, Italy

**Jacopo Fiorini**

Dipartimento delle Professioni Sanitarie,  
Policlinico Universitario di Roma Tor Vergata

RN, Management for Healthcare Professionals,  
"Policlinico Universitario" of Rome Tor Vergata,  
Rome, Italy

# Le buone pratiche assistenziali per l'esecuzione dell'emocoltura: una revisione della letteratura

*Good nursing practices for performing blood culture: a review of the literature*

**ABSTRACT**

**Introduzione.** L'emocoltura rappresenta il gold standard nella diagnosi microbiologica di sepsi e/o febbre di origine sconosciuta. Se fatto correttamente, è lo strumento migliore per gestire il "fenomeno della sepsi" in tutte le possibili manifestazioni. Lo scopo del lavoro è condurre una revisione della letteratura per evidenziare le buone pratiche delle emocolture nei pazienti ospedalizzati per prevenire le non conformità. **Materiali e metodi.** Viene condotta una revisione della letteratura con la definizione della domanda di ricerca attraverso la formulazione del PICO. La ricerca è stata condotta su tre importanti database, Pubmed, Scopus e Cochrane Library. **Risultati.** Dall'analisi dei dati è emerso che sono molteplici i fattori che possono influenzare la buona riuscita dell'esame diagnostico di emocoltura e che i fattori che possono diminuire i contaminanti sono: la scelta dell'accesso venoso adeguato, l'esperienza lavorativa, l'utilizzo della clorexidina come antisettico, il corretto volume di sangue nei flaconi di raccolta, l'essere costantemente informati sulla procedura, l'esecuzione dell'emocoltura da parte di un team di flebotomisti, l'utilizzo di un Kit specifico per emocoltura, l'adesione a procedure aziendali. **Conclusioni.** dalla revisione è emerso che non ci sono strategie comuni sulla corretta esecuzione dell'emocoltura, piuttosto

una serie di procedure indicate per limitare le contaminazioni. **Parola chiave.** Emocoltura, sicurezza delle cure, "aderenza alle linee guida", "bundle assistenziali".

**ABSTRACT ENG**

**Introduction.** Blood culture represents the gold standard in the microbiological diagnosis of sepsis and/or fever of unknown origin. If done correctly, it is the best tool to manage the "sepsis phenomenon" in all possible manifestations. The purpose of the work is to conduct a literature review to highlight the good practices of blood cultures in hospitalized patients and prevent non-compliance. **Methods.** A literature review is conducted with the definition of the research question through the PICO formulation. The research was performed on three important databases, Pubmed, Scopus and Cochrane Library. **Results.** From the analysis of the data it emerged that there are many factors that can influence the success of the blood culture diagnostic examination and that the factors that can reduce the contaminants are: the choice of adequate venous access, work experience, use of chlorhexidine as an antiseptic, the

correct volume of blood in the collection bottles, being constantly informed about the procedure, the blood culture carried out by a team of phlebotomists, the use of a specific kit for blood culture, the adherence to company procedures. **Conclusions.** It emerged that there are no common strategies on the correct execution of blood culture, instead a series of procedures indicated to limit contamination. **Keywords.** Blood culture, Patient Safety, "guideline adherence", "patient care Bundles", "bundles".

## INTRODUZIONE

L'emocoltura rappresenta il gold standard nella diagnosi microbiologica della sepsi e/o di febbre di origine ignota. Se eseguita correttamente è lo strumento migliore per gestire il "fenomeno sepsi" in tutte le possibili manifestazioni (APSI-SIMPIOS, 2019). Alcuni documenti come "Consensus position paper APSI sull'emocoltura nel paziente settico" e "Raccomandazioni APSI-SIMPIOS sull'emocoltura nel paziente settico, APSI-SIMPIOS", riassumono i principi generali su questa metodica, partendo dall'esecuzione del prelievo fino ad aspetti relativi alla diagnosi di laboratorio. Questi documenti evidenziano, inoltre, le maggiori criticità che caratterizzano il processo diagnostico dell'emocoltura, utilizzando un approccio che ne permetta la possibilità di far emergere gli elementi tecnicamente irrinunciabili a garanzia della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficienza delle scelte operate. Un esame di emocoltura eseguito senza un protocollo aziendale o senza il rispetto delle linee guida di categoria, oltre a influire sulla possibilità di ottenere una diagnosi errata per la determinazione del germe responsabile della setticemia, può essere motivo di costi elevati senza effettivamente il beneficio del risultato e creare un disagio per l'assistito che si ritrova a dover subire un prelievo senza poi avere la certezza di un risultato "vero positivo" e il ricorso ad una terapia antibiotica che non rispetti i criteri di appropriatezza (raccomandazioni APSI-SIMPIOS, 2019; Rocchetti A. et al, 2018). A livello internazionale, i tassi di contaminazione dei campioni di emocolture nei reparti di degenza sono stati rilevati tra il 2 e 3%, e molte strategie si possono attuare per poter rimanere entro i limiti o comunque di cercare di diminuirli (Hall et al, 2006). Tra le strategie attuabili rientrano: l'importanza della consegna dell'emocoltura in laboratorio entro le 4 ore dal prelievo per una incubazione precoce, l'utilizzo di manovre aseptiche durante il prelievo, la disinfezione delle membrane dei flaconi prima di introdurre il campione di sangue, il riempimento dei flaconi con un volume non inferiore a 8 ml e non superiore ai 10 ml, la corretta identificazione del campione attraverso l'applicazione di etichette, l'esperienza dell'operatore nella pratica di emocoltura, il riempimento di almeno due flaconi di aerobi e due di anaerobi, il tempo di incubazione dei flaconi che non dovrebbe essere inferiore ai 5 giorni, il catetere vascolare può essere utilizzato per l'emocoltura solo quando vi è il dubbio che sia il catetere fonte di infezione (raccomandazioni APSI-SIMPIOS, 2019). Le emocolture erroneamente identificate come positive hanno un impatto significativo sull'aumento dei costi di degenza ospedaliera in quanto determinano un aumento dei giorni di degenza, degli esami di laboratorio aggiuntivi e di utilizzo improprio di farmaci per l'antibiotico terapia (Alahmadi et al, 2018). Al fine di innalzare lo standard della tecnica di esecuzione delle emocolture, migliorando così sia la qualità della cura del paziente che l'uso delle risorse (Alahmadi et al, 2018), è necessario evidenziare le good practice in relazio-

ne a tale metodica nei soggetti ospedalizzati e prevenire le non conformità. Da un'interessante indagine sulle metodiche di emocoltura in Italia del 2004 (Goglio A. et al, 2004) è emerso che il suo impatto sulla cura dell'utente, è condizionato da molteplici fattori fra cui principalmente il volume del campione, il momento del prelievo, l'intervallo ed il numero dei prelievi, l'accuratezza del prelievo (metodo di antisepsi della cute), le caratteristiche del mezzo di coltura, la durata dell'incubazione, la capacità del sistema analitico di evidenziare lo sviluppo batterico, l'interpretazione del risultato (patogeni vs contaminanti). Questa indagine ha fornito anche, utili informazioni per programmare iniziative di formazione e formulare linee guida, ai singoli microbiologi per confrontare le proprie prassi con quelle di altri colleghi, ai clinici per ottimizzare la richiesta dell'esame e il miglior uso dei risultati (Goglio A. et al, 2004). Uno dei punti critici emersi dall'indagine è stata la corretta indicazione ad effettuare l'emocoltura, che risulta essere ancora poco standardizzata negli ospedali italiani rispetto a quelli degli Stati Uniti D'America (USA). Un altro aspetto importante che si diversifica da ospedale a ospedale è relativo al volume di sangue per il riempimento dei flaconi, il numero di flaconi da inviare e i tempi di prelievo. L'indagine condotta in Italia ha evidenziato una sostanziale diffusa correttezza nell'esecuzione dell'emocoltura, con una buona adesione ai protocolli diagnostici prodotti dalle società scientifiche o agenzie sanitarie. Tuttavia, è emersa una lacuna relativa alle evidenze sulle indicazioni cogenti, mentre si trovano indicazioni non sempre concordanti sui tempi e il numero dei prelievi (Goglio A. et al, 2004). Per questi motivi, si è voluto condurre una revisione della letteratura con lo scopo di evidenziare le good practice nell'esecuzione delle emocolture nei soggetti ospedalizzati.

## MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione della letteratura con la definizione del quesito di ricerca attraverso la formulazione del PICO (tabella 1)

**Tabella 1 - Quesito della revisione elaborato con la metodologia PICO**

PICO	
<b>POPOLAZIONE</b>	Pazienti ospedalizzati
<b>INTERVENTO</b>	Esecuzione dell'emocoltura
<b>CONTROLLO</b>	Nessuno
<b>OUTCOME</b>	Good practice delle emocolture - Esecuzione corretta dell'emocoltura e prevenzione delle non conformità

## FONTE DEI DATI

La ricerca è stata eseguita su tre database, Pubmed, Scopus e Cochrane Library.

Sono stati utilizzati i seguenti termini di ricerca:

- blood culture,
- Patient Safety,
- "Guideline Adherence"[Mesh]
- "Patient Care Bundles"[Mesh]
- "contamination blood culture\* e
- "Blood Culture"[Mesh].

La stringa di ricerca per Pubmed è stata: (((("Patient Safety"[Mesh])

OR "Guideline Adherence"[Mesh]) OR "Patient Care Bundles"[Mesh]) OR "contamination blood culture\*") AND "Blood Culture"[Mesh]. Per gli altri due database non sono stati utilizzati i termini Mesh ma le sole parole di testo libero. Dato che non sono presenti in letteratura revisioni sistematiche sull'argomento trattato, alla ricerca non si sono posti limiti temporali (fino a settembre 2019). Sono stati inclusi studi in lingua inglese o italiana.

### SELEZIONE DEGLI STUDI

Gli articoli emersi dalla ricerca sulle banche dati scelte per questa revisione sono stati valutati in relazione allo scopo preposto dapprima sui titoli, poi gli abstract ed infine sui full-text. Questo processo è stato condotto in cieco da cinque revisori in cieco, arrivando così ad identificare gli articoli da includere nella revisione. Eventuali conflitti sono stati risolti attraverso consensus di tutti i ricercatori. Tutti i full text sono stati valutati in base allo scopo prefissato e ai criteri di inclusione/esclusione per identificare quelli eleggibili ai fini della revisione. Una volta selezionati gli articoli da includere nella revisione ha avuto luogo l'estrazione dei dati.

### CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Di seguito in tabella 2 riportiamo i criteri di inclusione e di esclusione degli articoli in esame.

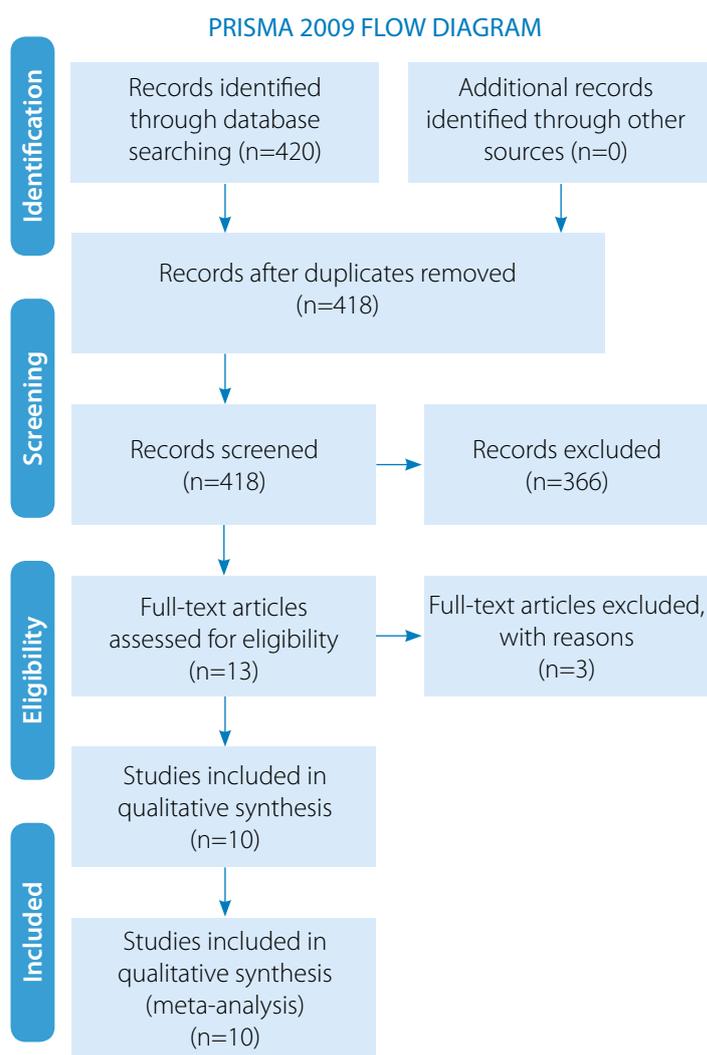
Tabella 2. criteri di inclusione e esclusione

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Popolazione di pazienti adulti	Popolazione di pazienti pediatrici e neonati e che trattavano donne in gravidanza
Articoli di ricerca (studi clinici randomizzati, studi qualitativi, studi osservazionali, revisioni)	Letteratura grigia e articoli non indicizzati
Articoli incentrati su interventi pratici per l'esecuzione delle emocolture	Articoli che trattano la terapia di pazienti con setticemie e che valutano le contaminazioni degli esami diagnostici di emocoltura senza valutare la stessa

### RISULTATI

Il processo di revisione viene riportato schematicamente nel PRISMA Flow Diagram (figura 1). La ricerca bibliografica ha individuato 420 articoli, che dopo rimozione dei doppi si è giunti a 418. Attraverso l'analisi dei titoli, ne sono stati eliminati 366, in quanto non pertinenti allo scopo preposto in questa revisione. Sono stati letti 52 abstract, scartandone 37 perché non inerenti allo scopo specifico della revisione condotta. Di questi abstract, 19 sono stati eliminati poiché condotti sulla popolazione pediatrica, 13 si occupavano della terapia dei germi riscontrati nelle emocolture e i restanti 5 prendevano in considerazione solo una tecnica particolare di emocoltura valutandone l'efficacia. Sono stati, pertanto, richiesti i full text dei 15 abstract selezionati. Di questi 15 articoli solo 10 si sono ritenuti validi ai fini della revisione della letteratura, 1 eliminato perché protocollo di ricerca, 1 eliminato perché trattava di urino-colture e 3 eliminati perché trattavano di una popolazione pediatrica.

Figura 1: Diagramma di flusso del processo di revisione della letteratura



Tutti gli articoli hanno evidenziato varie strategie di buona pratica assistenziale nell'esecuzione delle emocolture e le principali sono relative alla metodica di prelievo, come da quale accesso venoso eseguire il campionamento di sangue, la scelta del disinfettante cutaneo e l'utilizzo di kit preconfezionati, e al personale che esegue la procedura, con focus su team dedicati, anni di esperienza e corsi di formazioni dedicati alla tematica.

### Accesso venoso

Negli articoli di Cervero (2018), Garcia (2018), Qamruddin (2008) e Pavese (2014) viene analizzato la tipologia di accesso venoso da cui eseguire il prelievo dell'emocoltura. Gli studi sottolineano l'importanza di eseguire il prelievo dell'emocoltura preferibilmente da un dispositivo vascolare posizionato da poco tempo o, ancora meglio, da nuova venipuntura periferica, piuttosto che da catetere venoso centrale (CVC Cervero M. et al, 2018; Qamruddin A. et al, 2008). Infatti, se si esegue il campionamento di sangue da un dispositivo vascolare posizionato da più giorni, aumenta il rischio di contaminazione del prelievo (Garcia R.A. et al, 2018). Nel caso in cui venga ipotizzato che la fonte di infezione di un paziente sia un CVC, allora è fortemente raccomandato il prelievo da CVC e contestualmente anche da vena periferica per l'esecuzione della diagnosi differenziale (Pavese et al, 2014).

## TAVOLA DI ESTRAZIONE DATI

AUTORI E DATA	OBIETTIVO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI	DISCUSSIONE/ CONCLUSIONI
Cervero Miguel et al 2018 (1)	Valutare l'efficacia di un sistema d'informazione diretta al personale infermieristico dei contaminanti, nella riduzione dei tassi di contaminazione dell'emocoltura	Studio clinico cieco randomizzato	Si ha una maggiore contaminazione nel caso in cui: si utilizza un'ago cannula già inserito piuttosto che una venipuntura recente, se ad eseguire il prelievo è un'operatore con esperienza inferiori a 9 anni mentre il tasso di contaminazione diminuisce se si utilizza la clorexidina come antisettico	In questo studio, siamo stati in grado di dimostrare che le informazioni personalizzate possono ridurre il tasso di contaminazione dell'89%. un tasso di contaminazione più elevato negli infermieri meno esperti suggerisce che un team esperto è l'opzione migliore. Una soluzione alternativa per ridurre i tassi di contaminazione potrebbe essere l'assegnazione di infermieri esperti alla supervisione del estrazioni e insegnamento di una tecnica corretta.
Nair A. MD et al 2017 (2)	Osservare i flebotomisti e i tecnici di laboratorio nella raccolta e nella contaminazione dell'emocoltura in 2 centri accademici di assistenza terziaria, compreso	Studio trasversale di indagine	Poco più del 50% degli intervistati conosceva la quantità appropriata di sangue da raccogliere idealmente per la cultura. Circa il 10% ha negato la ricezione di qualsiasi formazione riguardante la raccolta di emocolture. Del restante 90% che ha ricevuto una formazione, solo il 44% ha ricevuto una formazione annuale o più frequentemente. Su un totale di 90 intervistati	Vi erano diverse lacune nelle conoscenze, nell'atteggiamento e nella pratica del personale infermieristico, degli assistenti di cura dei pazienti, dei flebotomisti e tecnici di laboratorio per quanto riguarda la raccolta di emocolture su nostra intuizione Potrebbero esserci corsi di aggiornamento frequenti e l'uso di kit per emocolture strumenti importanti per colmare queste lacune.
Garcia Robert A. BS et al 2018 (3)	Valutazione dei dati che descrivono quali pratiche preventive applicare negli ospedali statunitensi	Studio trasversale di indagine	Circa il 90% ha sottolineato la necessità 1 ha indicato che le emocolture devono essere accoppiate a un prelievo periferico. Circa la metà degli ospedali (53%) utilizza un kit di raccolta emoc. Acquistato In commercio o confezionato internamente	Tecniche di raccolta improprie possono portare a risultati falsi positivi che possono essere interpretati erroneamente come clinicamente significativi infezioni che portano a numerosi eventi avversi, incluso un trattamento antimicrobico inappropriato la conformità con un protocollo ospedaliero sulla tecnica di raccolta della PBC negli adulti riduce significativamente la contaminazione delle emocolture
Qamruddin A et al 2008 (4)	Testare l'ipotesi che la conformità con un protocollo ospedaliero sulla raccolta di emocolture periferiche (PBC) negli adulti sia associata a una riduzione della contaminazione da PBC e indagare i probabili fattori che contribuiscono alla contaminazione.	Studio prospettico di coorte	La conformità al protocollo è stata del 30% con una contaminazione dell'8,0% Quando il protocollo è stato rispettato il tasso è sceso al 2,6%, ma quando il protocollo non è stato seguito, la contaminazione era significativamente più elevata 10,3% quando non veniva eseguita la disinfezione del sito venepuntura, la contaminazione era significativamente più alta rispetto a quando veniva usato l'alcol 5,1% contro 15,8% quando è stato utilizzato un sito di raccolta di PBC diverso da una vena periferica fresca, la contaminazione era significativamente più elevata (7,3% contro 12,0%)	
Maldonado Natalia et al 2017 (5)	Evidenziare le procedure per la raccolta, l'analisi, la rendicontazione e la garanzia della qualità nelle emocolture nei pazienti adulti, negli istituti ospedalieri.	Studio osservazionale	Tutte le istituzioni hanno protocolli basati su linee guida riconosciute; con importanti differenze nei processi pre-analitici e post-analitici. I prodotti più utilizzati per l'antisepsi sono stati il 2-4% di clorexidina gluconato (66,7%) e il 70% di isopropile o alcool etilico (20,0%), con discrepanze nei tempi di azione. Il 73,3% usa guanti sterili e la stessa proporzione utilizza un sistema aperto (siringa) per la puntura venosa. Nel 46,6% prendono due flaconi aerobici e uno anaerobico per episodio e nel 33,3% due flaconi aerobici. Il 66,6% ha un indicatore di inquinamento, il 53,3% di positività e 26,6% del volume del sangue. Il tasso medio di emocolture contaminate durante il semestre di follow-up è stato dell'1,61%.	In conclusione, la caratterizzazione delle procedure di realizzazione di emocolture in 15 istituzioni mostra una notevole eterogeneità, soprattutto nelle fasi pre-analitica e post-analitica. Le istituzioni sono state motivate a progettare o adattare protocolli, ma non sono incluse tutte le fasi del processo

AUTORI E DATA	OBIETTIVO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI	DISCUSSIONE/ CONCLUSIONI
Pavese P. et al 2014 (6)	Valutare un intervento per migliorare le pratiche di emocoltura (introduzione di raccomandazioni e restituire il report personale delle pratiche eseguite)	Studio sperimentale randomizzato a grappolo monocentrico	Poche differenze nei due audit eseguiti pre e post intervento. il tasso del numero delle emocolture appropriate tende a salire ed anche il tasso del sito di campionamento adeguato tende a salire quindi l'intervento è stato utile	Lo studio ha dimostrato che è possibile aumentare l'efficienza delle emocolture utilizzando la diffusione di raccomandazioni e risultati personalizzati di audit pratici.
Guna Lee et al 2016 (7)	Monitorare il processo di test di emocoltura con u'app mobile	Studio di fattibilità	2 stagisti hanno riferito di non essere sicuri che l'app consentisse l'efficienza, mentre gli altri hanno riportato opinioni negative	LAPP Blood culture può essere applicata in clinica e può essere utilizzata per fornire informazioni in tempo reale come inserire i dati del paziente e gestire la qualità dei campioni
Bae Moonsuk et al 2019 (8)	Valutare l'effetto sul tasso di contaminazione e sul numero di emocolture positive prendendo in considerazione il volumi di sangue, stimato dal sistema BACTEC™ FX, in sostituzione degli stagisti con un team dedicato di flebotomia	studio retrospettivo, quasi sperimentale 24 mesi prima e dopo l'introduzione di un dedicato team di flebotomia per la raccolta di emocolture la raccolta di emocolture	Il tasso di contaminazione totale nel periodo interno è stato superiore a quello nel periodo del team flebotomia (0,45% vs. 0,27%, p <0,001), Il volume medio di sangue raccolto dal team di flebotomia era significativamente più alto di quello raccolto dagli stagisti (5,6 ml vs. 2,1 ml, p <0,001) Il contaminante più comune era lo stafilococco negativo alla coagulasi (74,2%).	In questo studio, abbiamo scoperto che l'introduzione di un team dedicato di flebotomia ha portato a una diminuzione del tasso di contaminazione delle emocolture, aumento del volume del sangue prelevato, e un aumento del tasso di emocoltura positivo
BROWN Jeremy D et al 2017 (9)	Regola modificata di Shapiro potrebbe ridurre in sicurezza il numero di emocolture negative raccolte in un DE australiano e per valutare l'impatto clinico di risultati	Studio retrospettivo	Sono state prese 3931 emocolture nell'ED del Blacktown Hospital I due gruppi di pazienti erano simile in termini di sesso ed età nel 2012. Di questi, 151 (3,8%) erano positivi con i veri patogeni e 222 (5,6%) sono risultati positivi con contaminanti della pelle. Il resto 3558 (90,5%) erano negativi alla coltura	Utilizzare la regola di Shapiro per limitare il numero di emocolture negative, non può essere applicata per tutti quei pazienti immunodepressi che presentano una temperatura mai superiore al 37,5° e una conta di Globuli Bianchi mai elevata come in un paziente immunocompromesso
Keri K, Hall 2004 (10)	Prevenzione delle contaminazioni delle emocolture nei pazienti ospedalizzati anche portatori di cvc	Revisione della letteratura	Si è riscontrato l'importanza di alcune azioni per prevenire la contaminazione come: la preparazione della cute, il materiale utilizzato (provette idonee), la metodica di esecuzione (differente tra CVC e percutanea), la presenza di un team di flebotomia che potrebbe agevolare la riuscita dell'esame.	Nonostante i progressi compiuti, tuttavia, permangono ostacoli significativi. Senza un gold standard per distinguere veramente gli organismi contaminanti dai veri agenti patogeni, gli studi che cercano di misurare il successo delle strategie di prevenzione sono intrinsecamente limitati.

### Utilizzo di clorexidina come antisettico cutaneo

Per la corretta esecuzione dell'emocoltura è inoltre, necessario eseguire l'antisepsi cutanea e/o la disinfezione dei punti di raccordo dell'accesso venoso. Questa raccomandazione è emersa dagli articoli di Cervero M. (2018), Maldonado N (2017) e Qamruddin A. (2008). In particolare, in questi studi viene evidenziato che l'utilizzo della clorexidina al 2% su base alcolica per l'antisepsi della cute permette di eseguire correttamente l'antisepsi cutanea e la disinfezione dei punti di raccordo dell'accesso venoso, riducendo così la possibilità di contaminare il prelievo. A sostegno di tale raccomandazione è presente anche una revisione della letteratura condotta da Keri K. (2006), riportando che una buona decontaminazione della cute permetta di ottenere minori contaminazioni.

### Volume di sangue

Un ulteriore aspetto che è emerso dagli articoli inclusi nella revisione della letteratura riguarda il volume di riempimento dei flaconi per eseguire l'emocoltura. Questa tematica viene affrontata negli articoli di Nair A. (2017) e di Brown J.D. (2017) Nei due studi, infatti, è emerso che solo la metà degli infermieri che eseguiva il prelievo dell'emocoltura era a conoscenza del corretto volume di riempimento. Il corretto campionamento di sangue influisce sul risultato "a buon fine" dell'emocoltura, inteso come l'identificazione del patogeno che causa la sepsi della persona assistita. Per colmare questo gap, nell'articolo di Nair A.(2017) è stato valutato l'impatto di un team di flebotomisti dedicato all'esecuzione dell'emocoltura. Nello studio è emerso che il team dedicato, raccogliendo il quan-

titativo necessario di sangue utile all'identificazione del germe responsabile della batteriemia, ha ottenuto un numero superiore di emocolture positive rispetto al personale non specializzato. Dallo studio di Brown (2017) inoltre è risultata una notevole discrepanza tra le diagnosi eseguite in Pronto Soccorso rispetto alle diagnosi di dimissione.

#### **Kit per emocoltura**

Un'ulteriore strategia per garantire una buona esecuzione dell'emocoltura è rappresentata dalla composizione e utilizzo di un kit standard per questa procedura. Uno studio condotto da Nair A. (2017) evidenzia le lacune di tutti i professionisti interessati alla pratica dell'emocoltura e suggerisce l'utilizzo di un kit per emocoltura. Avere a disposizione il materiale sembrerebbe che diminuisca il rischio di errore e di non rispettare i passaggi fondamentali, come la corretta antisepsi cutanea e l'utilizzo di materiali sterili. Dall'articolo di Garcia (2018) si evidenzia, inoltre, che più della metà degli ospedali presi in considerazione per l'emocoltura utilizzano un kit che confezionano all'interno della loro struttura, con una diminuzione del numero dei contaminanti.

#### **Corsi di formazione ed esperienza lavorativa**

In molti articoli si evidenzia come l'esperienza lavorativa sia strettamente legata alla buona pratica dell'emocoltura, definendo con esperienza un'anzianità lavorativa di almeno 9 anni (Cervero M. et al, 2018; Pavese et al 2014, Nair A. MD et al 2017). L'articolo di Nair (2017) ha rilevato che vi erano diverse lacune nelle conoscenze, nell'atteggiamento e nell'esecuzione del personale infermieristico sulla pratica dell'emocoltura e che più del 44% dei reclutati allo studio non avesse ricevuto formazione nell'ultimo anno. Queste lacune sembrerebbero colmarsi con interventi educativi, come audit e corsi per promuovere le raccomandazioni, come sottolineato nell'articolo di Pavese (2014). Nello studio appena citato, infatti, sono state implementate strategie aziendali per la corretta esecuzione dell'emocoltura, dimostrando sia il miglioramento del numero di emocolture eseguite correttamente che la scelta di un campionamento adeguato, oltre che alla riduzione di campioni contaminati (Pavese R. et al., 2014).

#### **Protocollo aziendale**

Oltre gli audit e corsi di formazione specifici, è emerso che la diffusione di un protocollo aziendale sull'emocoltura rappresenti un ulteriore punto di forza per la corretta esecuzione della procedura. Nell'articolo di Maldonado (2017) si mette in evidenza la diversità dei protocolli aziendali sulla corretta pratica dell'emocoltura, con differenze importanti nella parte pre-analitica e post-analitica. Sensibilizzare il personale infermieristico alla visione ed attuazione di protocolli aziendali specifici diminuisce il rischio di difformità in relazione ai passaggi della procedura, diminuendo il numero di prelievi contaminati (Qamruddin A et al, 2008).

#### **Team di flebotomisti**

Nei setting assistenziali anglo-americani è diffusa la pratica di suddivisione dei compiti lavorativi, dedicando e specializzando il personale infermieristico per ogni aspetto assistenziale. In particolare, nell'articolo di Cervero (2018) viene valutata l'introduzione della figura di un team di flebotomisti per la somministrazione della te-

rapia endovenosa e l'esecuzione delle emocolture. Nello studio è emerso che il team riduce il tasso dei contaminanti delle emocolture (Cervero M., et al., 2018). Questo dato viene anche confermato nello studio di Bae M. et al. (2019). Nell'articolo di Nair (2017), oltre all'implementazione del team per l'esecuzione delle emocolture, viene evidenziato come questo personale sia preparato a livello teorico e pratico.

#### **DISCUSSIONI**

La revisione della letteratura condotta ha avuto lo scopo di evidenziare le good practice nell'esecuzione delle emocolture nei soggetti ospedalizzati e ha evidenziato tutti gli aspetti fondamentali per eseguirla correttamente e rendere affidabile il campione di emocoltura idoneo per la determinazione del germe patogeno. Emergono, innanzitutto, notevoli discrepanze nell'esecuzione della tecnica che avrebbe dovuto essere da tempo, standardizzata in ogni sua parte. Sono state evidenziate delle tematiche fondamentali nella parte pre-analitica (Maldonado N. et al, 2017), ovvero relative al campionamento da parte del personale. Queste sono identificabili nella scelta dell'antisettico (Cervero M. 2018, Maldonado N 2017, Qamruddin A. 2008), nel quantitativo di volume di sangue per flacone (Nair A. 2017 e di Brown J.D. 2017), nell'utilizzo di equipe formate e esperte (Cervero M., et al., 2018, Bae M. et al. 2019). nella formazione continua e nella presenza di protocolli aziendali (Cervero M. et al, 2018; Pavese et al 2014, Nair A. MD et al 2017). Queste tematiche sono state affrontate in tutti gli articoli inclusi nella revisione che è stata condotta ed incidono sulla fase post-analitica, relativa all'identificazione dei patogeni, che si diversificano da ospedale a ospedale, ma che non sono state analizzate in quanto non argomento della presente revisione della letteratura. È fondamentale che venga standardizzata la procedura dell'emocoltura sia nella fase pre-analitica che post analitica, per ridurre le deviazioni dalle best practice e garantire un campionamento idoneo, efficace ed efficiente, in termini di identificazione del patogeno (Hall et al, 2006, Maldonado N. et al, 2017).

1. Gli studi presi in considerazione ci indicano come antisettico ideale per le venipunture la clorexidina al 2% su base alcolica, riducendo così il numero dei contaminanti
2. Un'ulteriore raccomandazione per eseguire correttamente un'emocoltura è il riempimento dei flaconi di un volume di sangue idoneo all'interno dei flaconi, se sono raccomandati dagli 8-10 ml per flacone, è bene non riempire in eccesso e neanche in difetto perché l'esito potrebbe risultare di conseguenza, un falso positivo o un falso negativo.
3. Di notevole importanza riveste anche la scelta di eseguire il campionamento da un nuovo accesso venoso. Infatti, prelevare un accesso vascolare di nuovo inserimento, diminuisce notevolmente la possibilità di avere dei contaminati (Cervero M., et al., 2018; Qamruddin A. et al., 2008).
4. Un altro aspetto che influisce sull'esecuzione dell'emocoltura è relativo al personale che esegue la procedura. In molti articoli si parla di personale con anni di esperienza e di un team di flebotomisti, che sono di fatto degli esperti nell'esecuzione corretta della procedura (Bae M. et al. 2019, Cervero M., et al., 2018); questa figura professionale sviluppatasi maggiormente nel nord Europa che, a seguito di un corso di formazione, si occupa della somministrazione della terapia infusione, dei



prelievi ematici ed anche delle emocolture. L'aver infermieri dedicati ci porta a avere a disposizione personale con notevoli capacità tecniche ed abilità nel prelevare campioni di sangue in modo rapido, efficiente e sicuro, diventando parte integrante del team sanitario. L'utilizzo di questa figura, grazie alla sua capacità ed esperienza preleva un idoneo campione di sangue per l'esame dell'emocoltura, seguendo le linee guida e protocolli specifici, diminuendo in modo significativo il numero dei contaminanti (Bae M., et al, 2019).

5. Così come anche la formazione che è risultata essere un valore unico e indispensabile nel diminuire il numero dei contaminanti (Nair A. MD et al, 2017, Pavese et al, 2014)

Limiti della presente revisione sono stati il prendere in considerazione solo articoli in lingua italiana e inglese o che trattavano di studi condotti sulla popolazione pediatrica. Gli articoli esaminati erano piuttosto eterogenei, sia a livello metodologico sia nei risultati emersi, ponendo difficoltà nella valutazione dei risultati stessi. Queste diversità non hanno reso possibile in alcune situazioni mettere a confronto i dati ottenuti. Ciò ha influito notevolmente sull'identificazione finale delle best practice da seguire per eseguire correttamente un'emocoltura.

## CONCLUSIONI

Lo scopo di questa revisione era evidenziare le good practice nell'esecuzione delle emocolture nei soggetti ospedalizzati, questo dato poi potrebbe essere utilizzato per poter studiare delle pratiche comuni nel territorio nazionale. La revisione ha sottolineato la presenza di alcune problematiche, prima tra tutte relative alle conoscenze del personale infermieristico che è responsabile dell'esecuzione della procedura. Studi futuri dovrebbero approfondire tale tematica ed approfondire anche interventi per migliorare l'esecuzione dell'emocoltura. Sarebbe opportuno, infine, che i professionisti infermieri abbiano come riferimento delle linee guida internazionali e un protocollo aziendale per standardizzare questa procedura e garantire agli assistiti una cura sicura, efficace, efficiente ed appropriata.

## BIBLIOGRAFIA

- Alahmadi, Y.M. et al. (2011) Clinical and economic impact of contaminated blood cultures within the hospital setting *Journal of Hospital Infection*, Volume 77, Issue 3, 233 – 236
- Alfandari S, Cabaret P, Nguyen S, Descamps D, Vachée A, Cattoen C, Van Grunderbeeck N (2016) Evaluating the management of 493 patients presenting with bacteremia in 23 northern French hospitals ARMEDA bacteremia groups. *Med Mal Infect*. Jun;46(4):194-9.
- Bae M, In Kim H, Park JH, Ryu BH, Chang J, Sung H, Jung J, Kim MJ, Kim SH, Lee SO, Choi SH, Kim YS, Woo JH, Kim MN, Chong YP. *Eur J* (2019) Improvement of blood culture contamination rate, blood volume, and true positive rate after introducing a dedicated phlebotomy team *Clin Microbiol Infect Dis*.
- Başustaoğlu A, Süzük Yıldız S, Mumcuoğlu İ, Karahan ZC, Öğünç D, Kaleli İ, Kurşun Ş, Evren E, Özhak Baysal B, Demir M, Murray P. *Mikrobiyol Bul.* [Evaluation of blood culture practices: Use of system (Epicenter) data] (2019) Jan;53(1):12-21. doi: 10.5578/mb.67782.
- Blaschke AJ, Shapiro DJ, Pavia AT, Byington CL, Ampofo K, Stockmann C, Hersh AL. J A (2014) National Study of the Impact of Rapid Influenza Testing on Clinical Care in the Emergency Department *Pediatric Infect Dis Soc*. Jun;3(2):112-8. doi: 0.1093/jpids/pit071. Epub 2013 Nov 13.
- Brown JD, Chapman S, Ferguson PE. (2017) *Emerg Med Australas*. Blood cultures and bacteraemia in an Australian emergency department: Evaluating a predictive rule to guide collection and their clinical impact; 29(1):56-62. doi: 10.1111/1742-6723.12696. Epub 2016
- Huang QH, Lin YC, Huang WS. Hu Li Za Zhi. [Reducing Blood Culture Contamination Rates in the Emergency Department] (2018);65(5):89-97.
- Cervero M, Quevedo S, Del Álamo M, Del Valle P, Wilhelmi I, Torres R, Agud JL, Alcázar V, Vázquez S, García B. (2019) *Rev Esp Quimioter*. Efficacy of an information system addressed to nursing staff for diminishing contaminated blood cultures: a blind clinical trial *Apr*;32(2):130-136. Epub
- García RA, Spitzer ED, Kranz B, Barnes S. (2018 May) A national survey of interventions and practices in the prevention of blood culture contamination and associated adverse health care events *Am J Infect Control*;46(5):571-576. doi: 10.1016/j.ajic.2017.11.009. Epub
- Goglio A., Nicoletti P., (2004) *Indagine nazionale sulle metodiche per emocoltura in Italia volume 9, numero 1, emocolture in Italia*
- Horowitz HW (2016 May) *Infection control II: A practical guide to getting to zero* *Am J Infect Control*. 2016 Sep 1;44(9):1075-7. doi: 10.1016/j.ajic.2016.02.032. Epub 5. No abstract available. PMID: 27158090
- Hughes JA, Cabilan CJ, Williams J, Ray M, Coyer F. (2018 Nov) The effectiveness of interventions to reduce peripheral blood culture contamination in acute care: a systematic review protocol *Syst Rev*. 30;7(1):216. doi: 10.1186/s13643-018-0877-4.
- Keri K, and Jason A Lyman. (2006) "Updated review of blood culture contamination." *Clinical microbiology reviews* vol. 19,4
- Lee G, Lee Y, Chong YP, Jang S, Kim MN, Kim JH, Kim WS, Lee JH. J (2016 Oct) Blood Culture Testing via a Mobile App That Uses a Mobile Phone Camera: A Feasibility Study *Med Internet Res*. 26;18(10):e282.
- Nair A, Elliott SP, Al Mohajer M. Knowledge, (2017 May) attitude, and practice of blood culture contamination: A multicenter study *Am J Infect Control*. 1;45(5):547-548. doi: 10.1016/j.ajic.2017.01.008. Epub 2017 Feb 15.
- Ombelet S, Barbé B, Affolabi D, Ronat JB, Lompo P, Lunguya O, Jacobs J, Hardy L. *Front Med (Lausanne)* (2019) Best Practices of Blood Cultures in Low- and Middle-Income Countries 2019 Jun 18;6:131. doi: 10.3389/fmed.2019.00131. e Collection. Review.
- Pavese P, Maillet M, Vitrat-Hincky V, Recule C, Vittoz JP, Guyomard A, Seigneurin A, François P. *Eur J* (2014 Jul) Evaluation of an intervention to improve blood culture practices: a cluster randomised trial *Clin Microbiol Infect Dis*. Dec;33(12):2207-13. doi: 10.1007/s10096-014-2154-3. Epub 2.
- Qamruddin A, Khanna N, Orr D. *J Clin Pathol*. (2008) Peripheral blood culture contamination in adults and venepuncture technique: prospective cohort study *Apr*;61(4):509-13. Epub 2007 Aug 30.
- Raccomandazioni APSI-SIMPIOS sull'emocoltura nel paziente settico, APSI-SIMPIOS (24 Jul 2019) recommendations on the blood culture in septic patients, *Il Pensiero Scientifico Editore* downloaded by IP 130.25.79.163 Wed, 16:41:01
- Rocchetti A., Sambri V. e Farina C. (2014– 2018) gruppo di lavoro APSI ector Referral Strategy "Consensus position paper APSI sull'emocoltura nel paziente settico", Nairobi, Kenya
- Valley Natalia MaldonadoCarlos RobledoMaria MuneraMaria MuneraShow all 12 authorsJaime RobledoJaime Robledo (March 2018) Characterization of procedures for performing blood cultures in adult patients, in hospitals of the Metropolitan Area of Aburrá *Infectio* 22(1):19-25 DOI: 10.22354/in.v0i0.700 LicenseCC BY-NC-ND

**Martina Brioschi**

Infermiera, Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Milano AA 2018-19, Milano

*Nurse, Degree in Nursing University of Milan AA 2018-19, Milan*

**Simona Cassioli**

Infermiera, Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, ASST Rhodense, Rho

*MSN; ASST Rhodense, Rho*

**Annalisa Alberti**

Direttore didattico CLI Università degli Studi di Milano, Direttore Centro di Cultura e Ricerca Infermieristica ASST Rhodense, Rho

*Didactic Director of the undergraduate nursing course of Rho, University of Milan, Director of the Nursing Culture and Research Center, ASST Rhodense, Rho*

**Barbara Disca**

Infermiera, Pronto Soccorso, DEA, ASST Rhodense, Ospedale di Garbagnate, Garbagnate Milanese

*Nurse, Emergency Department, ASST Rhodense, Garbagnate Hospital, Garbagnate Milanese*

**Enrico Spagnolo**

Infermiera, Pronto Soccorso, DEA, ASST Rhodense, Ospedale di Rho, Rho

*Nurse, Emergency Department, ASST Rhodense, Rho Hospital, Rho*

**John Tremamondo**

Direttore DAPSS e Gestione operativa, ASST Rhodense, Rho

*Health Professions Director and Operational Management, ASST Rhodense, Rho*

**Ida Ramponi**

Direttore Generale, ASST Rhodense, Rho

*General Manager, ASST Rhodense, Rho*

**Anne Destrebecq**

Professore Ordinario di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Milano, Milano

*Full Professor of Nursing Sciences, University of Milan, Milan*

# Aggressioni e atti violenti nei confronti degli infermieri di pronto soccorso: studio osservazionale

*Aggression and Violent Acts against Emergency Nurses: Observational Study*

**RIASSUNTO**

**Obiettivo.** Descrivere aggressioni e atti violenti verso gli infermieri di pronto soccorso. **Materiali e Metodi.** studio osservazionale monocentrico, condotto nel periodo tra giugno e settembre 2019. Dati raccolti attraverso la somministrazione del validato "Questionario per l'Indagine Nazionale sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso", in forma anonima. Il metodo di campionamento adottato è probabilistico di convenienza. I dati sono stati raccolti ed elaborati mediante software Microsoft Excel 2019. **Risultati.** Il campione in esame è composto da 75 infermieri di Pronto Soccorso. Negli ultimi dodici mesi 65 infermieri (86,7%) hanno subito violenza solo di tipo verbale, mentre 10 infermieri (13,3%) hanno subito violenza sia fisica sia verbale. I principali aggressori sono risultati gli accompagnatori degli utenti (92%). Le principali cause riferite come innescanti i comportamenti violenti dei utenti e dei loro accompagnatori sono state per l'88% i lunghi tempi di attesa e per

l'80% il sovraffollamento del Pronto Soccorso. La principale attività svolta dagli infermieri durante l'aggressione è il triage (82,7%). La segnalazione da parte dell'infermiere vittima di violenza perviene all'unità operativa di rischio clinico. Dai dati raccolti emerge la necessità di implementare corsi sulla gestione della comunicazione difficile e la gestione degli agiti aggressivi. **Discussione.** La tipologia di violenza maggiormente riscontrata è quella verbale, tutti gli infermieri ne sono stati vittima almeno una volta, prevalentemente rivolta al genere femminile mentre quella fisica viene maggiormente rivolta al genere maschile. Le cause scatenanti sono legate a fattori riguardanti l'ambiente e l'organizzazione del Pronto Soccorso. Gli infermieri che hanno segnalato formalmente gli agiti aggressivi sono circa la metà (57,3%). Per scongiurare l'under-reporting è importante incentivare strategie di segnalazione, utilizzando gli strumenti esistenti. I dati, inoltre, mettono in luce la necessità di implementare corsi sulla comunicazione difficile e sulla gestione

degli agiti aggressivi come obbligo professionale. **Conclusioni.** L'analisi dei questionari dimostra la necessità di incrementare le strategie per ridurre il fenomeno. Occorre riorganizzare e razionalizzare le attività di Pronto Soccorso attraverso protocolli che snelliscano i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali degli utenti. La formazione degli operatori deve essere stimolata ed incentivata. Le segnalazioni al rischio clinico e ai servizi di prevenzione e protezione permettono di rendere evidente il fenomeno, promuovendo strategie comuni tra i professionisti per prevenire, gestire e contrastare gli eventi e superare i traumi conseguenti. **Parole Chiave.** Violenza; Pronto Soccorso; Segnalazioni; Reporting

## SUMMARY

**Aim.** To describe assaults and violent acts towards emergency room nurses. **Materials and Methods.** monocentric observational study conducted between June and September 2019. Data collected through the administration of the validated "Questionnaire for the National Survey on Violence towards First Aid Nurses", anonymously. The sampling method adopted is probabilistically convenient. Data were collected and processed using Microsoft Excel 2019 software. **Results.** the sample under examination is composed of 75 First Aid nurses. In the last twelve months, 65 nurses (86.7%) have suffered only verbal violence, while 10 nurses (13.3%) have suffered both physical and verbal violence. The main aggressors were the users' carers (92%). The main causes reported as triggering the violent behaviour of users and their carers were 88% long waiting times and 80% overcrowding in the Emergency Room. The main activity carried out by nurses during the assault is triage (82.7%). The report by the nurse victim of violence reaches the clinical risk unit. From the data collected it emerges the need to implement courses on difficult communication management and management of aggressive acts. **Discussion.** The typology of violence most commonly found is verbal violence, all nurses have been victims of it at least once, mainly addressed to the female gender while the physical one is more addressed to the male gender. The triggers are related to factors concerning the environment and the organisation of the Emergency Room. The nurses who formally reported aggressive acts are about half (57.3%). To prevent under-reporting, it is important to encourage reporting strategies, using existing tools. The data also highlight the need to implement courses on difficult communication and management of aggressive behaviour as a professional obligation. **Conclusion.** The analysis of the questionnaires revealed the need to increase strategies to reduce the phenomenon. To this end, it is necessary to reorganise and rationalise First Aid activities through protocols that streamline the diagnostic and therapeutic care pathways of the users. The training of operators must be stimulated and encouraged. The clinical risk reports and the prevention and protection services make the phenomenon evident, promoting common strategies among professionals to prevent, manage and counteract events and overcome the resulting traumas. **Keywords.** Violence; Emergency room; Reports; Reporting.

## INTRODUZIONE

La violenza sul luogo di lavoro è ormai universalmente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica nel mondo<sup>1</sup> e il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) la de-

finisce come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro."<sup>2</sup> Il Workplace Violence (WPV) nelle strutture sanitarie costituisce quasi un quarto della violenza totale segnalata in tutti i luoghi di lavoro,<sup>3</sup> infatti, secondo l'International Council of Nurses (ICN), gli operatori sanitari sono i più esposti agli atti di violenza rispetto alle guardie penitenziarie e agli agenti di polizia.<sup>4</sup> Gli eventi di violenza in ambito sanitario si verificano più frequentemente nelle seguenti aree: servizi di emergenza-urgenza, strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, luoghi di attesa, servizi di geriatria, servizi di continuità assistenziale.<sup>2</sup>

Tra tutti gli operatori sanitari, gli infermieri costituiscono uno dei gruppi professionali più a rischio di WPV,<sup>3</sup> in particolare quelli di Pronto Soccorso, soprattutto se impegnati nell'attività di triage.<sup>5</sup>

I fattori che contribuiscono all'aumento del rischio di agiti violenti includono variabili legate all'infermiere, al paziente, al familiare e/o all'accompagnatore e fattori legati al reparto di Pronto Soccorso quali l'organizzazione, l'ambiente.<sup>6</sup> I pazienti e gli accompagnatori si trovano spesso in uno stato di vulnerabilità, disagio, frustrazione o perdita di controllo, in particolar modo se sono sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.<sup>7</sup>

Un fattore intrinseco al Pronto Soccorso sono i lunghi tempi di attesa che creano insoddisfazione nell'utente, aumentando il rischio di violenza di oltre cinque volte.<sup>8</sup> Vi è inoltre un ulteriore aspetto da prendere in considerazione: l'evento non è quasi mai esente da conseguenze per gli operatori e può perciò impattare negativamente sulle vittime che spesso mostrano segni di paura, ansia, stress e sensazione di impotenza.<sup>9</sup> Tali manifestazioni, frequentemente sottovalutate, sia nel breve sia nel lungo periodo, possono globalmente influenzare la percezione della sicurezza da parte del lavoratore nell'ambito della propria attività quotidiana e di conseguenza la sua soddisfazione lavorativa, aumentando il rischio di burnout (esaurimento da lavoro), riducendone il coinvolgimento e la qualità delle cure erogate al cittadino.<sup>10</sup>

In seguito al perpetrarsi di agiti aggressivi, il 14/8/2020 viene promulgata la Legge n. 113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" (vigente dal 24/9/2020) ed istituito presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Inoltre è stato integrato l'articolo n. 61 del Codice Penale che disciplina le circostanze aggravanti nei confronti di chi commette reati con violenza o minaccia verso gli operatori sanitari (art. 5), la legge dispone che le strutture presso le quali opera il personale sanitario si dotino di piani per la sicurezza e stipulino specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento.<sup>16</sup>

Lo studio osservazionale condotto è scaturito dall'esigenza di mappare il fenomeno degli agiti aggressivi ai danni degli infermieri del Pronto Soccorso aziendali utilizzando un questionario validato anonimo, fino ad ora mai utilizzato presso l'ASST Rhodense.

## MATERIALI E METODI

Studio osservazionale monocentrico, effettuato nel periodo giugno-settembre 2019, presso il Pronto Soccorso dell'A.S.S.T. Rhodense di Garbagnate Milanese e di Rho. I dati sono stati raccolti utilizzando il "Questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso" denominato QuIN16VIPs,

Tabella 1. Il questionario

SEZIONI	ARGOMENTI TRATTATI
INFORMAZIONI ANAGRAFICHE	<ul style="list-style-type: none"> <li>età;</li> <li>titoli di studio professionali;</li> <li>anzianità di servizio complessivo come infermiere;</li> <li>anzianità di servizio in Pronto Soccorso;</li> <li>ruolo attuale</li> </ul>
DESCRIZIONE DEL SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>numero annuo di accessi in Pronto Soccorso;</li> <li>presenza di modelli di risposta assistenziale alle urgenze minori (Es. See &amp; Treat, Fast Track);</li> <li>caratteristiche ambientali del Pronto Soccorso.</li> </ul>
DESCRIZIONE DEGLI EVENTI VIOLENTI VERBALI E/O FISICI SUBITI O DI CUI SI È STATI TESTIMONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>esposizione ad eventi di violenza verbale e/o fisica negli ultimi 12 mesi;</li> <li>frequenza, modalità degli atti violenti sia verbali che fisici (e in caso luogo e tipo di lesione subita, prognosi, costi sostenuti).</li> </ul>
DESCRIZIONE DELL'AGGRESSORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>se paziente (eventuale presenza di condizioni favorenti);</li> <li>se accompagnatore (eventuali contesti /situazioni precipitanti);</li> <li>in quali zone del Pronto Soccorso avvengono le aggressioni e le attività svolte in quel momento.</li> </ul>
DESCRIZIONE DEGLI EFFETTI IMMEDIATI PROVOCATI DALL'ATTO VIOLENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>tipologia di reazione alla violenza da parte di utenti e accompagnatori presenti;</li> <li>azioni intraprese verso l'aggressore;</li> <li>risorse attivabili in caso di episodi violenti (tipologia e disponibilità nelle 24 ore).</li> </ul>
DESCRIZIONE DELLA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AGGRESSIVI	<ul style="list-style-type: none"> <li>presenza di procedure specifiche per la segnalazione degli eventi aggressivi;</li> <li>destinatari della segnalazione ed eventuali figure designate all'attività di contrasto del fenomeno;</li> <li>modalità di segnalazione degli eventi violenti.</li> </ul>
DESCRIZIONE DI EVENTUALI PERCORSI FORMATIVI SULLA MINIMIZZAZIONE DELLA VIOLENZA E ALLA PREPARAZIONE NELLA GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI VIOLENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>partecipazione e periodicità a corsi sulla gestione della violenza verso gli operatori sanitari;</li> <li>partecipazione e periodicità a corsi sulla comunicazione difficile.</li> </ul>
DESCRIZIONE DEGLI EFFETTI SUCCESSIVI ALLA VIOLENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>emozioni e sentimenti sperimentati;</li> <li>effetti negativi della violenza su motivazione e gratificazione professionale;</li> <li>domande inerenti al tema dell'abbandono della professione o del servizio.</li> </ul>

strumento validato e utilizzato dall'Università di Firenze e dall'Associazione Nazionale dell'Infermieri di Area Critica.<sup>2</sup> Per l'indagine eseguita è stato necessario adattare il questionario al contesto aziendale e alla forma cartacea in quanto somministrato frontalmente e in forma anonima. Il metodo di campionamento adottato è di tipo non probabilistico di convenienza, con il rispetto di inclusione per tutti gli Infermieri in servizio attivo da almeno 12 mesi dall'inizio della somministrazione del questionario, giugno 2019. Lo strumento indaga la violenza subita nei 12 mesi precedenti dall'inizio della sua somministrazione, giugno 2019. Il questionario è composto da 44 domande di cui 43 a risposta multipla e 1 domanda aperta. Le domande a loro volta sono suddivise in 9 sezioni (Tabella 1). L'analisi della domanda aperta posta al termine del questionario, dove ogni infermiere aveva la possibilità di esprimere commenti liberi sul fenomeno, è stata analizzata valutando i temi emersi e raggruppando le risposte in domini principali.

## RISULTATI

Il campione è composto da 75 infermieri, tutti i soggetti rispettano i criteri di inclusione. La percentuale di rispondenti su tutto il personale infermieristico che lavora nei Pronto Soccorso dell'A.S.S.T. Rhodense (87 infermieri) corrisponde all'86,2%. Il campione è suddiviso per genere: 60% donne (n. 45) e 40% uomini (n. 30). L'età media dei partecipanti all'indagine è di 41,4 anni, l'individuo di età maggiore ha 62 anni mentre quello minore ha 24 anni. Il valore medio degli anni di anzianità lavorativa come infermiere è di 17,7 anni, il massimo valore riportato è stato di 42 anni mentre quello minimo di 1 anno. Per quanto riguarda gli anni di servizio in Pronto Soccorso il valore medio calcolato è di 9,5 anni, il massimo valore riportato è stato di 32 anni mentre quello minimo di 1 anno.

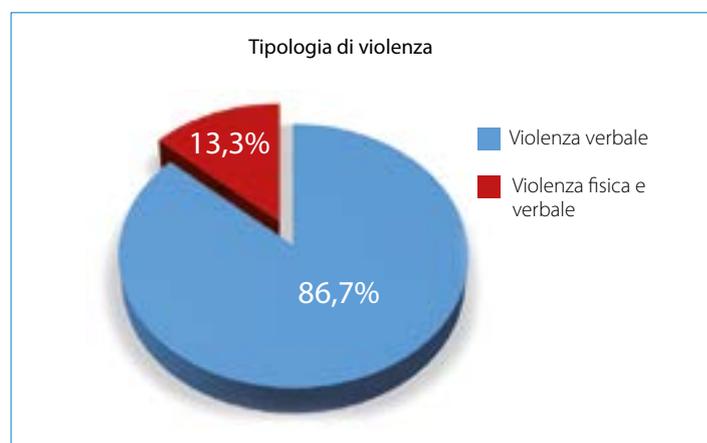
I titoli posseduti:

- Diploma di Infermiere Professionale il 54,7% (41 infermieri)
- Laurea triennale in Infermieristica il 45,3% (34 infermieri).

Tra questi l'1,3% (1 infermiere) possiede la Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, il 13,3% il Master in Area critica e il 4% un altro titolo professionale.

## Tipologia e frequenza degli atti violenti negli ultimi 12 mesi

Grafico 1. Diffusione delle differenti tipologie

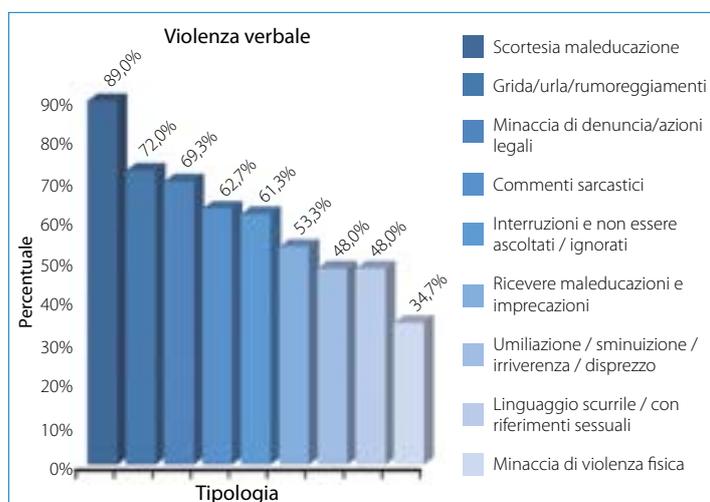


Dai questionari raccolti è emerso che 65 infermieri (86,7%) hanno subito, negli ultimi dodici mesi, solo violenza di tipo verbale, mentre 10 infermieri (13,3%) hanno subito sia violenza fisica sia verbale.

Il valore medio degli atti di violenza verbale, subiti da un singolo infermiere negli ultimi 12 mesi, è pari a 41,9 atti/persona mentre il valore medio di atti di violenza fisica subita da un singolo infermiere che ha riferito di aver sperimentato questa tipologia di aggressione negli ultimi 12 mesi (10 infermieri), è pari a 1,5 atti/persona. L'83,3% degli infermieri di genere maschile (30) è stata vittima solo di violenza verbale mentre il restante 16,7% sia di violenza fisica sia verbale. Per quanto riguarda i rispondenti di genere femminile (45), l'88,9% ha riferito di aver subito solo violenza verbale mentre il restante 11,1% entrambe le tipologie di violenza.

**Caratteristiche delle aggressioni verbali e fisiche**

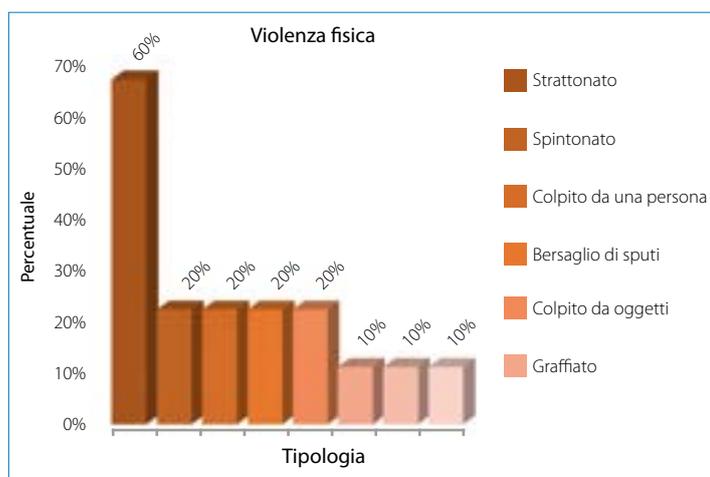
**Grafico 2. Tipologie di violenza verbale a cui sono stati esposti gli intervistati**



Le modalità di aggressione verbale maggiormente rilevate sono state:

- 84% comportamenti di scortesia e maleducazione
- 72% grida/urlo e rumoreggiamenti.

**Grafico 3. Tipologie di violenza fisica a cui sono stati esposti gli intervistati**



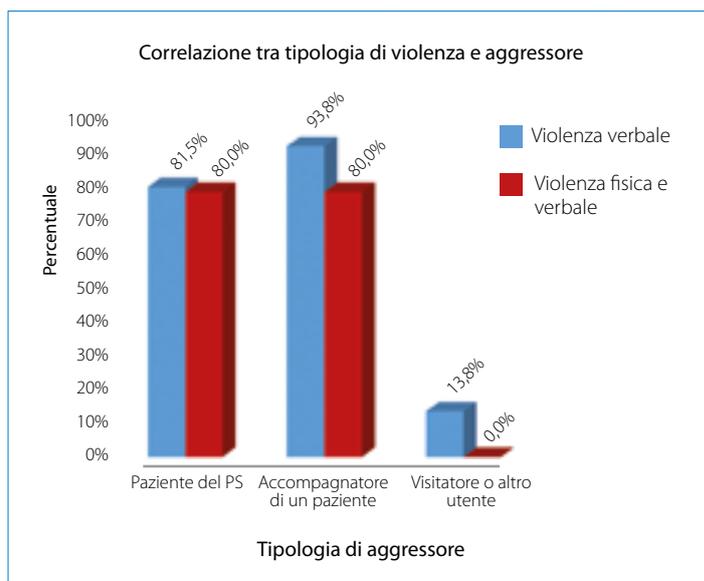
Per quanto riguarda la violenza fisica, il comportamento maggiormente riportato è stato lo strattonamento (60%). Non vi sono stati attacchi con armi da fuoco. Le parti del corpo maggiormente interessate sono state:

- 40% torace
- 20% braccia
- 20% viso

- 20% spalle
- 20% schiena.

Le lesioni riportate in seguito alla violenza sono state per il 60% contusioni/lividi/ematomi, per il 40% graffi e abrasioni, per il 30% esposizioni a liquidi corporei e per il 10% lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti). Gli infermieri che hanno partecipato all'indagine identificano come principali aggressori gli accompagnatori (92%) seguiti dai pazienti (82,7%) e infine dai visitatori/altri utenti del Pronto Soccorso (12%).

**Grafico 4. Correlazione tra tipologia di violenza e aggressore**



Coloro che hanno sperimentato solo atti violenti di tipo verbale hanno segnalato gli accompagnatori (93,8%) come aggressori principali, mentre coloro che hanno subito violenza sia fisica sia verbale identificano come responsabili i pazienti (80%) e gli accompagnatori (80%). (Grafico 5. cause innescanti la violenza)

Le principali cause innescanti i comportamenti violenti dei pazienti e dei loro accompagnatori sono state per l'88% i lunghi tempi di attesa e per l'80% il sovraffollamento del Pronto Soccorso. Tra le condizioni patologiche maggiormente a rischio di reazioni aggressive o violente, gli infermieri partecipanti all'indagine hanno indicato l'ubriachezza (41,3%) e l'agitazione (40%). Le principali attività svolte dagli infermieri durante l'aggressione sono per l'82,7% la visita di triage e per l'68% l'assistenza al paziente durante la visita/osservazione. Di conseguenza, i luoghi in cui gli episodi violenti si sono verificati più frequentemente sono stati: il locale triage (86,7%), l'ingresso (53,3%), l'area di accettazione (45,3%), le salette/zona di attesa interne (38,7%) e le medicherie/stanze visite mediche (30,7%). Le azioni maggiormente intraprese sono state la risoluzione e il contenimento della violenza con l'intervento di un altro collega infermiere (58,7%) e il superamento autonomo dell'agito da parte dell'infermiere disinnescando la violenza (57,3%). Assistere in sala d'attesa ad un agito violento, produce sugli astanti indifferenza (80%), attivazione (40%) e disapprovazione (28%). L'80% degli infermieri che ha subito solo violenza verbale o sia fisica sia verbale afferma che l'atteggiamento principale degli astanti è l'indifferenza.

**Sistemi e modalità di segnalazione delle aggressioni**

Tutti gli infermieri che hanno partecipato all'indagine (75) hanno indicato che all'interno dell'Azienda è presente una procedura di

Grafico 5. Cause innescanti la violenza

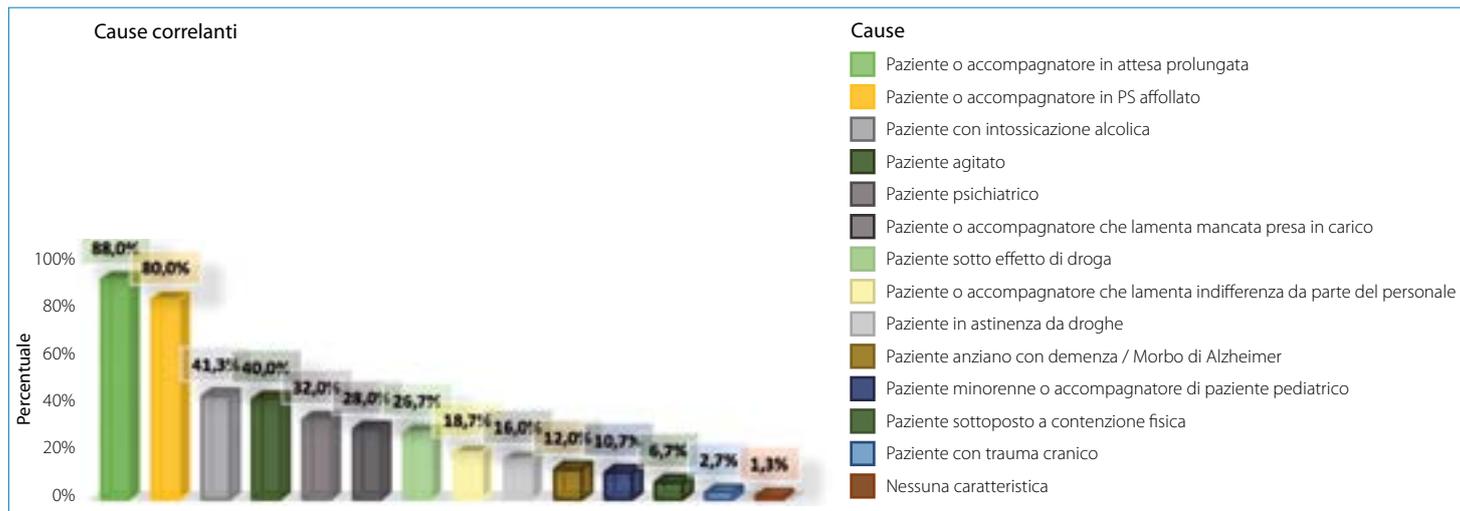
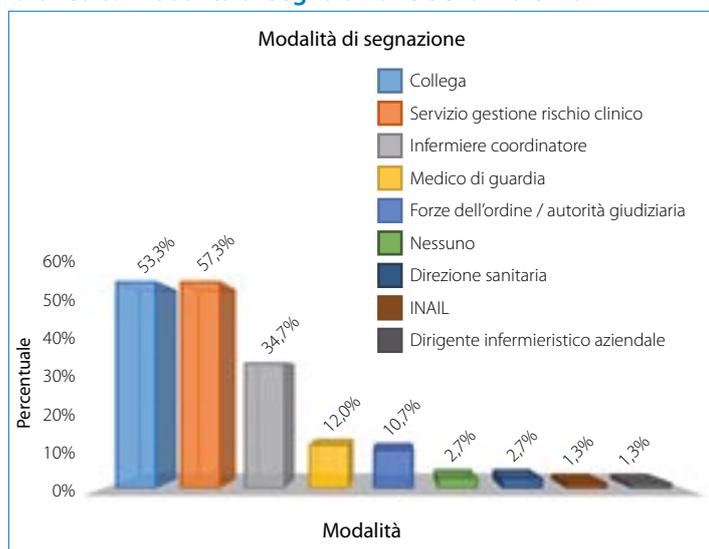


Grafico 6. Modalità di segnalazione della violenza



segnalazione degli eventi aggressivi e che i servizi di Risk Management e di Prevenzione e Protezione si occupano di monitorarli e gestirli. (Grafico 6 : modalità di segnalazione della violenza) Coloro che ricevono prevalentemente la segnalazione dalla vittima di violenza sono i colleghi in turno (nel 57,3% dei casi), indi il servizio di rischio clinico ma nel 2,7% dei casi non vi è alcuna comunicazione/segnalazione. Tra le segnalazioni informali (54,7%) la modalità verbale è quella che prevale (45,3%).

**Misure di contrasto alla violenza**

Sono state analizzate le caratteristiche regolamentarie, di sicurezza, architettoniche e di confort presenti nei Pronto Soccorso in cui i rispondenti lavorano.

**Misure regolamentarie:**

- cartellonistiche informative multilingue (100%);
- regolamentazione/limitazione accesso dei visitatori/accompagnatori (100%);
- segnaletica sulla non tolleranza della violenza ("Tolleranza Zero") (100%).

**Misure di sicurezza:**

- pulsante panico/allarme silenzioso (46,7%);
- addetti alla vigilanza interna presenti solo nelle ore notturne (100%);
- telecamere di sicurezza/videosorveglianza (100%).

**Misure architettoniche:**

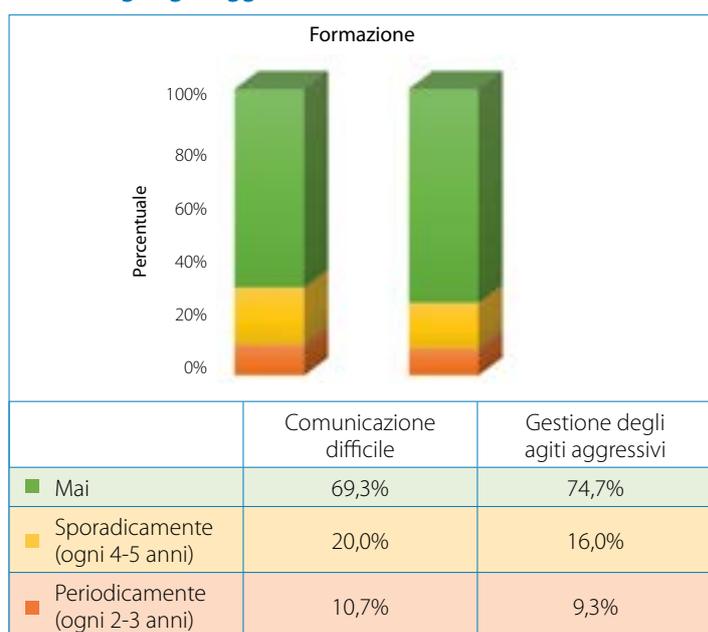
- ingresso con porte ad apertura controllata (100%);
- postazione infermieristica chiusa (100%);
- impianto di illuminazione che non lasci zone in ombra o poco illuminate (100%);
- mediche/ box di trattamento chiudibili dall'interno (100%);
- mediche/box di trattamento con via di fuga (53,3%).

**Misure di confort:**

- dispensatori di bevande, cibo, beni di confort (100%);
- giornali /riviste/libri a disposizione degli utenti/accompagnatori (46,7%);
- giochi per bambini (53,3%).

**Preparazione e formazione degli operatori sulla comunicazione difficile e sugli atti violenti**

Grafico 7. Formazione degli operatori sulla comunicazione difficile e gli agiti aggressivi

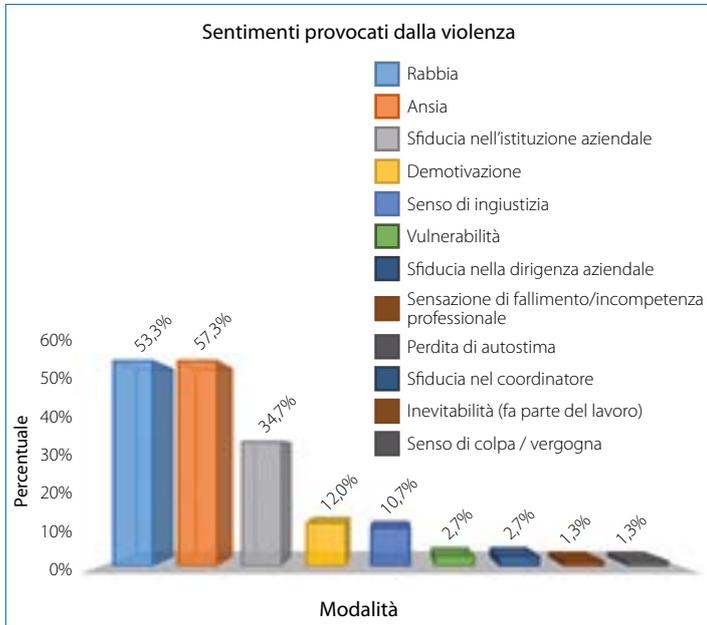


Il 69,3% degli intervistati riferisce di non aver mai svolto corsi sulla gestione della comunicazione difficile. Inoltre il 74,7% degli infermieri riporta di non aver mai svolto corsi sulla gestione degli agiti aggressivi.

Dal grafico sopra riportato si può dedurre che la maggior parte degli infermieri si sente scarsamente preparata sia nella gestione della violenza verbale (46,7%) sia nella gestione della violenza fisica (42,7%)

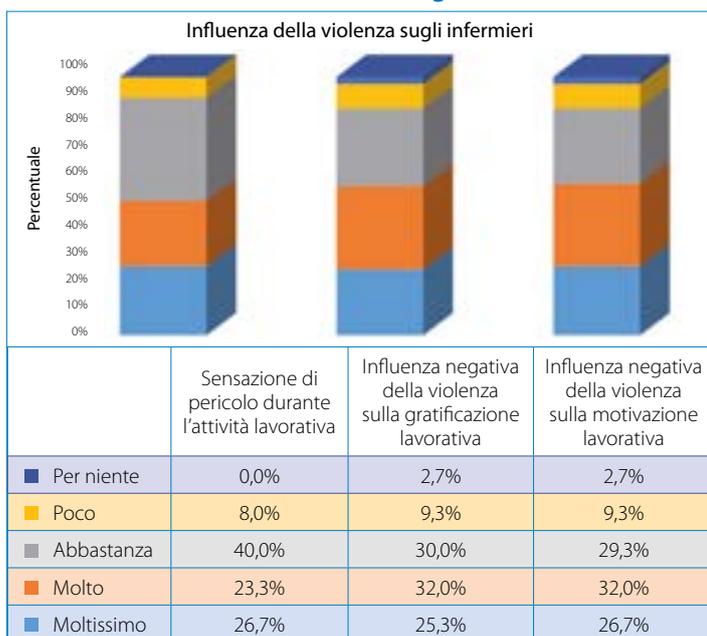
**Effetti della violenza sugli infermieri di Pronto Soccorso**

**Grafico 8. Sentimenti provocati dalla violenza**



I sentimenti maggiormente scaturiti dagli infermieri vittime di violenza sono stati: la rabbia (66,7%), la paura (60%) e l'ansia (50,7%). Correlando questo aspetto alla tipologia di violenza subita, il sentimento maggiormente manifestato da chi ha sperimentato solo la violenza verbale è stato la rabbia (69,2%), mentre per chi le ha subite entrambe, la paura (70%). A seguito della violenza subita, il 4% dei partecipanti ha avuto bisogno di un sostegno psicologico.

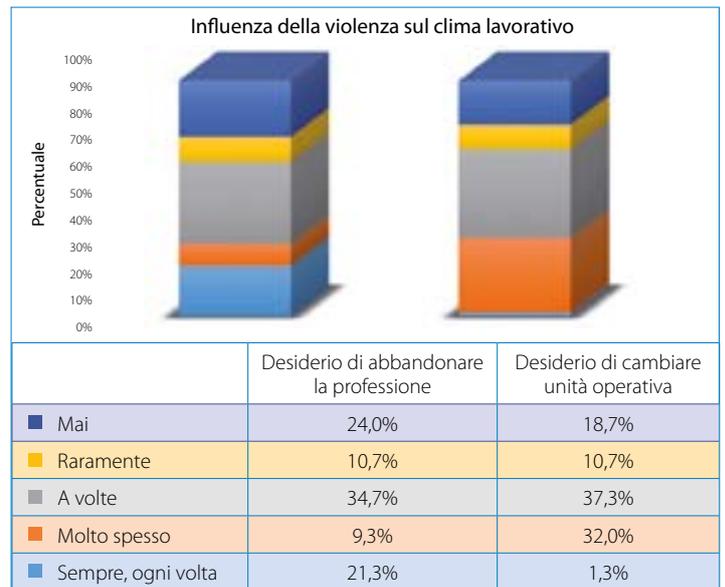
**Grafico 9. Influenza della violenza sugli infermieri**



Dal grafico si denota che l'esposizione a violenza può influire sia sulla gratificazione professionale (30%) che sulla motivazione lavorativa (32%).

Il 40% dei partecipanti al sondaggio ha affermato di sentirsi abbastanza in pericolo e a rischio di violenza durante l'attività lavorativa.

**Grafico 10. Influenza della violenza sul clima lavorativo**



	Desiderio di abbandonare la professione	Desiderio di cambiare unità operativa
Mai	24,0%	18,7%
Raramente	10,7%	10,7%
A volte	34,7%	37,3%
Molto spesso	9,3%	32,0%
Sempre, ogni volta	21,3%	1,3%

Gli infermieri dei due Pronto Soccorso riferiscono che a volte, in seguito alla violenza, hanno il desiderio sia di abbandonare la professione (34,7%) sia di cambiare Unità Operativa (37,3%). Il 2,7% del campione (2 infermieri) ha indicato di aver inoltrato la domanda di trasferimento a causa di episodi di violenza subiti.

**Analisi domanda aperta**

Il 17,3% del campione ha espresso il proprio pensiero sulla violenza nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso. I temi maggiormente emersi sono quattro: percezione degli infermieri sulla violenza nel posto di lavoro, fattori precipitanti della violenza legati all'utente, fattori organizzativi e azioni migliorative.

**Tabella 2. Temi maggiori, minori e parole chiave del pensiero degli infermieri di Pronto Soccorso sulla violenza nel luogo di lavoro.**

Temi	Temi minori	Parole chiave delle frasi
Percezione degli infermieri sulla violenza nel posto di lavoro	Poco segnalato.	Mancanza di tempo.
	Parte del lavoro.	Non cambierà nulla.
		Il tempo aiuta a convivere.
Fattori precipitanti della violenza correlati all'utente	Maleducazione utenza.	Ruolo professionale non riconosciuto.
	Mancanza di rispetto utenza.	
	Immagine "sociale" degli infermieri.	
Fattori organizzativi	Accessi inappropriati.	Uso poco corretto del Pronto Soccorso.
	Disinteresse aziendale e istituzionale.	Nessuna tutela.
Azioni migliorative	Soluzioni organizzative	Maggiore formazione.
		Corsi di difesa personale.
		Implementazione protocolli presa in carico anticipata.
	Sanzioni agli aggressori.	
Soluzioni ambientali	Addetti alla vigilanza interna sempre presenti.	
	Sfruttare meglio gli spazi.	

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Gli atti violenti nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso sono un grave problema sia a livello nazionale sia a livello mondiale. Attraverso l'indagine condotta presso i Pronto Soccorso di Garbagnate Milanese e di Rho, è stato possibile mappare la diffusione di tale fenomeno all'interno dell'Azienda Rhodense e confrontare i dati con quelli emersi dalla letteratura. Ad oggi non era mai stato somministrato un questionario validato in azienda e lo studio osservazionale condotto ha permesso di comprendere anche le dinamiche alla base delle motivazioni delle sottosegnalazioni da parte del personale infermieristico.

All'indagine hanno aderito 82 infermieri su 87, di questi ne sono stati esclusi 7 a causa del mancato soddisfacimento di tutti i criteri di inclusione definiti. Il campione è composto dal 60% da donne mentre gli uomini costituiscono solo il 40%. La tipologia di violenza più diffusa è quella verbale, con una media annua per ogni operatore di 41,6 atti/persona. La violenza verbale assume una connotazione maggiormente rivolta al genere femminile (88,9%) mentre quella fisica, al genere maschile (grafico 7).

Un dato significativo riguarda le modalità di violenza verbale (grafico 5): dai questionari ne sono emerse 10 distinte, la più diffusa è la scortesia e maleducazione (84%). Nel grafico 6 invece sono rappresentate le diverse modalità di violenza fisica (8): la più diffusa di queste è lo stratonamento, la parte del corpo più colpita è il torace e i traumi maggiormente riportati sono stati contusioni, lividi e/o ematomi. Dalla coorte è emerso che i principali responsabili delle aggressioni nei confronti del personale sanitario sono gli accompagnatori, seguiti dai pazienti e altri utenti. Accertate le tipologie degli aggressori è stato necessario comprendere quali fossero le cause innescanti l'agito aggressivo (grafico 8). All'interno dei due Pronto Soccorso sono state riconosciute 14 motivazioni scatenanti, che possono essere divise in 4 categorie:

- fattori legati alla patologia/situazione dell'utente
- fattori legati all'ambiente e organizzazione del Pronto Soccorso
- fattori legati all'operatore
- fattori non legati ad apparente motivazione.

Si osserva che i fattori legati all'ambiente e all'organizzazione del Pronto Soccorso sono prevalenti sugli altri: i lunghi tempi di attesa (88%) e il sovraffollamento (80%), mentre al terzo posto vi sono i fattori legati alla patologia/situazione dell'utente, tra questi prevalgono l'intossicazione alcolica (41,3%) e l'agitazione (40%).

L'attività di triage è il momento più a rischio di aggressioni (82,7%), è questo infatti il primo approccio dell'utente alla struttura dove avviene attribuito il codice di priorità e la stima del tempo di attesa. Gli operatori hanno rilevato che in caso di violenza, le reazioni degli astanti sono spesso di indifferenza e ciò connota che vi è la necessità di sensibilizzare e informare gli utenti sui tempi di attesa, sulle dinamiche e sulle attività reali di Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda la gestione dell'aggressore, le strategie intraprese dai professionisti, vanno dalla risoluzione autonoma alla richiesta di aiuto da parte di un collega. In misura inferiore vi sono: allontanamento volontario dell'utente, richiesta intervento vigilanza interna o forze dell'ordine e in alcuni casi l'accesso rapido alle cure. Per quanto attiene alle segnalazioni, gli aggrediti comunicano maggiormente gli accadimenti violenti ai colleghi, al rischio clinico e al servizio di prevenzione, il 2,7% ha affermato di non aver segnalato l'agito violento ad alcuno. Gli infermieri che hanno segnala-

to gli agiti aggressivi con la modalità formale sono poco più della metà (57,3%). Si assiste all'under-reporting ed è importante trovare strategie per incentivare il personale a segnalare gli agiti con gli strumenti in dotazione. Il fenomeno non è esclusivo dell'azienda Rhodense ma significativo di un contesto nazionale.

All'interno dei Pronto Soccorso aziendali, gli infermieri rilevano vi siano sufficienti misure di sicurezza, architettoniche e di comfort, come, ad esempio, un pulsante di allarme generale, oppure la presenza degli addetti alla vigilanza nelle ore notturne.

Dai dati emerge che la maggior parte del campione necessita di corsi sulla comunicazione difficile e la gestione degli agiti aggressivi (grafico 13), per esempio sulle tecniche di de-escalation.

I sentimenti maggiormente rilevati, in seguito agli atti di violenza (grafico 15), sono la rabbia, l'ansia, la sensazione di sfiducia nell'istituzione aziendale, di pericolo e la demotivazione: come si evince dal grafico 16 gli agiti aggressivi influiscono molto sia sulla gratificazione lavorativa. La crescente esposizione a violenza nel contesto lavorativo di PS può aumentare il rischio di burnout, è stato indagato all'uopo il desiderio di abbandonare la professione (intention to leave) o quello di cambiare Unità Operativa: la risposta maggiormente rilevata per entrambe le questioni è stata "a volte", sintomatico del fatto che l'interesse e la dedizione alla professione ancora prevalgono sui sentimenti negativi.

Le risposte alla domanda aperta, posta alla fine del questionario, sono state solo 13 su 75 (pari al 5,7%) e da queste sono emersi 4 temi:

- percezione degli infermieri sulla violenza nel posto di lavoro;
- fattori precipitanti della violenza legati all'utente;
- fattori organizzativi;
- azioni migliorative.

I temi emersi sono concordi con la letteratura. Poiché è abbastanza improbabile eliminare completamente il fenomeno, è interessante evidenziare le strategie ipotizzate per il contenimento, tra queste maggiore formazione, corsi di difesa personale, implementazione dei protocolli di Presa in Carico Anticipata, presenza della vigilanza, misure per gli aggressori. Per ciò che concerne i percorsi di presa in carico anticipata, si vince come una più efficace gestione del tempo, dei flussi e delle informazioni, possano incidere sulla percezione della presa in carico, sia per il paziente che per chi lo accompagna.<sup>17</sup>

Gli aspetti della comunicazione e le capacità relazionali del professionista nell'interazione con la persona assistita/nucleo familiare, soprattutto nella gestione del conflitto e di eventi critici, rivestono particolare importanza così come la formazione, all'interno dei due Pronto Soccorso. La relazione tra pazienti, famigliari e professionisti sanitari è complessa e spesso problematica; una comunicazione inefficace può sfociare in scarsa fiducia nell'assistenza sanitaria e in manifestazioni di intolleranza. Occorre dare al paziente la possibilità di fare domande, per comprenderne preoccupazioni e timori, rispondendo con competenza, coinvolgendolo attivamente nel processo decisionale, adattando il linguaggio alla capacità di comprensione del paziente.<sup>18</sup>

All'interno dell'Azienda, da oltre due anni, vengono proposti mensilmente corsi che affrontano la tematica della violenza, consapevoli della necessità di arrivare a tutti i professionisti coinvolti nel percorso della presa in carico del paziente in contesti critici. Oltre la formazione residenziale aziendale, i dipendenti dell'azienda rho-



dense hanno la possibilità di partecipare al progetto C.A.R.E (Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia) corso FAD gratuito, sostenuto da FNOPI, che si basa sull'apprendimento di tecniche di comunicazione verbale e non verbale con lo scopo di prevenire, riconoscere, disinnescare la violenza e l'aggressività.<sup>19</sup>

Il servizio di Psicologia Clinica aziendale, parte integrante della procedura aziendale, attivato dal Risk Management e dal Servizio di Prevenzione e Protezione, attraverso il Medico Competente, agisce operativamente raccogliendo e accogliendo l'evento critico, sostenendo il professionista coinvolto nella gestione della fase post traumatica dello stress. A livello universitario, si sta ipotizzando sempre più un percorso in sicurezza degli operatori, ad esempio strutturando App per iOS e Android, scaricabili gratuitamente, per facilitare i professionisti a segnalare gli episodi di violenza o aggressione. La segnalazione viene ricevuta in tempo reale dall'Azienda di appartenenza, garantendo così il monitoraggio continuo dei flussi<sup>21</sup> per implementare l'incident reporting e contestualizzare il fenomeno. A supporto della problematica, il 14/8/2020 è stata promulgata la Legge n. 113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" (vigente dal 24/9/2020) ed istituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. La legge, oltre a prevedere un'integrazione dell'articolo n. 61 del Codice Penale che disciplina le circostanze aggravanti nei confronti di chi commette reati con violenza o minaccia verso gli operatori sanitari (art. 5), dispone che

le strutture presso le quali opera il personale sanitario si dotino di piani per la sicurezza e stipulino specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento.<sup>16</sup>

Infine, l'11 settembre è la Giornata Annuale Contro la Violenza sugli Operatori Sanitari.

## BIBLIOGRAFIA

1. Krug G, Dahberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozaro R. World report on violence and health [online]. Ginevra: World Health Organization; 2002 (consultato: luglio 2019). Disponibile da: <https://www.who.int/violence>.
2. Department of Health and Human Services. Violence: occupational hazards in hospitals [online]. Cincinnati: NIOSH; 2002 (consultato: luglio 2019). Disponibile da: <https://www.health.state.mn.us/facilities>.
3. Shea T, Sheehan C, Donohue R, Cooper B, De Ceri H. Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016; 49(2): 234-243.
4. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 20(7-8): 1072-1085.
5. Di Martino V. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector [online]. Ginevra: International Council of Nurses, World Health Organization, International Labour Office, Public Service International; 2002 (consultato: luglio 2019). Disponibile: <https://www.who.int/violence>.
6. Pich JV, Kable A, Hazelton M. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2017;20(3):107-113.
7. Ferns T. Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nursing standard*. 2006; 20(40): 41-45.
8. Morphet J, Griffiths D, Plummer V, Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review*. 2014; 38(2): 194-201.
9. Gillespie GL, Gate DM, Miller M, Howard PK. Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events. *Work*. 2012; 42(1): 21-27.
10. Gate DM, Gillespie GL, Smith C, Rode J, Kowalenko T, Smith B. Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. *Emergency Nursing*. 2011; 37(1): 32-39.
11. Organizzazione Internazionale del Lavoro. "Convenzione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro". Convenzione n.190, giugno 2019.
12. Organizzazione Internazionale del Lavoro. "Raccomandazione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro". Raccomandazione n.206, giugno 2019.
13. Russo MS. L'OIL ha adottato una Convenzione per combattere la violenza e le molestie nel mondo del lavoro [online]. Milano: Diritto del lavoro; 2019 (consultato: settembre 2019). Disponibile: <https://www.iusinitinere.it/oil>.
14. Ministero della Salute. "Raccomandazione per Prevenire Gli Atti Violenti A Danno Degli Operatori Sanitari". Raccomandazione n. 8, dicembre 2007.
15. Ministero della Salute. Protocollo di Monitoraggio Degli Eventi Sentinella [online]. Roma: Ministero della Salute, 2006 (consultato: agosto 2019). Disponibile da: <https://www.salute.gov.it/imgs>.
16. Ministero della Salute. Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. [online]. Roma: Ministero della Salute, 2020 (consultato: settembre 2020). Disponibile: <https://www.salute.gov.it/portale>.
17. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero [online]. Roma: Ministero della Salute. 2019 (consultato: ottobre 2019). Disponibile da: <https://www.salute.gov.it/imgs>.
18. Bassi M, Delle Fave A. Psicologia generale per le professioni medico-sanitarie. Milano: UTET; 2019.
19. FNOPI. Aggressioni: infermieri e medici imparano a evitarle. Partono i corsi del progetto CARE [online]. FNOPI; 2019 (consultato: ottobre 2019). Disponibile da: <http://www.fnopi.it/print/attualità>.
20. Quotidianosanità.it. Violenza contro operatori sanitari. Il Senato approva il ddl: carcere fino a 16 anni per gli aggressori. Il testo passa ora alla Camera. [online]. [quotidianosanità.it](http://quotidianosanità.it); 2019 (consultato: ottobre 2019). Disponibile da: <https://www.quotidianosanità.it/governo>.
21. Rosero L. «PSaggress», una app per le segnalazioni di violenza agli operatori sanitari [online]. [quotidianosanità.it](http://quotidianosanità.it); 2018 (consultato: ottobre 2019). Disponibile da: <http://www.quotidianosanità.it/stampa>.

# ATTIVA LA TUA CASELLA PEC

 Negli scorsi mesi tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi e Monza Brianza hanno ricevuto una propria casella di Posta Elettronica Certificata (PEC).

La PEC, dopo essere stata attivata e configurata, è gestibile esattamente come una qualsiasi casella di posta elettronica.

 La PEC è un sistema che consente di inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, come stabilito dalla normativa (DPR 11 Febbraio 2005 n.68). È un utile e potente strumento che, con il passare del tempo, sarà indispensabile per ogni professionista e per ricevere comunicazioni ufficiali da parte dell'OPI.



## IJN è anche online



Vai al sito [italianjournalofnursing.it](http://italianjournalofnursing.it) e scopri tutte le notizie più aggiornate sull'ordine e sul mondo infermieristico.