

IJN

GIORNALE ITALIANO DI INFERMIERISTICA

ISSN 2420-8248



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
MILANO - LODI - MONZA E BRIANZA

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



**ITALIAN
JOURNAL
OF NURSING**

N.41 / 2023

Organo ufficiale di stampa**ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE MI-LO-MB****Direttore Editoriale ad interim:** Daiana Campani**Direttore Responsabile ad interim:** Elisa Crotti

Comitato di Redazione ad interim: Pasqualino D'Aloia, Patrizia Bertani, Francesco Bombelli, Silvia Borella, Antonino Burgio, Barbara M. Cantoni, Angelica Capocchiano, Anastasia Capone, Pasquale Caporale, Antonio Colella, Pellegrino Coretti, Shpetim Daka, Filippo D'Aleo, Immacolata De Simone, Ilaria Gorla, Sergio Greco, Odalis Desiree Gutierrez Villar, Elizabeth Luzmila Huerta Pretel, Priscilla Manfra, Silvia Mazzoni, Ettore Mosconi, Mauro Nobile, Chiara Alice Passoni, Francesco Pittella, Barbara Pucci, Silvia Re, Chiara Rivoli, Francesca Varvaro, Amalia Vasaturo, Chiara Venturini, Daniela Zimmermann

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

Coordinamento grafico: OFFICINA RÉCLAME srl

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.

Invio di articoli da parte degli autori: Gli autori degli articoli devono attenersi scrupolosamente alle norme editoriali IJN consultabili al link: <https://italianjournalofnursing.it/norme-editoriali/>. Ciascun autore è responsabile di inviare la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Ogni autore è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Tutti i contributi devono essere inviati tramite email alla segreteria info@opimilomb.it. Per informazioni circa la pubblicazione di articoli non previsti dalle norme editoriali si prega di inviare richiesta di informazioni tramite email a: info@opimilomb.it.

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, sul sito e sulle pagine social, 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.

Editoriali

- 3** **"Perché dovrei fare l'infermiere?" Il senso della professione per le nuove generazioni**
"Why should I be a nurse?" The meaning of nursing profession for the new generations
Pasqualino D'Aloia

- 4** **Calano le domande di ammissione ai corsi di laurea delle professioni sanitarie: per gli infermieri -10,5%. Ripensare l'attrattività fra dimissioni, rimescolamenti e tristezza**
Applications for admission to the degree courses of the health professions are decreasing: -10.5% for nurses. Rethinking attractiveness between resignation, reshuffle and gloom
Daiana Campani

Speciale Nurse4Kids

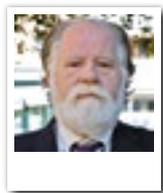
- 6** **6th PNAE CONGRESS: "Children's healthcare in a changing world"**
Con la collaborazione di FNOPI (Federazione degli Ordini Professioni Infermieristiche) e SIPINF (Società Italiana di Infermieristica Pediatrica)
Ilaria Gorla, Priscilla Manfra, Michele Stellabotte, Federico Pellegatta, Daniela Zimmermann

Scienze infermieristiche

- 9** **Il ricovero in ambito neuropsichiatrico dell'adolescente: qual è la sua prospettiva? Revisione della letteratura**
Hospitalization of adolescents with neuropsychiatric disease: what is their perspective? literature review
Stefano Maiandi, Giada Zottarel, Raffaella Gualandi, Anna De Benedictis, Daniela Tartaglino
- 21** **La farmacovigilanza: survey fra il personale infermieristico di un ospedale italiano durante pandemia**
Pharmacovigilance: survey among the nursing staff of an italian hospital during the pandemic
Gabriele Lillo, Silvano Gabriele Cella, Roberto Milos
- 28** **Impatto degli eventi avversi correlati alla fibrillazione atriale e proposte di strategie infermieristiche limitanti: studio di una realtà italiana**
Impact of adverse events related to atrial fibrillation and proposals for limiting nursing strategies: an italian study
Chiara Gatti, Vito Maurizio Parato, Francesca Guarnieri, Renato Rocchi, Tiziana Traini, Alessia Galli, Stefano Marcelli
- 36** **Verso una validazione transfrontaliera di una scheda di rilevazione delle cadute a domicilio**
Cross-border validation of a fall incidents reporting form in primary care
Daiana Campani, Alessandra Viganò, Sara Levati, Olindo Regazzi, Alessandra Mion, Laura Signorotti, Sonia Pratillo, Stefano Zennaro, Cesarina Prandi

Contributi ed esperienze

- 44** **Definizione del ruolo del Middle Nurse Manager in Italia: Stato dell'arte e prospettive organizzative**
Defining the role of the Middle Nurse Manager in Italy: State of the art and organizational perspectives
Lucia Filomeno, Marco Di Muzio, Dhurata Ivziku, Ismaela Caputo, Laura Tibaldi, Barbara Porcelli, Daniela Tartaglino
- 47** **Governo clinico nella gestione del rischio suicidario in emergenza-urgenza: il modello ICAR²E**
Clinical governance in emergency-urgency suicide risk management: the ICAR²E model
Alessio Pesce, Chiara Attanasio
- 50** **Kangaroo Mother Care, benefici e ostacoli alla sua implementazione nella pratica clinica: una revisione della letteratura**
Kangaroo Mother Care, benefits and barriers to implementation in clinical practice: a literature review
Rita Pacella



Pasqualino D'Aloia

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

President of OPI in Milan, Lodi, Monza and Brianza

“Perché dovrei fare l’infermiere?” Il senso della professione per le nuove generazioni

“Why should I be a nurse?” The meaning of nursing profession for the new generations

Lo studio delle generazioni aiuta a leggere i comportamenti e le attitudini delle persone anche al lavoro: negli uffici, nelle aziende, nelle scuole, negli ospedali. I dati parlano chiaro: al mutare delle generazioni, muta il rapporto con il proprio lavoro.

Non a caso, i Baby Boomers, ossia i nati dal 1946 al 1964, si identificano con la loro professione e l'azienda in cui operano; questa affezione, però, tende a scemare a mano a mano che le generazioni si susseguono. Non per una mancanza di senso del dovere, non per assenza di valori, macché; semplicemente, per la ricerca di diversi equilibri nella vita, che vedono accanto al lavoro un ruolo prioritario anche per le relazioni, la famiglia, gli affetti e il tempo libero.

La Generazione X, ossia i nati dal 1965 al 1980, è quella che ha iniziato a segnare il passo di questi mutamenti, ma è con la Generazione Z (dal 1996 al 2010) che ci troviamo alla fine del percorso: i nostri ragazzi reclamano a gran voce i propri spazi.

In cosa si traduce questo cambiamento generazionale per gli infermieri? È davanti ai nostri occhi: per i boomers fare l'infermiere era quasi un mandato, da svolgere con dedizione, impegno, senza battere ciglio. Ma oggi, dopo che molte battaglie sono state vinte e altrettante chiedono di arrivare a compimento, **ci stupiamo di come la professione non abbia appeal per la GenZ**. Abbiamo provato con campagne pubblicitarie, video, pagine e pagine di social, ma nessuno – passatemi l'iperbole – vuole fare l'infermiere.

Dal punto di vista di un giovane prossimo all'ingresso nel mondo del lavoro, che vita privata può avere una persona che per tutta la sua carriera resta condizionata dal ritmo dei turni di lavoro? (Ma poi, vogliamo chiamarla davvero carriera, visto che le opportunità di crescita sono miserissime?). Quanto spazio rimane per le relazioni dopo una giornata spesa a sostenere, assistere e valorizzare il paziente? Quanta energia toglie la professione infermieristica?

Niente più infermieri, quindi? Per un lavoro che chiede di essere svolto non come una semplice parentesi della quotidianità, ma come un aspetto determinante della vita del professionista e della sua famiglia, per essere attrattivi occorre di più.

Non parleremo del **riconoscimento economico** che, va da sé, è alla base della soddisfazione di chiunque, al punto da smuovere i frontalieri, con ospedali che restano sguarniti perché il personale migra verso mete più allettanti. Anche se poi, a ben vedere, non sono solo i frontalieri a cambiare sistema, come dimostra l'esodo del personale sanitario italiano verso l'Arabia Saudita e gli Emirati.

Non parleremo nemmeno della difficoltà di **strutturare percorsi di carriera accattivanti**, resi teoricamente praticabili dalla formazione universitaria, ma praticamente impossibili da modelli organizzativi stantii, se non addirittura obsoleti.

Parleremo invece del bisogno di guardare avanti e **trasformare la professione**, facendola evolvere verso nuovi orizzonti: più moderni, in linea con i tempi e i bisogni di una società che non ha più quasi nulla a che vedere con quella di anche soli 30 anni fa. Il mio pensiero va, ad esempio, alla **figura dell'infermiere prescrittore, grazie al quale è possibile non solo riconoscere una professionalità sulla carta** (perché di fatto l'infermiere è a tutti gli effetti in grado di prescrivere farmaci e dispositivi sanitari), ma soprattutto creare uno **scollamento con il passato, nella direzione della deburocratizzazione e della semplificazione** e, da qui, arrivare a nuovi modelli organizzativi: più snelli, più efficienti.

Ogni volta che si pensa alla carenza infermieristica si analizzano sistemi astratti senza considerare che le risposte stanno nella quotidianità: in quelle ragazze e quei ragazzi che magari vorrebbero, ma scelgono altro. Perché è una vita dura, quella dell'infermiere. Ma se le si trova un senso, allora la si fa. Buon lavoro a tutti.

Pasqualino D'Aloia

**Daiana Campani**

Direttore Editoriale IJN
Commissione d'Albo
Infermieri
Editor-in-Chief

daiana.campani@opimilomb.it

Calano le domande di ammissione ai corsi di laurea delle professioni sanitarie: per gli infermieri -10,5%. Ripensare l'attrattività fra dimissioni, rimescolamenti e tristezza

Applications for admission to the degree courses of the health professions are decreasing: -10.5% for nurses.

Rethinking attractiveness between resignation, reshuffle and gloom.



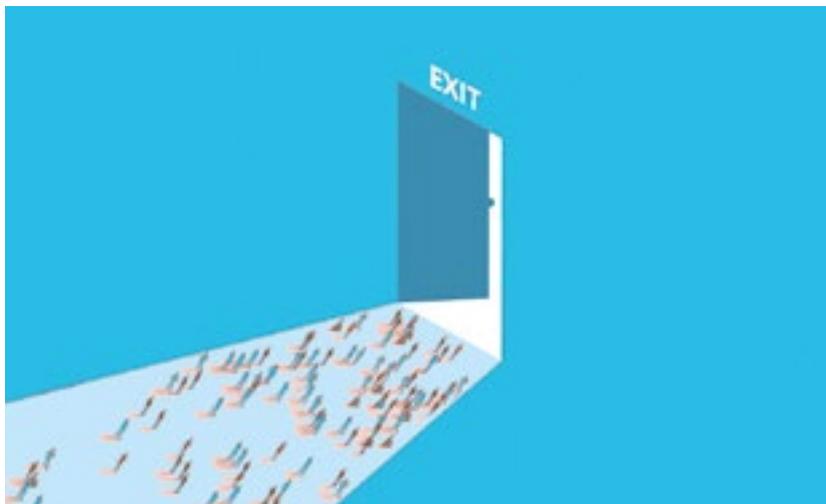
Gli esami non finiscono mai. Questo settembre però si sono iscritti ai test di ammissione dei 22 Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie presso le 40 Università statali italiane meno studenti del precedente anno.

Infermieristica ha registrato un calo medio nazionale del -10,5% passando da 25.539 domande nel 2022 a 22.870 nel 2023 su 19.860 posti messi a bando. Il rapporto quindi tra le domande e i posti disponibili è calato quindi da 1,3 a 1,2. Un dato sicuramente migliore è stato registrato per l'accesso ai corsi di laurea magistrali, con un incremento del +6,3% delle domande. Per la classe Infermieristica-Ostetrica le domande sono passate da 11.583 a 12.126 (+4,7%) su 1.914 posti disponibili, aumentati anch'essi del 16% rispetto al precedente anno dove i posti disponibili erano 1.644.

Eppure le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie sono in costante deficit di personale, che si traduce spesso in cure mancate (**mised nursing care**) e ripercussioni sulla qualità dell'assistenza e degli esiti clinici per i cittadini. Alcuni, spinti da condizioni lavorative migliori e maggior prospettive di carriera, approdano all'estero.

A questi numeri si aggiungono gli studenti che abbandonano il corso di laurea prima di terminare gli studi e coloro che scelgono di cambiare professione una volta immessi nel mondo del lavoro.

È il fenomeno conosciuto come **Great Resignation**, o grandi dimissioni volontarie, tuttora in crescita in particolare fra i giovani dai 26 ai 35 anni, alla volta di lavori con maggior bilanciamento fra lavoro, vita privata e retribuzione. Specialmente dopo la pandemia e le limitazioni imposte dal lockdown,



le persone hanno ripensato al significato della propria vita e alla scala di **valori e priorità** personali definendo nuovi equilibri, facendo chiarezza su ciò che è accettabile o meno nell'ambito del lavoro. Il cosiddetto grande rimescolamento, noto come **Great Reshuffle**, che spinge verso lavori che garantiscano, ad esempio, maggior flessibilità ed equilibrio tra vita privata e lavoro. In concreto, verso aziende che adottano politiche di **welfare** per i propri dipendenti. Ecco, quindi, l'urgenza di ripensare le logiche aziendali per un maggior coinvolgimen-

to degli infermieri, a tutti i livelli, nei processi decisionali in un ambiente meritocratico, coerente e trasparente. Un investimento che non può più aspettare è la strutturazione di **percorsi di carriera**, in particolare orientati alla **pratica clinica** avanzata, come già avviene in molte aziende europee nelle quali sono inquadrati chiaramente gli step evolutivi e i requisiti formativi richiesti. A questi livelli corrisponde anche l'incremento retributivo e la possibilità di accedere o meno ad alcuni ambiti, ad esempio la ricerca o l'ambito dirigenziale. Spesso sono le aziende stesse ad offrire le opportunità formative, valorizzando ulteriormente i professionisti con **competenze cliniche avanzate**.

La Great Resignation del 2020 è ora seguita da un nuovo fenomeno definito Great Gloom, o grande tristezza. Anche a seguito della pandemia, il settore sanitario sembra essere uno dei maggiormente colpiti. Tra giugno 2020 e giugno 2023, pare infatti che la felicità dei lavoratori del settore sia diminuita del 32% e che la metà di questo valore sia stata registrata proprio nel 2023.

Parlando più in generale di soddisfazione per la propria posizione lavorativa in Italia, pare che solo tre persone su dieci pensino di essere completamente soddisfatte. I fattori che incidono su questa percezione sono la retribuzione ma anche il clima lavorativo, nonché la possibilità di crescita professionale e l'adeguatezza dei carichi di lavoro. Un importante spunto di riflessione sul quale le aziende potrebbero condividere soluzioni e, magari, risorse, per attrarre maggiormente i giovani e trattenere i professionisti che operano già nel settore. A fronte delle esigenze di una popolazione che invecchia e che rappresenta una buona parte dei cittadini italiani, è imprescindibile ripensare ai modelli che per lungo tempo sono stati adottati in ambito sanitario, sociosanitario e assistenziale, anche alla luce delle nuove opportunità offerte dalla digitalizzazione e dall'avanzamento della tecnologia.

Se non verrà invertito il trend, sarà difficile garantire un'assistenza alla portata di tutti. Che sia arrivato il momento di valorizzare concretamente la professione infermieristica?

Daiiana Campani



Ilaria Gorla

Commissione Albo Infermieri
Pediatrici

Ilaria.gorla@opimilomb.it

Priscilla Manfra

Commissione Albo Infermieri
Pediatrici

Michele Stellabotte

Commissione Pediatria

Federico Pellegatta

Commissione Pediatria

Daniela Zimmermann

Presidente Albo Infermieri Pediatrici e Referente Commissione Pediatria

6th PNAE CONGRESS: “Children’s healthcare in a changing world”

*Con la collaborazione di FNOPI
(Federazione degli Ordini Professioni
Infermieristiche) e SIPINF (Società
Italiana di Infermieristica Pediatrica)*



ROMA, 28 e 29 Settembre 2023

Si è concluso da pochi giorni il 6° Congresso Internazionale PNAE, dal titolo “Children’s healthcare in a changing world”, organizzato da Paediatric Nursing Associations of Europe, in sinergia con FNOPI e SIPINF.

Ad ospitarlo per la prima volta il nostro Paese, nella città di Roma, il 28 e 29 Settembre 2023. PNAE è il network delle Associazioni

di Infermieristica Pediatrica in Europa, che conta ad oggi 22 Paesi membri, tra cui l’Italia, rappresentata dalla FNOPI. Nato nel 2003, ha lo scopo di riunire le organizzazioni professionali infermieristiche che lavorano con bambini e giovani in tutta Europa, con lo scopo di migliorare la cura di bambini, adolescenti e giovani in tutto il mondo; incentivare l’aderenza alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell’infanzia per promuovere e difendere la salute, il benessere e lo sviluppo dei bambini; sostenere la comunicazione tra infermieri pediatrici d’Europa a beneficio dell’assistenza a tutti i bambini.

“Per questo congresso - si legge nel messaggio di benvenuto - abbiamo unito le forze per promuovere e condividere un’assistenza infermieristica pediatrica di qualità in tutta Europa, sostenuta da elevati livelli di conoscenza teorica e dalle migliori evidenze e competenze, al fine di fornire l’assistenza necessaria e migliorare gli esiti sanitari di neonati, bambini e giovani. Negli ultimi anni abbiamo assistito a molte sfide e soluzioni nell’erogazione delle cure e vorremmo condividere e celebrare queste esperienze nella città di Roma.”

Il risultato di questo lavoro appare immediatamente evidente, a partire dalla partecipazione di oltre 350 tra infermieri e infermieri pediatrici provenienti da tutta Europa, che quotidianamente operano nella cura del bambino e della sua famiglia, in svariati contesti, dall’ospedale, al territorio, alle università, ai centri di ricerca, agli scenari di emergenza e guerra.

Varie e dai contenuti di elevato spessore le sessioni che si sono susseguite nella Main Hall, che hanno visto tra i relatori nomi di fama internazionale, tra cui Carla Garlatti, Autorità garante per l’infanzia

e l’adolescenza; Alberto Villani, direttore di area clinica all’IRCCS Ospedale Bambino Gesù di Roma e già presidente della Società Italiana di Pediatria; Roy Cosico, medico filippino con una lunga esperienza in teatri complessi ed emergenziali, tra cui Pakistan, Sierra Leone, Nigeria e Sud Sudan, inizialmente tramite Medici Senza Frontiere, e dal 2013 nell’Organizzazione Mondiale della Sanità; Katrin De Winter, coordinatore del corso di specializzazione in assistenza sanitaria pediatrica e neonatologica in Belgio alla Thomas Moore University; Sandro Spinsanti, psicologo e bioeticista; Maria Brenner, professore alla School of Nursing, Midwifery and Health Systems di Dublino; Jane Coad, coordinatore PNAE e professore alla Nottingham University in Gran Bretagna.

Tra i temi di maggior rilievo e attualità affrontati in queste giornate: la formazione (disomogenea) dell’infermiere pediatrico in Europa; la ricerca infermieristica in ambito pediatrico; l’infermieristica territoriale; la denatalità; le cure per i primi mille giorni del bambino; il ruolo dell’etica nell’assistenza infermieristica; l’innovazione e le nuove tecnologie come elemento fondamentale dei percorsi di cura; la salute mentale; le cure palliative; la sicurezza delle cure in relazione allo staffing infermieristico; l’infermieristica pediatrica durante le emergenze naturali e la guerra.

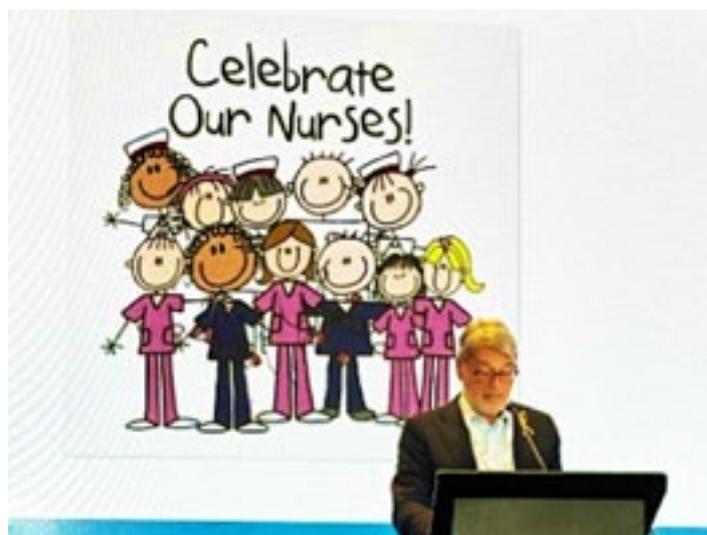
In apertura i saluti istituzionali da parte di Jane Coad e Immacolata Dall’Oglio, a nome del Comitato Scientifico PNAE, e di Laura Barbotto e Marisa Bonino, rispettivamente presidente nazionale Commissione d’Albo Infermieri Pediatrici e presidente della Società Italiana di Pediatria Infermieristica (SIPINF), a nome del Comitato Organizzativo; a seguire i saluti delle Autorità e Società pediatriche

e neonatali presenti e, immancabilmente, della Presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli, che ha voluto ricordare le difficoltà del tempo storico attuale e le sfide che la professione e il contesto italiano e mondiale sono chiamati ad affrontare, ma che allo stesso tempo ha voluto valorizzare ed esprimere forte supporto ed apprezzamento ai colleghi infermieri operanti in ambito pediatrico e neonatale, per la loro peculiarità e competenze ad alto valore aggiunto.

Tra gli interventi maggiormente degni di nota, segnaliamo, innanzitutto, la relazione di Sandro Spinsanti, che ha portato un contributo sul ruolo dell'etica e della bioetica nelle cure in ambito pediatrico. Durante l'intervento, il professore ha invitato i partecipanti a riflettere sul ruolo dell'etica nella quotidianità assistenziale, su come questa entri in maniera naturale e con modi gentili all'interno del nostro agire più fine quale, ad esempio, il modo in cui entriamo nelle stanze, ovvero nello spazio dei nostri assistiti. Nella cura, secondo il professore, c'è sempre uno spazio per l'etica, in quanto questa è parte essenziale e inscindibile della cura stessa; occorre, però, che i professionisti si educino a guardarla e a valorizzarne il significato più profondo. Attraverso una discussione a braccio su cinque differenti modalità di interpretazione bioetica, il prof. Spinsanti ha condotto gli uditori a riflettere su come è possibile fare esperienza di approcci differenti per analizzare non solo il proprio agire, ma anche quello dell'équipe.

L'obiettivo era quello di portare i partecipanti a mettere in gioco ascolto e competenza comunicativa nell'agire quotidiano al fine di trovare le risposte più appropriate ed adeguate ai bisogni del bambino e della sua famiglia, senza incorrere nella facile (ma non sempre efficace) azione di delegare la competenza etica e valutativa a professionisti esterni al gruppo di lavoro.

Non da meno i contributi di Maria Brenner e di Angelo Ricci, papà di una bambina di sei anni colpita anni fa da leucemia e adesso



Presidente FIAGOP Onlus (Federazione Italiana Associazioni Genitori Oncoematologia Pediatrica), che hanno entrambi toccato il tema dell'integrazione ospedale-territorio e lo stretto collegamento tra assistenza sanitaria ed inclusione del minore malato nella comunità territoriale, familiare e scolastica. Nei loro interventi sono stati messi in luce i servizi-chiave per un'adeguata continuità assistenziale, come l'accesso diretto ai reparti di pediatria e terapia intensiva pediatrica, ai servizi di riabilitazione, l'accesso 24 ore su 24 alle cure specialistiche non urgenti, l'attivazione e uso del fascicolo sanitario elettronico, l'abilitazione del servizio di cure palliative pediatriche. Tuttavia, criticità come la mancanza di politiche mirate a garantire sufficienti risorse, così come la scarsa collaborazione e comunicazione tra le figure coinvolte (personale scolastico, professionisti sanitari, genitori), non possono che influire negativamente sul buon esito dell'assistenza sanitaria, in termini di qualità ed efficienza.

Emerge, quindi, la necessità di aumentare il personale sanitario coinvolto, assicurandone un'adeguata formazione, l'importanza di accrescere la collaborazione tra la scuola e i servizi sanitari primari e la necessità di un maggior coinvolgimento dei bambini e delle loro famiglie nel percorso di cura, in un'ottica di governance integrata di cura. L'affondo di Ricci, poi, sul difficile tema della malattia oncologica in età pediatrica ha certamente suscitato grande interesse e coinvolgimento, andando in particolare a sottolineare come le relazioni positive tra famiglia ed équipe infermieristica, nelle cure oncologiche pediatriche, siano fondamentali per il benessere e il buon esito di cura.

Alla base di queste relazioni devono esserci fiducia, comunicazione ed empatia, tasselli essenziali nella creazione di un ambiente di cura e sostegno emotivo per i bambini e le loro famiglie. Ricci ha voluto rimarcare come sia importante non dimenticare mai che l'umanizzazione delle cure e l'accoglienza psicologica non possano essere un optional.

Nel fare ciò, ha evidenziato quelli che per lui sono i 13 punti chiave e le skills infermieristiche considerati imprescindibili in una buona relazione di cura, sia in termini tecnici che valoriali. Il lungo applauso mosso dai partecipanti presenti al termine della lettura conferma il grande consenso ricevuto.

Tra gli altri eccezionali contributi non si può non citare l'intervento di Jane Code, che ha illustrato la situazione della ricerca





infermieristica in ambito pediatrico nel Regno Unito ed in Europa, mettendo in luce una situazione più che positiva e dando preziosi suggerimenti su come fare della buona ricerca (a partire da giuste domande e giusti maestri) e ottenere fondi; la presentazione della collega Federica Buzzi, che ha raccontato la sua esperienza nel rinnovare e formare il personale infermieristico di un ospedale nel Kurdistan Iracheno, arrivando a migliorare notevolmente la qualità dell'assistenza e diminuendo i tassi di mortalità e comorbidità, e, non da meno, portando il centro a diventare punto di riferimento regionale nell'ambito della formazione del personale. E ancora, la relazione di Matteo Amicucci, giovane infermiere di ricerca dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, che ha



presentato un bellissimo progetto dal nome "Piccoli Eroi", dove, tramite un simpatico zaino ed una facile app, ha sensibilmente migliorato la gestione dell'immunoterapia domiciliare nei pazienti pediatrici; il contributo di Beatrice Fortunati, che ha presentato i passaggi fondamentali dell'assistenza infermieristica durante il caso della separazione di due gemelle siamesi craniofaghe; e, infine, l'intervento di Orsola Gawronski, la quale ha presentato un'interessante review sullo staffing infermieristico in ambito pediatrico. Numerosi, poi, i colleghi che hanno condiviso tramite presentazioni orali ed e-poster le loro ricerche, conoscenze pratiche ed esperienze riguardanti la cura di neonati, bambini, giovani e delle loro famiglie: 212 sono stati, infatti, gli abstract ricevuti e valutati preventivamente dal Comitato Scientifico PNAE; di questi, 77 sono stati presentati sotto forma di e-poster e illustrati nelle e-poster walk, che hanno animato le varie pause tra una sessione e l'altra nei due giorni di convegno; altri 61 sono stati esposti sotto forma di presentazione orale nelle sessioni della seconda giornata di lavori. In conclusione, è evidente, quindi, come il congresso PNAE sia stato, per chi vi ha partecipato, una grande possibilità di crescita e di

confronto con altre realtà pediatriche, un importante stimolo alla ricerca e a contribuire alla crescita della professione, un ricco palcoscenico in cui hanno trovato voce numerosi professionisti, e dove altrettanti professionisti hanno potuto mettersi in gioco, lasciarsi interrogare e incuriosire, intessere preziose relazioni, portarsi a casa magari un piccolo ma pur sempre prezioso contributo da spendere nelle proprie realtà, con il desiderio di potersi reincontrare al prossimo congresso PNAE, nella primavera 2026 in Francia.

Premiazioni

La Commissione Scientifica PNAE ha consegnato i seguenti premi:

Migliori presentazioni orali:

- "Child's challenging behavior and oxidative stress in parents of children with disabilities and diabetes mellitus type 1" (Prof. Ljubičić Marija – Croazia)
- "From PhD to Practice, Transforming Children's Community Nursing Care" (Mr. Widdas David – Regno Unito)

Miglior e-poster:

- "Preconditions and parental support for successful home phototherapy for newborns: a systematic review" (Mrs. Siret Läänelaid, Estonia)

Miglior e-poster del paese ospitante:

- "Staff nurses' perceived competencies in paediatric palliative care: preliminary results of a quali-quantitative study" (Dr. Mustari Martina, Italia)

Inoltre, anche FNOPI ha deciso di premiare due poster tra quelli presentati dagli studenti dei corsi di laurea in infermieristica pediatrica:

- "The use of international classification for nursing practice (ICNPTM) within the degree course for the teachers in pediatric nursing (Giulia Baron – Università degli Studi di Milano, Italia)
- "Enhancing autonomy through therapeutic education: Vosoritide, an innovative drug for children with achondroplasia" (Caterina Tedesco – Università di Genova – Italia).



Stefano Maiandi

Dottorando di ricerca in Scienze infermieristiche e Sanità Pubblica, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione – Università di Roma Tor Vergata, Roma, Italia
stefano.maiandi@asst-lodi.it

Giada Zottarel

Area omogenea medica oncologia-ematologia - Istituto oncologico Veneto, Castel Franco Veneto

Raffaella Gualandi

Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, Italia

Anna De Benedictis

Ricercatore MED/45, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia; Direzione Clinica, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, Italia

Daniela Tartaglini

Professore Associato MED/45, Direttore Assistenziale delle Professioni Sanitarie, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia; Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, Italia

ABSTRACT

Background. In letteratura le ricerche sulle prospettive soggettive di bambini e adolescenti ricoverati in ambito psichiatrico sono limitate. Eppure, il punto di vista del paziente ha assunto una crescente importanza poiché è diventato un indicatore chiave della qualità dell'assistenza sanitaria e delle cure e funge come stimolo al miglioramento organizzativo. Nell'adolescenza, in particolare, oltre a insistere specifiche condizioni di cambiamento somatico, cognitivo ed emotivo possono subentrare anche condizioni patologiche della sfera neuropsichiatrica tali da influenzare l'esperienza nella fruizione dei servizi sanitari. **Obiettivo.** Identificare in letteratura i fattori che incidono sull'esperienza dell'adolescente che viene ricoverato per patologia psichiatrica. **Materiali e metodi.** La ricerca è stata condotta sulle banche dati PubMed Midline, Embase, Chinal, Psycinfo e Scopus con stringhe di ricerca a testo libero e con parole chiave dei thesauri di ogni singola banca dati. **Risultati.** Sono stati inclusi nella revisione 17 articoli che analizzano il fenomeno con eterogenei strumenti di indagine: i risultati della revisione enfatizzano l'importanza delle competenze relazionali e professionali per l'instaurazione di un rapporto di fiducia. **Conclusioni.** La considerazione delle prospettive dei giovani con disturbi psichiatrici è fondamentale per migliorare la qualità dei servizi di salute mentale, gli outcome clinici e l'aderenza alla terapia. Gli studi in letteratura sono molto limitati, sono necessarie ulteriori ricerche che indagano il punto di vista dell'adolescente. **Parole chiave.** Esperienza, Soddisfazione, Adolescenza, Psichiatria.

Il ricovero in ambito neuropsichiatrico dell'adolescente: qual è la sua prospettiva? Revisione della letteratura

Hospitalization of adolescents with neuropsychiatric disease: what is their perspective? literature review

**ABSTRACT**

Background. Research on the subjective perspectives of children and adolescents admitted to psychiatric care is limited in the literature. Patient's perspective has become increasingly important as it has become a key indicator of the quality of health care and treatment and serves as a stimulus for organizational improvement. In adolescence, in addition to insisting on specific conditions of somatic, cognitive, and emotional change, pathological conditions of the neuropsychiatric sphere may also take over such that they affect the experience in the use of health care services. **Objective.** To identify factors in the literature that affect the experience of the adolescent who is hospitalized for psychiatric pathology. **Materials and Methods.** The search was conducted on the PubMed Midline, Embase, Chinal, Psycinfo, and Scopus databases with free-text search strings and keywords from thesauri in each individual database. **Results.** Seventeen articles analyzing the phenomenon with heterogeneous survey instruments were included in the review. Results of the review emphasize the importance of relational and professional skills in establishing trust. **Conclusions.** Consideration of the perspectives of young people with psychiatric disorders is critical to improving the quality of mental health services, clinical outcomes, and treatment adherence. Studies in the literature are

very limited; further research investigating the adolescent's perspective is needed. **Keywords.** Experience. Satisfaction. Adolescence. Psychiatry.

INTRODUZIONE

I disturbi mentali costituiscono un importante problema di sanità pubblica (Istituto Superiore di Sanità, 2019) e per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il peso globale dei disturbi mentali è in continua crescita con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi del mondo (Alleva, 2017).

L'OMS sottolinea, inoltre, che nel mondo almeno il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali e che le condizioni neuropsichiatriche sono la principale causa di disabilità nei giovani (Alleva, 2017).

Si stima che la metà di tutte le malattie mentali abbia esordio entro l'età di 14 anni e tre quarti abbia esordio entro i 24 anni: tali disturbi sono associati ad insuccesso scolastico, occupazione instabile, scarso supporto familiare e integrazione sociale (Plaiستow et al., 2014).

Tali patologie si inseriscono in un delicato periodo della vita in cui l'adolescenza e i suoi punti di transizione, con la fine dell'infanzia e l'inizio dell'età adulta, non sono solo definiti dalla maturazione biologica, ma anche e principalmente da prospettive psicologiche, sociologiche, giuridiche e culturali (Remschmidt, 2013).

In Italia, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto molteplici attività di ricerca, sorveglianza e prevenzione dedicate alla salute mentale: lo studio PrISMA (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti) rappresenta la prima ricerca condotta nel nostro paese volta ad indagare la prevalenza dei disturbi mentali nei giovani tra i 10-14 anni (Frigerio et al., 2006).

Si stima che il 9,1% del campione presenta i criteri per la diagnosi di un disturbo psichico secondo la classificazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV) e di questi, più del 7% soffre di disturbi d'ansia, da disturbo post traumatico da stress, da fobie sociali. Meno dell'1% del campione soffre di depressione e la prevalenza è significativamente maggiore nel sesso femminile. Lo studio, inoltre, mette in luce alcuni fattori di rischio per la patologia psichiatrica, come vivere con un solo genitore, un basso livello di istruzione materna e un basso reddito familiare (Istituto Superiore di Sanità, 2019).

Se non trattate precocemente le condizioni neuropsichiatriche possono influenzare severamente lo sviluppo degli adolescenti e la possibilità di vivere vite soddisfacenti e produttive da adulti, pertanto, diventa fondamentale che gli adolescenti con disturbi psichiatrici siano facilitati e sostenuti nella costruzione di abilità di vita (life skills) che possano aiutarli a far fronte alle sfide quotidiane (Moses, 2011).

Peraltro, i primi sintomi della maggior parte dei disturbi mentali tendono a comparire durante l'adolescenza motivo per il quale l'adolescenza è un punto focale della ricerca e del trattamento psichiatrico (Merikangas et al., 2010; Steel et al., 2014).

Non è però inconsueto che l'esordio di malattia neuropsichiatrica avvenga con eventi acuti che necessitano ospedalizzazione e si assiste ad un graduale aumento dell'uso del pronto soccorso sia come sede per la valutazione delle acuzie neuropsichiatriche sia come porta d'ingresso ai servizi di salute mentale (Pittsenbarger and Mannix, 2014).

Il conseguente ricovero ospedaliero si identifica dunque non solo come luogo di cura e trattamento della malattia, ma anche come contesto dove poter sviluppare le competenze necessarie per confrontarsi con le proprie emozioni e la relativa gestione, ascoltare e rapportarsi con gli altri, orientarsi e produrre un cambiamento nel proprio ambiente di vita (Hutchison et al., 2020).

Negli ultimi decenni, il trattamento psichiatrico in ricovero negli ospedali pubblici è però cambiato: da una terapia estesa e a lungo termine si è passati ad un trattamento breve incentrato sulla stabilizzazione della condotta comportamentale, la valutazione e la pianificazione della dimissione per facilitare l'accesso al trattamento ambulatoriale e territoriale (Moses, 2011). Tuttavia, spesso il ricovero contribuisce allo stigma vissuto dagli adolescenti con patologia psichiatrica, impattando sulla sfera sociale tanto importante in questa fase della vita (Gill et al., 2016a).

L'adesione al trattamento ospedaliero diventa cruciale per l'instaurarsi della corretta compliance al trattamento proposto. Alcuni studi condotti su popolazioni adulte hanno dimostrato come la corretta aderenza ai trattamenti è correlata anche a fattori che migliorano l'esperienza durante il ricovero (Isaac et al., 2010; Jha et al., 2008; Liu et al., 2013). Uno studio condotto su una popolazione di adolescenti ha riportato che le esperienze positive inducono a frequentare e rispettare gli appuntamenti dopo la dimissione, a seguire i consigli dati o a cercare aiuto in futuro (Buston, 2002). Tuttavia, sovente in letteratura è presente una sovrapposizione tra i concetti di *patient experience* e *patient satisfaction* (Shale, 2013). Attraverso la raccolta di dati su ciò che il paziente ritiene o meno in linea con le proprie attese (soddisfazione) e su cosa ha provato durante il suo percorso (esperienza) è possibile ottenere importanti dati per il ridisegno di un servizio in un'ottica paziente centrica.

In particolare, la raccolta di dati sull'esperienza del paziente, o *patient experience*, durante l'ospedalizzazione ha assunto gradualmente una crescente importanza poiché è diventato un indicatore chiave della qualità dell'assistenza sanitaria e delle cure.

Wolf et al. (Wolf et al., 2014, p. 201) definisce l'esperienza del paziente come la somma di tutte le interazioni che si costruiscono all'interno di una cultura organizzativa e che influenzano la percezione del paziente nel continuum delle cure. Inoltre l'esperienza del paziente si integra da ciò che è riconosciuto, compreso e ricordato dai pazienti e dai propri caregivers nell'accesso ai servizi sanitari.

Se da un parte gli studi su cosa sperimentano i pazienti adulti nel loro percorso di cura e su cosa determina una buona esperienza stanno via via moltiplicandosi, dall'altra non è chiaro se i fattori che determinano una buona o cattiva esperienza siano gli stessi anche per i pazienti adolescenti.

OBIETTIVO

Obiettivo di questa revisione della letteratura è l'identificazione dei fattori determinanti che incidono sull'esperienza dell'adolescente che accede ai servizi sanitari per patologia acuta psichiatrica.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta consultando le banche dati internazionali PubMed, Embase, Chinal, Psycinfo e Scopus al fine di individuare tutti gli articoli pubblicati entro il mese di Aprile 2022 e focalizzati sui dati di soddisfazione ed esperienza riportati dagli adolescenti con patologia psichiatrica durante il ricovero ospedaliero. Sono state combinate parole chiave quali "Adolescent, Hospital-

zed/psychology", "patient satisfaction", "patient experience" e termini del Thesaurus di ogni singola banca dati, qualora disponibili, con gli operatori booleani AND e OR (Appendice 1).

A supporto della revisione sono stati consultati anche i siti istituzionali delle seguenti organizzazioni: Epicentro, Istituto Superiore di Sanità, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi nella revisione gli articoli che presentavano i seguenti criteri:

- Popolazione di adolescenti con disturbi della sfera neuropsichiatrica
- Focus sui dati riportati dall'adolescente in termini di esperienza e soddisfazione durante il ricovero ospedaliero
- studi primari empirici con disegni quantitativi e qualitativi, studi con disegno sperimentale, studi di coorte prospettivi e retrospettivi, studi caso controllo, revisioni di letteratura
- Articoli in lingua italiana o inglese.

Sono stati esclusi tutti gli articoli con temi di ricerca non pertinenti alla patient experience dell'adolescente, che trattavano l'ado-

lescente senza disturbi di ordine psichiatrico, il paziente adulto o pubblicati in lingua diversa dall'inglese e italiano.

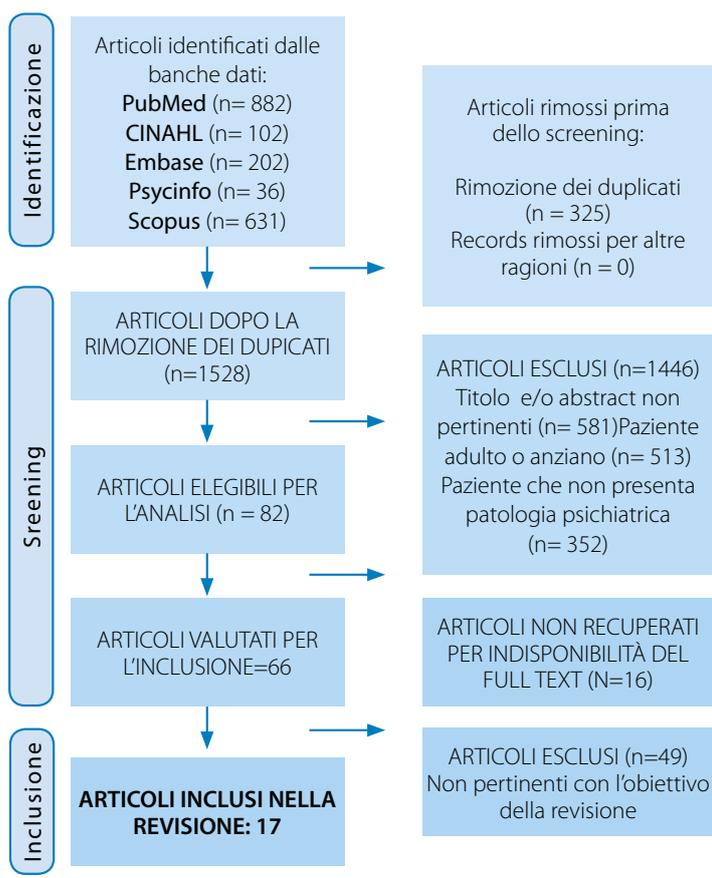
Selezione ed estrazione degli articoli

La selezione è stata condotta a partire dall'eliminazione dei duplicati utilizzando il software Mendeley. I records individuati sono poi stati gestiti con il software Rayyan che ha consentito lo screening degli articoli per titolo e abstract da parte di due autori distinti (SM, GZ), in modalità "blinded". In caso di disaccordo tra i due autori, è stato richiesto l'intervento di un terzo autore (RG). Successivamente, gli autori hanno letto il *full text* degli articoli inclusi sulla base di titolo e abstract, per confermarne l'eleggibilità per l'inclusione nella revisione. Nel condurre e riportare la revisione è stato seguito il PRISMA Statement (Page et al., 2021) (Figura 1). I risultati degli articoli sono stati analizzati rispetto al modello proposto da Dagger et al (2007), successivamente integrato da Gustavsson (2016), che include le seguenti dimensioni dell'esperienza di un paziente sulla qualità di un servizio: interpersonale, tecnica, amministrativa, ambientale, familiare e -coinvolgimento nella cura (Dagger et al., 2007; Gustavsson et al., 2016)(Tabella 1)

Tabella 1. Dimensioni dell'esperienza del paziente sulla qualità dei servizi (Dagger et al. 2007; Gustavsson et al. 2016)

Dimensioni della qualità dei servizi	Definizioni	Sotto-dimensioni		
Interpersonale	La relazione instaurata e l'interazione diadica tra il fornitore di servizi e l'utente	Modalità , atteggiamento e comportamento di un fornitore di servizi nell'impostazione del servizio	Comunicazione , natura interattiva del processo interpersonale	Rapporto , vicinanza e forza del rapporto instaurato tra un fornitore e un cliente
Tecnica	I risultati raggiunti e la competenza tecnica del fornitore di servizi	Competenza , competenza del fornitore, conoscenze, qualifiche o abilità	L'esito del servizio, o ciò che l'utente riceve a seguito delle sue interazioni con un'impresa di servizi	
Ambientale	Il complesso mix di caratteristiche ambientali che modellano la percezione del consumatore del servizio	Atmosfera , l'intangibile, caratteristiche di fondo dell'ambiente del servizio	Il tangibile , gli elementi fisici dell'ambiente del servizio e di cui si ha consapevolezza	
Amministrativa	Elementi amministrativi che facilitano l'erogazione di un servizio di base, aggiungendo valore all'utilizzo del servizio da parte del cliente	Tempestività , l'organizzazione dei servizi medici, come le liste di attesa per gli appuntamenti, i tempi di attesa, la facilità di modificare gli appuntamenti	Funzionamento , agevolazione della produzione di servizi di base attraverso l'amministrazione generale della struttura e il coordinamento, l'organizzazione e l'integrazione delle cure mediche	Supporto , servizi aggiuntivi che aggiungono valore al servizio principale
Familiare	Possibilità di tenere uniti i componenti della famiglia	Vicinanza , possibilità per i membri della famiglia di stare insieme	Normalità , possibilità di condurre una vita familiare normale	
Coinvolgimento nella cura	Abilità del paziente di gestire la situazione	Livello di partecipazione consentito ai pazienti	Responsabilità che i pazienti sono autorizzati e disposti ad assumersi	Capacità di assumersi la responsabilità

Figura 1. Diagramma PRISMA



RISULTATI

La ricerca condotta sulle banche dati ha portato all'identificazione complessiva di 1853 articoli; l'esclusione dei duplicati ne ha resi 1528. Lo screening di titoli e abstract ha portato all'esclusione di 1446 studi non pertinenti con l'obiettivo della ricerca; di conseguenza 82 articoli sono stati valutati sulla base della lettura integrale del testo. Di questi, 16 sono stati esclusi per indisponibilità del full-text e 49 perché non pertinenti con l'obiettivo della revisione. Complessivamente sono stati individuati 17 articoli che soddisfano tutti i criteri di inclusione: il relativo *flow diagram* è riportato in Figura 1.

Sono state incluse due revisioni sistematiche (Biering, 2010; Plai-stow et al., 2014), una revisione narrativa (Trzpuć et al., 2016), uno studio randomizzato controllato (Roots et al., 2009) e 13 studi qualitativi (Biering and Jensen, 2017; Buston, 2002; Gill et al., 2016b; Gowers and Kushlick, 1992; Kaplan et al., 2001; Marriage et al., 2001; Moses, 2011; Reavey et al., 2017; Salamone-Violi et al., 2015; Schneidtinger and Haslinger-Baumann, 2019; Tas et al., 2010; Rebecca Wallström et al., 2021; Zugai et al., 2013).

In tutti gli studi è stato utilizzato un sistema di campionamento di convenienza, tranne nel caso dello studio randomizzato.

Gli studi hanno incluso pazienti adolescenti con un'età compresa tra i 5 e i 20 anni con diagnosi di malattie psichiatriche quali: depressione, disturbo dell'adattamento e dell'apprendimento, ideazione suicida, autolesionismo, crisi situazionale, abuso di sostanze, psicosi, disturbo d'ansia e dell'umore, disturbo alimentare e ossessivo-compulsivo, disturbo bipolare e schizofrenia. In un solo studio sono stati analizzati i dati di blog personali dove venivano descritte dagli adolescenti le esperienze di assistenza ospedaliera (Rebecca

Wallström et al., 2021). La principale metodologia di strumento per la raccolta dati (nel 54% degli studi) risulta essere l'intervista, guidata o semi-strutturata, (Biering and Jensen, 2017; Buston, 2002; Gill et al., 2016a; Moses, 2011; Reavey et al., 2017; Salamone-Violi et al., 2015; Schneidtinger and Haslinger-Baumann, 2019; Zugai et al., 2013) mentre nei restanti lavori è stato prediletto l'utilizzo di un questionario sulla soddisfazione i cui item sono stati valutati con scala Likert a 5 punti (Kaplan et al., 2001; Marriage et al., 2001; Roots et al., 2009, 2009; Tas et al., 2010; Trzpuć et al., 2016).

I dati riportati dall'adolescente emersi dall'analisi di ogni articolo, sono riassunti nella Tabella 2 e suddivisi per dimensioni e sotto-dimensioni.

La **dimensione interpersonale** risulta essere la maggiormente citata negli articoli inclusi. Nello specifico, i fattori "disponibilità e tempo per l'ascolto e la "relazione di fiducia" sono riportati rispettivamente nel 65% e nel 59% degli articoli inclusi: la percezione della disponibilità all'ascolto da parte del personale sanitario, senza limiti temporali, è risultato un prerequisito fondamentale al rafforzarsi della fiducia nella relazione di cura.

I pazienti hanno descritto la necessità di competenze relazionali nei professionisti, affinché questi ultimi possano comprendere i loro ragionamenti e sostenerli nell'esprimere le proprie emozioni e sentimenti (Biering, 2010; Buston, 2002; Reavey et al., 2017). Questi ultimi sono stati descritti come "persone con cui è facile parlare, buoni ascoltatori, non giudicanti, affidabili e di supporto"(Moses, 2011); allo stesso modo, molti studi (Biering and Jensen, 2017; Gill et al., 2016b; Gowers and Kushlick, 1992; Kaplan et al., 2001; Marriage et al., 2001; Moses, 2011; Reavey et al., 2017; Trzpuć et al., 2016; Rebecca Wallström et al., 2021) hanno confermato come il sentirsi "persone e non pazienti", "rispettati e non giudicati", siano tra i fattori determinanti principali di questa dimensione.

Dati i forti legami interpersonali che si sviluppano all'interno dell'ambiente di degenza, i compagni di degenza e il personale vengono vissuti "come una famiglia" dagli intervistati (Gill et al., 2016a): il "non sentirsi abbandonati" e il fattore "forti legami interpersonali con i compagni e il personale" sono stati citati rispettivamente nel 29% e nel 53% degli articoli inclusi. In particolare, molti adolescenti hanno dichiarato di aver sviluppato una relazione significativa con almeno un compagno di degenza o un membro dello staff durante il periodo di ricovero: questa relazione, che in molti casi è stata definita un "salvavita", ha giocato un ruolo importante nell'esperienza degli adolescenti (Moses, 2011; Salamone-Violi et al., 2015). Gli adolescenti hanno inoltre riportato il bisogno di avere al loro fianco professionisti che offrirono supporto, credessero in loro, nelle loro capacità e nel loro futuro, anche quando loro stessi, per primi, non erano in grado di farlo (47%). Tuttavia, diversi pazienti hanno espresso il loro disagio per il fatto di essersi affezionati ad altri giovani e al personale ed erano preoccupati che questo avrebbe reso più difficoltosa la dimissione e il rientro a casa (Gill et al., 2016a). Tra gli altri fattori individuati rientrano il bisogno di un linguaggio e di un approccio di tipo informale da parte del personale (12%), presente 24 ore su 24 (18%) e di sentirsi al sicuro (18%). All'interno della **dimensione tecnica** (tab. 1) troviamo rappresentati i fattori collegati alle competenze del personale sanitario, alle terapie e agli esiti del trattamento: dai risultati dei questionari compilati dagli adolescenti e dai genitori dello studio di Tas del 2010 (Tas et al., 2010) è emerso che le sessioni di incontri terapeutici con

altri pazienti e con i familiari hanno ricevuto tra i più alti livelli di soddisfazione. Tale condivisione è ritenuta determinante nel 35% degli articoli inclusi. Gli adolescenti giudicano efficaci i trattamenti che agiscono sui cambiamenti nei loro pensieri, sentimenti o comportamenti: se il trattamento non facilita tali cambiamenti è ritenuto inutile e quindi insoddisfacente. Come delineato nello studio di Moses (2011) (Moses, 2011) tali cambiamenti si traducono in primo luogo nella capacità di gestire le emozioni anticipando le reazioni impulsive e agendo sulla capacità di elaborazione delle stesse.

I cambiamenti nello sviluppo includono l'apprendimento di strategie di coping efficaci: molti giovani hanno dichiarato di aver sviluppato più fiducia in sé stessi e nelle loro capacità di affrontare le difficoltà, imparando a riconoscere la vulnerabilità come fattore intrinseco alla persona ed aumentando i punti di forza individuali (Biering, 2010; Gill et al., 2016a; Plaistow et al., 2014; Roots et al., 2009; Salamone-Violi et al., 2015). Due articoli fanno riferimento alla soddisfazione rispetto alla terapia con "prescrizione di farmaci" e all'"esito positivo del trattamento" inteso come miglioramento dei segni e sintomi che hanno portato al ricovero (Buston, 2002; Moses, 2011; Roots et al., 2009; Zugai et al., 2013).

Infine, è ritenuto un fattore determinante la "conoscenza e competenza" di medici e infermieri (29%) le quali condizionano inevitabilmente la fiducia che i pazienti ripongono in essi, così come la "coerenza dei comportamenti" da parte del personale descritta nello studio di Reavey (Reavey et al., 2017) in cui pazienti hanno evidenziato come gli atteggiamenti incoerenti del personale abbiano creato confusione e aumentato il senso di isolamento.

La **dimensione ambientale** indaga i fattori dell'ambiente ospedaliero che influenzano la soddisfazione del paziente: Il fattore maggiormente citato è "la sicurezza dell'ambiente" (41%). Tale sicurezza si traduce, secondo gli intervistati nello studio di Salamone (Salamone-Violi et al., 2015), in un luogo in cui la possibilità di mettere in atto pensieri suicidi è ridotta al minimo: la sensazione di sentirsi "al sicuro" si rendeva necessaria per poter accettare il ricovero in reparto e acconsentire le cure (Moses, 2011). Inoltre, è stato descritto positivamente da 5 studi "l'ambiente calmo e familiare" come facilitante l'esperienza del ricovero a sostegno del processo di guarigione (Biering, 2010; Moses, 2011; Trzpuć et al., 2016; Wallström et al., 2021; Zugai et al., 2013).

I blogger dello studio di Wallström (Wallström et al., 2021) hanno dichiarato che lo sforzo del personale nel riorganizzare il reparto in base alle esigenze individuali è stato fortemente apprezzato: i fattori "privacy e riservatezza" così come quello "stanze spaziose e private" sono stati riconosciuti in 5 studi (Buston, 2002; Marriage et al., 2001; Tas et al., 2010; Trzpuć et al., 2016; Wallström et al., 2021). Altri fattori individuati sono il bisogno di "ambienti molto illuminati" durante il giorno anche attraverso l'utilizzo di luci colorate, di "musica nelle stanze" e di "spazi interni ed esterni dedicati ad attività ricreative, terapeutiche e per svolgere attività fisica. La mancanza di accessibilità a "spazi esterni in sicurezza", come un balcone o uno spazio aperto dedicato o una piscina hanno invece determinato e accentuato sentimenti di costrizione e confinamento (Salamone-Violi et al., 2015; Trzpuć et al., 2016). Infine, 5 studi hanno evidenziato bassa "qualità del cibo" servito nell'unità di degenza e due scarsa "pulizia" degli ambienti (Buston, 2002; Kaplan et al., 2001; Moses, 2011; Tas et al., 2010; Trzpuć et al., 2016).

Rispetto alla **dimensione amministrativa**, un fattore determinan-

te per una esperienza positiva è la "flessibilità negli orari, nei pasti e nelle attività": infatti, negli articoli in cui veniva riportata una scarsa flessibilità di aspetti come il tempo di visite o l'utilizzo del cellulare, è stato riscontrato senso di impotenza e confinamento e i giovani hanno dichiarato di essersi sentiti controllati dal personale sanitario. Di contro, la "presenza di routine" nelle attività è stata positivamente descritta da Marriage et al. (Marriage et al., 2001), Wallström (R Wallström et al., 2021) e Gill (Gill et al., 2016a); secondo quanto riportato, la routine contribuisce a rendere l'ambiente prevedibile: per la maggior parte dei giovani la prevedibilità è stata definita necessaria per imparare ad autogestirsi, dal momento che erano abituati a fare "quello che volevo quando volevo" (Gill et al., 2016a). La programmazione di "attività ricreative e ludiche" come artigianato, cucina, arte e musica è stata riportata dai giovani come un'esperienza positiva per occupare il loro tempo e non pensare ai "problemi veri" (Biering, 2010; Salamone-Violi et al., 2015). Infine, tra i suggerimenti avanzati dai pazienti nel questionario sulla soddisfazione di Marriage et al. (Marriage et al., 2001) e di Wallström (R Wallström et al., 2021) c'è l'indicazione al miglioramento della "continuità dell'assistenza", intesa come continuità di presenza di personale di riferimento assegnato ai singoli pazienti.

Rispetto alla **dimensione familiare**, gli articoli inclusi nel presente studio non riportano dati significativi: sono emersi item come gli "incontri programmati con le famiglie" valutati positivamente in 3 studi (Roots et al., 2009; Salamone-Violi et al., 2015; Tas et al., 2010) i quali possono portare anche al "miglioramento delle relazioni familiari". Nello studio di Biering & Jensen del 2017 (Biering, 2010), gli adolescenti hanno descritto come il trattamento abbia favorito la comprensione con i loro genitori.

Infine, la **dimensione del coinvolgimento nella cura** trova riscontro nel 47% degli articoli inclusi: i giovani hanno descritto l'importanza di essere parte attiva nel programma di cura e viene sottolineato il bisogno di consapevolezza nelle scelte e nelle decisioni. Essere coinvolti, informati e collaborativi ha permesso loro di sentirsi rispettati non solo come pazienti ma anche come persone. Di fatto, l'item "informazioni pre-ricovero e durante il ricovero" è stato individuato nel 47% degli studi, così come l'imparare a "conoscere la propria malattia" (12,18,25).

Al contrario, il non sentirsi coinvolti è stato definito "sconvolgente" e ha scatenato sentimenti di disagio, incertezza e malessere: ciò ha contribuito ad aggravare la paura di essere dimessi e del futuro, sentimento già ricorrente tra i giovani che vengono curati in un reparto di degenza di cure psichiatriche (Salamone-Violi et al., 2015; R Wallström et al., 2021). Allo stesso modo, anche i giovani intervistati nello studio di Gill (Gill et al., 2016a) hanno dichiarato di essere spaventati dallo "shock culturale" del ritornare alla propria vita: per tale motivo hanno espresso il bisogno di sostegno da parte della famiglia, degli amici e del team di salute mentale una volta dimessi dall'unità di degenza (Gill et al., 2016a).

Pertanto, il bisogno di una "pianificazione per il futuro" prima della dimissione, è risultato un fattore determinante per la positiva esperienza dei giovani.

DISCUSSIONE

La presente revisione della letteratura si poneva l'obiettivo di identificare quali fattori incidono sull'esperienza dell'adolescente che accede ai servizi sanitari per patologia acuta psichiatrica.

AMMINISTRATIVA														
Attività ricreative/ludiche	X									X			X	3
Presenza di una routine nelle attività		X	X					X						3
Continuità dell'assistenza		X						X						2
Flessibilità dei servizi/orari/attività			X	X	X	X					X		X	6
FAMILIARE														
Incontri programmati con le famiglie	X											X	X	3
Miglioramento delle relazioni familiari													X	1
COINVOLGIMENTO NELLA CURA														
Empowerment e coinvolgimento nel piano di cura	X		X	X	X	X		X				X		7
Informazioni pre ricovero e durante il ricovero	X			X	X	X		X	X	X		X		8
Pianificazione per il futuro		X	X			X		X	X			X	X	7
Controllo sui farmaci					X	X								2
Imparare a conoscere la malattia/disturbo				X						X	X			3

L'obiettivo della ricerca è in linea con la sempre più crescente tendenza a considerare e valorizzare il punto di vista dei pazienti, ritenuto uno degli elementi chiave nel ridisegno di servizi sanitari di qualità e come stimolo al miglioramento organizzativo in tutti i setting di cura (Cherif et al., 2020). Per questo la letteratura si sta sempre più focalizzando sugli studi che ne raccolgono la prospettiva da più punti di vista. Gli studi sugli adulti sono molteplici e offrono elementi essenziali per definire quali siano i determinanti di una buona esperienza (Graham et al., 2019; Gualandi et al., 2019; Park et al., 2020). Il mondo degli adolescenti è invece meno esplorato, sebbene sia ipotizzabile che il loro punto di vista possa essere completamente diverso da quello degli adulti. Con questa revisione si è voluto riempire questo gap analizzando gli studi pubblicati in letteratura che analizzavano i dati riportati dagli adolescenti con patologia psichiatrica rispetto alla soddisfazione e all'esperienza vissuta durante l'ospedalizzazione.

La presente ricerca ha confermato che i concetti di "soddisfazione" ed "esperienza" del paziente vengono spesso utilizzati come sinonimi: infatti, negli studi i dati raccolti tramite questionario sulla soddisfazione sono stati tradotti in risultati sull'esperienza. Tale sovrapposizione comporta la necessità di definire una maggiore chiarezza nella differenza tra i due concetti (Shale, 2013), al fine di produrre dati coerenti e utilizzabili per il miglioramento dei servizi sanitari in un'ottica paziente-centrica.

La maggior parte degli studi inclusi nella revisione è di tipo qualitativo: tale approccio risulta essere coerente con l'obiettivo delle ricerche, in quanto consente di studiare aspetti complessi dell'esperienza umana, incluse le credenze e le interpretazioni individuali degli eventi (Denny and Weckesser, 2019). Nello specifico, nella maggior parte degli studi sono stati utilizzati come strumento di indagine l'intervista ed il questionario. Tuttavia, spesso il questionario relativo alla soddisfazione rispetto ai servizi è stato declinato nella raccolta delle esperienze dei pazienti, a causa dell'indisponibilità di uno strumento specifico creato ad hoc per raccogliere il dato dell'esperienza. Si potrebbe dedurre che la difficoltà di sviluppare uno strumento specifico derivi dalla diversità dei sintomi delle patologie psichiatriche, che vanno dai disturbi del comportamento

e dell'apprendimento, alle psicosi, ai disturbi dell'alimentazione. Inoltre, è difficoltoso identificare i limiti d'età che definiscono l'adolescente e di conseguenza, generare item e domande comprensibili per una popolazione caratterizzata da una grande variabilità nell'età (Sawyer et al., 2018). Pertanto, sebbene in letteratura venga riportata la necessità di disporre di uno strumento specifico e omogeneo per la misurazione dell'esperienza al fine confrontare i dati e renderli generalizzabili e oggettivabili (Clavel et al., 2021; Thum et al., 2022), tale esigenza si scontra con gli svariati contesti in cui l'esperienza viene misurata e con la varietà delle patologie, in particolare quando viene considerata la popolazione degli adolescenti (Maiandi et al., 2022).

La relazione professionista-paziente è risultata essere fondamentale ed è alla base del successo delle cure ospedaliere: la fiducia e la riservatezza, la comprensione, il supporto e la disponibilità per l'ascolto, da parte del personale, sono componenti fondamentali della relazione di aiuto. Questo risultato trova ampio riscontro in letteratura in molte popolazioni di pazienti adulti (Khelifi, 2022). In riferimento agli adolescenti, una recente revisione della letteratura ha evidenziato come nei reparti di degenza per persone con disagio psichico l'identità professionale dell'infermiere si costruisca in un approccio assistenziale, al crocevia tra cura ed educazione. Questa costruzione identitaria sembra essere benefica per i pazienti poiché viene reinvestita nella relazione. Pertanto, l'esperienza degli adolescenti ricoverati sarebbe positivamente correlata ad una forte identità professionale degli infermieri.

Inoltre, dalla ricerca è emerso che l'esperienza dell'ospedalizzazione non viene necessariamente vissuta in maniera negativa. Infatti, molti giovani hanno descritto di aver sviluppato capacità di coping, fiducia in sé stessi, capacità di far fronte alle difficoltà, autoefficacia e resilienza. Tali cambiamenti emotivi e di sviluppo positivi sono legati alle forti relazioni interpersonali che si instaurano tra le persone presenti all'interno dello spazio in cui vivono, inclusi altri adolescenti. Pertanto è fondamentale che il personale ospedaliero si impegni ad instaurare una relazione di fiducia e a promuovere tali life skills. Questo risultato è supportato dalla letteratura esistente: il ricovero in ospedale può diventare un'esperienza positiva quando

gli infermieri di salute mentale impostano un ambiente terapeutico in cui gli adolescenti si sentano stabili e sicuri. Gli infermieri dovrebbero applicare un approccio centrato sulla persona in modo che gli adolescenti possano partecipare al processo decisionale durante il processo di trattamento ospedaliero (Shin and Ahn, 2023).

Un altro fondamentale fattore determinante è "l'approccio non giudicante" da parte del personale: purtroppo, lo stigma è ancora presente e radicato nella nostra cultura; pertanto, permettere ai giovani di potersi esprimere, confidare e di non sentirsi "sbagliati" è sicuramente un piccolo passo nella lotta a questa condanna sociale, che colpevolizza e nega la dignità di malattia, alle malattie mentali (1). La problematica dello stigma nella malattia psichiatrica è molto dibattuta in letteratura: dalla revisione sistematica di Clement et al. (Clement et al., 2015) emerge che lo stigma ha un effetto negativo da piccolo a moderato sulla ricerca di aiuto da parte di questa popolazione di pazienti. Inoltre, anche l'auto-stigmatizzazione può impattare negativamente sul processo di cura: la revisione di Kaushik et al. (Kaushik et al., 2016) riporta che l'auto-stigmatizzazione porta a tenere segreta la malattia e all'evitamento dei trattamenti. Pertanto, improntare la relazione di cura su un approccio non giudicante, sul confronto e sul dialogo può contribuire a migliorare gli esiti di salute di queste persone.

La revisione dimostra inoltre come i giovani abbiano bisogno di instaurare relazioni di fiducia con i coetanei che hanno vissuto problemi simili: il sostegno tra pari è una risorsa, forse non del tutto sfruttata, con un alto potenziale di soddisfazione nei servizi di salute mentale per adolescenti. Il dato non trova pieno riscontro nella letteratura riferita alla popolazione adulta: da uno studio che ha coinvolto 46 soggetti con malattia psichiatrica è emerso che la relazione tra pari non era correlata al numero di contatti con lo specialista. Sono state invece riscontrate solide associazioni tra la relazione tra pari e la soddisfazione del servizio, nonché su comportamenti orientati al recupero a 24 mesi, ma non a 12. La soddisfazione per l'ambiente e l'organizzazione dei servizi (dimensione ambientale ed amministrativa) è legata ai livelli di sicurezza che fornisce l'ambiente di ricovero. Tuttavia, si tratta di un confine sottile che non deve oltrepassare il rispetto per la privacy e la riservatezza della persona. Questo dato trova riscontro anche nella popolazione adulta: una revisione della letteratura condotta nel setting della psichiatria riporta che per garantire la sicurezza e la soddisfazione dei pazienti occorre promuoverne l'autonomia, la privacy, agire nel rispetto della persona e impostare una comunicazione terapeutica. Dalla nostra revisione è emerso che anche la presenza di routine aiuta a creare un ambiente prevedibile, purché non venga imposta rigidità negli orari e nelle attività ma, al contrario, una certa flessibilità e accondiscendenza nei confronti dei giovani.

Infine, rispetto alla dimensione del "coinvolgimento nella cura", i giovani pazienti hanno descritto la paura del rientro a casa: è fondamentale che il personale si impegni nella pianificazione della dimissione coinvolgendo attivamente nelle decisioni l'adolescente e la famiglia. Il rientro a casa può infatti essere un'opportunità di crescita personale e di consolidamento delle competenze che avevano appreso per far fronte alle loro difficoltà, dopo l'esperienza di essere stati "avvolti nell'ovatta" nell'unità (Gill et al., 2016a).

La ricerca ha inoltre evidenziato la necessità di ulteriori studi che indaghino la dimensione familiare e come il coinvolgimento dei genitori possa aiutare a descrivere in maniera più accurata l'esper-

ienza del paziente.

Questo studio presenta alcuni limiti che necessitano di essere discussi. Il primo limite è riscontrabile nell'esclusione di 16 articoli per i quali non vi è stata la possibilità di recuperare il full text, che avrebbero potuto fornire ulteriori risultati alla revisione. Nonostante l'accesso alle banche dati da parte degli autori, il reperimento di tali articoli è risultato impossibile; si trattava di lavori pubblicati oltre 10 anni prima della conduzione della ricerca: è possibile ipotizzare che i risultati riportati dagli studi fossero obsoleti.

Inoltre, nella revisione sono stati inclusi studi che presentano dimensioni ridotte del campione e criteri di inclusione ed esclusione restrittivi, l'utilizzo di questionari e interviste non standardizzati. I risultati degli studi risultano poi poco generalizzabili, in quanto l'esperienza del paziente è influenzata e riconducibile ai soli contesti di riferimento. Infine, in molti studi è stato riscontrato un alto livello di soggetti usciti dallo studio dopo l'arruolamento.

Sebbene i molteplici limiti, la presente revisione è la prima focalizzata sui fattori che incidono sull'esperienza degli adolescenti con patologia acuta psichiatrica. I risultati forniscono importanti indicazioni che possono essere applicate alla creazione di percorsi di assistenza indirizzati alla positiva esperienza dei pazienti, non solo per ridisegnare servizi tailorizzati sugli adolescenti, ma anche per formare i professionisti e per guidare i percorsi di cura. Le ricerche future devono focalizzarsi sull'indagine dell'esperienza vissuta dagli adolescenti implementando solidi disegni di studio che includano campioni numericamente adeguati e in contesti differenziati, così da consentire una migliore trasferibilità dei risultati.

CONCLUSIONE

La prospettiva di un adolescente nel vivere un percorso di cura è necessariamente diversa da quella di un adulto. Conoscere quale sia l'esperienza di un adolescente con disturbi psichiatrici è un elemento chiave per sia per migliorare gli outcome clinici, sia per migliorare la qualità dei servizi di salute mentale in un'ottica paziente-centrica. Tuttavia, gli studi in letteratura su questo ambito sono molto limitati e risentono della enorme variabilità di contesti, di patologie e di età dei soggetti che compongono l'assistenza psichiatrica in una particolare fase della vita.

È necessaria una migliore comprensione di ciò che vive un adolescente con patologia psichiatrica attraverso maggiori e più approfonditi studi che includano la costruzione di strumenti adeguati, la valutazione dell'esperienza vissuta, oltre alla soddisfazione, e la sperimentazione di interventi efficaci e condivisi per il miglioramento dell'esperienza dell'adolescente.

Questa revisione offre una traccia per sviluppare la ricerca tenendo conto delle diverse dimensioni che compongono la qualità dell'assistenza.

CONFLITTO DI INTERESSE

Nessuno degli autori ha conflitti di interesse da dichiarare

FONTI DI FINANZIAMENTO

La presente revisione non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento

CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Tutti gli autori hanno approvato la versione finale e concordano con l'ordine con cui gli autori sono elencati nel manoscritto

	TITOLO	AUTORE E ANNO	SETTING	OBIETTIVO	DISEGNO DI RICERCA	CAMPIONAMENTO	SAMPLE SIZE	STRUMENTO	RISULTATI	LIMITI
1	Does Space Matter? An Exploratory Study for a Child-Adolescent Mental Health Inpatient Unit	(Trzpcuc et al., 2016)	USA Progetto di ristrutturazione delle unità di salute mentale dell'ospedale	Indagare come l'ambiente ospedaliero e gli spazi influenzano il comportamento ed il benessere di pazienti, personale e famiglie.	Revisione della letteratura e studio esplorativo misto (qualitativo e quantitativo)	Propositivo (intenzionale)	Pazienti (n=188) con età tra i 5 e i 18 anni	Questionario PIS (composto da immagini)	La revisione della letteratura ha individuato le caratteristiche ottimali che dovrebbe avere l'ambiente di degenza. Dallo studio è emerso che la possibilità di scegliere e modificare l'ambiente, la musica, le luci colorate e soffuse, la stanza privata con scrivania, la piscina, il parco giochi all'aperto e le stanze di gruppo sono stati gli elementi maggiormente votati dai pazienti nel questionario. I risultati dimostrano che l'ambiente ha un'influenza positiva anche sulle famiglie, dimostrata dal suo carattere accogliente che aiuta a facilitare l'interazione con i pazienti.	Ridotte dimensioni del campione. Non sono state condotte interviste con i pazienti o i familiari.
2	I don't want to be here but I feel safe: Referral and admission to a child and adolescent psychiatric inpatient unit	(Salamone Violi et al., 2015)	Austria	indagare le esperienze di ricovero di giovani in un'unità di cure psichiatriche	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Pazienti (n=11) con età tra i 15 e i 17 anni	Intervista (semi strutturata a risposta aperta)	I giovani hanno descritto il legame con il personale o con gli altri pazienti come un elemento cruciale della loro esperienza. Oltre all'importanza di essere coinvolti nel processo decisionale. La capacità del personale infermieristico di identificare e soddisfare le esigenze individuali dei giovani nella loro cura ha facilitato i sentimenti di sicurezza, protezione e accettazione e ha contribuito al desiderio del giovane di rimanere impegnato nel trattamento post-dimissione. Il ricovero può essere un luogo di sicurezza, assistenza terapia e miglioramento della salute mentale ma può anche essere un ambiente ristretto in cui i giovani sono limitati nell'esprimersi e nelle attività.	Campione di dimensioni ridotte. L'inclusione di individui più giovani o ricoverati con una malattia mentale più grave avrebbero potuto fornire una prospettiva diversa.
3	'Don't abandon me': Young people's experiences of child and adolescent psychiatric inpatient care supporting recovery described in blogs	(R Wallström et al 2021)	Svezia	Esaminare le esperienze vissute dai giovani ricoverati in unità psichiatriche	Studio qualitativo descrittivo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti con età tra i 12 e 18 anni	Blog personali (n=27)	I rapporti e i legami instaurati durante il ricovero con il personale giocano un ruolo importante nel sostenere od ostacolare il recupero dei giovani. È stata evidenziata l'importanza di una partecipazione attiva del giovane nel processo di cura, in particolare modo quando si tratta di pianificare la dimissione. La fiducia, la confidenzialità e il rapporto di sostegno sono componenti fondamentali nella relazione, così come l'ascolto che rende possibile l'espressione dei bisogni da parte dei giovani.	Maggior parte dei blog sono di donne con esperienze di ricovero per disturbi alimentari. L'uso dei blog limita lo studio a chi ha un accesso limitato alla tecnologia, a chi ha capacità limitate di espressione e a chi ha un'alfabetizzazione digitale limitata.
4	The experience of adolescent inpatient care and the anticipated transition to the community: Young people's perspectives	(Gill et al., 2016)	Londra	Esaminare le esperienze degli adolescenti sul ricovero ospedaliero e indagare i fattori che hanno facilitato ad ostacolo	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti ricoverati 8N=12 dai 14 ai 17 anni	Intervista semistrutturata	È emersa l'importanza che i giovani si sentano compresi dagli altri e i vantaggi e gli svantaggi del fatto che l'ambiente di ricovero sia separato e diverso dalla vita fuori dalla struttura. I giovani hanno inoltre descritto l'importanza di sviluppare una maggiore fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità: l'assistenza ospedaliera è in grado di favorire le strategie di coping individuali permettendo lo sviluppo di comportamenti futuri positivi. I risultati dello studio attuale suggeriscono che l'ambiente ospedaliero ha il potenziale per offrire ai giovani alcuni fattori psicologici fondamentali per lo sviluppo emotivo adattivo.	Campione ridotto e prevalentemente femminile.
5	Adolescents' Perspectives About Brief Psychiatric Hospitalization What is Helpful and What is Not?	(Moses, 2011)	USA	indagare gli aspetti positivi negativi del primo trattamento psichiatrico in ricovero	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	80 pazienti (età 13-18)	Intervista semistrutturate (dopo la dimissione)	L'interazione interpersonale con i coetanei e il personale, gli interventi terapeutici, la psicoeducazione e la presenza di un ambiente sicuro e strutturato sono stati percepiti come utili. Altre esperienze sono state percepite come non utili o dannose tra cui l'ambiente restrittivo e regolato, il personale che si comporta in modo irrispettoso e il fatto che i giovani non siano stati informati o coinvolti nelle decisioni relative al trattamento.	Campione non rappresentativo, sono state analizzate nello studio solo alcune domande delle interviste.

6	Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature	(Biering, 2010)	Islanda	Rivedere crutucamente e sintetizzare i risultati della ricerca sulla esperienza e la soddisfazione dei giovani nei confronti dell'assistenza psichiatrica.	Revisione critica della letteratura (dal 1994 al 2007) Banche dati: Pubmed, Medline e Psycinfo	studi (n=24) qualitativi e quantitativi		Il concetto di soddisfazione del paziente nei bambini e negli adolescenti in psichiatria è ancora poco sviluppato e ci sono pochi strumenti validi per misurarlo. La maggior parte degli studi individuati si è concentrata sulla soddisfazione dei giovani per le cure psichiatriche ambulatoriali. Gli studi presenti in letteratura indicano che la soddisfazione ha tre componenti universali: soddisfazione per l'ambiente e l'organizzazione dei servizi, relazione utente-caregiver, esito del trattamento. Non sono stati trovati studi sul modo in cui bambini di età inferiore ai 13 anni abbiano vissuto l'assistenza psichiatrica.		
7	The lived experience of adolescent user of mental health services in Vienna, Austria: A qualitative study of personal recovery.	(Reavey et al., 2017)	Regno Unito	Indagare le esperienze degli adolescenti psichiatrici nel reparto di degenza	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti (n=20)	interviste semi strutturate (con materiale visivo)	I giovani hanno descritto l'assistenza ospedaliera come una struttura prevalentemente di contenimento piuttosto che di trattamento incentrata sul monitoraggio e sul controllo del comportamento. La costruzione di legami e di fiducia e l'apprendimento di come gestire le emozioni sono stati percepiti come elementi cruciali dell'assistenza ospedaliera che a volte sono mancati.	Non sono stati trattati e analizzati tutti i temi emersi dalle interviste
8	The lived experience of adolescent user of mental health services in Vienna, Austria: A qualitative study of personal recovery.	(Schneidtinger and Haslinger Baumann, 2019)	Austria	Esplorare il modo in cui gli adolescenti hanno vissuto il ricovero in ospedale psichiatrico	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti (n=9)	intervista	I giovani hanno descritto sentimenti ambivalenti nei confronti dell'assistenza ospedaliera. La struttura e le regole del reparto potevano essere percepite come un sollievo o come una costrizione; allo stesso modo i coetanei potevano essere visti come un'importante fonte di comunità e sostegno o come una cattiva influenza. La presenza costante della disponibilità del personale forniva un senso di sicurezza, ma assistere a emergenze psichiatriche che coinvolgevano i coetanei era estremamente stressante. Ricevere visite e sostegno dalla famiglia durante il soggiorno è stato considerato importante. Le terapie di supporto sono state considerate utili così come l'apprendimento di strategie di coping.	Dimensione del campione, selezione dei partecipanti, il ricovero è volontario
9	Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit	(Marriage et al., 2001)	Canada	Indagare i fattori che influenzano la soddisfazione dei pazienti, genitori e medici di riferimento che hanno usufruito dei servizi di un'unità psichiatrica per adolescenti	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti e famiglia (n=72)	Questionario: all'ammissione per descrivere 3 problemi presenti, alla dimissione per valutare la soddisfazione	La maggior parte dei pazienti (83%) è migliorata durante il ricovero secondo il parere medico. La soddisfazione complessiva degli adolescenti è associata alle condizioni di vita, al medico e agli infermieri. Non è stata trovata alcuna correlazione tra soddisfazione e durata della degenza. A quattro mesi dalla dimissione il 35% dei pazienti ha giudicato utili le informazioni e la pianificazione fatta per la dimissione, ha apprezzato l'aiuto e la presenza del personale medico e infermieristico. Negativamente sono stati considerati i seguenti aspetti: rigidità negli orari, le regole del reparto, il non rispetto della privacy, la sfiducia nel personale.	Questionario le cui proprietà psicometriche non sono state esplorate
10	Adolescents with mental health problems: what do they say about health services?	(Buston, 2002)	Gran Bretagna	Indagare le esperienze ed i punti di vista degli adolescenti psichiatrici ricoverati	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti (n=32) età compresa tra i 12 e 20 anni	Intervista semi strutturata	Le interviste hanno raccolto 61 commenti positivi sull'esperienza di ricovero e 104 sono stati codificati come negativi. Il rapporto con il personale è stata l'area di cui ha parlato la maggior parte dei giovani e sulla quale si sono espressi positivamente. 35 commenti sono stati raccolti sotto la voce "trattamento, 17 sotto la voce "sistema", 31 sotto la voce "ospedale".	Campione non rappresentativo. Durata variabile delle interviste.
11	Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital.	(Kaplan et al., 2001)	New York	Esaminare la soddisfazione degli adolescenti e dei loro genitori in un ospedale psichiatrico in relazione con il miglioramento del problema che ha portato al ricovero	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Bambini e adolescenti (n=157)	Questionario	La maggior parte dei genitori e degli adolescenti ha riferito un'elevata soddisfazione per l'assistenza. La percezione del miglioramento clinico dei partecipanti era solo debolmente correlata alla loro soddisfazione.	
12	Customer satisfaction in adolescent psychiatry	(Roots et al., 2009)	Inghilterra	Fornire una misura del grado di soddisfazione nella valutazione psichiatrica iniziale	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	100 adolescenti (età 10-19 anni)	Questionario	Nello studio vengono messe in luce le ragioni delle difficoltà teoriche e metodologiche della soddisfazione del paziente psichiatrico adolescente. L'indagine su 100 soggetti ha dato luogo a una risposta del 57%. In molti casi i genitori e i figli non sono d'accordo sulla natura dei loro problemi e su ciò che vogliono dal servizio per adolescenti. In generale sono risultati più insoddisfatti gli adolescenti.	

13	Young people's views of UK mental health services.	(Plaiستow et al., 2014)	Regno Unito	Indagare le opinioni dei giovani nei confronti dei servizi di salute mentale	Revisione sistematica della letteratura		Sono stati inclusi 31 studi (qualitativi e quantitativi)		Sono stati identificati 31 studi che hanno raccolto le opinioni di 13.605 giovani qui 625 giovani che hanno avuto esperienza di servizi di salute mentale. È stata fatta un'analisi tematica dei risultati. Le opinioni positive emerse riguardano la qualità degli operatori e l'incoraggiamento all'autosufficienza. Le opinioni negative riguardano lo stigma la mancanza di informazioni, la medicalizzazione dei loro problemi e la mancanza di continuità delle cure.	Inclusione di un gran numero di studi che forniscono prove di bassa qualità
14	Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective..	(Zugai et al., 2013)	Australia	Indagare la prospettiva degli adolescenti con anoressia nervosa sull'esperienza di ricovero	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti (n=8) che soffrono di anoressia nervosa	Intervista semi-strutturata	I risultati dello studio sono stati interpretati con un'analisi tematica: sono stati individuati 3 temi principali ovvero garantire l'aumento di peso, mantenere un ambiente terapeutico, garantire la salute e la relazione di cura. Gli infermieri sono stati considerati molto influenti sull'esperienza di degenza.	Dimensione ridotta del campione e reclutamento dei partecipanti. L'intervista è stata condotta nel momento in cui i partecipanti hanno accettato di partecipare per cui non hanno avuto tempo per riflettere sulle loro risposte.
15	Patients' and their parents' satisfaction levels about the treatment in a child and adolescent mental health inpatient unit.	(Tas et al., 2010)	Turchia	Esaminare la soddisfazione per l'esperienza di ricovero di adolescenti psichiatrici e le loro famiglie	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti (n=46) tra 11 e 18 anni	Questionario	Il livello di soddisfazione dei giovani e delle loro famiglie in merito al servizio offerto ricevuto durante la permanenza nell'unità è stato elevato. I risultati dei questionari mostrano che la disponibilità del personale e il processo di ammissione hanno ottenuto i punteggi più alti di soddisfazione.	Dimensione del campione, non è stato esaminato lo stato psichiatrico al momento della compilazione dei questionari.
16	User satisfaction with services in a randomised controlled trial of adolescent anorexia nervosa.	(Roots et al., 2009)	Regno Unito	Valutare la soddisfazione di pazienti adolescenti con anoressia nervosa, e dei loro genitori, rispetto al trattamento ospedaliero e ambulatoriale	Studio randomizzato controllato	Casuale randomizzato	Adolescenti (n=215)	Questionario e focus group	Il trattamento ospedaliero ha mostrato livelli intermedi di soddisfazione. È stata apprezzata la relazione con il personale bastata sull'ascolto e la comprensione. L'influenza degli altri giovani nelle unità di degenza è stata oggetto di pareri contrastanti. I giovani apprezzano gli incontri terapeutici con la famiglia ma non ne sono entusiasti come i genitori.	
17	The concept of patient satisfaction in adolescent psychiatric care: A qualitative study.	(Biering, 2010)	Islanda	Esplorare la percezione degli adolescenti sulla qualità delle cure e dei risultati del trattamento	Studio qualitativo	Propositivo (intenzionale)	Adolescenti (n=14) età 14-17 anni	Intervista	Sono stati individuati diversi concetti che descrivono la prospettiva degli adolescenti sulla qualità dell'assistenza: luogo sicuro, amore, solidarietà tra pari, espressione di sé e persona non paziente. I concetti che descrivono risultati di trattamento soddisfacenti rientrano in quattro categorie: miglioramento della salute mentale, sviluppo personale, rafforzamento del sé e miglioramento delle relazioni familiari.	Dimensione ridotta del campione. Campione estratto solo da un unico ospedale

BIBLIOGRAFIA

- Alleva, G., 2017. La salute mentale in Italia: cosa ci dicono i dati dell'Istat, in: XXI Congresso Nazionale Della Società Italiana Di Psicopatologia, Roma.
- Biering, P., 2010. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 17, 65–72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x>
- Biering, P., Jensen, V.H., 2017. The concept of patient satisfaction in adolescent psychiatric care: A qualitative study. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs. Off. Publ. Assoc. Child Adolesc. Psychiatr. Nurses Inc* 30, 162–169. <https://doi.org/10.1111/jcap.12189>
- Bradbury, A., 2020. Mental Health Stigma: The Impact of Age and Gender on Attitudes. *Community Ment. Health J.* 56, 933–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00559-x>
- Buston, K., 2002. Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *J. Adolesc.* 25, 231–242. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0463>
- Cherif, E., Martin-Verdier, E., Rochette, C., 2020. Investigating the healthcare pathway through patients' experience and profiles: implications for breast cancer healthcare providers. *BMC Health Serv. Res.* 20, 735. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05569-9>
- Clavel, N., Paquette, J., Dumez, V., Del Grande, C., Ghadiri, D.P.S., Pomey, M.-P., Normandin, L., 2021. Patient engagement in care: A scoping review of recently validated tools assessing patients' and healthcare professionals' preferences and experience. *Health Expect. Int. J. Public Particip. Health Care Health Policy* 24, 1924–1935. <https://doi.org/10.1111/hex.13344>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J.S.L., Thornicroft, G., 2015. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol. Med.* 45, 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Dagger, T.S., Sweeney, J.C., Johnson, L.W., 2007. A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *J. Serv. Res.* 10, 123–142. <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>
- Denny, E., Weckesser, A., 2019. Qualitative research: what it is and what it is not: Study design: qualitative research. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 126, 369. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15198>
- Frigerio, A., Vanzin, L., Pastore, V., Nobile, M., Giorda, R., Marino, C., Molteni, M., Rucci, P., Ammaniti, M., Lucarelli, L., Lenti, C., Walder, M., Martinuzzi, A., Carlet, O., Muratori, F., Milone, A., Zuddas, A., Cavolina, P., Nardocci, F., Tullini, A., Morosini, P., Polidori, G., De Girolamo, G., 2006. The Italian preadolescent mental health project (PrISMA): rationale and methods. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 15, 22–35. <https://doi.org/10.1002/mpr.25>
- Gill, F., Butler, S., Pistrang, N., 2016a. The experience of adolescent inpatient

- care and the anticipated transition to the community: Young people's perspectives. *J. Adolesc.* 46, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.10.025>
- Gill, F., Butler, S., Pistrang, N., 2016b. The experience of adolescent inpatient care and the anticipated transition to the community: Young people's perspectives. *J. Adolesc.* 46, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.10.025>
 - Gowers, S., Kushlick, A., 1992. Customer satisfaction in adolescent psychiatry. *J Ment Health* 1, 353–361.
 - Graham, B., Endacott, R., Smith, J.E., Latour, J.M., 2019. "They do not care how much you know until they know how much you care": a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg. Med. J. EMJ* 36, 355–363. <https://doi.org/10.1136/emermed-2018-208156>
 - Gualandi, R., Masella, C., Viglione, D., Tartaglini, D., 2019. Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? *PLoS One* 14, e0224899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224899>
 - Gustavsson, S., Gremyr, I., Kenne Sarenmalm, E., 2016. Designing quality of care—contributions from parents: Parents' experiences of care processes in paediatric care and their contribution to improvements of the care process in collaboration with healthcare professionals. *J. Clin. Nurs.* 25, 742–751. <https://doi.org/10.1111/jocn.13050>
 - Hutchison, L., Clark, M., Gnerre, C., Rollhaus, E., Eisenberg, R., Mowrey, W., 2020. Child and Adolescent Psychiatry Trainees' Attitudes Toward Prescribing and Managing Psychotropic Medications. *Acad. Psychiatry J. Am. Assoc. Dir. Psychiatr. Resid. Train. Assoc. Acad. Psychiatry* 44, 277–282. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01177-w>
 - Isaac, T., Zaslavsky, A.M., Cleary, P.D., Landon, B.E., 2010. The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital Quality and Safety. *Health Serv. Res.* 45, 1024–1040. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01122.x>
 - Istituto Superiore di Sanità, 2019. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. *Gli Stili Vita Degli Adolesc.* Ital. Princ. Risult. 2018 Sist. Sorveglianza HBSC 32, 3–6.
 - Jha, A.K., Orav, E.J., Zheng, J., Epstein, A.M., 2008. Patients' Perception of Hospital Care in the United States. *N. Engl. J. Med.* 359, 1921–1931. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0804116>
 - Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J., Kang, G., 2001. Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatr. Serv. Wash. DC* 52, 202–206. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.2.202>
 - Kaushik, A., Kostaki, E., Kyriakopoulos, M., 2016. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res.* 243, 469–494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>
 - Khelifi, L., 2022. [Professional identity and care practice in adolescent psychiatry]. *Rev. Infirm.* 71, 47–49. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2021.12.013>
 - Liu, Y., Malin, J.L., Diamant, A.L., Thind, A., Maly, R.C., 2013. Adherence to adjuvant hormone therapy in low-income women with breast cancer: the role of provider–patient communication. *Breast Cancer Res. Treat.* 137, 829–836. <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2387-8>
 - Maiandi, S., Gualandi, R., Benedictis, A.D., Gulotta, N., Tartaglini, D., 2022. Fattori determinanti per l'esperienza dell'adolescente durante il ricovero: revisione della letteratura. *Ital. J. Nurs. IJN* 36–41.
 - Marriage, K., Petrie, J., Worling, D., 2001. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 46, 969–975. <https://doi.org/10.1177/070674370104601011>
 - Merikangas, K.R., He, J.-P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J., 2010. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 49, 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
 - Moses, T., 2011. Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: what is helpful and what is not? *Psychiatr. Q.* 82, 121–37. <https://doi.org/10.1007/s11126-010-9151-1>
 - Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 - Park, S., Xu, J., Smith, F.S., Otani, K., 2020. What Factors Affect Patient Perceptions on Their Hospital Experience? *Hosp. Top.* 98, 127–134. <https://doi.org/10.1080/00185868.2020.1796554>
 - Pittsenbarger, Z.E., Mannix, R., 2014. Trends in pediatric visits to the emergency department for psychiatric illnesses. *Acad. Emerg. Med. Off. J. Soc. Acad. Emerg. Med.* 21, 25–30. <https://doi.org/10.1111/acem.12282>
 - Plaistow, J., Masson, K., Koch, D., Wilson, J., Stark, R.M., Jones, P.B., Lennox, B.R., 2014. Young people's views of UK mental health services. *Early Interv. Psychiatry* 8, 12–23. <https://doi.org/10.1111/eip.12060>
 - Reavey, P., Poole, J., Corrigan, R., Zundel, T., Byford, S., Sarhane, M., Taylor, E., Ivens, J., Ougrin, D., 2017. The ward as emotional ecology: Adolescent experiences of managing mental health and distress in psychiatric inpatient settings. *Health Place* 46, 210–218. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.05.008>
 - Remschmidt, H., 2013. Mental health and psychological illness in adolescence. *Dtsch. Arzteblatt Int.* 110, 423–424. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0423>
 - Roots, P., Rowlands, L., Gowers, S.G., 2009. User satisfaction with services in a randomised controlled trial of adolescent anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev. J. Eat. Disord. Assoc.* 17, 331–337. <https://doi.org/10.1002/erv.944>
 - Salamone-Violi, G.M.L., Chur-Hansen, A., Winefield, H.R., 2015. "I don't want to be here but I feel safe": Referral and admission to a child and adolescent psychiatric inpatient unit: The young person's perspective. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 24, 569–576. <https://doi.org/10.1111/inm.12163>
 - Sawyer, S.M., Azzopardi, P.S., Wickremarathne, D., Patton, G.C., 2018. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc. Health* 2, 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
 - Schneideringer, C., Haslinger-Baumann, E., 2019. The lived experience of adolescent users of mental health services in Vienna, Austria: A qualitative study of personal recovery. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs. Off. Publ. Assoc. Child Adolesc. Psychiatr. Nurses Inc* 32, 112–121. <https://doi.org/10.1111/jcap.12245>
 - Shale, S., 2013. Patient experience as an indicator of clinical quality in emergency care. *Clin. Gov. Int. J.* 18, 285–292. <https://doi.org/10.1108/CGIJ-03-2012-0008>
 - Shin, S., Ahn, S., 2023. Experience of adolescents in mental health inpatient units: A metasynthesis of qualitative evidence. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 30, 8–20. <https://doi.org/10.1111/jpm.12836>
 - Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J.W., Patel, V., Silove, D., 2014. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int. J. Epidemiol.* 43, 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
 - Tas, F.V., Guvenir, T., Cevrim, E., 2010. Patients' and their parents' satisfaction levels about the treatment in a child and adolescent mental health inpatient unit. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 17, 769–774. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01612.x>
 - Telesia, L., Kaushik, A., Kyriakopoulos, M., 2020. The role of stigma in children and adolescents with mental health difficulties. *Curr. Opin. Psychiatry* 33, 571–576. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000644>
 - Thum, A., Ackermann, L., Edger, M.B., Riggio, J., 2022. Improving the Discharge Experience of Hospital Patients Through Standard Tools and Methods of Education. *J. Healthc. Qual. Off. Publ. Natl. Assoc. Healthc. Qual.* 44, 113–121. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000325>
 - Trzpuć, S.J., Wendt, K.A., Heitzman, S.C., Skemp, S., Thomas, D., Dahl, R., 2016. Does Space Matter? An Exploratory Study for a Child-Adolescent Mental Health Inpatient Unit. *HERD* 10, 23–44. <https://doi.org/10.1177/1937586716634017>
 - Wallström, Rebecca, Lindgren, E., Gabrielsson, S., 2021. "Don't abandon me": Young people's experiences of child and adolescent psychiatric inpatient care supporting recovery described in blogs. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 30, 117–125. <https://doi.org/10.1111/inm.12787>
 - Wallström, R., Lindgren, E., Gabrielsson, S., 2021. 'Don't abandon me': Young people's experiences of child and adolescent psychiatric inpatient care supporting recovery described in blogs. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 30, 117–125. <https://doi.org/10.1111/inm.12787>
 - Wolf, J. a., Niederhauser, V., Marshburn, D., Lavela, S.L., 2014. Defining patient experience. *Patient Exp. J.* 1, 7–19. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>
 - Zugai, J., Stein-Parbury, J., Roche, M., 2013. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *J. Clin. Nurs.* 22, 2020–2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

Gabriele Lillo

Infermiere libero professionista,
Milano, Italia

Silvano Gabriele Cella

Professore associato,
Dipartimento di Scienze
Cliniche e di Comunità,
Università degli Studi di Milano,
20136 Milano, Italia

Roberto Milos

Professore a contratto,
Università degli Studi di
Milano, Direzione Aziendale
delle Professioni Sanitarie,
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico,
20122 Milano, Italia

roberto.milos@policlinico.mi.it

La farmacovigilanza: survey fra il personale infermieristico di un ospedale italiano durante pandemia

Pharmacovigilance: survey among the nursing staff of an italian hospital during the pandemic

ABSTRACT

Introduzione. Durante la pandemia da SARS-Cov-2, un ampio numero di farmaci è stato utilizzato in modalità off-label verso pazienti COVID-19 e il reporting della Farmacovigilanza è stato fondamentale per accertarne la loro sicurezza. **Obiettivi.** Analizzare l'atteggiamento nei confronti della Farmacovigilanza, con particolare riguardo ai farmaci anti-COVID-19, da parte del personale infermieristico di un ospedale universitario di Milano.

Metodi. Un questionario creato ad hoc per indagare il livello di partecipazione, esplorare la conoscenza della Farmacovigilanza e le caratteristiche demografiche dei partecipanti. STROBE è stato utilizzato come lista di controllo per la segnalazione di questa ricerca. **Risultati.** Il 92,5% dei partecipanti ha affermato che non è dovere di tutti gli operatori sanitari segnalare ADR/effetti collaterali. L'83,78% degli infermieri che hanno assistito direttamente pazienti COVID ha mostrato di essere a conoscenza dell'esistenza di linee guida interne all'ospedale per l'uso di farmaci anti-COVID-19. Il 40% di coloro che hanno somministrato terapia anti-COVID-19 ha riportato la presenza di effetti collaterali. Infine, il 96,67% dei partecipanti ha affermato che sarebbero necessarie sessioni di formazione più frequenti sui farmaci e il 90,51% esprime la necessità di una formazione specifica sui nuovi farmaci e sulla loro sicurezza. **Conclusioni.** I partecipanti hanno mostrato competenze inesplorate in Farmacovigilanza ma anche un desiderio di formazione sui farmaci e le risposte suggeriscono una specifica necessità di formazione nel campo della Farmacovigilanza.

Background. During the current SARS-Cov-2 pandemic, a large number of drugs was used in off-label way in patients with COVID-19 and Pharmacovigilance reporting was important to ascertain their safety. **Objectives.** to analyse the attitude towards Pharmacovigilance, with particular regard to anti-COVID-19 drugs, by



the nursing staff of a teaching hospital in Milan. **Design.** Descriptive observational study – prevalence at the Foundation IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico in Milan. **Methods.** A questionnaire created ad hoc to investigate level of participation, knowledge about Pharmacovigilance and demographical features of participants. STROBE was used as checklist reporting of this research. **Results.** 92.5% of participants said it is not duty of all healthcare professionals to report ADR/side effects. 83.78% of nurses who provided effective care to COVID patients demonstrated that they were aware of the existence of internal hospital guidelines for the use of anti-COVID-19 drugs. 40% of those who administered anti-COVID-19 therapy reported the presence of side effects. Finally, 96.67% of participants said that more frequent training sessions on drugs would be needed and 90.51% express the need for specific training on new drugs and their safety. **Conclusions.** Participants showed unexplored skills in Pharmacovigilance but also a desire for drug training and responses revealed and a specific need for training in the field of Pharmacovigilance.

Parole – chiave/ keywords (NLM)

"FARMACOVIGILANZA", "MONITORAGGIO FARMACI", "EFFETTI COLLATERALI E REAZIONI AVVERSE", "INFERMIERE/I", "COVID-19" "PHARMACOVIGILANCE", "DRUG MONITORING", "DRUG RELATED SIDE EFFECTS AND ADVERSE REACTIONS", "NURSES", "COVID-19"

INTRODUZIONE

A partire dall'11 marzo 2020, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'inizio della pandemia di Sars-CoV-2, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha segnalato un imprevisto aumento dell'uso off-label di molti farmaci per il trattamento di questa nuova malattia. Poiché la frequenza e il tipo delle loro reazioni avverse (ADR) nei pazienti COVID-19 erano sconosciuti, il ruolo della Farmacovigilanza nell'identificarle è diventato estremamente rilevante.

In Italia, la Farmacovigilanza è definita "l'insieme delle attività volte a identificare, valutare, comprendere e prevenire gli effetti avversi o qualsiasi altro problema correlato all'uso dei farmaci, al fine di assicurare un favorevole rapporto beneficio/rischio per la popolazione", secondo la l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Diversi decreti governativi (D.M. 14 settembre 1994, n. 739; D.L. 8 aprile 2003, n. 95), in accordo con la letteratura scientifica internazionale (Aschenbrenner et al., 2002), stabiliscono che gli infermieri devono cooperare nel monitoraggio della sicurezza dei farmaci terapie. Inoltre, il modulo di segnalazione di ADR, il principale strumento a loro disposizione, è recentemente cambiato: dal 30 giugno 2022, infatti, il sistema nazionale di segnalazione "Vigifarmaco" è passato a "EudraVigilance System", una modalità di segnalazione internazionale obbligatoria per tutti i paesi europei per inviare e ricevere report. Tuttavia, è da segnalare che gli studi sull'effettiva partecipazione degli infermieri alla Farmacovigilanza sono molto scarsi e che contengono 2 principali aspetti controversi.

In primo luogo, il grado di incentivo degli infermieri a produrre report: infatti, una ricerca condotta in Polonia ha rilevato che secondo la maggioranza degli infermieri inclusi nello studio (58,2%) non esiste un sistema di incentivi, o che gli infermieri non sono direttamente incoraggiati a produrre report sulle ADR (Zimmermann et al., 2020); anche da un altro studio effettuato negli Emirati Arabi emerge la necessità di incoraggiamento nel report (John et al., 2012). Tuttavia, è interessante notare che, secondo uno studio condotto in Portogallo attraverso l'uso di un questionario, questa esigenza è negata dai partecipanti (Mendes Marques et al., 2016). D'altra parte, il livello di consapevolezza da parte del personale infermieristico circa l'obbligo di segnalazione delle ADR cambia a seconda del setting in cui si svolgono gli studi; nel contesto polacco il livello è basso (Zimmermann et al., 2020); nel contesto portoghese è alto (Mendes Marques et al., 2016); nel contesto di un ospedale universitario negli Emirati Arabi Uniti il livello di consapevolezza è intermedio (John et al., 2012).

Per questo motivo non sono disponibili informazioni attendibili sul loro effettivo contributo nel monitoraggio delle terapie farmacologiche.

OBIETTIVI

Lo studio è stato finalizzato ad indagare la disponibilità a partecipare all'attività di Farmacovigilanza (con particolare riguardo ai farmaci anti-COVID-19) da parte del personale infermieristico di uno dei più importanti ospedali generalisti di Milano. In aggiunta, questo uno degli ultimi studi condotti prima del cambio di sistema di segnalazione in Italia dal sistema nazionale VigiFarmaco a quello europeo EudraVigilance.

La ricerca è stata quindi condotta attraverso un questionario che ha indagato la conoscenza dei principi base della Farmacovigilan-

za, la frequenza delle segnalazioni spontanee di ADR durante la pandemia e le esigenze formative ritenute necessarie dai partecipanti allo studio.

METODI

Tutti gli infermieri del Policlinico Universitario di Milano hanno ricevuto da compilare un questionario di 32 domande suddiviso in varie sezioni tematiche: le caratteristiche demografico-professionali, conoscenza e applicazione della Farmacovigilanza Generale, conoscenza e applicazione della Farmacovigilanza sui farmaci anti-COVID-19 e sensibilità al tema della Farmacovigilanza. Il livello di soddisfazione del questionario è stato indagato solo nella fase di Test (con esito positivo e riportato in Appendice). Tramite i dati raccolti è stata inoltre indagata la correlazione tra il grado di adesione allo studio e alcuni fattori demografici, quali sesso, età, qualifica massima, anzianità di servizio, area di cura e precedenti esperienze lavorative nei reparti COVID.

Il disegno dello studio è stato osservazionale cross-sectional, descrittivo di prevalenza. La checklist STROBE per la ricerca osservazionale è presente come file di supporto.

Per condurre l'indagine è stata ottenuta l'autorizzazione della Direzione Generale dell'ospedale.

È stata effettuata una prima somministrazione del questionario in formato cartaceo ai fini del Testing e poi la somministrazione finale in formato online con Google Forms. È stata invece verificata, in data 21/06/21, l'esistenza di linee guida in Fondazione per l'utilizzo dei farmaci anti-COVID-19.

Per questo studio è stato utilizzato un campionamento di convenienza, arruolando infermieri della Fondazione IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, in particolare: 1 maschio e 1 femmina da ciascuna delle 7 Aree di Assistenza per la Prova del Questionario. Un totale di 934 infermieri su un totale di 1091 dell'ospedale osservato sono stati arruolati per la somministrazione definitiva. I criteri di inclusione del campione per la somministrazione del questionario già sperimentato sono stati quelli di coinvolgimento del personale infermieristico che somministrava la terapia farmacologica nella propria pratica clinica e che erano disponibili secondo i responsabili infermieristici delle 7 Aree di Cura. Il criterio di esclusione, invece, è stato quello di non includere il personale infermieristico delle strutture non fisicamente ubicate presso la sede della Fondazione, in quanto suscettibili di eventuale mobilità durante la somministrazione del questionario stesso.

ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica è avvenuta utilizzando un software per valutare nello specifico la significatività statistica delle percentuali di adesione al questionario e delle percentuali di risposta alle domande, in riferimento alla somministrazione del questionario già testato.

RISULTATI

Nella fase di somministrazione del questionario testato, vi è stata una partecipazione di 120 soggetti, pari al 12,85% della popolazione.

Informazioni demografiche e professionali

In questa sezione è emerso che la maggioranza degli intervistati è di sesso femminile (77,5%), con un'età media di 37,18 anni, con una laurea triennale come grado più alto di formazione (77,5%),

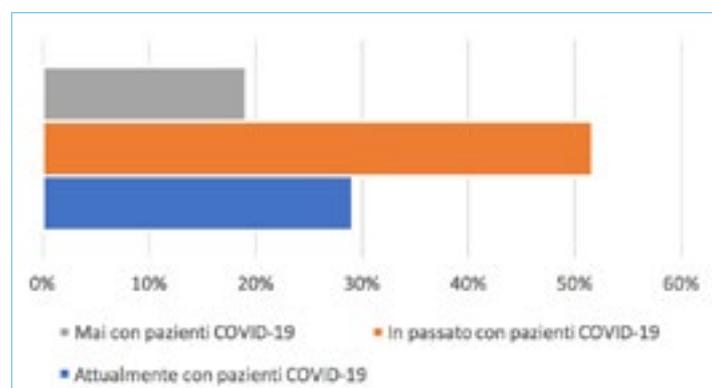
con una vita di servizio compresa tra 1 e 10 anni (57,5%) e appartenenti all'Area Medicina (33,33%). Inoltre, il 30,84% degli intervistati ha affermato di prendersi effettivamente cura dei pazienti COVID (Tabella 1).

Tabella 1. – Informazioni demografiche e professionali

Domanda	Principali valori
Genere	Femmina - 77,5% / Maschio - 22,5%
Età media	37,18 anni
Massimo titolo di studio	Diploma scuola infermieri - 0,83% Diploma Universitario equipollente a Laurea Triennale - 21,67% Laurea triennale - 59,17% Master - 18,33%
Anni di servizio	1-10 anni - 57,5% 11-40 anni - 42,5%
Area di assistenza (Domanda 5)	Con pazienti COVID-19 - 9,17% Medicina - 33,33% Chirurgia - 10% Area critica - 18,33% Area materno-infantile - 18,33% Servizi: Day Hospital e ambulatorio - 10,84%

Occorre notare che esiste una discrepanza tra il numero di infermieri che dichiarano di appartenere ad aree con pazienti COVID di cui alla domanda 5 del Questionario e gli infermieri che segnalano la presenza di pazienti COVID nel proprio reparto di cui alla domanda 6 (Figura 1). Questo contrasto è spiegabile perché in alcuni reparti della Fondazione la patologia più grave trattata non era il COVID-19, sebbene ci siano stati pazienti isolati con COVID-19, come il Pronto Soccorso. Per quest'ultimo motivo, ai fini della discussione e dell'interpretazione degli esiti di questa domanda e delle successive, si è quindi ritenuto di fare riferimento alla suddivisione in ambiti assistenziali forniti dagli intervistati di cui alla domanda 5, qualora non vi sia una specifica domanda sulla terapia anti-COVID-19.

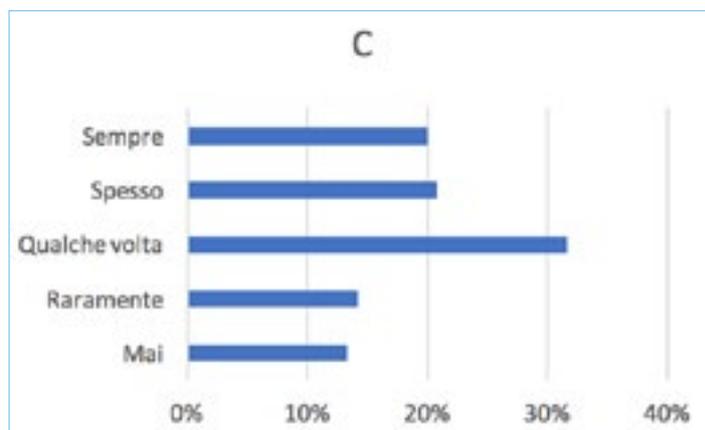
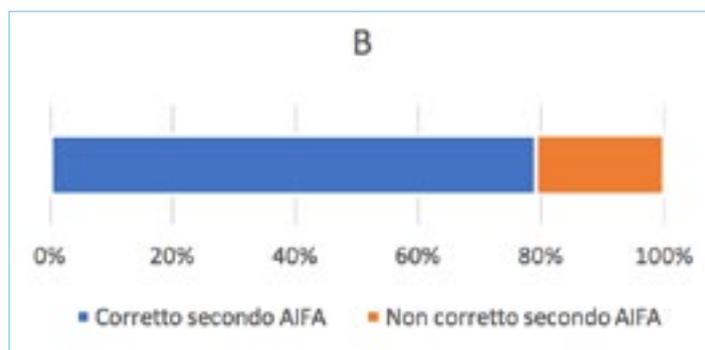
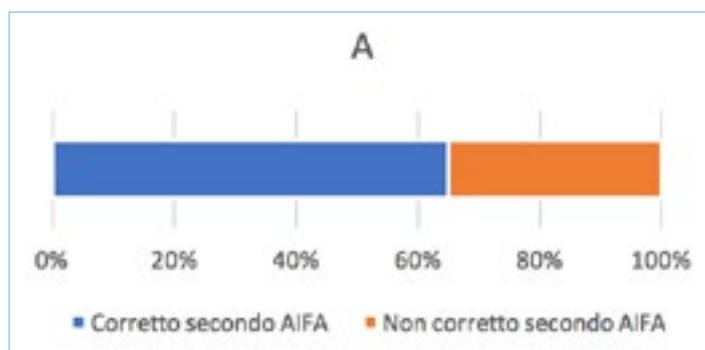
Fig.1. Esperienza di assistenza a pazienti COVID-19 (Domanda 6)

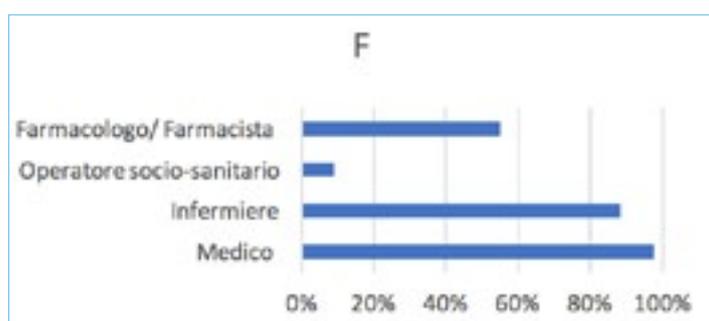
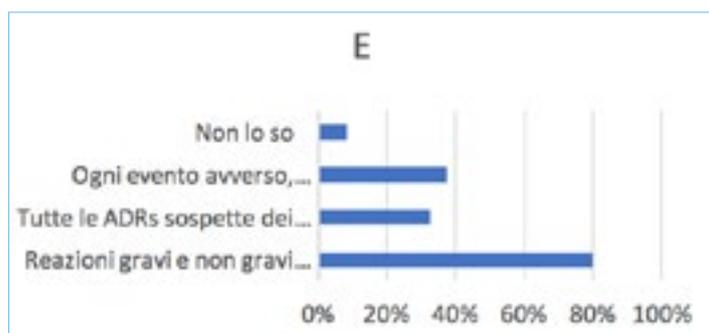
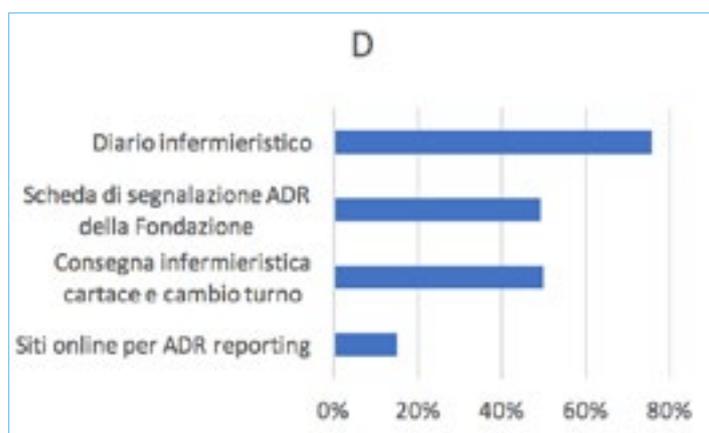


Conoscenza e applicazione di Farmacovigilanza Generale

In questa sezione sono visibili diversi risultati: (Fig.2.A) la maggior parte degli intervistati conosceva la corretta definizione di ADR (65%), (Fig.2.B) la corretta definizione di effetto collaterale (79,17%) e (Fig.2.C) ha affermato di istruire il paziente sulla rilevazione e segnalazione di effetti collaterali con frequenza medio-alta (72,5%). Alla fine, il 75,83% ha dichiarato di aver riportato una ADR nel diario infermieristico, se voleva segnalarla documentandola (Fig.2.D). Dall'altra parte, il 71,67% degli intervistati non ha segnalato tutti i tipi di ADR che devono essere segnalati (Fig.2.E) e il 90,83% ritiene che non tutti gli operatori sanitari siano obbligati per dovere professionale a segnalare le ADR rilevate direttamente, escludendo gli operatori socio-sanitari come possibili segnalatori di ADR (Fig.2.F). Di fatto, secondo AIFA tutti gli operatori sanitari e i cittadini sono tenuti a segnalare eventuali ADR sospette.

Fig.2. A. Definizione corretta di ADR. B. Definizione corretta di effetto indesiderato. C. Frequenza di educazione del paziente a riconoscere e riportare effetti indesiderati. D. Strumento utilizzato per il reporting di ADR. E. ADR da riportare obbligatoriamente.





Conoscenza e applicazione della Farmacovigilanza Specifica: i farmaci anti-COVID-19

Tra i partecipanti (Fig.3.A), il 23,33% ha riferito di essere a conoscenza dell'esistenza di linee guida interne sulla terapia anti-COVID-19 e tra coloro che avevano risposto alla domanda facoltativa su quali fossero i farmaci specifici presenti nelle linee guida della Fondazione (Fig.3.B), l'83,87% ha citato farmaci effettivamente presenti (31 /36 persone). Infine, il 40% di coloro che hanno somministrato terapia anti-COVID-19 (Fig.3.C) ha riportato la presenza di effetti collaterali dopo la somministrazione del farmaco anti-COVID-19 (10/25 persone).

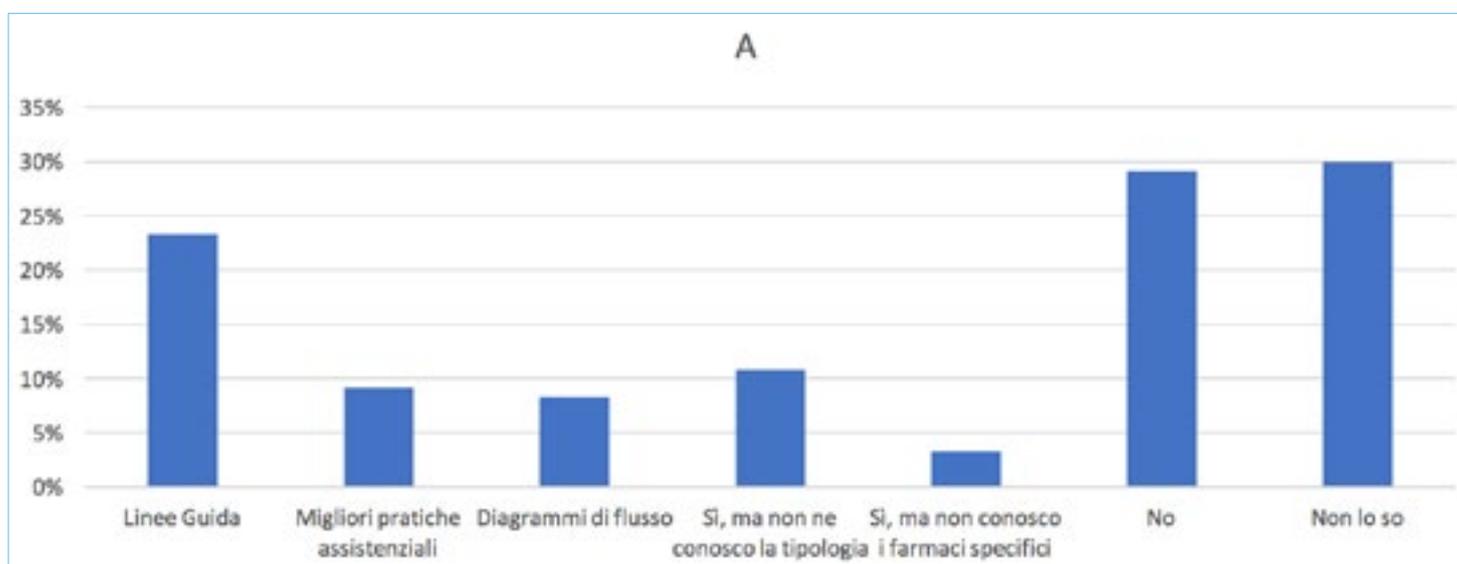
Sensibilità al tema della Farmacovigilanza

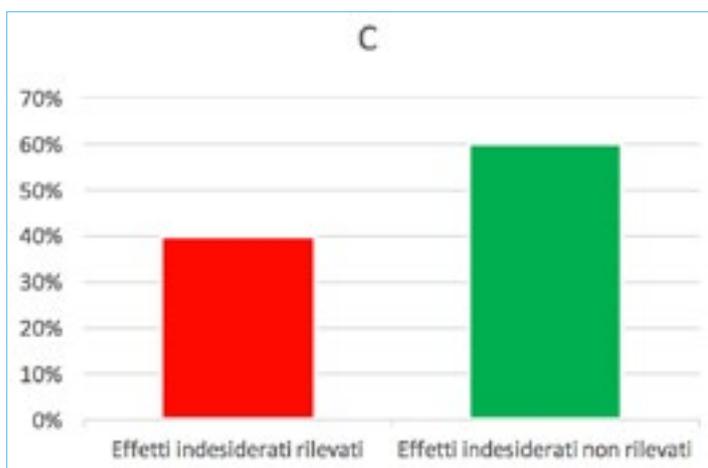
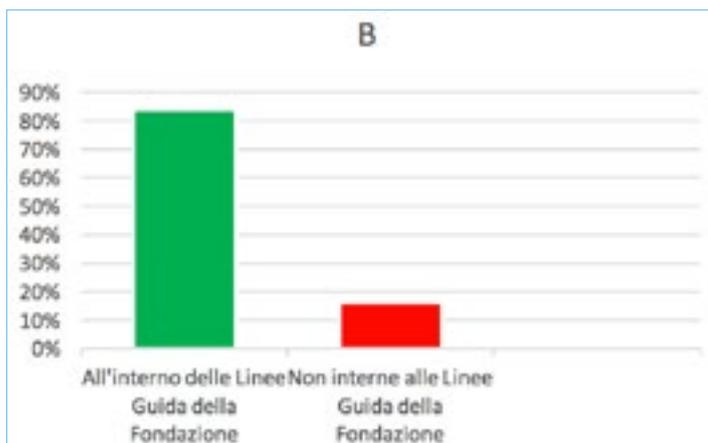
In questo contesto, il significativo 96,67% degli intervistati ha dichiarato l'utilità di una maggiore formazione in generale sui temi della farmacoterapia e il 90,61% ritiene utile ricevere un maggior numero di sessioni formative sui nuovi farmaci introdotti nel proprio reparto (Tab.2).

Tab. 2 – Livello di bisogno di formazione sulla Farmacovigilanza

Domanda	Principali valori
Utilità di corsi di aggiornamento con argomenti di farmacoterapia	96,67% - Sì
Utilità di momenti di training su nuovi farmaci introdotti nel proprio reparto	90,51% - Sì

Fig.3. A. Conoscenza di indicazioni scritte per l'uso di farmaci anti-COVID-19 pubblicate nella Fondazione (più risposte selezionabili). B. Farmaci specifici riportati come anti-COVID-19 therapy presenti nelle Linee Guida interne alla Fondazione. C. Rilevazione di effetti indesiderati dopo la somministrazione diretta di farmaci anti-COVID-19.





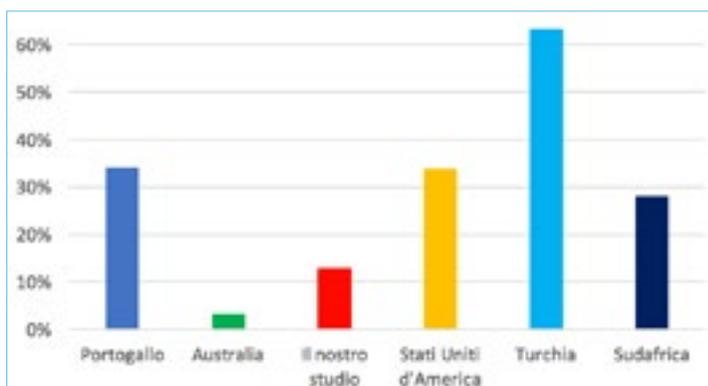
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Discussione

Questo studio ha raggiunto il livello di partecipazione più basso tra le indagini sulle tematiche della Farmacovigilanza generale individuate in letteratura (Fig.4):

- Portogallo: 433/1267, con un livello di partecipazione del 34,18% (Mendes Marques et al., 2016)
- Australia: 142/4303, con un livello di partecipazione del 3,3% (Mostaghim et al., 2017)
- Stati Uniti: 204/603, con un livello di partecipazione del 33,83% (Christianson et al., 2018)
- Turchia: 321/508, con un livello di partecipazione del 63,19% (Ergün et al., 2019)
- Sud Africa: 89/317, con un livello di partecipazione del 28,08% (Haines et al., 2020)

Fig.4. Livello di partecipazione ai questionari nei diversi paesi

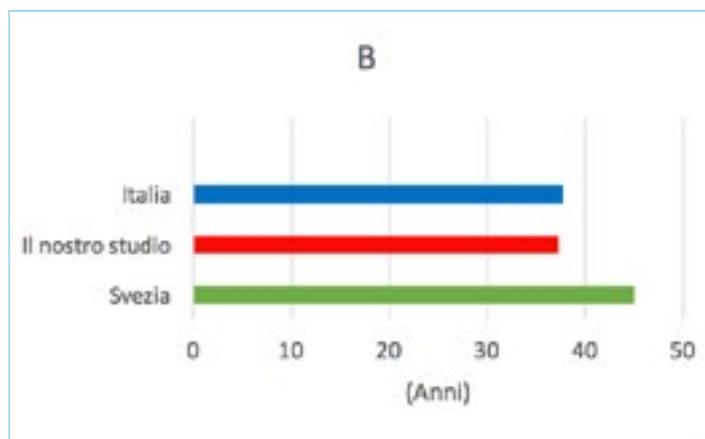
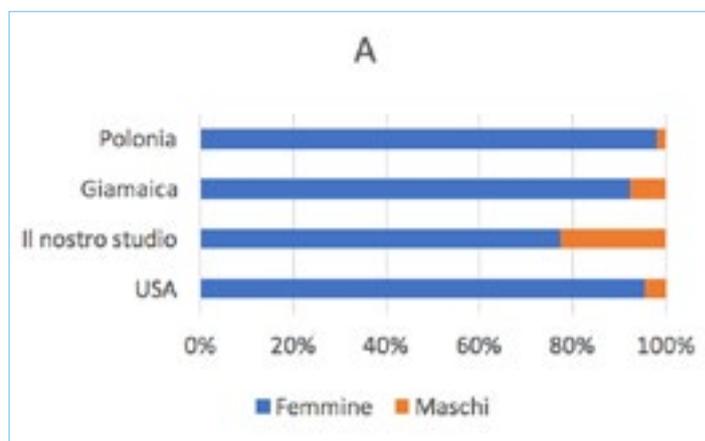


Infatti, il numero di partecipanti a questo studio (120) non ha raggiunto il numero teorico sufficiente (272) per la totale generalizzazione dei risultati, ma ci sono alcune risposte ad alta percentuale (> 90,1%) che sono generalizzabili con una confidenza livello del 95% e un intervallo di confidenza del 5% secondo il Sample Size Calculator, un sito statistico proposto dall'Istituto Superiore di Sanità. È stato ipotizzato che questa divergenza rispetto alla letteratura sia stata causata dal tempo limitato di somministrazione del questionario definitivo - 2 settimane. In effetti, altri studi hanno utilizzato un tempo di somministrazione molto più lungo, ovvero 2 mesi (John et al., 2019), 5 mesi (Ergün et al., 2019) o 6 mesi (Zimmermann et al., 2020).

Per quanto riguarda il genere, la Figura 5.A mostra una percentuale più equilibrata di femmine (77,5%) e maschi (22,5%), se confrontata con l'ampio divario tra le partecipanti femminili e il minor numero di maschi descritto dalla letteratura scientifica nei diversi paesi: Polonia (Zimmermann et al., 2020), Giamaica (Obi et al., 2018), Stati Uniti (Zimmermann et al., 2020). Tuttavia, sono necessari ulteriori studi con un campione più ampio per attestare o meno questa divergenza.

L'età media di partecipanti a questo studio (37,18 anni) si posiziona invece ad un livello intermedio rispetto alla letteratura scientifica internazionale, cioè in Svezia (Ekman et al., 2012) e in Italia (De Angelis et al., 2015), come mostrato dai dati (Fig.5.B). Ulteriori studi sembrano necessari sul suolo italiano per confermare questo significativo trend "giovane" di interesse per la Farmacovigilanza.

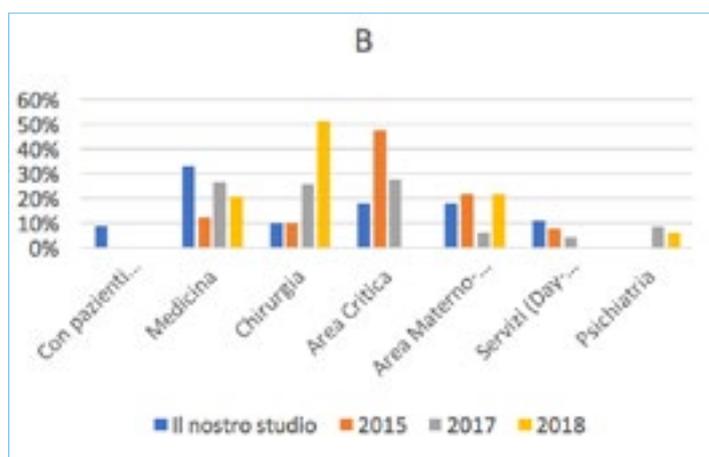
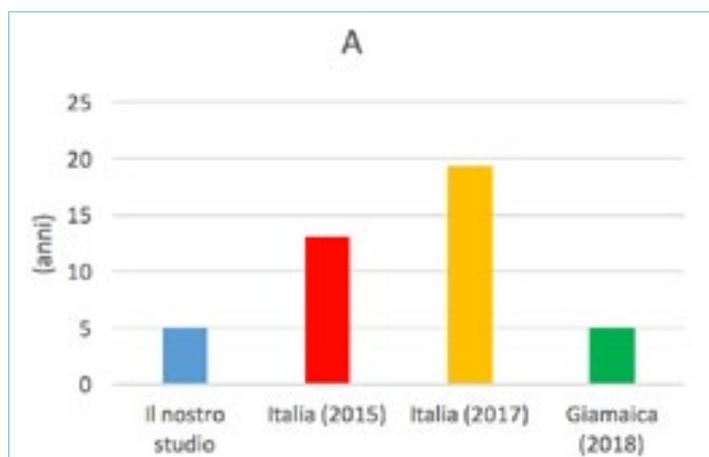
Fig.5. A. Livello di partecipazione per genere nei diversi studi. B. Età media dei partecipanti nei differenti paesi



Da una parte, sembra che non ci sia correlazione tra ridotta anzianità di servizio e interesse a partecipare a studi di Farmacovigilanza Generale, come emerge dal confronto di questo studio con altri tre studi su Farmacovigilanza generale e personale infermieristico (Fig.6.A).

D'altra parte l'Area di Assistenza sembrerebbe invece influenzare il livello di partecipazione (Fig.6.B), come si denota dal confronto tra questa ricerca e i 3 studi appena citati: nell'Area di Psichiatria e Servizi, si conferma la tendenza verso un livello di partecipazione basso o nullo in tutti gli studi. Nell'Area Materno Infantile e Pediatrica questo studio ha una percentuale media di partecipazione che si differenzia dai 3 studi presenti in letteratura che invece hanno un contributo basso. In Area Critica, questo studio ha un livello di partecipazione medio ma comunque inferiore a quello riscontrato negli studi della letteratura scientifica. Nell'Area di Chirurgia la situazione è più variegata, mentre nell'Area di Medicina questo studio ha un alto livello di partecipazione pari al 33,33%, a fronte di un trend medio-basso di partecipazione in altri studi. Da segnalare la presenza di infermieri appartenenti all'Area con pazienti COVID, poiché indica la presenza di partecipanti che hanno potuto rispondere alle domande specifiche successivamente nel questionario.

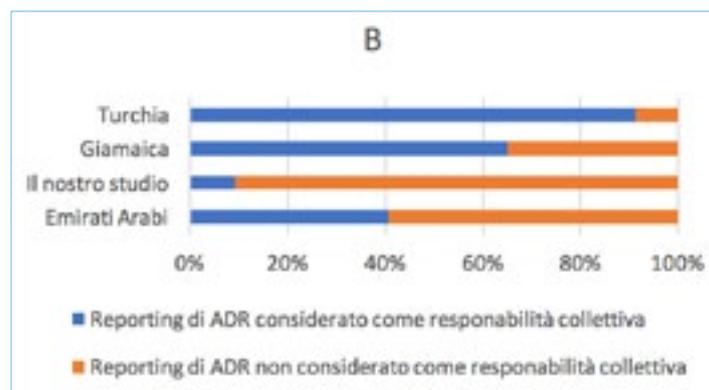
Fig.6. A. Anzianità di servizio media nei diversi studi. B. Livello di partecipazione per Area di assistenza in diversi studi.



Inoltre, appare esserci una ridotta consapevolezza dell'obbligo di segnalare ADR/effetti collaterali da parte di tutti i professionisti in questo studio, rispetto alla media di altri studi in letteratura (Fig. 7): in uno studio negli Emirati Arabi dove il report non è obbligatorio Uniti il 40,66 % degli intervistati riferisce che è dovere professionale

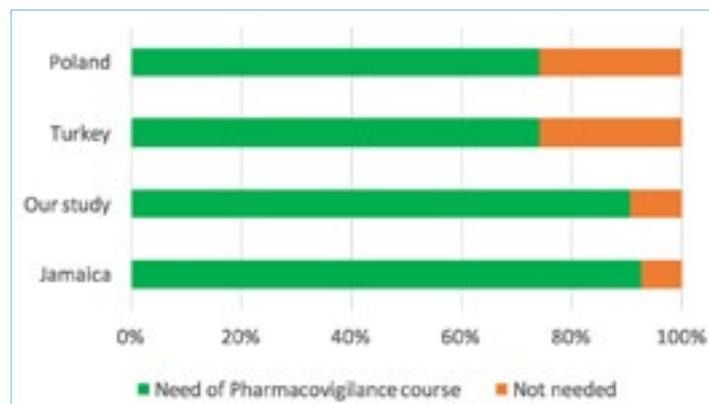
di tutti segnalare (John et al., 2012). Anche in uno studio in Giamaica, in cui ogni operatore sanitario e cittadino è responsabile della segnalazione di ADR, il 65,07% degli intervistati fornisce risposte corrette (Obi et al., 2018). Infine, in Turchia ogni operatore sanitario è responsabile unicamente della segnalazione delle ADR gravi e dei farmaci soggetti a monitoraggio aggiuntivo, tuttavia il 91,28% ritiene che l'operatore sanitario sia responsabile della segnalazione delle ADR in generale (Ergün et al., 2019).

Fig.7. Grado di conoscenza del reporting di ADR come responsabilità collettiva.



Per quanto riguarda la Farmacovigilanza specifica, i dati individuali in questa ricerca mostrano una grande consapevolezza clinica da parte degli infermieri riguardo alle fonti da consultare per una cura ottimale, poiché l'83,78% era a conoscenza dell'esistenza di linee guida per la terapia anti-COVID-19. Tra gli infermieri che hanno somministrato direttamente la terapia anti-COVID-19, inoltre, il 40% ha rilevato la presenza di effetti collaterali o ADR: se questi dati fossero validati, indicherebbero la presenza di numerosi effetti collaterali potenzialmente rilevabili in relazione al numero di farmaci somministrati off-label nella popolazione generale. Infine, il desiderio di maggiore formazione sulla nuova farmacoterapia emerge anche da parte degli infermieri presenti nei successivi studi della letteratura scientifica internazionale (Fig.8).

Fig.8. Livello di bisogno espresso dagli infermieri intervistati riguardo nuovi corsi di Farmacovigilanza nei diversi paesi.



CONCLUSIONI

I dati raccolti dal questionario evidenziano quattro aspetti rilevanti rispetto al tema della Farmacovigilanza.

Innanzitutto una volontà di formazione da parte degli infermieri, attestata anche dalla letteratura scientifica e l'assenza di corsi di for-

mazione sui farmaci nell'ultimo anno all'interno della Fondazione da maggio 2020 a maggio 2021, tranne che sugli psicofarmaci. In secondo luogo, vi è un'esigenza di formazione verso gli infermieri emersa da una conoscenza perfettibile dei concetti base della Farmacovigilanza e da una ridotta consapevolezza della Farmacovigilanza come attività collettiva, condotta da tutti i professionisti della salute, con il dovere di condividere le informazioni tra loro attraverso i report.

Si denota anche dai risultati di questa ricerca che c'è un potenziale degli infermieri nell'implementare una Farmacovigilanza concreta. Infatti, coloro che hanno fornito un'efficace assistenza ai pazienti COVID, sono a conoscenza dell'esistenza di Linee guida per l'uso dei farmaci anti-COVID, conoscono in modo specifico i farmaci utilizzati e hanno rilevato effetti indesiderati dei farmaci durante la pratica clinica. Se questi dati saranno confermati da ulteriori studi, potrebbe emergere un contributo considerevole degli infermieri nel campo della Farmacovigilanza, anche a livello generale.

Sono quindi proposti diversi interventi offerti dalle evidenze scientifiche della letteratura disponibile. Da un lato, un incremento della formazione in Farmacovigilanza degli infermieri a tramite università, Ordine o luogo di lavoro. Ciò potrebbe essere accompagnato da modifiche organizzative concrete che facilitino la segnalazione di ADR in ogni contesto lavorativo, assicurino un feedback dopo la segnalazione e incoraggino la collaborazione multidisciplinare (De Angelis et al., 2016). È invece possibile effettuare un intervento più discreto ma capillare, ovvero mettere a disposizione "promemoria" in diversi luoghi della struttura sanitaria, come depliant, poster e diagrammi di flusso (John et al., 2012). Infine, uno studio di scoping review iraniano individua come intervento efficace anche un incentivo economico al personale sanitario che produce segnalazioni di ADR in maggiore quantità e qualità. Lo studio stesso afferma che l'integrazione di diversi tipi di intervento insieme migliora significativamente il numero di segnalazioni di ADR (Khalili et al., 2020). Il nostro quindi è stato il primo studio che unisce i temi della Farmacovigilanza, terapia anti-COVID-19 e del personale infermieristico; si tratta peraltro di una delle ultime ricerche del precedente sistema di segnalazione in Italia prima della modifica con EudraVigilance. Dimostra inoltre con i risultati riscontrati che l'infermiere ha un grande potenziale nell'attività di Farmacovigilanza, che può essere sviluppato e utilizzato a beneficio della comunità scientifica e della popolazione. Inoltre, all'interno della letteratura scientifica italiana vi è una ridotta presenza in generale di studi di Farmacovigilanza di ampio respiro e per questo motivo lo studio aiuta a definire meglio questo complesso fenomeno. Infine, da questi punti di forza emergono due percorsi che possono essere seguiti a livello di ricerca specifica per approfondire quanto scoperto di nuovo: da un lato approfondire questo tema nello stesso ambiente attraverso un questionario dopo un periodo di tempo, magari dopo interventi specifici. Dall'altro, replicare questo studio in un altro contesto, quindi confrontare i risultati di entrambi.

LIMITI

Ad eccezione delle risposte ad elevata percentuale espresse da > 90,1% dei partecipanti, lo studio non ha raggiunto un numero di adesioni tale da consentire la generalizzazione di tutte le risposte. In questa ricerca, tuttavia, non è stato possibile fare diversamente poiché il periodo di somministrazione è avvenuto in concomitanza

con il ritorno di alcuni reparti COVID alla loro precedente specializzazione: per evitare che il campione variasse significativamente durante questo periodo, è stato scelto un tempo limitato per la compilazione dello strumento stesso. Inoltre, non è stato possibile reperire il dato demografico del livello di istruzione di tutto il personale infermieristico della Fondazione, utile per capire se possa aver influito su chi non ha scelto di partecipare a questo studio.

BIBLIOGRAFIA

- Aschenbrenner, D.S., Cleveland, L. W., Venable, S.J., (2002). Drug Therapy in Nursing (1th ed.) Lippincott Williams and Wilkins
- Christianson, H., Driscoll, E., & Hull, A. (2018). Alaska nurse practitioners' barriers to use of prescription drug monitoring programs. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(1), 35–42. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000002>
- De Angelis, A., Giusti, A., Colaceci, S., Vellone, E., & Alvaro, R. (2015). Nurses' reporting of suspect adverse drug reactions: a mixed-methods study. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 51(4), 277–283. https://doi.org/10.4415/ANN_15_04_06
- De Angelis, A., Pancani, L., Steca, P., Colaceci, S., Giusti, A., Tibaldi, L., Alvaro, R., Ausili, D., & Vellone, E. (2017). Testing an explanatory model of nurses' intention to report adverse drug reactions in hospital settings. *Journal of nursing management*, 25(4), 307–317. <https://doi.org/10.1111/jonm.12467>
- D.L.8 aprile 2003, n. 95. Attuazione della direttiva 2000/38/CE relativa alle specialità medicinali. (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.101 del 03-05-2003)
- D.M.14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.6 del 09-01-1995)
- Ekman, E., Petersson, G., Tägerud, S., & Bäckström, M. (2012). Awareness among nurses about reporting of adverse drug reactions in Sweden. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 4(1), 61–66. <https://doi.org/10.2147/dhps.s31103>
- Ergün, Y., Ergün, T. B., Tokar, E., Ünal, E., & Akben, M. (2019). Knowledge attitude and practice of Turkish health professionals towards pharmacovigilance in a university hospital. *International Health*, 11(3), 177–184. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy073>
- Haines, H. M., Meyer, J. C., Summers, R. S., & Godman, B. B. (2020). Knowledge, attitudes and practices of health care professionals towards adverse drug reaction reporting in public sector primary health care facilities in a South African district. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 76(7), 991–1001. <https://doi.org/10.1007/s00228-020-02862-8>
- John, L. J., Arifulla, M., Cheriathu, J. J., & Sreedharan, J. (2012). Reporting of adverse drug reactions: An exploratory study among nurses in a teaching hospital, Ajman, United Arab Emirates. *DARU, Journal of Pharmaceutical Sciences*, 20(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2008-2231-20-44>
- Khalili, M., Mesgarpour, B., Sharifi, H., Daneshvar Dehnavi, S., & Haghdoost, A. A. (2020). Interventions to improve adverse drug reaction reporting: A scoping review. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 29(9), 965–992. <https://doi.org/10.1002/pds.4966>
- Mendes Marques, J. I. O., Polónia, J. M. J., Figueiras, A. G., Costa Santos, C. M. N., & Herdeiro, M. T. F. (2016). Nurses' attitudes and spontaneous adverse drug reaction reporting: A case-control study in Portugal. *Journal of Nursing Management*, 24(3), 409–416. <https://doi.org/10.1111/jonm.12337>
- Mostaghim, M., Snelling, T., McMullan, B., Konecny, P., Bond, S., Adhikari, S., Chubaty, A., Lovell, C., & Bajorek, B. (2017). Nurses are underutilised in antimicrobial stewardship – Results of a multisite survey in paediatric and adult hospitals. *Infection, Disease and Health*, 22(2), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2017.04.003>
- Obi, U., Campbell, J. E., & Gossell-williams, M. (2018). An Assessment of Nurses' Knowledge Attitude and Practice (KAP) of Pharmacovigilance at a University Hospital. *Journal of Clinical Review & Case Reports*, 3(6), 1–6. <https://doi.org/10.33140/jrcr/03/06/00001>
- Zimmermann, A., Flis, A., Gaworska-Krzeminska, A., & Cohen, M. N. (2020). Drug-safety reporting in Polish nursing practice - Cross sectional surveys. *PLoS ONE*, 15(10 October), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241377>

SITOGRAFIA

Farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia COVID-19. Data accesso 31 Maggio 2021 da <https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>

Farmacovigilanza. Data accesso 4 Febbraio 2021 da <https://www.aifa.gov.it/farmacovigilanza1>

Sample Size Calculator. Data accesso 1 Agosto 2021 da <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

Al via la Nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF). Data accesso 2 Luglio 2022 da <https://www.aifa.gov.it/web/guest/-/al-via-la-nuova-rnf>

La Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF). Data accesso 2 Luglio 2022 da <https://www.aifa.gov.it/rete-nazionale-di-farmacovigilanza>

DICHIARAZIONE DI CONFLITTI DI INTERESSE.

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

FONTI DI FINANZIAMENTO.

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna concessione da enti finanziatori nei settori pubblico, privato, no-profit.

Chiara Gatti

MSN
Incarico di Funzione Organizzativa
SOD Cardiocirurgia e Cardiologia
Pediatria e Congenita AOU delle
Marche, Ancona, Italy
Corresponding Author
chiara.gatti@ospedaliriuniti.marche.it

Vito Maurizio Parato

Docente Corso di Laurea in
Infermieristica - AST Ascoli Piceno, Italy

Francesca Guarnieri

Infermiera AST Ascoli Piceno, Italy

Renato Rocchi

Direttore UOC Servizio Professioni
Sanitarie - AST Fermo, Italy

Tiziana Traini

Docente Corso di Laurea in
Infermieristica - AST Ascoli Piceno, Italy

Alessia Galli

Infermiera SOD Pronto Soccorso - AOU
delle Marche, Ancona, Italy

Stefano Marcelli

Docente Corso di Laurea in
Infermieristica - AST Ascoli Piceno, Italy

Impatto degli eventi avversi correlati alla fibrillazione atriale e proposte di strategie infermieristiche limitanti: studio di una realtà italiana

Impact of adverse events related to atrial fibrillation and proposals for limiting nursing strategies: an italian study

**ABSTRACT**

Introduzione. La fibrillazione atriale (FA) è la più comune aritmia cardiaca e colpisce oltre il 10% della popolazione italiana. Caratterizzata da un'attività elettrica irregolare degli atri, provoca la perdita della funzione meccanica della contrazione atriale (Wijesurendra & Casadei 2019). Data l'incidenza della malattia sempre in costante aumento, potrebbe essere essenziale una presa in carico assistenziale del paziente per ridurre gli eventi avversi correlati alla malattia, quali recidiva di FA, sanguinamento, riospedalizzazione e peggioramento della qualità di vita. **Obiettivo.** Primario: descrivere l'incidenza, la tipologia e la qualità degli eventi avversi correlati alla malattia in un gruppo di pazienti affetti da FA nella Regione Marche. Secondario: illustrare strategie di tipo assistenziale implementabili per limitare il verificarsi degli eventi descritti. **Metodi.** È stato condotto uno studio di tipo osservazionale retrospettivo presso l'Ambulatorio di Cardiologia dell'Unità di Cardiologia dell'ASUR Marche-Area Vasta 5, nell'agosto 2020. Sono stati reclutati attraverso follow-up telefonico i pazienti che erano stati sottoposti a valutazione cardiologica clinica ed ecocardiografica (tramite ricovero e/o accesso ambulatoriale) negli anni 2018-2019. È stata valutata l'incidenza di episodi di recidiva di FA, sanguinamento, riospedalizzazione, shift della terapia anticoagulante e qualità di vita. **Risultati.** Non si è riscontrata alcuna differenza tra i pazienti in merito alla qualità di vita, al punteggio di rischio tromboembolico o sanguinamento e ai parametri ecocardiografici. I pazienti senza recidiva di FA presentano un atrio sinistro più grande rispetto agli altri. Le persone con un'aritmia

permanente, cioè pazienti senza recidiva di FA, mostrano un valore peggiore di strain longitudinale dell'atrio sinistro. Infine, i pazienti con ricoveri ricorrenti hanno un punteggio negativo sulla qualità di vita. Dalla letteratura emergono diverse strategie di tipo assistenziale implementabili al fine di limitare il verificarsi degli eventi avversi. **Conclusioni.** La FA è un problema sociale, perché può indurre ictus, disabilità permanente, insufficienza cardiaca, problemi vascolari, morte improvvisa e peggioramento della qualità di vita. Studi dimostrano che strategie di tipo infermieristico assistenziale possono essere determinanti nel ridurre eventi avversi e nel migliorare la gestione della malattia. **Parole chiave.** Fibrillazione atriale, approccio infermieristico, esiti cardiovascolari, qualità della vita.

INTRODUCTION
Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia and affects over 10% of the Italian population. Characterized by irregular electrical activity of the atria, it causes the loss of the mechanical function of atrial contraction (Wijesurendra & Casadei 2019). Because of the ever-increasing incidence of the disease, patient care may be essential to reduce adverse events related to the disease, such as AF recurrence, bleeding, rehospitalization and worsening of the quality of life. **Aim.** Primary: to describe the incidence,

permanente, cioè pazienti senza recidiva di FA, mostrano un valore peggiore di strain longitudinale dell'atrio sinistro. Infine, i pazienti con ricoveri ricorrenti hanno un punteggio negativo sulla qualità di vita. Dalla letteratura emergono diverse strategie di tipo assistenziale implementabili al fine di limitare il verificarsi degli eventi avversi. **Conclusioni.** La FA è un problema sociale, perché può indurre ictus, disabilità permanente, insufficienza cardiaca, problemi vascolari, morte improvvisa e peggioramento della qualità di vita. Studi dimostrano che strategie di tipo infermieristico assistenziale possono essere determinanti nel ridurre eventi avversi e nel migliorare la gestione della malattia. **Parole chiave.** Fibrillazione atriale, approccio infermieristico, esiti cardiovascolari, qualità della vita.

INTRODUCTION

Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia and affects over 10% of the Italian population. Characterized by irregular electrical activity of the atria, it causes the loss of the mechanical function of atrial contraction (Wijesurendra & Casadei 2019). Because of the ever-increasing incidence of the disease, patient care may be essential to reduce adverse events related to the disease, such as AF recurrence, bleeding, rehospitalization and worsening of the quality of life. **Aim.** Primary: to describe the incidence,

typology and quality of adverse events related to the disease in a group of patients affected by AF in the Marche Region. Secondary: to illustrate welfare strategies that can be implemented to limit the occurrence of the events described. **Methods.** A retrospective observational study was conducted at the Cardiology Outpatient Clinic of the Cardiology Unit of ASUR Marche-Area Vasta 5, in August 2020. Patients who had undergone clinical cardiologic and echocardiographic evaluation (through hospitalization and/or outpatient access) in the years 2018-2019 were recruited through telephone follow-up. The incidence of episodes of AF recurrence, bleeding, rehospitalization, anticoagulant therapy shift and quality of life were evaluated. **Results.** There was no difference between patients in quality of life, thromboembolic or bleeding risk score, and echocardiographic parameters. Patients without AF recurrence have a larger left atrium than others. People with a permanent arrhythmia, i.e. patients without AF recurrence, show a worse value of longitudinal strain of the left atrium. Finally, patients with recurrent hospitalizations have a negative quality of life score. Various healthcare strategies emerge from the literature that can be implemented in order to limit the occurrence of adverse events. **Conclusions.** AF is a social problem because it can lead to stroke, permanent disability, heart failure, vascular problems, sudden death and worsened quality of life. Studies show that nursing-type strategies can be decisive in reducing adverse events and improving disease management. **Key words.** Atrial fibrillation, nursing approach, cardiocascular outcomes, quality of life.

MANOSCRITTO INTRODUZIONE

La fibrillazione atriale (FA) è una tachiaritmia sopraventricolare caratterizzata da un'attività elettrica irregolare e caotica degli atri che provoca la perdita della funzione meccanica della contrazione atriale (Wijesurendra & Casadei 2019). È l'aritmia più comune riscontrata nella pratica clinica e ha un impatto sociale significativo, determinando un terzo dei ricoveri per alterazioni del ritmo cardiaco (Censi et al. 2012). Nonostante i progressi nella gestione e nel trattamento della malattia, la FA rimane una delle principali cause di morbilità cardiovascolare (insufficienza cardiaca e ictus) e mortalità (Lip et al. 2016). Si prevede che entro il 2030 ci saranno 14-17 milioni di pazienti affetti da FA nell'Unione Europea (Kirchhof et al. 2016).

Alcuni studi hanno dimostrato notevoli eventi collaterali correlati alla FA, quali ad esempio il rischio di sanguinamento causato dagli anticoagulanti necessari per la prevenzione dell'ictus ischemico, eventi di ictus ischemico stesso, episodi di riospedalizzazione, peggioramento della qualità di vita e decesso. Il gruppo di ricerca di Naser ha effettuato un follow up di pazienti ambulatoriali e ospedalizzati con FA con l'obiettivo di determinare eventi cardiovascolari (infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, ictus ischemico e morte cardiaca improvvisa) e la loro relativa incidenza. I risultati della ricerca sono stati: 1,71% per morte cardiaca improvvisa, 2,56% per ictus ischemico, 1,20% per infarto del miocardio e 5,73% per insufficienza cardiaca. Inoltre, hanno mostrato che il rischio di morte è maggiore nelle donne rispetto agli uomini con FA (Naser et al. 2017). Tra le principali cause di riospedalizzazione descritte in letteratura vi sono lo scompenso cardiaco acuto (rispettivamente 12,9% nella FA persistente e 13,6% nella FA permanente), la sindro-

me coronarica acuta (rispettivamente 7,7% nella FA persistente e 7,3% nella FA permanente), l'ictus (rispettivamente 5% nella FA persistente e 7,4% nella FA permanente), gli eventi proaritmici dovuti a farmaci antiaritmici o la necessità di cambiare la terapia antiaritmica (12,3% tra i pazienti con FA parossistica) (Zoni-Berisso et al. 2014). Per fronteggiare le sopracitate conseguenze allo stato di patologia di FA già conclamata, è indispensabile un'attenta pianificazione ed una presa in carico assistenziale globale del paziente e dei suoi caregivers. Ciò richiede un team multidisciplinare che includa non solo medici specialisti, come cardiologo, neurologo e internista, ma anche un infermiere specializzato in cardiologia.

Le organizzazioni assistenziali complesse hanno bisogno di metodologie organizzative innovative per prendersi cura dei pazienti con malattie croniche. Ciò è essenziale per migliorare i processi interni, ottimizzare le risorse, aumentare la comprensione degli operatori sull'efficacia dei programmi di monitoraggio continuo dopo la dimissione, ottimizzare la qualità di vita, aumentare la compliance e, infine, ridurre i ricoveri ospedalieri impropri, ovvero ridurre costo (Pardo Sanz et al. 2021).

A tal proposito, lo studio in questione si propone di indagare nella Regione Marche tale problematica, sia in termini clinici che organizzativi, e si propone di suggerire specifiche strategie attuabili autonomamente dall'Infermiere per prevenire le complicanze correlate alla FA.

OBIETTIVI

L'obiettivo primario del presente studio è quello di descrivere l'incidenza, la tipologia e la qualità degli eventi avversi correlati alla malattia (insorgenza di recidive, sanguinamento, riospedalizzazione, shift di terapia anticoagulante, peggioramento della qualità di vita) in un gruppo di pazienti affetti da FA, attraverso un campione reclutato tramite follow-up telefonico nella Regione Marche.

L'obiettivo secondario dello studio è di descrivere e proporre per la realtà oggetto di studio strategie di tipo assistenziale ed educativo per limitare il verificarsi dei suddetti eventi avversi.

MATERIALI E METODI DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio è di tipo osservazionale retrospettivo ed è stato svolto presso l'Ambulatorio di Cardiologia dell'Unità Operativa Cardiologia dell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto (ASUR Marche-Area Vasta 5), nell'agosto 2020. Il campionamento è stato di convenienza e sono stati selezionati 79 pazienti (39 sesso maschile e 40 femminile). Di questi, solo 38 hanno risposto all'unica telefonata di raccolta dati prevista dallo studio, mentre 2 pazienti erano deceduti nei mesi precedenti. Pertanto, il campione si è ridotto a n. 36 pazienti eleggibili. L'autorizzazione ad effettuare la raccolta dati telefonica è stata ottenuta dal Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Area Vasta 5 ed è stato ottenuto il consenso informato da parte di ogni paziente reclutato. È stato garantito l'anonimato dei partecipanti ed il rispetto della privacy secondo Regolamento Europeo GDPR 679/2016.

I criteri di inclusione sono stati:

- Pazienti di età maggiore di 18 anni afferenti all'ambulatorio dell'Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera "Madonna del Soccorso" (ASUR Marche-Area Vasta 5) e sottoposti a valutazione cardiologica (durante ricovero e/o ambula-

toriale) nel biennio precedente (2018 e 2019);

- Pazienti affetti da una delle tre forme di fibrillazione atriale non valvolare (NAV): parossistica, persistente, permanente.
- Criteri di esclusione:
- Pazienti non raggiungibili telefonicamente dopo tre tentativi di chiamata
- Pazienti minorenni
- Pazienti che non fornivano il consenso informato alla ricerca

METODO

Le informazioni cliniche reperite, reperite dalla documentazione, per la stratificazione del campione valutato negli anni 2018 e 2019 si basavano sui seguenti parametri:

- Sesso;
- Età;
- Tipo di FANV: parossistica, permanente e persistente;
- Peso;
- Altezza;
- Fattori di rischio: ipertensione arteriosa sistematica, diabete, dislipidemia, fumo;
- CHA2DS2VASc Score, per la valutazione del rischio tromboembolico nella FA;
- HAS-BLED Score, per la valutazione del rischio emorragico;
- Farmaco anticoagulante attuale o prescritto: dicumarolo (AVK), eparina, Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban.
- Frazione di eiezione ventricolare sinistra (EF), (Volume telediastolico - Volume telesistolico) / Volume telediastolico X 100 (valore normale > 50%);
- Deformazione longitudinale globale del ventricolo sinistro (LV-GLS) per la valutazione della funzione longitudinale del ventricolo sinistro, calcolato con la tecnica 2D-STRAIN IMAGING (valore normale > -14%);
- Volume telesistolico dell'atrio sinistro (LA-ESV), volume telediastolico dell'atrio sinistro (LA EDV), nell'ottica che i volumi dell'atrio sinistro consentono di valutare l'effettivo rimodellamento dell'atrio sinistro in seguito a FA;
- Diametro antero-posteriore dell'atrio sinistro (LAD), che indica anche un rimodellamento atriale sinistro influenzante la recidiva della FA (valore normale <45 mm);
- Strain longitudinale dell'atrio sinistro (Peak Atrial Longitudinal Strain - PALS) per valutare l'accorciamento durante la telediastole (valore normale > 15%).

RACCOLTA DATI

Le telefonate di follow up (una per ogni paziente) sono state eseguite sempre dallo stesso ricercatore, un Infermiere, attraverso l'utilizzo di apposite check-list di domande stilate ad hoc e condivise preliminarmente con il gruppo di ricerca e con il Direttore Cardiologo dell'Ambulatorio di riferimento.

Per la raccolta dati e, quindi, per determinare l'incidenza e la tipologia di eventi avversi correlati alla FA accorsi nel biennio si andava ad indagare se il paziente:

- avesse avuto nuovi eventi cardiovascolari:
 - Nuovo episodio di FA,
 - Sanguinamento maggiore e/o minore,
 - Ricovero per scompenso cardiaco, infarto del miocardio, ictus ischemico, ictus emorragico, tromboembolia venosa, aritmie

(è incluso il ricovero per un nuovo episodio di FA), cardiocirurgia.

- fosse stato sottoposto ad un cambio di terapia anticoagulante: Dicumarolo, Eparina, Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban.
- fosse deceduto (in questo caso si riceveva risposta dal caregiver sul numero di contatto telefonico del paziente)

È stata contestualmente valutata anche la qualità della vita dei pazienti attraverso l'"EuroQol-5D Questionnaire" (EuroQol Group, 1990).

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un foglio Excel, composto da due sezioni. Nella prima sezione venivano riportati: il codice identificativo del paziente e i suddetti parametri. La seconda sezione mostrava i dati raccolti durante l'intervista telefonica.

STRUMENTO

Questionario EuroQol-5D

Il termine qualità di vita correlata alla salute si riferisce allo stato di salute percepito dall'individuo stesso.

L'EuroQol-5D è un questionario disponibile anche in versione italiana e di semplice compilazione che può essere utilizzato in diversi contesti: durante il ricovero, le visite ambulatoriali o durante i colloqui telefonici (Balestroni & Bertolotti 2012).

EuroQol comprende 5 domande riguardanti altrettanti dimensioni: mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore, ansia/depressione. Ogni elemento consente di scegliere tre livelli di gravità: problemi gravi (livello 3), problemi moderati (livello 2) o nessun problema (livello 1). L'insieme delle cinque dimensioni rappresenta lo stato di salute dell'intervistato (Piscione et al. 2009).

Il questionario presenta inoltre una scala analogica visiva (VAS) da 0 a 100 sulla quale il rispondente indica il livello percepito del proprio stato di salute, 0 indica il peggior stato di salute possibile, 100 indica il miglior stato di salute possibile.

ANALISI STATISTICA

Per l'analisi statistica è stato utilizzato un approccio non parametrico, poiché le variabili non sono distribuite in modo normale. Le variabili quantitative sono state riassunte utilizzando la mediana e l'intervallo interquartile (1°; 3° quartile). Sono stati anche confrontati gruppi con diversi tipi di FA, gruppi che hanno presentato eventi nell'ambito dello studio e il gruppo senza questi eventi. I risultati sono stati ottenuti utilizzando rispettivamente il test di Kruskal-Wallis e il test di Wilcoxon-MannWhitney. Le variabili qualitative sono state riassunte utilizzando frequenze assolute e percentuali, mentre il confronto tra gruppi è stato eseguito utilizzando il test esatto di Fisher. La significatività statistica è stata stabilita utilizzando un livello di probabilità <0,05.

RISULTATI

I risultati riportano la descrizione dell'incidenza, la tipologia e la qualità degli eventi avversi correlati alla malattia nel gruppo di pazienti affetti da FA cui fa riferimento lo studio, oltre che la qualità di vita degli stessi.

I pazienti arruolati nello studio osservazionale e ancora viventi (36), divisi in tre gruppi in base ai tre tipi di FA (parossistica, persistente e permanente), sono confrontabili per caratteristiche demografiche, cliniche e punteggio di qualità della vita (Tabelle 1 e 2).

Tabella 1. Distribuzione delle caratteristiche demografiche e cliniche nei tre gruppi, secondo il tipo di fibrillazione atriale

	Permanent (n=19)	FA Persistent (n=4)	Paroxysmal (n=13)	P
Gender, n (%)				
Male	8 (42.1)	3 (75)	7 (53.8)	0.522
Female	11 (57.9)	1 (25)	6 (46.2)	
Age, years [median (1st; 3rd quartile)]	80 (76; 84.5)	67 (65.8; 71.3)	81 (68; 86)	0.231
EF [median (1st; 3rd quartile)]	56.5 (46.8; 62.5)	44.5 (39.3; 51)	60 (44; 66)	0.261
LV GLS [median (1st; 3rd quartile)]	16 (11.2; 17.9)	16.5 (14; 17.5)	18.6 (15.8; 19.6)	0.137
LA ESV [median (1st; 3rd quartile)]	53 (42; 63)	42.5 (40.3; 45.5)	57 (31; 75)	0.48
LA EDV [median (1st; 3rd quartile)]	45 (41.5; 63.5)	31.5 (29; 33.5)	40 (24; 56)	0.089
LAD [median (1st; 3rd quartile)]	4.3 (4; 4.9)	3.8 (3.2; 4.3)	4.4 (3.9; 4.8)	0.318
PALS [median (1st; 3rd quartile)]	10.2 (6.6; 15.9)	7.8 (6.5; 8.9)	11.3 (7.8; 12.7)	0.422
Hypertension, N (%)				
No	3 (15.8)	0 (0)	4 (30.8)	0.481
Si	16 (84.2)	4 (100)	9 (69.2)	
Dyslipidemia, n (%)				
No	11 (57.9)	3 (75)	6 (46.2)	0.709
Si	8 (42.1)	1 (25)	7 (53.8)	
Diabetes, N (%)				
No	14 (73.7)	4 (100)	10 (76.9)	0.734
Si	5 (26.3)	0 (0)	3 (23.1)	
Smoking, N (%)				
No	17 (89.5)	4 (100)	12 (92.3)	1
Si	2 (10.5)	0 (0)	1 (7.7)	

Tabella 2. Punteggio della qualità della vita in tre gruppi in base al tipo di fibrillazione atriale

	Permanent (n=19)	FA Persistent (n=4)	Paroxysmal (n=13)	P
Health Status Score (EQ-5D) [median (1st; 3rd quartile)]	90 (85; 91.5)	92.5 (82.5; 96.3)	80 (65; 90)	0.197
EQ5D1, n (%)				
no problem	15 (78.9)	3 (75)	11 (84.6)	1
Moderate limitation	4 (21.1)	1 (25)	2 (15.4)	
EQ5D2, n (%)				
no problem	19 (100)	4 (100)	10 (76.9)	0.143
Moderate limitation	0 (0)	0 (0)	2 (15.4)	
Extreme limitation	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	
EQ5D3, n (%)				
no problem	16 (84.2)	3 (75)	10 (76.9)	0.444
Moderate limitation	3 (15.8)	1 (25)	1 (7.7)	
Extreme limitation	0 (0)	0 (0)	2 (15.4)	
EQ5D4, n (%)				
no problem	16 (84.2)	3 (75)	13 (100)	0.216
Moderate limitation	3 (15.8)	1 (25)	0 (0)	
EQ5D5, n (%)				
no problem	14 (73.7)	4 (100)	10 (76.9)	0.734
Moderate limitation	5 (26.3)	0 (0)	3 (23.1)	
EQ5D first part, n (%)				
11111	11 (57.9)	3 (75)	10 (76.9)	0.646
11112	2 (10.5)	0 (0)	0 (0)	
11122	1 (5.3)	0 (0)	0 (0)	
11222	1 (5.3)	0 (0)	0 (0)	
12312	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	
21111	1 (5.3)	0 (0)	0 (0)	
21121	1 (5.3)	0 (0)	0 (0)	
21211	1 (5.3)	0 (0)	0 (0)	
21212	1 (5.3)	0 (0)	0 (0)	
21221	0 (0)	1 (25)	1 (25)	
22212	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	
23312	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	

Sono stati successivamente suddivisi i pazienti in due gruppi in base alla presenza o assenza di eventi nel follow-up. In primo luogo si è considerata la recidiva della FA (New FA Events). 4 pazienti hanno presentato l'evento considerato (11%); quelli senza erano 32 (88%). Non ci sono state differenze statisticamente significative nei due gruppi circa i parametri: punteggio per la qualità della vita, punteggio CHA2DS2-Vasc, punteggio HAS-BLEED e quindi i parametri ecocardiografici (LV-EF, LV-GLS, LAESV, LA-EDV, LAD, PALS). C'è una

tendenza a favore di un diametro maggiore dell'atrio sinistro nei pazienti senza NUOVI EVENTI di FA e che potrebbero avere la forma già permanente di aritmia. Analogamente, si osserva una tendenza verso un peggioramento del valore di PALS nei pazienti con forme permanenti di FA, e quindi non soggetti a nuovi eventi. Analogamente, i pazienti con forme permanenti (e l'assenza di NUOVE USCITE) hanno una tendenza verso un maggior volume diastolico dell'atrio sinistro che appare quindi più rimodellato (Tabella 3).

Tabella 3. Confronto di due gruppi di pazienti in base alla presenza o assenza di NUOVI EVENTI FA

[median (1st; 3rd quartile)]	No (n=32; 88%)	New FA Events Si (n=4; 11%)	p
Health status score (EQ-5D)	90 (80; 90.8)	85 (78.8; 91.3)	0.919
CHA2DS2VAsE	4 (3; 5)	2.5 (1.5; 3.5)	0.218
HAS-BLEED Score	1.5 (1; 2)	0.5 (0; 1)	0.265
LVEF	56 (40; 62.5)	58.5 (53.8; 66)	0.421
LVGLS	16 (13.1; 18.6)	18.1 (16.5; 19.9)	0.249
LAESV	53 (40.3; 69.8)	40 (31.3; 49.8)	0.223
LAEDV	44.5 (34.5; 62.3)	30 (22.3; 40.3)	0.107
LAD	4.4 (3.8; 4.8)	4.3 (4.1; 5.7)	0.129
PALS	9 (7; 13)	13.9 (12.6; 20.5)	0.129

Considerando l'evento "ricovero per cause cardiovascolari", l'analisi dei risultati consente di evidenziare che non vi sono differenze statisticamente significative tra il gruppo con l'evento (5 pazienti, 13%) e il gruppo senza l'evento (31 pazienti, 86 %) sui parametri: quality of life score, CHA2DS2-Vasc score, HAS-BLEED score e poi i parametri ecocardiografici (LVEF, LV-GLS, LA-ESV, LA-EDV, LAD, PALS).

Se è possibile identificare i trend, si può rilevare come nel gruppo senza ricoveri il valore LV-GLS sia più alto, confermando una migliore funzione ventricolare sinistra nei pazienti più stabili. I pazienti con l'evento considerato hanno una tendenza verso un punteggio peggiore per quanto riguarda la qualità della vita e questo è facilmente motivabile (Tabella 4).

Tabella 4. Confronto di due gruppi di pazienti in base alla presenza o assenza di RICOVERO per cause cardiovascolari

[median (1st; 3rd quartile)]	No (n=32; 88%)	Hospitalizations Si (n=4; 11%)	p
Health status score (EQ-5D)	90 (80; 91.5)	80 (75; 85)	0,318
CHA2DS2VAsE	4 (2; 4.5)	4 (3; 5)	0.402
HAS-BLEED Score	1 (1; 2)	1 (1; 1)	0.792
LVEF	56.5 (44.3; 62.8)	57 (37; 57)	0.637
LVGLS	16.2 (15; 19)	14.9 (12.9; 15.6)	0.214
LAESV	53 (37; 71.5)	44 (44; 48)	0.36
LAEDV	44 (34; 63.5)	37 (26; 50)	0.372
LAD	4.4 (3.9; 4.9)	4.2 (3.6; 4.4)	0.292
PALS	9 (6.8; 12.7)	13.9 (12.3; 15.2)	0.132

Sembra inoltre che il gruppo con l'evento emorragico (6 pazienti, 16%) avesse livelli significativamente più alti di LVEF e livelli signi-

ficativamente più bassi di PALS, rispetto al gruppo in cui non si è verificato alcun sanguinamento (30, 84%) (Tabella 5).

Tabella 5. Confronto di due gruppi di pazienti in base alla presenza o assenza di SANGUINAMENTO

[median (1st; 3rd quartile)]	No (n=30; 84%)	Bleeding Si (n=6; 16%)	p
Health status score (EQ-5D)	85 (76.3; 92.3)	90 (90; 90)	0.262
CHA2DS2VASc	4 (76.3; 92.3)	4.5 (3.3; 5)	0.424
HAS-BLEED Score	4 (1; 2)	1 (1; 1.8)	0.689
LVEF	54.5 (40; 60)	75 (66; 75)	0.019
LVGLS	16 (14.6; 18.7)	16.6 (10.7; 19.2)	0.804
LAESV	51.5 (37.3; 65)	52.5 (41.5; 77.8)	0.702
LAEDV	43 (28.5; 51.5)	53.5 (42.3; 77.5)	0.167
LAD	4.3 (3.7; 4.7)	4.7 (4.3; 4.9)	0.195
PALS	11.6 (8.4; 15.7)	6 (3.7; 7.1)	0.002

Questo dato è di difficile classificazione e interpretazione, a causa della scarsa correlazione tra eventi legati al sistema della coagulazione e parametri morfo-funzionali cardiaci rilevati dall'ecocardiografia. È possibile ipotizzare che i pazienti con un migliore punteggio di qualità di vita (90 vs 85) e una migliore funzione ventricolare sinistra abbiano una vita quotidiana che li esponga maggiormente

al sanguinamento traumatico. Per quanto riguarda la terapia anti-coagulante, l'intervista telefonica ha avuto risposta solo in 18 pazienti. In questo gruppo di pazienti si è verificato un cambiamento terapeutico nel 44% di essi (8 pazienti/18). Il passaggio è avvenuto da dicumarolico (warfarin) a NOAC per 5 pazienti, da LMWH per 3 di essi (Tabella 6).

Tabella 6. Assunzione di terapia anticoagulante

ANTICOAGULANT at the end						
ANTICOAGULANT at the start	EBPM	Apixaban	Dabigatran	Edoxaban	Rivaroxaban	Total
No one	0	0	0	2	1	3
Dicumarolle	0	2	0	2	1	5
EBPM	1	1	0	2	0	4
Apixaban	0	0	0	0	0	0
Dabigatran	0	0	1	0	0	1
Rivaroxaban	0	0	0	0	5	5
Total	1	3	1	6	7	18

DISCUSSIONE

Lo studio si proponeva di descrivere l'incidenza, la tipologia e la qualità degli eventi avversi correlati alla fibrillazione, quali l'insorgenza di recidive, il sanguinamento, la riospedalizzazione e l'eventuale peggioramento della qualità di vita, in un gruppo di pazienti afferenti alla Cardiologia di riferimento nel SUD della Regione Marche.

Dallo studio emergono 3 principali eventi avversi correlati alla patologia degni di nota. Nel complesso dei dati ottenuti la recidiva di nuovi episodi di FA colpisce oltre il 10% dei pazienti, mentre il

ricorso a riospedalizzazione per cause cardiache riguarda il 13% dei soggetti reclutati e, inoltre, sono notevoli anche gli eventi di sanguinamento, che interessano oltre il 16% dei pazienti.

Allo stesso tempo, risulta rilevante anche la considerazione della qualità di vita percepita dai pazienti. Dal questionario EuroQol emerge che quasi il 20% dei soggetti reclutati dichiara una moderata limitazione nella capacità di movimento, oltre l'8% riferisce moderata o estrema difficoltà nella cura della propria persona, quasi il 20% mostra difficoltà nello svolgere le attività abituali e, infine, oltre il 22% dei pazienti dichiara sintomi di ansia e/o depressione.

Il secondo obiettivo che si poneva lo studio era quello di proporre fattibili strategie di tipo assistenziale ed educativo per limitare il suddetto verificarsi degli eventi avversi.

Per quanto riguarda l'evento recidiva di FA, l'intervento infermieristico potrebbe partire dalla ricezione della chiamata del paziente con sintomi fino ad arrivare ad eventuale riconoscimento elettrocardiografico da remoto ed alla pianificazione di una strategia di cardioversione. L'intervento educativo potrebbe mirare all'addestramento alla rilevazione del polso da parte del paziente o del caregiver, con frequenza cadenzata almeno settimanale se non giornaliera, ed alla sensibilizzazione all'esecuzione della manovra stessa. Inoltre, dovrebbero essere illustrate ai pazienti le attività da evitare per non incorrere ad una recidiva di FA, quali ad esempio sforzi eccessivi o non assunzione della terapia antiaritmica. Infine, dovrebbero essere anche descritti i sintomi che potrebbero sottintendere una recidiva di FA, quali affaticamento, cardiopalmo, vertigini, dolore toracico fino alla perdita di coscienza. Negli ospedali del Nord Europa e degli USA sono già da molti anni implementate le "Nurse-Led Clinics", cliniche gestite esclusivamente da infermieri in grado di valutare, curare o essere consultate e, se richiesto, inviare il paziente ad altri specialisti. Attraverso questo nuovo modello organizzativo, hanno ottenuto miglioramenti nell'esito e nella soddisfazione del paziente, nonché una riduzione dei ricoveri impropri e una riduzione dei costi sanitari. La rilevazione del polso è considerata uno strumento indispensabile per la prevenzione dell'ictus da FA nelle ultime linee guida europee (Hindricks et al. 2021).

Per quanto riguarda l'evento "ospedalizzazione", esso è meno frequente nei pazienti che conservano una migliore funzione ventricolare sinistra. Ciò conferma che una delle cause più frequenti di ricovero per questi pazienti è lo scompenso cardiaco. La FA è spesso associata a questa patologia e il rischio è la morte improvvisa. Grazie alla diagnosi precoce, alle terapie farmacologiche e non, ai nuovi dispositivi impiantati attraverso interventi mini-invasivi, la sopravvivenza dei pazienti scompensati affetti anche da FA è aumentata del 70-80%. Anche in questo contesto, il contributo infermieristico può essere cruciale: un adeguato follow-up con telefonate ripetute settimanalmente che accompagnino il paziente a distanza di tempo dalla presa in carico ospedaliera, potrebbe rilevare precocemente segni e sintomi che altrimenti sfuggirebbero. Spesso, infatti, sono i pazienti stessi a non ritenere degni di nota alcuni segni e sintomi, tali da non essere riferiti a volte neanche ai familiari stessi. Secondo l'American Heart Association, oltre il 65% delle persone affette da FA non percepisce la gravità e le conseguenze della malattia e questo determina negativamente il proseguimento della terapia prescritta.

Il peggioramento della qualità della vita descritto nel campione reclutato è dovuto a sintomi e limitazioni funzionali. La presa in carico infermieristica, ad esempio in un Ambulatorio dedicato, dovrebbe procedere alla verifica periodica della stabilità clinica ed emodinamica, dovrebbe valutare la tolleranza e l'assunzione dei farmaci prescritti, l'assenza di eventi intervenienti, eventualmente con l'utilizzo di flow-chart operative, e promuovere attività fisica compatibile con lo stato di salute del paziente.

L'Ambulatorio Infermieristico di Cardiologia sarebbe importante anche per l'evento "sanguinamento", che è l'effetto collaterale più frequente della terapia anticoagulante. Oltre alla promozione del

monitoraggio dei parametri di laboratorio della coagulazione (INR, aPTT, fibrinogeno), l'infermiere dovrebbe anche educare alla prevenzione delle emorragie traumatiche che sono più frequenti nei pazienti con buona qualità di vita e autonomia funzionale. Questa gestione deve prendere in considerazione gli shift da un anticoagulante all'altro, la concomitanza di interventi chirurgici o procedure invasive, la modifica patologica dei parametri di laboratorio che sono coinvolti nella coagulazione.

A sostegno di quanto proposto vi sono anche importanti studi in letteratura. Ad esempio, il modello organizzativo del Nurse-Led Clinic, precedentemente accennato, si colloca all'interno di un moderno scenario assistenziale, basato sui principi di efficacia, efficienza e adeguatezza (Olivia, Hastie & Farshid 2021). Si tratta, quindi, di allestire un ambulatorio infermieristico, in cui il percorso assistenziale di follow-up del paziente è gestito principalmente dall'infermiere. Farshid et al. ha valutato i risultati dei pazienti con FA di nuova diagnosi negli ambulatori infermieristici. I pazienti sono stati trattati secondo l'algoritmo basato sulle linee guida ESC, indirizzato alla riabilitazione cardiologica per l'educazione sanitaria, l'esercizio fisico e la gestione del peso corporeo (Farshid, Hastie & McManus 2017). Nei 72 pazienti considerati sono stati individuati i seguenti fattori di rischio per FA: il 47% delle persone presentava ipertensione, il 43% era obeso, il 21% assumeva una dose significativa di alcol, il 17% aveva il diabete, il 10% soffriva di apnee notturne e l'8% soffriva di ipertiroidismo. Dopo 6 mesi di follow-up, il 73% dei pazienti è tornato a un ritmo sinusale, senza complicanze emboliche o emorragiche. Hendriks et al. assegnò in modo casuale 712 pazienti in 2 gruppi in un RCT. Il primo gruppo è gestito dagli infermieri ed è costituito da un'assistenza basata su linee guida attraverso un software, sotto la supervisione di un cardiologo. Il secondo gruppo è invece curato abitualmente nella normale struttura ambulatoriale ed è gestito dal cardiologo (Hendriks et al. 2014). Entrambi i campioni hanno compilato un questionario che analizzava: la qualità di vita, l'ansia, la depressione e i livelli di conoscenza della FA. Lo studio concludeva che la qualità di vita, comprese ansia e depressione, è migliorata nel tempo indipendentemente dal gruppo di trattamento. Per contro, il livello di conoscenza della malattia del gruppo gestito dagli infermieri è migliorato maggiormente rispetto all'altro. La stessa équipe, in un altro RCT, ha suddiviso casualmente 712 pazienti con FA tra cure infermieristiche e cure di routine guidate dal cardiologo. L'endpoint primario era la valutazione delle ospedalizzazioni per cause cardiovascolari e morti per cause cardiovascolari (Hendriks et al. 2012). La durata del follow-up è stata di almeno 12 mesi. L'aderenza alle raccomandazioni delle linee guida era significativamente migliore nel gruppo gestito dagli infermieri. Dopo una media di 22 mesi, l'endpoint primario si è verificato nel 14,3% dei 356 pazienti nel gruppo gestito dagli infermieri, rispetto al 20,8% dei 356 pazienti gestiti dai cardiologi. La valutazione infermieristica supporta l'intervento cardiologico, intensificando la sorveglianza clinica e l'azione terapeutica nei pazienti più gravi e complessi. Fornisce informazioni complementari all'analisi cardiologica, essenziali per la comprensione delle necessità assistenziali dei pazienti del mondo reale e per proporre e coordinare un piano di intervento assistenziale personalizzato. È chiaro che il metodo "face to face" è più efficace per instaurare una relazione terapeutica (Chiatti & Aguzzi 2019), ma considerato che il fenomeno dei

ricoveri rappresenta un problema globale, a causa di una notevole pressione sulle risorse economiche, è necessario ridurre la distanza tra il paziente e gli operatori. Esistono strategie mirate, come il telenursing, che diminuiscono quella condizione di esclusione, uno status tanto devastante quanto silente (Megna, 2017).

L'Ambulatorio Infermieristico di Cardiologia da cui sono stati reclutati i pazienti per lo studio, ad oggi, si ispira al modello organizzativo dell'assistenza basato sulla rete integrata multidisciplinare e multiprofessionale ospedale-territorio e territoriale. Si occupa dell'assistenza ambulatoriale o domiciliare di pazienti che necessitano di valutazione clinica multidimensionale, monitoraggio intensivo e intervento infermieristico ad integrazione e supporto dell'intervento medico. I pazienti vengono valutati a seguito della valutazione cardiologica effettuata in struttura, dai servizi distrettuali, alla dimissione dall'ospedale (Cardiologia, Medicina, Geriatria). Un ambulatorio con caratteristiche simili potrebbe accogliere pazienti con anamnesi di FA e garantire gli interventi educativi descritti in caso di parossismi aritmici (Radini et al. 2016).

I limiti principali dello studio sono la ridotta numerosità campionaria, il campionamento di convenienza e la monocentricità della ricerca che pongono limiti alla validità esterna dei risultati.

CONCLUSIONI

I risultati del presente studio dimostrano, in linea con la letteratura, che gli eventi avversi correlati alla FA sono tutt'altro che trascurabili. In questo contesto il contributo dell'infermiere potrebbe essere oggi determinante, sia nell'utilizzo di sistemi di valutazione continua anche a distanza, come accade ad esempio nella telecardiologia, sia nel caso di implementazione di ambulatori a gestione infermieristica dedicati a soggetti cardiopatici. Una presa in carico totale del paziente e della famiglia potrebbe creare una rete di supporto tra territorio ed ospedale in grado di rilevare precocemente segni e sintomi che potrebbero altrimenti esitare in eventi avversi, anche infausti. Lo studio proseguirà con l'implementazione nella realtà marchigiana oggetto di studio delle strategie proposte per limitare gli eventi avversi e favorire un migliore qualità di vita dei pazienti affetti da FA, attraverso una raccolta dati più estesa ed una riorganizzazione completa delle attività di presa in carico ospedale-territorio della diade paziente-caregiver, valorizzando le competenze avanzate degli Infermieri.

CONFLITTI D'INTERESSE

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

Non vi è stata alcuna forma di finanziamento per la conduzione dello studio.

BIBLIOGRAFIA

- Balestroni, G., & Bertolotti, G. (2012). L'EuroQol-5D (EQ-5D): uno strumento per la misura della qualità della vita [EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life]. *Monaldi archives for chest disease = Archivio Monaldi per le malattie del torace*, 78(3), 155–159. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2012.121>
- Censi F., Calcagnini G., Triventi M. & Mattei E. Distribuzione temporale degli episodi di fibrillazione atriale Rapporti Istituzionali 12/52 – ISS 2012.
- Chiatti, M. L. & Aguzzi, A. (2019). Informatizzazione della sanità: il telenursing come strumento di promozione del selfcare. *NurseTimes*. Raggiungibile al sito: <https://www.nursetimes.org/informatizzazione-dellasanita-il-telenursing-come-strumento-di-promozione-del-self-care/75956>.

- EuroQol Group (1990). EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Farshid, A., Hastie, C., & McManus, M. (2017). Nurse-Led, Protocol-Based Atrial Fibrillation Clinic Results in Excellent Compliance with Guidelines. *Heart Lung and Circulation*, 26(Supplement 2):S298.
- Hendriks, J. M., de Wit, R., Crijns, H. J., Vrijhoef, H. J., Prins, M. H., Pisters, R., Pison, L. A., Blaauw, Y., & Tieleman, R. G. (2012). Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. *European heart journal*, 33(21), 2692–2699. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs071>
- Hendriks, J. M., Vrijhoef, H. J., Crijns, H. J., & Brunner-La Rocca, H. P. (2014). The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 16(4), 491–499. <https://doi.org/10.1093/europace/eut286>
- Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., Boriani, G., Castella, M., Dan, G. A., Dilaveris, P. E., Fauchier, L., Filippatos, G., Kalman, J. M., La Meir, M., Lane, D. A., Lebeau, J. P., Lettino, M., Lip, G. Y. H., Pinto, F. J., Thomas, G. N., ... ESC Scientific Document Group (2021). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *European heart journal*, 42(5), 373–498. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>
- Kirchhof, P., Benussi, S., Kotecha, D., Ahlsson, A., Atar, D., Casadei, B., Castella, M., Diener, H. C., Heidbuchel, H., Hendriks, J., Hindricks, G., Manolis, A. S., Oldgren, J., Popescu, B. A., Schotten, U., Van Putte, B., Vardas, P., Agewall, S., Camm, J., Baron Esquivias, G., ... Zeppenfeld, K. (2016). 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, 50(5), e1–e88. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezw313>
- Lip, G. Y., Fauchier, L., Freedman, S. B., Van Gelder, I., Natale, A., Gianni, C., Nattel, S., Potpara, T., Rienstra, M., Tse, H. F., & Lane, D. A. (2016). Atrial fibrillation. *Nature reviews. Disease primers*, 2, 16016. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.16>
- Megna A. (2017) Il telenursing. *InfermieristicaMente*. Raggiungibile al sito: <https://www.infermieristicamente.it/articolo/8487/infermieri-20-il-telenursing/>.
- Naser, N., Kulic, M., Dilic, M., Dzibur, A., Durak, A., Pepic, E., Smajic, E., & Kusljagic, Z. (2017). The Cumulative Incidence of Stroke, Myocardial infarction, Heart Failure and Sudden Cardiac Death in Patients with Atrial Fibrillation. *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 71(5), 316–319. <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.71.316-319>.
- Olivia, C., Hastie, C., & Farshid, A. (2021). Adherence to guidelines regarding anticoagulation and risk factors for progression of atrial fibrillation in a nurse-led clinic. *Internal medicine journal*, 51(7), 1136–1142. <https://doi.org/10.1111/imj.14874>
- Pardo Sanz, A., Salido Tahoces, L., Ortega Pérez, R., González Ferrer, E., Sánchez Recalde, Á., & Zamorano Gómez, J. L. (2021). New-onset atrial fibrillation during COVID-19 infection predicts poor prognosis. *Cardiology journal*, 28(1), 34–40. <https://doi.org/10.5603/CJ.a2020.0145>
- Piscione, F., Piccolo, R., De Rosa, R., & Chiariello, M. (2009). La qualità della vita: una valutazione spesso trascurata nei pazienti con arteriopatia periferica [Assessment of quality of life in patients with peripheral arterial disease: a problem left ahead]. *Giornale italiano di cardiologia* (2006), 10(4), 216–224.
- Radini, D., Sola, G., Zeriali, N., Grande, E., Humar, F., Tarantini, L., Pulignano, G., Stellato, K., Barbatì, G., & Di Lenarda, A. (2016). Obiettivi, organizzazione e attività di un Ambulatorio Infermieristico Cardiologico di Continuità Assistenziale [Objectives, organization and activities of a nurse-led clinic for outpatient cardiology care]. *Giornale italiano di cardiologia* (2006), 17(5), 377–387. <https://doi.org/10.1714/2252.24268>
- Wijesurendra, R. S., & Casadei, B. (2019). Mechanisms of atrial fibrillation. *Heart (British Cardiac Society)*, 105(24), 1860–1867. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314267>
- Zoni-Berisso, M., Lercari, F., Carazza, T., & Domenicucci, S. (2014). Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clinical epidemiology*, 6, 213–220. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S47385>

Daiana Campani

Dipartimento di Medicina Traslazionale,
Università del Piemonte Orientale, Novara, Italia
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera
Italiana (SUPSI), Manno, Switzerland
daiana.campani@uniupo.it

Alessandra Viganò

Associazione Locarnese e Valmaggese
di Assistenza e cura a Domicilio (ALVAD),
Locarno, Switzerland

Sara Levati

Associazione Locarnese e Valmaggese
di Assistenza e cura a Domicilio (ALVAD),
Locarno, Switzerland
Scuola Universitaria Professionale della
Svizzera Italiana (SUPSI), Manno, Switzerland

Olindo Regazzi

Associazione Locarnese e Valmaggese
di Assistenza e cura a Domicilio (ALVAD),
Locarno, Switzerland

Alessandra Mion

Associazione Locarnese e Valmaggese
di Assistenza e cura a Domicilio (ALVAD),
Locarno, Switzerland

Laura Signorotti

Azienda Sanitaria Locale (ASL) Novara,
Novara, Italia

Sonia Prtillo

Azienda Sanitaria Locale (ASL) Novara,
Novara, Italia

Stefano Zennaro

Azienda Sanitaria Locale (ASL) Novara,
Novara, Italia

Cesarina Prandi

Associazione Locarnese e Valmaggese di
Assistenza e cura a Domicilio (ALVAD), Locarno,
Switzerland
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera
Italiana (SUPSI), Manno, Switzerland

Verso una validazione transfrontaliera di una scheda di rilevazione delle cadute a domicilio

*Cross-border validation of a fall incidents reporting form
in primary care*

**Ricadute nella pratica**

- L'utilizzo di una scheda di reporting delle cadute e quasi cadute validata permette di conoscere le caratteristiche, la dinamica e le cause legate alla caduta a domicilio;
- Registrare correttamente i dati sulle cadute permette di raccogliere e analizzare puntualmente i dati relativi al fenomeno e di condurre studi longitudinali e di confronto, nonché studi di prevalenza e incidenza;
- Attraverso l'analisi dei dati è possibile programmare set di interventi per diminuire il rischio di caduta o quasi caduta e orientare la pratica assistenziale;
- La validazione transfrontaliera effettuata rappresenta un primo passo nel raggiungere un livello superiore di integrazione regionale e coordinamento transfrontaliero per migliorare le cure e le relazioni tra regioni limitrofe grazie a soluzioni condivise e sinergie che partono dall'analisi di banche dati più ampie.

ABSTRACT ITALIANO

Introduzione. Le cadute accidentali sono una delle principali cause di disabilità nella popolazione anziana che vive a domicilio.

La maggior parte delle cadute è associata a uno o più fattori di rischio modificabili, come per esempio la debolezza muscolare, la polifarmacoterapia e l'ambiente domestico. La natura delle cadute è complessa, per cui è complessa anche la sua valutazione. Nonostante la letteratura abbia già sottolineato l'importanza di prevenire le cadute studiandone cause ed effetti, le cadute osservate sono spesso poco o scarsamente documentate. **Obiettivi.** Costruire e validare una scheda di reporting delle cadute nella popolazione residente a domicilio in territorio transfrontaliero italiano (Piemonte orientale e canton Ticino). **Metodi.** È stato creato un gruppo di lavoro multidisciplinare transfrontaliero che ha creato la prima versione della scheda di reporting delle cadute. La scheda è stata inviata in cieco agli esperti italiani e svizzeri che, dopo due round di valutazione hanno approvato la scheda definitiva modificata. **Risultati.** Sono stati condotti due round di valutazione in termini di specificità, rilevanza e completezza delle informazioni raccolte; in entrambi i round il tasso di risposta degli esperti è stato del 100%. La scheda è stata validata al secondo round, dopo alcune modifiche, con un tasso di concordanza fra gli esperti del 100%. **Conclusioni.** La scheda validata può essere utilizzata per la rilevazione delle cadute a livello domiciliare, per orientare la pratica

assistenziale e la scelta degli interventi preventivi nonché valutare l'efficacia di quelli già messi in atto. **Parole chiave.** Falls, Accidental Fall, Home Environments, Reporting tools, Assessment.

ABSTRACT INGLESE

Introduction. Accidental falls are a major cause of disability among the elderly population living at home. Most falls are associated with one or more modifiable risk factors, including muscle weakness, polypharmacy, and home environment. The nature of falls is complex, so it is its assessment. Although the literature has already emphasized the importance of preventing falls by studying their causes and effects, observed falls are often poorly documented. **Aim.** To develop and validate a falls reporting form among the population living at home in cross-border territory (Piemonte IT and Ticino CH). **Methods.** A cross-border multidisciplinary working group was established and developed the first version of the falls reporting form. Italian and Swiss experts blindly evaluated the reporting form in terms of specificity, relevance, and completeness of data through a two-rounds Delphi study. **Results.** Two evaluation rounds were conducted; in both rounds the response rate of the experts was 100%. The form was validated in the second round, after some modifications, with an agreement rate among the experts of 100%. **Conclusion.** The validated form can be used to report fall incidents within nursing home care. This can guide nursing care practice, specifically by allowing nurses to identify ad-hoc preventive interventions and by evaluating those already implemented. **Keywords.** Falls, accidental fall, home environments, reporting tools, assessment.

MANOSCRITTO INTRODUZIONE

Gli infortuni non intenzionali sono la quinta causa principale di morte negli anziani (dopo malattie cardiovascolari, cancro, ictus e malattie polmonari). Le cadute costituiscono i due terzi di questi decessi rappresentando un problema comune e rilevante tra le persone anziane, con un aumento della morbilità e mortalità ad esso correlata (Rubenstein, 2006). La maggior parte delle cadute è associata a uno o più fattori di rischio identificabili, come per esempio debolezza muscolare, andatura instabile, confusione e l'uso di determinati farmaci. Studi hanno dimostrato l'importanza di questi fattori la cui valutazione può ridurre significativamente i tassi di caduta (Rubenstein, 2006).

Negli Stati Uniti circa un terzo delle persone anziane (65 anni o più) che vivono al domicilio cadono ogni anno, e circa la metà di essi, avranno un episodio di future cadute (Kim et al., 2017).

Sebbene non tutte le cadute portino a complicanze, il 10% circa provoca lesioni gravi che necessitano di cure mediche, talvolta con indagini diagnostiche e visite specialistiche erogate nei pronto soccorso oppure in ospedale attraverso ricoveri più o meno lunghi. Tutto ciò ha ripercussioni negative sulla qualità di vita e sull'indipendenza di queste persone. Inoltre, da precedenti studi emerge che il rischio di caduta è direttamente correlato all'età (Kim et al., 2017). Le cadute e gli infortuni ad esso correlati sono comuni negli anziani e sono associati a notevoli costi economici che sono a carico dei singoli, della collettività e del sistema sanitario nel suo insieme (Bjerk et al., 2017).

L'aumento della popolazione anziana, con malattie croniche, rap-

presenta una sfida maggiore per il sistema sanitario nel trovare efficaci e fattibili interventi per raggiungere una buona qualità della vita delle persone che vivono a domicilio (Bjerk et al., 2017). A causa del continuo aumento dell'aspettativa di vita degli ultimi decenni, la popolazione anziana diventa sempre più ad alto rischio di caduta. È quindi opportuno effettuare una sempre più mirata valutazione del rischio di caduta e porre maggiore attenzione sulle fasi di pianificazione ed intervento per poter minimizzare l'evento avverso (Kim et al., 2017).

Importanti fattori di rischio di caduta negli anziani sono l'alterato senso dell'equilibrio e della deambulazione, la multiterapia, la malnutrizione e una storia di cadute pregresse. Conseguenze comuni di una caduta sono le limitazioni dell'attività, la perdita di mobilità e di indipendenza e la paura di cadere nuovamente (Bjerk et al., 2017). Sono stati identificati oltre 400 fattori di rischio per le cadute. Questi fattori di rischio sono descritti e classificati in vari modi, tra i quali modificabili (cioè, suscettibili di interventi) e non modificabili (cioè, immutabili, come l'età). Altre classificazioni includono fattori intrinseci ed estrinseci (ambientale), comportamentali, sociali ed economici. Indipendentemente dalla classificazione, è importante notare che per molte persone, i fattori sono complessi ed interconnessi. Anche alcuni fattori all'interno delle organizzazioni sanitarie possono aumentare il rischio di cadute, ad esempio problemi associati a processi di valutazione e interventi incoerenti (Registered Nurses' Association of Ontario, 2017).

La natura delle cadute è complessa, per cui è complessa anche la sua valutazione. L'approccio ottimale implica la collaborazione interdisciplinare nella valutazione e nell'identificare e applicare interventi, in particolare la valutazione dell'esercizio fisico, delle condizioni mediche coesistenti e dell'ambientale in cui vive la persona (Rubenstein, 2006).

Gli interventi di prevenzione delle cadute possono comprendere interventi a componente singola (ad es. esercizio) o multipla di due o più tipi di intervento (ad es. esercizio e revisione dei farmaci). I vari interventi di prevenzione delle cadute, sia singoli che multipli, nella maggior parte dei casi, sono associati a un minor numero di cadute future (Dautzenberg et al., 2021). Questi interventi possono essere personalizzabili sulla singola persona o standardizzati nella popolazione anziana (Hopewell et al., 2018).

Molte cadute sono prevedibili e prevenibili, tuttavia alcune di esse non possono essere evitate; in questi casi, l'attenzione dovrebbe essere concentrata sulla prevenzione proattiva diminuendo la frequenza delle cadute. La prevenzione delle cadute è una responsabilità condivisa all'interno dell'equipe sanitaria (Liu-Ambrose et al., 2019). Trova una spiccata importanza per la prevenzione delle cadute, l'educazione del paziente, del caregiver e del personale socio-sanitario che si prende cura del paziente nel quotidiano (Tricco et al., 2019).

Nonostante gli interventi di prevenzione della caduta, è impossibile ridurre totalmente tale rischio. In tal caso risulta di estrema importanza un'ottimale e corretta registrazione dell'evento su apposite schede, così da poter effettuare nuove valutazioni e successivi interventi più mirati per quella persona. Da ciò nasce la necessità nei servizi di assistenza di disporre di una scheda per la rilevazione delle cadute specifica e validata.

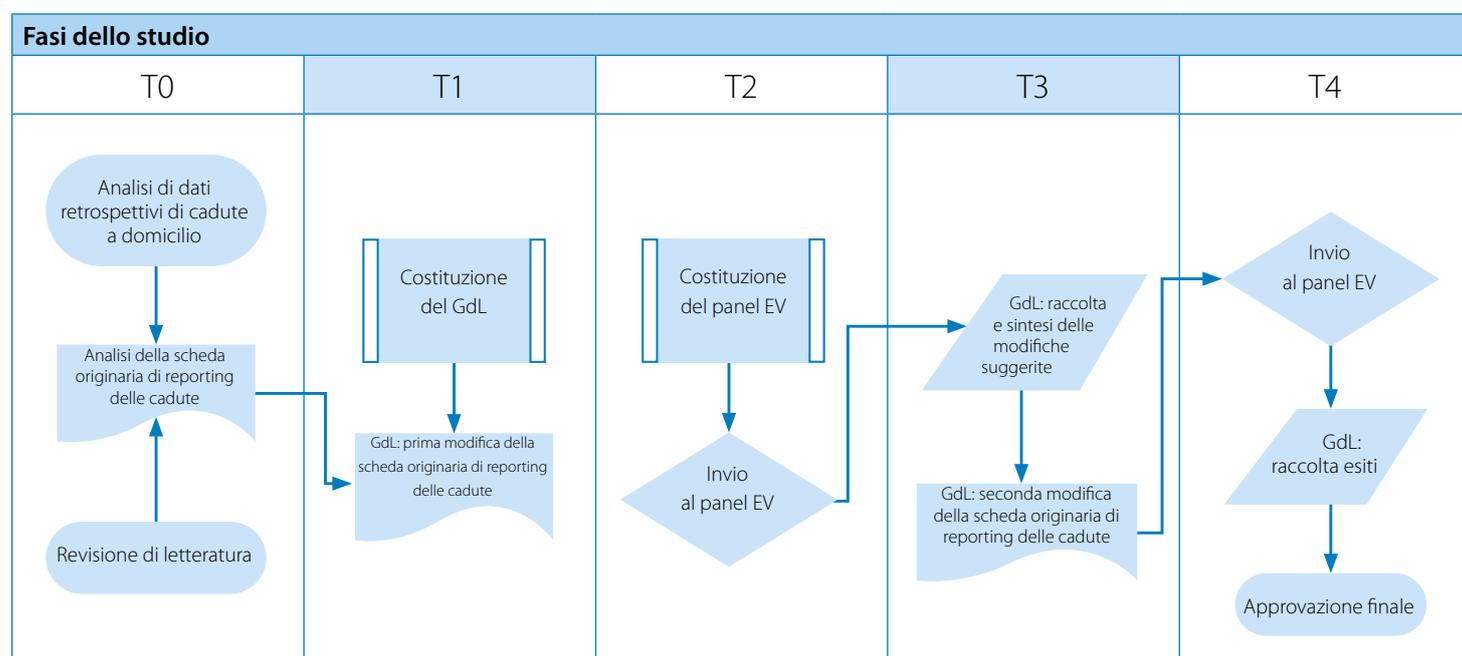
Nella registrazione delle cadute, spesso prevale una grande difformità fra i servizi di assistenza, dovuta alla diversa tipologia di sche-

da utilizzata. Ad esempio, nei servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico (SACD), lo strumento finora utilizzato è la scheda PIPA (Associazione PIPA, 2016) a partire da un progetto di implementazione avviato precedentemente (Willimann, 2017). Nel settore privato, invece, è possibile che gli strumenti utilizzati siano diversificati. La rilevazione delle cadute e delle quasi cadute nel contesto delle cure primarie, in particolare durante l'assistenza domiciliare, è una pratica che potrebbe non essere così diffusa come in altri contesti più istituzionali come le residenze per anziani e gli ospedali dove le cadute sono tra gli indicatori di qualità. Questo comporterebbe una grave sottostima del fenomeno, che potrebbe quindi essere studiato e prevenuto prima che si verifichi con la conseguenza di un accesso al dipartimento di emergenza (Hollinghurst, 2022). È da notare che a domicilio la registrazione delle cadute è un dato in gran parte riferito e che come tale necessita di un'indagine accurata di tipo ambientale, dinamico, con ampia variabilità soggettiva-oggettiva, implicante anche il processo di memoria delle persone coinvolte. Pertanto, gli obiettivi di questo studio sono quelli di costruire una scheda di segnalazione cadute partendo da una scheda già in uso, rendendola comprensibile e decodificabile per gli operatori, di facile utilizzo e validata a livello transfrontaliero. Utilizzando schede non validate si può incorrere in valutazioni non mirate ed in possibili dimenticanze e, di conseguenza, la successiva pianificazione ed intervento risulterebbe incompleta o addirittura errata (Ministero della Salute, 2011). Tutto questo porta a conseguenze negative per la persona in quanto risulterebbe ancora ad elevato rischio di caduta. Da ciò emerge l'importanza di utilizzare una corretta scheda di rilevazione delle cadute a domicilio, così da poter creare un programma personalizzato per la singola persona, in base ai propri deficit e comorbidità.

OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio era quello di costruire e validare una scheda di segnalazione delle cadute al fine di riportare le cadute e le quasi cadute nella popolazione residente a domicilio in territorio transfrontaliero (italiano e svizzero).

Figura 1: fasi dello studio



MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio di validazione con metodo Delphi (Dalkey & Helmer, 1963; Hsu & Sandford, 2019). Preliminarmente, era stato effettuato uno studio retrospettivo sui dati di tre anni (2018-2020) riguardanti le cadute a domicilio raccolti dagli operatori sanitari dello "spitex" di interesse pubblico (spitex è un termine generale utilizzato nella lingua tedesca per indicare l'assistenza e cura domestica, cioè le "cure esterne all'ospedale") operante nel territorio locarnese del Cantone Ticino. Dai risultati dello studio è stato evidenziato che la scheda attualmente in uso per la rilevazione delle cadute al domicilio presentava alcune criticità (es. dati incompleti per la comprensione del fenomeno cadute, difformità nella compilazione), a fronte di una procedura già avviata e diffusa di segnalazione dell'incidente da parte degli operatori e di un'attenzione del servizio rispetto a tale problematica. Partendo da questo strumento, attraverso l'utilizzo del metodo Delphi, è stato creato un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha analizzato e modificato la scheda sulla base delle evidenze ricercate attraverso una revisione della letteratura e delle considerazioni emergenti dall'analisi del precedente dataset.

La scheda è stata successivamente inviata via e-mail ad otto esperti, quattro professionisti svizzeri e quattro professionisti italiani scelti sulla base delle rispettive competenze multidisciplinari, specialità ed esperienze, per ricevere una loro prima valutazione, effettuata in maniera indipendente, in termini di specificità, rilevanza e completezza delle informazioni.

Descrizione delle fasi dello studio

Lo studio è stato condotto in cinque fasi e quattro tempi (Figura 1) come segue:

- Fase T0 o preparatoria: analisi di dati retrospettivi e revisione di letteratura
- Fase T1: proposta di modifiche da parte del GdL
- Fase T2: primo round di valutazione EV
- Fase T3: modifiche da parte del GdL
- Fase T4: secondo round di valutazione EV e validazione.

Descrizione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare

Il Gruppo di Lavoro (GdL) multidisciplinare è stato composto unendo nove esperti, uomini e donne, con background formativi ed expertise diverse nel campo dell’assistenza, della formazione, della ricerca e dell’organizzazione.

Il GdL ha incluso quindi:

- Un Ricercatore
- Un Direttore Sanitario
- Un esperto di sistemi informatici
- Un assistente di Direzione Sanitaria, referente qualità
- Un infermiere specialista clinico in Geriatria e Gerontologia
- Un collaboratore scientifico del Servizio Prevenzione
- Un responsabile di Distretto
- Un docente universitario
- Un dottorando di Ricerca.

Descrizione del panel di Esperti Valutatori

Il panel multidisciplinare di Esperti Valutatori (EV) è stato selezionato, similmente al GdL, includendo stakeholder ed esperti con comprovata esperienza in materia.

Il gruppo EV comprendeva quindi otto valutatori, quattro italiani e quattro svizzeri, tra cui:

- due fisioterapisti
- un terapeuta occupazionale/ergoterapista
- un Geriatra
- un infermiere responsabile di progetti di cure domiciliari
- uno statistico
- un coordinatore infermieristico ADI
- un Infermiere di Famiglia.

Descrizione dello strumento

Il modulo di rilevazione cadute a domicilio originale (Figura 2), era formato da 7 quadri principali:

- Quadro operatore
- Quadro dati utente
- Quadro dati caduta
- Quadro descrizione narrativa della caduta
- Quadro esiti della caduta
- Quadro descrizione narrativa degli esiti della caduta
- Quadro rilevazioni post caduta, procedure e misure preventive.

Complessivamente, la maggior parte dei quesiti era a risposta chiusa. Era previsto un campo relativo ai dati di chi compila il modulo ed uno relativo ai dati dell’utente. Successivamente era possibile indagare i diversi item inerenti le caratteristiche specifiche dell’utente, della caduta e degli esiti in merito.

La prima valutazione (si veda Figura 1 per maggiori dettagli) indagava:

- la “deambulazione antecedente la caduta”
- lo “stato di coscienza antecedente la caduta”
- la “terapia farmacologica in atto”.

Dopo questi dati, venivano rilevati i “dati caduta”, indagando:

- data, ora, tempo di permanenza a terra
- il “luogo” della caduta
- se fossero stati presenti “testimoni” e quali testimoni
- “l’attività svolta durante la caduta”
- il “tipo di caduta”
- la “direzione” e “l’impatto” della caduta (ad esempio pavimento, “parete”, ecc)
- la “descrizione” narrativa della caduta

- la “causa della caduta” (ad esempio: “inciampo/collisione”, “cambio improvviso di direzione”, “malore”, “abbigliamento/ calzature”)
- gli “esiti della caduta” (per esempio “contusioni”, “ferite”, “fratture”)
- una descrizione narrativa degli esiti
- la “deambulazione post caduta” (per esempio “da solo” o “con ausili”)
- lo “stato di coscienza post caduta”
- le “procedure messe in atto” (ad esempio “informato il medico”)
- le “misure preventive previste”.

Figura 2: scheda originale

MODULO DI RILEVAZIONE CADUTE A DOMICILIO		
Compilato il	Compilato da	Funzione
DATI UTENTE		
Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita _____		
SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Deambulazione antecedente la caduta	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Con l'aiuto di terzi	
Stato di coscienza antecedente la caduta	<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato	
Terapia Farmacologica in atto	<input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> Antiperistaltici <input type="checkbox"/> Neuroletici <input type="checkbox"/> Ansedifici <input type="checkbox"/> Antipertensivi/vasodilatatori <input type="checkbox"/> Lassativi <input type="checkbox"/> Antidolorifici <input type="checkbox"/> Antidepressivi <input type="checkbox"/> Ipnotici <input type="checkbox"/> Anticoagulanti <input type="checkbox"/> Altro	
DATI CADUTA		
Data della caduta _____ Ora _____		
Tempo di permanenza a terra _____		
Luogo	<input type="checkbox"/> Camera <input type="checkbox"/> Bagno <input type="checkbox"/> Corridoio <input type="checkbox"/> Cucina <input type="checkbox"/> Soggiorno <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Giardino <input type="checkbox"/> Cantina <input type="checkbox"/> Altro	
Testimoni	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quali _____	
Attività svolta durante la caduta	<input type="checkbox"/> Alzarsi/sedersi <input type="checkbox"/> Deambulazione con/senza ausilio <input type="checkbox"/> Coricarsi <input type="checkbox"/> Girarsi <input type="checkbox"/> Regarsi <input type="checkbox"/> Eseguire transfert <input type="checkbox"/> Altro	
Tipo di caduta	<input type="checkbox"/> Scivolato <input type="checkbox"/> Inciampo <input type="checkbox"/> Capogiro/venimento <input type="checkbox"/> Perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> Spinto da terzi <input type="checkbox"/> Non ricorda <input type="checkbox"/> Altro	
Direzione della caduta	<input type="checkbox"/> Avanti <input type="checkbox"/> Indietro <input type="checkbox"/> Di lato <input type="checkbox"/> Non rilevabile	
Impatto	<input type="checkbox"/> Pavimento <input type="checkbox"/> Parete <input type="checkbox"/> Sanitari <input type="checkbox"/> Mobilio <input type="checkbox"/> Altro	
Descrizione:		
Causa della caduta	<input type="checkbox"/> Inciampo/collisione <input type="checkbox"/> Cambio improvviso di direzione <input type="checkbox"/> Malore <input type="checkbox"/> Perdita di coscienza <input type="checkbox"/> Rottura ausilio <input type="checkbox"/> Perdita di forza <input type="checkbox"/> Movimenti troppo rapidi <input type="checkbox"/> Mancata richiesta di aiuto <input type="checkbox"/> Abbigliamento/calzature <input type="checkbox"/> Errata valutazione della distanza <input type="checkbox"/> Uso inadeguato degli ausili (specificare): _____ <input type="checkbox"/> Inadeguatezza ausili (specificare): _____ <input type="checkbox"/> Fattori ambientali (specificare): _____ <input type="checkbox"/> Altro	
Esiti della caduta	<input type="checkbox"/> Nessuna lesione evidente <input type="checkbox"/> Contusioni <input type="checkbox"/> Ferite <input type="checkbox"/> Trauma cranico <input type="checkbox"/> Fratture (anche sospette) <input type="checkbox"/> Dolori, sede	
Descrizione esiti		
Deambulazione post caduta	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Con l'aiuto di terzi	
Stato di coscienza post caduta	<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato	
PROCEDURE MESSE IN ATTO	<input type="checkbox"/> Informato i parenti, quali _____ <input type="checkbox"/> Informato medico Dr. _____ <input type="checkbox"/> Altro	
MISURE PREVENTIVE PREVISTE		

RISULTATI

La scheda originale è stata valutata da un GdL multidisciplinare e in seguito ad una valutazione delle evidenze, tramite una revisione della letteratura, si sono apportate le prime modifiche alla scheda. Le modifiche effettuate al modulo ricadono all'interno di tre livelli concettuali:

- Nel primo livello sono state effettuate delle modifiche relative ai contenuti tecnico-scientifici del modulo, attraverso la consultazione di esperti sul tema cadute.
- Il secondo livello prevedeva di individuare delle istruzioni operative per guidare l'implementazione informatizzata del modulo al fine di creare un dataset corretto e funzionale.
- Nel terzo livello, a completamento e integrazione dei precedenti due, sono descritte delle note metodologiche ai fini statistici e di ricerca.

Con un tasso di risposta del 100%, la scheda è stata quindi analizzata e modificata dal gruppo di lavoro sulla base dei pareri degli esperti. Successivamente è stata inviata per un secondo round di valutazione, al quale non sono state apportate ulteriori modifiche.

Quadro operatore

È stata introdotta la data di compilazione nel formato GG/MM/AAAA forzando la risposta dell'operatore a questo unico formato. Nel campo "compilato da" è stata limitata la possibilità di introdurre un solo nome di compilatore, ovvero colui che fa la segnalazione e ne è responsabile. Nel campo "funzione operatore" viene specificata la funzione professionale di chi segnala la caduta attraverso la compilazione del modulo. È quindi stata lasciata la possibilità di riportare una sola funzione, limitando la scelta a poche categorie professionali (es. Infermiere, OSS, Assistente di cura, ecc.) ovvero coloro che prestando assistenza diretta sono i principali segnalatori di eventi accidentali. Per quanto riguarda le cadute eventualmente registrate da studenti/allievi si riporta sempre e solo la qualifica del professionista responsabile della segnalazione e, anche in caso di segnalazioni di cadute effettuate da più figure (es. OSS + Infermiere), il campo riporta solo una qualifica ovvero quella di chi compila la registrazione/segnalazione.

Quadro dati utente

Nella sezione "dati utente", il termine "sesso" è stato sostituito con "genere".

È stata introdotta una nuova sezione "precedenti cadute", con due domande a risposta chiusa dicotomica "sì" o "no". Esse sono: "L'utente è già caduto in precedenza?", "L'utente ha mai rischiato di cadere nell'ultimo mese (quasi-caduta)?".

Si introduce un altro nuovo item: "vista" attraverso una domanda: "Utilizza occhiali o lenti a contatto?", ad essa si risponde con "sì" o "no".

Si valuta se la caduta è stata causata da "fattori ambientali", si risponde con "sì" o "no" e nel caso di risposta positiva si valuta la causa: "illuminazione", "ostacoli", "scale" o "pavimenti irregolari". Le risposte relative alla "deambulazione antecedente la caduta" vengono sostituite con: "autonomo", "occasionalmente con ausili/aiuto terzi", "sempre con ausili/aiuto terzi".

La parte riguardante la "terapia farmacologica in atto indaga quanti farmaci assume abitualmente l'utente" eliminando alcune categorie farmacologiche, ovvero lasciando solo: "diuretici", "antiper-

tensivi/vasodilatatori", "ansiolitici", "ipnotici", "antidolorifici", "lassativi", "antidepressivi" e "antiparkinsoniani".

Quadro dati caduta

Anche la parte riguardante i "dati caduta" è stata modificata: in questa sezione sono presenti degli item per chi compila la scheda, come conoscere la "data della caduta", "l'orario", con tre possibili risposte: "mattino (6-12)", "pomeriggio (12-20)" o "notte (20-6)" ed il "tempo di permanenza a terra" con risposta "nessun tempo a terra-pochi secondi", "pochi minuti", "più di mezz'ora- fino a un'ora" o "più di un'ora (anche più ore)".

Sono state modificate le risposte del "luogo della caduta", lasciando solo: "camera da letto", "bagno", "cucina", "soggiorno/sala", "zone di passaggio" o "luoghi esterni".

Sono state introdotte delle risposte chiuse nel caso di risposta positiva alla domanda se fossero presenti "testimoni" durante l'evento caduta, specificando: "personale aiuto domiciliare- badanti", "familiare" o "persona esterna".

È stato aggiunto l'item "Chi riferisce la caduta?": "persona assistita" o "testimone". Alla domanda "tipo di caduta", è stata eliminata la risposta "spinto da terzi" e "non ricorda", ed aggiunto "non rilevabile" accanto al "non ricorda".

È stato eliminato l'item della "direzione caduta" e sostituita la parola "parete" con la parola "muro" nell'item riguardante "l'impatto". Viene completamente rimossa la "causa della caduta" e le conseguenti risposte chiuse in quanto ritenute ridondanti.

Quadro descrizione narrativa della caduta

Il campo richiede di descrivere la dinamica della caduta in maniera narrativa. Questo campo risposta è obbligatorio, prevede l'inserimento di testo libero e non ha subito modifiche da parte degli esperti ovvero è stato confermato.

Quadro esiti della caduta

Negli "esiti della caduta" accanto alla parola "contusioni", si aggiunge "ematomi". Viene indagato un nuovo aspetto, riguardante la "paura di cadere" tramite risposta dicotomica "sì" o "no".

Quadro descrizione narrativa degli esiti della caduta

Conformemente al campo "Descrizione narrativa della caduta", questo riquadro non ha subito modifiche da parte degli esperti.

Quadro rilevazioni post caduta, procedure e misure preventive

Vengono cambiate le risposte riguardanti la "deambulazione post caduta" con: "autonoma", "temporaneamente con ausili/aiuto di terzi", "permanente con ausili/aiuto di terzi".

Anche per quanto riguarda le "procedure messe in atto" vengono sostituite le risposte con: "avvisato medico e un familiare" o "avvisati altri". Le "misure preventive previste", da domanda aperta, diventa a risposta multipla con le seguenti possibili risposte: "Interventi modifica ambientale", "fisioterapista, riabilitazione, esercizio fisico", "Revisione farmacologica", "Teleallarm, dispositivi tecnologici", "colloquio, educazione, istruzioni", "altri interventi" quest'ultimo da specificare.

PRIMO ROUND DI VALUTAZIONE

A questo punto la nuova versione della scheda è stata inviata agli

esperti nel primo round, i quali hanno proposto le seguenti modifiche:

- nella sezione “precedenti cadute”, alla domanda “L’utente è già caduto in precedenza?”, è stata aggiunta la seguente frase: “negli ultimi 12 mesi”.
- Alla successiva domanda: “L’utente ha mai rischiato di cadere nell’ultimo mese (quasi-caduta)?”, si sono aggiunti i seguenti quesiti: “L’utente percepisce insicurezza in piedi o camminando?”, “L’utente è in grado di rialzarsi da solo?”.
- Nella sezione “vista”, dopo la domanda “Utilizza occhiali o lenti a contatto?”, si è aggiunta una sotto domanda: “Se sì, li indossava al momento della caduta?”, anche ad essa si risponde con una dicotomica “sì” o “no”.

Per quanto concerne la parte riguardante le risposte dei “fattori ambientali”, si modificano con delle aggiunte: “l’illuminazione scarsa o inadeguata”, “ostacoli (mobili, tappeti, ecc.)”, “scale” o “pavimenti irregolari e/o bagnati o altre barriere (es. vasca da bagno)”. Si cambiano le risposte della “deambulazione antecedente la caduta”, con le seguenti valutazioni: “indipendente”, “occasionalmente indipendente con ausili/aiuto terzi”, in questo caso si cerca di capire se “li utilizzava al momento della caduta?” tramite risposta dicotomica “sì” o “no”, “sempre dipendente con ausili/aiuto terzi”, e se “li utilizzava al momento della caduta?”, rispondendo “sì” o “no”, “non deambulante”.

L’item “stato di coscienza antecedente la caduta” viene sostituito con “orientamento spazio- tempo”, rimangono invariate le risposte. Si aggiunge se presente o meno un deterioramento cognitivo?” rispondendo “sì” o “no”. Si aggiunge una valutazione dello “stato nutrizionale” con due possibili risposte: “corretta” o “presenta carenze alimentari”. Nella sezione “testimoni” si sposta il nome “badanti” nella risposta “familiare”. Viene sostituito l’item “attività svolta durante la caduta” con “funzioni motorie”, rimangono invariate le possibili risposte. Si sostituiscono le risposte relative “all’attività svolta durante la caduta” indicando solo una delle seguenti risposte: “B/ADL”, “I/ADL”, “attività di tempo libero”. Si sostituiscono le risposte relative alla “deambulazione post caduta” con: “indipendente”, “occasionalmente indipendente con ausili/aiuto terzi”, “sempre dipendente con ausili/aiuto terzi” o “non deambulante (allettato, ecc.)”. Si sostituisce la frase “stato di coscienza post caduta” con “orientamento spazio-tempo”, rimangono invariate le risposte. Si aggiunge un nuovo item: “ci sono stati segni premonitori?” con risposta “sì” o “no”. Nella sezione “misure preventive previste”, viene sostituita la risposta “fisioterapista, riabilitazione, esercizio fisico” con “Attivazione di percorso riabilitativo specialistico (Fisioterapia / Ergoterapia)”.

SECONDO ROUND DI VALUTAZIONE

Successivamente, la scheda così modificata è stata nuovamente inviata agli esperti via e-mail per il secondo round di valutazione in maniera indipendente.

In questa fase è stata proposta solo l’aggiunta della categoria “be-tabloccanti”, nella sezione “terapia farmacologica in atto”, ma tale proposta non è stata accolta dal gruppo.

Dopo questo ultimo passaggio, avendo ottenuto il 100% di consenso fra gli esperti, la scheda è stata validata quale strumento specifico ed accurato per indagare le cadute a domicilio.

Nello studio è stato rilevato un buon grado di concordanza fra gli esperti e la nuova scheda risulta essere utile per l’implementazione

di un nuovo sistema di rilevazione delle cadute a domicilio, in particolare relative all’evento caduta e quasi caduta.

La scheda in versione definitiva è riportata in Figura 3.

Figura 3- scheda finale

MODULO DI RILEVAZIONE CADUTE A DOMICILIO		
Compilato il (GG/MM/AAAA)	Compilato da (un solo operatore)	Funzione operatore
DATI UTENTE		
Cognome _____ Nome _____		
Data di Nascita (GG/MM/AAAA) _____ GENERE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Precedenti cadute L'utente è già caduto in precedenza? (negli ultimi 12 mesi) L'utente ha mai rischiato di cadere nell'ultimo mese (quasi-caduta)? L'utente percepisce insicurezza in piedi e camminando? L'utente è in grado di rialzarsi da solo?		<input type="checkbox"/> SI/NO <input type="checkbox"/> SI/NO <input type="checkbox"/> SI/NO <input type="checkbox"/> SI/NO
Vista Utilizza occhiali o lenti a contatto? Se sì, li indossava al momento della caduta?		<input type="checkbox"/> SI/NO <input type="checkbox"/> SI/NO
Fattori ambientali Se sì, quali?		<input type="checkbox"/> SI/NO <input type="checkbox"/> illuminazione scarsa o inadeguata <input type="checkbox"/> ostacoli (mobili, tappeti, ecc.) <input type="checkbox"/> scale <input type="checkbox"/> pavimenti irregolari e/o bagnati o altre barriere (es. vasca da bagno)
Deambulazione antecedente la caduta		<input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> occasionalmente indipendente con ausili/aiuto terzi - li utilizzava al momento della caduta? <input type="checkbox"/> SI/NO <input type="checkbox"/> sempre dipendente con ausili/aiuto terzi - li utilizzava al momento della caduta? <input type="checkbox"/> SI/NO <input type="checkbox"/> non deambulante
Orientamento spazio-tempo E' presente un deterioramento cognitivo?		<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> SI/NO
Terapia Farmacologica in atto Quanti farmaci assume abitualmente l'utente? Quali tipi di farmaci assume il paziente?		(numero farmaci) <input type="checkbox"/> diuretici <input type="checkbox"/> antiipertensivi/vasodilatatori <input type="checkbox"/> antidiabetici <input type="checkbox"/> antinfiammatori, (ipnotici, antidolorifici) <input type="checkbox"/> lassativi <input type="checkbox"/> antidepressivi <input type="checkbox"/> antiparkinsoniani <input type="checkbox"/> corretta <input type="checkbox"/> presenta carenze alimentari
Stato nutrizionale		<input type="checkbox"/> corretta <input type="checkbox"/> presenta carenze alimentari

DATI CADUTA	
Data della caduta (GG/MM/AAAA) _____	
Orario caduta	<input type="checkbox"/> mattino (6-12) <input type="checkbox"/> pomeriggio (12-20) <input type="checkbox"/> notte (20-6)
Tempo di permanenza a terra	<input type="checkbox"/> nessun tempo a terra- pochi secondi <input type="checkbox"/> pochi minuti <input type="checkbox"/> più di mezz'ora- fino a un'ora <input type="checkbox"/> più di un'ora (anche più ore)
Luogo della caduta	<input type="checkbox"/> camera da letto <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> cucina <input type="checkbox"/> soggiorno/sala <input type="checkbox"/> zone di passaggio <input type="checkbox"/> luoghi esterni
Testimoni	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quali <input type="checkbox"/> personale aiuto domiciliare <input type="checkbox"/> familiare- badanti <input type="checkbox"/> persona esterna
Chi riferisce la caduta?	<input type="checkbox"/> persona assistita <input type="checkbox"/> testimone
Funzioni motorie	<input type="checkbox"/> deambulazione <input type="checkbox"/> alzarsi/sedersi, coricarsi, transfert <input type="checkbox"/> girarsi <input type="checkbox"/> piegarsi <input type="checkbox"/> altro
Attività svolta durante la caduta (indicare una sola risposta)	<input type="checkbox"/> B/ADL <input type="checkbox"/> I/ADL <input type="checkbox"/> Attività di tempo libero
Tipo di caduta	<input type="checkbox"/> perdita equilibrio <input type="checkbox"/> inciampo <input type="checkbox"/> scivolamento <input type="checkbox"/> capogiro/vertimento <input type="checkbox"/> mancanza forze, perdita di forze negli arti inferiori, cedimento <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> non ricorda, non rilevabile
Impatto	<input type="checkbox"/> pavimento <input type="checkbox"/> mobili <input type="checkbox"/> muro <input type="checkbox"/> sanitari <input type="checkbox"/> altro

Descrizione:	
<input type="checkbox"/> Nessuna lesione evidente <input type="checkbox"/> Contusioni/ematomi <input type="checkbox"/> Ferite <input type="checkbox"/> Trauma cranico <input type="checkbox"/> Fratture (anche sospette) <input type="checkbox"/> Dolori, sede	
Esiti della caduta	
<input type="checkbox"/> Sì/NO	
Descrizione esiti	
<input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> occasionalmente indipendente con ausili/aiuto terzi <input type="checkbox"/> sempre dipendente con ausili/aiuto terzi <input type="checkbox"/> non deambulante (alettico, ecc.)	
Deambulazione post caduta	
<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato	
Orientamento spazio-tempo	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	
Ci sono stati segni premonitori?	
<input type="checkbox"/> Avvisato medico e un familiare <input type="checkbox"/> Avvisati altri	
PROCEDURE MESSE IN ATTO	
MIGURE PREVENTIVE PREVISTE	
<input type="checkbox"/> Interventi modifica ambientale <input type="checkbox"/> Attivazione di percorso riabilitativo specialistico (Fisioterapia / Ergoterapia) <input type="checkbox"/> Revisione farmacologica <input type="checkbox"/> Telefarm, dispositivi tecnologici <input type="checkbox"/> colloquio, educazione, istruzioni <input type="checkbox"/> altri interventi (specificare) _____	

DISCUSSIONE

Lo scopo di questo studio era creare e validare uno strumento di reporting delle cadute e quasi cadute applicabile nella popolazione residente a domicilio in territorio transfrontaliero.

Campi data

Tutte le date inserite nella scheda sono state standardizzate al formato GG/MM/AAAA, forzando gli operatori a utilizzare una sola modalità di data che potrà confluire quindi in un dataset in modo uniforme. Questo anche perché talvolta la data inserita può riferirsi alla data di compilazione ma non necessariamente coincidere con la data della caduta e, soprattutto nel caso in cui gli operatori si trovino ad utilizzare il formato cartaceo, la successiva trascrizione di questi dati può essere causa di errori o difformità.

Terapia farmacologica

Durante la creazione di questa scheda, la sezione relativa alla terapia farmacologica ha suscitato un confronto fra gli esperti. Pur ritenendo molto importante avere informazioni sui farmaci assunti dal paziente, registrare questo dato risulta difficilmente applicabile con una scheda di questo tipo, data l'infinita molteplicità di molecole disponibili e dall'altrettanta possibilità di combinazioni terapeutiche. In ogni caso, le informazioni possono essere dedotte dalle cartelle cliniche dei pazienti. Tuttavia, potrebbe essere interessante creare un sistema che sia in grado di registrare automaticamente le assunzioni farmacologiche per poterle incrociare con gli episodi di caduta. Il tema della terapia farmacologica è molto articolato e la soluzione adottata circa l'inclusione delle categorie farmacologiche si è basata sui dati relativi alla letteratura e sulla

praticabilità della segnalazione (infermieri e altro personale curante). Se necessario si possono incrociare i dati con la scheda di terapia (dettaglio delle prescrizioni), nel caso in cui si desideri studiare in particolare un fenomeno di correlazione. Qualche esperto aveva richiesto l'introduzione di antiepilettici, sonniferi naturali, insulina, medicinali antitumorali e betabloccanti. I primi quattro non sono stati inseriti poiché forvianti e/o con poca correlazione clinica, la categoria farmacologica dei betabloccanti è stata esclusa poiché inclusi già tra gli antipertensivi.

Il ruolo del ragionamento clinico del professionista

All'interno del quadro "Descrizione narrativa della caduta" viene richiesto all'operatore che compila di descrivere la dinamica della caduta in maniera narrativa attraverso testo libero. In questo caso è necessario riportare in maniera sintetica e diretta i fatti accaduti, fornendo solo i dettagli ritenuti rilevanti per comprendere la dinamica della caduta, i fattori di rischio e tutto ciò che potrebbe risultare utile per intraprendere delle azioni personalizzate di prevenzione delle cadute.

Analogamente, il quadro "Descrizione degli esiti della caduta" richiede l'inserimento di una sintetica descrizione delle conseguenze della caduta e le implicazioni sulla vita personale, familiare e sociale dell'utente.

In entrambi i casi, la presenza di campi a testo libero e quindi l'assenza di una standardizzazione delle risposte possibili, induce il professionista a dover selezionare attraverso il proprio giudizio clinico le informazioni da inserire, filtrando quelle ritenute essenziali e importanti, da quelle accessorie o secondarie.

Le figure professionali per le quali è stato previsto il campo di compilazione sono quelle che prestano assistenza diretta, ovvero coloro che sono i responsabili primari della segnalazione di eventi (il primo collaboratore che rileva la caduta ha la responsabilità di documentarla). Tuttavia tutto il personale di assistenza (ad esempio nella realtà ticinese questo può comprendere: infermieri, infermieri specialisti clinici, operatori socio sanitari, assistenti di cura, apprendisti, aiuto familiari, ausiliarie) è stato formato all'uso della scheda e anche delle figure non professionali possono essere in grado di utilizzare questo strumento. Per quanto riguarda la compilazione inerente all'assunzione di farmaci, questa viene compilata solo da Infermieri e OSS; in ogni caso le informazioni sono reperibili dalle cartelle sanitarie degli utenti.

Implicazioni per la pratica

La scheda validata può essere utilizzata nella pratica assistenziale per il reporting delle cadute e quasi cadute nella popolazione residente a domicilio, sia per documentare il fenomeno che per orientare e modificare la pratica assistenziale nonché gli interventi preventivi messi in atto. La scheda si presta ad essere informatizzata e a integrarsi ai sistemi informativi in uso, con l'opportunità di creare applicativi ad hoc per la gestione informatizzata della compilazione e della registrazione dei dati. Il personale di assistenza deve essere formato all'uso corretto della scheda nonché alle nozioni di base relative alla prevenzione delle cadute e alla modifica dei fattori di rischio. Il vantaggio offerto dall'inserimento del testo libero è la massima flessibilità e personalizzazione delle descrizioni; questo però potrebbe comportare anche la perdita di alcune informazioni potenzialmente utili. Occorre quindi bilanciare la sintesi

con l'analisi e questo aspetto potrebbe essere governato attraverso dei momenti di formazione del personale. Orientativamente, la traccia per le descrizioni dovrebbe rispondere a queste cinque domande (regola delle 5 W): chi? (who?), cosa? (what?), quando? (when?), dove? (where?), perché? (why?). Tenendo conto delle risposte inserite nella compilazione globale della scheda, i campi a testo libero offrono l'ulteriore opportunità di inserire dati ritenuti importanti che non siano già stati documentati altrove.

Implicazioni per la ricerca

Sono necessari ulteriori studi per approfondire il livello di efficacia e completezza degli indici riportati nella scheda finale, nonché studi che valutino l'impatto della scheda di reporting sulla pratica, l'organizzazione e gli outcome di salute. La scheda così definita è stata ideata per l'utilizzo sul territorio transfrontaliero Canton Ticino-Piemonte; tuttavia, è possibile una sua implementazione in altri setting di cura e aree geografiche.

Limiti

Il presente studio è stato condotto sulla base di evidenze di letteratura e sull'opinione di un gruppo di esperti internazionali allo scopo di fornire le migliori indicazioni possibili circa il reporting delle cadute; tuttavia, gli indici e ambiti inclusi nella scheda finale validata potrebbero non essere esaustivamente descrittivi del fenomeno cadute e quasi cadute.

CONCLUSIONI

Con questo studio è stata creata e validata una scheda di reporting delle cadute e quasi cadute per la popolazione residente a domicilio. Dopo tale fase, è stato possibile formare all'utilizzo della scheda i vari professionisti operanti nello spitex di interesse pubblico che ha collaborato allo studio, che opera nei servizi di assistenza e cura a domicilio nel Cantone Ticino, e presso l'ASL Novara. La prospettiva futura è la creazione di un dataset transfrontaliero per lo studio delle cadute e degli interventi preventivi correlato. Si può ipotizzare anche la realizzazione di un'App o di un adattamento degli attuali sistemi informativi.

Attraverso l'implementazione di questa scheda nella pratica assistenziale, è possibile orientare l'azione e creare un programma personalizzato per la singola persona, in base ai propri deficit e comorbidità, per evitare o diminuire la recidiva di caduta. I dati raccolti con questa scheda consentono la creazione di un dataset che descriva i punti critici nella quotidianità della persona caduta o quasi caduta in modo tale da poter supportare l'assistenza orientandola alla prevenzione e alla messa in atto di interventi mirati e personalizzati per evitare eventi futuri.

BIBLIOGRAFIA

- Associazione PIPA. (2016). Progetto PIPA: prevenzione delle cadute a domicilio. Strumenti e indicazioni operative per il personale sanitario e sociale impegnato nelle cure a domicilio. Bellinzona: Dazzi. Disponibile da: ASSOCIAZIONE PIPA >> DOCUMENTI SCARICABILI (Inrg.ch), ultimo accesso 14.02.2023
- Bjerk, M. et al. (2017) 'A falls prevention programme to improve quality of life, physical function and falls efficacy in older people receiving home help services: study protocol for a randomised controlled trial', *BMC health services research*, 17(1). doi: 10.1186/S12913-017-2516-5.
- Campani D, Caristia S, Amariglio A, Piscone S, Ferrara LI, Barisone M, Bortoluzzi S, Faggiano F, Dal Molin A; IPEST Working Group. Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nurs*. 2020 Dec 19. doi: 10.1111/phn.12852. Epub ahead of print. PMID: 33340382.
- Campani D, Caristia S, Amariglio A, Piscone S, Ferrara LI, Bortoluzzi S, Faggiano F, Dal Molin A; IPEST Working Group. Effective, sustainable, and transferable physical exercise interventions for fall prevention among older people. *Public Health Nurs*. 2021 Aug 13. doi: 10.1111/phn.12949. Epub ahead of print. PMID: 34388281.
- Caristia S, Campani D, Cannici C, Frontera E, Giarda G, Pisterzi S, Teranova L, Payedimarri AB, Faggiano F, Dal Molin A. Physical exercise and fall prevention: A systematic review and meta-analysis of experimental studies included in Cochrane reviews. *Geriatr Nurs*. 2021 Sep 20;42(6):1275-1286. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.06.001. Epub ahead of print. PMID: 34555570.
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management science*, 9(3), 458-467.
- Dautzenberg, L. et al. (2021) 'Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis', *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10), pp. 2973-2984. doi: 10.1111/JGS.17375.
- Gambaro, E., Gramaglia, C., Azzolina, D., Campani, D., Dal Molin, A., & Zeppegnò, P. (2022). The complex associations between late life depression, fear of falling and risk of falls. A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 73, 101532. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101532>
- Hollinghurst, J., Daniels, H., Fry, R., Akbari, A., Rodgers, S., Watkins, A., Hillcoat-Nallétamby, S., Williams, N., Nikolova, S., Meads, D., & Clegg, A. (2022). Do home adaptation interventions help to reduce emergency fall admissions? A national longitudinal data-linkage study of 657,536 older adults living in Wales (UK) between 2010 and 2017. *Age and ageing*, 51(1), afab201. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab201>
- Hopewell, S. et al. (2018) 'Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community', *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7). doi: 10.1002/14651858.CD012221.PUB2.
- Hsu, C. C., & Sandford, B. A. (2019). The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical assessment, research, and evaluation*, 12(1), 10.
- Kim, K. Il et al. (2017) 'Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea', *The Korean journal of internal medicine*, 32(1), pp. 199-210. doi: 10.3904/KJIM.2016.218.
- Liu-Ambrose, T. et al. (2019) 'Effect of a Home-Based Exercise Program on Subsequent Falls Among Community-Dwelling High-Risk Older Adults After a Fall: A Randomized Clinical Trial', *JAMA*, 321(21), pp. 2092-2100. doi: 10.1001/JAMA.2019.5795.
- Ministero della Salute (2011), "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie- Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN", (paragrafo 5, pag. 6), https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario (2017) 'Clinical best practice guidelines: Preventing falls and reducing injury from falls', Registered Nurses' Association of Ontario, (September), pp. 1-128.
- Rubenstein, L. Z. (2006) 'Falls in older people: Epidemiology, risk factors and strategies for prevention', *Age and Ageing*, 35(SUPPL.2). doi: 10.1093/ageing/afl084.
- Tricco, A. C. et al. (2019) 'Quality improvement strategies to prevent falls in older adults: a systematic review and network meta-analysis', *Age and ageing*, 48(3), pp. 337-346. doi: 10.1093/AGEING/AFY219.
- Williman, M. (2017). Sensibilizzazione del personale curante a domicilio rispetto alla tematica della prevenzione delle cadute delle persone anziane. [Lavoro di diploma of Advanced Studies in Geriatria SUPSI].

Lucia Filomeno

Università degli studi di Roma Tor Vergata; lucia.filomeno@uniroma1.it

Marco Di Muzio

Sapienza Università di Roma - Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

Dhurata Ivziku

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Ismaela Caputo

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Laura Tibaldi

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I di Roma

Barbara Porcelli

ASL RM 2

Daniela Tartaglino

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Definizione del ruolo del Middle Nurse Manager in Italia: Stato dell'arte e prospettive organizzative

Defining the role of the Middle Nurse Manager in Italy: State of the art and organizational perspectives

**INTRODUZIONE**

Il middle management in generale, rappresenta la linea intermedia della piramide dei livelli organizzativi, gioca un ruolo fondamentale nei processi di cambiamento, dal momento che viene chiamato a organizzare e coordinare risorse e ad assumere

il compito di trasmissione e integrazione tra nucleo strategico e livello operativo (Kodama, 2017; Carney, 2006 & Korn, 2013). Viene definito come il livello intermedio di gestione di un'organizzazione gerarchica, subordinata alla direzione esecutiva e responsabile dei line manager "team leader" e/o line manager "specialisti". Il middle management è indirettamente (attraverso il line management) responsabile delle prestazioni e della produttività del personale subordinato (Korn, 2013).

A ribadire la centralità dei middle nurse manager nelle Aziende sanitarie ci ha pensato anche la pandemia da COVID-19 con l'impiego dei Crisis Nerve Centres. Essi sono un chiaro esempio di rafforzamento delle skills dei diversi ruoli manageriali. Gestione degli approvvigionamenti, trasformazione dei muri, riorganizzazione dei processi, task shifting tra professioni, collaborazione inter-organizzativa e molto, molto altro è avvenuto grazie alla direzione e al contributo del middle management aziendale a cui è stata affidata la logistica per la quarantena o la gestione delle strutture (ospedali, dipartimenti e unità) Covid-19, dalla prevenzione all'igiene e organizzazione sanitaria, all'area tecnica e infrastrutture (FIASO, 2021).

La FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) nel 2018 produce un primo rapporto nazionale sulla fascia di dirigenza intermedia denominata middle management, comprendente più discipline sanitarie, una figura che sostiene una parte considere-

vole dell'attività gestionale di un'azienda (FIASO, 2018). È in questo rapporto che si comincia per la prima volta a parlare della figura del middle nurse manager in Italia. Nel 2020, inoltre, è stata portata a termine una seconda ricerca realizzata in collaborazione con l'Università Cattolica di Roma, l'Università Tor Vergata di Roma e l'Università di Milano, sui profili professionali delle diverse figure di middle manager (FIASO, 2018 & FIASO 2021). Questa ricerca ha portato all'identificazione di una job description, la definizione delle competenze, di un set di indicatori per la valutazione delle performance, ma non ha comunque riportato nel dettaglio di quali figure professionali si stesse parlando e dei relativi incarichi.

Nel settembre del 2019, invece, si sono mossi i primi passi verso l'affermazione della rilevanza dei ruoli intermedi del management sanitario in ambito infermieristico, inaugurando a Roma il corso "Valorizzare il middle management per governare il cambiamento nel sistema sanitario", organizzato dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma (OPI Roma) insieme al Comitato Infermieri Dirigenti del Lazio (CID Lazio) e al Laboratorio Infermieri Dirigenti (LIC). Il corso aveva come obiettivo quello di favorire lo sviluppo delle competenze manageriali dei ruoli di coordinamento, approfondendo, in una logica integrata, modelli, metodologie e strumenti gestionali necessari ed applicabili in modo efficace nell'azienda; promuovere lo sviluppo dei ruoli di middle management

mediante l'acquisizione di competenze necessarie per la soluzione efficace di problemi organizzativi e per la gestione efficiente delle risorse di cui si ha la diretta responsabilità, ponendo attenzione ai risultati in termini di appropriatezza, qualità ed affidabilità dei servizi sanitari e assistenziali (Meneguzzo, 2020). Il corso era rivolto ai ruoli di coordinamento dell'assistenza infermieristica, ostetrica e della riabilitazione.

All'interno delle organizzazioni sanitarie, i manager infermieristici sono una parte fondamentale dei team di assistenza sanitaria. Il middle nurse manager è responsabile della traduzione della cultura e della strategia dell'organizzazione a livello operativo, nonché della gestione delle risorse, del coordinamento dell'assistenza, della valutazione dei servizi forniti, nonché del supporto e dell'incoraggiamento al lavoro di squadra (Waxman, 2014 & Cathcart, 2012). Pertanto, esso svolge una posizione chiave in materia di responsabilità e condivisione della visione strategica dei valori e degli obiettivi dell'azienda in cui opera. In considerazione di quanto espresso sotto possiamo riconoscere i coordinatori infermieristici come una delle tante figure che rientrano nel ruolo del middle nurse manager, essendo responsabili dell'introduzione di cambiamenti e della creazione di ambienti lavorativi favorevoli in cui gli infermieri possono fornire un servizio di qualità, garantendo allo stesso tempo il raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità ed efficienza (Maurer, 2018).

L'esigenza di definire ruolo, funzioni e competenze del Middle Nurse Manager in Italia nasce da una scarsa presenza nella letteratura nazionale di un'analisi approfondita rispetto a questa figura.

Pertanto, l'obiettivo principale di questo breve report sarà quello di indagare i ruoli e definire quelle figure che rientrano nel ruolo del middle nurse manager nel SSN (Sistema Sanitario Nazionale). Si esamineranno tutti i tipi di fonti disponibili con particolare attenzione al panorama italiano.

Le figure individuate

Negli ultimi anni il SSN è stato investito da processi di fusione e accorpamento di aziende sanitarie e ospedaliere, con un forte impatto sui processi del middle management in generale. Si sono sempre sottolineati tutti quegli ambiti in cui lo stesso prestava servizio, nonché tutti quei compiti che includono funzioni amministrative, operanti in ambiti quali Amministrazione e Gestione del Personale, Gestione finanziaria e Contabilità, Programmazione e Controllo di gestione e, soprattutto, Acquisti e Logistica (Doria, 2021).

Nello specifico, il middle nurse manager racchiude un'importante funzione di raccordo tra la direzione generale e l'area operativa.

Diversi esperti del settore sono stati consultati in merito all'argomento, per raccontare ed esprimere tramite la loro esperienza, come meglio suddividere il middle management e quali figure inserire all'interno di questa macroarea.

Si è concordato che il middle management dovrebbe essere suddiviso a sua volta in:

- Upper Middle Management: ovvero, manager a cui è attribuito un incarico di funzione. L'ultima bozza del CCNL Sanità stabilisce all'articolo 28 che: "Nell'ambito dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, l'incarico di funzione organizzativa comporta l'assunzione di specifiche responsabilità, anche gestionali e amministrative, quali: - per il personale del ruolo sanitario: la gestione dei processi clinico assistenziali, diagnosti-

ci, riabilitativi, di prevenzione e formativi, anche di tutoraggio, connessi all'esercizio della funzione sanitaria con autonomia, conoscenze e abilità, anche elevate, atti ad organizzare e coordinare fattivamente l'attività propria e dei colleghi" (Ferretti, 2021). Nel caso in cui si voglia considerare l'assistenza territoriale, il recente PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) prova a ripensare ai percorsi e alle declinazioni dei profili del manager infermieristico a partire dal coordinamento di un Centrale Operativa Aziendale (COA). Il team è infatti formato da operatori appartenenti a profili diversi (sanitario, sociale, amministrativo) che hanno messo a fattor comune, integrandole, le specifiche competenze, in linea con un modello di governance ispirato al riconoscimento delle reciproche funzioni e responsabilità (Annessi Pessina, 2021).

- Lower Middle Management: ovvero, i coordinatori infermieristici che si occupano della gestione dei reparti o servizi. Sempre alla luce del PNRR, in ambito territoriale, ritroviamo il COT (Centrale Operativa Territoriale) e il middle nurse manager che lavora all'interno di questa struttura dovrà avere capacità relazionali di accoglienza e ascolto, capacità di mediazione culturale, competenza nella raccolta e registrazione informatica dei dati utili ad una prima decodifica del bisogno espresso, conoscenza normativa, conoscenza dei servizi fruibili con loro modalità di erogazione, competenze di pre-valutazioni su schede validate, capacità di lavoro in gruppo, competenze amministrative, sociali e sanitarie di settore.

Le figure proposte nella seguente tabella rientrano nel profilo del middle nurse manager, alla luce di quanto dichiarato nei precedenti paragrafi (FIASO, 2018); essi sono responsabili della supervisione del personale infermieristico, prendono decisioni gestionali e di bilancio, stabiliscono programmi di lavoro e coordinano riunioni.

Tabella 1. Definizione dei profili che rientrano nella macroarea dei Middle Nurse Manager.

Profilo	Aree strategiche in cui opera
Coordinatore Infermieristico di UOC/UOS/UOSD (Lower Middle Management)	Economico-finanziaria; Customer satisfaction; Processi interni; Produttività; Clima interno; Cultura organizzativa; Valutazione della performance.
Infermiere Coordinatore del Comitato per il Rischio Infettivo (Lower Middle Management)	Processi interni; Cultura organizzativa; Qualità; Program/Project management; Change management.
Coordinatore Infermieristico di Dipartimento (Upper Middle Management)	Economico-finanziaria; Customer satisfaction; Processi interni; Produttività; Cultura organizzativa; Qualità; Innovazione e cambiamento; Valutazione della performance.
Coordinatore Infermieristico del Distretto Sanitario (Upper Middle Management)	Economico-finanziaria; Customer satisfaction; Processi interni; Produttività; Clima interno; Cultura organizzativa; Valutazione della performance.

Note: UOC (Unità Operativa Complessa); UOS (Unità Operativa Semplice); UOSD (Unità Operativa Semplice Dipartimentale).

Qui di seguito sono descritti più nel dettaglio i ruoli evidenziati in tabella.

- Il ruolo del Coordinatore Infermieristico di Unità Organizzativa, nato con il Regio Decreto del 1925 e col successivo regolamento attuativo del 1929, è visto come anello di congiunzione diretto tra i vari livelli dell'azienda. Ha la responsabilità, come posizione di dirigenza intermedia, di organizzare e gestire le risorse umane e non, e le attività nel rispetto dalla programmazione generale orientandole al perseguimento degli obiettivi aziendali (Engle, 2017).
- In Italia, la figura dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI) nasce negli anni Ottanta con la Circolare n. 52 del 1985 del Ministero della Sanità che ne descrive le funzioni di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, educazione nei confronti del personale di assistenza, collegamento tra il Comitato per le Infezioni Ospedaliere e le diverse aree ospedaliere e modificazione dei comportamenti del personale di assistenza. La successiva Circolare n.8/1988 invece, ricorda gli standard di dotazione del personale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e suggerisce l'impiego di un infermiere o coordinatore specialista nel rischio clinico ed infettivo ogni 250-400 posti letto, ovvero sulla base della tipologia dei reparti e delle competenze, ogni 9.000 -10.000 ricoveri annui (Di Gisi, 2022 & Taras, 2020).
- Il Coordinatore infermieristico di Dipartimento costituisce riferimento e supporto al Responsabile della Direzione delle Professioni Sanitarie e collabora con altri Direttori del Dipartimento per la predisposizione ed attuazione degli interventi riferiti alla programmazione, organizzazione e valutazione delle attività e delle risorse implicate nei processi organizzativi ed assistenziali del Dipartimento (Taras, 2020).
- In accordo con quanto emanato dalla Delibera 8 luglio 2002, n. 2403 "Direttive di applicazione del Piano sanitario provinciale 2000-2002 (modificata con delibera n. 297 del 25.02.2013)", il Coordinatore infermieristico del Distretto, oltre a svolgere le attività in comune con gli altri coordinatori ospedalieri, promuove i progetti presenti nel distretto, siano essi interni allo stesso o promossi dalla Provincia o altri enti/soggetti anche non istituzionali presenti sul territorio, gestisce le esigenze di interazione tra ospedale e territorio e programma attività assistenziali con riferimento ai bisogni della comunità (Bona, 1999).

Da quanto emerso, occorre specificare che non in tutte le Aziende sanitarie Italiane queste figure sono presenti o, se lo sono, vengono denominate in maniera differente. Nonostante la confusione nella denominazione o la parziale rappresentanza nel territorio italiano, tutte queste figure di management infermieristico rientrano nei criteri di definizione di funzione e ruolo del middle nurse management.

Le specifiche competenze e le job description legate alle figure di middle nurse management non sono qui trattate, in quanto saranno oggetto di un successivo studio approfondito della letteratura.

CONCLUSIONI

Il middle nurse manager è responsabile di una delle divisioni più critiche di un'organizzazione sanitaria ed è essenziale nella gestione degli infermieri e delle risorse materiali. Pertanto, per poter essere adatti al ruolo di middle nurse manager, è indispensabile chiarire in maniera il più accurata possibile il ruolo e le funzioni per poi determinarne le skill, il percorso formativo e le competenze relative (Bona, 1999).

Una maggiore comprensione di questo ruolo servirà come base per lo sviluppo di interventi formativi per accrescere le competenze professionali per garantire ambienti adeguati di lavoro e di cura, oltre a garantire la sicurezza e la produttività dell'organizzazione.

BIBLIOGRAFIA

- Anessi Pessina, E., Cicchetti, A., D'Angela, D., Polistena, B., & Spandonaro, F. (2021). Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni. Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni, 89-117.
- Bona, M. (1999). L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita da operatori ed utenti. *Management infermieristico*, (4).
- Carney M. (2006). Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery?. *Journal of nursing management*, 14(1), 23-33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2005.00592.x>
- Cathcart, E. B., & Greenspan, M. (2012). A new window into nurse manager development: teaching for the practice. *The Journal of nursing administration*, 42(12), 557-561. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e318274b52d>.
- Di Gisi A. (2022). L'Infermiere specialista nel rischio clinico ed infettivo. *GiornaleSanità.it*.
- Doria, S., Franceschetti, L., & Pentimalli, B. (2021). Le sfide per i manager sanitari tra soft skills, ICT e carriere frammentate. *Salute e Società*.
- Engle, R. L., Lopez, E. R., Gormley, K. E., Chan, J. A., Charns, M. P., & Lukas, C. V. (2017). What roles do middle managers play in implementation of innovative practices?. *Health care management review*, 42(1), 14-27. [https://doi.org/10.1002/nop2.87](https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000090Kodama, Y., & Fukahori, H. (2017). Nurse managers' attributes to promote change in their wards: a qualitative study. <i>Nursing open</i>, 4(4), 209-217. <a href=).
- FERRETTI, E. (2021). Coniugare la formazione post-base con lo sviluppo di carriera alla luce del CCNL del Comparto della Sanità Pubblica 2016-2018. Analisi della formazione post base e del possibile sviluppo di carriera del personale infermieristico e ostetrico di AORMN e ASUR Marche AV1.
- FIASO. (2018). Il Middle Management nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive gestionali. EGEEA, 122 p.
- FIASO. (2021). Gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze del middle management del SSN. EGEEA, 186 p.
- Korn M. (2013). What It's Like Being a Middle Manager Today. *Wall Street Journal* [Internet].
- Maurer, M., Canacari, E., Eng, K., Foley, J., Phelan, C., Sulmonte, K., & Wandel, J. (2018). Building a Culture of Continuous Improvement and Employee Engagement Using a Daily Management System Part 1: Overview. *The Journal of nursing administration*, 48(3), 127-131. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000593>
- Meneguzzo M., Pinelli N., Conte A., Rossi N. (2020). Valorizzare lo skilled Middle management: una sfida per la sanità. *Sviluppo&Organizzazione*.
- Taras M.A. (2020). Il Coordinatore Infermieristico. *Lulu.com*.
- Waxman, K. T., & Delucas, C. (2014). Succession planning: using simulation to develop nurse leaders for the future. *Nurse Leader*, 12(5), 24-28.

Alessio Pesce

RN, MSN Dipartimento di Medicina Interna, ASL2 Savonese, Albenga Referente Qualità, Accreditemento e Rischio Clinico S.C. Medicina Interna 2 – ASL2 Liguria
al.pesce@asl2.liguria.it

Chiara Attanasio

Infermiera, Ospedale Santa Maria Misericordia, ASL2 - Azienda Sociosanitaria Ligure.
c.attanasio@asl2.liguria.it

Governo clinico nella gestione del rischio suicidario in emergenza-urgenza: il modello ICAR²E

Clinical governance in emergency-urgency suicide risk management: the ICAR²E model

**SUMMARY**

Il suicidio costituisce uno dei più gravi problemi di salute pubblica nel mondo. Può essere inteso come violenza

autoinflitta in cui l'individuo cerca di porre fine alla propria vita a causa di una serie di fattori legati a problemi biologici, psicologici e ambientali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riportato un aumento del 60% degli episodi di suicidio negli ultimi 45 anni. Circa 800.000 persone muoiono per suicidio ogni anno, una ogni 40 secondi. L'American College of Emergency Physicians (ACEP) e l'American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) hanno sviluppato uno strumento guida per la prevenzione del suicidio in emergenza-urgenza, definito con l'acronimo ICAR²E. In questo contributo vengono declinate le raccomandazioni per la gestione del rischio suicidario in emergenza-urgenza secondo il modello proposto. Nel setting di cura, il giudizio clinico dovrebbe essere supportato da adeguati e validati strumenti di screening ed identificazione precoce del livello di rischio suicidario, come Nurses' Global Assessment Suicide Risk (NGASR-ita). Interventi educativi per problem solving o brevi contatti post-dimissivi, programmati in follow-up di salute mentale entro 24 ore dalla dimissione, fornirebbero agli assistiti adeguate risorse e strategie di coping da utilizzare prima, durante e dopo una crisi suicidaria.

INTRODUZIONE

Il suicidio è un problema di grande gravità per la salute pubblica in tutto il mondo. Può essere inteso come violenza autoinflitta in cui l'individuo cerca di porre fine alla propria vita a causa di una serie di fattori legati a problemi biologici, psicologici e ambientali (Andreotti et al., 2020). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riportato un aumento del 60% degli episodi di suicidio negli ultimi 45 anni. Circa 800.000 persone muoiono per suicidio ogni anno, una ogni 40 secondi (OMS, 2018). La riammissione anticipata

in ospedale, definita come il re-ricovero da 30 giorni a 1 anno per disturbi mentali, unita ad un aumento del rischio suicidario dopo la dimissione ospedaliera, rappresentano serie preoccupazioni per i servizi sanitari (Horowitz et al., 2013). L'individuazione precoce e multidimensionale di pensieri, emozioni e comportamenti predittivi suicidari, risultano fondamentali nell'identificare le persone ad alto rischio nei contesti di cura. Il suicidio è considerato un argomento complesso e un fenomeno multifattoriale che può essere premeditato da un individuo anche in ospedale, dove vi è una cultura alla sicurezza. Tuttavia, quando un episodio di suicidio si verifica all'interno dell'ambiente ospedaliero, le sue conseguenze ricadono, oltre alla vittima e alla sua famiglia, anche sugli operatori sanitari.

Un'efficace prevenzione del suicidio in ambito sanitario richiede un approccio globale che comprenda più livelli del sistema sanitario. I dipartimenti di emergenza rappresentano una componente fondamentale data la loro posizione di collegamento tra le risorse territoriali ed ospedaliere. La maggior parte delle persone in crisi acuta e a rischio di suicidio viene inviata ad un dipartimento di emergenza per una prima valutazione (Wilson et al., 2020). Ogni anno, solo negli Stati Uniti, circa 650.000 visite al Pronto Soccorso sono correlate a condotte suicidarie. Questi numeri rappresentano una sottostima dei pazienti a rischio di suicidio, poiché la valutazione tramite screening non è ancora prassi di routine nella maggior parte delle strutture ospedaliere. Molti pazienti valutati per ideazione o tentativi suicidari vengono dimessi a domicilio; pertanto, risulta determinante valutare il rischio per poter pianificare cure appropriate. Inoltre, l'assistenza risulta molto impegnativa, soprattutto nei dipartimenti di emergenza, o più in generale negli ambienti di cura dove non è presente un accesso tempestivo a specialisti di salute mentale.

Gestione del Rischio suicidario in emergenza-urgenza: il modello ICAR2E

L'*American College of Emergency Physicians* (ACEP) e l'*American Foundation for Suicide Prevention* (AFSP) hanno istituito un gruppo di ricerca per creare uno strumento guida nella prevenzione del suicidio, di facile utilizzo per gli operatori sanitari, definito con l'acronimo ICAR2E (Wilson et al., 2020). Gli autori, partendo da una revisione sistematica della letteratura hanno raccolto evidenze (secondo livelli di classificazione ACEP) che hanno permesso di declinare le prove in raccomandazioni, attraverso sequenza ICAR2E (Identify suicide risk-Communicate-Assess for life threats and ensure safety-Risk assessment, Reduce the risk and Extend care) di seguito riportata:

I: Identificare il rischio di suicidio nel pronto soccorso (Livello evidenza: B)

I pazienti che si presentano al Pronto Soccorso dovrebbero essere sottoposti a screening per l'ideazione suicidaria. Almeno l'8% dei pazienti suicidi non rivela l'ideazione se non accertato tramite intervista. Gli autori hanno evidenziato che circa il 70% dei pazienti che stavano pianificando il suicidio non sono stati individuati dal personale sanitario ad accertamento iniziale. Il 6% di questi pazienti hanno successivamente tentato il suicidio entro 45 giorni dalla visita. Ciò suggerisce che lo screening al triage rappresenta un modo efficace per identificare i pazienti che non sono a rischio di suicidio. Questi risultati sono coerenti con le attuali linee guida della Joint Commission (JCAHO, 2019), secondo cui risulta prescrittivo sottoporre i pazienti con disturbi comportamentali a screening per il rischio di suicidio e valutare successivamente il livello di rischio quando è presente l'intenzione suicidaria.

C: Comunicare con il paziente (Livello evidenza: C)

Alcuni assistiti non sono a proprio agio nel parlare di problemi di salute mentale o di rischio di suicidio, mentre altri possono sentirsi sollevati nell'essere intervistati. Gli operatori sanitari devono creare un ambiente sicuro e confortevole per i pazienti. In uno studio di classe X (Kemball et al., 2008), ai pazienti è stato chiesto di completare una survey sui loro pensieri suicidi mentre erano in sala d'attesa. È emerso che solo il 25% dei pazienti che hanno riferito ideazioni suicidarie hanno effettivamente comunicato tale condizione al proprio medico curante. Ciò indica che molti pazienti non esprimono i propri pensieri suicidi senza ricevere domande dirette o che esplorino eventuali condizioni di disagio. In tal senso gli operatori devono creare un luogo emotivamente sicuro in cui i pazienti possano comunicare apertamente ricevendo empatia e rispetto. Può essere utile "normalizzare" la condizione, spiegando che la salute mentale è un tipo di problema di salute pubblica causato da fattori di stress nella vita. Ricreare un ambiente con luminosità soffusa, offrire semplici attenzioni come una coperta se si ha freddo o del cibo se si ha fame, possono aiutare nel fornire conforto. In sintesi, la creazione di un ambiente che favorisca la comunicazione con il paziente è raccomandata come parte essenziale dell'assistenza.

A: Valutare le minacce di vita e garantire la sicurezza ambientale (Livello evidenza: C)

I pazienti con ideazione suicidaria devono essere sottoposti a un'anamnesi e ad un esame fisico completi, con ulteriori esami di

laboratorio per valutare l'eventuale presenza di rischi per la vita. I pazienti devono essere collocati in un ambiente sicuro considerando i mezzi potenzialmente dannosi. Inoltre, coerentemente con questa raccomandazione, la Joint Commission richiede attualmente che tutti gli oggetti mobili utilizzati in potenziali atti di autolesionismo siano rimossi dall'area dei pazienti e siano evidenti protocolli di monitoraggio sia durante il ricovero che nella transizione tra aree di assistenza in ospedale (JCAHO, 2019). Inoltre, l'analisi degli stakeholder ha identificato i possibili danni psicologici per i pazienti che non possono interagire con la famiglia o gli amici. Pertanto, la necessità di ambienti sicuri deve essere bilanciata in considerazione dei diritti e del comfort dei pazienti.

R: Valutazione del rischio di suicidio (Livello evidenza: A e B)

Tutti i pazienti identificati come a rischio di suicidio dovrebbero ricevere una valutazione del rischio suicidario. Gli operatori sanitari dovrebbero considerare sia i fattori di rischio che quelli protettivi per valutare l'attuale rischio di suicidio del paziente (Livello B). Sebbene gli strumenti di screening standardizzati possano essere utili per guidare un accertamento, gli stessi non dovrebbero essere utilizzati per determinare il livello di rischio senza accertamento anamnestico clinico e sociale. La determinazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi rappresenta il metodo tradizionale per valutare il rischio di suicidio. Abuso di sostanze stupefacenti, condizioni cliniche precarie, stress, disturbi dell'umore, ansia, accesso a mezzi letali e isolamento rappresentano fattori di rischio che possono essere gestiti in presenza di un supporto psichiatrico, comunitario e familiare e con una buona pianificazione assistenziale. In tali termini i professionisti sanitari, tramite strumenti validati per l'identificazione del rischio, possono intercettare i fattori di rischio che non sono immediatamente evidenti all'interno di un accertamento mirato e completo.

R: Ridurre il rischio di suicidio (Livello evidenza: C)

Le istituzioni e i professionisti sanitari devono stabilire un piano di sicurezza con gli assistiti che vengono dimessi. Gli operatori devono fornire consulenza sui mezzi letali, farmacoterapie e proporre ricovero ospedaliero per quelle persone che potrebbero tentare il suicidio, che non collaborano con la pianificazione della sicurezza o per i quali la gestione ambulatoriale non è un'alternativa possibile. I pazienti con ideazione suicidaria che stanno per essere dimessi dovrebbero essere sottoposti ad un processo di pianificazione della dimissione che affronta condizioni ad alto rischio come i disturbi da uso di sostanze o condizioni psichiatriche sottostanti. Molti pazienti che si presentano con pensieri di autolesionismo vengono dimessi dal Pronto Soccorso. L'intervento di pianificazione della sicurezza è un processo collaborativo in cui l'operatore collabora con il paziente per pianificare interventi volti a prevenire o trattare l'ingravescenza di condizioni a rischio. La pianificazione dovrebbe includere strategie di coping, contatti con persone di fiducia, consueing telefonico e risorse comunitarie. Uno studio condotto da Stanley et al. (2018) ha evidenziato una riduzione di ideazione, tentativi e decessi per suicidio quando l'intervento di pianificazione della sicurezza era accompagnato da almeno due interventi educativi con mezzo telefonico dopo la dimissione. L'impegno di familiari o amici fidati può essere una componente al supporto per la pianificazione della dimissione. Questo presuppone lo sviluppo

di un piano di sicurezza e di sostegno. Il piano prevede, in fase dimissiva, l'utilizzo di consulenze specifiche volte a ridurre il rischio di autolesionismo imminente. Le crisi suicidarie sono spesso acute e di breve durata e la disponibilità di mezzi autolesionistici può influenzare il metodo scelto e conseguentemente la sua letalità, determinando la sopravvivenza complessiva. Le azioni per ridurre l'accesso ai mezzi letali includono l'allontanamento temporaneo di questi mezzi dall'abitazione o la loro conservazione sicura in casa. L'adesione a questa raccomandazione pratica è in genere scarsa. In uno studio di Betz et al. (2016) è stato riscontrato che il 50% dei pazienti dimessi a domicilio non aveva una valutazione documentata dei mezzi letali. In considerazione di ciò dovrebbe essere condotta e documentata una valutazione sull'accesso ai mezzi letali per eventuali limitazioni domiciliari, quale esito determinante per la sicurezza dell'assistito.

E: Estendere la cura in transizione di cura (Livello evidenza: B)

Un breve intervento al ricovero accompagnato da contatti di follow-up, definiti "contatti di cura", determina un minor numero di tentativi e decessi per suicidio. Fino al 17% dei pazienti tenta nuovamente il suicidio entro 6-12 mesi dalla dimissione, con il rischio più elevato entro le prime quattro settimane. Vi è evidenza che la comunicazione, estesa in varie forme dopo la dimissione, aiuta a mitigare questo rischio. Vi sono varie forme di contatto, tra cui invio di lettere, telefonate, comunicazioni mail/social e visite di persona. In uno studio di Carter et al (2007) il rischio di ripetere il tentativo di suicidio post-dimissione è risultato inferiore di circa il 50% nel gruppo di contatto con invio di lettere, rispetto al gruppo di controllo.

Implicazioni per la pratica clinica e la ricerca

L'applicazione del modello ICAR²E consente un'identificazione precoce, sicura ed efficace del rischio suicidario nella fase di accertamento clinico al ricovero in pronto soccorso e nella transizione di cura. Il giudizio clinico dovrebbe essere inoltre supportato da adeguati strumenti di screening e identificazione del livello di rischio suicidario. Gli strumenti di screening dovrebbero inoltre essere di facile accessibilità e somministrazione, auto esplicativi e senza la necessità di una formazione troppo specifica per una loro interpretazione. L'Assessment Suicide Risk Nurses' Global (NGASR-ita) ad esempio, è uno strumento validato in lingua italiana con significativa sensibilità, specificità e valore predittivo (Ferrara et al., 2019). Lo strumento è stato costruito per determinare un livello di rischio suicidario, ma può anche essere utilizzato come strumento di screening nell'identificazione dei pazienti che necessitano di ulteriori rivalutazioni cliniche. Come ampiamente documentato, le strategie di prevenzione del suicidio possono includere approcci comunitari, di educazione alla salute, psicoterapeutici, farmacologici o combinati. Una recente meta-analisi (Hofstra et al., 2020) ha determinato dimensioni ed effetti degli interventi di prevenzione suicidaria, includendo interventi multicomponenti ed eventuali effetti sinergici. Nell'analisi sono stati considerati diversi livelli di intervento preventivo: Brief Intervention and Contact (BIC) quale approccio per brevi contatti post-dimissivi, OPAC (approccio per problem solving) e BCTB (approccio cognitivo-comportamentale). Gli interventi sono stati declinati in numerosi setting di cura: comunità, pronto soccorso, ambulatori e degenze di salute mentale. Su un totale di sedici studi condotti tra il 2011 ed il 2017 con 252.932

partecipanti, è emerso che gli interventi di prevenzione del suicidio risultano efficaci ($p < .004$). Per quanto riguarda l'effetto sinergico degli interventi, la meta-analisi ha mostrato un effetto significativamente più elevato legato al numero di interventi ($p = .032$). Vi sarebbe inoltre sinergismo tra interventi, con un effetto combinato, maggiore della somma dei singoli effetti. Anche se non vi sono ancora prove dirette di sinergismo, i risultati sono promettenti e la ricerca futura dovrebbe esplorarne l'efficacia in contesti clinici, sociali ed ambientali differenti (Hofstra et al., 2020). In particolare, sono necessari ulteriori dati su quali caratteristiche possono contribuire a rendere più o meno efficace un intervento in un determinato contesto clinico. Come evidenziato nelle meta-analisi (Hofstra et al., 2020; Wilson et al., 2020), brevi interventi educativi, programmati in follow-up di salute mentale entro 24 ore dalla dimissione, fornirebbero agli assistiti adeguate risorse e strategie di coping da utilizzare prima, durante e dopo una crisi suicidaria. Ad oggi, visto il gravoso impatto sociale, economico ed assistenziale degli eventi suicidari, risulta imprescindibile una valutazione olistica che comprenda un ampio ventaglio dei bisogni degli assistiti e le cause dell'ideazione suicidaria per una sua precoce individuazione e gestione clinica.

CONFLITTO DI INTERESSI

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

FINANZIAMENTI

L'autore dichiara di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

1. Andreotti, E., Ipuchima, J.R., Cazella, S.C. (2020), Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*,42(3),276-281.
2. Betz, M.E., Miller, M., Barber, C., Beaty, B., Miller, I., Camargo, C.A., Boudreaux, E.D. (2016), Lethal means access and assessment among suicidal emergency department patients. *Depress Anxiety*,33(6),502-11.
3. Carter, G.L., Clover, K., Whyte, I.M., Dawson, A.H., D'Este, C. (2007), Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*, 191,548-53.
4. Ferrara, P., Terzoni, S., D'Agostino, A., Cutcliffe, J.R., Pozo Falen, Y., Corigliano, S.E., Bonetti, L., Destrebecq, A., Gambini, O. (2019), Psychometric properties of the Italian version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale. *Riv Psichiatr*,54(1),31-36.
5. Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S.J., van der Feltz-Cornelis, C.M. (2020), Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 63,127-140.
6. Horowitz, L.M., Snyder, D., Ludi, E., Rosenstein, D.L., Kohn-Godbout, J., Lee, L. (2013), Ask suicide-screening questions to everyone in medical settings: the asQ'em quality improvement project. *Psychosomatics*; 54: 239 – 47.
7. Kembell, R.S., Gasgarth, R., Johnson, B., Patil, M., Houry, D. (2008), Unrecognized suicidal ideation in ED patients: are we missing an opportunity? *Am J Emerg Med*, 26(6),701-5.
8. Stanley, B., Brown, G.K., Brenner, L.A., Galfalvy, H.C., Currier, G.W., Knox, K.L., Chaudhury, S.R., Bush, A.L., Green, K.L. (2018), Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*,75(9),894-900.
9. The Joint Commission (JCAHO). (2019), Suicide Prevention R3 Report (December 2019). Available online: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/suicide-prevention/> [accessed December 2022].
10. Wilson, M.P., Moutier, C., Wolf, L., Nordstrom, K., Schulz, T., Betz, M.E. (2020), ED recommendations for suicide prevention in adults: The ICAR2E mnemonic and a systematic review of the literature. *Am J Emerg Med*, 38(3),571-581.
11. World Health Organization (WHO). (2018), Preventing suicide: a community engagement toolkit (November 2018). Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860> [accessed December 2022].

Rita Pacella

Infermiera, Fondazione IRCCS
Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico, Milano
RN, Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico,
Milan (Italy)
r.pacella1@outlook.it

Kangaroo Mother Care, benefici e ostacoli alla sua implementazione nella pratica clinica: una revisione della letteratura

*Kangaroo Mother Care, benefits and barriers to implementation
in clinical practice: a literature review*

**RIASSUNTO**

Introduzione. La Kangaroo Mother Care (KMC) rappresenta ad oggi un metodo efficace e senza costi che garantisce un adattamento migliore alla vita extrauterina neonatale. La sua applicazione nella pratica clinica ha numerosi benefici sul neonato, sulla mamma e sulla genitorialità; tuttavia, esistono barriere alla sua implementazione. **Obiettivo.** Lo scopo di questo elaborato è di presentare i benefici e sulle barriere dell'applicazione della Kangaroo Mother Care. **Metodi.** È stata condotta una revisione della letteratura sulle banche dati a carattere biomedico PubMed e Cochrane library. In seguito ad un processo di screening, sono state selezionate 24 pubblicazioni. **Risultati.** Dall'analisi della letteratura è emerso che la Kangaroo Mother Care è supportata da un ampio numero di studi. Questo metodo è efficace per il controllo termico, l'allattamento al seno e per il legame genitoriale in tutti i neonati, indipendentemente dall'ambiente, dal peso, dall'età gestazionale e dalle condizioni cliniche. La Kangaroo Mother Care deve essere proposta subito dopo la nascita dal personale sanitario e continuata a domicilio. Nonostante le evidenze scientifiche sui benefici di questa pratica sono state individuate delle barriere alla sua applicazione come: mancanza di formazione del personale infermieristico e scarsa assistenza genitoriale. **Conclusioni.** Affinché ci sia una maggiore attuazione nella pratica quotidiana è necessario sviluppare strategie e politiche di applicazione universali all'interno delle

strutture sanitarie e creare progetti formativi per il personale e per i neogenitori. Sarebbe utile per i prossimi studi avvalersi di strumenti convalidati per misurare l'efficacia e l'attuazione della Kangaroo Mother Care. **Parole chiave.** Metodo Kangaroo Mother Care, Infermieri, Pratica basata sulle evidenze, Parametri Vitali.

ABSTRACT

Introduction. Kangaroo Mother Care, which originated in Colombia in the 1970s, is an effective and cost-free method that provides better adaptation to extrauterine neonatal life. Its application in clinical practice has benefits on the newborn, the mother, and parenting. However, there are still barriers to its implementation. **Objective.** The purpose of this paper is to present an overview of the benefits and barriers of 'implementing Kangaroo Mother Care. **Materials and Methods.** A literature review of the biomedical PubMed and Cochrane library databases was conducted. Following a screening process, 24 of articles were selected. **Results.** The literature review showed that Kangaroo Mother Care is supported by a large number of studies. This method is effective for thermal

control, breastfeeding, and bonding in all infants regardless of environment, weight, gestational age, and clinical condition. Kangaroo Mother Care should be offered immediately after birth by health professionals and continued at home. Despite scientific evidence on the benefits of this practice, barriers to its implementation have been identified such as: lack of training of nursing staff and poor parental care. **Conclusions.** For there to be more implementation in daily clinical practice, it is necessary to develop universal implementation strategies and policies within health facilities, create educational projects for staff and new parents. It would be useful for future studies to make use of validated tools to measure the effectiveness and implementation of Kangaroo Mother Care. **Key Words.** "Kangaroo-Mother Care Method"[Mesh], "Nurses"[Mesh], "Evidence-Based Practice"[Mesh], "Vital Signs"[Mesh].

INTRODUZIONE

La Kangaroo Mother Care (KMC) nasce negli anni Settanta presso l'istituto materno-infantile di Bogotà, in Colombia, dove Edgar Rey e Martinez iniziarono la cura ambulatoriale per i bambini con basso peso alla nascita (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019). Questa tecnica prende spunto dal particolare modo in cui i canguri proteggono i loro cuccioli; il piccolo di canguro, infatti, nasce alla sesta settimana di gestazione, fuoriuscito dal canale del parto si introduce nel marsupio, dove trova rifugio per sopravvivere e crescere (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019; Al-Shehri & Abdulaziz, 2021). Il neonato viene posizionato nudo, prono, pelle a pelle, sull'addome materno, con il capo tra i seni della madre e ancorato con una fascia in modo da rimanere in sicurezza (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019).

La KMC rappresenta un modo efficace per garantire un adattamento migliore della vita extrauterina neonatale e per favorire una continuità relazionale con la madre (Widström et al., 2019); è un intervento semplice e a basso costo, ormai diffuso in vari contesti, che può avere un impatto significativo sugli esiti materni e neonatali immediati e futuri (Crenshaw et al., 2019).

Le prove a sostegno della pratica del contatto pelle a pelle dopo la nascita sono solide e indicano molteplici benefici sia per la madre che per il bambino (World Health Organization [WHO], 2022). I vantaggi per la madre includono ad esempio un'espulsione più precoce della placenta, una riduzione del sanguinamento, una maggiore autoefficacia nell'allattamento al seno e una riduzione dei livelli di stress materno, mentre i vantaggi per il bambino comprendono una diminuzione delle conseguenze negative dello "stress da nascita" e una termoregolazione più ottimale (Crenshaw et al., 2019; Gill et al., 2021; Agudelo et al., 2021).

Nelle strutture sanitarie la KMC, dopo un'attenta valutazione clinica, può essere iniziata anche prima che il neonato sia clinicamente stabile, a meno che il nuovo nato sia in stato di shock o necessiti di interventi meccanici di ventilazione (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019; cleveWHO, 2022).

Questa pratica è raccomandata come cura di routine per tutti i neonati, specialmente per quelli pretermine o di basso peso alla nascita, può essere iniziata nella struttura sanitaria o a casa e dovrebbe essere somministrata per 8-24 ore al giorno (WHO, 2022). Se la madre non è disponibile, padri, partner e anche altri membri della famiglia possono fornire KMC (Cleveland et al., 2017; WHO, 2022). L'infermiere svolge un ruolo fondamentale: la neomamma infatti necessita di supporto per mettere in pratica questa tecnica. La fi-

gura infermieristica deve proporre la KMC fin dalla nascita, deve essere competente e incentivare la madre all'assistenza, alla cura e al monitoraggio del proprio bambino (Artese et al., 2021; Maniago et al., 2020; WHO, 2022). Un altro compito fondamentale del personale sanitario consiste nel far intervenire anche la figura paterna, in modo da garantire alla madre momenti utili alla cura della propria persona (Cleveland et al., 2017)

Idealmente, l'educazione relativa al posizionamento del neonato pelle a pelle con la madre dovrebbe avvenire anche nell'ambito dell'assistenza prenatale. Quando la madre e i suoi accompagnatori arrivano alla struttura per il parto, è necessario rivedere la loro comprensione dei comportamenti istintivi del neonato e del processo di skin-to-skin sicuro subito dopo la nascita (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019). È fondamentale che questo delicato periodo immediatamente successivo alla nascita sia riconosciuto e valorizzato, sia dai genitori che dal personale sanitario (Maniago et al., 2020).

OBIETTIVI

È stata eseguita una revisione della letteratura con lo scopo di evidenziare i benefici e le barriere della pratica clinica della Kangaroo Mother Care.

METODI

È stata eseguita una revisione narrativa della letteratura dal mese di febbraio al mese di marzo 2023. Sono state consultate le principali banche dati online PubMed e Cochrane, e si è posto come limite temporale dall'anno 2017 al 2023. Non è stata invece messa alcuna limitazione linguistica nella ricerca degli articoli.

Sono stati espressi quesiti di ricerca sulla base dell'acronimo PICO:

- (P)opulation: Infant, newborn, late preterm infant, nurse;
- (I)ntervention: Kangaroo Mother Care;
- (C)omparison: Usual care;
- (O)utcomes: breast feeding, vital sign, barriers, infant care.

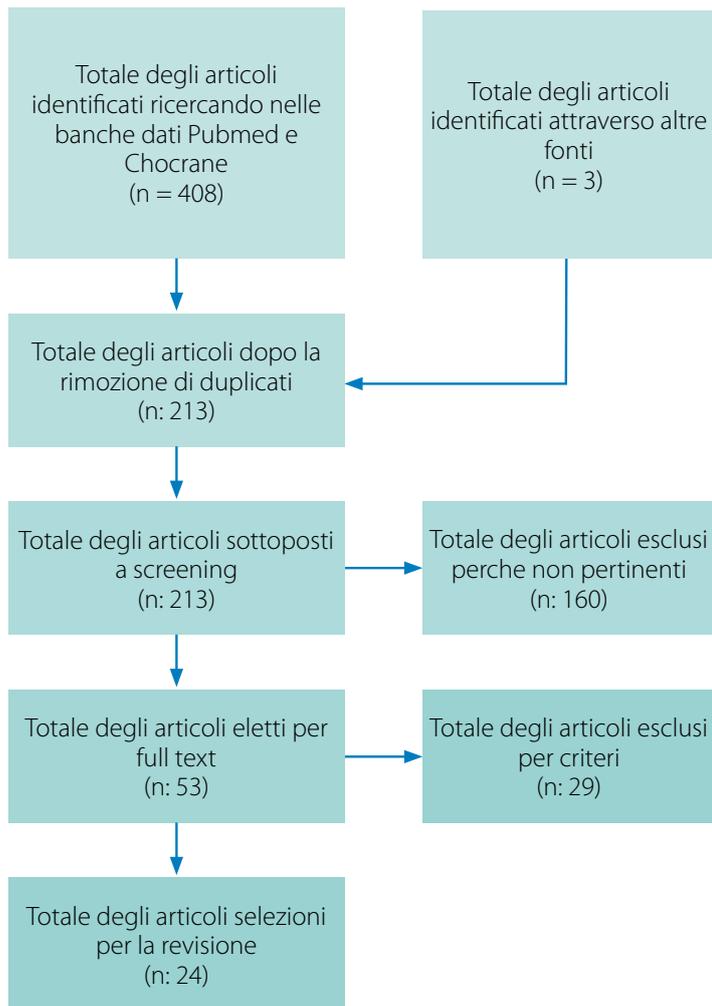
Le parole chiave "Kangaroo-Mother Care Method"[Mesh], "Breast Feeding"[Mesh], "Evidence-Based Practice"[Mesh], "Vital Signs"[Mesh], "Infant"[Mesh], "Infant, Premature, Diseases"[Mesh], "Newborn", "Late Preterm Infant", "Usual Care", "Infant Care" sono state combinate tra loro attraverso l'utilizzo di "AND" e "OR" come operatori booleani.

La ricerca sulle due banche dati ha prodotto un totale di 24 pubblicazioni di varia natura che sono state sottoposte a un processo di screening, con l'eliminazione dei duplicati e la selezione di articoli sulla base dei seguenti criteri di inclusione:

- Tipologia di studio: revisione sistematica, revisione narrativa, studio descrittivo, qualitativo, quantitativo e misto, survey study
- Popolazione: neonati, genitori, personale infermieristico, altro personale sanitario che collabora con il personale infermieristico
- Focus dell'articolo: utilizzo di KMC nella pratica clinica quotidiana, benefici della salute neonatale e materna dopo l'utilizzo di KMC, fattori ostacolanti e implementazione alla KMC
- Disponibilità del testo: full text.

Al termine del processo di selezione, i documenti eleggibili per lo scopo sono stati valutati con lettura integrale da parte dell'autore, che ha eseguito analisi e sintesi in tabelle sinottiche. Sono stati esclusi tutti gli articoli di cui non era possibile reperire il full text. (Figura 1)

Figura 1. PRISMA Flow-chart PRISMA sul processo di selezione della letteratura



RISULTATI

Un ampio numero di evidenze supporta i benefici KMC, in particolare per i neonati pretermine (Kourouma et al. 2021): si è dimostrato che il prolungato contatto pelle a pelle tra madre e neonato è efficace per il controllo termico, l'allattamento al seno e il legame in tutti i neonati, indipendentemente dall'ambiente, dal peso, dall'età gestazionale e dalle condizioni cliniche (WHO, 2022; Pavlyshyn et al., 2021; Crenshaw et al., 2019; Pavlyshyn et al., 2021; Agudelo et al., 2021).

Controllo termico e meccanismi di difesa.

Attraverso stimoli sensoriali come il tatto, il calore e l'odore, si ha nella mamma una promozione della produzione di ossitocina. (Pavlyshyn et al., 2021). Questo ormone svolge un ruolo fondamentale nel comportamento e nel legame subito dopo la nascita, provoca un aumento della temperatura cutanea materna, necessaria a garantire una adeguata termoregolazione nel neonato (Widström et al., 2019). Il contatto materno ha il ruolo di mantenere la termogenesi del neonato, prevenendo lo sviluppo di ipotermia (Pavlyshyn et al., 2021; WHO, 2022). La frequenza cardiaca e respiratoria, l'ossigenazione, la glicemia, i modelli di sonno e il comportamento, osservati nei neonati tenuti pelle a pelle, tendono ad essere simili o migliori di quelli osservati nei neonati separati dalle loro madri. (WHO, 2022). La pelle dei neonati spesso è imma-

tura ed è incapace di fornire una funzione di barriera e protezione contro gli agenti patogeni (Crenshaw et al., 2019). La KMC ha la capacità di migliorare la funzione della barriera cutanea, riducendo la perdita di acqua trans epidermica e aumentando l'idratazione corneale e diminuendo così la possibilità di infezione. (Crenshaw et al., 2019). Attraverso il contatto diretto viene favorita la contaminazione della pelle del bambino da parte della flora non patogena della madre, riducendo così l'impatto sulla sepsi nosocomiale nei neonati (Pavlyshyn et al., 2021).

Allattamento al seno

Il latte materno è adatto alle esigenze del bambino ed è l'alimento migliore, anche se il parto è avvenuto prima del termine o il bambino è piccolo (WHO, 2022). Il latte materno, grazie al suo contenuto unico di anticorpi, fagociti, lattoferrina e probiotici, migliora la protezione immunitaria del bambino e i processi digestivi, prevenendo l'insorgenza di NEC e sepsi. (Pavlyshyn et al., 2021). L'ossitocina, oltre a essere coinvolta nella termoregolazione madre-neonato, insieme alla prolattina ha un ruolo significativo nella promozione dell'attaccamento materno, nel riflesso di eiezione del latte e quindi nella produzione latte (Al-Shehri & Abdulaziz, 2021; Pavlyshyn et al., 2021). Il contatto con la madre sviluppa nel neonato istigazioni tattili, termiche e olfattive e si ha così una spontanea ricerca verso il capezzolo materno e un efficace attaccamento al seno (Karimi et al., 2019). La maggior parte dei neonati è molto vigile nelle prime due ore dopo il parto e, se non disturbati, si attaccherebbero correttamente al capezzolo (Widström et al., 2019). La KMC è strettamente correlata all'allattamento al seno e può avere un impatto significativo sull'allattamento al seno prolungato (Pavlyshyn et al., 2021; Agudelo et al., 2021). Numerosi studi hanno riportato infatti che un incontro ritardato tra le madri e i loro bambini dopo la nascita porta a un inizio tardivo dell'allattamento al seno e a uno scarso mantenimento nei mesi successivi (Oksuz & Sevil, 2021; Agudelo et al., 2021).

Modelli comportamentali

Oltre ai benefici dell'allattamento al seno, la KMC rafforza i nuovi modelli di interazione madre-neonato appena sviluppati (Cleveland et al., 2017). Questa tecnica infatti riduce le attività di stress e crea sia nella madre che nel neonato un'esperienza speciale e unica (Widström et al., 2019; Cleveland et al., 2017), crea un approccio semplice e centrato sul paziente, che può aiutare a normalizzare l'esperienza del parto dopo l'intervento (Cleveland et al., 2017). È perciò fondamentale non interrompere questi comportamenti naturali, in quanto costituiscono la base a sostegno della genitorialità (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019).

Infermieri e Kangaroo Mother Care: le barriere nella pratica clinica

Un compito fondamentale dell'infermiere e di tutto il personale sanitario è quello di favorire la KMC (Oksuz & Sevil, 2021; Crenshaw et al., 2019): aiutare cioè i genitori nel posizionamento del proprio bambino "a canguro" e supportare l'allattamento al seno (Crenshaw et al., 2019; WHO, 2022). È necessario però sviluppare e attuare all'interno degli ospedali strategie e politiche a sostegno delle madri e delle famiglie (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019; WHO, 2022). Sebbene la KMC sia una pratica di routine e ci siano

delle evidenti prove scientifiche riguardo le sue proprietà benefiche sulla sopravvivenza e sulla salute del neonato (Pavlyshyn et al., 2021; Crenshaw et al., 2019; WHO, 2022; Artese et al., 2021), questa tecnica spesso si imbatte in numerosi fattori ostacolanti. È dunque indispensabile esplorare le componenti che potrebbero migliorare l'organizzazione e la qualità della KMC. Idealmente, l'educazione relativa alla KMC con la madre e la famiglia del neonato dovrebbe avvenire non solo dopo la nascita del neonato, ma anche nell'ambito dell'assistenza prenatale (Widström et al., 2019). Bisognerebbe far comprendere ai genitori l'importanza della Kangaroo Mother Care e la necessità di un attento monitoraggio della posizione del neonato, della respirazione e della sua sicurezza durante l'attuazione (Widström et al., 2019). Una conoscenza preventiva e una formazione adeguata è infatti fondamentale per la pratica clinica in tutte le cure neonatali (WHO, 2022; Oksuz & Sevil, 2021; Mathias et al., 2021).

Considerando i noti benefici e l'assenza di esiti negativi, i professionisti della salute hanno la responsabilità di sostenere e educare i genitori sulle pratiche e i vantaggi della KMC, affinché aderiscano completamente a questa pratica (Mathias et al., 2021; Kourouma et al. 2021; Crenshaw et al., 2019). Bisognerebbe incrementare la divulgazione di informazioni (Maniago et al., 2020) tramite modalità cartacee (es. opuscoli e poster), informatiche (es. social media o webinar online) o incontri di gruppo di sostegno ai genitori (Mathias et al., 2021; Widström et al., 2019). La Kangaroo Mother Care deve essere proposta dall'infermiere o dall'ostetrica fin dalla nascita del bambino (WHO, 2022) La figura infermieristica dovrebbe perciò essere in grado di sostenere e responsabilizzare i genitori ad assumere un ruolo attivo, coinvolgendoli nell'assistenza, nella cura, nel monitoraggio, nel posizionamento canguro e nell'allattamento del proprio bambino (Gill et al., 2021).

Per aumentare l'implementazione della KMC nella pratica clinica quotidiana non basta la formazione genitoriale, ma è necessario e fondamentale fornire supporto a tutti gli operatori sanitari (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019). Spesso, infatti, si ha una mancanza di conoscenza sulla materia (Oksuz & Sevil, 2021). Dalla letteratura è emerso che spesso gli infermieri manifestano preoccupazioni che ostacolano la pratica clinica (Maniago et al., 2020; Crenshaw et al., 2019). Tra quelle più citate c'è il fatto che la KMC possa impedire un riconoscimento tempestivo di situazioni patologiche e che aumenti la termodispersione del neonato, soprattutto se utilizzata nelle prime ore di vita e sui neonati pretermine (Maniago et al., 2020; Crenshaw et al., 2019; Cho et al. 2022). Attuare strategie di gestione e formazione, come ad esempio una formazione continua al personale, linee guida/ raccomandazioni ospedaliere chiare e mirate e frequenti verifiche delle competenze e delle conoscenze in materia di KMC (Cho et al. 2022; Al-Shehri & Abdulaziz, 2021; Gill et al., 2021) potrebbe diminuire le barriere percepite e favorire la pratica clinica (Maniago et al., 2020; Kourouma et al. 2021).

La letteratura spesso mette in luce come alcuni operatori sanitari abbiano avuto esperienze con madri che si rifiutavano di aderire alla KMC perché, ad esempio, portare il neonato sul petto non è ben percepito nella loro cultura o perché avevano ansia/paura di far male al bambino. (Kourouma et al. 2021). Le credenze culturali e tradizionali devono essere sempre prese in considerazione nelle strategie di utilizzo della KMC, in quanto giocano un ruolo fondamentale nell'attuazione della KMC (Mathias et al., 2021).

Un'umanizzazione delle cure e una buona capacità di ascolto e di comunicazione degli operatori sanitari facilitano l'adozione della KMC e rendono unica questa esperienza (Kourouma et al. 2021; Cho et al. 2022).

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Lo scopo di questa revisione della letteratura è di analizzare i benefici della KMC ed esplorare le barriere all'implementazione della KMC, al fine di illustrare le direzioni per il futuro. È un metodo potente e facile da usare per promuovere la salute e il benessere dei neonati nati pretermine e di quelli a termine (WHO, 2022). È stato presentato per la prima volta da Rey e Martinez a Bogotá, in Colombia, dove è stato sviluppato come un'alternativa all'adeguata e insufficiente assistenza in incubatrice per quei neonati pretermine che avevano superato i problemi iniziali e avevano bisogno solo di nutrirsi e crescere.

Ad oggi non dovrebbe essere considerata un'opzione, ma bisognerebbe praticare la KMC il prima e il più a lungo possibile. Nonostante i numerosi benefici, è emerso che ci sono ancora barriere alla sua implementazione ed è dunque necessario individuare i fattori ostacolanti percepiti dal personale sanitario e dai genitori, affinché le strategie di attuazione nella pratica clinica quotidiana vengano migliorate. Il personale sanitario molto spesso evita la KMC per mancanza di istruzione e formazione. Gli ospedali e le istituzioni sanitarie dovrebbero assicurarsi che la preparazione da parte di tutto il personale sia adeguata e garantire l'emissione di procedure e protocolli universali. Un'altra importante area di implementazione che è emersa dalla letteratura è l'attitudine genitoriale a mettere in pratica la KMC. Spesso, infatti, non sono stati spiegati ai genitori l'importanza e i benefici del contatto con il loro neonato.

L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella pratica quotidiana, tramite la personalizzazione delle cure e il rispetto delle culture e credenze dei genitori, e ha il compito di incoraggiare e supportare l'attuazione della KMC. La futura ricerca dovrebbe esplorare le esperienze di infermieri, genitori e altri operatori sanitari durante l'intero processo di attuazione. L'identificazione di barriere è necessaria allo sviluppo di piani di intervento per migliorare l'intero metodo. Dovrebbero inoltre essere introdotti nella pratica quotidiana strumenti convalidati per misurare l'efficacia e l'attuazione della KMC.

L'epidemia del nuovo coronavirus 2019 (COVID-19) rappresenta l'ostacolo più recente e, allo stesso tempo, più impegnativo per la KMC. Numerose preoccupazioni e incertezze operative sulla trasmissione della sindrome respiratoria acuta coronavirus-2 (SARS-CoV-2), hanno portato all'applicazione di protocolli ferrei in particolare in sala parto.

Nonostante le raccomandazioni pubblicate dalla World Health Organization a marzo 2020 incoraggiassero, per le donne COVID positive, l'avvio dell'allattamento al seno entro un'ora dalla nascita, in un caso su cinque i neonati non hanno avuto l'opportunità di sperimentare e beneficiare la vicinanza dei genitori, né sotto forma di contatto, né di Kangaroo Mother Care, né percepire la voce o l'odore dei genitori (Boronat et al., 2020; Kostenzer et al., 2021). I neogenitori, d'altra parte già sottoposti a un immenso stress a causa dello stato pandemico, si sono trovati ad affrontare il momento della nascita da soli e con numerose preoccupazioni, non

ricevendo informazioni adeguate su come proteggere se stessi e il proprio neonato (Davanzo et al., 2020)

Non ci sono abbastanza evidenze in letteratura su come la KMC e la sua applicazione siano state influenzate durante il periodo pandemico. Speriamo pertanto che questo articolo sia un utile punto di riflessione per futuri studi.

CONFLITTO DI INTERESSI

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. L'autore dichiara di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approva la pubblicazione.

FINANZIAMENTI

L'autore dichiara di non aver ottenuto alcun finanziamento e/o sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, S.I., Gamboa, O.A., Acuña, E., Aguirre, L., Bastidas, S., Guijarro, J., Jaller, M., Valderrama, M., Padrón, M.L., Gualdrón, N., Obando, E., Rodríguez, F., & Buitrago, L., 2021. Randomized clinical trial of the effect of the onset time of skin-to-skin contact at birth, immediate compared to early, on the duration of breastfeeding in full term newborns. *International breastfeeding journal*, 16(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00379-z>
- Al-Shehri, H., & Binmanee, A., 2021. Kangaroo mother care practice, knowledge, and perception among NICU nurses in Riyadh, Saudi Arabia. *International journal of pediatrics & adolescent medicine*, 8(1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2019.11.003>
- Artese, C., Paterlini, G., Mascheroni, E., Montirosso, R., & Developmental Care Study Group (DCSG) of the Italian Neonatology Society, 2021. Barriers and Facilitators to Conducting Kangaroo Mother Care in Italian Neonatal Intensive Care Units. *Journal of pediatric nursing*, 57, e68–e73. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.10.028>
- Boronat, N., Escarti, A., & Vento, M., 2020. We want our families in the NICU!. *Pediatric research*, 88(3), 354–355. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-1000-9>
- Chavula, K., Guenther, T., Valsangkar, B., Lwasha, V., Banda, G., Bøe Wensaas, M., Luhanga, R., Chimtembo, L., Kinney, M.V., & Dube, Q., 2020. Improving Skin-to-Skin Practice for babies in Kangaroo Mother Care in Malawi through the use of a customized baby wrap: A randomized control trial. *PLoS one*, 15(3), e0229720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229720>
- Cho, Y.C., Gai, A., Diallo, B.A., Samateh, A.L., Lawn, J.E., Martinez-Alvarez, M., & Brotherton, H., 2022. Barriers and enablers to kangaroo mother care prior to stability from perspectives of Gambian health workers: A qualitative study. *Frontiers in pediatrics*, 10, 966904. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.966904>
- Cleveland, L., Hill, C.M., Pulse, W.S., DiCioccio, H.C., Field, T., & White-Traut, R., 2017. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 46(6), 857–869. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.08.005>
- Crenshaw, J.T., Adams, E.D., Gilder, R.E., DeButy, K., & Scheffer, K.L., 2019. Effects of Skin-to-Skin Care During Cesareans: A Quasiexperimental Feasibility/Pilot Study. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 14(10), 731–743. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0202>
- Coutts, S., Woldring, A., Pederson, A., De Salaberry, J., Osiovich, H., & Brotto, L.A., 2021. What is stopping us? An implementation science study of kangaroo care in British Columbia's neonatal intensive care units. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03488-5>
- Davanzo, R., Merewood, A., & Manzoni, P., 2020. Skin-to-Skin Contact at Birth in the COVID-19 Era: In Need of Help!. *American journal of perinatology*, 37(5 02), S1–S4. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714255>
- Gill, V.R., Liley, H.G., Erdei, C., Sen, S., Davidge, R., Wright, A.L., & Bora, S., 2021. Improving the uptake of Kangaroo Mother Care in neonatal units: A narrative review and conceptual framework. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 110(5), 1407–1416. <https://doi.org/10.1111/apa.15705>
- Karimi, F.Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T., 2019. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 58(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>
- Kostandy, R.R., & Ludington-Hoe, S.M., 2019. The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact). *Birth defects research*, 111(15), 1032–1043. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1565>
- Kostenzer, J., Hoffmann, J., von Rosenstiel-Pulver, C., Walsh, A., Zimmermann, L.J.I., Mader, S., & COVID-19 Zero Separation Collaborative Group, 2021. Neonatal care during the COVID-19 pandemic - a global survey of parents' experiences regarding infant and family-centred developmental care. *EclinicalMedicine*, 39, 101056. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101056>
- Kourouma, K.R., Agbré-Yacé, M.L., Doukouré, D., Cissé, L., Some-Méazieu, C., Ouattara, J., Tano-Kamelan, A., & Konan Kouakou, V., 2021. Barriers and facilitators to kangaroo mother care implementation in Cote d'Ivoire: a qualitative study. *BMC health services research*, 21(1), 1211. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07086-9>
- Ma, X., Zhu, J., & Du, L., 2020. Neonatal Management During the Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: The Chinese Experience. *NeoReviews*, 21(5), e293–e297. <https://doi.org/10.1542/neo.21-5-e293>
- Maniago, J.D., Almazan, J.U., & Albougami, A.S., 2020. Nurses' Kangaroo Mother Care practice implementation and future challenges: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(2), 293–304. <https://doi.org/10.1111/scs.12755>
- Mathias, C.T., Mianda, S., Ohdihambo, J.N., Hlongwa, M., Singo-Chipofya, A., & Ginindza, T.G., 2021. Facilitating factors and barriers to kangaroo mother care utilisation in low- and middle-income countries: A scoping review. *African journal of primary health care & family medicine*, 13(1), e1–e15. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2856>
- Mehrpisheh, S., Doorandish, Z., Farhadi, R., Ahmadi, M., Moafi, M., & Elyasi, F., 2022. The Effectiveness of Kangaroo Mother Care (KMC) on attachment of mothers with premature infants. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology: X*, 15, 100149. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2022.100149>
- Oksuz, S.K., & Inal, S., 2021. The effect of kangaroo mother care applied to the healthy newborns in the early postpartum period on breastfeeding: A randomized controlled trial. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(9), 2124–2129. <https://doi.org/10.47391/JPMA.376>
- Pavlyshyn, H., Sarapuk, I., Casper, C., & Makieieva, N., 2021. Kangaroo mother care can improve the short-term outcomes of very preterm infants. *Journal of neonatal-perinatal medicine*, 14(1), 21–28. <https://doi.org/10.3233/NPM-200455>
- Widström, A.M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E., 2019. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 108(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- World Health Organization. (2022, November 15) . WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Disponibile online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
- World Health Organization. (2020, March 13) . Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Disponibile online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>

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 online



Vai al sito italianjournalofnursing.it e scopri tutte le notizie più aggiornate sull'ordine e sul mondo infermieristico.