

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.3/2025

SPINA BIFIDA: IL VALORE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Giornata
Mondiale della
Spina Bifida
25 ottobre 2025

Organo ufficiale di stampa

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE MI-LO-MB

Direttori Editoriali ad interim: Valentina Spedale e Tiziana Nania.

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 Daga, 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 redazione@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 (incluso 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.

Editoriale

- 3 Fare l'infermiere: attrattiva e realtà oltre la percezione**
Being a nurse: attractiveness and reality beyond perception
Pasqualino D'Aloia

Attualità e professione

- 4 Condizioni di lavoro e trasformazioni digitali nella professione infermieristica. Evidenze da un'indagine nazionale**
Working conditions and digital transformations in the nursing profession: evidence from a national survey
Luisa D'Agostino, Alessia Romito

Esperienze

- 10 Cure palliative: il senso autentico di prendersi cura: una riflessione**
Palliative care: the authentic meaning of caring: a reflection
Alessandro Marino

Formazione

- 13 Il contributo dell'assistito-formatore nell'apprendimento degli studenti infermieri: revisione narrativa**
Patient-teacher's contribution in nursing students' education: narrative review
Fumagalli Anna, Milos Roberto, Locatelli Lorenzo, Rosi Ivana Maria, Steri Daniele, Rancati Stefania
- 19 Strategie educative per migliorare la consapevolezza della sessualità nell'assistito onco-ematologico: una revisione della letteratura**
Educational strategies to improve sexuality awareness in onco-hematologic patients: a literature review
Gaia Comelli, Filippo Ingrosso, Paola Ripa, Rita Biscotti, Ilaria Milani, Elisa Rimoldi, Stefano Romano Capatti

Pubblicazioni

- 27 Infezioni correlate all'assistenza e ruolo dell'infermiere: studio di prevalenza in un contesto lombardo**
Healthcare-associated infections and the nurse's role: prevalence study in a lombardy context
Stefania Tinti, Silvia Sindona, Simona Cassioli, Maria Pia Cappuccio, Lorenzo Furcieri, Renzo Guttadauro, Mara Puricelli, Martino Trapani Martino, John Tremamondo, Annalisa Alberti
- 35 Utilizzo delle contenzioni in ambito ospedaliero: indagine sulla percezione e sulla conoscenza degli infermieri**
Non-pharmacological therapies for improving quality of life and countering cognitive decline in adults over 65: a literature review
Stefano Romano Capatti, Laura Sanguedolce, Paola Ripa, Rita Biscotti, Elisa Rimoldi, Ilaria Milani, Filippo Ingrosso
- 44 Mutualità e qualità di vita nelle nefropatie: studio osservazionale longitudinale**
Mutuality and quality of life in renal disease: longitudinal observational study
Stefania Meo
- 54 Renal iNUT: uno strumento di screening nutrizionale per i pazienti affetti da malattia renale. Una revisione della letteratura**
Renal iNUT: a nutritional screening tool for patients suffering from kidney disease. a review of the literature.
Giada Vrenna

Area Geriatrica

- 65 Terapie non farmacologiche per il miglioramento della qualità di vita e il contrasto del decadimento cognitivo negli over 65: una revisione della letteratura**
Non-pharmacological therapies for improving quality of life and countering cognitive decline in adults over 65: a literature review
Flavia Baiamonte, Marilena Bianco, Francesco Brandi

Storia della Professione

- 69 «Il sole del 25 illuminò uno degli spettacoli più spaventevoli che si possano presentare all'immaginazione».**
Un'analisi assistenziale dell'Esercito sabaudo nella Battaglia di San Martino e Solferino.
"The sun of the 25th illuminated one of the most terrifying spectacles imaginable." A welfare analysis of the Sardinian Army in the Battle of San Martino and Solferino.
Virginia Gallini, Anna La Torre, Maria Luisa Pancheri

Esperienze internazionali

- 75 Barriere, sfide e strategie per la gestione trasfusionale nei paesi a basso reddito: revisione narrativa ed esperienza personale in repubblica democratica del congo**
Barriers, challenges and strategies for transfusion management in low-income countries: narrative review and personal experience in the democratic republic of congo
Francesca Sala, Barbara Fassino, Federica Buzzi, Patrizio Sannino, Serena Rampini, Gabriele Sorrentino

Pillole di benessere

- 83 Allenare la presenza mentale in reparto grazie alla mindfulness informale.**
Training mental presence in the ward through informal mindfulness
Antonella Cittadino

**Pasqualino D'Aloia**

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

President of OPI in Milan, Lodi,
Monza and Brianza

Fare l'infermiere: attrattiva e realtà oltre la percezione

Being a nurse: attractiveness and reality beyond perception

Affidarsi alla percezione è come guardare da un vetro appannato. Apparentemente, sembra che nessuno scelga più di fare l'infermiere. Ma basta passare il panno dei numeri, perché l'immagine si faccia chiara. Quest'anno, infatti, quasi 19mila giovani hanno scelto la strada della professione infermieristica. Altro che abbandono, scarsa attrattiva o segnale di sfiducia: **19mila studenti e studentesse hanno visto nel "fare l'infermiere" una scelta di valore per il proprio futuro.**

Se questo da un lato ci rasserena, dall'altro non è sufficiente. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha cinquant'anni e li dimostra tutti: è come una casa solida che necessita di una ristrutturazione profonda. Nella nostra ottica, sarebbe necessario concentrare in grandi aree l'elevata complessità e lasciare al territorio la gestione delle cronicità. Ma per rendere tutto questo sostenibile nel tempo **occorre ripensare il sistema e contemporaneamente creare percorsi capaci di trattenere i giovani** e offrire loro un futuro da costruire qui e non altrove. Iniziare a lavorare e non avere una prospettiva di carriera è come salire su un treno senza binari: chi lo prenderebbe?

Eppure i dati ci dicono che, a ben vedere, **un'attrattiva c'è**. Le lauree magistrali ne sono un esempio lampante: 2.371 posti a bando e 9.493 domande presentate. Un rapporto che parla chiaro: i ragazzi non scappano, bussano alle nostre porte. E si delinea una **consistente e stabile domanda di specializzazione e crescita accademica da parte degli infermieri che, pur potendo accedere subito al mondo del lavoro, scelgono di specializzarsi.**

Inoltre, negli ultimi dieci anni i laureati sono quasi raddoppiati, passando da 8.000 a 14.000. E nel 2026 arriveremo a 15.000 colleghi con laurea triennale. Numeri che descrivono un'energia viva, che chiede di essere accolta e valorizzata.

In proposito, un passo decisivo sarà **l'avvio, se tutto va come deve già a partire dal prossimo anno accademico, dei tre nuovi indirizzi clinici: Cure Primarie e Sanità pubblica, Cure Pediatriche e Neonatali, e Cure Intensive ed Emergenza.** Questi percorsi non solo alzano l'asticella della competenza, ma **aprono la porta a nuove carriere, nuove responsabilità, nuove prospettive.**

Fin qui il bicchiere è mezzo pieno, ma il bicchiere mezzo pieno non disseta. Restano da risolvere criticità importanti: 24.000 colleghi andranno in pensione quando i nuovi laureati saranno circa 15.000; le iscrizioni alle facoltà sono disomogenee tra Nord e Sud; la responsabilità che gli infermieri si assumono non è riconosciuta né economicamente né socialmente. È proprio in questo senso che **il welfare deve diventare un alleato**: stipendi, servizi, condizioni che rendano la scelta non solo ideale, ma anche sostenibile.

Siamo un Paese con 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti contro i 12 della Germania. E in Lombardia, Veneto e Campania il rapporto è ancora più basso. Se vogliamo che il trend si inverta, è necessario che **la questione infermieristica venga trattata come un'emergenza nazionale.** Una questione da affrontare con serietà, in tempi brevi, uniti.

In questa logica, è il momento di **cambiare narrazione.** Non serve arroccarsi: serve dialogare, costruire, guardare nella stessa direzione. Solo così la professione infermieristica potrà crescere e il Servizio Sanitario Nazionale potrà reggere l'urto del futuro. Riusciremo? Il dialogo, visto da qui, oggi sembra una strada difficile da percorrere. Ma, forse, è solo il vetro a essere appannato.

Buon lavoro,
Pasqualino D'Aloia

Luisa D'Agostino

Ricercatrice, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche – INAPP

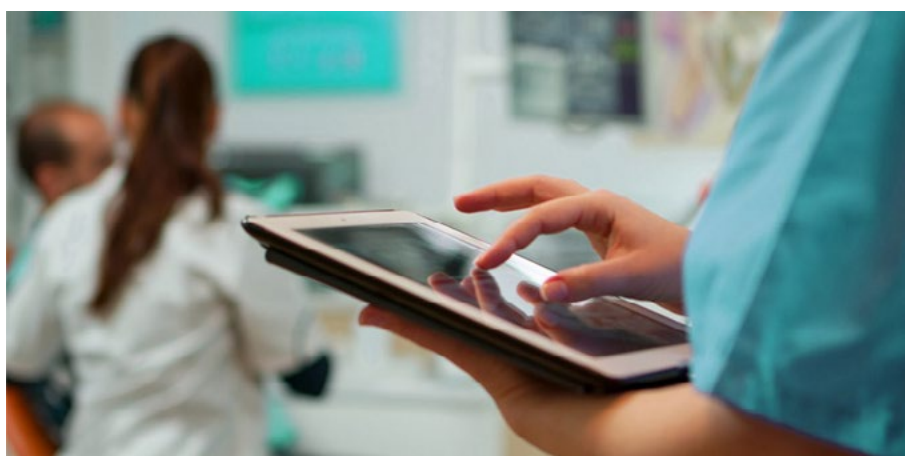
Alessia Romito

Collaboratrice tecnica di ricerca, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche – INAPP

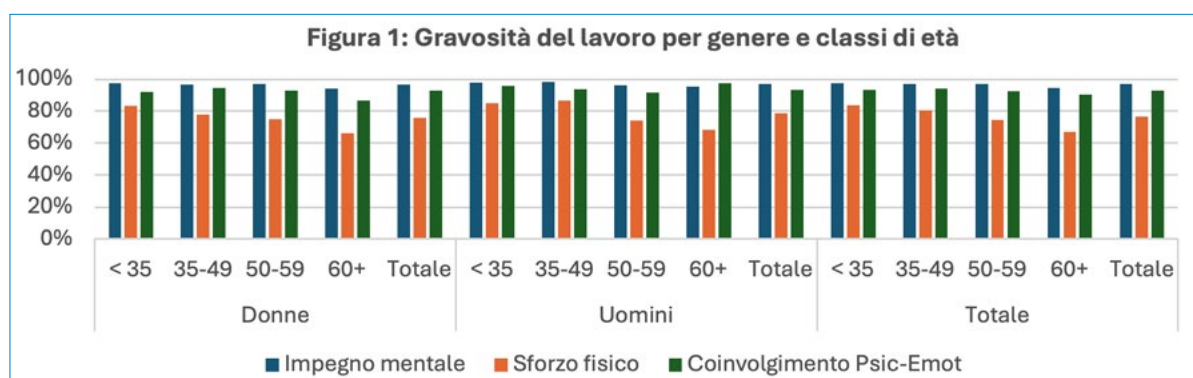
Condizioni di lavoro e trasformazioni digitali nella professione infermieristica. Evidenze da un'indagine nazionale

Working conditions and digital transformations in the nursing profession: evidence from a national survey

L'articolo presenta i risultati di una indagine dedicata alle connessioni tra invecchiamento della forza lavoro e innovazione tecnologica nei servizi sanitari (Inapp, 2023). La transizione demografica, col rapido invecchiamento della popolazione e dei lavoratori, in un'epoca caratterizzata dall'aumento della domanda di servizi di cura e assistenza e dall'avvento della sanità digitale, richiede una gestione attenta del sistema sanitario, per garantire risorse e competenze - anche digitali - adeguate e servizi di qualità (Inapp, 2021).



La rilevazione, tramite questionario anonimo online, era indirizzata a medici, infermieri e OSS, categorie professionali significative per numerosità ed età media, ma anche per le criticità legate all'impatto delle nuove tecnologie sull'organizzazione e la qualità del lavoro. L'analisi dei dati relativi agli infermieri, che l'articolo sintetizza, evidenzia condizioni di particolare sofferenza (Inapp, 2023). Circa il 92% dei lavoratori che hanno completato il questionario erano infermieri, in prevalenza donne (75,3%), di età superiore a 50 anni, distribuiti in modo omogeneo nelle regioni del Nord-Italia e del Centro (30% c.a.); minore la partecipazione al Sud e nelle Isole (10% c.a.). Prevalentemente stabili i rapporti di lavoro: 97,9% lavoratori dipendenti, la maggior parte a tempo indeterminato (97,6%) e full-time (89,1%); residuale il part-time, concentrato tra le infermiere (14% vs 1,3% degli uomini). Significativa l'esperienza lavorativa: il 38% circa ha un'anzianità di servizio superiore a 30 anni, il 31,5% compresa tra i 21 e i 30 anni. Il 97,7% degli infermieri rispondenti è impiegato nelle strutture del SSN, di cui il 75,2% in strutture ospedaliere e il 16,4% nell'assistenza territoriale. Il lavoro di infermiere è considerato abbastanza o molto gravoso dalla maggior parte dei rispondenti, soprattutto per impegno mentale (96,9%) e coinvolgimento emotivo (92,8%), meno per lo sforzo fisico (75,9%), percepito maggiormente dai più giovani (figura1).



Fonte: dati INAPP 2022

Inoltre, dall'analisi dei fattori che concorrono a determinare la flessibilità emerge una rigidità del lavoro che non facilita la conciliazione con la vita privata, in particolare nelle strutture del Ssn.



Fonte: dati INAPP 2022

Tali condizioni di lavoro sono accompagnate da livelli di soddisfazione prevalentemente bassi, soprattutto per quel che riguarda il trattamento economico (91,5%), le prospettive di carriera (89,1%) e lo sviluppo delle competenze (65,3%).

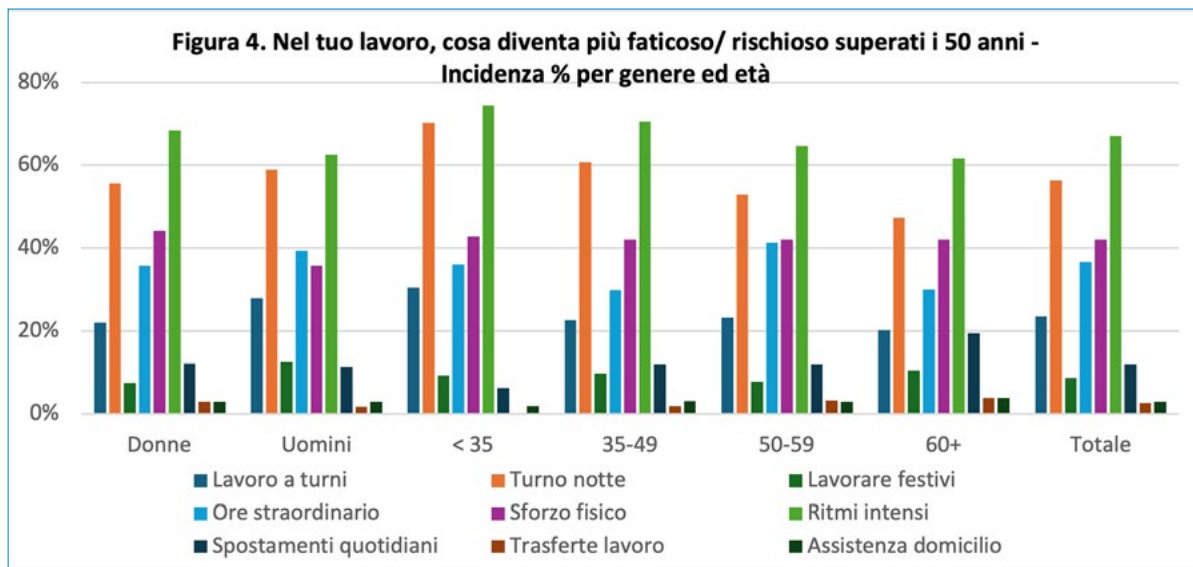


Fonte: dati INAPP 2022

In relazione al trascorrere del tempo e della carriera, i rispondenti non riferiscono miglioramenti delle condizioni lavorative, considerate invariate o addirittura peggiorate, come nel caso dei ritmi di lavoro (69,9%) e delle condizioni economiche (65,5%); molti prevedono un ulteriore inasprimento nei prossimi cinque anni, in particolare di ritmi di lavoro (69,3%), orari (51,4%) e trattamento economico (50,1%), in misura maggiore tra i dipendenti a tempo indeterminato, con più anni di esperienza e in possesso del solo diploma.

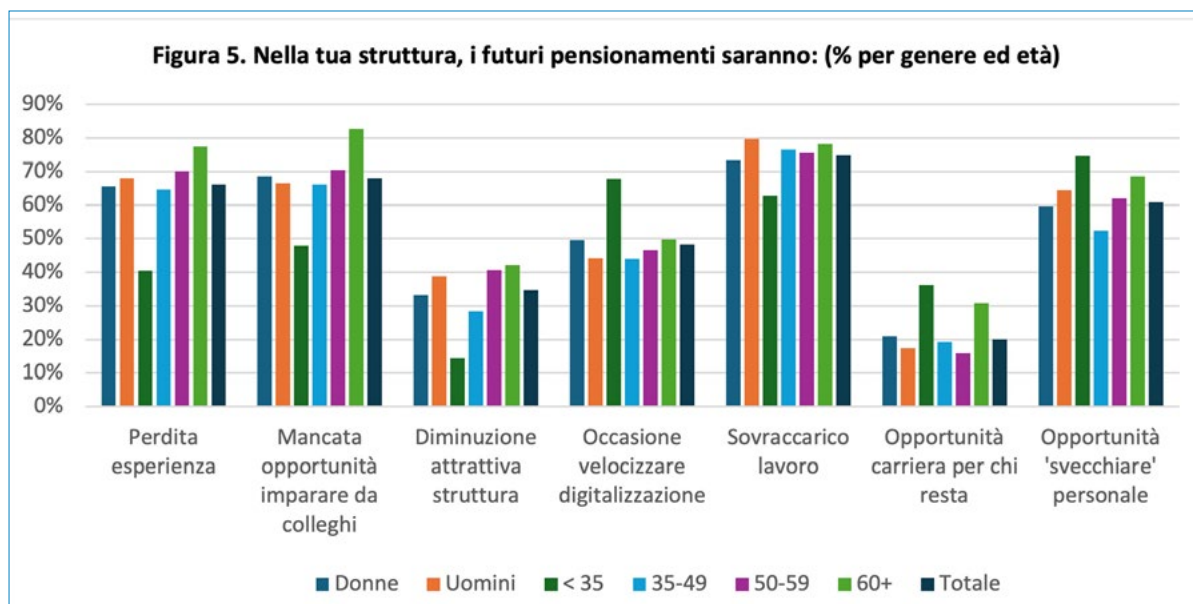
Tra gli ultracinquantenni, si osserva un'elevata percentuale di coloro che negli ultimi anni hanno maggiormente patito stanchezza fisica (88,8%), difficoltà nello svolgere regolarmente il proprio lavoro e nel mantenersi aggiornati. Più del 44% ha percepito insofferenza da parte del datore di lavoro o della dirigenza, oltre il 30% emarginazione o insofferenza da parte dei colleghi.

Le principali cause di affaticamento all'aumentare dell'età sono attribuite all'intensità dei ritmi di lavoro (67,1%) e al turno di notte (56,4%); inoltre, si ritiene possa divenire problematico il rapporto coi superiori gerarchici (59,6%) e coi colleghi più giovani (42,9%).



Fonte: dati INAPP 2022

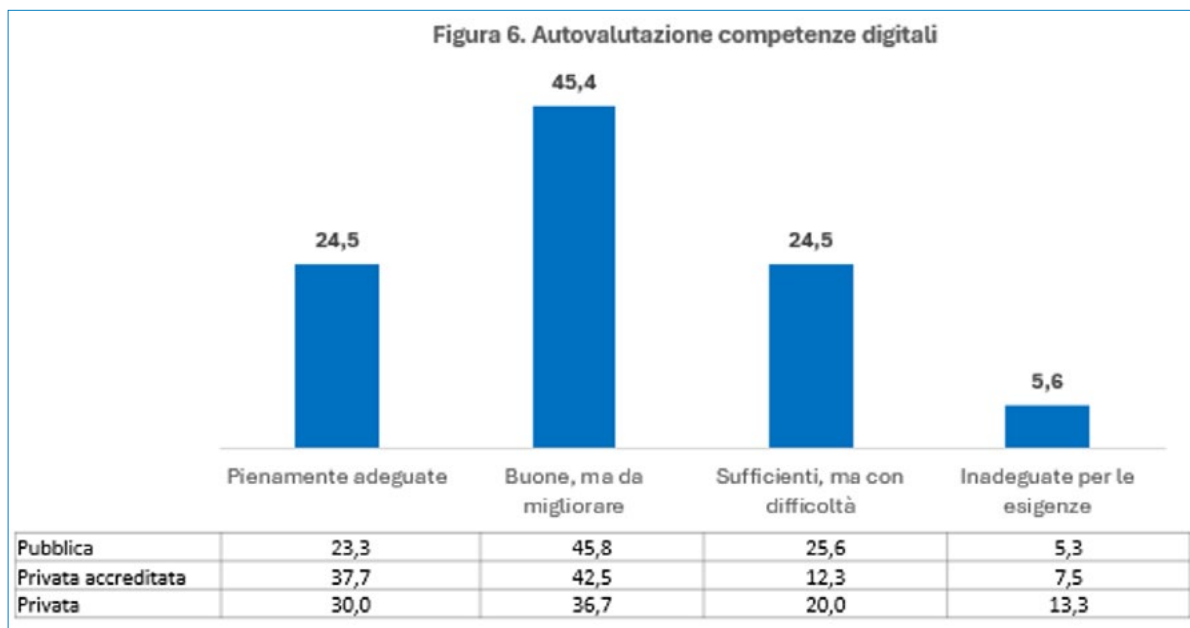
Circa il 30% dei rispondenti si dice interessato al pensionamento anticipato, anche con assegno ridotto del 20-30%; dato da collegare all'elevata percentuale di quanti temono che i futuri pensionamenti determineranno un sovraccarico di lavoro per chi rimane in servizio (74,8%).



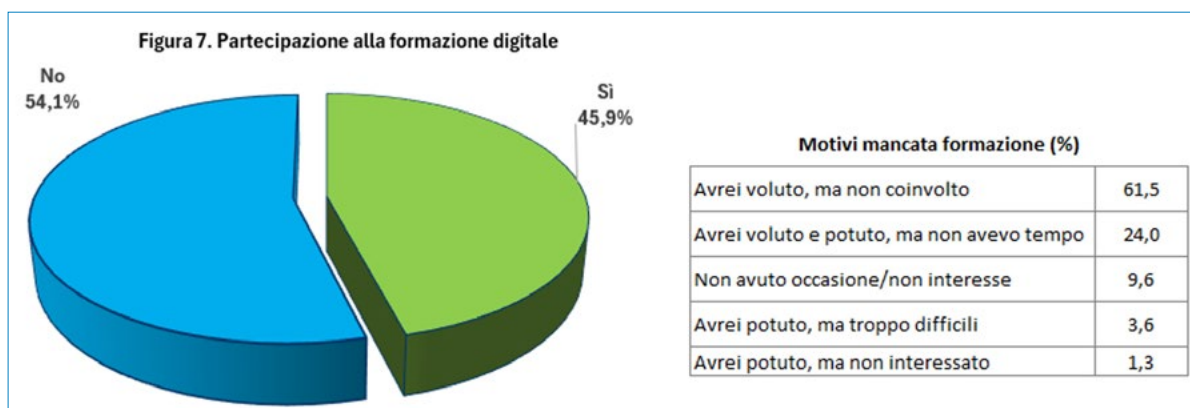
Fonte: dati INAPP 2022

Nella pratica infermieristica, le tecnologie rappresentano una risorsa sempre più presente e necessaria, ma la loro integrazione nei contesti di lavoro quotidiano resta ancora un processo complesso, caratterizzato da luci e ombre. Uno degli aspetti più rilevanti riguarda il livello di competenza digitale dichiarato dal personale. Solo una parte limitata degli infermieri (24,5%), per lo più impiegati nelle strutture private accreditate (37,7%), ritiene di possedere conoscenze pienamente adeguate a un uso consapevole e corretto delle tecnologie; mentre la maggioranza (45,5%) le considera buone ma bisognose di miglioramento (figura 6).

A incidere su questo divario è soprattutto la scarsa partecipazione a percorsi formativi specifici: oltre la metà degli infermieri coinvolti nell'indagine non ha mai preso parte ad attività dedicate all'aggiornamento tecnologico (54,1%). In molti casi, ciò è dovuto al fatto di non essere stati coinvolti in queste iniziative (61,5%); in altri, alla difficoltà di conciliare gli impegni lavorativi con il tempo richiesto dalla formazione (24%) (figura 7).



Fonte: dati INAPP 2022



Fonte: dati INAPP 2022

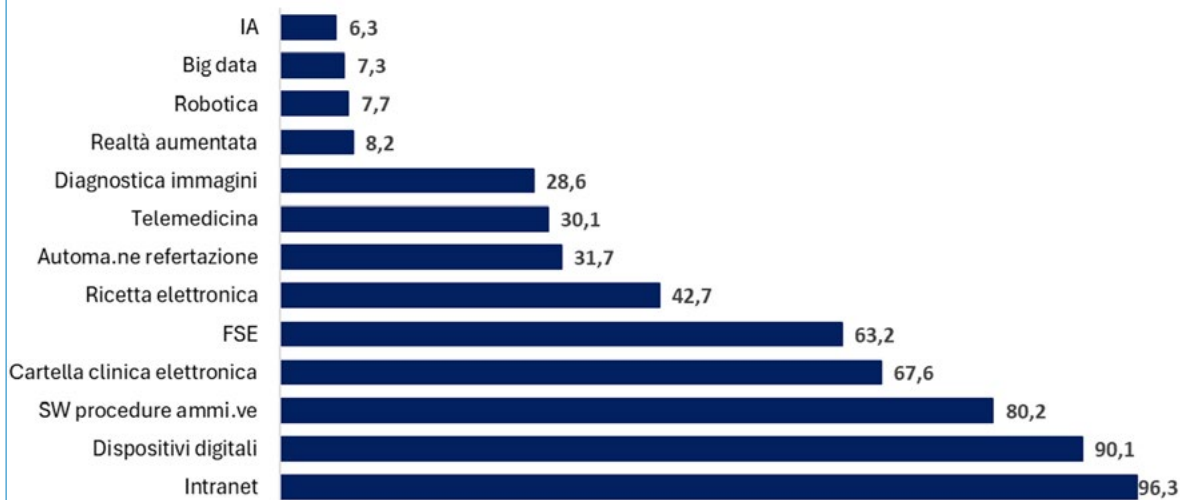
Anche sul fronte dell'utilizzo delle tecnologie emergono elementi di disomogeneità. Gli strumenti maggiormente impiegati dagli infermieri sono quelli di tipo amministrativo e gestionale. L'uso della rete intranet e dei software per le procedure burocratiche è molto diffuso (rispettivamente 96% e 80%), mentre è più limitata l'adozione di strumenti che riguardano l'intero percorso assistenziale, come la cartella clinica elettronica (67,6%), il Fascicolo sanitario elettronico - FSE (63,2%) e la ricetta elettronica (42,7%). Ancora più contenuto risulta l'impiego di soluzioni più evolute, come la telemedicina, la diagnostica digitale o i sistemi automatizzati di refertazione (circa 30%). Tecnologie di frontiera, come l'intelligenza artificiale, i big data o la robotica, restano invece marginali e scarsamente accessibili nella pratica infermieristica quotidiana (figura 8).

Tra le ragioni di questa diffusione disomogenea figura quella di natura economica: la scarsità di investimenti (79,5%) e i costi elevati (75,2%) rappresentano un freno significativo, a cui si aggiunge la mancanza di tempo per la formazione (77,7%). I professionisti più giovani mettono in evidenza, inoltre, la scarsità di competenze adeguate e la resistenza da parte degli operatori più maturi (rispettivamente 78,3% e 86,6% degli under 35) (figura 9).

Inoltre, in alcuni contesti, l'introduzione di nuove tecnologie viene ancora vissuta come un onere aggiuntivo (58,1%) o come un fattore di complicazione delle routine consolidate (62,3%), anziché come un'opportunità di semplificazione e di crescita professionale. L'atteggiamento degli infermieri verso le tecnologie dipende anche dal valore che attribuiscono loro sul piano relazionale.

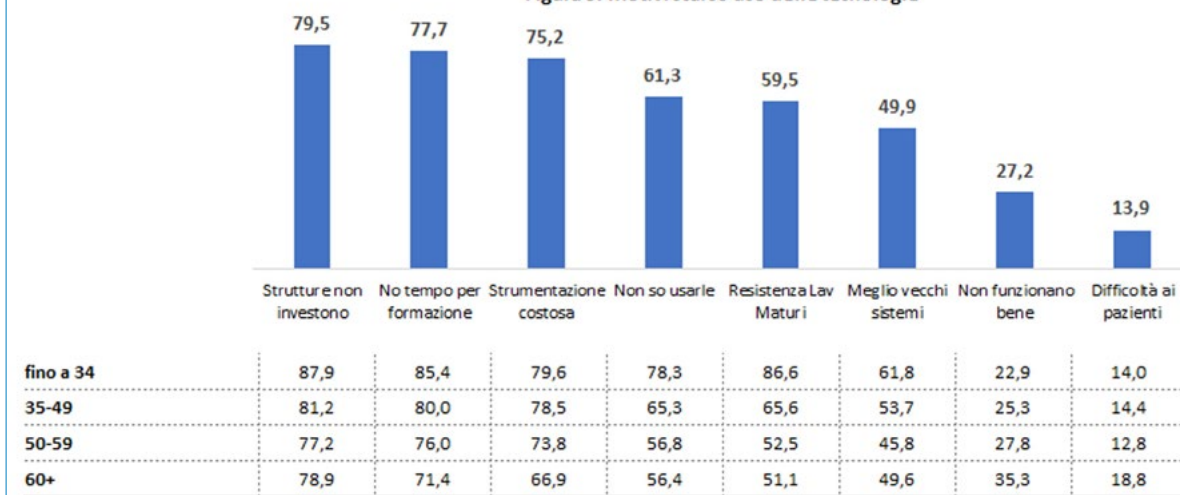
La facilitazione nel lavoro quotidiano emerge come il principale vantaggio percepito (58,3%), così come la possibilità di creare ambienti lavorativi più sicuri e stimolanti (53%), soprattutto da chi esercita la professione da meno tempo (65,1%) o ha un titolo di studio più elevato (59,9%). Le tecnologie portano benefici nelle relazioni interpersonali solo relativamente (36,2%), per lo più per coloro che lavorano presso le strutture private (60%) (figura 10).

Figura 8. Utilizzo delle tecnologie



Fonte: dati INAPP 2022

Figura 9. Motivi scarso uso delle tecnologie



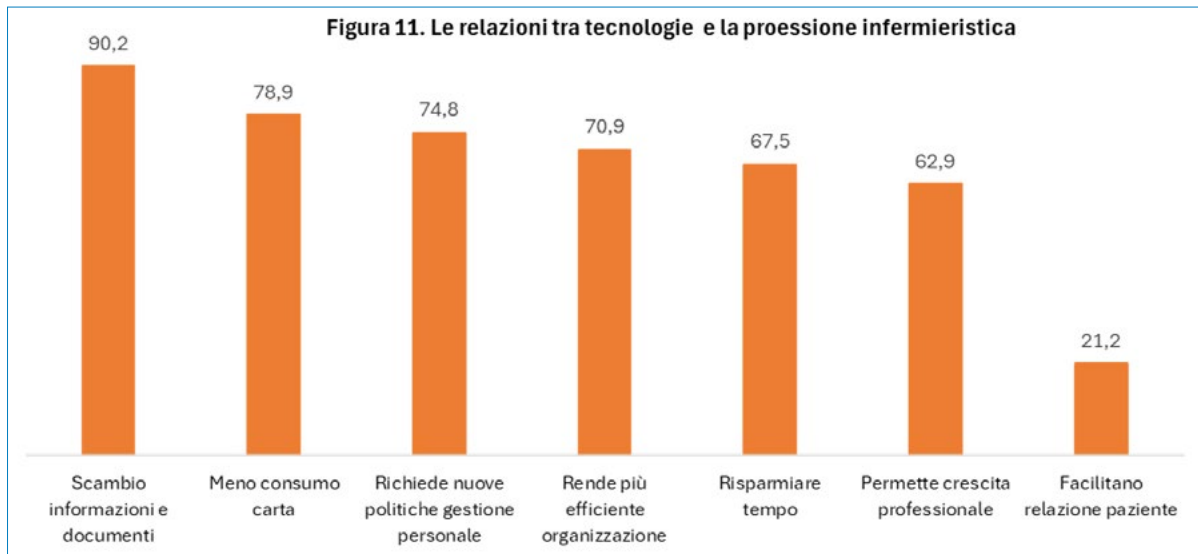
Fonte: dati INAPP 2022

Figura 10. Le relazioni tra tecnologie e ambiente di lavoro



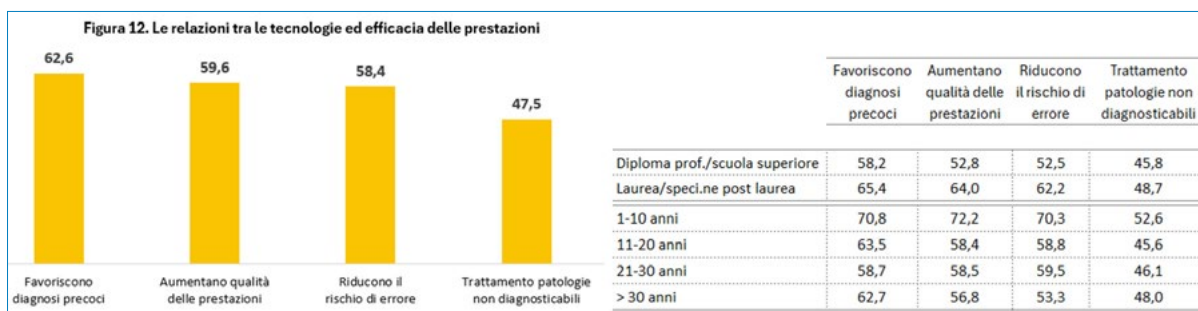
Fonte: dati INAPP 2022

Riguardo l'impatto professionale, l'innovazione è apprezzata quando migliora l'organizzazione: potenziamento della circolazione informativa e documentale (90,2%), dematerializzazione dei processi (78,9%) ed efficientamento organizzativo (70,9%). Tuttavia, si ritiene necessario (74,8%) accompagnare l'innovazione tecnologica con rinnovate politiche di gestione delle risorse umane (figura 11).



Fonte: dati INAPP 2022

In ambito clinico-assistenziale, le tecnologie vengono valorizzate per la loro capacità di favorire diagnosi precoci (62,2%), migliorare la qualità dei servizi erogati (59,6%) e ridurre l'incidenza degli errori (58,4%). Anche in questo caso, i benefici sono percepiti per lo più da chi esercita la professione da meno tempo o ha un titolo di studio più elevato (figura 12).



Fonte: dati INAPP 2022

La pandemia di Covid-19 ha messo in evidenza i limiti strutturali del sistema sanitario italiano, accentuando le criticità legate alla carenza di personale e alle difficoltà organizzative. Tuttavia, ha anche spinto verso una maggiore consapevolezza della necessità di innovazione, incentivando lo sviluppo della sanità digitale. Ma la transizione digitale è un percorso complesso che richiede visione, competenze e collaborazione. È necessario un approccio sistemico, che coinvolga tutti i livelli – tecnologico, culturale, gestionale e formativo – e valorizzi gli infermieri come attori centrali del cambiamento. Il successo dipenderà da investimenti in infrastrutture digitali sicure e dalla diffusione omogenea delle tecnologie, accompagnati da una formazione mirata e continua.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Alessandro MarinoInfermiere, A.O.R.N. Cardarelli,
Napoli (Italy)

Cure palliative: il senso autentico di prendersi cura: una riflessione

Palliative care: the authentic meaning of caring: a reflection

In Italia le cure palliative nascono circa 30 anni fa con i primi Hospice e l'attività di associazioni di volontariato che forniscono assistenza domiciliare ai pazienti oncologici terminali, attraverso un percorso legislativo che culmina nel 2009 con le "Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore" e fino alla legge 38 del Marzo 2010. Il malato diventa la persona affetta da una patologia con andamento cronico ed evolutivo, per il quale l'uso delle terapie farmacologiche risulta inefficace.

Le cure palliative si occupano di pazienti affetti anche da patologie progressive come la sclerosi multipla (SM). In Italia sono 100.000 le persone affette da sclerosi multipla, con un range di età compresa tra i 20-40 anni, epoca in cui la malattia viene generalmente diagnosticata e con un rapporto (2:1) a favore delle donne rispetto agli uomini. L'Associazione che si occupa della sclerosi multipla è l'AIMS (Solari et al., 2015).

Tale associazione si impegna costantemente con numerose iniziative di sensibilizzazione, per far emergere il tema fondamentale delle traiettorie evolutive della sclerosi, al fine di pianificare per tempo tutti gli interventi necessari per garantire la reale continuità assistenziale di questa delicata categoria di pazienti. La storia della sclerosi multipla e quindi la sua traiettoria evolutiva non si sono modificate negli ultimi decenni, restando caratterizzate da un corredo di grande sofferenza, di bisogni specifici e complessi e soprattutto la necessità di presa in carico dei pazienti. Per soddisfare le necessità dei malati e delle loro famiglie è necessario garantire il passaggio graduale dalle cure a quelle palliative, attraverso la condivisione degli obiettivi di cura, evitando così i rischi di una dolorosa percezione di abbandono.



1. Le motivazioni/razionale che rendono importante focalizzare la propria attenzione su tali aspetti

Le malattie neurologiche presentano traiettorie e caratteristiche evolutive che rappresentano vere e proprie sfide al modello tradizionale di cure palliative, ovvero quelle del fine vita.

In particolare si segnalano due principi di peculiarità:

- La possibile lunga durata di malattia
- La difficile definizione di terminalità

Gli obiettivi delle cure palliative del paziente si basano sulle traiettorie evolutive della malattia stessa:

- Migliorare lo stato di salute mediante il controllo dei sintomi (attraverso scale che rilevano in maniera puntuale ed attenta la comparsa e la gravità dei sintomi, per esempio la Palliative care outcome Symptoms Scale, MS-POS-S-MS- Solari 2015)
- Un approccio di tipo proattivo nell'identificazione dei bisogni del malato e della sua famiglia
- La ricerca nell'appropriatezza e dell'efficienza degli interventi assistenziali
- Il potenziamento dell'assistenza orientata verso la qualità di vita del malato.

Quest'ultimo aspetto risulta molto importante, perché sottolinea l'importanza dell'intervento precoce delle cure palliative per migliorare la qualità di vita della persona. Nella valutazione delle traiettorie evolutive in corso di SM, la misurazione della qualità di vita (QOL) ha fornito un contributo essenziale per la gestione dei pazienti.

Le misure della qualità di vita possono essere utilizzate sia per valutare i cambiamenti complessi che i pazienti con SM devono affrontare durante l'evoluzione della malattia sia ai fini della ricerca farmaco economica.

I pazienti con SM vanno incontro a depressione, deterioramento cognitivo e affaticamento, tutti importanti fattori che influenzano la qualità di vita.

Ci si augura che gli strumenti per misurare la qualità di vita possano contribuire ad aiutare i pazienti ad immaginare prospettive per il loro futuro ed anche a pianificare le strategie terapeutiche e gli interventi palliativi miranti a migliorare la qualità di vita del paziente e delle persone che lo assistono (caregiver).

Il Comitato Europeo per il trattamento e la ricerca sulla sclerosi multipla si prefigge un grande obiettivo: creare una linea guida di pratica clinica basata sull'evidenza per il trattamento farmacologico dei pazienti con SM, che sia uno strumento di riferimento valido per tutti gli operatori sanitari, da utilizzare nel processo decisionale della gestione delle varie tappe della SM, attraverso un approccio multidisciplinare, integrato tra specialistici neurologi ed oncologici, infermieri e psicologi, con il comune obiettivo di assicurare al paziente un percorso di assistenza continua focalizzata sulla qualità di vita del paziente (Solari et al., 2018).

2. Cosa si conosce di tali aspetti nella letteratura scientifica (nazionale/internazionale) quali soluzioni proposte? Quali difficoltà?

Dall'analisi della letteratura scientifica nazionale emerge per la sua rilevanza il "Pensami Project", che ha come obiettivo l'ascolto dei bisogni delle persone con una forma grave di SM (Doyle et al., 2013). Il progetto sulla scorta di fondamenti scientifici offre alle persone affette da SM grave e ai loro caregiver, un sistema di cura idoneo a garantire un'adeguata qualità di vita lungo un arco temporale di molti anni, attraverso il monitoraggio di sintomi quali la valutazione del dolore neuropatico, delle difficoltà della deglutizione, della difficoltà del controllo sfinterico (urinario e intestinale), la comparsa di rigidità, del tremore, della spasticità, la valutazione del tono muscolare degli arti inferiori e superiori, della fatica e della difficoltà della comunicazione verbale, della mancanza di appetito e della difficoltà dell'addormentamento (Oliver et al., 2017).

Per quanto concerne la valutazione della qualità di vita si utilizza una scala di valutazione *SEI-QoL-DW Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting*. Questa viene proposta attraverso un colloquio (domande e risposte aperte) da parte di un team multidisciplinare. Il fine è quello di permettere alla persona che si sottopone al colloquio di esprimersi liberamente su quelli che sono i suoi bisogni primari e sul grado di soddisfazione verso coloro i quali debbono andare incontro a tali bisogni nelle varie fasi della dimensione evolutiva della malattia. Il progetto ha proposto nuove linee guida sulle cure palliative del paziente con SM grave. Una task force sta lavorando ancora in questo senso, con l'obiettivo di far sì che la ricerca scientifica sia vicina ai diritti delle persone affette da SM grave attraverso un loro coinvolgimento diretto nel processo di cura continuativo che garantisca una qualità di vita soddisfacente in ogni fase della malattia (Veronese et al., 2017). Nell'ambito della letteratura scientifica internazionale la società nazionale statunitense che si occupa di sclerosi multipla (NMS) pone l'accento sul fatto che la SM riduce la qualità di vita (QOL) poiché compromette l'integrità fisica, lo stato psicologico e l'interazione sociale.

Il paziente vive in una situazione di disagio e di difficoltà e percepisce una scarsa qualità di vita soprattutto nell'ultima fase evolutiva della sua malattia.

Quali sono le problematiche evidenziate e le possibili soluzioni:

- Le carenze nelle risposte territoriali ai bisogni dei pazienti, molto spesso le cure sono frammentate e non esiste un'organizzazione in rete.
- Fondamentale sarebbe la formazione di competenze professionali dedicate
- Importante la necessità di creare spazi di cura anche attraverso i servizi già esistenti (con una maggiore attenzione verso l'approccio palliativo e dedicato ai bisogni del singolo paziente con SM)
- La presa in carico del paziente e del suo caregiver deve essere globale da parte del sistema sanitario, attraverso la valutazione dei loro bisogni
- Identificare il momento adatto dell'integrazione delle cure palliative nel corso delle terapie convenzionali rimane difficile soprattutto per la complessità e l'eterogeneità della SM nell'arco dell'evoluzione temporale.

3. Quali sono le questioni aperte che meritano ulteriori approfondimenti

È fondamentale saper integrare le competenze multidisciplinari nel percorso di gestione di un paziente affetto da una patologia neurodegenerativa progressiva come la SM. La complessità sta proprio nella gestione della cronicità (Salgrado et al., 2013).

La "patient experience" è assolutamente rilevante nella valutazione della qualità percepita di assistenza sanitaria ed è necessaria per la pianificazione efficace ed efficiente degli interventi in un setting integrato (Pollman et al., 2005). Purtroppo le evidenze mostrano che i servizi territoriali non rispondono ancora ai bisogni dei pazienti, sarebbe importante e prioritario ridisegnare la "patient journey".

Aumentare la soddisfazione rispetto alla patient experience è un obiettivo fondamentale per migliorare la sua compliance nel processo di cura e rappresenta inoltre un driver di appropriatezza e consente inoltre di rendere più efficiente l'intero processo di presa in carico.

Un altro aspetto prioritario è quella di riformulare i PDTA che rappresentano lo strumento principale di integrazione dei percorsi di gestione della SM sulla base delle più recenti acquisizioni della letteratura scientifica, le evidenze scientifiche attuali, tra specialisti territoriali ed ospedalieri con i MMG. L'obiettivo è quello di migliorare i percorsi assistenziali, chiarire il ruolo operativo di ciascuna figura ed una maggiore attenzione verso i bisogni dell'utenza (Montalbani et al., 2018).

La SM è una patologia progressiva complessa e la sua traiettoria evolutiva rappresenta un percorso arduo e di difficile gestione. L'attenzione competente verso la qualità di vita del paziente rappresenta un obiettivo fondamentale delle cure palliative e deve rappresentare il fine ultimo di ogni percorso di cura nel rispetto della dignità del paziente. Fondamentale è quindi la collaborazione attiva tra paziente, caregiver e personale sanitario a cui loro si affidano, attraverso la costruzione di un percorso evolutivo basato su fiducia, rispetto e chiarezza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Anna Fumagalli

Professore a Contratto, Università degli Studi di Milano
Infermiere, Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Roberto Milos

Professore a Contratto, Università degli Studi di Milano
Infermiere, Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Lorenzo Locatelli

Infermiere, Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Ivana Maria Rosi

Professore a Contratto, Università degli Studi di Milano

Daniele Steri

Infermiere, Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Stefania Rancati

Professore a Contratto, Università degli Studi di Milano
Infermiere, Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Il contributo dell'assistito-formatore nell'apprendimento degli studenti infermieri: revisione narrativa

Patient-teacher's contribution in nursing students' education: narrative review

**RIASSUNTO****Introduzione**

Negli ultimi decenni il coinvolgimento degli assistiti nella formazione risulta una modalità sperimentata a livello internazionale e diffusa in ambito sanitario con esiti positivi. L'interesse per questa metodologia didattica è in aumento anche nella formazione infermieristica.

Obiettivo

Esplorare gli scenari presenti in letteratura che riguardino il coinvolgimento dei pazienti nella formazione degli studenti di infermieristica e descriverne l'impatto sull'apprendimento.

Metodi

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura consultando le banche dati CINAHL, PUBMED, PSYCINFO, EMBASE.

Risultati

Dai 22 articoli identificati emergono le caratteristiche comuni degli assistiti-formatori e le modalità del loro coinvolgimento nella formazione accademica e clinica. Il loro originale punto di vista genera negli studenti maggior soddisfazione della didattica, miglioramento nella relazione, sensibilità alle questioni etiche e centralità del malato.

Conclusioni

Le modalità di partecipazione degli assistiti all'insegnamento sono eterogenee e in aumento anche nella formazione infermieristica. Considerati l'efficacia e l'impatto positivo sull'apprendimento degli studenti sono necessarie ulteriori ricerche per definire il ruolo degli assistiti-formatori e l'applicabilità di tale approccio nell'offerta formativa italiana.

Parole chiave

Coinvolgimento del paziente, utente del servizio, formazione infermieristica, studente di infermieristica.

SUMMARY**Introduction**

In last decades, patients' involvement in education is a tested method at international level, especially in medical context, with positive results. Interest in this teaching methodology is also increasing in nursing education.

Objective

To explore the current experiences in the literature about the patients' involvement in nursing students' education and describe their impact on learning.

Methods

A narrative literature review was conducted, searching CINAHL, PUBMED, PSYCINFO, EMBASE databases.

Results

Patient-teachers' common characteristics and methods of their involvement in academic and clinical education emerge from the 22 articles identified. Their original point of view generates in students' greater satisfaction with learning, improvement in relationships, sensitivity to ethical issues and patient-centredness.

Conclusions

Patients involvement methods are heterogeneous and are also increasing in nursing education. Given effectiveness and positive impact on student learning, further research is necessary to define the role of patient-trainers and the applicability of this approach in the Italian training offer.

Keywords

Patient involvement, service user, nursing education, nursing student

INTRODUZIONE

Il coinvolgimento degli assistiti è promosso a tutti i livelli del sistema sanitario, inclusa la formazione dei professionisti della salute (WHO, 1978, 1993; Repper and Breeze, 2007) al fine di sviluppare un approccio centrato sul paziente per migliorare l'assistenza e la qualità delle cure (Richards et al., 2013; Goodson et al., 2021). La prevalenza di patologie croniche richiede nuovi modi per assistere i malati (Karazivan et al., 2015). Negli anni, il paternalismo medico si è indebolito, lasciando sempre più spazio ad approcci in cui gli assistiti sono membri attivi nell'assistenza sanitaria, nella ricerca e nell'istruzione (Wykurz and Kelly, 2002; Karazivan et al., 2015; Riva-Rivedda et al., 2023). Essi vivono l'impatto della malattia e del suo trattamento, forniscono un punto di vista privilegiato ai ricercatori (Riva-Rivedda et al., 2023) e con la loro esperienza diretta hanno un ruolo di primo piano per migliorare i servizi riducendo i costi sanitari (Richards et al., 2013). Il malato è una risorsa di apprendimento che offre contenuti originali, reali, introvabili sui libri di testo (Padula et al., 2020). La sua partecipazione diretta e attiva nei percorsi formativi a livello internazionale ha fornito risultati positivi, soprattutto per studenti in ambito medico (Wykurz and Kelly, 2002) ed è considerata la chiave per lo sviluppo di competenze orientate alla cura centrata sulla persona e la famiglia (de Groot et al., 2020).

Nonostante l'interesse crescente per il coinvolgimento degli assistiti nella formazione sanitaria, il loro ruolo specifico nella formazione degli studenti di infermieristica è ancora poco esplorato. L'interazione diretta con i pazienti rappresenta un'opportunità unica per sviluppare abilità relazionali, empatia e competenze pratiche essenziali per la professione infermieristica. Tuttavia, l'analisi dell'impatto di queste esperienze sull'apprendimento degli studenti risulta ancora limitata. Pertanto, è fondamentale esplorare la letteratura esistente per comprendere in che modo il coinvolgimento degli assistiti nei percorsi formativi possa influenzare lo sviluppo delle competenze infermieristiche.

METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura (Chiappinotto et al., 2023) finalizzata a rispondere ai seguenti quesiti di ricerca, formulati secondo il metodo PICO (Tabella 1)

Tabella 1. Quesito di ricerca

P	Assistiti esperti della propria malattia
I	Coinvolgimento degli assistiti nella formazione degli studenti di infermieristica
C	Formazione degli studenti di infermieristica senza il coinvolgimento di assistiti-formatori
O	Miglioramento dell'apprendimento da parte degli studenti di infermieristica con conseguente accrescimento delle loro conoscenze e competenze nell'assistenza infermieristica

- Quali caratteristiche hanno gli assistiti-formatori e con quali metodi vengono coinvolti?
- In quali contesti della formazione/assistenza infermieristica questi metodi sono stati sperimentati?
- Quali sono gli effetti sull'apprendimento per lo sviluppo delle competenze degli studenti di infermieristica?

Sono state consultate le banche dati CINAHL, PUBMED, PSYCINFO, EMBASE, utilizzando i termini patient participation, service user, consumer involvement, student nursing, nursing education, teaching methods combinati tra loro a formare stringhe di ricerca utilizzando gli operatori booleani AND e OR. Sono stati inclusi gli articoli pubblicati tra il 2013 e luglio 2024, con qualsiasi disegno di studio, full text disponibile e in lingua inglese, francese o italiana. Sono stati esclusi gli studi che non soddisfacevano i quesiti di ricerca e i criteri d'inclusione. I 439 records identificati dalla ricerca bibliografica sono stati sottoposti ad un processo di selezione (Figura 1). Dopo la rimozione di duplicati (n = 112), sono stati esclusi gli articoli cui titolo e abstract non soddisfacevano il quesito di ricerca (n = 271). Dalla lettura del full text dei 56 records rimasti, sono stati inclusi e sottoposti ad analisi 22 articoli.

RISULTATI

I 22 articoli individuati (*Tabella 2, disponibile sul sito*) provengono soprattutto dall'Europa: dal Regno Unito (n.8), Italia (n.3), Irlanda (n.1), Canada (n.1), Spagna (n.2), Finlandia (n.1), e Turchia (n.1), ma anche dall'Australia (n.4) e Corea del Sud (n.1). In prevalenza si tratta di studi qualitativi (n.9), seguiti da revisioni sistematiche (n.3) e narrative (n.2), scoping review (n.2), survey (n.2), studi quali-quantitativi (n.2), un case report e un RCT.

Profilo dell'assistito-formatore

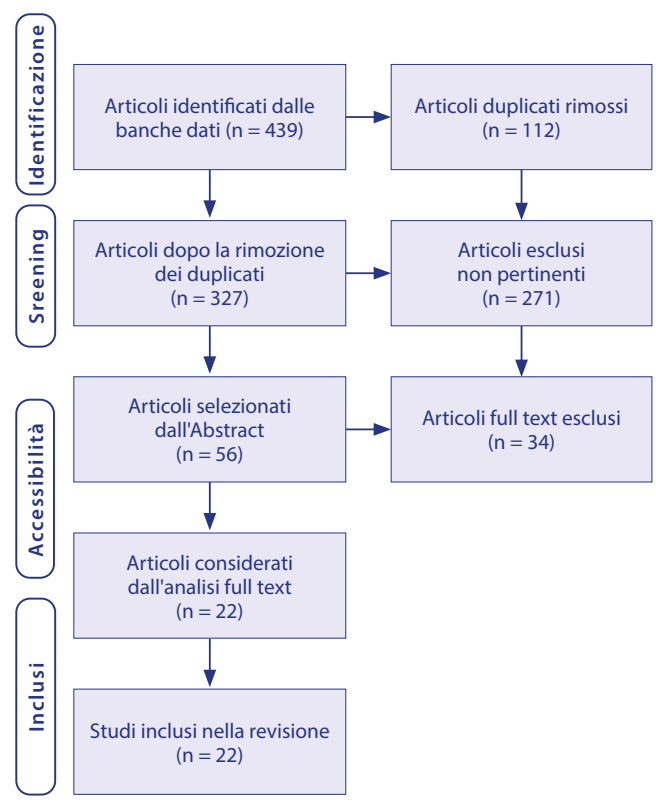
Caratteristiche e reclutamento

Gli studi convergono su alcune caratteristiche comuni in coloro che sono coinvolti nel processo di formazione. Vengono selezionate persone maggiorenni (Flood et al., 2018; Horgan et al., 2018, 2021; Caz & Sarmasoglu Kilickier, 2021) con un'esperienza diretta di malattia clinicamente stabile sia nei sintomi sia nel trattamento (Flood et al., 2018; Ferri et al., 2019). Vengono loro richieste buone capacità comunicative, la gestione della propria emotività e l'assenza di risentimento verso i professionisti e le strutture sanitarie (Horgan et al., 2018, 2021). Gli assistiti-formatori sono sottoposti a sessioni di preparazione o a corsi di formazione (Maplethorpe et al., 2014) i cui programmi risultano diffusi. Anche le modalità di reclutamento differiscono. I pazienti-insegnanti possono essere interpellati attraverso invito personale, o autoproporsi una volta venuti a conoscenza del progetto formativo, rispondendo ad annunci esposti in luoghi ben visibili e frequentati (Maplethorpe et al., 2014; Horgan et al., 2018, 2021). Molti di loro sono stati reclutati dagli stessi professionisti-docenti incontrati durante il percorso di cura (Tremayne et al., 2014; Flood et al., 2018; Horgan et al., 2018; Caz & Sarmasoglu Kilickier, 2021), mentre altri segnalati dalle associazioni locali di supporto ai malati, che fungono da tramite con gli organizzatori (Flood et al., 2018; Horgan et al., 2018).

Esperienze e livelli di coinvolgimento

Gli assistiti-formatori vengono coinvolti principalmente nell'ambito della salute mentale (n.8 records) in particolare per lo sviluppo di abilità relazionali, in servizi post-chirurgici (3: stoma-care, protesi, endoscopia), in oncologia (n.1) e con chi ha disabilità d'apprendimento (n.1). I restanti otto studi non si focalizzano su uno specifico problema di salute, ma includono competenze e abilità trasversali, tra cui la comunicazione, l'empatia e l'etica. Le modalità di coinvolgimento nell'insegnamento consistono in diversi livelli; il più diffuso è il "Racconto per Esperienza", in cui il paziente-formatore descrive ad un gruppo di studenti la propria conoscenza esperienziale sulla

Figura 1: Flow chart PRISMA selezione degli studi



vita con la malattia e specifici problemi di salute (Feijoo-Cid et al., 2017; Horgan et al., 2018, 2021). Scammell et al (2016) sottolineano la difformità delle esperienze in riferimento alla "Scala del coinvolgimento" di Tew et al., (2004) a 5 livelli: da "nessuno" fino al ruolo di "partnership" in cui docente-professionista e paziente-insegnante lavorano insieme in modo sistematico e strategico con presa di decisioni congiunta (Scammell et al., 2016). Gli assistiti conducono principalmente lezioni frontali, ma collaborano anche in attività professionalizzanti (Happell, Bennetts, et al., 2015; Ragazzi et al., 2024) e laboratoriali con il sostegno del docente responsabile del corso (Martin and Hoy, 2013; Tremayne et al., 2014; Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021). Gli assistiti partecipano alla stesura di materiale didattico, programmi (Happell, Platania-Phung, et al., 2015) e alla costruzione di uno scenario di simulazione basato sull'esperienza di malattia (Kang and Joung, 2020). Durante il tirocinio clinico prendono parte alla supervisione dello studente (Maplethorpe et al., 2014) e alla valutazione formativa con il tutor (Ragazzi et al., 2024) proponendo spesso feedback positivi (Suikkala et al., 2018; Kang and Joung, 2020).

Gli effetti sull'apprendimento degli studenti infermieri

Maggior soddisfazione della didattica e impatto sulla futura pratica professionale

Gli studenti riconoscono l'impatto positivo di questa metodologia didattica: si sentono coinvolti e motivati (Feijoo-Cid et al., 2017; Kuti and Houghton, 2019) sia per le caratteristiche del paziente-formatore sia per l'atmosfera rilassata che favorisce la discussione (Kuti and Houghton, 2019; Alberti et al., 2023); manifestano curiosità e felicità, dissipando eventuale nervosismo o timori di commettere errori (Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021). Molto apprezzati sono la riduzione del gap teoria-pratica e la stimolazione del pensiero critico e di ragionamento (Alberti et al., 2023) (Kuti and Houghton, 2019) (Feijoo-Cid et al., 2017): "Ti consente di pensare al tuo approccio all'assistenza infermieristica e a come puoi fare la differenza... tutta questa conoscenza ha un effetto positivo sulla cura dei pazienti." (Kuti and Houghton, 2019).

Gli studenti possono riflettere sulla propria formazione, individuare eventuali errori commessi in passato e migliorarsi (Feijoo-Cid et al., 2017, 2023; Horgan et al., 2018, 2021; Alberti et al., 2023) L'interazione con un paziente-docente aiuta a gestire l'ansia e rende più intraprendenti gli studenti che forniranno una migliore assistenza infermieristica (Maplethorpe et al., 2014; Smith et al., 2016; Kuti and Houghton, 2019; Feijoo-Cid et al., 2023; Ragazzi et al., 2024): "In futuro, so che sarà un grande contributo alla mia vita professionale infermieristica... ad esempio, quando un paziente con una stomia arriva in ospedale, posso avvicinarmi a lui con più conoscenza ed esperienza piuttosto che incontrarlo per la prima volta" (Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021).

Educazione centrata sul malato

Gli esempi reali e personali riportati dagli assistiti-insegnanti contribuiscono ad una formazione centrata non sul professionista, bensì sul malato. Gli studenti acquisiscono la capacità di vederlo come persona (Martin and Hoy, 2013; Tremayne et al., 2014), più forte e resiliente di quanto avessero pensato (Perry et al., 2013) e come un essere umano con sentimenti, credenze e aspettative (Goulet et al., 2015; Alberti et al., 2023; Feijoo-Cid et al., 2023). Di conseguenza vengono rispettati i suoi diritti alla salute e all'autonomia decisionale, messi finora in secondo piano da alcuni studenti che riproducevano comportamenti paternalistici di infermieri volti a gestire il problema di salute, trascurando la prospettiva del malato (Feijoo-Cid et al., 2023).

Gli studenti prendono consapevolezza che vi sono punti di vista diversi (Alberti et al., 2023; Feijoo-Cid et al., 2023). Considerare la centralità della persona permette di migliorare sia le questioni tecniche associate all'assistenza, sia le capacità di fornire cure specifiche adattate ai bisogni dei malati; di comprendere il significato e l'importanza di garantire cure umanizzate (Feijoo-Cid et al., 2017, 2023) nonché di conoscere metodi sviluppati dai pazienti per gestire meglio la salute e la malattia (Feijoo-Cid et al., 2017; Suikkala et al., 2018; Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021). Di grande rilevanza è la differenza tra un manichino, appropriato per ripetere procedure e sviluppare abilità tecniche, e la persona che fornisce un feedback (Suikkala et al., 2018; Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021). "Vedere una procedura su un paziente è diverso, più realistico, concreto che vederne una su un manichino.... Ci sta mostrando come esegue le cure. Non possiamo capirlo su un manichino. Penso che entrambi abbiano dei vantaggi. Il manichino non può prendersi cura di sé stesso. Non possiamo impararlo su un manichino. Ma non possiamo esercitarci sul paziente." (Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021).

Empatia e miglioramento nella comunicazione

Lo sviluppo di abilità comunicative e dell'empatia sono obiettivi di questo apprendimento (Alberti et al., 2023). Gli autori di uno studio italiano, mediante l'uso di due scale (BEES e JSE-HPS) su un campione di 144 studenti, hanno

dichiarato efficace l'intervento formativo di pazienti esperti nel migliorare i livelli di empatia negli studenti e nelle studentesse del primo anno di corso di Infermieristica (Ferri et al., 2019). Anche l'abbattimento delle barriere e vedere gli utenti come persone ha portato all'aumento di empatia e a una visione più olistica di persone con disturbi di salute mentale (Perry et al., 2013). Nulla può sostituire l'ascolto diretto delle esperienze, come nelle narrazioni (Feijoo-Cid et al., 2017) o nelle sessioni di Patient as Coach Team (PaCT) (Kuti and Houghton, 2019) che diventa la prerogativa per costruire un rapporto di fiducia con i pazienti e prendersi realmente cura di loro (Feijoo-Cid et al., 2023).

Gli studenti hanno riferito di sentirsi più preparati a comunicare con il malato e a gestire la relazione sanitaria in autonomia senza la supervisione dell'infermiere responsabile del tirocinio perché si sentivano in grado di comprendere il paziente: "[...] Ora mi vedo come se avessi più strumenti per parlare con il paziente. (GF1)" (Feijoo-Cid et al., 2023). L'interazione col paziente-formatore permette agli studenti di comunicare e fornire istruzioni più facilmente: li fa sentire più sicuri di sé e motivati, capaci di fornire cure di qualità durante la pratica clinica. (Maplethorpe et al., 2014; Feijoo-Cid et al., 2017; Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021; Ragazzi et al., 2024).

Assistenza infermieristica più giusta e senza pregiudizi

Gli studenti hanno acquisito la capacità di superare pregiudizi e stereotipi sui malati (Alberti et al., 2023). È significativa la differente percezione riportata dagli studenti nello studio di Caz et al (2021): l'aspettativa di incontrare un malato senza speranza, offeso, isolato dalla vita sociale, dall'odore sgradevole e con difficoltà nella cura della stomia di cui era portatore, si è tradotta invece in tutt'altra esperienza. Il paziente-docente ha impressionato gli studenti essendo vigoroso, divertente, sereno, attivo e positivo (Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021).

L'esperienza ha inoltre sensibilizzato alcuni studenti a tutelare il diritto delle persone all'uguaglianza e assisterle senza pregiudizi, stigmatizzazioni e discriminazioni (Goulet et al., 2015; Horgan et al., 2018). Già intuivano ingiustizie meno evidenti, ma senza riuscire a etichettarle: dopo l'intervento, gli studenti sono stati in grado di descriverle in termini di ingiustizia sociale o violazione di diritti, riacquistando il loro significato e la loro importanza nella cura, soprattutto in merito ai diritti alla privacy e all'informazione (Feijoo-Cid et al., 2023).



DISCUSSIONE

Il coinvolgimento degli assistiti nella formazione degli studenti infermieri è positivamente in aumento. È molto diffuso nel Regno Unito, in cui i programmi di formazione devono dimostrare di coinvolgere i pazienti nel curriculum accademico (Goulet et al., 2015). In Italia è considerato contributo prezioso e valore aggiunto nella formazione infermieristica su cui investire (Ferri et al., 2019; Alberti et al., 2023; Ragazzi et al., 2024).

Sperimentato in contesti di salute mentale e con livelli di maggior coinvolgimento, si sta estendendo per altri problemi di salute e per promuovere abilità trasversali e di carattere tecnico, relazionale ed etico (Feijoo-Cid et al., 2023). Emergono alcune caratteristiche comuni degli assistiti-formatori, il loro livello di coinvolgimento nella formazione risulta eterogeneo. L'assenza di linee guida e la variabilità degli ambiti in cui viene sperimentato questo approccio innovativo generano una vasta disparità in tutte le fasi del processo di coinvolgimento, dal reclutamento ai corsi di formazione, dalle sessioni didattiche alla valutazione dell'apprendimento degli studenti (Scammell et al., 2016). È necessario un quadro più chiaro per guidare il ruolo dei pazienti nella formazione infermieristica (Happell, Platania-Phung, et al., 2015; Alberti et al., 2023). Esplorare programmi organizzati e condivisi su tale modalità formativa è incentivato dagli esiti di apprendimento emersi, quali le abilità interpersonali, la comprensione empatica e un approccio individualizzato al malato (Ferri et al., 2019; Feijoo-Cid et al., 2023).

L'impatto degli assistiti-formatori sull'apprendimento clinico è maggiormente espresso attraverso le opinioni degli studenti (Tremayne et al., 2014; Feijoo-Cid et al., 2017, 2023; Ferri et al., 2019; Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021); alcuni autori (Flood et al., 2018; Horgan et al., 2018; Alberti et al., 2023) riportano prospettive di assistiti, caregiver e infermieri docenti. Spesso gli assistiti-formatori faticano ad affermare il proprio ruolo in un ambiente in cui non

sono considerati abbastanza professionali (Happel et al., 2015; Perry et al., 2013) e riportano disagio o preoccupazioni nel ruolo di valutatori (Ragazzi et al., 2024), ma apprezzano l'opportunità di contribuire al processo di apprendimento degli studenti e di migliorare la qualità delle cure (Suikkala et al., 2018) in qualità di esperti con esperienza vissuta (Horgan et al., 2018).

L'elevata soddisfazione del processo educativo e lo stimolo all'autoriflessione promuovono cambiamenti positivi per gli studenti nella pratica (Feijoo-Cid et al., 2017; Kuti and Houghton, 2019; Alberti et al., 2023). Gli studenti diventano più consapevoli del significato di cure umanizzate ed empatia (Perry et al., 2013; Ferri et al., 2019) grazie all'ambiente non minaccioso e al riscontro immediato che rende gli studenti meno ansiosi, più sicuri e più sensibili ai bisogni delle popolazioni vulnerabili (Kuti and Houghton, 2019). Il riflettere sui propri comportamenti da una prospettiva centrata sul malato (Suikkala et al., 2018; Caz and Sarmasoglu Kilickier, 2021) ha portato ad una inaspettata conseguenza sul piano etico: superare pregiudizi e ingiustizie a volte non così evidenti e assicurare un'assistenza infermieristica nel rispetto dei diritti del malato in quanto persona (Goulet et al., 2015; Horgan et al., 2018; Feijoo-Cid et al., 2023).

Limiti dello studio

I risultati rappresentano una panoramica molto generale e non esaustiva sulle modalità di coinvolgimento dei pazienti nella formazione infermieristica, soprattutto per limitate informazioni sulla preparazione degli assistiti-formatori e sulle tecniche di applicazione. Inoltre, l'impatto sull'apprendimento è stato considerato in esperienze eterogenee, con campioni ridotti e modalità prive di indicatori univoci generando un sapere comune non condivisibile e replicabile in ogni contesto.

CONCLUSIONI

Il crescente interesse per il coinvolgimento degli assistiti nella formazione infermieristica evidenzia il suo impatto positivo sull'apprendimento degli studenti. Per la pratica, è fondamentale sviluppare modelli strutturati che definiscano il ruolo dei pazienti-docenti nei diversi contesti formativi, garantendo un equilibrio tra le esigenze educative degli studenti e il benessere degli assistiti-formatori. Inoltre, è necessario individuare i fattori che facilitano o ostacolano l'implementazione di questa metodologia, al fine di ottimizzarne l'efficacia e l'applicabilità nei percorsi di formazione infermieristica.

Per la ricerca, si rende indispensabile un approfondimento sulle modalità più efficaci di coinvolgimento degli assistiti, analizzando i benefici per gli studenti e gli eventuali rischi o limiti per i pazienti. Un aspetto cruciale è l'identificazione di indicatori quanto più oggettivi possibile per misurare l'effettivo impatto di questo approccio, così da garantirne una valutazione basata su dati concreti e riproducibili. La definizione di linee guida basate su evidenze permetterebbe di rendere questa metodologia più strutturata e integrabile nei curricula formativi.

In Italia, un esempio significativo è il progetto EduCare dell'Università di Modena e Reggio Emilia, che valorizza il contributo di pazienti e caregiver nella formazione di futuri professionisti sanitari. L'apprendimento dagli assistiti rappresenta un'opportunità con enormi potenzialità, ma anche con sfide che richiedono ulteriori studi, soprattutto nel contesto italiano, per rafforzare l'efficacia di questo approccio e contribuire a un'assistenza infermieristica sempre più centrata sulla persona.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it



Gaia Comelli

IRCCS MultiMedica - Milano, Italia

Filippo IngrossoIRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico - Milano, Italia**Paola Ripa**Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI,
sede didattica Ospedale San Giuseppe -
Milano, Italia**Rita Biscotti**Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI,
sede didattica Ospedale San Giuseppe -
Milano, Italia**Ilaria Milani**Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI,
sede didattica Ospedale San Giuseppe -
Milano, Italia**Elisa Rimoldi**Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI,
sede didattica Ospedale San Giuseppe -
Milano, Italia**Stefano Romano Capatti**Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI,
sede didattica Ospedale San Giuseppe -
Milano, Italia

Strategie educative per migliorare la consapevolezza della sessualità nell'assistito onco-ematologico: una revisione della letteratura

Educational strategies to improve sexuality awareness in onco-hematologic patients: a literature review**ABSTRACT****Introduzione**

Le neoplasie ematologiche rappresentano circa il 10% di tutti i tumori maligni. La ricerca scientifica fornisce notevoli alternative terapeutiche per la cura di queste; tuttavia, molti aspetti relativi

alla qualità di vita (QoL), come la sessualità, possono risultare ugualmente compromessi. L'assistenza infermieristica ha pertanto lo scopo di incrementare la salute sessuale nell'assistito affetto da patologia ematologica.

Obiettivo

La finalità di questo studio è quella di individuare gli interventi assistenziali infermieristici che possono essere implementati per migliorare la consapevolezza sulla sessualità nei pazienti onco-ematologici.

Metodi

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura. Sono stati individuati l'ambito di studio e il quesito di ricerca, formulando il PIO. Successivamente, è stata eseguita una ricerca bibliografica mediante la consultazione delle principali banche dati biomediche, per individuare articoli pertinenti, rispettando i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti precedentemente. Dopo la fase di identificazione e selezione, sono stati inclusi 14 articoli responsivi al quesito di ricerca.

Risultati

La revisione ha messo in luce come le neoplasie ematologiche e il trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) influenzino negativamente la sessualità e la qualità della vita. Barriere nella comunicazione e nella valutazione della funzione sessuale sono frequenti, ma gestibili attraverso interventi infermieristici mirati. Questi includono una valutazione sistematica, una comunicazione efficace e interventi multimodali.

Conclusioni

Dai risultati è emersa la necessità di implementare interventi educativi per migliorare la consapevolezza della sessualità nei pazienti-onco-ematologici, che includano strumenti di valutazione standardizzati, formazione e competenze specifiche.

Parole chiave

“Comportamento Sessuale”, “Neoplasie Ematologiche”, “Trapianto di Cellule Staminali Ematopoietiche”, “Cure Infermieristiche”.

ABSTRACT

Introduction

Hematologic malignancies, such as leukemias, lymphomas, myelomas, and myelodysplastic syndromes, account for approximately 10% of all malignant tumors. Scientific research provides significant therapeutic alternatives for their treatment; however, many aspects related to quality of life (QoL), such as sexuality, may still be compromised. Nursing care, therefore, aims to enhance sexual health in patients affected by hematologic diseases.

Aims

This study aims to explore and identify nursing care interventions that can be implemented to improve awareness of sexuality in onco-hematologic patients.

Methods

A narrative literature review was conducted. The research scope and question were identified, formulating the PIO framework. Subsequently, a bibliographic search was conducted by consulting major biomedical databases to identify relevant articles, adhering to previously established inclusion and exclusion criteria. After the identification and selection phases, 14 articles responsive to the research question were included.

Results

The review highlighted how hematologic malignancies and hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) negatively impact sexuality and quality of life. Communication barriers and difficulties in assessing sexual function are common but can be managed through targeted nursing interventions. These include systematic evaluation, effective communication, and multimodal interventions.

Conclusions

The findings emphasize the need to implement educational interventions to improve awareness of sexuality in onco-hematologic patients, including standardized assessment tools, training, and specific competencies.

Key words

“Sexual behavior”, “Hematologic disease”, “Hematopoietic stem cell transplantation”, “Nursing care”.

INTRODUZIONE

Le neoplasie ematologiche, quali leucemie, linfomi, mielomi e sindromi mielodisplastiche, presentano sintomi comuni come stanchezza, suscettibilità alle infezioni, sanguinamenti spontanei, dolori muscolari e perdita di peso, spesso dovuti a citopenie quali anemia, neutropenia e piastrinopenia. Nei casi di malattia avanzata, si possono riscontrare anche ingrossamento di organi e linfonodi, febbre persistente e sudorazioni notturne (Allart-Vorelli et al., 2015).

Nell'ambito dell'assistenza infermieristica al paziente onco-ematologico, l'infermiere assume un ruolo fondamentale dalla presa in carico e per tutto il percorso assistenziale-terapeutico.

Risulta essenziale il possesso di competenze quali comunicazione efficace ed empatica, capacità educative, incoraggiamento alla partecipazione attiva nel processo di cura, gestione di situazioni di emergenza e spiccata capacità di collaborazione all'interno di un team multidisciplinare. Nei pazienti ematologici è stata osservata una prevalenza significativa di distress, che influisce negativamente su diverse dimensioni della qualità della vita. Questa condizione è particolarmente rilevante nelle fasi iniziali della diagnosi e del trattamento, dove la capacità degli infermieri di ascoltare attivamente e fornire supporto rappresenta un aspetto cruciale dell'assistenza. Un aspetto spesso trascurato, ma che può rappresentare una significativa fonte di distress, riguarda la sfera sessuale, la quale tende ad essere insufficientemente esplorata durante il percorso terapeutico. La sessualità non si limita all'interesse per l'attività sessuale, ma include anche i sentimenti riguardanti il proprio corpo, il bisogno di contatto e la comunicazione dei propri bisogni al partner, nonché la capacità di impegnarsi in una relazione (Thaler-Demer, 2001). La percezione della sessualità da parte dei pazienti oncoematologici è spesso influenzata negativamente dalla malattia e dai trattamenti, come chemioterapia, radioterapia e trapianto di cellule staminali, che possono avere effetti collaterali fisici e psicologici. In particolare, in riferimento a quest'ultimo trattamento, i problemi sessuali si

verificano nel 50% degli uomini e nell'80% delle donne sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) (Alsuliman, 2022).

Le persone assistite possono sperimentare riduzione del desiderio sessuale, disfunzioni sessuali, affaticamento, dolore e alterazione dell'immagine corporea, con impatto negativo sulla percezione di sé e nel rapporto con il partner. Tali cambiamenti possono essere fonte di sentimenti di perdita, frustrazione ed imbarazzo, contribuendo a una diminuzione della qualità della vita (Niscola et al., 2018).

La disfunzione sessuale costituisce l'effetto collaterale più comune, riscontrato sia nel sesso maschile che femminile. La ripresa della funzione sessuale tende a verificarsi entro due anni dal trapianto; tuttavia, le problematiche possono persistere fino ai 5-10 anni successivi (Alsuliman, 2022).

Le complicanze sessuali sono eterogenee: negli uomini, le manifestazioni più frequenti includono disfunzione erettile e riduzione della libido, mentre nelle donne si osservano secchezza vaginale, dispareunia e diminuzione del piacere sessuale (Dyer et al., 2016).

Un'ulteriore complicanza che coinvolge direttamente la funzione sessuale è la comparsa di malattia del trapianto contro l'ospite (GvHD) genitale. Tale sindrome si manifesta tra il 29% e il 49% delle donne sottoposte a trapianto di cellule staminali. I sintomi includono secchezza vaginale, dispareunia, amenorrea, cicatrici vaginali e perdita della libido, con un esordio compreso tra i 6 e i 12 mesi successivi al trapianto (Li et al., 2015).

Nonostante la rilevanza dell'impatto della malattia e dei trattamenti sulla sessualità, il tema viene spesso evitato sia dai pazienti che dagli operatori sanitari, a causa di barriere culturali, emotive e comunicative. La reticenza delle persone assistite ad affrontare il tema della sessualità, spesso dovuta a vergogna o timore di non essere comprese, evidenzia l'importanza di un approccio sensibile e basato sulle evidenze scientifiche da parte del personale sanitario.

L'educazione ed il supporto infermieristico rivestono un ruolo cruciale nel miglioramento della qualità di vita delle persone assistite, promuovendo un dialogo aperto e continuo, essenziale per indagare e discutere i problemi legati alla sfera sessuale, al fine di sviluppare percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali condivisi (Liptrott et al., 2011). Pertanto, risulta fondamentale individuare strategie assistenziali mirate a migliorare la consapevolezza e la gestione di questa dimensione della qualità della vita, facilitando il dialogo tra operatori sanitari e pazienti e promuovendo un approccio olistico all'assistenza.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questa revisione è identificare gli interventi assistenziali infermieristici che possono essere implementati per migliorare la consapevolezza sulla sessualità nei pazienti oncoematologici.

METODI

Le competenze di natura educativa degli Infermieri possono migliorare la consapevolezza sulla sessualità nei pazienti onco-ematologici. Al fine di individuare e analizzare quali interventi infermieristici possono essere messi in atto a tal scopo, è stata condotta una revisione narrativa della letteratura.

Per guidare il processo di revisione, è stato formulato il seguente quesito di ricerca:

Secondo la letteratura, quali sono gli interventi educativi che gli infermieri possono mettere in pratica per migliorare la consapevolezza sulla sessualità nei pazienti oncoematologici?

Sono stati definiti i termini e la stringa di ricerca attraverso il formato PIO:

P = paziente adulto affetto da neoplasia ematologica

I = interventi educativi infermieristici

O = migliorare la consapevolezza sulla sessualità

La ricerca bibliografica è stata condotta nel periodo tra marzo 2024 e giugno 2024; sono state consultate le seguenti banche dati biomediche: Ovid MedLine, Cumulative index and nursing health (CINAHL), Scopus e Excerpta Medica database (EMBASE).

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: "Sexual behavior", "Hematologic disease", "sexual health", "Hematopoietic stem cell transplantation" e "Nursing Care".

Le stringhe di ricerca sono state create utilizzando i termini MeSH e la ricerca libera, mediante l'utilizzo degli operatori booleani AND e OR per combinare i termini e affinare i risultati. Le ricerche sono state condotte nei motori di ricerca delle diverse banche dati, utilizzando il sistema bibliotecario messo a disposizione dall'Università degli Studi di Milano.

Le stringhe di ricerca e i percorsi di ricerca effettuati sono riportati in Appendice 1.

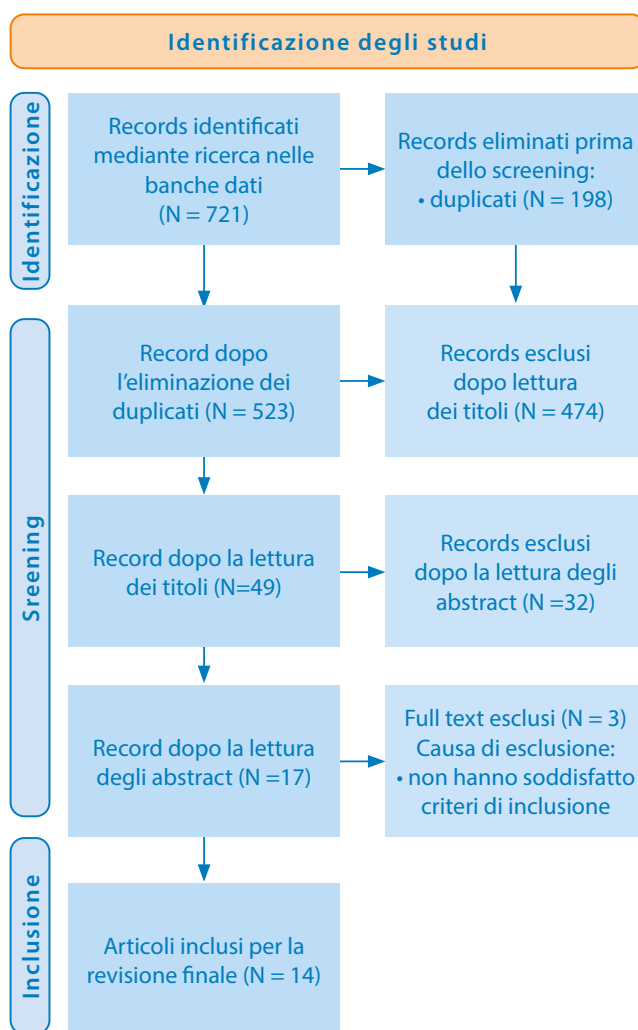
Tabella 1 – Criteri di inclusione e di esclusione

CRITERIO	INCLUSIONE	ESCLUSIONE
Popolazione	• Pazienti adulti affetti da neoplasie ematologiche • Pazienti sottoposti a HSCT	• Pazienti pediatrici • Pazienti oncologici non ematologici
Disegno di ricerca	Studi primari	• Revisioni sistematiche • Linee guida
Lingua	Inglese, italiano e francese	Lingue diverse dall'inglese, italiano e francese
Tempo di pubblicazione	Articoli pubblicati tra il 2014 e il 2024	Articoli con pubblicazione antecedente al 2014

Per la gestione dei riferimenti bibliografici, è stato utilizzato un software, grazie al quale è stato possibile salvare i record identificati, eliminare i duplicati e organizzare le fonti selezionate, nonché redigere la bibliografia finale. Per garantire l'attinenza degli studi inclusi, sono stati identificati i criteri di inclusione ed esclusione, tenendo in considerazione la popolazione, il disegno di ricerca, la lingua e il tempo di pubblicazione (Tabella 1).

In totale, sono stati individuati 721 articoli: 139 su Scopus, 233 su Embase, 221 su Cinahl e 128 su Ovid Medline. Sono stati selezionati i record per rilevanza di titolo e abstract, quindi si è proceduto alla lettura, analisi e sintesi. Prima dello screening sono stati esclusi 198 articoli duplicati, successivamente sono stati scartati 474 articoli sulla base del titolo e 32 articoli rispetto all'abstract. La lettura integrale dei 17 articoli rimanenti ha portato all'esclusione di ulteriori articoli, per un totale di 14 studi inclusi nella revisione.

Figura 1. Prisma Flow Diagram



Il processo di selezione degli articoli è stato documentato attraverso il PRISMA Flow Diagram, riportato nella Figura 1.

La disamina degli articoli ha messo in evidenza diverse tematiche che verranno approfondite successivamente nel capitolo "Risultati". Al termine della ricerca è stata creata una tabella sinottica per ogni articolo, le quali sono riportate in Appendice 2.

RISULTATI

Gli articoli selezionati fanno riferimento a diverse realtà internazionali, quali Olanda (Eeltink et al. 2018), Stati Uniti (El-Jawahri, 2018), Corea del Sud (Kim et al. 2017; Kim, 2020), Canada (Booker, 2019), Germania (Lohmann et al. 2023), Francia (Lupinacci et al. 2021), Svezia (Olsson et al. 2016; Olsson et al. 2021; Wendt, 2016), Grecia (Tsatsou et al. 2023), Europa (Gjærde et al., 2022), Australia (Pillay et al., 2024), Turchia (Karacan et al., 2020).

Eeltink et al. (2018) hanno esplorato le prospettive degli operatori sanitari sulla discussione di problematiche sessuali con pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche. I risultati evidenziano che molti operatori percepiscono conoscenze limitate e disagio nell'affrontare il tema, il 44% degli infermieri che raramente affrontano l'argomento con i pazienti riferisce di sentirsi a proprio agio nel discuterlo, rispetto all'81% degli infermieri che lo trattano più frequentemente.

Le principali barriere includevano il disagio percepito dei pazienti (60% infermieri, 67% medici) e la preferenza dei pazienti nel posticipare il tema (54% infermieri, 44% medici). Tra i facilitatori, osservare un collega affrontare il tema (49% infermieri, 41% medici) e la disponibilità di un ambiente privato (96% infermieri, 92% medici) sono risultati fondamentali (Eeltink et al., 2018).

Lupinacci et al. (2021) hanno studiato l'impatto del trapianto di cellule staminali emopoietiche sulle relazioni intime, coinvolgendo 9 pazienti e partner. I risultati hanno mostrato come il 67% abbia identificato fatigue e cambiamenti fisici come ostacoli, mentre l'89% problemi emotivi. La comunicazione aperta è risultata fondamentale (100%), così come il supporto reciproco (78%) e l'umorismo (56%) (Lupinacci et al., 2021).

Lo studio longitudinale descrittivo condotto da Olsson et al. (2016) ha valutato l'impatto dei trattamenti sulla sessualità di 20 pazienti con neoplasie ematologiche, rilevando una significativa riduzione della sessualità al primo follow-up, seguita da miglioramenti nella sessualità, immagine corporea e qualità della vita al secondo follow-up (Olsson et al., 2016).

In uno studio trasversale successivo, Olsson et al. (2021) hanno valutato l'impatto dei trattamenti sulla sessualità di 20 pazienti con neoplasie ematologiche, rilevando una significativa riduzione della sessualità al primo follow-up, seguita da miglioramenti nella sessualità, immagine corporea e qualità della vita al secondo follow-up (Olsson et al., 2021).

Per valutare la funzione sessuale, Tsatsou et al. (2023) hanno messo in atto un confronto tra 56 donne sopravvissute a neoplasie ematologiche e 60 donne sane, evidenziando un livello medio di disfunzione sessuale con punteggi significativamente inferiori nel desiderio, eccitazione, lubrificazione, orgasmo, soddisfazione e dolore (Tsatsou et al., 2023).

In uno studio multicentrico condotto da Gjørde et al. (2022) sono state riscontrate problematiche sessuali nel 47% degli uomini e nel 65% delle donne post-HSCT, attribuendole a problematiche fisiche, emotive e mancanza di interesse. Inoltre, il 62% dei pazienti e il 79% dei partner ha segnalato l'assenza di informazioni riguardo la sessualità durante il percorso di cura (Gjørde et al., 2023).

El-Jawahri et al. (2018), in uno studio pilota a braccio singolo, hanno testato un intervento multimodale su 47 sopravvissuti a trapianto allogenico di cellule staminali, mostrando significativi miglioramenti nella soddisfazione sessuale, funzione erettile maschile e lubrificazione femminile, oltre a un miglioramento generale della qualità di vita (El-Jawahri, 2018).

Un ulteriore approccio multimodale è stato adottato nello studio descrittivo a braccio singolo condotto da Pillay et al. (2024). In questo studio è stato evidenziato come spazi dedicati e strategie relazionali abbiano facilitato l'intimità, con miglioramenti significativi riportati da 4 delle 5 coppie partecipanti (Pillay et al., 2024).

Karacan et al. (2020) hanno studiato 45 pazienti onco-ematologici, rilevando un tasso del 62,2% di disfunzione sessuale, più frequente nelle donne (80%) rispetto agli uomini (57,1%). Problemi più comuni includevano malessere, trattamenti farmacologici, età e fattori psicologici (Karacan et al., 2020).

Kim (2020) ha condotto uno studio quantitativo trasversale per valutare l'associazione tra la conoscenza sessuale e la disfunzione sessuale in 151 persone sottoposte a trapianto di cellule staminali e nei loro partner. I risultati hanno evidenziato che una maggiore conoscenza della sessualità era associata ad un aumento dell'attività sessuale ($p < 0.01$) e a un miglioramento della soddisfazione sessuale ($P = 0.04$). Inoltre, è emerso che le coppie erano più inclini a intraprendere attività sessuali quando entrambi possedevano maggiori conoscenze in relazione alla tematica (Kim, 2020).

In uno studio trasversale precedente, Kim et al. (2017) hanno rilevato un'alta prevalenza di problematiche sessuali nei sopravvissuti a linfoma non-Hodgkin, con impatti più evidenti sulla qualità della vita negli uomini rispetto alle donne (Kim et al., 2017).

Lohmann et al. (2023), attraverso uno studio quantitativo trasversale, hanno esaminato 922 sopravvissuti a neoplasie ematologiche, rilevando soddisfazione relazionale nel 90%, ma solo il 60% era soddisfatto della propria vita



sessuale; inoltre, erano comuni problematiche fisiche e mentali (Lohmann et al., 2023).

Wendt (2016) ha condotto uno studio quantitativo descrittivo volto a indagare l'esperienza di acquisire informazioni verbali e scritte sulla sessualità e sulle relazioni in 216 persone sottoposte a HSCT. Lo studio ha inoltre esaminato la richiesta di informazioni e ha valutato la qualità del materiale informativo. I risultati hanno rilevato che l'81% delle persone assistite non aveva ricevuto informazioni riguardanti la sessualità. L'88% degli uomini e l'82% delle donne ha indicato che le informazioni verbali erano essenziali, mentre il 92% dei pazienti ha espresso una preferenza per le informazioni scritte; in particolare, il 95% ha ritenuto l'opuscolo informativo molto utile (Wendt, 2017). Infine, Booker (2019), attraverso uno studio con approccio misto, ha esaminato le esperienze inerenti alla sessualità in 11 persone sottoposte a trapianto di cellule staminali e la loro interazione con gli operatori sanitari riguardo le preoccupazioni sessuali. Sia gli uomini che le donne hanno segnalato cambiamenti nel desiderio sessuale, sottolineando il ruolo dei cambiamenti fisici, che hanno influenzato la relazione di coppia. Alcuni partecipanti hanno riportato di non essere mai stati interrogati sulla sessualità e hanno espresso apertura alla possibilità di discutere i potenziali effetti del trapianto di cellule staminali sulla vita sessuale. Tuttavia, a differenza dei risultati qualitativi, 6 partecipanti hanno dichiarato di mantenere un interesse sessuale persistente. La maggior parte dei partecipanti ha manifestato insoddisfazione con la propria immagine corporea, con solo 2 pazienti che si sono dichiarati soddisfatti del proprio aspetto fisico (Booker, 2019).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo studio si è proposto di esplorare gli interventi infermieristici che potrebbero aumentare la consapevolezza della sessualità nei pazienti onco-ematologici. Tale revisione ha messo in luce l'importanza della sessualità e delle relazioni interpersonali nelle persone assistite sopravvissute con neoplasie ematologiche. Gli studi analizzati dimostrano chiaramente che le problematiche sessuali rappresentano una dimensione significativa nella qualità della vita di questa classe di assistiti, influenzando non solo la loro attività sessuale, ma anche le loro relazioni interpersonali e il loro benessere psicologico.

La necessità di un'educazione sessuale adeguata emerge come un aspetto molto importante, non solo per le persone assistite, ma anche per i loro partner e per gli infermieri stessi. Fornire un'educazione sessuale appropriata rappresenta un intervento di assistenza infermieristica essenziale per aiutare le persone nella gestione delle difficoltà sessuali che possono insorgere, contribuendo al miglioramento della qualità della vita e del benessere emotivo (Eeltink et al., 2018; Gjørde et al., 2023; Wendt, 2017). Questo riflette quanto espresso dall'Art. 4 del Codice Deontologico degli infermieri FNOPI (2019), che evidenzia l'importanza della relazione di cura, in cui "il tempo di relazione è tempo di cura", centrata sulla persona e sulla fiducia reciproca.

La resistenza a sollevare questioni legate alla sessualità, così come l'insoddisfazione dell'immagine corporea delle persone, suggerisce la necessità di una formazione specifica per i professionisti sanitari. Come sottolinea l'Art. 10 del Codice Deontologico FNOPI (2019), l'infermiere ha il dovere di aggiornarsi continuamente per fornire un'assistenza competente e deve promuovere specifici interventi educativi e informativi. L'infermiere deve garantire sicurezza nelle cure, attraverso il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e un'assistenza "informata dalle prove di efficacia" come enunciato anche dall'Art. 1.10 del Codice Deontologico ICN (2021). In particolare, risulta evidente che un'educazione tempestiva e una valutazione regolare da parte degli infermieri siano fondamentali per promuovere un'attività sessuale sana e soddisfacente. L'educazione e il livello di comfort sono stati identificati come fattori chiave nel facilitare l'avvio di queste conversazioni. Gli infermieri che hanno ricevuto una formazione specifica si sentono più preparati, sicuri e a proprio agio nell'affrontare tali argomenti (Eeltink et al., 2018). In questo contesto, White (2007) sottolinea il ruolo centrale dell'oncosexologia nella pratica infermieristica, evidenziando come la formazione specializzata consenta agli infermieri di gestire in modo efficace le problematiche sessuali, migliorando l'integrazione delle cure (White, 2007). Secondo l'Art. 21 del Codice Deontologico degli infermieri FNOPI (2019), spetta all'infermiere sviluppare strategie comunicative appropriate, rispettando la confidenzialità, sviluppando l'empowerment e creando un ambiente di fiducia, come stabilito anche dall'Art. 1.4 del Codice Deontologico ICN (2021).

Un ulteriore studio condotto da Kim (2020) ha mostrato che una maggiore conoscenza della sessualità è correlata a un incremento del desiderio e dell'attività sessuale nei pazienti onco-ematologici e nei loro partner. Questo suggerisce la necessità di implementare programmi educativi più mirati e accessibili (Kim, 2020).

In linea con questi risultati, Wendt (2017) ha evidenziato una differenza di genere nella preferenza per le modalità di informazione, con gli uomini che tendono a prediligere informazioni verbali rispetto alle donne, che preferiscono ricevere informazioni scritte. L'Oncology Nursing Society offre specifiche raccomandazioni per facilitare la comunicazione su questi argomenti sensibili, suggerendo un approccio che comprenda affermazioni normaliz-

zanti, la richiesta di permesso per affrontare tematiche relative alla sessualità, il rispetto della privacy e la fornitura di informazioni pertinenti ai bisogni della persona assistita, incoraggiando un dialogo aperto (A Grier, 2018). In linea con queste raccomandazioni, è presente il modello PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy), raccomandato per fornire informazioni e supporto per i bisogni di natura sessuale, consentendo la discussione in relazione ai cambiamenti conseguenti alla malattia e ai trattamenti. L'applicazione di questo modello consente di fornire un intervento personalizzato, rispettando i bisogni individuali delle persone e facilitando una comunicazione aperta sulla sessualità, in linea con le raccomandazioni dell'Oncology Nursing Society (Perz et al., 2015).

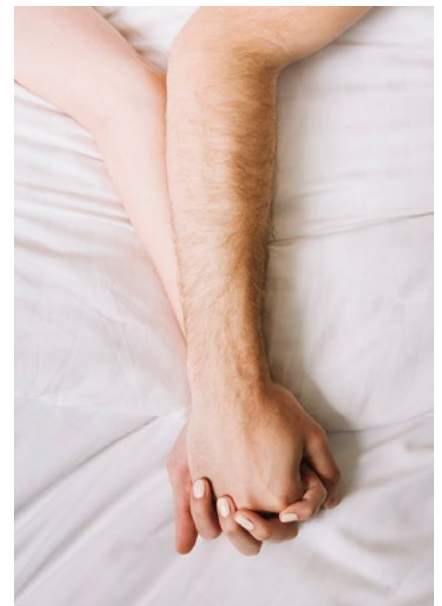
L'utilizzo di opuscoli informativi si dimostra efficace per affrontare tematiche difficili da introdurre, fornendo non solo informazioni ma anche un mezzo per avviare conversazioni su argomenti delicati (Wendt, 2017). Lo studio di Bekjord (2011) ha dimostrato che la disponibilità di informazioni scritte aumenta la consapevolezza e la comprensione delle problematiche sessuali, contribuendo a ridurre l'ansia e il senso di isolamento. Gli autori sottolineano l'importanza di migliorare la comunicazione, fornendo materiale informativo per affrontare le difficoltà sessuali post-trattamento (Beckjord, 2011). Questo è in linea con l'Art. 1.3 del Codice Deontologico ICN (2021), in cui gli infermieri devono garantire e assicurarsi che la persona e la famiglia ricevano "informazioni comprensibili, accurate, sufficienti e tempestive".

L'ospedale statunitense "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center" ha sviluppato un opuscolo informativo specifico per le persone sottoposte a trattamenti oncologici, che include una serie di materiali educativi specifici nella gestione delle preoccupazioni legate all'immagine corporea, suggerimenti per l'attività sessuale e linee guida per la sicurezza sessuale (Walker et al., 2021). Questo approccio rispecchia il principio di promozione della cultura della salute, espressa nell'Art. 7 del Codice Deontologico FNOPI, nonché l'obbligo di garantire informazioni chiare sullo stato di salute, come previsto dall'Art. 15 dello stesso Codice.

L'utilizzo di scale di valutazione permette una misurazione quantitativa delle problematiche sessuali e la valutazione di eventuali cambiamenti nella funzione sessuale durante il processo di cura. Integrando questi strumenti nella pratica clinica, gli infermieri possono individuare precocemente eventuali problematiche, valutarle nel corso dei follow-up, contribuendo a migliorare la vita sessuale e relazionale degli assistiti (Olsson et al., 2016; Olsson et al., 2021; Tsatsou et al., 2023; Gjørde et al., 2023; El-Jawahri, 2018; Karacan et al., 2020; Lohmann et al., 2023).

L'Arizona Sexual Experiences Scale consente un'analisi dettagliata delle esperienze sessuali e delle disfunzioni, permettendo l'identificazione di quei fattori che contribuiscono alle problematiche sessuali (Karacan et al., 2020). Strumenti specifici per la valutazione della funzione sessuale maschile e femminile, come l'International Index of Erectile Function (IIEF) e il Female Sexual Function Index (FSFI), sono stati ampiamente utilizzati per quantificare e monitorare le disfunzioni sessuali nel tempo, facilitando così interventi terapeutici mirati (Tsatsou et al., 2023; Gjørde et al., 2023; Pillay et al., 2024). In particolare, l'FSFI è lo strumento più frequentemente utilizzato per la valutazione della disfunzione sessuale femminile, grazie alla sua semplicità di somministrazione. Uno studio ha mostrato l'applicazione dell'FSFI-6, una versione semplificata che consente l'identificazione rapida delle donne a rischio di disfunzione sessuale (Isidori et al., 2010). Analogamente, diversi studi hanno riconosciuto l'uso dell'IIEF come strumento standardizzato per la valutazione della funzione sessuale maschile, anch'esso in diversi contesti clinici. Una revisione ha esaminato le proprietà di misurazione dell'IIEF-15 e dell'IIEF-5, evidenziando la loro validità e sensibilità (Neijenhuijs et al., 2019).

Oltre agli strumenti di valutazione della funzione sessuale, le scale come il Perceived Relationship Quality Component Scale (PRQC) e l'Experiences in Close Relationship Scale (ECR) permettono una valutazione qualitativa della relazione e dell'attaccamento. Comprendere le dinamiche può fornire suggerimenti su come affrontare le difficoltà sessuali e soprattutto i risultati suggeriscono come una relazione comunicativa possa mitigare tali difficoltà. Gli studi analizzati mostrano l'importanza di interventi educativi con approcci multimodali. Si evidenzia l'efficacia di interventi psicosessuali che, oltre ad affrontare le problematiche sessuali, forniscono un'opportunità di comunicazione. In particolare, il coinvolgimento di infermieri e psicologici nelle sessioni educative mostra come un approccio integrato possa migliorare non solo la soddisfazione sessuale, ma anche la qualità della relazione (Pillay et al., 2024).



Uno studio conferma l'importanza degli approcci multimodali, che includono educazione, supporto psicologico e, se necessario, strategie farmacologiche o fisiche nel migliorare significativamente la qualità della vita sessuale dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti.

La tesi che sottolineano Olsson et al. (2015) enfatizza l'importanza di un approccio multidisciplinare nel trattamento delle problematiche sessuali e della qualità della vita, in quanto può fornire un supporto più completo e integrato alle persone assistite.

Tuttavia, nonostante le evidenze, la letteratura segnala che tali approcci non sono ancora pienamente implementati, anzi il lavoro svolto evidenzia spesso un mancato allineamento tra la teoria e la pratica clinica (Olsson et al., 2015). L'adozione di approcci multidisciplinari riflette quanto espresso dall'Art. 12 del Codice Deontologico FNOPI (2019), che sottolinea la cooperazione e collaborazione tra infermieri e altri professionisti per offrire cure complete e personalizzate, migliorando il benessere globale della persona. In questo concetto, è innata la costante centralità della persona assistita e dei bisogni da essa espressi.

Infine, un altro aspetto significativo riguarda il ruolo della comunicazione nella pianificazione familiare e nel supporto emotivo. Gli infermieri devono adottare un approccio sensibile e graduale nella gestione di tali conversazioni, che sono direttamente correlate alla soddisfazione sessuale, al benessere psicologico e alla percezione dell'immagine corporea. Molte persone assistite, infatti, riportano insoddisfazione per il proprio aspetto fisico in seguito alla malattia e ai trattamenti farmacologici, il che compromette l'autostima e il desiderio sessuale. Dato che i cambiamenti nella sessualità possono emergere in qualsiasi momento lungo il percorso di malattia o di cura e possono persistere anche a lungo termine, è fondamentale che l'educazione sessuale venga fornita preventivamente e che le valutazioni vengano eseguite regolarmente durante tutto il processo di cura (Booker, 2019).

Il ruolo della comunicazione è stato ulteriormente sottolineato da Booker (2019), che ha evidenziato l'importanza di creare un ambiente sicuro per discutere delle problematiche sessuali, in linea con l'Art. 27 del Codice Deontologico FNOPI (2019) relativo al segreto professionale, elemento fondamentale del rispetto della persona. Tale ambiente può facilitare la comunicazione tra persona e infermiere, riducendo l'imbarazzo. Anche un altro studio analizzato ha riportato questa argomentazione, indicando la mancanza di uno spazio privato come una barriera rilevante che impedisce agli infermieri di affrontare apertamente questi temi. L'utilizzo di ambienti riservati non solo facilita la discussione, ma può dare alla persona assistita un senso di rispetto e dignità e di conseguenza può migliorare la qualità delle cure ricevute (Eeltink et al., 2018). In letteratura diversi studi supportano questa tesi, indicando la mancanza di spazi privati come una barriera significativa all'apertura del dialogo sulla sessualità. In uno studio qualitativo emerge come molte persone si sentano riluttanti o imbarazzati nel discutere della loro sessualità e questo accade spesso perché manca un contesto di fiducia o la sensazione che sia sicuro e appropriato parlarne (Olsson et al., 2013).

Il principio di confidenzialità e riservatezza, sancito dall'Art. 19 del Codice Deontologico FNOPI (2019), è fondamentale nelle discussioni sulla sessualità, in quanto le persone assistite devono sentirsi sicure che le informazioni personali rimangano protette e trattate con il massimo rispetto. La riservatezza e il segreto professionale permettono di costruire un luogo e un tempo tra infermiere e persona che porta alla determinazione di situazioni confidenziali e alla costruzione di un rapporto di fiducia. In conclusione, si rende evidente la necessità di implementare interventi educativi per migliorare la consapevolezza della sessualità nei pazienti onco-ematologici.

I risultati hanno sottolineato come le disfunzioni sessuali, le problematiche relative all'immagine corporea, al desiderio e all'attività sessuale possano influenzare negativamente la vita quotidiana delle persone assistite.

È quindi necessario implementare nella pratica clinica infermieristica strumenti di valutazione standardizzati, per consentire una valutazione iniziale e continua che permetta una gestione immediata di eventuali problematiche. Gli infermieri, attraverso queste valutazioni e attraverso una formazione specifica, possono rappresentare una figura cruciale nella promozione della consapevolezza sessuale e migliorare la qualità della vita sessuale nelle persone. Le prospettive di ricerca futura si dovrebbero concentrare su un'explorazione maggiore della tematica, nonché sull'efficacia degli interventi educativi per le persone assistite e per i partner, affinché si possa ridurre l'impatto negativo della malattia sulla sessualità.

Infine, appare essenziale promuovere lo sviluppo di competenze specifiche per trattare tali tematiche, implementando una formazione teorica e pratica per affrontare la sessualità in maniera professionale e contribuendo a superare le barriere comunicative. Dunque, programmi di formazione continua che includano la sessualità nel contesto onco-ematologico o delle cure post-trapianto potrebbero aiutare a ridurre il disagio e promuovere una comunicazione più aperta tra infermieri e persone assistite.

Stefania Tinti

Corso di Laurea in Infermieristica,
Università degli Studi di Milano, Sezione
di Rho, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Silvia Sindona

IRCCS Ospedale Galeazzi – Sant'Ambrogio,
Milano

Simona Cassioli

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Maria Pia Cappuccio

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Lorenzo Furcieri

Corso di Laurea in Infermieristica,
Università degli Studi di Milano, Sezione
di Rho, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Renzo Guttadauro

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Mara Puricelli

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Martino Trapani

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

John Tremamondo

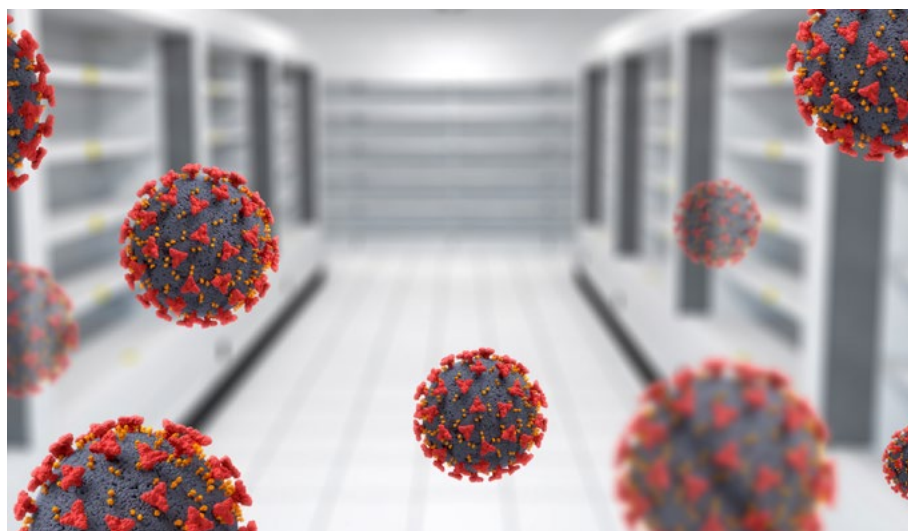
già in Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Annalisa Alberti

Corso di Laurea in Infermieristica,
Università degli Studi di Milano, Sezione
di Rho, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Infezioni correlate all'assistenza e ruolo dell'infermiere: studio di prevalenza in un contesto lombardo

*Healthcare-associated infections and the nurse's role:
prevalence study in a lombardy context*

**RIASSUNTO**

Introduzione. Le infezioni correlate all'assistenza sono una delle complicanze che si possono presentare nell'assistenza sanitaria perché responsabili di prolungate degenze con conseguente aumento dei costi anche legati a terapia antibiotica, disabilità, mortalità. **Obiettivi.** Rappresentare l'incidenza delle infezioni in un contesto sanitario lombardo per avviare azioni di miglioramento. **Metodi.** Studio di prevalenza con contestuale raccolta e analisi dei dati attraverso specifiche schede in due presidi ospedalieri per acuti. **Risultati.** Le unità operative oggetto di infezioni correlate all'assistenza sono state 6 e 5 rispettivamente nei due presidi ospedalieri per cui si sono evidenziate 23 infezioni correlate all'assistenza (8,4%) e 25 (15,9%). Le unità operative che registrano maggiore frequenza di infezioni correlate all'assistenza sono la Riabilitazione (7) nel primo presidio ospedaliero e la Medicina (25) nel secondo. Le sedi più frequenti sono: vie aeree (12/23) e tratto gastrointestinale (10/25). I germi responsabili maggiormente presenti erano: Clostridium Difficile e Klebsiella Pneumoniae. Il 41% (112) degli assistiti nel primo presidio ospedaliero era sottoposto ad antibiotico terapia contro il 46% (74) del secondo. **Conclusioni.** Nel contesto sono diffusi protocolli aziendali che recepiscono le più recenti linee guida, sostenuti dal monitoraggio annuale dei casi di sepsi a cura di Regione Lombardia. Opportuno tuttavia mantenere alta la sensibilità dei professionisti alla tematica, attraverso la formazione continua che implementi le buone pratiche, compresi gli audit on-site. Utile promuovere la figura dell'Infermiere specialista nella sorveglianza epidemiologica e nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza, per garantire migliore coinvolgimento dell'assistito e del caregiver oltre che formazione continua al personale dedicato.

Parole chiave. Infezione acquisita in ospedale, Infezioni correlate all'assistenza, Infezioni nosocomiali, Sorveglianza o monitoraggio.

ABSTRACT

Introduction. Healthcare-associated infections are complications that can occur in healthcare because responsible for prolonged hospital stays resulting in increased costs including antibiotic therapy, disability, mortality.

Aims. Representing the infections' incidence in a Lombardy health care setting to initiate improvement actions.

Methods. Prevalence study with contextual data collection and analysis through specific boards in two acute care hospital. **Results.** There were 6 and 5 inpatient units subject to nosocomial infections in Hospitals 1 and 2, respectively, showing 23 nosocomial infections (8.4%) and 25 (15.9%). The unit wards with the highest frequency of Healthcare-associated infections are Rehabilitation (7) in Hospital 1 and Medicine (25) in 2. The most frequent sites were: airway (12/23) and gastrointestinal tract (10/25). The main germs involved were *Clostridium Difficile* and *Klebsiella Pneumoniae*. The forty-one percent (112) of patients, Hospital 1, were receiving antibiotic therapy versus forty-six percent 46% (74) in Hospital 2. **Conclusions.** In this context, hospital protocols incorporating the latest guidelines are widespread, supported by annual monitoring of sepsis cases by the Lombardy Region. However, keeping practitioners' awareness of the issue high through ongoing training that implements best practices, including on-site audits, is advisable. Promoting the specialist nurses' role in epidemiological surveillance and control of healthcare-associated infections is useful to ensure better patient and caregiver involvement and ongoing dedicated staff education.

Key words. Healthcare-associated infection, Hospital acquired infection, Nosocomial infection, Surveillance or monitoring.

INTRODUZIONE

Le infezioni nosocomiali (Healthcare Associated Infections) o Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni acquisite in ospedale o in ambito territoriale (domicilio) che si manifestano almeno 48 ore dopo il ricovero/trattamento, entro 30 giorni dall'intervento chirurgico o entro 3 giorni dalla dimissione delle persone assistite dove l'infezione non è né conclamata né latente al momento del ricovero/presa in carico; inoltre, è la più comune e grave complicanza correlata all'assistenza sanitaria. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le ICA hanno un impatto clinico ed economico molto significativo in termini di degenze ospedaliere prolungate, aumento della resistenza agli antibiotici, aumento delle spese sanitarie per persone assistite, famiglie e sistema sanitario, disabilità a lungo termine e mortalità. In Italia, le infezioni delle vie urinarie sono al primo posto, seguite dalle infezioni del sito chirurgico, polmoniti e sepsi. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo delle ICA si riscontrano l'età (soprattutto anziani e neonati), indebolimento delle difese immunitarie, infezioni o malattie concomitanti, malnutrizione, scarsa igiene dell'ambiente ospedaliero, scarsa igiene delle mani degli operatori, scarsa prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale, utilizzo prolungato di dispositivi medici invasivi, interventi chirurgici complessi, resistenza agli antibiotici, durata della degenza, uso prolungato di antibiotici (Istituto Superiore di Sanità, 2021). Uno studio di prevalenza condotto negli ospedali per acuti in Italia ha evidenziato 1296 ICA; le sedi sono state respiratorie (23,5%), urinarie (18%), del sito chirurgico (14%) e le batteriemie (18%). Le specie riscontrate maggiormente in percentuali superiori al 30% sono state enterobatteriacee e cocchi gram positivi mentre le infezioni maggiormente riscontrate sono state causate in percentuali superiori al 10% da *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* (Ministero della salute, 2018).

Studi ed evidenze scientifiche mostrano come le ICA siano potenzialmente evitabili se vengono implementati efficaci interventi di prevenzione e controllo delle infezioni con riduzioni tra il 35% e il 55% (Schreiber, Sax et al., 2018, Zingg, Holmes et al., 2015). La prevenzione e il controllo delle ICA sono fondamentali per ridurre il loro impatto in termini di mortalità, morbidità, resistenza agli antibiotici e costi sanitari (FNOPI, 2023a).

Il National Institute for Care and Health Excellence (NICE) ha redatto nuove linee guida riguardo all'uso efficace degli antibiotici che rappresentano uno strumento importante per la medicina moderna, non solo per il trattamento delle infezioni (es. polmonite, meningite, tubercolosi), ma anche per prevenire le infezioni che si verificano durante le procedure chirurgiche. Tuttavia, sono da considerare ad oggi il fenomeno dell'antibiotico-resistenza, l'uso eccessivo ed improprio e il fatto che la scoperta di nuovi antibiotici è al minimo storico (AIFA, 2015).

Segni e sintomi delle ICA variano a seconda del tipo di infezione e della localizzazione della stessa e includono tra gli altri febbre, tosse, difficoltà respiratoria, tachicardia, ecc. L'assistenza infermieristica, in relazione al tipo di infezione comporta la somministrazione della terapia specifica prescritta che varia a seconda dell'agente patogeno che causa l'infezione e dell'antibiogramma e la pianificazione assistenziale in risposta ai bisogni della persona. Devono inoltre essere messe in campo in relazione ai casi tutte le precauzioni per evitare la diffusione e il contagio delle infezioni quali precauzioni standard, aggiuntive, isolamento (CDC, 2021, ECDC, 2023, Istituto Superiore di Sanità, 2021, Ministero della salute, 2022b). Gli infermieri svolgono un ruolo importante nella riduzione del rischio e

nella prevenzione delle infezioni; quest'ultima è per la gran parte correlata a molteplici procedure assistenziali (es. lavaggio delle mani, rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, disinfezione e sterilizzazione dei presidi sanitari, ecc.). La figura dell'infermiere è strategica nel monitoraggio, nell'identificazione e nell'educazione sanitaria alla prevenzione dei cittadini e delle persone assistite. L'infermiere garantisce comportamenti professionali sicuri che riducono significativamente il rischio di contrarre infezioni (FNOPI, 2023b). In Italia la figura dell'Infermiere dedicato al controllo delle infezioni nasce negli anni Ottanta con la Circolare ministeriale 52/1985 – Lotta alle infezioni ospedaliere – del Ministero della Sanità che ne descrive le funzioni. La Circolare ministeriale 8/1988 – Lotta alle infezioni ospedaliere: la sorveglianza – definisce criteri standardizzati per la definizione e la diagnosi dei diversi siti di infezione ospedaliera e i metodi di sorveglianza. Attualmente esiste la figura dell'infermiere specialista in possesso del Master di I livello riconosciuto dal Ministero dell'Istruzione e del Merito, 'Management del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria' o 'Sorveglianza epidemiologica e controllo delle ICA'. I Master sono promossi dalle principali università italiane, alcuni in collaborazione con l'Associazione Nazionale Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo (ANIPIO) (ANIPIO, 2019, Ministero della salute, 2022b).

OBIETTIVI

L'Azienda Sanitaria Socio Territoriale interessata ha aderito volontariamente ad uno studio di prevalenza legato ad un progetto nazionale promosso dall'Istituto Superiore di Sanità e coordinato dall'Università degli Studi di Torino. Lo studio ha avuto l'obiettivo di analizzare i dati raccolti in azienda che riguardavano le infezioni correlate all'assistenza, metterli in relazione coi dati presenti in letteratura e fornire interventi migliorativi al fine di ridurre le infezioni.

METODI

Lo studio ha previsto il coinvolgimento di due presidi ospedalieri per acuti includendo:

- le unità di degenza (medicina, pneumologia, hospice, oncologia, cardiologia, nefrologia, chirurgia generale, chirurgia vascolare, ortopedia, urologia, ostetricia-ginecologia, rianimazione, riabilitazione, psichiatria, neurologia, gastroenterologia)
- gli assistiti presenti nelle unità operative alle ore 8.00 del mattino e non in dimissione nella giornata della rilevazione.

I termini temporali per la raccolta dei dati hanno compreso:

- un unico giorno per singola Unità Operativa (UO)
- un tempo totale per completare la rilevazione nel singolo Presidio Ospedaliero (PO) di 2-3 settimane consecutive
- il periodo di raccolta dati novembre-dicembre 2022.

Sono stati esclusi:

- assistiti in day hospital /day-surgery/regime ambulatoriale,
- assistiti presenti in pronto soccorso e nelle aree pediatriche.

Nell'indagine sono stati coinvolti gli infermieri epidemiologi ed un medico igienista con il supporto del personale di UO. Sono state utilizzate specifiche schede predisposte per lo studio per la raccolta dei dati che sono stati inseriti successivamente in una piattaforma on-line per l'invio al centro di coordinamento nazionale. I dati sono stati raccolti attraverso la compilazione delle seguenti tre schede:

1. dati azienda (questionario per PO che include gli indicatori di struttura e di processo);
2. dati UO (questionario per ogni UO che include gli indicatori di struttura e di processo e i dati riguardanti tutti gli assistiti presenti alle ore 8.00 del mattino e quelli non dimessi al momento della rilevazione);
3. dati assistito (questionario che registra i fattori di rischio per ogni assistito eleggibile, che abbia o meno un'infezione in atto o che stia assumendo un antibiotico); i dati sulle ICA (per tutti gli assistiti per i quali l'infezione corrisponde ai criteri di definizione di una ICA in atto) e i dati sull'uso degli antibiotici.

Lo studio è stato autorizzato da parte della direzione aziendale, si è svolto mantenendo l'anonimato e previo consenso informato. L'analisi e l'elaborazione dei dati è stata condotta utilizzando un software di calcolo elettronico.

RISULTATI

Per entrambi i presidi ospedalieri [Presidio Ospedaliero 1 (PO1); Presidio Ospedaliero 2 (PO2)] sedi dello studio, le Unità Operative di Medicina (N=67 PO1; N=57, PO2) e Chirurgia (N=53 PO1; N=41 PO2) sono state quelle col maggior numero di assistiti coinvolti nello studio. Le Unità Operative coinvolte nel PO1 sono state 11, di cui quelle in cui si sono riscontrate ICA sono state 6 (Cardiologia, Chirurgia, Medicina, Pneumologia, Riabilitazione, Terapia

Intensiva); nel PO2 invece sono state 7, di cui 5 (Gastroenterologia, Ginecologia, Medicina, Oncologia, Terapia Intensiva) erano interessate da ICA.

Per un totale di 273 assistiti per il PO1, si sono evidenziate 23 ICA (8,4%); per il PO2 per un totale di 162 assistiti si sono evidenziate 25 ICA (15,9%). Tra le Unità Operative coinvolte quelle in cui si è riscontrato un numero maggiore di ICA sono state la Riabilitazione (7) per il PO1 e la Medicina (25) per il PO2. È emerso che le sedi più frequenti delle ICA erano le vie aeree per il PO1, di cui la maggior parte erano da Covid-19 (12 su 23 ICA totali); mentre per il PO2, la maggior parte erano infezioni gastrointestinali (10 su 25 ICA totali), seguite dalle infezioni delle vie aeree (non Covid-19). Le unità operative con il maggior numero di ICA sono state la riabilitazione per il PO1 (Grafico 1) e la medicina per il PO2 (Grafico 2).

Grafico 1. Unità operative e Sedi più frequenti di Infezioni Correlate all'Assistenza per il PO1. Abbreviazioni (Infez: Infezioni; GI: tratto gastrointestinale; Chir: Chirurgico; IVU: Infezioni delle Vie Urinarie)

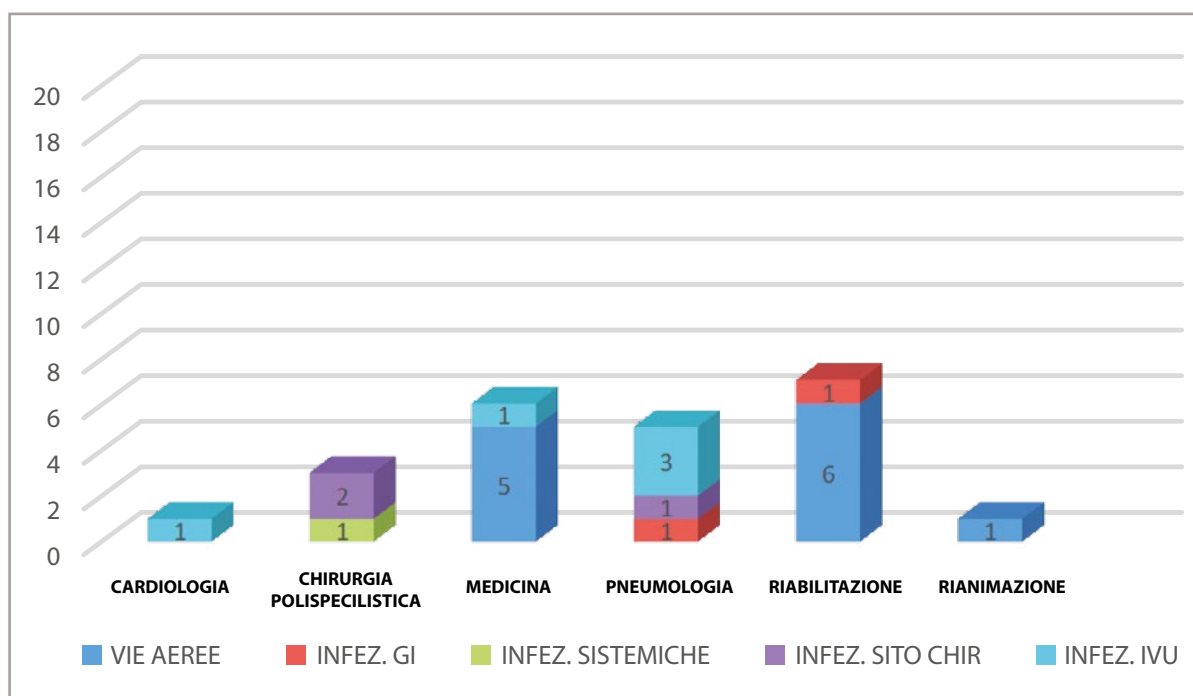
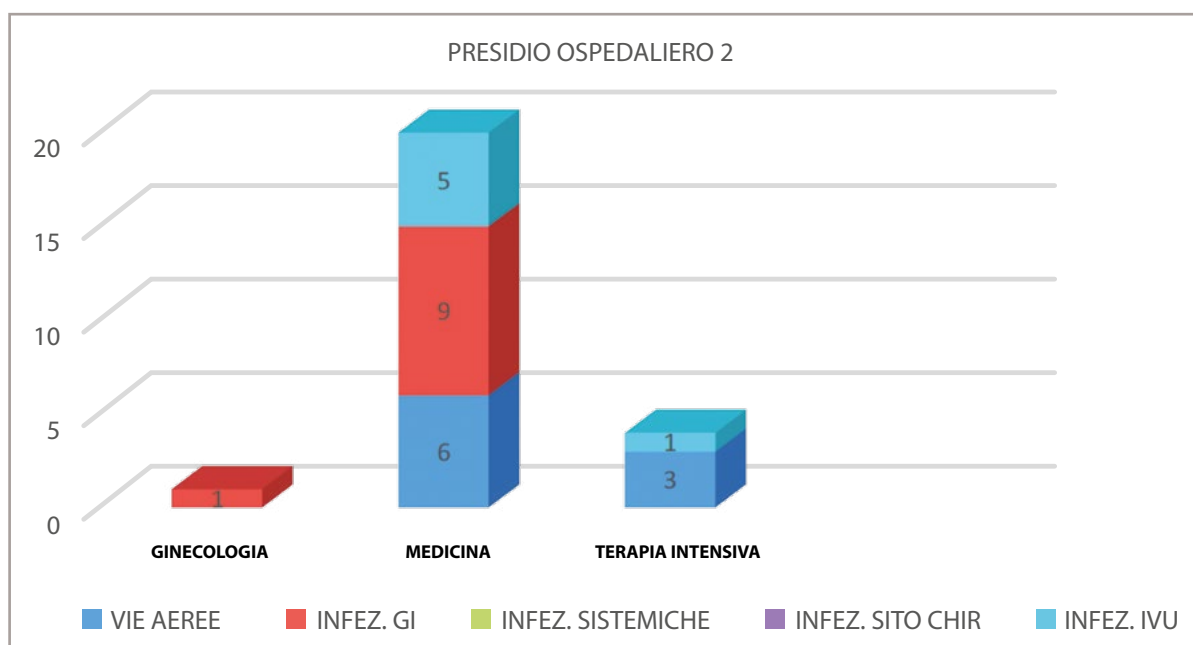


Grafico 2. Unità operative e Sedi più frequenti di Infezioni Correlate all'Assistenza per il PO2. Abbreviazioni (Infez: Infezioni; GI: tratto gastrointestinale; Chir: Chirurgico; IVU: Infezioni delle Vie Urinarie)



Tra i germi responsabili, a parte il Sars-Cov-2, il secondo più presente è il Clostridium Difficile, seguito dall'Escherichia Coli, per il PO1 (Grafico 3); mentre per il PO2, i microrganismi più presenti sono Klebsiella Pneumoniae, Escherichia Coli ed Enterococcus Faecalis (Grafico 4).

Grafico 3. Microrganismi più presenti e sedi di Infezione Correlate all'Assistenza nel PO1. Abbreviazioni (Infez: Infezioni; GI: tratto gastrointestinale; Chir: Chirurgico; IVU: Infezioni delle Vie Urinarie)

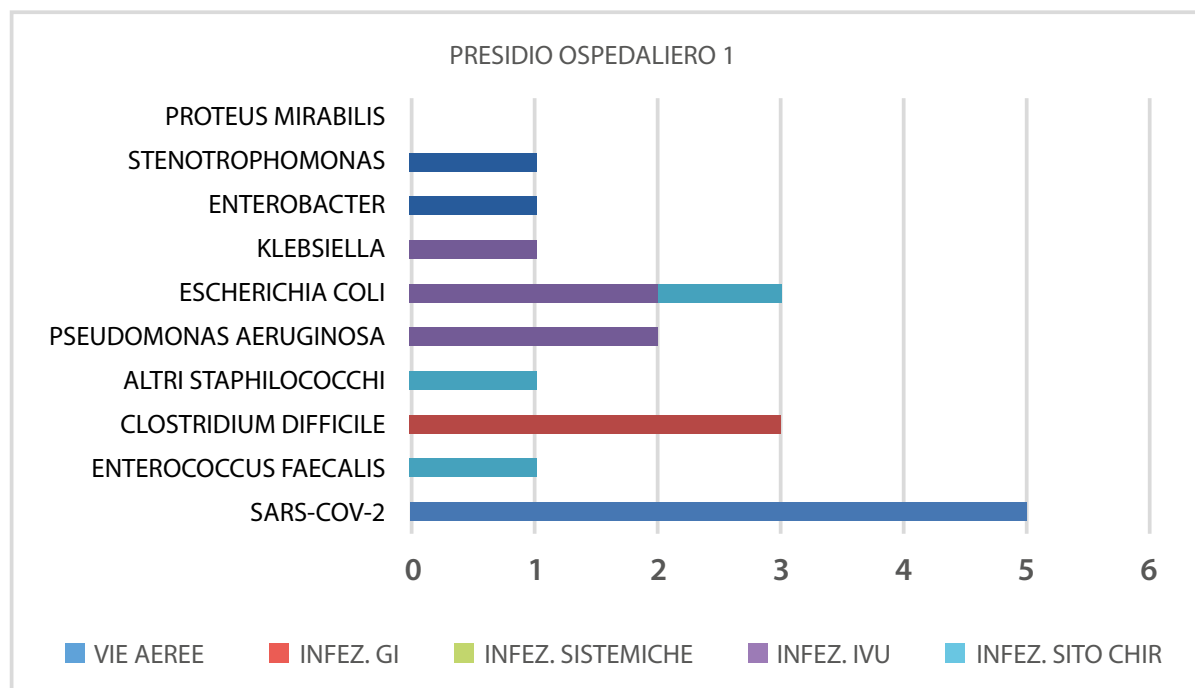
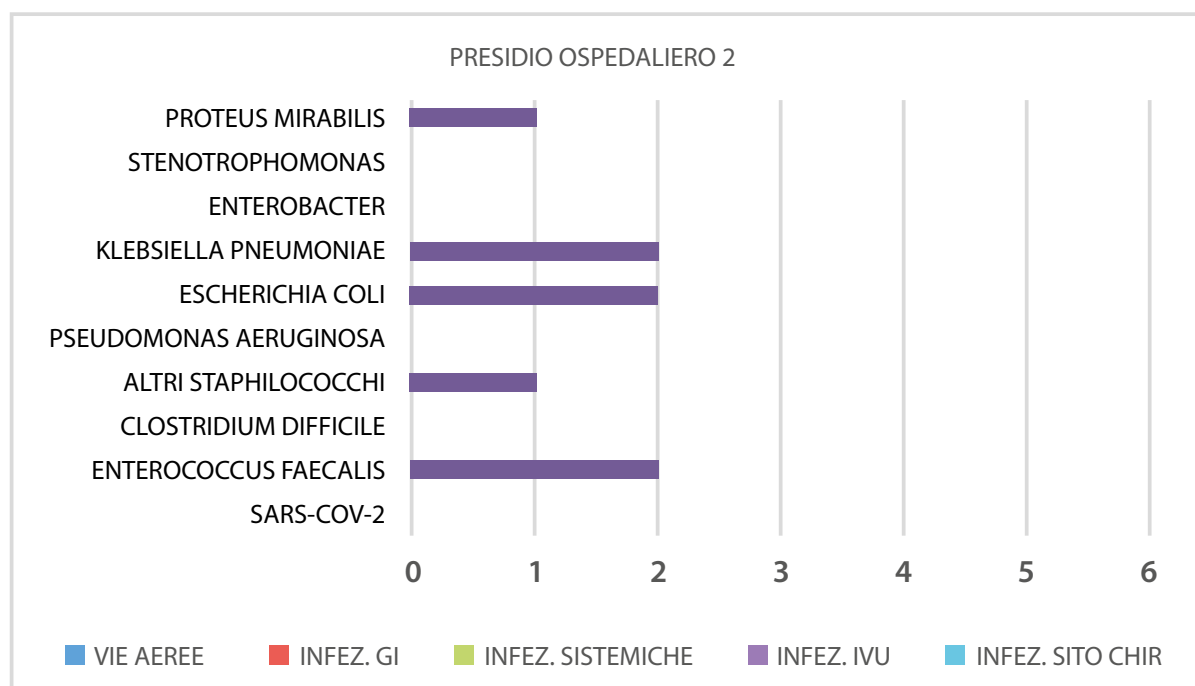


Grafico 4. Microrganismi più presenti e sedi di Infezione Correlate all'Assistenza nel PO2. Abbreviazioni (Infez: Infezioni; GI: tratto gastrointestinale; Chir: Chirurgico; IVU: Infezioni delle Vie Urinarie)



Per un totale di 273 assistiti per il PO1, 112 (41%) ricevevano antibioticotераpia tra cui 29 assistiti con prescrizione di un secondo antibiotico e 3 assistiti di un terzo antibiotico. Nel PO2 per un totale di 162 assistiti, 74 (46%) ricevevano antibioticotераpia tra cui 17 assistiti con prescrizione di un secondo antibiotico e un assistito di un terzo antibiotico.

Nel PO1 la terapia antibiotica è stata prescritta con indicazioni per:

- il trattamento delle infezioni comunitarie (70, 63%)
- il trattamento delle infezioni ospedaliere (15, 13%)
- la profilassi chirurgica (12, 11%)
- la profilassi medica (6, 5%, ad esempio assistiti con antibiosi di copertura o pancreatite acuta litiasica)
- altra indicazione (2, 2%, assistiti per cui il medico ha prescritto l'antibiotico al di fuori delle precedenti indicazioni).

Per una percentuale di assistiti l'indicazione non era riportata nella cartella sanitaria (7, 6%).

Analogamente per il PO2 la terapia antibiotica è stata prescritta con indicazioni per:

- le infezioni comunitarie (41, 55%)
- la profilassi chirurgica (21, 28%, ad esempio assistiti sottoposti ad intervento chirurgico quel giorno)
- infezioni ospedaliere (4, 6%)
- altra indicazione (3, 4%).

Anche in questo caso per una percentuale di assistiti l'indicazione non era riportata nella cartella sanitaria (5, 7%, non presente in cartella clinica).

È emerso inoltre che, esclusivamente nel PO1 è stato identificato un solo caso di microrganismo resistente (*Enterobacter Cloacae*) che ha causato alla persona assistita bronchite acuta/polmonite (trattata con Ciprofloxacina) e un solo caso di microrganismo a sensibilità Intermedia (*Escherichia Coli*) che ha causato all'assistito infezione delle vie urinarie (trattata con Meropenem triidrato).

DISCUSSIONE

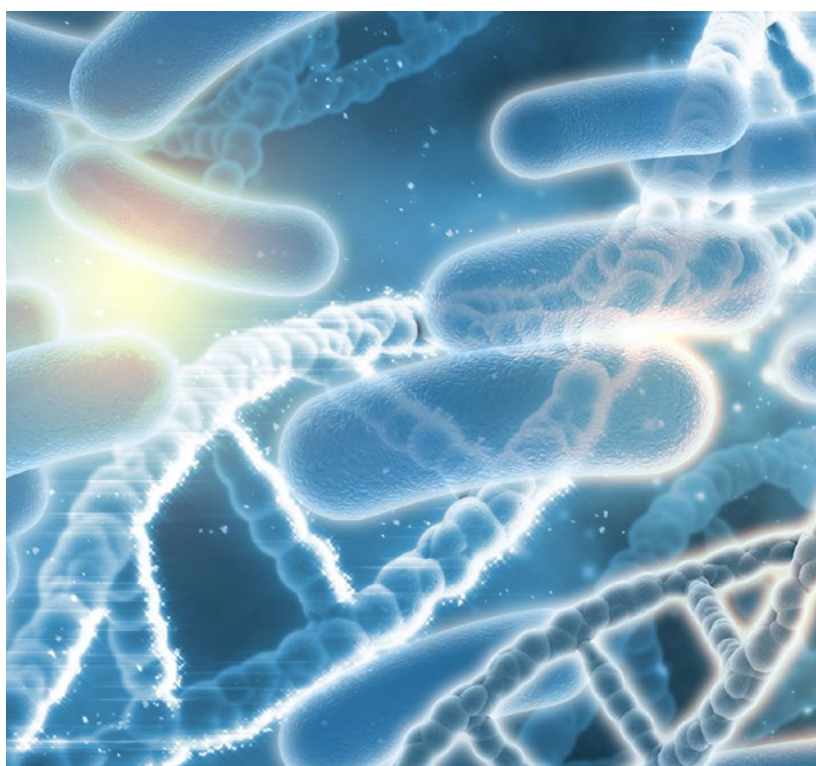
Lo studio condotto ha analizzato i dati riguardanti le ICA in una Azienda Socio Sanitaria Territoriale evidenziando un tasso di prevalenza di circa l'8% e del 16% rispettivamente nel PO1 e PO2. L'European Centre for Disease, Prevention and Control (ECDC) nel biennio 2016-2017 ha effettuato uno studio di prevalenza italiano sulle ICA, che ha visto coinvolti 135 ospedali di tutta Italia riportando un percentuale delle ICA dell'8% (ECDC, 2023).

Per quanto riguarda il PO1 il tasso di ICA riscontrato risulta essere in linea con la letteratura (ECDC, 2023) fatto salvo che la causa di almeno la metà delle ICA raccolte è ascrivibile a infezioni causate da Sars-Cov-2, dunque, il tasso di prevalenza reale è comunque ridotto. Per quanto riguarda invece il PO2 il dato emerso rispetto al tasso di prevalenza di ICA risulta pressoché raddoppiato rispetto alla letteratura.

Riguardo alla differenza evidenziatasi tra i due poli ospedalieri occorre specificare innanzitutto che vi sono unità operative specialistiche dislocate soltanto in uno dei due PO, quindi non replicabili come modello, come ad esempio differenti specialità chirurgiche, l'hospice, la nefrologia ecc.

Per analizzare ancor di più nel concreto questi risultati è necessario declinare alcune caratteristiche logistiche che differiscono nei due presidi, ad esempio, nel PO1 le camere di degenza sono composte da due letti con servizi igienici mentre, nel PO2 le stanze ospitano fino a 4/5 letti comportando talvolta estrema difficoltà ad isolare le persone assistite. In aggiunta nel PO2 i servizi igienici sono comuni e non sempre allocati in prossimità delle camere di degenza.

Entrambi i presidi ospedalieri dichiarano la maggior numerosità di infezioni nelle unità operative a più lunga degenza. Relativamente alle sedi di ICA nel PO2 che ospita l'Unità Operativa di Gastroenterologia, sono presenti



prevalentemente le gastroenteriti, mentre nel PO1 (ospedale che durante la pandemia era dedicato al ricovero per infezioni da Sars-Cov-2) sono presenti prioritariamente le infezioni da Covid-19. Seguono per entrambi circa nella stessa misura le infezioni delle vie urinarie. Relativamente alle Unità Operative interessate si evince che nel PO1 vi è una certa omogeneità nella distribuzione delle infezioni ospedaliere, mentre nel PO2 sono per lo più concentrate nella UO di Medicina.

Riguardo ai microrganismi isolati (in persone assistite che hanno sviluppato ICA), nel PO1 sono tutti stati correlati alla sede di infezione, mentre nel PO2 sono specifici delle vie urinarie mentre non reperibili dalle cartelle cliniche i microrganismi relativi alle altre sedi. Relativamente alla somministrazione di terapia antibiotica, emerge che la percentuale di persone assistite trattate con terapia antibiotica è simile e lo studio evidenzia che la maggior parte di loro assumeva la terapia antibiotica per infezioni comunitarie senza evidenza nella documentazione sanitaria circa la motivazione.

In letteratura è riportato che, per quanto riguarda le ICA in terapia intensiva, le principali infezioni sono associate alla presenza di catetere venoso centrale, catetere vescicale, ventilazione meccanica, ricovero prolungato e uso di antibiotici ad ampio spettro. L'incidenza maggiore si registra nelle infezioni delle vie urinarie, la polmonite associata a ventilazione e le infezioni del flusso ematico (batteriemie) (Verberk, Aghdassi et al., 2022).

L'igiene delle mani è l'azione principale per la prevenzione delle ICA ed è inoltre l'azione più economica ed efficace (Ministero della salute, 2022a).

Le strutture sanitarie devono essere adeguate e disporre di sufficienti punti dedicati all'igiene e al lavaggio delle mani; potenzialmente anche le ferite possono essere infettate secondariamente da microrganismi trasferiti da altri assistiti attraverso le mani degli operatori sanitari o dall'ambiente (Jump, Crnich et al., 2018). Le persone anziane sono considerate ad alto rischio per lo sviluppo di ICA (Koch, Nilsen et al., 2015, Serrano, Barcenilla et al., 2017, Yoshikawa and Norman, 2017); l'incidenza dell'infezione da *Clostridium Difficile* è dal 4 al 20% più

elevata nelle persone assistite delle strutture sanitarie rispetto agli adulti sani. Oltre l'80% dei decessi dovuti a *Clostridium Difficile* avviene in persone di età superiore ai 65 anni (Esme, Topeli et al., 2019). Si stima che circa il 5% degli assistiti geriatrici ricoverati sia riammesso in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione e ciò si traduce in un rischio maggiore di contrarre un'infezione nosocomiale per la persona assistita, in un aumento dei costi sanitari e nella probabilità che la persona assistita porti in ospedale un'infezione contratta in comunità sviluppata prima della riammissione. Le infezioni più comuni associate alla ri-ospedalizzazione sono le infezioni del sito chirurgico, da *Clostridium Difficile*, delle vie urinarie e le batteriemie (Hoffman, Min et al., 2020). Al fine di ridurre le ri-ospedalizzazioni, è necessario adottare misure pre e post-dimissione per prevenire o almeno ridurre la prevalenza di queste infezioni anche con interventi educativi prima della dimissione rivolti sia alle persone assistite che ai familiari e/o caregiver che possano aiutare a prevenire le infezioni e attraverso un follow-up adeguato (Gillick, 2013, Montoya, Cassone et al., 2016).



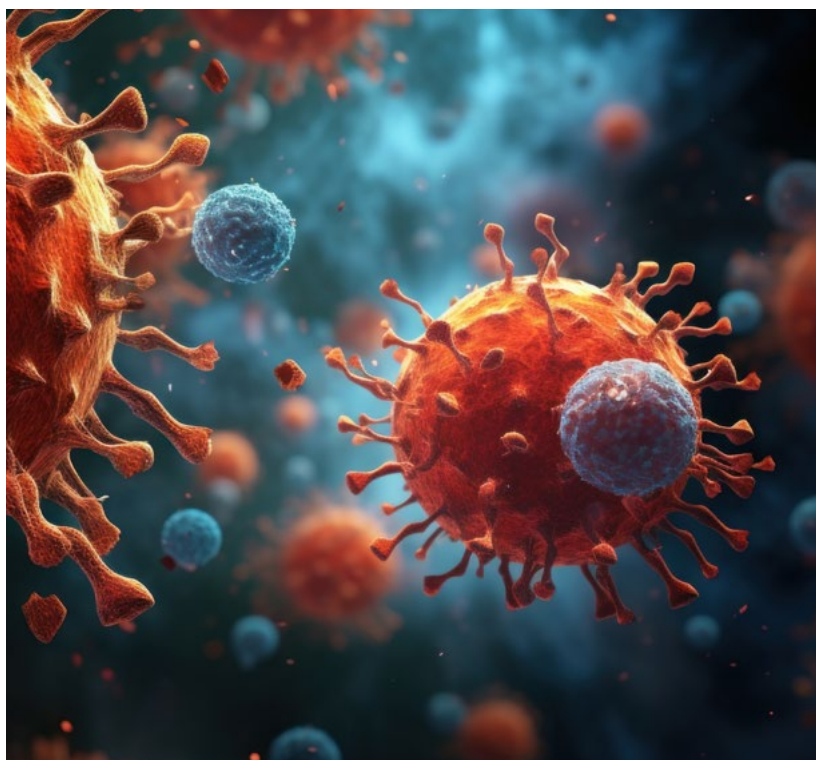
CONCLUSIONI

Lo studio consente di esprimere alcune considerazioni partendo dal presupposto che in tutti i presidi ospedalieri dell'azienda socio-sanitaria territoriale sede dello studio sia disponibile il protocollo aziendale specifico per ciascun trattamento. Una considerazione può essere mossa sulla ricezione del personale e sull'applicazione pedissequa del protocollo aziendale. Inoltre, la mancata motivazione clinica all'indicazione della terapia antibiotica nel 6% dei casi, rende necessario richiamare l'attenzione su coloro che prescrivono. Potrebbe essere utile in futuro riproporre l'indagine di prevalenza ogni 2 anni, in modo da confrontare i dati, monitorare l'andamento delle ICA e prevedere interventi mirati.

In aggiunta, è ipotizzabile implementare alcuni aspetti di governance come: l'adesione ai bundle di prevenzione relativi ai vari protocolli e monitoraggio dell'adesione a questi; la formazione continua e l'aggiornamento del personale sanitario; la definizione di una figura professionale con competenze specifiche e in possesso di Master professionalizzante ("Sorveglianza Epidemiologica e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza Sanitaria") o un Case Manager dedicato alle ICA. Tale professionista potrebbe essere in grado di pianificare, gestire e valutare interventi di prevenzione, controllo e sorveglianza del rischio infettivo integrandosi con il team multi-professionale; garantire attività di supervisione, consulenza, formazione per trasferire le evidenze di ricerca alla pratica assistenziale e migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi. Il Case Manager potrebbe verificare anche tutti i casi di ICA attraverso l'analisi della documentazione sanitaria, avviare audit o focus group centrati sulla condivisione di modalità univoche di trattamento e sul riconoscimento delle ICA, strutturare visite nei vari contesti per formare gli infermieri nelle unità operative. Strutturare un pool di specialisti consentirebbe anche di gestire la persona assistita anche nel post dimissione.

Come si evince dalla letteratura, le buone pratiche, guidano la sorveglianza sulle ICA essendo strumenti lineari, relativamente semplici nella loro esecuzione e il cui rispetto garantirebbe ai professionisti di superare le logiche della resistenza al cambiamento organizzativo, talvolta suggerito da comportamenti abitudinari e rassicuranti. Le linee guida, inoltre, consentono ai professionisti di tradurre in azioni concrete un linguaggio condiviso raggiunto attraverso la formazione relativa sia ai comportamenti da omogeneizzare, eliminando così la discrezionalità personale e professionale, sia ai presidi da utilizzare. La forte leva della formazione potrebbe superare il disinteresse dei professionisti verso nuovi approcci e prevenire l'intention to leave. La vera rivoluzione, dunque, è da ricercare proprio nell'introduzione di processi innovativi, estensione cioè di un pensiero riformatore che possa significativamente svoltare nel cambiamento del modo di pensare e, dunque di agire.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it



Stefano Romano Capatti

Affiliazione Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Laura Sanguedolce

IRCCS Multimedica San Giuseppe

Paola Ripa

Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Rita Biscotti

Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Elisa Rimoldi

Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Ilaria Milani

Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Filippo Ingrosso

IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Utilizzo delle contenzioni in ambito ospedaliero: indagine sulla percezione e sulla conoscenza degli infermieri

Use of restraints in the hospital setting: survey on the perception and knowledge of nurses

ABSTRACT**Introduzione**

I mezzi di contenzione vengono definiti come una restrizione che può limitare l'attività di una persona o di una parte del suo corpo. Si giustifica il frequente utilizzo con la volontà di prevenire eventuali danni fisici, proteggere gli assistiti e le persone che lo circondano, ma anche colmare le lacune organizzative e facilitare la messa in atto dei trattamenti. L'utilizzo delle contenzioni non è privo di ripercussioni sia per gli assistiti che per l'équipe assistenziale. Numerosi studi rivelano conseguenze su emozioni, sentimenti, fiducia e sulla comunicazione terapeutica.

Obiettivo

Scopo del presente progetto è indagare la conoscenza, le attitudini e la pratica clinica degli infermieri nell'impiego delle contenzioni fisiche in ambito ospedaliero.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio cross-sectional, mettendo in atto un campionamento di convenienza. Agli Infermieri oggetto di reclutamento è stata somministrata la versione italiana del questionario di Janelli et al. Il questionario è stato diffuso attraverso i social network e servizi di messaggistica istantanea, in modalità self-report.

Risultati

289 professionisti hanno risposto al questionario. Un'elevata percentuale dichiara di essere formata sul tema, mentre il 31,1% afferma di non sentirsi adeguatamente preparato all'assistenza della persona contenuta. Il 52,9% degli infermieri dichiara di attuare interventi alternativi e, se applicato l'atto contenitivo, di registrarlo adeguatamente e di eseguire un'attenta valutazione.

Conclusioni

Emerge la necessità di aggiornamento sulla tematica da parte del personale infermieristico, anche alla luce della continua evoluzione dell'ambito medico-sanitario.

Parole chiave

"contenzione", "infermiere", "competenze", "pratica", "attitudini".



ABSTRACT**Introduction**

The Italian Society of Medical Sciences defines restraint as the restriction of a patient to limit their activity, even if it involves only a part of the body, and/or to control their behavior. The most frequent reasons for using restraints are to prevent physical harm, reduce the risk of falls, protect patients and those around them, and facilitate the implementation of treatments in situations of staff shortage. This practice may have repercussions for both patients and caregivers. Several studies reveal that it can affect emotions and feelings, and cause damage to trust and therapeutic communication.

Objectives

To investigate nurses' knowledge, attitudes and clinical practice in the use of physical restraint in hospital settings.

Methods

Cross-sectional study, with convenience sampling. Administration of the Italian version of the Janelli et al. questionnaire to Italian nurses working in hospital settings. Sharing the questionnaire through the use of social networks and instant messaging services, in self-report mode through the "Google Forms" application.

Results

289 professionals responded to the questionnaire. Although a high percentage of nurses say they are educated on the topic, 31,1% say they do not feel adequately prepared to care for the contained person. Most nurses report implementing alternative nursing interventions to always assess and record the act of restraint.

Conclusions

because the medical and health care field is constantly evolving, the results indicate the need for refresher courses for nurses.

Key words

"restraint", "nurse", "skills", "practice", "attitudes".

INTRODUZIONE

La contenzione fisica è uno strumento che viene utilizzato per garantire la sicurezza degli assistiti (Hardin et al., 1993). Viene definita come una restrizione utilizzata per limitare l'attività o controllare il comportamento di una persona o di una parte del suo corpo (Ye et al., 2019). Le restrizioni fisiche possono essere utilizzate quando le strategie di de-escalation non sono efficaci e la persona mette in pericolo sia sé stessa che le persone vicino (Guerrero and Mycyk, 2020).

A livello internazionale, la letteratura riporta come l'utilizzo delle contenzioni debba essere quanto più possibile limitato, in quanto possono violare i diritti umani e la libertà di movimento della persona, con conseguenze quali aumento del rischio di cadute, delirio, strangolamento e ri-traumatizzazione (Thomann et al., 2022).

La sicurezza e l'efficacia delle pratiche riguardanti le misure coercitive destano molta preoccupazione a livello clinico mondiale, con un utilizzo spesso non supportato da linee guida internazionali. Numerosi studi dimostrano come l'uso delle restrizioni venga messo sempre più in discussione, in quanto dannoso per la dignità e per l'autonomia della persona (Shen et al., 2021).

Il ricorso alle contenzioni non è esente da ripercussioni anche per gli infermieri. La letteratura riporta come l'utilizzo dei mezzi di contenzione possa suscitare emozioni, sia positive che negative, negli Infermieri che li mettono in atto, pur non mancando episodi di neutralità; questa può essere correlata ad una scarsa o nulla conoscenza circa l'utilizzo delle misure contenitive. (Pradhan et al., 2019; Sharifi et al., 2020; Tsai et al., 2022).

Nonostante il quadro descritto e le potenziali complicità sull'utilizzo delle contenzioni, queste vengono ancora considerate efficaci nell'evitare situazioni spiacevoli.

La contenzione danneggia la fiducia e la comunicazione terapeutica, due requisiti essenziali dell'assistenza di base tra persona e infermiere. Pertanto, la contenzione fisica deve essere utilizzata come ultima risorsa nelle emergenze, piuttosto che come forma di trattamento (Thomann et al., 2022).

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita ("Il testo definitivo Codice Deontologico degli Ordini delle Professioni Infermieristiche 2019.pdf", n.d.).

Affinchè le contenzioni vengano utilizzate in maniera corretta la letteratura evidenzia come possano essere utili dei programmi di formazione; questi sono in grado di migliorare la conoscenza e quindi gli atteggiamenti degli infermieri al fine di un uso consapevole dello strumento contenitivo (Yeh et al., 2004). In uno studio condotto in Italia è stato dimostrato come i corsi di formazione siano in grado di ridurre gli interventi di contenzione fisica (Bru-

gnolli et al., 2020). Uno studio condotto in ambito psichiatrico su territorio italiano ha concluso che gli infermieri di area psichiatrica nell'84% dei casi aveva avuto una formazione specifica in ambito di contenzioni fisiche (Vitale et al., 2023). La letteratura indica che l'utilizzo delle contenzioni fisiche è direttamente e indirettamente collegato alle conoscenze degli infermieri riguardo ad esse (Suen et al., 2006).

In ambito italiano mancano delle informazioni riguardo alla conoscenza in ambito intraospedaliero delle contenzioni fisiche. Infatti, non sono presenti studi che indagano quanto gli infermieri delle degenze conoscano in ambito di contenzioni fisiche. Conoscere quanto gli infermieri italiani sappiano in termini di contenzione ci può permettere di capire se possono essere necessari programmi di formazione, in modo da migliorare l'uso delle contenzioni.

OBIETTIVO

Lo studio ha lo scopo di indagare la conoscenza, le attitudini e la pratica clinica degli infermieri nell'impiego delle contenzioni fisiche in ambito ospedaliero.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio e strategia di campionamento

È stato condotto uno studio cross-sectional. Lo studio è stato condotto su territorio nazionale. La popolazione dello studio prevedeva la presenza di soli infermieri abilitati a svolgere la propria professione su territorio italiano. Nel Marzo 2023 è stata condotta una revisione della letteratura per comprendere il bisogno e il razionale di ricerca. Il questionario creato attraverso l'applicativo "Google Moduli" è stato condiviso attraverso l'utilizzo di social network e servizi di messaggistica istantanea come Facebook®, LinkedIn®, Instagram®, WhatsApp®, dal 30 giugno al 30 luglio 2023. È stato condiviso in modalità self-report, e a circa 15 giorni dalla prima pubblicazione è seguita una nuova condivisione per aumentare la dimensione del campione. Inoltre, lo studio è stato promosso anche in ambito accademico, tra le diverse sezioni del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano. Nello studio sono stati inclusi infermieri che esercitavano la propria attività presso servizi ospedalieri e territoriali. Sono invece stati esclusi gli infermieri che esercitavano la propria attività al di fuori dell'ambito clinico o al di fuori dei servizi ospedalieri e territoriali.

Strumenti e procedure per la raccolta dati

Per indagare la conoscenza, le attitudini e la pratica clinica degli infermieri nell'impiego delle contenzioni fisiche è stata somministrata la versione italiana del questionario di Janelli et al. (10, Appendice 1).

Lo strumento di indagine è suddiviso nelle seguenti sezioni:

- Una parte introduttiva volta a raccogliere le informazioni socio-anagrafiche del campione.
- Il primo dominio, costituito da 15 domande che indagano le conoscenze degli infermieri rispetto l'utilizzo delle contenzioni fisiche; le domande prevedono una risposta dicotomica (vero-falso).
- Il secondo dominio, costituito da 11 domande riguardanti le attitudini degli infermieri rispetto l'utilizzo delle contenzioni fisiche; le domande prevedono una risposta su scala Likert a tre punti (in accordo-in disaccordo-indeciso).
- Il terzo dominio, costituito da 14 domande relative all'utilizzo nella pratica clinica delle contenzioni fisiche; le domande prevedono una risposta su scala Likert a tre punti (sempre-a volte-mai).

Lo scopo dello studio e un rimando ai principi etici per la tutela dei partecipanti hanno accompagnato il questionario. I questionari in cui non è stato espresso il consenso alla partecipazione allo studio sono stati esclusi.

Analisi dei dati

Per rispondere all'obiettivo dello studio è stata condotta un'analisi statistica di tipo descrittivo che ha reso i dati maggiormente interpretabili. Le informazioni raccolte sono state tabulate e per ogni variabile sono state calcolate le frequenze assolute e le frequenze relative. Per visualizzare la distribuzione dei dati sono state utilizzate tabelle e grafici. I dati raccolti sono stati analizzati attraverso l'impiego di un software di calcolo.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato condotto previo nulla osta da parte del Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, in conformità agli standard etici internazionali sulla ricerca biomedica con esseri umani, in particolare: alle revisioni della Dichiarazione di Helsinki dell'Associazione Medica Mondiale sui "Principi

etici per la ricerca biomedica che coinvolge soggetti umani”; alla Convenzione del Consiglio d’Europa per la protezione dei diritti dell’uomo e della dignità dell’essere umano nell’applicazione della biologia e della medicina (Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997); ai contenuti del Codice Deontologico degli Infermieri, in base al D.M. 15/07/1997; secondo le disposizioni legislative del Titolo IV del Codice della Privacy; in base al decreto legislativo n°322 del 6 Settembre 1989 e decreto legislativo n.135 dell’11 Maggio 1999; nel rispetto delle disposizioni del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n.196 e a norma di legge del Decreto Legislativo n. 101 del 10 Agosto 2018.

RISULTATI

Il questionario è stato compilato da 289 infermieri.

Le caratteristiche sociodemografiche sono state descritte in Tabella 1. Il genere femminile costituiva il 78,2% del campione, il 62,3% di questo aveva un’età superiore a 31 anni.

Il titolo di studio conseguito dall’88,9% dei partecipanti era la Laurea in Infermieristica o titolo equipollente. Gli infermieri prestavano la propria attività nei dipartimenti medici, chirurgici, di emergenza-urgenza, di salute mentale e di lungodegenza.

Il 65,8% degli infermieri partecipanti aveva un’anzianità di servizio < 6 anni e per ogni dipartimento osservato gli infermieri che avevano ricevuto formazione in tema di contenzioni superava il 50%.

Tabella n. 1 – Caratteristiche socio-anagrafiche del campione

	Area medica (n=132)	Area emergenza- urgenza (n=60)	Area chirurgica (n=66)	Lungodegenza (n=16)	Area salute mentale (n=15)
Età					
< 30	59 (44,7%)	20 (33,3%)	18 (27,3)	7 (43,8%)	5 (33,3%)
31-40	33 (25%)	25 (41,7%)	21 (31,8%)	3 (18,8%)	6 (40%)
41-50	17 (12,9%)	6 (1%)	12 (18,2%)	3 (18,8%)	2 (13,3%)
> 50	23 (17,4%)	9 (15%)	15 (22,7%)	3 (18,8%)	2 (13,3%)
Genere					
Donna	101 (76,5%)	46 (76,7%)	55 (83,3%)	13 (81,3%)	11 (73,3%)
Uomo	31 (23,5%)	14 (23,3%)	11 (16,7)	3 (18,8%)	4 (26,7%)
Titolo di studio					
Laurea triennale*	116 (87,9%)	48 (80%)	65 (98,5%)	15 (93,8%)	13 (86,7%)
Laurea magistrale	16 (12,1%)	12 (20%)	1 (1,5%)	1 (6,3%)	2 (13,3%)
Anni complessivi di servizio					
< 6	56 (42,4%)	21 (35%)	20 (30,3%)	8 (50%)	4 (26,7%)
6-10	28 (21,2%)	13 (21,6%)	12 (18,2%)	2 (12,5%)	2 (13,3%)
11-15	10 (7,5%)	10 (16,7%)	10 (15,2%)	0 (0%)	4 (26,7%)
> 15	38 (28,8%)	16 (26,7%)	24 (36,4%)	6 (37,5%)	5 (33,3%)
Anni nell’attuale servizio					
< 6	91 (69%)	41 (68,3%)	38 (57,6%)	11 (68,8%)	9 (60%)
6-10	11 (8,3%)	7 (11,7%)	7 (10,6%)	1 (6,3%)	2 (13,3%)
11-15	12 (9%)	5 (8,3%)	7 (10,6%)	1 (6,3%)	2 (13,3%)
> 15	18 (13,7%)	7 (11,7%)	14 (21,2%)	3 (18,8%)	2 (13,3%)
Formazione in merito					
Si	75 (56,8%)	36 (60%)	36 (54,5%)	11 (68,8%)	11 (73,3%)
No	57 (43,2%)	24 (40%)	30 (45,5%)	5 (31,3%)	4 (26,7%)

Dominio 1 – Conoscenze: l'intervistato/a risponde indicando Vero o Falso

Il dominio era caratterizzato da domande che indagavano la conoscenza degli infermieri rispetto l'uso delle contenzioni. Le possibilità di risposta erano vero/falso.

Le domande n. 1, 4, 10 e 11 hanno ricevuto il maggior numero di risposte corrette, mentre le domande n. 3 e 8 hanno ricevuto il minor numero di risposte corrette.

Alla domanda n. 1 "Quando un paziente è contenuto fisicamente la cute si può lacerare e l'agitazione può aumentare" ha ottenuto il 99,3% (N=287) di risposte corrette.

Alla domanda n. 4 "Un infermiere può essere accusato di violenza se applica vincoli di contenimento fisico quando non sono necessari" sono state ricevute 99,3% (N= 287) di risposte giuste.

La domanda n. 10 "Bisognerebbe tenere traccia durante e ad ogni cambio turno dei pazienti sottoposti a contenzione fisica" ha totalizzato il 98,6% (N = 285) di risposte corrette.

Alla domanda n. 11 "I vincoli di contenimento dovrebbero essere applicati in modo da essere confortevoli" il 100% (N = 289) ha risposto correttamente.

Dominio 1 – Conoscenze		
	vero	falso
1. Quando un paziente è contenuto fisicamente la cute si può lacerare e l'agitazione può aumentare		
2. I mezzi di contenzione fisica sono indumenti di sicurezza o comunque progettati per prevenire le lesioni mentre l'isolamento consiste nell'isolare un paziente all'interno di una stanza da solo		
3. In emergenza un infermiere può contenere un paziente senza prescrizione medica		
4. Un infermiere può essere accusato di violenza se applica vincoli di contenimento fisico quando non sono necessari		
5. Un mezzo di contenimento dovrebbe essere allentato almeno ogni due ore		
6. Un paziente non dovrebbe mai essere vincolato mentre giace a letto a causa del rischio di soffocamento		
7. Una contenzione fisica è legale solo se è necessaria per proteggere il paziente o altre persone da pericoli		
8. La contenzione fisica richiede prescrizione medica		
9. Non esistono buone alternative ai vincoli fisici		
10. Bisognerebbe tenere traccia durante e ad ogni cambio turno dei pazienti sottoposti a contenzione fisica		
11. I vincoli di contenimento dovrebbero essere applicati in modo da essere confortevoli		
12. Sono noti casi di decesso collegati all'uso di contenzione fisica		
13. La confusione e il disorientamento sono sempre indicazioni all'utilizzo dei vincoli		
14. I pazienti ricoverati volontariamente possono rifiutare la contenzione fisica		
15. Quando un paziente è contenuto a letto, i vincoli non dovrebbero essere fissati alle sponde del letto		

Tabella n. 2 – Risposte alle domande n. 3 e n. 8

	Vero (%)	Falso (%)
D.3 In emergenza un infermiere può contenere un paziente senza prescrizione medica	47,8	52,2
D.8 La contenzione fisica richiede prescrizione medica	4,8	95,2

Alla domanda n. 3 "In emergenza un infermiere può contenere un paziente senza prescrizione medica" il 52,2% ha risposto in maniera errata, mentre alla domanda 8 "La contenzione fisica richiede prescrizione medica" le risposte corrette sono state il 4,8%.

Dominio 2 – Attitudini: l'intervistato/a risponde indicando Accordo, Indeciso, In disaccordo

Il dominio era costituito da domande che indagavano le attitudini degli infermieri rispetto l'utilizzo delle contenzioni. Le possibilità di risposta erano tre: "In accordo", "Indeciso", "In disaccordo".

Le domande 3, 5, 7, 9 hanno ricevuto il maggior numero di risposte "In accordo".

Dominio 2 – Attitudini			
	Accordo	Indeciso	Disaccordo
1. Penso che sia importante far sapere al paziente contenuto che mi prendo cura di lui			
2. Mi dispiace vedere che il paziente diventi ancor più arrabbiato dopo l'applicazione dei vincoli			
3. In generale, mi sento preparato sull'assistenza al paziente sottoposto a contenzione fisica			
4. Un paziente soffre per la perdita della propria dignità quando viene vincolato			
5. Penso che se fossi un paziente dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta			
6. Penso che gli infermieri abbiano il diritto di rifiutarsi di vincolare il paziente se non lo ritengono necessario			
7. Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un paziente			
8. Credo che una giustificazione corretta all'utilizzo della contenzione fisica sia la carenza di personale ospedaliero			
9. Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari			
10. Mi sento in imbarazzo quando i familiari entrano nella stanza di un paziente vincolato senza essere stati informati			
11. Tutti i professionisti sanitari sono legalmente responsabili dell'utilizzo/gestione dei vincoli per mantenere la sicurezza del paziente			

Tabella n. 3 – Risposte alle domande n. 3 e n. 8

	Accordo (n.)	Deciso (n.)	In disaccordo (n.)
D.3 In generale, mi sento preparato sull'assistenza al paziente sottoposto a contenzione fisica	152 (52,6%)	90 (31,1)	47 (16,3%)
D.5 Penso che se fossi un paziente dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta	171 (59,2%)	60 (20,8%)	58 (20,1%)
D.7 Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un paziente	173 (59,9%)	48 (16,6%)	68 (23,5%)
D.9 Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari	159 (55%)	63 (21,8%)	67 (23,2%)

Alla domanda n. 3 "In generale, mi sento preparato sull'assistenza al paziente sottoposto a contenzione fisica" il 52,6% del campione (N= 152) è in accordo, il 31,1% (N= 90) è indeciso, il 16,3% (N= 47) è in disaccordo.

Alla domanda n. 5 "Penso che se fossi un paziente dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta" sono state ricevute l'59,2% (N= 171) di risposte in accordo, l'20,8% (N = 60) di risposte indeciso e il 20,1% in disaccordo (N = 58).

La domanda n. 7 "Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un paziente" ha totalizzato il 59,9%(N = 173) di risposte in accordo, il 16,6% (N = 48) indeciso, il 23,5% in disaccordo (N = 68).

Alla domanda n. 9 "Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari." il 55% (N = 159) è in accordo, il 21,8% (N = 63) è indeciso, il 23,2% è in disaccordo (N = 67).

Dominio 3 – Pratica quotidiana: l'intervistato/a risponde indicando Sempre, A volte, Mai

Il dominio 3 indaga la pratica quotidiana degli infermieri, con tre possibilità di risposta: Sempre, A volte, Mai.

Nella domanda n. 13, manca una risposta da un infermiere dell'area medica.

La domanda n. 3 ha avuto circa lo stesso numero di risposte "A volte" e "Mai", mentre le domande 4, 9 e 12 hanno avuto il maggior numero di risposte "Sempre" (Istogramma 3).

Dominio 3 – Pratica quotidiana			
	Sempre	A volte	Mai
1. Ispeziono la cute alla ricerca di abrasioni o lacerazioni quando procedo all'igiene (e in ogni occasione di assistenza diretta) ad un paziente vincolato			
2. Controllo i vincoli almeno ogni 2 ore per assicurarmi che siano nella corretta posizione			
3. Vi sono più pazienti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime			
4. Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un paziente ricoverato			
5. Provo ad utilizzare interventi infermieristici alternativi prima di vincolare il paziente			
6. Comunico al paziente (e alla famiglia) quando saranno rimossi i vincoli			
7. Quando penso che un paziente non abbia bisogno di essere vincolato, lo discuto col medico			
8. Rispondo il prima possibile alla chiamata di un paziente vincolato			
9. Nel nostro centro, i membri dello staff lavorano insieme per cercare modalità di controllo del comportamento dei pazienti ricoverati diverse dall'utilizzo della contenzione			
10. Valuto frequentemente se i vincoli debbano essere rimossi.290 risposte			
11. Quando vengono applicate contenzioni fisiche, registro sulla documentazione il tipo di vincolo utilizzato, le motivazioni, l'orario di inizio della contenzione e l'assistenza infermieristica richiesta			
12. Quando vincolo un paziente, prendo questa decisione solo con un ordine/la prescrizione del medico			
13.Spiego al paziente il motivo per cui si stanno applicando i vincoli			
14. Comunico ai familiari il motivo per cui il paziente viene vincolato			

Tabella n. 4 – Risposte alle domande n. 3, n. 4, n. 9 e n. 12

Nella domanda n. 3 "Vi sono più pazienti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime" le risposte sono state: il 10,7% (N = 31) "Sempre", il 42,9% (N = 124) "A volte", il 46,4% (N = 134) "Mai". La domanda n. 4 "Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un paziente ricoverato" ha ottenuto il 68,5% (N = 198) "Sempre", il 26,6% (N = 77) "A volte", il 4,8% (N = 14) "Mai". Alla domanda n. 9 "Nel nostro centro, i membri dello staff lavorano insieme per cercare modalità di controllo del comportamento dei pazienti ricoverati diverse dall'utilizzo della contenzione" hanno risposto il 52,9% (N = 153) "Sempre", il 39,1% (N = 113) "A volte", il 8% (N = 23) "Mai". La domanda n. 12 "Quando vincolo un paziente, prendo questa decisione solo con un ordine/la prescrizione del medico" ha ricevuto il 60,6% (N = 175) "Sempre", il 30,1% (N = 87) "A volte", il 9,3% (N = 27) "Mai".

	Sempre (n.)	A volte (n.)	Mai (n.)
D.3 Vi sono più pazienti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime	31 (10,7%)	124 (42,9%)	134 (46,4%)
D.4 Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un paziente ricoverato	198 (68,5%)	77 (26,6%)	14 (4,8%)
D.9 Nel nostro centro, i membri dello staff lavorano insieme per cercare modalità di controllo del comportamento dei pazienti ricoverati diverse dall'utilizzo della Contenzione	153 (52,9%)	113 (39,1%)	23 (8%)
D.12 Quando vincolo un paziente, prendo questa decisione solo con un ordine/la prescrizione del medico	175 (60,6%)	87 (30,1%)	27 (9,3%)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati evidenziano diversi punti importanti su cui soffermarsi. Si mette in luce che tra i 289 infermieri sottoposti ad indagine, più della metà dichiara di essere formato in merito alla stessa. Questo dato conferma che gli infermieri vengono formati in termini di contenzione fisica come già evinto in articoli precedenti (Vitale et al., 2023), anche in contesti ospedalieri.

Di contro a quanto segnalato, si riscontra una moderata conoscenza in termini di responsabilità professionale, giacché percentuali molto alte dimostrano di avere molti dubbi per quanto riguarda la prescrizione delle contenzioni, sia in contesti ordinari che in emergenza. Il grado di conoscenza riguardo al tema è in linea con altri studi internazionali (Eskandari et al., 2017).

Le domande n. 3 e n. 8 pongono l'attenzione su questa tematica; in queste è possibile riscontare un numero di risposte corrette inferiore al 50% alla domanda 3, mentre meno del 5% di risposte corrette alla domanda 8, così come riportato nel grafico 1 dei risultati. In particolare, la domanda 3 è in accordo rispetto a uno studio pilota precedentemente svolto in cui circa la metà degli infermieri aveva risposto correttamente (Gaeta et al., n.d.).

Il dato in termini di conoscenze può apparire molto soddisfacente, ma se relazionato a quanto emerso dalle risposte alle domande del dominio 2 sorge più di un dubbio.

Come segnalato nei risultati, le risposte alle domande n. 1, n. 4, n. 10 e n. 11 del primo dominio vedono risposte corrette quasi da parte di tutti i soggetti sottoposti ad indagine.

Nonostante l'elevato numero di infermieri che dichiara d'essersi formato in merito alla contenzione, nel momento in cui l'utilizzo di queste si traduce nella pratica, vi sono percentuali di infermieri che ritengono di non sentirsi preparati nell'assistenza pratica della persona sottoposta a contenzioni fisiche. Poco più della metà, infatti, ritiene di sentirsi adeguatamente preparato, mentre addirittura il 16,3% dichiara di non sentirsi per nulla preparato (dominio 2, domanda n. 3). Questo potrebbe essere dovuto a i fattori ostacolanti come la paura di implicazioni medico-legali, la mancanza di risorse umane, materiali e culturali, le limitazioni strutturali e le politiche e le regolamentazioni sanitarie (Castaldo et al., 2015).

Emerge quindi un'incongruenza tra quanto dichiarato in termini di conoscenze e quanto poi il professionista si senta preparato nel mettere in atto le stesse conoscenze che ritiene acquisite. Determinati programmi di formazione possono migliorare la consapevolezza delle proprie conoscenze e applicarle in ambito clinico. In tal senso, test di autovalutazione o momenti di confronto in seno all'equipe, dimostrazioni pratiche e letture possono essere utili al fine di migliorare conoscenze e applicazione (Rentala et al., 2021).

Una percentuale di infermieri, seppur minima, afferma che le contenzioni se applicate, non incidono sulla dignità della persona (dominio 2, domanda n. 4). Tuttavia, tale principio va contro la tutela della salute e della dignità della

persona (Gastmans and Milisen, 2006), sui quali insiste la normativa vigente all'articolo 13 della Costituzione Italiana e all'articolo 54 del Codice Penale (Parlamento Italiano, 1930; Senato della Repubblica Italiana, 1948).

Più della metà degli infermieri afferma di sentirsi in colpa in seguito all'applicazione delle contenzioni (dominio 2, domanda n. 7), valutando con frequenza l'eventuale rimozione (dominio 3, domanda n. 10). Questo tipo di sentimento è in linea con quanto presente in letteratura (Möhler and Meyer, 2014). Di contro emerge una discreta percentuale di professionisti che non reputa un diritto della persona la capacità di opporsi alla contenzione se reputata ingiusta, mentre addirittura quasi un quarto dei soggetti sottoposti ad indagine ritiene che il diritto di opporsi alla contenzione non debba riguardare il familiare della persona assistita. Questo tipo di valutazione sui familiari associato all'imbarazzo della comunicazione dell'avvenuta contenzione evidenziata in questo studio, può andare a peggiorare le sensazioni di rabbia e impotenza che i familiari provano durante il ricovero del parente (de Boer et al., 2020).

La situazione viene gestita diversamente nel caso in cui la necessità della contenzione deve essere valutata dall'infermiere. Qualora la contenzione venisse reputata ingiusta, la quasi totalità si trova concorde nel rifiutare di metterla in atto. Infatti, i dati dimostrano che quasi il 90% degli infermieri si rifiuterebbe nel vincolare una persona se non ritenuto necessario (dominio 2 domanda n. 6).

Si evidenzia un dato importante: nel caso in cui sia l'infermiere a non ritenere giusto l'atto contenitivo, quest'ultimo non viene attuato. Mentre a circostanze invertite, per il familiare e il paziente, potersi astenere alla contenzione secondo il personale infermieristico sembrerebbe non essere un diritto.

La maggioranza degli infermieri dichiara inoltre di discutere con il medico qualora non ritenga necessario l'atto contenitivo (dominio 3, domanda n. 7).

I risultati dello studio riguardo la pratica quotidiana richiedono particolare attenzione. I vincoli, per la maggior parte degli infermieri, vengono controllati ogni 2 ore (dominio 3, domanda n. 2); queste tempistiche vengono mantenute nonostante uno dei temi che emerge sia quello dovuto alle lacune di natura organizzativa. Una percentuale di poco inferiore al 20% giustifica l'atto contenitivo data la mancanza di personale ospedaliero (dominio 2, domanda n. 8). La stessa carenza di personale incide nel ricorso alle contenzioni, con un maggior numero di assistiti contenuti rispetto ai momenti di personale a pieno regime (dominio 3, n. domanda 3), dato anche questo in linea con la letteratura (Castaldo et al., 2015).

Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 esplicita che l'atto contenitivo debba essere motivato e annotato sulla documentazione clinico – assistenziale; la maggior parte degli infermieri documenta l'applicazione dei vincoli così come definito dalle norme deontologiche (dominio 3, domanda n. 11). Più della metà degli infermieri dà una spiegazione all'utilizzo del vincolo sia alla persona assistita che al familiare (dominio 3, domande n. 13 e n. 14).

Viene esplicitato dall'articolo 35 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 che non vi sia l'attuazione alla sola prescrizione medica, ma anche il solo infermiere può ricorrere all'atto contenitivo se in uno stato di necessità (FNOPI, 2019). Ad oggi i dati dimostrano che più della metà degli infermieri dichiara di prendere la decisione di contenere una persona solo dopo una prescrizione medica (dominio 3, domanda n. 12).

I risultati dello studio hanno mostrato risultati eterogenei. Si nota un netto contrasto su ciò che affermano gli infermieri riguardo alla formazione sulla contenzione rispetto a quella che è l'effettiva conoscenza dell'argomento. In relazione a ciò che è emerso dall'analisi dei dati, ad oggi il panorama italiano infermieristico offre alcuni spunti di riflessione. Sorge l'esigenza di assicurarsi che l'infermiere comprenda a pieno l'importanza della propria attività assistenziale secondo gli aggiornamenti basati sulle evidenze scientifiche, in quanto l'errata assistenza potrebbe ledere la dignità della persona assistita.

Data la continua evoluzione in ambito medico – sanitario di normative, leggi, istruzioni operative e linee guida, in aggiunta all'obbligo di formazione post – base per gli infermieri italiani, emerge l'esigenza di corsi di aggiornamento da parte del personale infermieristico, con particolare attenzione alle pratiche assistenziali dirette, quali il tema della contenzione fisica.

Questo studio presenta tuttavia dei limiti. Non è stato possibile eseguire un sample size per decidere quale potesse essere una potenza campionaria adeguata. Sicuramente il campione ampio ha potuto offrire una panoramica precisa del pensiero degli infermieri nei confronti della conoscenza e delle percezioni in tema di contenzioni fisiche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Stefania MeoInfermiera presso Dialisi
ASST Niguarda, Milano

Mutualità e qualità di vita nelle nefropatie: studio osservazionale longitudinale

Mutuality and quality of life in renal disease: longitudinal observational study

ABSTRACT

Introduzione

La mutualità è una componente essenziale del processo terapeutico tra paziente nefropatico ed infermiere. Tale relazione diventa fondamentale per assicurare risultati sanitari favorevoli, prevenire complicazioni nella gestione della malattia e a garantire la qualità di vita fisica e mentale di cui un paziente ha bisogno.

Obiettivo

Sono ancora esigui ed eterogenei gli studi sulla mutualità tra paziente con nefropatia e infermiere di dialisi.

Metodi

È stato realizzato uno studio di ricerca osservazionale longitudinale, suddiviso in tre tempi a tempo 0, a tempo 1 (tre mesi) e tempo 2 (sei mesi), tra agosto del 2023 e febbraio 2024, presso l'ambulatorio Dialisi e reparto Nefrologia dell'ASST Niguarda. Sono stati somministrati strumenti di misurazione quali la NPM-CI Scale e la SF12. I pazienti e gli infermieri sono stati arruolati mediante campionamento propositivo e di convenienza nella struttura ospedaliera. I dati sono stati analizzati con statistica descrittiva e inferenziale tramite il software statistico SPSS29V.

Risultati

Il totale dei partecipanti è stato di 83 pazienti e 62 infermieri. La mutualità è risultata statisticamente significativa ($p < 0,01$) nell'arco dei sei mesi negli assistiti. Mentre per la qualità di vita fisica e mentale, non sono stati riscontrati in questo studio, risultati statisticamente significativi.

Discussione e Conclusione

L'analisi statistica ha evidenziato che nell'arco dei sei mesi, l'evoluzione della mutualità cambi nel tempo sui pazienti, incidendo sugli esiti a lungo termine. Sulla base di questo studio, sono necessari ulteriori studi quantitativi longitudinali per analizzare la qualità di vita fisica e mentale nei pazienti nefropatici.

Introduction

Mutuality is an essential component of the therapeutic process between a nephropathic patient and a nurse. This relationship becomes fundamental to ensure favorable health outcomes, prevent complications in disease management, and guarantee the physical and mental quality of life that a patient needs.



Objective

Studies on the mutuality between a nephropathic patient and a dialysis nurse are still few and heterogeneous.

Methods

A longitudinal observational research study was conducted, divided into three periods: time 0, time 1 (three months), and time 2 (six months), between August 2023 and February 2024, in Dialysis clinic and Nephrology department of ASST Niguarda. Measurement tools such as the NPM-CI Scale and the SF12 were administered. Patients and nurses were recruited through purposeful and convenience sampling in the hospital facility. Data were analyzed with descriptive and inferential statistics using the SPSS29V statistical software.

Results

The total number of participants was 83 patients and 62 nurses. Mutuality was statistically significant ($p < 0.01$) over the six months in the patients. While for the physical and mental quality of life, no statistically significant results were found in this study.

Discussion and Conclusion

The statistical analysis showed that over the six months, the evolution of mutuality changes over time in the patients, affecting long-term outcomes. Based on this study, further longitudinal quantitative studies are needed to analyze the physical and mental quality of life in nephropathic patients.

Parole chiave

studi longitudinali, propositivo, convenienza.

Keywords

Longitudinal studies, purposeful, convenience.

INTRODUZIONE

La mutualità, concepita come una forma di cooperazione sociale fondata sulla protezione e sul sostegno reciproco, rappresenta una relazione di scambio tra individui, gruppi o istituzioni (Brown, 2016). Tale processo prende vita attraverso interazioni, comunicazioni e attività educative. Secondo Riggs, la mutualità può essere descritta come "un'esperienza di condivisione reale o simbolica di prospettive comuni, obiettivi, emozioni e caratteristiche, incluse le differenze che delineano il punto di vista delle persone" (Curley, 1997). La relazione tra infermiere e paziente si distingue per "alti livelli di empatia, collaborazione, uguaglianza e interdipendenza" (Jeon, 2004). Peplau ha evidenziato come la mutualità sia una componente essenziale del processo terapeutico (Brown, 2016). L'importanza di questa relazione è cruciale, soprattutto nelle prime fasi di un percorso di cura, grazie a una serie di servizi e iniziative. Tuttavia, definire la mutualità in modo univoco in tutti i contesti dell'assistenza pubblica può risultare complesso. Peplau, introducendo il modello psicosociale, ha sviluppato in infermieristica il concetto di relazione interpersonale, basandosi su modelli psicologici. La mutualità può rappresentare un mezzo per condividere conoscenze all'interno di un gruppo o di una comunità. Il ruolo centrale della mutualità diventa particolarmente evidente quando la reciprocità è considerata come l'elemento fondamentale. Negli ultimi 30 anni, l'interesse per la ricerca sulla mutualità è cresciuto significativamente, riconoscendo il suo ruolo cruciale nell'assistenza infermieristica (Brown, 2016). Numerosi studi hanno evidenziato che un elevato livello di mutualità è correlato a una riduzione dello stress per i caregiver informali e gli infermieri (Vellone et al., 2018), a una migliore preparazione psicologica dei caregiver nel gestire situazioni diverse e a risultati innovativi nel processo di cura, dovuti alla percezione di fornire la migliore assistenza possibile. Un approccio basato sulla mutualità aiuta le persone e le loro famiglie a scoprire e sviluppare le proprie risorse e abilità, migliorando così la qualità della vita (Dellafiore et al., 2022). In un processo dinamico e interattivo, infermieri e pazienti costruiscono una relazione basata sul rispetto per l'unicità di ciascuna persona. Secondo Barrett, gli infermieri giocano un ruolo fondamentale nell'assistere i pazienti nelle attività quotidiane, diventando parte attiva del processo di cura (Curley, 1997). Al contrario, senza una comunicazione efficace e una relazione solida, né la comunicazione stessa né i benefici derivanti dalla relazione possono realizzarsi pienamente (Cilluffo et al., 2024), compreso l'apprezzamento reciproco, che rappresenta un aspetto fondamentale della mutualità nel contesto del processo di cura. Il concetto di mutualità ha implicazioni significative per gli infermieri in vari ambiti, dall'assistenza infermieristica di base alla pratica avanzata. È essenziale per prendere decisioni informate, valutare la soddisfazione del paziente e prevenire il burnout. La mutualità favorisce una maggiore partecipazione del paziente al processo di cura, migliorando la sua soddisfazione non solo quando acquisisce autonomia, ma anche quando esprime la volontà di instaurare una relazione mutuale con il professionista sanitario (Haynal, 2018). La mutualità rappresenta uno strumento per potenziare la ricerca empatica, incrementando la consapevolezza dei benefici condivisi (Brown, 2016). Integrare la mutualità nell'assistenza infermieristica favorisce una relazione di crescita reciproca, stimolando il lavoro di squadra e la collaborazione (Cilluffo et al., 2022). Inoltre, questa pratica aiuta ad affrontare problematiche come l'alienazione e l'insoddisfazione lavorativa (Jeon, 2004).

Il processo di mutualità assume particolare importanza nella gestione delle malattie croniche. Secondo la World Health Organization, l'assistenza infermieristica nelle malattie croniche si fonda sulla continuità assistenziale, che comprende una diagnosi tempestiva, trattamenti efficaci e una gestione continua delle cure. Gli infermieri svolgono un ruolo centrale nell'assicurare che le cure siano centrate sul paziente, facilitando lo sviluppo del self-care (Cilluffo et al., 2024). Il self-care, inteso come il processo attraverso il quale una persona gestisce autonomamente la propria salute, è essenziale per migliorare la condizione di chi soffre di patologie croniche. Questo processo diventa particolarmente complesso in presenza di patologie multiple, e in tali situazioni il caregiver supporta il paziente nelle attività quotidiane, incoraggiando comportamenti appropriati per la gestione della malattia. Il self-care è un fenomeno diadico, in cui il paziente e il caregiver o l'infermiere collaborano strettamente per monitorare e gestire le condizioni croniche (De Maria et al., 2021). È un'importante opportunità per i professionisti sanitari, che devono assumere un ruolo di supporto, guida o di consulenza nell'autocura (self management support), partecipando e collaborando al self-care (collaborative care) (Lommi et al., 2015). Specifici programmi volti all'implementazione delle abilità di self care nelle persone anziane affette da condizioni croniche sono stati positivamente associati a benefici clinico-assistenziali. Lee ha dimostrato l'associazione esistente tra la capacità di self-care degli assistiti con scompenso cardiaco, la migliore aderenza terapeutica, la migliore gestione dei farmaci e la conseguente riduzione dei marker cardiaci (Lee et al., 2011). Lin ha messo in evidenza come un intervento per migliorare le competenze del self care in ambito di aderenza terapeutica di soggetti affetti da malattia renale cronica (stadio 1-3 in base alla velocità di filtrazione glomerulare) ritardi la progressione dell'evento morboso (riduzione livelli creatinemia, aumento del grado di sicurezza nel governo dei sintomi) (Lin et al., 2013). Il self care nelle patologie croniche è un processo decisionale naturalistico in cui la persona adotta dei comportamenti per mantenere la stabilità fisiologica della malattia attraverso il monitoraggio dei sintomi e l'aderenza ai trattamenti (self-care maintenance – monitoring) e per rispondere alla riacutizzazione dei sintomi quando questi si verificano (self-care management).

Tra le malattie croniche, troviamo le malattie renali, che possono evolvere in insufficienza renale cronica. Esse sono in aumento a livello globale dell'8%. Si stima che il numero di pazienti cronici aumenterà da 2,6 milioni nel 2010 a 5,4 milioni entro il 2030 (Hreńczuk, 2021). Fattori genetici, etnici e ambientali incrementano il rischio, in particolare nei Paesi a basso reddito, dove l'incidenza è superiore del 60% rispetto ai Paesi sviluppati. Un trial randomizzato controllato ha evidenziato che un programma infermieristico di supporto, incentrato sulla conoscenza delle patologie renali, il self-management e il miglioramento della qualità della vita, è cruciale per i pazienti negli stadi 3-4 della malattia. Fattori come età, durata della malattia, livello di istruzione e stato emotivo influenzano la capacità di autodeterminazione e la gestione nelle fasi iniziali della dialisi (Ghodsian et al., 2021).

L'inizio del trattamento dialitico comporta un cambiamento significativo nella vita del paziente, che coinvolge l'intera famiglia, anche sul piano emotivo. Nei pazienti in emodialisi, il senso di costrizione, di mancanza di scelta e di rassegnazione è spesso prevalente. Il trattamento sostitutivo, eseguito in ambito ospedaliero ed extraospedaliero, avviene tre volte a settimana con una durata media di tre-quattro ore per seduta. Ciò porta inevitabilmente a una modificazione soggettiva del tempo, con frequenti vissuti conflittuali: la dialisi è vista come una cura indispensabile per la vita, ma allo stesso tempo come una causa di perdita di qualità della propria esistenza. Il ritmo lento e ripetitivo della dialisi impone, pertanto, una riorganizzazione del tempo disponibile, che può risultare particolarmente difficile da gestire per i pazienti (Ratti et al., 2014). Comprendere i bisogni di chi ci sta di fronte, accogliere, accettare ed essere autentici, così come saper ascoltare, comprendere e orientare le persone che chiedono aiuto, sono competenze fondamentali che contraddistinguono l'infermiere di dialisi, il quale intraprende un impegno professionale difficile e impegnativo. Dunque, la malattia renale cronica rappresenta una sfida complessa e in continua evoluzione, che impone un costante adattamento sotto il profilo cognitivo, emotivo e fisico.

Il concetto di Qualità di Vita (QdV) è importante nell'assistenza sanitaria, poiché è indice predittivo del benessere generale della persona assistita. La qualità della vita è influenzata da numerosi fattori, tra cui lo stato di salute fisica (PCS- Physical Component Summary) e psicologico-emotiva (MCS- Mental Component Summary), il grado di indipendenza, le relazioni sociali e le interazioni con l'ambiente circostante. La qualità della vita fisica nei pazienti dializzati è spesso influenzata da numerosi fattori legati sia alla malattia renale che al trattamento stesso. I pazienti sottoposti a dialisi, infatti, affrontano sfide quotidiane che possono incidere sulla loro condizione fisica, come la fatica, la debolezza muscolare, l'edema, la difficoltà a svolgere attività quotidiane e il rischio di infezioni (So et al., 2022). Tuttavia, molti pazienti, con il supporto adeguato, riescono a migliorare la loro qualità di vita fisica, grazie a un approccio multidisciplinare che prevede anche attività fisica moderata, supporto nutrizionale e psicologico. An-

che la qualità della vita mentale nei pazienti dializzati può essere significativamente influenzata dallo stress legato alla gestione della malattia cronica e al trattamento stesso. La dialisi è un trattamento che richiede impegno costante, spesso con frequenti visite ospedaliere e limitazioni nella vita quotidiana, che possono generare sensazioni di ansia, depressione e frustrazione. La consapevolezza di vivere con una condizione cronica e potenzialmente terminale può amplificare questi stati emotivi, influenzando negativamente la sfera psicologica del paziente (Sandhu et al., 2015). I pazienti dializzati, inoltre, possono sperimentare una ridotta autostima e una percezione di perdita di controllo sulla propria vita, dovuta sia alla malattia che alle difficoltà nel mantenere un livello adeguato di indipendenza nelle attività quotidiane. La paura di complicazioni o di un peggioramento della malattia può contribuire a un costante stato di preoccupazione (Al-Nashri & Almutary, 2022). Tuttavia, la qualità della vita mentale può migliorare attraverso un supporto psicologico adeguato, che aiuti i pazienti a gestire lo stress e le emozioni negative.

OBIETTIVO

In letteratura non viene indagata con studi quantitativi osservazionali longitudinali la mutualità tra paziente con nefropatia e infermiere di dialisi, in un setting dove la relazione tra paziente e infermiere è di fondamentale importanza per la stabilità clinica della patologia. Lo studio avviene a intervalli di tre mesi per un periodo complessivo di 6 mesi, al fine di analizzare l'evoluzione della mutualità nel tempo e della qualità di vita fisica e mentale degli assistiti nel tempo. L'obiettivo è indagare la mutualità e la qualità di vita fisica e mentale tra paziente e infermiere in ambito nefrologico.

METODI

È stato realizzato uno studio di ricerca osservazionale longitudinale, suddiviso in tre tempi a tempo 0, a tempo 1 (tre mesi) e tempo 2 (sei mesi), presso l'ASST GOM Niguarda. Sono stati somministrati strumenti di misurazione quali la NPM-CI Scale, che misura la mutualità tra paziente e infermiere e la SF12 per la qualità di vita fisica e mentale. I dati sono stati analizzati con statistica descrittiva e inferenziale. È stato condotto lo studio in tre tempi, da Agosto 2023 a Febbraio 2024, intervistando pazienti ed infermieri di Dialisi e Nefrologia/ trapianti rene presso l'ASST GOM Niguarda. Il totale dei partecipanti è stato di cui 83 pazienti e 62 infermieri, prevalentemente di sesso femminile. Tutti i partecipanti sono stati intervistati compilando il questionario in sede ospedaliera, garantendo un clima di privacy e ampia libertà di risposta. Sono stati reclutati infermieri con esperienza lavorativa a contatto presso ambulatori, day hospital e reparti ospedalieri con adesione mediante consenso informato. Per gli assistiti invece si è preso in considerazione pazienti con almeno una patologia cronica, di età maggiore di 18 anni, adesione mediante consenso informato e pazienti che accedono in ambulatori, day hospital e reparti ospedalieri. Al contrario sono stati esclusi gli assistiti con mancata comprensione della lingua italiana, in presenza di deficit cognitivi e mancata adesione al consenso informato, quest'ultimo criterio utilizzato anche per escludere gli infermieri.

Gli assistiti arruolati sono stati sottoposti alla somministrazione delle scale di valutazione quali l'NPM-CI (versione paziente), 10 Item Big five inventory (versione italiana), SF12 (Short form 12 health survey), Self-care of chronic illness inventory (SCCI I), Self efficacy, MARS – Adherence scale. Sono stati inoltre raccolti dati relativi a variabili: sociodemografiche quali sesso, età, livello di istruzione, stato civile, presenza di un caregiver e variabili cliniche come malattie croniche diagnosticate; frequenza di ospedalizzazione nell'ultimo anno, accessi in pronto soccorso, presenza di lesioni da pressione, infezioni e cadute.

Ogni soggetto è stato identificato mediante un codice alfanumerico al fine di garantire la privacy. I dati relativi alla mutualità oggetto dello Studio sono stati raccolti tramite strumento cartaceo, come precisato nel consenso informato e successivamente trasferite in tabelle in formato elettronico (Excel). Le informazioni raccolte vengono conservate a cura dello Sperimentatore dall'inizio al termine dello studio in un apposito archivio conservato in armadio custodito. In qualsiasi fase della raccolta dati sono state registrate le eventuali motivazioni di uscita dallo studio dei partecipanti. Non sono previsti eventi avversi. La presente raccolta dati è stata ottenuta attraverso consenso informato scritto da ogni soggetto partecipante prima di ogni intervista. Ogni soggetto riceve informazioni complete riguardo il progetto di studio, prima di esprimere il proprio consenso. Prima di firmare il consenso il soggetto ha avuto il tempo sufficiente per considerare la sua possibile partecipazione. Il consenso è stato firmato e datato dal relatore che ha sostenuto il colloquio informativo e dal soggetto partecipante. Il modulo di informazione per il paziente contiene informazioni verbali e scritte complete ed adeguate, relative ad obiettivi, oltre la completa assenza di possibili rischi correlati alla somministrazione del test.

Lo sperimentatore garantisce che i dati del soggetto partecipante alla raccolta dati siano conservati in modo confidenziale e anonima. I documenti sono stati conservati a dimostrazione della veridicità dello studio e dell'integrità dei dati, nel rispetto della privacy.

Lo studio è stato condotto in accordo con i principi etici fondati sulla Dichiarazione di Helsinki ed è stato approvato dal Comitato Etico e le raccolte dati hanno ricevuto l'approvazione dalla Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS).

RISULTATI

Sono stati analizzati sia i dati in maniera descrittiva che inferenziale. È stato condotto uno studio su un campione di 83 persone assistite, analizzate negli ultimi tre mesi analizzati. Il 60% erano di genere maschile, l'età media dei partecipanti era di 64,2 anni ($\pm 14,8$).

La Scala della Mutualità ha ottenuto una media pari a 86,23 ($\pm 6,19$) a tempo 2 ossia dopo 6 mesi. Il punteggio minore ottenuto è stato 72, mentre quello maggiore 98. L'item che ha ricevuto il punteggio maggiore è l'1 ("Quanto frequentemente l'infermiere esprime fiducia nei suoi confronti?") con una media pari a 4,67 ($\pm 0,52$), mentre gli items che hanno ricevuto il punteggio minore è il 7 ("Quanto frequentemente condivide le emozioni con l'infermiere?") con una media pari 3,60 ($\pm 1,35$). I risultati descrittivi della Scala della Mutualità tra infermiere e assistito (versione assistito) vengono riportati in tabella 4.

Tabella 4 – Risultati Scala della Mutualità tra infermiere e assistito (versione assistito)

Item	Punteggio medio	Deviazione standard
1. Quanto frequentemente l'infermiere esprime fiducia nei suoi confronti?	4,67	0,52
2. Quanto frequentemente esprime fiducia nella relazione con l'infermiere?	4,53	0,54
3. Quanto frequentemente dedica tempo alla relazione con l'infermiere?	4,31	0,73
4. Quanto frequentemente si rivolge all'infermiere per i problemi di salute?	4,41	0,72
5. Quante volte chiede all'infermiere chiarimenti rispetto a informazioni date da altri professionisti?	4,38	0,81
6. Quanto frequentemente l'infermiere comprende i suoi problemi/necessità?	4,44	0,65
7. Quanto frequentemente condivide le emozioni con l'infermiere?	3,60	1,35
8. Quanto frequentemente avverte reciprocità (dare e ricevere) nella sua relazione con l'infermiere?	4,01	0,64
9. Quante volte condivide la progettazione del percorso assistenziale con l'infermiere?	4,19	0,62
10. Quanto viene coinvolto nelle decisioni sulla sua cura?	4,28	0,86
11. Quanto frequentemente ascolta e mette in atto i consigli dell'infermiere?	4,25	0,75
12. Quanto frequentemente si confronta con l'infermiere nell'identificazione dei problemi di salute?	4,25	0,64
13. Quanto condivide i suoi obiettivi di salute con l'infermiere?	4,34	0,61
14. Quanto frequentemente l'infermiere rappresenta un punto di riferimento per lei?	4,17	0,83
15. Quanto frequentemente nella relazione con l'infermiere si considera alla pari?	4,09	1,01
16. Quante volte l'infermiere personalizza l'assistenza sulla base dei suoi problemi/necessità?	4,34	0,65
17. Quanto frequentemente l'infermiere pone attenzione al tocco e ai gesti di cura nella relazione con lei?	4,40	0,62
18. Quanto frequentemente rispetta gli impegni assunti sulla sua salute nei confronti dell'infermiere?	4,40	0,56
19. Quanto frequentemente l'infermiere rispetta la sua intimità durante l'assistenza?	4,45	0,59
20. Quanto l'infermiere pone attenzione al suo benessere nella relazione con lei?	4,66	0,5
Punteggi totali ottenuti	86,23	6,19

I risultati descrittivi dei tre tempi della Scala della Mutualità tra infermiere e assistito (versione assistito) vengono riportati in tabella 5.

Tabella 5 – Risultati Scala della Mutualità tre tempi tra infermiere e assistito (versione assistito).

MUT TOTALE	MEDIA MUT TOTALE	DEVIAZIONE STANDARD
MUT TOTALE T0	80,14	12,63
MUT TOTALE T1	81,85	9,23
MUT TOTALE T2	82,90	9,17

È stata usata la Scala SF-12 ossia una versione ridotta della più ampia SF-36, una delle misure più comuni utilizzate per valutare la qualità della vita percepita. La SF-12 è composta da 12 domande, che permettono di ottenere due punteggi distinti, uno per la salute fisica e uno per la salute mentale. Si analizzano i dati della Short form 12 health survey per la qualità di vita sia fisica che mentale, Physical Component Summary (PCS) e Mental Component Summary (MCS), negli assistiti nei tre tempi; emergono i seguenti dati descrittivi nelle tabelle 6 e 7.

Tabella 6 – Risultati PCS nei tre tempi tra infermiere e assistito (versione assistito).

SF12	MEDIA PCS	DEVIAZIONE STANDARD PCS
SF 12 T0	39,38	8,73
SF 12 T1	39,00	9,13
SF12 T2	39,61	9,34

Tabella 7 – Risultati MCS nei tre tempi tra infermiere e assistito (versione assistito).

SF12	MEDIA MCS	DEVIAZIONE STANDARD MCS
SF 12 T0	41,60	7,85
SF 12 T1	41,88	7,36
SF12 T2	42,33	7,86

In seguito all'analisi descrittiva, è stata eseguita un'analisi con la statistica inferenziale per indagare la traiettoria della mutualità nel tempo nella versione assistiti. La mutualità è risultata statisticamente significativa ($p < 0,01$) tra il tempo 0 e tempo 2 (6 mesi), tra il tempo 1 (3 mesi) e tempo 2 (6 mesi) e tra tempo 2 (6 mesi) e tempo 0 e tempo 1 (3 mesi). Non sono emersi risultati statisticamente significativi tra tempo 0 e tempo 1 (3 mesi). Si descrivono i seguenti dati in tabella 4.

Tabella 4 – Confronto tre tempi della mutualità negli assistiti.

TEMPO	TEMPO	P VALUE
0	1	0,197
	2	<0,001
1	0	0,197
	2	<0,001
2	0	<0,001
	1	<0,001

Per la qualità di vita fisica PCS, negli assistiti, non sono emersi risultati statisticamente significativi tra i tre tempi come illustrato in tabella 5.

Tabella 5 –Confronto tre tempi della qualità di vita fisica PCS negli assistiti.

TEMPO	TEMPO	P VALUE
0	1	0,176
	2	0,899
1	0	0,176
	2	0,273
2	0	0,899
	1	0,273

Per la qualità di vita mentale MCS negli assistiti non sono emersi dati significativi, i quali vengono illustrati in tabella 6.

Tabella 6 –Confronto tre tempi della qualità di vita mentale MCS, negli assistiti.

TEMPO	TEMPO	P VALUE
0	1	0,598
	2	0,398
1	0	0,598
	2	0,485
2	0	0,398
	1	0,485

DISCUSSIONE

Lo studio mirava ad analizzare e misurare la reciproca relazione tra paziente con insufficienza renale e infermiere, utilizzando la scala della Mutualità NPM-CI. Secondo la letteratura, la mutualità riguarda una relazione collaborativa e bidirezionale, caratterizzata da fiducia, comunicazione aperta ed empatia tra paziente e infermiere (Schmidli et al., 2018). Questo approccio è centrato sulla persona, con una partecipazione attiva di entrambe le parti nel processo decisionale e nella cura. L'obiettivo della mutualità è creare un ambiente assistenziale che promuova la collaborazione e l'inclusione del paziente nel suo percorso di salute, migliorando così l'efficacia e la qualità dell'assistenza infermieristica (De Maria et al., 2019). Dallo studio emerge che i pazienti percepiscono un livello di mutualità più alto rispetto a quello riconosciuto dagli infermieri, come dimostrano i risultati ottenuti. Un fenomeno simile si verifica anche nella relazione tra pazienti e caregivers (Altschuler et al., 2018). Gli item della scala sono distribuiti diversamente tra i due gruppi. Rispondendo alla domanda "Quanto frequentemente l'infermiere esprime fiducia nei suoi confronti?" (item 1), si riscontra che i pazienti percepiscono un elevato livello di fiducia nei confronti degli infermieri. La mutualità si manifesta nella comprensione delle paure e delle preoccupazioni del paziente riguardo alla dialisi, alla gestione del dolore e ai disagi durante la procedura, oltre al coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni relative alla propria cura (Altschuler et al., 2018). La fiducia deve essere costruita e protetta, partendo dalla paura e dalla mancanza di conoscenza, passando attraverso una comunicazione chiara, la spiegazione e la sincerità. La reciprocità è altrettanto importante, poiché implica la condivisione di emozioni, esperienze e supporto (Sandhu et al., 2015).

Il livello di fiducia percepito dagli infermieri nei confronti dei pazienti risulta inferiore, come evidenziato dai risultati della Scala della Mutualità, in particolare per le domande "L'assistito esprime fiducia nei suoi confronti?" (item 1), "Condivide le emozioni con l'assistito?" (item 7) e "Comprende i problemi/necessità del paziente?" (item 6). Anche i pazienti, rispondendo all'item 7 "Quanto frequentemente condivide le emozioni con l'infermiere?", mostrano punteggi bassi. Questo può essere spiegato dalla dipendenza psicologica del paziente dall'infermiere o caregiver (Vellone et al., 2018) e dalla percezione di non ricevere sufficiente supporto a causa di mancanza di tempo e stress lavorativo, che impattano sulla qualità dell'assistenza. Inoltre, la carenza di infermieri in un'unità operativa aumenta

il carico di lavoro, riducendo la qualità delle cure necessarie per stabilire una buona relazione di mutualità (Norouzinia et al., 2015). Al contrario, in un contesto di mutualità, gli infermieri si sentono più disponibili e sensibili alle richieste dei pazienti, dimostrando attenzione alle loro sofferenze fisiche e psicologiche, come indicato dalla domanda "Considera il benessere dell'assistito durante l'assistenza?" (item 20). Gli infermieri, comprendendo le dimensioni culturali, sociali e personali dei pazienti, possono costruire relazioni più empatiche ed efficaci, migliorando l'esperienza complessiva di cura. Sentirsi pari è fondamentale nel processo di mutualità, poiché favorisce la condivisione delle decisioni (Brown, 2016). Come sottolineato da Ghodsian, un ambiente rispettoso e inclusivo contribuisce al benessere del paziente e alla qualità dell'assistenza infermieristica (Ghodsian et al., 2021).

Un altro elemento significativo emerso dallo studio è "Pone attenzione all'intimità durante l'assistenza?" (item 19): la maggior parte degli infermieri tende a mettere il paziente al centro del processo di cura, rispettando e comprendendo le sue necessità. Oltre a fornire assistenza, gli infermieri educano e coinvolgono attivamente i pazienti nelle decisioni riguardanti il loro trattamento, come evidenziato dall'item 13 "L'assistito condivide gli obiettivi di salute con lei?". Questo approccio crea un legame più forte, basato sulla responsabilità condivisa per il recupero e il mantenimento della salute, aumentando l'autocura, l'autoefficacia, la qualità della vita e riducendo complicanze, infezioni e ricoveri (Cilluffo et al., 2022). Coinvolgendo i pazienti nel processo di cura, gli infermieri promuovono responsabilità e attenzione nella relazione, come analizzato in vari item: "Quante volte condivide la progettazione del percorso assistenziale con l'infermiere?", "Condivide la pianificazione con l'assistito?", "Quanto viene coinvolto nelle decisioni sulla sua cura?", "Assume decisioni condivise con l'assistito?", "Quanto frequentemente ascolta e mette in atto i consigli dell'infermiere?" e "L'assistito mette in atto i suoi consigli di salute e le sue raccomandazioni?". Sebbene vi siano differenze nei punteggi, i risultati complessivi mostrano punteggi più alti per entrambi i gruppi. Grazie a un processo di mutualità efficace, i pazienti diventano più preparati a gestire la loro patologia, riconoscendo precocemente segni e sintomi delle malattie croniche. Anche i caregivers ripongono fiducia nella figura infermieristica, considerandola un punto di continuità tra le cure ospedaliere e quelle sul territorio (Halloran, n.d.). I pazienti vedono gli infermieri come un punto di riferimento quando questi comprendono i loro bisogni, rispettando la privacy e personalizzando l'assistenza, come mostrato negli item per pazienti e infermieri: "Quanto frequentemente l'infermiere comprende i suoi problemi/necessità?" e "Comprende i problemi/necessità del paziente?", "Quante volte l'infermiere personalizza l'assistenza sulla base dei suoi problemi/necessità?" e "Personalizza l'assistenza con la persona assistita?", "Quanto frequentemente l'infermiere pone attenzione al tocco e ai gesti di cura nella relazione con lei?" e "Pone attenzione al tocco e ai gesti di cura nella relazione con l'assistito?". Prestare attenzione ai desideri e alle preoccupazioni dei pazienti aiuta a determinare il trattamento più appropriato.

Un ulteriore aspetto fondamentale è la reciprocità. Dalla versione paziente della Scala della Mutualità emergono tre item rilevanti: "Quanto frequentemente l'infermiere esprime fiducia nei suoi confronti?", "Quanto frequentemente esprime fiducia nella relazione con l'infermiere?" e "Quanto frequentemente avverte reciprocità (dare e ricevere) nella sua relazione con l'infermiere?". I punteggi elevati di questi item suggeriscono che i pazienti sviluppano fiducia e reciprocità nei confronti degli infermieri. La letteratura conferma che la reciprocità è un elemento essenziale nella relazione terapeutica tra professionisti e pazienti, caratterizzata da un equilibrio dinamico nelle interazioni, condivisione di sentimenti e alleanza tra le parti (Sandhu et al., 2015).

La reciprocità e la fiducia sono considerate fondamentali per la mutualità. I pazienti necessitano di dare e ricevere fiducia in una relazione reciproca (Sandhu et al., 2015). Gli infermieri possono costruire un rapporto di fiducia con i pazienti sottoposti a dialisi, che affrontano il trattamento regolarmente e per lungo tempo. Il processo di mutualità rende l'infermiere un punto di riferimento, un membro fidato del percorso di cura. La mutualità non è solo un termine, ma un concetto e un'azione che consente ai professionisti di lavorare a stretto contatto con i pazienti, valorizzando i momenti di connessione e considerando il loro lavoro come un valore aggiunto nel contesto sanitario (Brown, 2016).



I dati sono stati analizzati in modo descrittivo, utilizzando media, mediana, deviazione standard (dal primo al terzo quartile), frequenze e percentuali, come opportuno. È stata usata la scala Short form 12 health survey (SF12). Per rispondere alle domande di ricerca, è stato utilizzato il software statistico SPSS 29V. Dai risultati emersi si evince come la mutualità sia statisticamente significativa nell'arco di sei mesi negli assistiti. La mutualità tra i pazienti al tempo 0 e al tempo 2 (sei mesi) è significativamente diversa. Ciò suggerisce che la mutualità nei pazienti cambia in modo rilevante tra questi due momenti. Inoltre, la mutualità risulta in modo significativo anche tra il tempo 1 (tre mesi) e il tempo 2 (sei mesi). Sebbene i risultati ottenuti non siano direttamente riportati nella letteratura esistente in studi longitudinali, ma solo in studi trasversali, (Simeone et al., 2019) confrontandoli è possibile trarre un parallelismo con gli studi sulla traiettoria statisticamente significativa della mutualità nei caregiver nel tempo. La letteratura attuale tende a concentrarsi sul ruolo del caregiver nel supporto al paziente e sugli effetti della mutualità in tale contesto (Park & Schumacher, 2014a). Tuttavia, questi risultati analizzati presso il GOM Niguarda, pur non essendo specificamente trattati in modo dettagliato, mostrano tendenze simili a quelle osservate nelle ricerche precedenti, che hanno documentato come la reciprocità tra caregiver e paziente influisca positivamente sul benessere di entrambi i soggetti. Pertanto, pur in assenza di una documentazione diretta, possiamo considerare i nostri risultati come coerenti con le teorie esistenti sulla mutualità e il caregiving (Godwin et al., 2013). La mutualità tra paziente e caregiver è definita come la relazione di supporto reciproco in cui sia il paziente che il caregiver si influenzano e si aiutano a vicenda, creando un legame che va oltre la semplice dinamica di cura (De Maria et al., 2021). In una relazione di mutualità, non è solo il paziente a ricevere assistenza, ma anche il caregiver sperimenta una sorta di "dare e ricevere", che può influenzare positivamente il benessere di entrambi. La mutualità implica che, pur essendo il caregiver il principale fornitore di cure, il paziente contribuisce emotivamente e psicologicamente alla relazione (Vellone et al., 2018). Questo può avvenire attraverso la gratitudine, la fiducia o anche piccole forme di interazione che rinforzano il legame. Quando la relazione è basata sulla mutualità, entrambi i soggetti sperimentano benefici psicologici. Il caregiver può sentirsi valorizzato e meno solo nel suo ruolo, mentre il paziente può sentirsi meno vulnerabile e più capace di affrontare la propria condizione grazie al supporto emotivo che riceve. La mutualità, infatti, contrasta il rischio di burnout del caregiver e può ridurre il senso di frustrazione e impotenza che spesso caratterizza la posizione di chi assiste qualcuno. Dunque, la mutualità può influenzare positivamente l'esperienza del caregiving, sia per il paziente che per il caregiver. Il concetto di mutualità nel caregiving è inteso come un processo di interazione in cui entrambe le parti, paziente e caregiver, non solo ricevono supporto, ma contribuiscono reciprocamente al benessere dell'altro (Simeone & Torino, 2014). Ciò implica una relazione di interdipendenza e collaborazione. I professionisti della salute, in particolare gli infermieri, sono incoraggiati a promuovere la mutualità tra paziente e caregiver come parte integrante del piano di cura. Ciò include la formazione dei caregiver, il supporto psicologico e il riconoscimento del loro ruolo vitale nella cura del paziente. Purtroppo, però la mutualità può essere difficile da raggiungere, specialmente in contesti di caregiving intensivo, dove le esigenze del paziente possono sopraffare il caregiver. Inoltre, fattori come l'isolamento sociale e la mancanza di risorse possono ostacolare la costruzione di una relazione reciproca e soddisfacente (Simeone & Torino, 2014).

La mutualità tra paziente e infermiere e quella tra paziente e caregiver condividono alcuni principi di base come la reciprocità e il miglioramento del benessere, ma si differenziano in termini di ruoli, dinamiche e contesti. Mentre la mutualità tra paziente e infermiere si basa su un rapporto di fiducia, competenza professionale e rispetto reciproco nel contesto della cura sanitaria, la mutualità tra paziente e caregiver è più orientata al supporto affettivo e pratico a lungo termine, con una dimensione emotiva più intensa e un coinvolgimento diretto nella vita quotidiana del paziente. Entrambi sono cruciali per il benessere del paziente (Cavallo, Lusignani., Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura – Fnopi 2013). Gli infermieri sono professionisti sanitari che lavorano a stretto contatto con i pazienti e i loro caregiver. Il modo in cui il caregiver interagisce con il paziente può avere un impatto diretto sulla qualità della cura infermieristica. I risultati positivi nella mutualità tra paziente e caregiver possono, infatti, influenzare positivamente anche gli infermieri in vari modi come il miglioramento del clima di cura ossia quando un caregiver stabilisce una relazione positiva con il paziente, si crea un ambiente di cura più sereno e stabile. Gli infermieri possono così lavorare in un contesto meno stressante, dove le interazioni con i pazienti e le loro famiglie sono più cooperative e collaborative. Questo facilita il lavoro degli infermieri, poiché riduce la tensione e promuove un'atmosfera di fiducia. Inoltre, quando la mutualità tra paziente e caregiver è forte, il caregiver si sente meno sopraffatto dalle responsabilità quotidiane, riducendo così il rischio di burnout (Park & Schumacher, 2014b). Questo supporto emotivo può permettere agli infermieri di concentrarsi maggiormente sugli aspetti clinici della cura. In aggiunta, una relazione di mutualità consente una maggiore condivisione delle informazioni tra caregiver e infermiere, migliorando la continuità delle cure e facilitando la gestione delle necessità del paziente. In conseguenza di ciò, la presenza di una forte mutualità

tra paziente e caregiver può alleviare il carico emotivo degli infermieri (Pan et al., 2019). Quando il caregiver è ben supportato emotivamente e praticamente, gli infermieri si sentono meno responsabili dell'intera gestione del paziente e più capaci di concentrarsi sul trattamento infermieristico. Un caregiver che comprende e supporta la situazione del paziente consente agli infermieri di lavorare con maggiore tranquillità e meno stress. L'instaurarsi di relazioni di mutualità efficaci non solo migliora l'interazione quotidiana tra infermiere e paziente, ma può anche avere effetti positivi a lungo termine. Una collaborazione stretta con i caregiver e il riconoscimento del loro ruolo di supporto emotivo riduce il rischio di stress prolungato per gli infermieri (Al-Nashri & Almutary, 2022). Ciò porta a una maggiore soddisfazione professionale, alla diminuzione del turnover del personale e alla riduzione dei sintomi di burnout, favorendo una cultura della cura più sana e sostenibile nel lungo periodo. In conclusione, i risultati positivi nella mutualità tra paziente e caregiver possono avere un impatto diretto e significativo sulla pratica infermieristica. La reciproca collaborazione e il supporto tra paziente e caregiver creano un ambiente di cura più armonioso e meno stressante, permettendo agli infermieri di concentrarsi meglio sulle necessità cliniche del paziente. Inoltre, una buona relazione di mutualità contribuisce al benessere emotivo e professionale di tutti gli attori coinvolti nel processo di cura, favorendo una cura più efficace, collaborativa e soddisfacente (Di Corrado et al., 2013).

Per quanto riguarda i risultati della qualità di vita fisica e mentale invece, non risultano essere statisticamente significativi nel periodo dei sei mesi analizzati. Tra le possibili cause, vi sono fattori confondenti come le condizioni socioeconomiche, il supporto familiare o altri fattori psicologici che non sono stati presi in considerazione (So et al., 2022). Inoltre, la qualità della vita mentale è un concetto soggettivo che può variare notevolmente da individuo a individuo. In alcuni casi, i pazienti potrebbero affrontare sintomi talmente debilitanti da sopraffare l'effetto positivo di una buona relazione con i professionisti sanitari. Sono quindi necessarie ulteriori indagini future per esplorare come diversi modelli di assistenza possano influenzare la mutualità e il benessere nei pazienti in dialisi. Questo studio presenta alcune limitazioni. È stato condotto in un unico ospedale italiano e la letteratura disponibile sulla mutualità nei pazienti nefropatici è limitata. Nonostante la trascrizione accurata e precisa dei dati raccolti dai questionari somministrati a pazienti e personale infermieristico, va considerata l'inesperienza del ricercatore nella conduzione di studi quantitativi e nell'applicazione di analisi statistiche. Oltre a quanto già menzionato, un altro limite riguarda la dimensione campionaria. Lo studio è stato condotto su un numero relativamente ristretto di pazienti, il che potrebbe non essere sufficientemente rappresentativo della popolazione generale di pazienti nefropatici. Un campione più ampio e diversificato avrebbe potuto contribuire a ottenere risultati più generalizzabili.

CONCLUSIONI

Lo scopo di questo studio longitudinale era analizzare la mutualità tra pazienti affetti da nefropatia e infermieri presso il GOM Niguarda dal mese di Agosto 2023 al mese di Febbraio 2024. I dati sono stati raccolti, utilizzando strumenti come la NPM-CI Scale, che misura la mutualità tra pazienti nefropatici e infermieri. La scala NPM-CI offre una visione approfondita della mutualità, aprendo spazi per ulteriori indagini nella pratica clinica. Integrare la mutualità nell'assistenza infermieristica favorisce il rafforzamento delle relazioni reciproche e la crescita, promuovendo la collaborazione e il lavoro di squadra attraverso rapporti fondati su fiducia e rispetto. La durata complessiva dello studio è di 12 mesi, dal momento dell'arruolamento fino alla conclusione dell'analisi dei dati, con rilevazioni ogni tre mesi per monitorare l'evoluzione della mutualità nel tempo.

I risultati hanno mostrato che la media della mutualità percepita dai 83 pazienti era di 86,23, mentre quella dei 62 infermieri era di 82,90, indicando che i pazienti con nefropatia percepiscono un livello di mutualità più alto rispetto a quello percepito dagli infermieri. L'analisi statistica ha evidenziato che nell'arco dei sei mesi, l'evoluzione della mutualità ha un effetto concreto e tangibile sui pazienti, incidendo sui risultati a lungo termine. Al contrario, non sono emerse differenze significative in base alla percezione della qualità della vita tramite la scala SF12, che può diventare oggetto di ricerche future.

La mutualità tra infermiere e assistito rappresenta un elemento centrale per il successo del percorso di cura del paziente nefropatico. Nonostante ci siano segni di una buona relazione di fiducia e coinvolgimento, è fondamentale che gli infermieri continuino a lavorare su aspetti come la partecipazione attiva del paziente nelle decisioni terapeutiche e il mantenimento di un supporto psicologico costante per migliorare la propria qualità di vita a lungo termine. In questo modo, si potrà favorire non solo il miglioramento delle condizioni cliniche, ma anche il benessere complessivo del paziente.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Giada Vrenna

ASST GOM Niguarda

Renal iNUT: uno strumento di screening nutrizionale per i pazienti affetti da malattia renale. Una revisione della letteratura

Renal iNUT: a nutritional screening tool for patients suffering from kidney disease. a review of the literature.

ABSTRACT

Introduzione

La Malattia Renale Cronica (MRC) rappresenta una patologia molto prevalente ed in crescita. Si stima che nel mondo circa il 10% della popolazione ne sia affetto. Con il progredire della malattia, specialmente negli stadi più avanzati, svariate funzioni del rene tendono progressivamente a divenire sempre più deficitarie ed inefficienti. L'insieme di questi eventi determina la riduzione delle riserve proteiche ed energetiche dell'organismo, configurando il

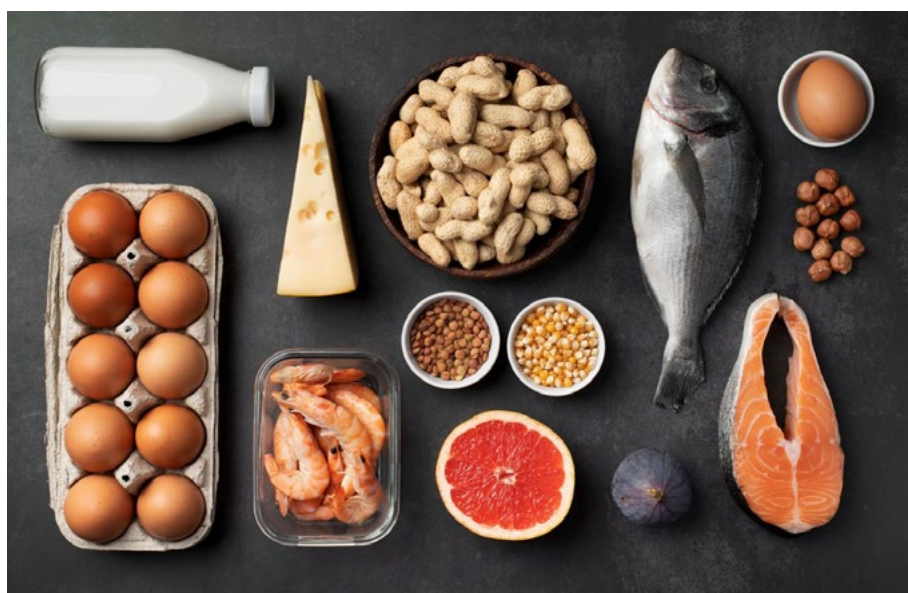
quadro di protein-energy wasting (PEW) e della cachessia, a loro volta causa di aumentata ospedalizzazione e mortalità. Non esiste un chiaro consenso su come definire questi disturbi e le definizioni disponibili si basano su studi su pazienti stabili con insufficienza renale cronica gestiti in regime ambulatoriale. L'obiettivo della presente revisione è quello di illustrare le caratteristiche dello screening nutrizionale Renal iNUT specifico per il paziente nefropatico comparato con i questionari classici ed individuarne l'efficacia nella sua applicazione.

Metodi

È stata effettuata una revisione della letteratura con reperimento dei documenti tramite interrogazione di quattro database biomedici (Cochrane Library, PubMed, CINAHL, EMBASE) tramite parole chiave. Screening dei record risultanti per pertinenza di titolo e abstract; reperimento dei full text dei documenti eleggibili e screening per rilevanza. Analisi dei documenti inclusi e sintesi narrativa dei principali contenuti emersi.

Risultati

Il Renal Inpatient Nutrition Screening Tool (Renal iNUT) convalidato specificamente per i pazienti ospedalizzati con AKI (Acute Kidney Injury) e/o CKD (Cronic Kidney Disease), con Kidney Failure su KRT (Kidney Replacement Therapy), ha mostrato una buona sensibilità, specificità e valore predittivo positivo nei confronti di altri screening nutrizionali ed anche una agevole compilazione ed applicazione nella pratica clinica da parte del personale infermieristico.



Discussione

Nel contesto dell'Insufficienza Renale i pazienti ricoverati sottoposti o meno a dialisi sono un gruppo altamente eterogeneo di soggetti con esigenze ed assunzioni di nutrienti ampiamente variabili per cui i fabbisogni nutrizionali dovrebbero essere valutati tramite lo screening nutrizionale, frequentemente, nei loro aspetti quantitativi e qualitativi, individualizzati e attentamente integrati con la KRT (Kidney Replacement Therapy), per evitare sia la sottoalimentazione che la sovraalimentazione/iperidratazione. Prevenire la malnutrizione dovrebbe essere al centro dell'assistenza infermieristica. A tale proposito è importante che l'infermiere disponga delle necessarie conoscenze e competenze al fine di collaborare attivamente all'implementazione delle opportune strategie di prevenzione, controllo e monitoraggio.

Parole Chiave

Screening nutrizionale specifico per pazienti affetti da Malattia Renale.

Introduction

Chronic Kidney Disease (CKD) represents a very prevalent and growing pathology. It is estimated that around 10% of the world's population is affected by it. As the disease progresses, especially in the more advanced stages, various functions of the kidney progressively tend to become increasingly deficient and inefficient. The combination of these events determines the reduction of the body's protein and energy reserves, configuring the picture of protein-energy wasting (PEW) and cachexia, which in turn cause increased hospitalization and mortality. There is no clear consensus on how to define these disorders, and available definitions are based on studies of stable patients with chronic kidney disease managed on an outpatient basis. The objective of this review is to illustrate the characteristics of Renal iNUT nutritional screening specific for nephropathic patients compared with classic questionnaires and identify its effectiveness in its application.

Methods

A literature review was carried out with document retrieval by querying four biomedical databases (Cochrane Library, PubMed, CINAHL, EMBASE) using keywords. Screening of the resulting records for relevance of title and abstract; retrieval of full texts of eligible documents and screening for relevance. Document analysis included and narrative summary of the main contents that emerged.

Results

The Renal Inpatient Nutrition Screening Tool (Renal iNUT) validated specifically for hospitalized patients with AKI (Acute Kidney Injury) and/or CKD (Chronic Kidney Disease), with Kidney Failure on KRT (Kidney Replacement Therapy), showed good sensitivity, specificity and positive predictive value compared to other nutritional screenings and also easy compilation and application in clinical practice by nursing staff.

Discussion

In the context of renal failure, hospitalized patients undergoing or not undergoing dialysis are a highly heterogeneous group of subjects with widely varying needs and intakes of nutrients, therefore nutritional needs should be assessed through nutritional screening, frequently, in their quantitative and qualitative, individualized and carefully integrated with KRT (Kidney Replacement Therapy), to avoid both undernutrition and overnutrition/hyperhydration. Preventing malnutrition should be the focus of nursing care. In this regard, it is important that the nurse has the necessary knowledge and skills in order to actively collaborate in the implementation of appropriate prevention, control and monitoring strategies.

Keywords

Specific nutritional screening for patients suffering from kidney disease.

INTRODUZIONE

La malnutrizione ospedaliera, generalmente definita come una carenza di energia di uno o più nutrienti dovuta a malattia o ad assunzione inadeguata (Alvarez et al. 2008), è comunemente osservata nei paesi sviluppati, con stime che vanno dal 30% al 50% (Lengfelder et al. 2022). Questa prevalenza ha un impatto negativo sui risultati clinici, sulla qualità della vita, sulla durata della degenza ospedaliera, sul rischio di morbidità e sui tassi di mortalità, influenzando di conseguenza i costi sanitari (Rasheed et al. 2013 e Guenter et al. 2018). La Società Europea per la Nutrizione Clinica e il Metabolismo (ESPEN) ha stimato che, a livello europeo, i costi della malnutrizione variano tra 32,8 milioni di Euro e 1,2 miliardi all'anno (Khalatbari-Soltani et al. 2015). È fondamentale quindi, per migliorare i risultati clinici e così ridurre i costi sanitari, l'identificazione precoce e la gestione della malnutrizione nei pazienti ospedalizzati (Barendregt e Sorensen et al. 2008). Sebbene lo screening per la malnutrizione al momento del ricovero ospedaliero sia diventato obbligatorio in alcuni paesi europei e fortemente raccomandato in altri, la

prevalenza della malnutrizione rimane elevata (de van der Schueren MAE et al. 2022). Ciò può essere attribuito al cambiamento demografico della popolazione, alla mancanza di conoscenza, consapevolezza e competenze degli operatori sanitari o ad inadeguata comunicazione e collaborazione interprofessionale (Verwijs et al.2020). Lo screening per la malnutrizione, mediante qualsiasi strumento convalidato, è fondamentale per determinare rapidamente se i criteri per definire "a rischio" di malnutrizione sono soddisfatti prima di considerare la diagnosi, al momento del ricovero ospedaliero (Seron-Arbeloa et al. 2022). Pertanto, lo strumento ideale dovrebbe mostrare elevata validità, affidabilità e concordanza per garantire un'identificazione accurata del rischio, risultati coerenti e ridurre al minimo il bias soggettivo. Inoltre, affinché possa essere ampiamente utilizzato nella pratica clinica, dovrebbe essere rapido e facile da applicare (Barendregt et al. 2008).

Una sfida significativa nella convalida degli strumenti di screening della malnutrizione è l'identificazione di uno standard di riferimento adatto per valutare i problemi correlati alla nutrizione. A causa dell'assenza di una definizione universalmente accettata e di criteri diagnostici standardizzati, molti studi di convalida dei criteri hanno utilizzato standard di riferimento inappropriati (screening differenti, misure biochimiche o punteggi combinati). Queste varietà potrebbero non identificare sufficientemente gli individui malnutriti, inoltre, lo stesso standard di riferimento potrebbe non riuscire a rilevare tutti i casi di malnutrizione (van Bokhorst-de van der Schueren MAE et al.2014). Per questo motivo, la loro validità non è chiara. Ciò ha portato a conclusioni e raccomandazioni diverse ed a una proliferazione di strumenti differenti. (Sanchez-Rodriguez et al. 2019 e Power et al. 2018)

A causa di questa discordanza nelle definizioni e nei criteri diagnostici, le principali società di nutrizione clinica hanno definito i propri parametri. L'American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) (White et al.2012) diagnostica la malnutrizione con due o più parametri quali assunzione di energia insufficiente, perdita di peso, perdita di massa muscolare o grasso sottocutaneo, accumulo di liquidi localizzato o generalizzato e stato funzionale ridotto misurato dalla forza di presa della mano. Al contrario, la European Society of Parental and Enteral Nutrition (ESPEN) richiede tre dei cinque parametri tra cui indice di massa corporea (BMI), perdita di peso, assunzione alimentare, massa muscolare e gravità della malattia (Cederholm et al.2015).

I criteri della Global Leadership Initiative on Undernutrition (GLIM) (Cederholm et al. 2019), sviluppati in collaborazione con ASPEN, ESPEN, FELANPE (Federacion Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutricion Clínica y Metabolismo) e PENZA (Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia), rappresentano un importante passo avanti nella risoluzione della mancanza di un unico consenso. Secondo GLIM, affinché esista una diagnosi, questa deve soddisfare un criterio fenotipico (perdita di peso non volontaria, basso BMI o massa muscolare ridotta) e un criterio eziologico (ridotto apporto o assimilazione di cibo, presenza di infiammazione o di una condizione infiammatoria o carico di malattia). Sebbene promettenti, i criteri GLIM sono relativamente nuovi e potrebbero richiedere ulteriore perfezionamento e valutazione in diverse popolazioni e contesti (de van der Schueren MAE et al.2020). Gli strumenti di screening più utilizzati per i pazienti ospedalizzati sono il Nutrition Universal Screening Tool 2002 (NRS-2002) e il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) raccomandati dalle linee guida ESPEN (Kondrup et al.2002).

In una revisione sistematica con meta-analisi (Cortes-Aguilar et al. 2024) sono stati identificati 51 strumenti di screening della malnutrizione confrontati con 9 riferimenti standard. Sono stati testati un totale di quattro comuni strumenti (MUST, MST, MNA-SF, NRS-2002) questi sono stati convalidati almeno quattro volte rispetto allo stesso standard di riferimento (SGA o ESPEN). I risultati hanno mostrato che il MUST è uno strumento accurato per rilevare il rischio di malnutrizione negli adulti ospedalizzati, la sensibilità e la specificità dello strumento MUST variano da eccellente a buono, in particolare negli studi che lo confrontano con i criteri ESPEN e GLIM. Tuttavia, le sue prestazioni sono notevolmente più scarse in termini di sensibilità quando applicato a pazienti nefrologici e confrontato con l'SGA (Lawson et al. 2012 e Jackson et al. 2019). Lo screening MUST riconosce la fame acuta ma omette alcuni fattori di rischio specifici della Kidney Failure come l'anoressia e il deficit nutrizionale. A causa della mancanza di un NST (Nutrition Screening Tool) renale specifico convalidato per questo gruppo di pazienti e per aumentare il numero di pazienti malnutriti correttamente identificati per l'intervento infermieristico e il rinvio dietetico, è stato sviluppato il Renal Inpatient Nutrition Screening Tool (Renal iNUT) per la U.O. di Nefrologia presso lo St George's Hospital nel Regno Unito. (Jackson et al.2019)



FISIOPATOLOGIA RENALE E MALNUTRIZIONE

La fisiopatologia dei disturbi nutrizionali nei pazienti con malattia renale è complessa e coinvolge sia la ridotta assunzione di cibo o l'assimilazione alterata dei nutrienti, sia l'ipercatabolismo associato alla malattia e alle comorbidità. Non esiste un chiaro consenso su come definire questi disturbi e le definizioni disponibili si basano su studi su pazienti stabili con insufficienza renale cronica gestiti in regime ambulatoriale (ESPEN, Fiaccadori et al. 2021).

Con il progredire della Malattia Renale Cronica, specialmente negli stadi più avanzati, svariate funzioni del rene tendono progressivamente a divenire sempre più deficitarie ed inefficienti (Cupisti et al. 2018). Si osserva una progressiva incapacità ad eliminare carichi elevati di sodio, acqua, potassio, fosforo e ioni idrogeno con tendenza alla loro ritenzione. Un apporto libero e non controllato di nutrienti e di proteine favorisce la comparsa delle alterazioni metaboliche e cliniche proprie dello stato uremico. In particolare, l'eccesso di sodio e acqua sono responsabili della comparsa di ipertensione arteriosa, edemi e scompenso cardiaco oltre ad incrementare lo stress ossidativo. Con l'avanzare della malattia si presenta un bilancio positivo del fosforo causando iperparatiroidismo secondario conseguenza di calcificazioni arteriose e delle valvole cardiache, con un incremento della mortalità cardiovascolare. L'acidosi metabolica stimola il catabolismo proteico e muscolare, la demineralizzazione ossea, l'insulino-resistenza, l'iperpotassiemia, ecc. Riducendosi la funzionalità renale viene meno la funzione di eliminazione delle scorie azotate provenienti dal catabolismo delle proteine con conseguente loro ritenzione insieme a quello di "tossine uremiche", tra cui l'urea. L'insieme di questi eventi determina la riduzione delle riserve proteiche ed energetiche dell'organismo, configurando il quadro di protein-energy wasting (PEW) e della cachessia, a loro volta causa di aumentata ospedalizzazione e mortalità. Contribuiscono alla deplezione proteico-energetica, la progressiva riduzione dell'attività fisica, uno stato microinfiammatorio, compromissione dell'appetito e dello stato nutrizionale. Il paziente nefropatico è quindi a rischio di carenza di micronutrienti (vitamine, oligoelementi, elettroliti) a causa di un consumo dietetico inadeguato (Sabatino et al. 2017), di un ridotto assorbimento, dell'aderenza a prescrizioni dietetiche che possono limitare gli alimenti ricchi di micronutrienti, della dialisi, dell'anoressia e da fragilità (Johansen et al. 2014), presentando un tasso di ospedalizzazione più elevato e più lungo rispetto alla popolazione generale (Schrauben et al. 2020), nonché un alto rischio del grado di malnutrizione al momento del ricovero (Quinn et al. 2011).

L'adeguato intervento dietetico-nutrizionale, con l'indicazione alla corretta quantità e qualità dell'apporto proteico accoppiata ad un adeguato apporto energetico e nutrizionale è in grado di ridurre l'anoressia (Burrowes et al. 2005) e la deplezione proteico-energetica.

LA DEPLEZIONE PROTEICO-ENERGETICA (PROTEIN ENERGY WASTING) PEW

La deplezione proteico-energetica rappresenta uno dei principali determinanti, insieme alla comorbidità cardiovascolare, dell'elevata mortalità dei pazienti in dialisi. In una meta-analisi globale (Carrero et al. 2018), la prevalenza della malnutrizione definita dalla valutazione globale soggettiva (SGA) o dal punteggio di malnutrizione-infiammazione è risultata compresa tra l'11% e il 54% nei pazienti con CKD (Cronic Kidney Disease) non in dialisi stadi 3 e 5 e tra il 28 e il 54% nei pazienti sottoposti a emodialisi cronica. È importante quindi predire, diagnosticare e caratterizzare la malnutrizione e monitorare la risposta alla dieta poiché, oltre ai danni causati dalla malattia contribuiscono alle perdite di nutrienti: le membrane da emodialisi (perdita di 6-8 g di proteine per sessione di HD), la perdita della funzione renale residua, l'aumento dell'infiammazione sistemica dovuta alla presenza dei cateteri a permanenza, l'uso di filtri per emodialisi bio-incompatibili.

Si crea così un ambiente eccessivamente catabolico che causa un'aumentata richiesta di apporto di nutrienti necessari per preservare un bilancio neutro di azoto e quindi riserve nutrizionali accettabili. I pazienti che non sono in grado di compensare questo aumento del bisogno cadranno in uno stato di semi-fame, portando allo sviluppo o al peggioramento della PEW. (MacLaughlin et al. 2021).

La PEW viene diagnosticata se si soddisfano tre delle quattro categorie:

1. biochimica (albumina sierica $<3,8$ g/dL),
 2. perdita di peso, riduzione del grasso o dell'indice di massa corporea ($BMI <23$ kg/m²),
 3. riduzione della massa muscolare del 5% oltre 3 mesi,
 4. basso apporto proteico o alimentare (consumo di 0,6 g di proteine/kg di peso corporeo per almeno 2 mesi).
- (Fouque et al. 2008 e Eustace et al. 2004).

Sebbene la *Società Internazionale di Nutrizione e Metabolismo Renale* (ISRNM) ha introdotto il termine "spreco proteico-energetico", che può verificarsi sia nell'AKI (Acute Kidney Injury) che nella CKD (Cronic Kidney Disease), i criteri raccomandati per diagnosticarla potrebbero non essere del tutto adatti al contesto dell'insufficienza renale

ospedalizzata (Carrero et al. 2014). La dichiarazione di consenso del 2012 dell'Academy of Nutrition and Dietetics e dell'American Society of Enteral and Parenteral Nutrition raccomandano che una diagnosi di malnutrizione richieda l'identificazione di 2 o più dei seguenti elementi: apporto energetico insufficiente, perdita di peso, perdita di massa muscolare, perdita di massa grassa, accumulo di liquidi e ridotto stato funzionale, purtroppo la complessità della malnutrizione renale e le particolari caratteristiche tra cui la ritenzione di liquidi che possono mascherare la perdita di peso, gli spostamenti di liquidi correlati alla dialisi, la sindrome da spreco di energia proteica (PEW) e la coesistenza di sarcopenia e obesità possono ulteriormente esacerbare la sottodiagnosi e il ritardo del trattamento (ESPEN, Fiaccadori et al.2021). È stato ampiamente dimostrato che i sintomi legati alla nutrizione hanno un ruolo importante nel predire il rischio di malnutrizione nei pazienti con patologie renali e, tra questi, la perdita di appetito ha il più alto potere prognostico (Young et al.,2016).

OBIETTIVO

L'obiettivo della presente revisione della letteratura è quello di illustrare le caratteristiche dello screening nutrizionale Renal iNUT, l'efficacia dello strumento, la sua sensibilità e specificità rispetto ai questionari classici nella sua applicazione all'interno del contesto della malnutrizione nel paziente nefropatico, nell'ottica di attuare strategie di prevenzione e l'applicazione dello strumento nella pratica clinica da parte del personale infermieristico.

MATERIALI E METODI

Per rispondere all'obiettivo è stata condotta una revisione della letteratura. Il reperimento dei documenti è avvenuto interrogando database biomedici Cochrane Library, PubMed, CINAHL, EMBASE; la strategia di ricerca implementata è stata finalizzata alla selezione dei soli record con la parola chiave "Renal Inpatient Nutrition Screening Tool Renal iNUT" presente nel titolo e nel testo. Non sono stati posti limiti su lingua di pubblicazione o disegno di studio. Sono stati applicati limiti in base alla data di pubblicazione, prediligendo un arco temporale 2018-2024. Una prima selezione è avvenuta per pertinenza dopo lettura di titolo e abstract; successivamente al reperimento in full text dei documenti eleggibili, si è proceduto ad un ulteriore processo di screening per rilevanza dopo lettura integrale. Quelli da includere nella revisione sono stati sottoposti ad analisi e sintesi narrativa. (Tabella 1)

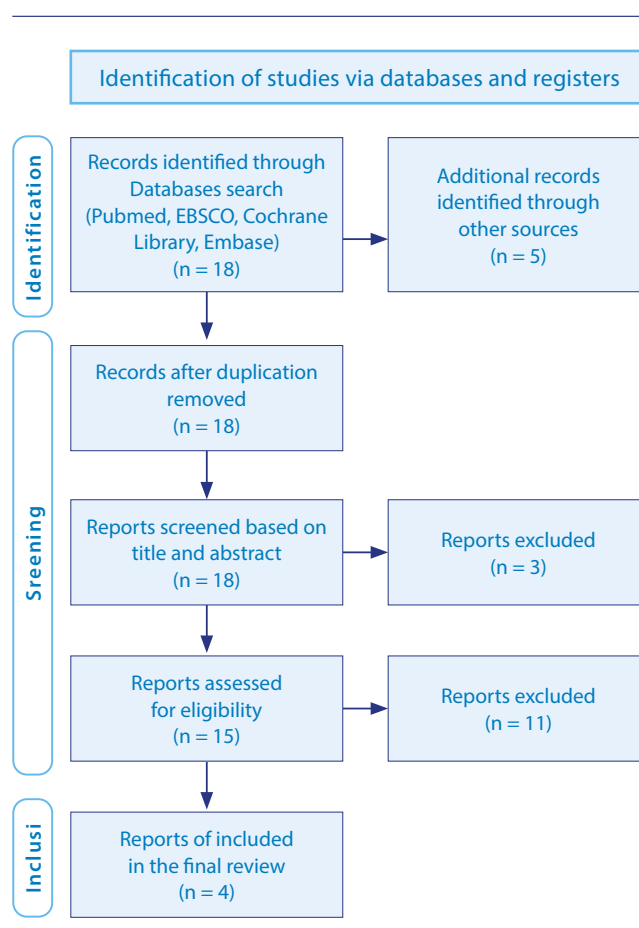
RISULTATI

L'interrogazione dei database biomedici è avvenuta il 25 ottobre 2024. I record individuati sono stati complessivamente 23(EBSCO 4, PUB MED 8,EMBASE 6 Cochrane Library 0 Altro 5). Al termine del processo di selezione per titolo e abstract sono stati ritenuti eleggibili 18 record a cui sono corrisposti altrettanti documenti eleggibili in full text; di essi, dopo lettura integrale e screening per rilevanza, il processo di selezione, consistente con la flowchart PRISMA, ha permesso di includere nella presente revisione 4 articoli. Ammissibili per l'inclusione sono stati tutti gli studi che includevano nella valutazione del rischio di malnutrizione lo screening Renal iNUT in ambito nefrologico confrontato con i questionari classici e l'applicazione da parte del personale infermieristico. Sono stati esclusi gli articoli che includevano altri screening nutrizionali non pertinenti con l'obiettivo.

Renal Inpatient Nutrition Screening Tool (Renal iNUT)

Lo screening nutrizionale è raccomandato come metodo rapido e semplice su base routinaria nei pazienti ospedalizzati per identificare coloro che sono a maggior rischio di malnutrizione e per eseguire successivamente un intervento nutrizionale tempestivo ed efficace (Ikizler et al.2020 e Fiaccadori et al.2021). Esistono molteplici strumenti per eseguire lo screening, tutti sono concordi nel valutare come variabili principali le oscillazioni di peso, l'

Tabella 1. Flow chart PRISMA



indice di massa corporea o l'appetito, variabili che però possono essere influenzate dai cambiamenti dello stato di idratazione e infiammazione comune nei pazienti affetti da Insufficienza Renale (Ikizler et al. 2020), di conseguenza l'evidenza è limitata quando si confrontano tra loro e non si è in grado di determinare quale sia lo strumento migliore (Carrero et al. 2013 e Ikizler et al.2020).

I dietisti-nutrizionisti dell'Ospedale St. George di Londra, Regno Unito, hanno sviluppato uno strumento di screening nutrizionale per pazienti con malattie renali ricoverati in ospedale (Jackson et al.2019) denominato iNUT Renal e che è stato convalidato con uno studio multicentrico nel 2019. Lo studio è stato di tipo trasversale e longitudinale per valutare la validità costruttiva e predittiva e l'affidabilità inter-valutatore del Renal iNUT confrontato al MUST nei pazienti ricoverati presso il reparto di Nefrologia. Il sistema di costruzione e punteggio di iNUT si basa sulla scala MUST per la familiarità del personale infermieristico con lo strumento.

Questo questionario è composto da cinque domande relative alla perdita di peso, all'aspetto malnutrito, all'assunzione di integratori orali, all'assunzione alimentare e all'appetito. A queste domande bisogna poi aggiungere i dati antropometrici relativi al peso al momento del ricovero, che sarebbe quello teorico (se il paziente è in dialisi) o abituale (se il paziente non è in dialisi) la perdita di peso stimata, l'altezza e l'indice di massa corporea (BMI) (Tabella 2). Sulla base di questi dati, iNUT Renal, come lo strumento MUST classifica i pazienti in categorie: ad alto rischio di malnutrizione (punteggio 2 o più), a rischio moderato (punteggio 1) e a basso rischio (punteggio 0), offrendo un piano d'azione adattato a questi risultati.

Tabella 2. Outline structure of the Renal iNUT inpatient nutrition screening tool admission page.

Information to record 1. Admission weight (kg) 2. AND "dry weight" i.e. most recent post dialysis or edema - free weight target (dialysis patients) OR reported usual weight (non-dialysis patients) 3. Height (m) 4. Body Mass Index (kg/m²) using the lowest of the two weights documented	
Admission screening questions	Scoring system
1 Has the patient unintentionally lost weight from their target OR usual weight?	No = 0, Yes = 1
2 Does the patient look malnourished OR have a BMI 20kg/m ² or less?	No = 0, Yes = 1
3 Is the patient already on nutritional supplements?	No = 0, Yes = 1
4 Compared to usual, how is the patient's food intake?	Better/similar = 0, worse =1
5 Compared to usual, how is the patient's appetite?	Better/similar = 0, worse =1
Total score	Action Plan
0	Continue screening weekly
1	Monitor patient at risk (Local monitoring and nurse intervention protocols stated)
2 or more	Refer to dietitian (Local referral procedures stated)

H.S. Jackson et al. / Clinical Nutrition (2018) 1-7

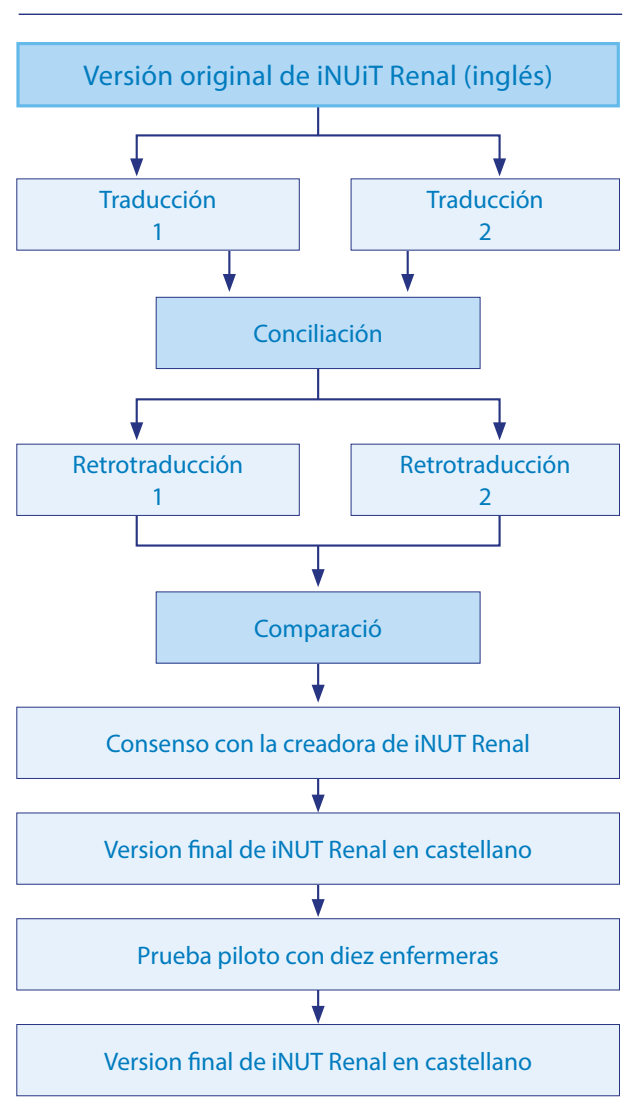
Dallo studio è emerso che il 45% dei pazienti ricoverati era malnutrito secondo SGA (Subjective Global Assessment). Ciò supporta precedenti segnalazioni di alti tassi di malnutrizione, fino al 53%, in popolazioni comparabili,

sottolineando l'importanza dello screening nutrizionale per l'identificazione e il trattamento della malnutrizione nei reparti di degenza renale specialistici (Lawson et al. 2012 e Xia YA et al. 2016). L'iNUT ha identificato il 50% di tutti i pazienti come a rischio aumentato di malnutrizione, più del doppio della percentuale identificata con MUST. I risultati di sensibilità suggeriscono potenziali grandi vantaggi rispetto al numero di pazienti malnutriti correttamente identificati, sia per un maggiore monitoraggio che per una consulenza dietetica quando si utilizza iNUT invece di MUST.

L'affidabilità di iNUT è stata "buona" o "sostanziale", in particolare in termini di piano d'azione clinico indicato, e superiore all'affidabilità segnalata in precedenza per MUST in una delle U.O. partecipanti allo studio (Lawson et al. 2012 - van Bokhorst-de van der Schueren MAE et al. 2018 e Sim et al. 2005). La validità predittiva è stata dimostrata dalla durata significativamente più lunga della degenza per i pazienti identificati come richiedenti consulenza dietetica da iNUT. Questi pazienti mostravano anche una percentuale significativamente più alta di HGS (Handgrip strenght) in range sarcopenico rispetto al gruppo a basso rischio, mentre non c'era alcuna differenza significativa nell'equivalente per MUST. In entrambi i gruppi MUST e iNUT, a rischio più elevato (punteggio 1) c'era una percentuale significativamente più alta di pazienti con HGS scadente rispetto al gruppo a basso rischio. iNUT risulta più sensibile di MUST nella popolazione di pazienti nefropatici ricoverati grazie all'inclusione di domande sull'appetito e all'assunzione alimentare recente come indicatori di malnutrizione piuttosto che il criterio di fame acuta che richiede MUST. Ciò è supportato da studi che indicano il ruolo dell'appetito e di altri sintomi correlati alla nutrizione nello screening del rischio di malnutrizione nei pazienti nefropatici ricoverati e ambulatoriali (Campbel et al. 2013 e MacLaughlin et al. 2018). La sottodiagnosi di malnutrizione da parte del MUST può anche essere dovuta ad un eccessivo affidamento del punteggio finale sui pesi misurati senza discriminazione tra muscoli, grasso e liquidi. L'IMC (Indice di massa corporea) è una componente importante del MUST che contribuisce a una categoria di rischio elevata in circa il 50% dei casi (Russell et al. 2014). L'iperidratazione però è comune con l'insufficienza renale e può mascherare la deplezione muscolare o di grasso in singoli pazienti (Fiaccadori et al. 1999).

Un punto di forza di questo studio è il riconoscimento degli infermieri come figure chiave nello screening della malnutrizione. Durante lo studio è stato chiesto di rispondere ad un breve questionario sulla facilità d'uso dello strumento e sul tempo impiegato per completarlo, utilizzando una scala Likert a quattro punti (per evitare distorsioni centrali), sugli ostacoli di compilazione o comprensione e sull'opinione dell'iNUT, con un'opzione di risposta anonima per ridurre le distorsioni dovute a risposte sfavorevoli. I risultati del questionario indicano che lo screening è di facile comprensione ed applicabilità anche da personale appena inserito all'interno dell'U.O. dopo un breve periodo di formazione e che i tempi di compilazione sono sovrapponibili allo screening MUST, ciò suggerisce che i risultati per sensibilità, specificità ed affidabilità sono realistici e realizzabili. Inoltre, il sondaggio d'opinione ha avuto una buona soddisfazione ed una valutazione molto favorevole. Il risultato si accorda con la professionalità, giudizio clinico e competenza infermieristica dando la giusta priorità allo screening nutrizionale. L'aspetto positivo probabilmente è dovuto alla diretta esperienza del profilo di sensibilità e specificità. Nel 2022 è stata effettuata la traduzione, l'adattamento transculturale dell'iNUT Renal alla lingua spagnola ed è stato confrontato con lo screening MUST in uno studio monocentrico. (Romano-Andrioni et al. 2023) Previo permesso richiesto e ottenuto dagli autori del questionario in inglese, l'adattamento interculturale alla lingua spagnola del questionario di Jackson et al. (iNUT Renal) è stato somministrato a pazienti con CKD e/o dialisi in due fasi (Tabella 3):

Tabella 3. Flow chart: processo di traduzione, back – translation e adattamento interculturale del Renal iNUT



Fase 1: Traduzione, back-translation e adattamento interculturale della versione inglese del questionario alla versione spagnola.

La versione originale del questionario di Jackson et al. è stata tradotta in modo indipendente in spagnolo da un dietista/nutrizionista e da un infermiere spagnolo bilingue. Successivamente, il gruppo di professionisti partecipanti hanno concordato con una nuova versione. In seguito la versione è stata ritradotta in modo indipendente in inglese da due dietisti-nutrizionisti bilingue inglesi, rispetto alla versione originale ed è stata realizzata una versione finale concordata con l'autore di iNUT Renal. È stata richiesta la collaborazione di dieci infermieri del reparto di Nefrologia che, dopo formazione, hanno valutato iNUT Renal in relazione alla facilità d'uso, ai tempi di raccolta dei dati, all'individuazione delle barriere al suo utilizzo, alla comprensione del questionario e del piano d'azione ed alla sua utilità come strumento di screening nutrizionale per la popolazione con patologia nefrologica. Sulla base delle loro osservazioni, la versione finale del questionario è stata creata in spagnolo. (Tabella 4)

Tabella 4. Versión en lengua castellana del cuestionario de Jackson y cols. (iNUT Renal)

A. Cribado al ingreso		
<i>Información para registrar</i> 1. Peso al ingresar (kg) 2. Peso seco (pacientes en diálisis) o peso habitual (pacientes sin diálisis) (kg) 3. Altura (m) 4. Índice de masa corporal (IMC) usando el peso más bajo de los dos registrados (kg/m ²)		
Preguntas de cribado al ingreso	Sistema de puntuación	
1. ¿Ha perdido peso el paciente de manera involuntaria, con respecto a su peso seco o habitual?	No = 0 Sí = 1	
2. ¿Tiene el paciente aspecto malnutrido o un IMC igual o inferior a 20 kg/m ² ?	No = 0 Sí = 1	
3. ¿Toma suplementos nutricionales actualmente o ha recibido indicaciones para enriquecer su dieta en energía o proteínas?	No = 0 Sí = 1	
4. ¿Cómo es la ingesta dietética del paciente, comparada con la habitual?	Mejor/Similar = 0 Peor = 1	
5. ¿Cómo es el apetito del paciente, comparado con el habitual?	Mejor/Similar = 0 Peor = 1	
Puntuación total	Clasificación	Plan de acción
0	Bajo riesgo	Continuar con el cribado semanal
1	En riesgo	Continuar con el cribado semanal Monitorizar el paciente en riesgo
2 o más	Alto riesgo	Derivar a dietista-nutricionista
B. Cribado semanal		
<i>Información para registrar</i> 1. Peso esta semana (kg) 2. IMC esta semana (kg/m ²) 3. Variación de peso desde el ingreso (kg)		
Preguntas de cribado al ingreso	Sistema de puntuación	
1. ¿Ha perdido el paciente 3 kg de peso o más desde el ingreso?	No = 0 Sí = 1	
2. ¿Tiene el paciente aspecto malnutrido o un IMC igual o inferior a 20 kg/m ² ?	No = 0 Sí = 1	
3. Comparado con la semana pasada, ¿cómo es la ingesta dietética del paciente?	Mejor/Similar = 0 Peor = 1	
4. Comparado con la semana pasada, ¿cómo es el apetito del paciente?	Mejor/Similar = 0 Peor = 1	

Fase 2: Validazione.

In questa fase hanno partecipato allo studio pazienti ricoverati con CKD e/o TR con età > 18 anni, ricoverati per meno di 48 ore nel reparto di Nefrologia dell'Hospital Clínic di Barcellona e che hanno dato il loro consenso scritto dopo essere stati informati volontariamente. Sono stati esclusi i ricoveri programmati inferiori alle 24 ore, quelli che non hanno potuto essere valutati per problemi di comunicazione o altre barriere nonostante la collaborazione di familiari, caregiver o personale, o quelli a cui non sono stati eseguiti i test nelle prime 48 ore.

I risultati confermano che si tratta di uno strumento sensibile e specifico per l'individuazione rapida dei pazienti nefropatici a rischio di malnutrizione, con l'obiettivo di effettuare un intervento nutrizionale precoce. Nella fase di

validazione, il 56% aveva un rischio intermedio o alto di malnutrizione utilizzando lo strumento. In questa fase è stato confermato che il MUST sottodiagnostica i pazienti renali (32% dei pazienti a rischio o malnutriti) e, rispetto all'iNUT Renal, è stata ottenuta una sensibilità inferiore rispetto a questo specifico screening. Si è rivelata una specificità dell'iNUT Renal molto simile a quella del gruppo inglese (85,7% vs 82,1%) per l'aumento del rischio di malnutrizione, e l'area sotto la curva dell'iNUT Renal è superiore a quella del MUST valutata secondo la SGA, ciò indica una maggiore capacità di rilevare l'eventuale presenza di malnutrizione. Per quanto riguarda la dinamometria, sono stati ottenuti risultati molto simili (47% vs 49,9%) anche nei pazienti che rientravano nel range sarcopenico. Il parere infermieristico sull'uso dell'iNUT Renal, sia nello studio spagnolo che nello studio iniziale inglese, è stato favorevole. Il personale infermieristico ha ritenuto che la scala fosse facile o molto facile da usare e nel 90% dei casi è stato completato in un tempo massimo di dieci minuti. Il personale infermieristico ha compreso correttamente il peso da registrare e il piano d'azione da attuare ed hanno considerato lo strumento utile per la popolazione nefrologica.

Nello studio esplorativo (Yayong et al. 2023) lo screening Renal iNUT è stato applicato nella valutazione dello stato nutrizionale nei pazienti con CKD agli stadi iniziali (stadio 1–5). Lo scopo dello studio era fornire un metodo relativamente obiettivo, semplice e affidabile per la valutazione dello stato nutrizionale nei pazienti nefropatici, verificando per la prima volta l'applicabilità dell'iNUT renale nella popolazione con CKD. Sono stati raccolti dati completi, inclusi indicatori di laboratorio clinici, antropometria e indicatori di composizione corporea, per descrivere lo stato nutrizionale e valutare il valore diagnostico di più indicatori combinati nella diagnosi di malnutrizione.

Criteri di inclusione: pazienti con diagnosi di CKD secondo le linee guida di pratica clinica KDIGO del 2012; età superiore ai 18 anni; firma volontaria del consenso informato e cooperazione alla raccolta dati.

Criteri di esclusione: pazienti che avevano ricevuto terapia sostitutiva renale (come emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto di rene); pazienti con malattie acute e gravi (insufficienza cardiaca acuta, malattia cerebrovascolare acuta, ecc.) negli ultimi 6 mesi; pazienti con una storia di infezione grave nell'ultimo mese; pazienti con tumori maligni; donne incinte o in allattamento; pazienti con cartelle cliniche incomplete.

L'iNUT renale è stato confrontato con i parametri SGA e PEW. I risultati del test kappa hanno mostrato che il Renal iNUT aveva una consistenza moderata con SGA. Rispetto a SGA, Renal iNUT aveva una sensibilità di 59,4%, una specificità dell'87,6%, un valore predittivo positivo del 54,3% e un valore predittivo negativo dell'89,7% nella diagnosi di malnutrizione, mentre la coerenza tra Renal iNUT e PEW erano generali ($Kappa = 0,303$, $p < 0,001$). Rispetto a PEW, iNUT renale aveva una sensibilità del 46,9%, una specificità dell'84,5%, un valore predittivo positivo del 42,9% e un valore predittivo negativo dell'86,5% per la diagnosi di malnutrizione.

I risultati dimostrano che ha una buona specificità nei pazienti affetti da MRC ma che la sua sensibilità deve essere ottimizzata.

In un audit osservazionale (K James et al. 2021) sull'applicazione dello strumento Renal iNUT su un campione trasversale di pazienti adulti (di età > 18 anni), focalizzato sul tasso di completamento di questo strumento da parte del personale infermieristico e l'effetto sull'idoneità dei referral dietetici ricevuti nei reparti di degenza, si osserva un basso tasso di conformità per la compilazione del questionario probabilmente influenzato da diversi fattori; lo strumento era in formato cartaceo anziché integrato nella cartella clinica elettronica, il che potrebbe portare a trascurarlo (Green SM et al. 2013); c'è stata una copertura dietetica limitata nei reparti nefrologici a causa della mancanza di personale, questo non ha aiutato per quanto riguarda la promozione dello strumento e l'affrontare ulteriori esigenze di formazione (Green SM et al. 2013); il personale infermieristico ha avuto priorità contrastanti e maggiori pressioni sul carico di lavoro associate alla pandemia COVID-19. Per quanto riguarda l'audit di riferimento dietetico, l'implementazione pre e post Renal iNUT, i riferimenti ricevuti sono stati considerati basati interamente sul giudizio del personale infermieristico piuttosto che sul punteggio dello strumento di screening nutrizionale del paziente, per cui, in conclusione l'implementazione di uno strumento di screening nutrizionale renale specifico, convalidato e sensibile, a seguito di un programma di formazione guidato dalla dietetica, non si traduce automaticamente in una migliore identificazione dei pazienti a rischio di malnutrizione. Sono giustificate quindi ulteriori ricerche per esplorare il ragionamento alla base della scarsa compliance a questo strumento e per sviluppare una strategia efficace per migliorare i tassi di screening nutrizionale in un ambiente di nefrologico.

DISCUSSIONE

La Malattia Renale Cronica (MRC) è un problema di salute pubblica per la sua elevata prevalenza e l'elevato impatto sulla morbilità e mortalità della popolazione (Radhakrishnan et al. 2014 e Stenvinkel et al. 2010). Si stima che nel mondo circa il 10% della popolazione sia affetto da MRC (Coresh et al. 2007), mentre, secondo lo studio italiano CARHES la prevalenza in Italia sarebbe intorno al 7% circa (De Nicola et al. 2015).

La MRC è tra le patologie individuate dal Piano Nazionale della Cronicità del 2016 per rilevanza epidemiologica, gravità ed elevato impatto assistenziale ed economico.

In ambito ospedaliero la malattia renale acuta e la malattia renale cronica sono altamente diffuse tra i pazienti ospedalizzati, non solo nei reparti di nefrologia o medicina interna, ma anche nelle unità di terapia intensiva o nelle unità chirurgiche (Fiaccadori et al. 2021). Sono ben note le conseguenze metaboliche e nutrizionali che ne derivano, soprattutto nel caso in cui sia necessario iniziare la terapia sostitutiva renale (RRT). *Le ultime Linee Guida ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)* per la Nutrizione Ospedaliera del 2021 hanno evidenziato come la malnutrizione ospedaliera impatta su tutti gli aspetti della cura: in particolare, un'alimentazione non adeguata e corretta influenza l'insorgenza di complicazioni, la durata della degenza, maggior numero di infezioni e la reazione stessa alle cure; pertanto il miglioramento della dieta ospedaliera è auspicabile.

La patogenesi della malnutrizione nei pazienti ospedalizzati con AKI e/o CKD è complessa e coinvolge molti fattori e meccanismi diversi nei vari contesti considerati. In generale, queste alterazioni della funzionalità renale hanno effetti negativi sul metabolismo dei carboidrati, delle proteine e dei lipidi, esercitando un effetto proinfiammatorio con grande impatto sul sistema antiossidante (Carrero et al. 2013). In secondo luogo, è comune osservare che questi pazienti riducono l'assunzione di nutrienti, aumentando così il rischio di malnutrizione. Pertanto, data l'elevata prevalenza di spreco proteico-energetico nei pazienti con AKI o CKD con o senza RRT, sembra giustificato suggerire che tutti i pazienti ricoverati in ospedale con funzionalità renale compromessa debbano essere considerati a rischio di malnutrizione (Fiaccadori et al. 2021).

Per stabilire se necessitano di un intervento nutrizionale è importante quindi, disporre di uno strumento di screening nutrizionale adeguato alle caratteristiche specifiche di questi pazienti.

La mancanza di nutrizionisti nei centri ospedalieri e/o il basso numero di personale con esperienza nella valutazione dello stato nutrizionale (Wang et al. 2022) sottintende che il tempo dedicato alla valutazione deve essere focalizzato sui pazienti malnutriti o a rischio. Se il personale infermieristico effettua un primo filtro effettuando uno screening al momento del ricovero ospedaliero, si potranno individuare più facilmente ed oggettivamente i pazienti che necessitano di una valutazione più completa e di un successivo trattamento nutrizionale. Per fare ciò sono necessari strumenti adeguati alla popolazione da trattare e, come abbiamo visto, i pazienti con malattia renale cronica non dispongono di un test specifico (Wang et al. 2022).

La progressiva perdita della funzionalità renale è inizialmente asintomatica, ma col tempo si possono osservare diversi segni e sintomi, tra cui sovraccarico di volume (Szymczak et al. 2021), iperkaliemia, acidosi metabolica, ipertensione, anemia e disturbi minerali e ossei. Esistono vari strumenti per eseguire lo screening nutrizionale dei pazienti, ma esistono prove limitate che dimostrano che uno è migliore di un altro (Ikizler et al. 2020) e molti non sono stati validati per la popolazione con insufficienza renale cronica e/o dialisi, ma vengono utilizzati per essere rapidi e facili da eseguire, come il MUST, il Malnutrition Screening Tool (MST), il Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF), la scala di controllo nutrizionale (CONUT) o la Geriatric Nutritional Risk Assessment (GNRI) (Lawson et al. 2012, Yamada et al. 2008 e Lin TY et al. 2019).

A livello Nazionale e nello specifico in Lombardia è stata emanata la delibera n. XII/1812 del 29/01/2024 "Attivazione del percorso di Screening Nutrizionale nelle Strutture del SSR", questa prevede di attivare sistematicamente lo screening nutrizionale nei percorsi di presa in carico, adeguato in base al rischio, dei pazienti in Regione Lombardia, dando priorità ai più fragili; di approvare il modello di valutazione dello screening nutrizionale (scala MUST, NRS 2002) ed identificare la figura sanitaria che somministra lo screening: medico, infermiere, dietista ecc.; entro il 30/06/2024 attivazione sistematica dello screening per tutti i pazienti ricoverati nelle U.O. di Medicina e Nefrologia.

È stato dimostrato però che la sensibilità e la specificità non sono molto elevate, forse a causa del fatto che nessuno di questi è stato creato specificatamente per la CKD. La maggior parte si interroga, tra gli altri dati, sulla perdita di peso e sulla presenza di anoressia, prevalente in questa popolazione e che influenza direttamente lo stato nutrizionale del paziente, ma non tengono conto dell'iperidratazione. Il numero di ricoveri legati all'iperidratazione è elevato (Arneson et al. 2010) ed i pazienti con sovraccarico di liquidi a lungo termine hanno una mortalità più ele-



vata (Wizemann et al. 2009). Quando si esegue uno screening nutrizionale in pazienti affetti da IRA/IRC, non tenere conto dell'eccesso di peso dovuto all'iperidratazione può portare a sottodiagnosticare il rischio di malnutrizione. Consapevoli di queste limitazioni, i nutrizionisti del Regno Unito specializzati nella valutazione nutrizionale e nel trattamento dei pazienti nei vari stadi della malattia renale cronica hanno sviluppato uno strumento di screening nutrizionale specifico per i pazienti nefropatici. L'iNUT Renal raccoglie dati sulla valutazione antropometrica e sugli aspetti legati all'assunzione attuale del paziente, ma a differenza di altri strumenti, non solo tiene conto del peso attuale e del calo ponderale, ma valuta anche la presenza di iperidratazione calcolata come differenza tra il peso attuale e il peso abituale o peso secco (peso postdialitico, quando il liquido in eccesso è stato rimosso e con il quale il paziente si sente bene). A questo si aggiunge la sezione sull'assunzione attuale del paziente di integratori alimentari, ciò fornisce ulteriori preziose informazioni sul rischio di malnutrizione e sul follow-up a cui il paziente dovrebbe essere sottoposto.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA INFERMIERISTICA

La prevenzione della malnutrizione dovrebbe essere una priorità nell'ambito dell'assistenza infermieristica, date le potenziali gravi conseguenze. Per partecipare attivamente alle strategie di prevenzione è importante che gli infermieri siano a conoscenza dei fattori che compromettono la corretta nutrizione nel paziente nefropatico. Essi sono responsabili non solo della corretta valutazione dello stato nutrizionale tramite lo screening ma anche della rilevazione del rischio con relativa segnalazione per l'attivazione della consulenza dietetica. L'alimentazione dovrebbe essere verificata, rivalutata ed infine adattata a ciascun paziente ad intervalli regolari sulla base dell'evoluzione della patologia, del monitoraggio dell'introito alimentare e dell'accettazione da parte del paziente.

IMPLICAZIONI PER LA RICERCA

Dalla letteratura emerge la necessità di condurre ulteriori ricerche sulla creazione di un NST specifico per questa tipologia di pazienti. In Italia non è esistente la traduzione, l'adattamento trans-culturale e la validazione dello screening nutrizionale Renal iNUT.

Inoltre, occorre rammentare che una buona parte delle raccomandazioni contenute all'interno delle Linee Guida ESPEN sulla nutrizione ospedaliera (2021) e le Linee guida ESPEN sulla nutrizione clinica nei pazienti ospedalizzati con malattia renale acuta o cronica (2021) non sono basate su evidenze in letteratura ma su estrapolazioni o pareri di esperti. Questo sottolinea le lacune nella ricerca in questa particolare area; ciò potrebbe motivare a dedicare più tempo per produrre evidenze su questo argomento.

LIMITI

Il reperimento dei documenti utili è avvenuto interrogando i database biomedici Cochrane Library, PubMed, CINAHL ed EMBASE tramite una strategia di ricerca ad alta specificità in quanto più efficiente. Non sono stati interrogati altri database biomedici importanti come Scopus e non è stata analizzata la letteratura grigia o in fase di pubblicazione. A parziale compenso però non sono stati posti limiti sul disegno di studio o la lingua di pubblicazione. Ulteriore limite è costituito dalla natura preliminare dell'indagine che gioverebbe senza dubbio di studi futuri in tal senso.

CONCLUSIONI

Lo spreco alimentare negli ospedali costituisce un problema emergente. La questione assume una rilevanza maggiore se associata al grande problema della malnutrizione ospedaliera (Lancet et al. 2019). Gli obiettivi generali consistono nell'aumentare la consapevolezza di medici, dietisti, infermieri, responsabili dei servizi di ristorazione e di tutti gli interessati coinvolti nel ruolo chiave della ristorazione ospedaliera per contribuire alla sicurezza del paziente nell'ambito dell'assistenza nutrizionale, al fine di rispondere ai bisogni nutrizionali attraverso la ristorazione e ridurre il rischio di malnutrizione e delle sue complicanze.

Dal 2020, con il supporto della campagna Optimal Nutritional Care for All (ONCA), molti paesi europei hanno lanciato con successo le proprie iniziative Malnutrition Awareness Week (MAW) (Settimane di sensibilizzazione sulla Malnutrizione). Nel 2024, 16 paesi ONCA parteciperanno a questa campagna fondamentale per aumentare la consapevolezza e promuovere una migliore assistenza nutrizionale. Sebbene il MAW di ogni Paese abbia i suoi tempi, obiettivi e programmi, tutti condividono un obiettivo comune: guidare l'implementazione di un'assistenza nutrizionale ottimale in linea con la campagna ONCA. Ogni MAW nazionale fornisce una piattaforma per aumentare la consapevolezza della malnutrizione, affrontando le sfide specifiche di ogni Paese e promuovendo al contempo la collaborazione tra professionisti sanitari, pazienti, politici e altri stakeholder chiave. La natura ricorrente della campagna garantisce un'attenzione continua alla malnutrizione ed incoraggia partnership sostenibili.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Flavia Baiamonte

UOC Medicina Interna ASL Brindisi

Marilena Bianco

ASL Brindisi

Francesco BrandiGESCO Consorzio Coop. Sociale, UO
Servizi Domiciliari

Terapie non farmacologiche per il miglioramento della qualità di vita e il contrasto del decadimento cognitivo negli over 65: una revisione della letteratura

Non-pharmacological therapies for improving quality of life and countering cognitive decline in adults over 65: a literature review

ABSTRACT

Introduzione

Contrastare il decadimento cognitivo oltre i 65 anni richiede approcci multidimensionali volti a preservare la funzione cognitiva e promuovere la salute del cervello. Tali approcci includono l'adozione di uno stile di vita sano, esercizio fisico regolare, attività cognitive stimolanti, sonno di qualità e attività sociali significative.

Obiettivo

Questa revisione ha l'obiettivo di esaminare l'efficacia della terapia non farmacologica nel migliorare la qualità della vita e il benessere degli individui over 65, al fine di rallentare la progressione del deterioramento cognitivo.

Metodi

La revisione della letteratura è stata condotta considerando studi pubblicati tra il 2019 e il 2024. La ricerca è stata eseguita su PubMed, e ha prodotto un totale di 582 articoli. Dopo la rimozione dei duplicati e lo screening sono stati inclusi 10 articoli pertinenti.

Risultati

Gli studi inclusi hanno individuato vari fattori che influenzano il decadimento cognitivo negli over 65 e hanno evidenziato strategie efficaci per contrastarlo. Tra le strategie più rilevanti si evidenziano quelle legate all'attività fisica regolare, all'impegno in attività cognitive e sociali, e al mantenimento di un sonno di qualità.



Conclusioni

Nonostante la complessità del decadimento cognitivo negli over 65, i risultati della revisione suggeriscono che le terapie non farmacologiche possono avere un impatto positivo significativo sulla qualità della vita e sul benessere dei pazienti affetti da vari stadi di demenza. Queste strategie rappresentano un complemento utile e necessario agli interventi tradizionali.

Keywords

Aged; Cognitive Decline; Cognitive Impairment; Health-Related Quality of Life; Aging Healthily.

INTRODUZIONE

La demenza rappresenta una patologia neurodegenerativa debilitante, caratterizzata da un progressivo deterioramento delle funzioni cognitive, emotive e sociali. L'incidenza di decadimento cognitivo lieve (MCI) e di demenza è in costante aumento a livello globale, con circa 50 milioni di persone affette da questa condizione (Dorris et al., 2021). In Italia, l'invecchiamento della popolazione, conseguente al calo delle nascite, determina un incremento del rischio di sviluppare demenza. Secondo stime basate sulla popolazione residente al 1° gennaio 2023, in Italia ci sarebbero circa 1,1 milioni di persone di 65 anni e oltre affette da demenza, a cui si aggiungono circa 23.730 casi nella fascia di età compresa tra i 35 e i 64 anni. Inoltre, si stima che circa 952.000 individui presentino un lieve decadimento cognitivo (Mild Cognitive Impairment, MCI) (Infodata, 2025). Queste proiezioni indicano che il numero di persone affette da demenza potrebbe triplicarsi nei prossimi 30 anni nei Paesi occidentali, inclusa l'Italia (Ministero della Salute, 2025). In questo contesto, il fenomeno del "decadimento over 65" rappresenta una sfida crescente per il sistema sanitario e la società nel suo complesso.

Attualmente, non esiste una terapia risolutiva per la demenza e i trattamenti farmacologici disponibili presentano numerosi effetti collaterali, limitandone l'efficacia nel lungo termine (Kouloutbani et al., 2019). Inoltre, i sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD), che includono disturbi della percezione, del pensiero, dell'umore e del comportamento, colpiscono fino al 90% dei pazienti nel corso della malattia (Trivedi et al., 2013). Alla luce di queste evidenze scientifiche, gli interventi non farmacologici sono progressivamente emersi come opzioni di prima linea nella gestione della demenza, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti e ridurre il carico assistenziale per i caregiver (Hsu et al., 2017).

Nonostante l'interesse crescente verso approcci alternativi, la letteratura scientifica presenta ancora lacune significative e dati contrastanti riguardo l'efficacia delle terapie non farmacologiche nel trattamento della demenza. Il presente studio si propone di colmare questo gap investigando, attraverso una revisione della letteratura, l'impatto di tali interventi sulla popolazione affetta da decadimento cognitivo correlato all'età. In particolare, l'obiettivo è valutare se l'evidenza scientifica supporti l'efficacia delle terapie non farmacologiche nel migliorare la qualità di vita dei pazienti e nel rallentare la progressione del deterioramento cognitivo.

METODI

A partire dall'obiettivo dello studio, ovvero valutare se l'evidenza scientifica supporti l'efficacia delle terapie non farmacologiche nel migliorare la qualità di vita dei pazienti e nel rallentare la progressione del deterioramento cognitivo, è stata condotta una ricerca bibliografica nel 2024, aggiornata ai primi mesi del 2025 per i dati epidemiologici. La ricerca è stata effettuata sulla banca dati PubMed, applicando un filtro temporale per gli ultimi cinque anni e un filtro linguistico per la lingua inglese. Sono stati inclusi esclusivamente articoli di letteratura primaria. Per garantire la pertinenza della ricerca, è stata utilizzata la metodologia PICO per la costruzione della stringa di ricerca.

Tabella 1. Tabella P.I.C.O.

SIGLA	SIGNIFICATO	PAROLE CHIAVE
P.	Population (popolazione)	Aged, Elder*, Frail Older adult*, cognitive decline*, cognitive impairment*, mental deterioration*
I.	Intervention (intervento)	Intervetion*, Healthcare strateg*, Improvement strateg*.
C.	Comparison (confronto)	-
O.	Outcomes (risultati)	Life Qualit*, Health Related Quality of Life, HRQOL, Ag* Healthy, Ag* well.

Le seguenti parole chiave sono state combinate tra loro: *Aged, Elder, Frail Older Adult, Cognitive Decline, Cognitive Impairment, Mental Deterioration, Intervention, Healthcare Strategy, Improvement Strategy, Life Quality, Health-Related Quality of Life (HRQOL), Aging Healthy, Aging Well.*

La strategia di ricerca ha utilizzato l'operatore booleano OR all'interno dei singoli gruppi concettuali per aumentare la sensibilità, mentre l'operatore AND è stato impiegato per combinare i diversi gruppi concettuali e aumentare la specificità.

La stringa di ricerca formulata è stata:

((aged OR elder* OR "frail older adult*") AND ("cognitive decline*" OR "cognitive impairment*" OR "mental deterioration*") AND (intervention* OR "healthcare strateg*" OR "improvement strateg*") AND ("life qualit*" OR "quality of life" OR "Health Related Quality Of Life" OR HRQOL))

L'interrogazione di PubMed ha prodotto 582 record. Il processo di screening degli articoli è avvenuto in due fasi. In una prima fase, due autrici hanno esaminato i titoli e gli abstract per escludere gli articoli non pertinenti. In una seconda fase, la selezione è stata affinata mediante la lettura del testo completo degli articoli, con successivo confronto tra le autrici per discutere i risultati emergenti. Il processo di screening è iniziato a gennaio 2024 ed è terminato a aprile 2024.

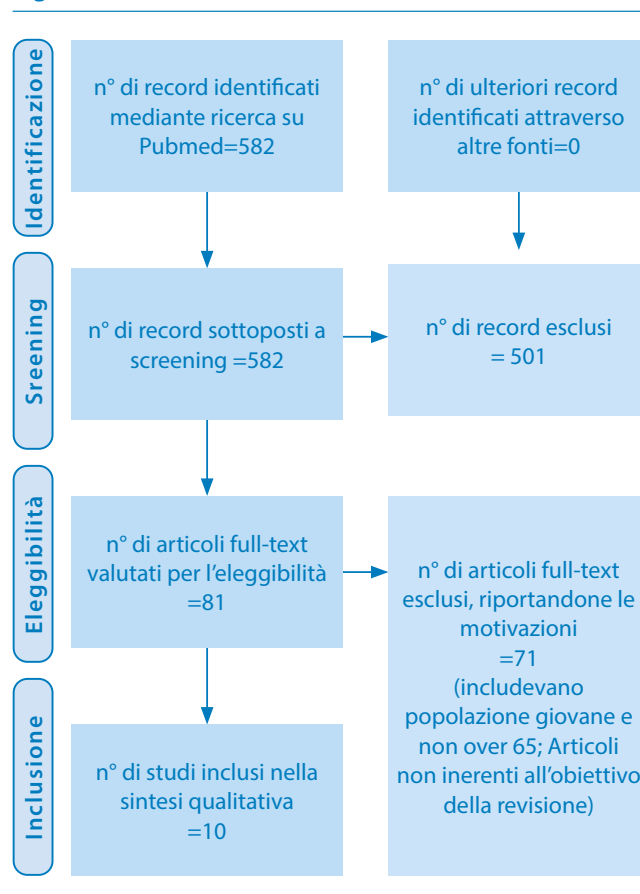
RISULTATI

La ricerca sulla banca dati ha prodotto un totale di 582 articoli. Di questi 501 sono stati esclusi poiché articoli non inerenti all'obiettivo della revisione. Successivamente, 81 studi sono stati analizzati in base al titolo ed abstract, portando alla rimozione di 71 articoli. Dopo la selezione, un totale di 10 articoli sono risultati pertinenti all'obiettivo. Si tratta di: 6 Randomized Controlled Trial, 2 Case Report, 1 Clinical Trial, 1 Studio Controllato quasi Sperimentale. Il contesto geografico e culturale risulta essere eterogeneo, con Cina, Portogallo, Stati Uniti, Giappone, Turchia, Colombia, Israele. Di seguito il PRISMA flowchart del processo di identificazione e selezione degli studi. (IdentificazionePRISMA)

DISCUSSIONI

L'insieme dei 10 studi riportati nelle tabelle precedenti ha dimostrato l'efficacia delle terapie non farmacologiche nel migliorare la qualità di vita dei pazienti over65 con lieve decadimento cognitivo. Gli studi analizzati provengono da contesti geografici e culturali eterogenei, includendo ricerche condotte in Cina, Portogallo, Stati Uniti, Giappone, Turchia, Colombia e Israele. L'ampia varietà di metodiche utilizzate nei diversi studi consente di valutarne l'affidabilità e la riproducibilità, con un approccio multidisciplinare che comprende terapia di validazione, musicoterapia, arteterapia, terapia della reminiscenza, terapia della parola, orientamento alla realtà, training cognitivo, odoroterapia, terapia alimentare, stimolazione sensoriale, ortoterapia, danza e movimento terapia, esercizio fisico multicomponente e fisioterapia (Zara Quail et al., 2020). In particolare, gli interventi basati sull'espressione creativa hanno dimostrato di favorire il benessere psicologico, l'autostima, il senso di realizzazione e l'integrazione sociale, contribuendo allo sviluppo di nuove competenze e al rafforzamento delle capacità cognitive. L'attività artistica, infatti, coinvolge processi cognitivi complessi come pianificazione, controllo esecutivo, pensiero astratto e memoria visiva, stimolando il sistema nervoso centrale e migliorando le funzioni cognitive dei partecipanti. Uno degli studi analizzati ha evidenziato che la combinazione di esercizio aerobico e allenamento dual-task rappresenta l'intervento più efficace per migliorare funzioni cognitive, mobilità e prestazioni fisiche negli anziani con MCI (Uysal et al., 2022). Altri studi hanno sottolineato il ruolo dei racconti nostalgici nel migliorare la produzione del linguaggio nelle persone con deficit cognitivi, favorendo l'interazione nei contesti quotidiani (Rose et al., 2020). Le sessioni di intervento che prevedevano la combinazione di diverse terapie non farmacologiche hanno analizzato le risposte cognitivo-comportamentali dei partecipanti, evidenziando miglioramenti nei punteggi della Geriatric

Figura 1. PRISMA Statement della ricerca effettuata



Depression Scale e del Mini Mental State Examination (MMSE) in pazienti affetti da Alzheimer e depressione (Quail et al., 2020). Sono stati valutati anche gli effetti sulle capacità motorie, con risultati positivi in termini di prestazioni fisiche. Alcuni studi hanno confrontato gruppi sottoposti a metodologie diverse o effettuato valutazioni pre e post-intervento per misurare l'efficacia delle terapie. (La tabella con la sintesi delle caratteristiche degli studi è disponibile a questo link).

I partecipanti agli studi analizzati variavano da un singolo individuo fino a 135 soggetti per gruppo, includendo uomini e donne over 65. Gli utenti erano sottoposti a indagini qualitative e quantitative, spesso suddivisi in gruppi per confrontare l'andamento dei dati clinici. Tutti i pazienti presentavano una diagnosi pregressa che variava dal lieve decadimento cognitivo alla malattia di Alzheimer, con o senza disturbi associati come isolamento sociale e depressione. In uno studio, la depressione era considerata non solo una diagnosi differenziale, ma anche un fattore di rischio e un sintomo della demenza (Quail et al., 2020). È noto, infatti, che sia la demenza che la depressione possono determinare deterioramento cognitivo e funzionale, con un impatto negativo sulla qualità di vita (Livingston et al., 2017). L'isolamento sociale è stato identificato sia come fattore di rischio sia come possibile conseguenza della demenza e della depressione (Quail et al., 2020). I dati sociodemografici raccolti includevano età, sesso, livello di istruzione, abitudine al fumo, consumo di alcol, qualità del sonno, frequenza di attività cognitive (lettura, apprendimento), esercizio fisico, presenza di patologie croniche e storia familiare.

Gli interventi non farmacologici sono stati somministrati con modalità variabili, da sessioni personalizzate a programmi standardizzati, con una frequenza che variava da una sessione settimanale di tre ore fino a otto sessioni settimanali di 30 minuti, per una durata compresa tra sei e dodici mesi (Quail et al., 2020). Per la valutazione dell'efficacia degli interventi, sono state utilizzate diverse scale di misurazione, tra cui la Menorah Park Scale Engagement for Dementia per il livello di coinvolgimento del paziente nelle attività, il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e il Mini Mental State Examination (MMSE) per le capacità cognitive, il Verbal Fluency Test (VFT) e il Boston Naming Test per il linguaggio, il Symbol Digit Modalities Test (SDMT) per l'attenzione, la Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) per l'ansia, dove punteggi superiori a 50 indicavano ansia da lieve a moderata, e la Geriatric Depression Scale (GDS) per la depressione, composta da 30 item con risposte Sì/No. La qualità della vita è stata misurata con la scala Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD), che prevedeva punteggi da "scarso" a "eccellente", e la Canadian Occupational Performance Measure per valutare la soddisfazione percepita sulle prestazioni funzionali di individui con deterioramento cognitivo lieve in contesti di assistenza primaria.

CONCLUSIONI

Questa revisione della letteratura evidenzia che le terapie non farmacologiche rappresentano un'opzione promettente per il trattamento della demenza negli over 65. Sebbene alcuni studi abbiano riportato risultati contrastanti, l'analisi complessiva suggerisce che questi interventi possano contribuire a migliorare la qualità della vita, le funzioni cognitive e il benessere emotivo dei pazienti. In assenza di una cura farmacologica risolutiva per la demenza, le terapie non farmacologiche offrono un approccio complementare in grado di mitigare la progressione della malattia e supportare il mantenimento delle capacità residue.

Dal punto di vista pratico, i risultati di questa revisione suggeriscono l'importanza di integrare interventi non farmacologici all'interno dei percorsi di cura, sia in ambito domiciliare che nelle strutture sanitarie e assistenziali. L'implementazione di metodologie multidisciplinari—che includano stimolazione cognitiva, attività creative, esercizio fisico e terapie basate sulla socializzazione—dovrebbe essere promossa e resa accessibile a un numero sempre maggiore di pazienti. È fondamentale, inoltre, sensibilizzare e formare i professionisti sanitari e i caregiver sull'efficacia di questi approcci, affinché possano essere applicati in modo strutturato e personalizzato.

Dal punto di vista della ricerca, emergono alcune aree di indagine ancora aperte. È necessario condurre studi longitudinali più ampi e metodologicamente rigorosi per valutare l'impatto a lungo termine delle diverse tipologie di intervento. Inoltre, l'integrazione di biomarcatori e tecnologie digitali potrebbe fornire strumenti innovativi per monitorare gli effetti delle terapie non farmacologiche sulla progressione della malattia. Un ulteriore approfondimento potrebbe riguardare l'identificazione delle caratteristiche dei pazienti che rispondono meglio a determinati interventi, così da personalizzare ulteriormente le strategie di trattamento.

In conclusione, sebbene la demenza resti una sfida complessa, le evidenze raccolte indicano che le terapie non farmacologiche possano svolgere un ruolo significativo nel migliorare il benessere complessivo dei pazienti. Per massimizzarne l'efficacia, è necessario un impegno congiunto della comunità scientifica, dei professionisti sanitari e delle istituzioni nel promuovere strategie terapeutiche integrate e accessibili a un numero sempre maggiore di persone affette da demenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Virginia Gallini

RN- self-employed

Anna La Torre

RN, MscN, MA in History, PhD – equipo de investigación del proyecto TRANSHUMED (PID2019-104581GB-I00), Barcelona, Spagna

Maria Luisa Pancheri

RN, MscN - Direttore Didattico Corso di Laurea in Infermieristica, Unimi, Sezione IRCCS Istituto Tumori

Il sole del 25 illuminò uno degli spettacoli più spaventevoli che si possano presentare all'immaginazione

The sun of the 25th illuminated one of the most terrifying spectacles imaginable

ABSTRACT

La battaglia di San Martino e Solferino (24 giugno 1859), decisiva per l'unificazione italiana, evidenziò le carenze dell'assistenza sanitaria militare. Con quasi 300.000 soldati coinvolti e migliaia di feriti, il sistema sanitario sabaudo, pur strutturato, risultò insufficiente. Gli infermieri militari, istituiti nel 1848, gestivano trasporti, medicazioni e rifornimenti in condizioni critiche,

con ambulanze specializzate e presidi di trasporto. Tuttavia, l'enorme numero di vittime rese il soccorso caotico e le risorse si esaurirono rapidamente. Ospedali militari e strutture religiose furono trasformati in centri di cura, con città come Brescia e Castiglione protagoniste dell'assistenza. L'orrore della battaglia colpì Henry Dunant, ispirandolo a fondare la Croce Rossa Internazionale, basata su un soccorso neutrale e coordinato. L'infermieristica militare, nata in quel contesto, è ancora oggi una realtà in Italia, con corsi in università come Roma Tor Vergata, La Sapienza (Viterbo) e Bari. La battaglia dimostrò come i conflitti abbiano accelerato il progresso medico, sottolineando l'importanza di preservare tali innovazioni anche in tempo di pace.

ABSTRACT_EN

The Battle of San Martino and Solferino (June 24, 1859), a pivotal event in Italian unification, exposed critical shortcomings in military healthcare. Despite its structured organization, the Savoyard medical system proved inadequate for nearly 300,000 soldiers and thousands of wounded. Military nurses, established in 1848, managed transport, medical care, and supplies under extreme conditions, utilizing specialized ambulances and transport units. However, the vast number of casualties led to chaotic relief efforts and rapid resource depletion.



Military hospitals and religious institutions were converted into treatment centers, with cities like Brescia and Castiglione playing key roles in medical assistance. Witnessing the battlefield's horrors, Henry Dunant was inspired to establish the International Red Cross, promoting neutral and coordinated aid.

Military nursing, born from this context, remains an integral part of Italy's healthcare system, with dedicated programs at universities such as Roma Tor Vergata, La Sapienza (Viterbo), and Bari. This battle demonstrated how wartime emergencies accelerate medical advancements, emphasizing the necessity of preserving and improving such innovations in peacetime.

Parole chiave. Sanità Militare, Storia dell'infermieristica, Croce rossa internazionale

Keywords. Military Medicine, History of Nursing, International Red Cross

TESTO PRINCIPALE

Le vicende della pandemia da Covid 19 hanno portato alla ribalta gli eventi quotidiani di medici ed infermieri durante la storia dell'umanità. Per tutto il mese di marzo del 2020 gli operatori sanitari di tutta Europa si sono trovati a gestire numeri elevatissimi di accessi ospedalieri e a fronteggiare decisioni difficili sulle priorità assistenziali in presenza di risorse limitate, momenti in cui fortunatamente non erano più abituati ma che invece i loro predecessori vivevano quasi quotidianamente. La battaglia di San Martino e Solferino, giornata cardine per la Seconda guerra d'indipendenza, rappresenta un esempio estremamente calzante di quello che poteva esser stato affrontare un disastro sanitario. In quelle 12 ore infatti non solo si sono decise le sorti di una futura nazione (Pieri, 1962) ma fu anche il luogo dove nascerà la Croce Rossa Internazionale, istituzione che cambierà per sempre il concetto d'assistenza e di accoglienza nella storia contemporanea.

LA BATTAGLIA

Era il 24 giugno 1859, venerdì, giorno dedicato alla Natività di San Giovanni Battista. La giornata si annunciava bella. Bella e terribile. I due eserciti contrapposti mossero l'uno contro l'altro, ciascuno ritenendo che l'avversario rimanesse fermo sulle proprie posizioni. Sul campo militavano complessivamente 299.226 uomini con 1.024 cannoni, numeri che in Italia soltanto durante la Prima Guerra Mondiale saranno superati in un singolo scontro. Nel loro settore i piemontesi impegnarono 39.700 uomini con 92 cannoni. Le truppe dell'esercito sabaudo furono impegnate nella battaglia di San Martino e di Madonna della Scoperta. Il combattimento iniziò alle 7:00 e a causa del ormai famoso temporale, il colle venne conquistato solo in tarda serata, dopo ore d'intensa battaglia (Della Rocca, 1859). Si dice che Francesco Giuseppe, dopo aver visto il campo di battaglia a conflitto concluso, esclamasse: «Meglio perdere una provincia intera e non rivedere mai più una carneficina del genere!» e così da molta letteratura di settore ci è stato riportato, come uno dei conflitti più sanguinosi del nostro Risorgimento (Nava, 1907) (Museo del Risorgimento, 1966). Quantificare esattamente il numero delle perdite di ogni esercito coinvolto risulta essere estremamente difficile, sia per la complessità di interpretazione dei bollettini militari nazionali, sia perché le risorse secondarie dei differenti libri consultati riportano dati, in alcuni casi, completamente discordanti. Il Capo dello Stato Maggiore dell'Armata, il Luogotenente Generale Enrico Della Rocca, nella relazione scritta a Rivoltella il 26 giugno 1859 e pubblicata nella Gazzetta Piemontese n. 162 il 29 giugno 1859 riporta i seguenti dati relativi alla battaglia: i morti pari a 49 ufficiali e 642 uomini di truppa; i feriti pari a 167 ufficiali e 3405 uomini di truppa; i dispersi e prigionieri in numero di 1258 soldati. Risulta un totale di 5525 uomini non operativi. Nella stessa relazione vi si trova una postilla in cui viene indicato che, a causa della fretta con cui è stata redatta, molte perdite furono omesse: abbiamo subito l'indicazione che i dati riportati sono per difetto. A questo va aggiunto che non abbiamo nessun dato sulla mortalità dei feriti e su quella dei prigionieri. Grazie al complesso lavoro di ricerca svolto dal gruppo del laboratorio sociologico diretto dal Prof. Costantino Cipolla e pubblicato nel 2009 nel volume *Il crinale dei crinali*. La battaglia di Solferino e San Martino si sono potute ipotizzare le perdite subite dai vari eserciti coinvolti, raccogliendo i dati delle relazioni ufficiali e aumentandoli di una percentuale riferibile alla mortalità in battaglia del periodo. Estrapolando i dati riportati dalla ricerca volutamente non differenziati tra soldati o ufficiali, tra francesi o austriaci, si evidenziano un numero di morti pari a 14.000, di feriti 23.000, di malati 23.000 per un totale di 60.000. A questi se si aggiungono 6.400 morti stimati al 10% sul totale dei prigionieri, si arriva a 66.400, circa il 22% di tutte le forze presenti in campo. Il numero dei morti sul campo è stato confermato da un lavoro di reperimento e catalogazione delle ossa presenti sul campo di battaglia e nell'ossario da parte della Società Storica di San Martino e Solferino, che ha rilevato la presenza di 9.500 scheletri che aggiunti ai 2.500 tumulati nel cimitero accanto evidenziano il numero di 12.000 caduti. Uno scenario che nessun professionista della salute vorrebbe mai vedere, ma che il Corpo Sanitario dell'esercito sabaudo dovette affrontare.

CORPO INFERMIERI SABAUDO

Iniziata nel 1831, la riorganizzazione del servizio sanitario sfociò due anni dopo in un complesso regolamento che ne codificò tutti gli aspetti. Nel 1833, infatti, con il Regio Decreto del re Carlo Alberto editto il 4 giugno, viene emanato il «Riordinamento del personale e del servizio militare in tempo di pace dell'Armata di terra» (Giornale Militare, 1864). Nel 1845 il nome cambia in Corpo di Sanità Militare e vengono introdotte delle innovazioni. Da tale decreto interessante risulta essere l'obbligo di registrazione dei flussi ospedalieri da parte dei professionisti sanitari militari: essi, infatti, avevano l'impongo di compilare un registro di entrate ed uscite sia in caso di accessi ambulatoriali che in caso di ricovero negli ospedali militari. Per monitorizzare tali flussi vi era il dovere di segnalare le patologie d'ingresso e il battaglione di provenienza del soldato ricoverato. In aggiunta venne creato un quaderno di visita personale per ogni ricoverato, una sorta di fascicolo sanitario, in cui veniva trascritto il decorso clinico svolto. Altra nota interessante risulta essere la necessità da parte dei medici militari di «essere responsabili della scienza» (Giornale Militare, 1864), forte richiamo deontologico alla moderna necessità d'informarsi, fattore che non si discosta di molto dalla attuale realtà. Anche se ufficialmente la Compagnia d'Infermieri militari nasce il 16 settembre del 1848 (nel 1851 cambia nome in Compagnia Infermieri Militari per merito del Regio decreto del 13 ottobre), essi erano già presenti nel riordino del 1833. Nel regio decreto del 4 giugno, infatti, viene specificato che gli infermieri erano tutti volontari con ferma di otto anni e che, all'atto dell'arruolamento, dovevano possedere i seguenti requisiti: certificato di buona condotta, età non minore ai vent'anni e non superiore ai trentasei, saper leggere e scrivere correttamente, aver assolto gli obblighi di leva, essere celibe o vedovo senza prole ed infine essere perfettamente sano. La loro paga annua era di 315 lire se infermieri maggiori con dieci anni di servizio, e di 360 se più di dieci anni di servizio. Per gli infermieri semplici la paga era di 225 se dieci anni di servizio, mentre 270 se gli anni di servizio erano più di dieci. Nel 1848, con l'istituzione ufficiale della compagnia, la loro divisa varia: kepy turchino, giletta turchina, mostre cilestrine e pantaloni grigi. Nonostante fosse parte attiva della sanità, essa venne collocata nel battaglione amministrativo insieme agli operai dei magazzini ed agli uomini appartenenti alle sussistenze militari. Unica eccezione risulta essere la fornitura militare (Ales, 1987). Nel decreto è specificato che gli infermieri, sia che essi fossero ufficiali di basso rango o soldati semplici, hanno l'onore di poter armarsi di sciabola e non solo del fucile o del moschetto. Gli infermieri aveva anche diritto ad una carriera gerarchica all'interno della compagnia. Il comandante infatti era Capitano e vi erano anche luogotenenti e sottotenenti. Nel 1850, con il Regio Decreto del 1 giugno n. 4087, venne inserito un regolamento disciplinare per gli infermieri militari. In esso si trovano le «Norme relative alla disciplina degli individui del Corpo degli Infermieri». Viene ribadita la loro posizione all'interno del battaglione amministrativo e le loro dipendenze: «ogni volta che taluno di essi si rende meritevole di punizione, questa gli deve venir inflitta dell'Ufficiale Contabile» (Annuario Militare, 1856). Questo decreto evidenziava altresì una carenza di personale infermieristico e una preghiera ad aumentarne il numero oltre alle competenze. In particolare sottolineava che già le precedenti esperienze della recente guerra del 1848-49 avevano fortemente rimarcato che il corpo era troppo esiguo rispetto alle necessità belliche. Il personale infermieristico era rappresentato anche nelle ambulanze che seguivano nei campi di battaglia ogni divisione. Definite come «ospedali organizzati in maniera da poter seguire le truppe in tutti i loro movimenti; e destinate ad offrire più particolarmente ai feriti sul campo di battaglia i primi soccorsi» (Annuario Militare, 1856). Dovevano avere a disposizione: personale addetto alla sanità (un medico coordinatore a capo di ulteriori nove medici, un farmacista, un soldato farmacista, un flebotomo inteso come infermiere specializzato in salassi, sedici infermieri ed eventuali medici spesso specializzandi appartenenti ai singoli corpi) (Solaro, 1863). Oltre a loro vi erano anche personale addetto all'amministrazione dell'ambulanza (un ufficiale, un sergente, un caporale ed un furiere) e mezzi di trasporto adibiti al movimento dei feriti. Dei sedici, infatti, dieci infermieri erano dedicati al compito esclusivo di barellieri e conducenti di mezzi di soccorso, in quanto ogni vettura doveva essere necessariamente gestita da due persone (Servizi amministrativi, 1859a). Rimanevano sei infermieri per la gestione dell'ambulanza divisionale e dei feriti che accorrevano, in aiuto dei dieci medici che li lavoravano (Consiglio superiore militare di Sanità, 1859a). Cercando di ipotizzare alcune proporzioni per avere una visione del carico di lavoro e considerando la direttiva generale dell'esercito sabaudo il rapporto risulta essere un infermiere ogni 539 soldati. Entrando nello specifico, se esaminiamo unicamente il numero dei feriti (ovvero coloro che necessitavano effettivamente di assistenza) che risulta essere pari a 3572 soldati nella relazione dell'esercito sardo che per sua ammissione è in difetto: un infermiere addetto al trasporto si è occupato in media di 77 feriti, mentre un infermiere dedicato all'assistenza diretta nelle ambulanze si è preso cura in media di 119 feriti. Sappiamo però che durante la giornata del 24 giugno 1859 le perdite ed i danni furono talmente ingenti da creare inevitabile scompiglio e disordine, probabilmente e soprattutto a livello assistenziale, rendendo quasi impossibile immaginarci tale giornata. Il compito infermieristico però non era solamente assistenziale, ma anche di approvvigionamento e di riordino di materiale. Oltre alla conoscenza dell'utilizzo di tutti i materiali

contenuti nell'ambulanza, l'infermiere doveva sempre sapere dove erano ubicati i presidi per poter subito farne uso in caso di bisogno (Consiglio superiore militare di Sanità, 1859a). Doveva conoscere molto bene anche tutti i differenti bendaggi. Vi erano, per esempio, quattordici dimensioni di bende e diversi tipi di assicelle in base alla grandezza ed alla lunghezza dell'arto da fissare, oltre a cartoni rigidi utili per l'immobilizzazione delle fratture di diversa forma e misura (Deposito e laboratorio centrale, 1859). Nonostante l'esistenza di diverse tipologie di ambulanze l'infermiere era tenuto a conoscere sempre la precisa ubicazione dei materiali e dei medicinali: per facilitarlo al loro interno i ripostigli dei vari cassoni, cofani o zaini contenevano sempre gli stessi materiali. L'ambulanza, infatti, non era un presidio standardizzato: poteva variare in base alle caratteristiche della divisione. In seguito all'articolo 69 del regolamento datato 23 aprile 1859, le ambulanze si distinguevano in divisionali di fanteria, divisionali di cavalleria, divisionali di montagna, reggimentali e di battaglione. I presidi per il trasporto più utilizzati in ambito militare erano le barelle, le seggiole e le lettighe trasportate dai muli (chiamate anche cacolets). Le barelle potevano essere di due tipi: ordinarie o flessibili. Quelle ordinarie erano costituite da due aste di sostegno rigide, mentre le barelle flessibili da aste di legno più corte connesse a cerniera, in modo tale da poter essere piegate su sé stesse riducendo la lunghezza del presidio. Questo le rendeva più facili da trasportare ed adattare alla grandezza della persona. La seggiola e la lettiga costituivano, invece, i cacolets: entrambe permettevano di essere agganciate all'imbragatura di un mulo. La seggiola era adibita al trasporto di persone che potevano rimanere in posizione seduta ed era costituita da sedile, stipiti, braccioli per sorreggere mani ed avambracci, spalliera e predellino per il sostegno dei piedi. Le lettighe erano utilizzate per i feriti che necessitavano di sdraiarsi. Erano dotate di un telo che ne copriva la superficie, così che il ferito potesse non subire le intemperie, e potevano essere appese grazie ai ganci presenti lateralmente sia nell'ambulanza sia nella vettura durante il trasporto in ospedale. Al momento della battaglia di San Martino e Solferino erano in uso tre tipologie di vettura d'ambulanza (carrozze trainate da cavalli da soma o muli), che prendevano il nome dell'anno di ideazione e progettazione: le vetture modello 1848, modello 1856 e modello 1859. La vettura d'ambulanza modello 1848 veniva utilizzata principalmente per feriti non gravi e che potevano rimanere durante il trasporto in posizione seduta: rimuovendo alcuni dei posti a sedere si poteva posizionare un letto dedicato ad un ferito che solitamente era febbricitante, ma non necessitava di assistenza continua. Data la scomodità nel porre e rimuovere la persona ferita da questo modello di vettura, si cercava di non collocare feriti gravi o con gravi fratture o emorragie in quanto anche le manovre durante il trasporto sarebbero risultate difficili. La vettura d'ambulanza modello 1856 conteneva alcune migliorie rispetto al modello precedente: non erano appese barelle lungo i due lati esterni del cassone ed erano presenti all'interno due letti, posti sotto i sedili richiudibili con un sistema a cerniera, affinché se non utilizzati, non intralciassero le attività assistenziali. La vettura d'ambulanza modello 1859 aggiunge un ulteriore posto letto in fondo al cassone, trasversalmente agli altri due. Un'altra differenza era che i letti stessi potevano essere convertiti in sedili. C'era un maggior ricambio d'aria: grazie alle assi che sorreggevano i letti erano presenti delle fessure di areazione per migliorare il circolo d'aria. Era presente una comunicazione tra l'interno e l'esterno tramite uno sportello, dal quale potevano entrare ed uscire gli infermieri addetti al trasporto. Non erano presenti appositi vani per porre i fucili, ma delle apposite "incastrature" cui appenderli (Intendenza generale dell'Armata sarda, 1859a).

ORGANIZZAZIONE SANITARIA DI SAN MARTINO E SOLFERINO

Il percorso assistenziale prevedeva un iter ben preciso: una volta prelevati i feriti dal campo di battaglia, venivano trasportati poco lontano, all'interno dell'ambulanza paragonabile ad un odierno punto di soccorso od ospedaletto da campo, per effettuare una prima valutazione. Qui veniva anche eventualmente effettuato un primo trattamento medico o chirurgico, a seconda della necessità, ed in seguito i feriti venivano trasportati con le vetture apposite o con carri chiesti in comodato d'uso alla popolazione presso gli ospedali militari della zona. Solo successivamente venivano ulteriormente spostati negli ospedali delle province limitrofe. Erano diverse le zone attivate per il soccorso dei soldati feriti (Intendenza generale dell'Armata sarda, 1859b). Sappiamo che uno degli ospedali militari più importanti in questo contesto era l'Ospedale Militare divisionario di Brescia (Fappani, 1960). Nella città erano presenti subito dopo la battaglia almeno centoquaranta medici, aiutati dagli studenti di medicina e da qualche volontario (Casa reale invalidi; 1859). L'ospedale di Brescia fu uno dei luoghi principalmente coinvolto nei conflitti oltre agli ospedali militari di Castiglione, Desenzano, Lonato, Salò, Montichiari, Carpenedolo, Leno. Prevedendo uno scontro sanguinoso, su ordine dei capi dell'esercito sabaudo furono convertiti ad ospedale militare anche parecchi luoghi di culto quali chiese, conventi e seminari. Uno dei più celebri fu l'ospedale militare di S. Gaetano, guidato dal celeberrimo medico Bartolomeo o Bortolo Gualla, noto patriota e grande studioso di medicina d'urgenza bellica (Servizi amministrativi, 1859b). Per i feriti di alto rango gerarchico molte famiglie nobili del luogo avevano offerto la loro dimora. Dal 12 giugno al 27 giugno 1859 furono aperti ben 11 tra chiese e conventi, a

Brescia e dintorni, per poter essere usati come ospedali militari, tra i quali S. Eufemia, collegio maschile di S. Chiara, collegio dei gesuiti, il seminario S. Angelo, il seminario S. Cristo, il convento e chiesa di S. Giuseppe, il convento e la chiesa del Carmine. Tra il 26 e il 26 giugno troviamo anche conventi femminili quali casa di S. Antonino, caserma del Fontanino e chiesa di San Giovanni, Liceo, chiesa di S. Clemente, S. Zanino, figlie della carità, casa Catterina e S. Eufemia, palazzo Martinengo delle palle, S. Orsola, casa di Dio, casa Mantovani, zitelle di s. Agnese, ospizio orfani, casa De-Bagno, chiesa di S. Nazaro. La località di Castiglione viene descritta nella sua totalità come un «ospedale improvvisato» (Petitti Bagliani di Roreto, 1909). La letteratura del periodo, i racconti e i diari dei presenti descrivono un'organizzazione sanitaria degli eserciti parecchio carente sia perché medici ed infermieri non erano presenti in numero sufficiente, sia perché il sistema di trasporto degli ammalati non era adatto e pronto a far fronte ad una ingente ed improvvisa necessità. Molti dei feriti e malati vennero trasferiti in ospedali al di fuori della provincia bresciana e mantovana in particolare nella città di Bergamo che furono adibiti al soccorso ed all'assistenza dei soldati feriti quel giorno: l'ospedale dei Celestini, del Lazzaretto, del Conventino, del Galgario, di S. Agostino e Fara, del Paradiso, del Liceo, del seminario, la Pia Casa del Ricovero o delle Grazie, di S. Marco o Ospedale maggiore (Servizi amministrativi, 1859c). Dopo un iniziale periodo di confusione, dovuta al continuo afflusso di feriti e malati presso gli ospedali, i feriti dell'esercito francese e sardo vennero suddivisi in ospedali diversi: i francesi vennero assistiti negli ospedali di Fara e del Paradiso, mentre i feriti dell'esercito sardo negli ospedali Liceo, Seminario, Conventino, San Marco, Casa delle Grazie. I Cacciatori delle Alpi ed i giovanissimi (battaglione adolescenti) al Galgario ed all'ospedale dei Celestini (Consiglio superiore militare di Sanità, 1859b).

Nell'archivio storico di Torino è presente una lettera scritta al Ministro della Guerra da parte dell'Intendenza Generale d'Armata datata 25 settembre 1859, tre mesi dopo la battaglia di San Martino e Solferino, che esplicita e descrive in maniera analitica la distribuzione dei soldati feriti in tutti gli ospedali militari di riferimento per ogni divisione (Intendenza generale dell'armata sarda, 1859b).

- Le truppe di Monza, Milano e dintorni presso gli ospedali di Milano (Monastero Maggiore, S. Angelo e S. M. di Loreto, per una capacità di 1230 ammalati).
- Le truppe della seconda divisione presso Treviglio, Gorgonzola, Vaprio e Camonica, Romano, Martinengo, approfittando eventualmente anche dei vicini ospedali civili locali, in seguito a convenzioni preventive stabilite anticipatamente dall'ufficio d'Intendenza della divisione con le amministrazioni degli ospedali stessi. Nel caso in cui ci fosse ulteriore bisogno di letti, la seconda divisione dovrà fare riferimento agli ospedali delle città di Milano e Bergamo, in quanto in quella zona vi erano i rami della ferrovia Milano-Bergamo o Bergamo-Brescia.
- Le truppe della quinta divisione presso Palazzolo, Coccaglio, Rovato, Chiari, Ospitaletto. Come la seconda divisione, in caso di bisogno possono fare appoggio agli ospedali civili locali. Non essendo questi in grande quantità ed essendo che la quinta divisione presiedeva un territorio ricco di rami della ferrovia Brescia-Bergamo, più che fare riferimento agli ospedali civili bresciano si chiedeva di recarsi a Bergamo, dove vi erano dai 500 ai 700 letti disponibili per i soldati della quinta divisione. In particolare presso gli ospedali Ricovero, Galgario e Civile. Anche il Conventino era adibito ad ospedale militare in caso di bisogno, con 600 letti, al quale si chiede però di disporre alloggio e non servizio sanitario.
- Le truppe della quarta divisione presso Brescia, presso gli ospedali di S. Angelo, S. Giulia e S. Eufemia per una capacità dai 1100 ai 1200 letti.
- Le truppe della divisione di cavalleria della riserva d'artiglieria presso Borgo Salotto, Poncarale, Montirone, Bagnolo, Leno. Non essendoci ospedali civili, la cavalleria poteva fare riferimento all'ospedale di Brescia.
- Le truppe della terza divisione presso gli ospedali di Salò, Desenzano, Lonato, Castiglione delle Stiviere e Montechiari, approfittando eventualmente anche degli ospedali civili locali. Viene citata inoltre l'organizzazione per la disposizione di un ulteriore ospedale a Castiglione delle Stiviere di 200 letti circa in cui prestava servizio il personale sanitario di Desenzano.

Nella stessa missiva è anche scritto che il numero dei letti disponibili rispetto alle forze militari era troppo misero. Le ferite da arma da fuoco non furono le uniche cause degli svariati ricoveri dei soldati presso gli ospedali militari: una grande incidenza la ebbero le malattie contagiose, che aumentarono il numero di malati dai giorni che subito seguirono la battaglia di Solferino e S. Martino. Le più frequenti erano le coliti, diarree, dissenterie ed i sintomi del colera, ma la malattia che distrusse il maggior numero di militari fu il tifo nelle sue più diverse forme. Dal 25 giugno 1859 il numero dei feriti e delle perdite aumentò sempre di più. All'interno degli ospedali civili di Brescia le problematiche più frequenti erano le complicanze da infezione, la febbre purulenta, le malattie gastrointestinali, il tetano, il vaiolo, le malattie veneree.

NASCITA DI UN'IDEA ASSISTENZIALE: LA CROCE ROSSA INTERNAZIONALE

«Il sole del 25 [giugno 1859] illuminò uno degli spettacoli più spaventevoli che si possano presentare all'immaginazione. Il campo di battaglia è in ogni parte coperto di cadaveri d'uomini e cavalli». Questa frase fu annotata il giorno dopo il conflitto da Jean Henri Dunant, nel suo immortale libro *Un Ricordo di Solferino* (1902). La presenza dell'imprenditore ginevrino sul campo di battaglia fu casuale, ma l'impressione che i combattimenti fecero su di lui non fu tale. Prescindendo dal fatto che non tutti i testi sono concordi sul numero dei morti e dei feriti di ogni singola battaglia, così come del resto anche per le guerre successive e le due guerre mondiali, ciò che è emerso colpisce notevolmente un occhio contemporaneo. Il conteggio dei morti e dei feriti per l'Indipendenza e per l'Unificazione della nazione lascia allibiti senza contare i morti della spedizione sabauda in Crimea nel 1855, che ammontano a 4.543 unità (solo 30 furono i morti in battaglia e 187 i feriti, gli altri periti per colera e malattie varie); i fucilati per vari motivi; gli impiccati; i morti durante la prigionia civili e militari. Dai documenti analizzati, si può dedurre che l'esercito sabauda aveva una struttura sanitaria efficace sia dal punto di vista del personale sia dal punto di vista organizzativo, ma che non è stata numericamente sufficiente per far fronte all'ecatombe generata dalla battaglia di San Martino e Solferino. Lo stato di carenza degli infermieri all'interno dell'esercito era già stato evidenziato dopo la Prima Guerra di Indipendenza e sottolineato anche in vari dispacci militari (Rovighi, 1860). Inoltre, durante una battaglia regna una grande confusione e spesso, per i soldati, era difficile sapere sempre dove fosse situata la loro ambulanza: poteva anche essere parecchio lontana dalla loro attuale posizione. Una situazione come la battaglia di San Martino e Solferino, non prevista e molto violenta, poteva aver provocato in tempo breve l'esaurimento dei presidi per il trasporto disponibili (barelle, lettighe, seggiole), oltre che dei posti all'interno dell'ambulanza durante il trasporto, cosa che effettivamente è successa. Nonostante il sistema Triage fosse stato ideato ed utilizzato dall'esercito napoleonico, dai documenti non emerge una differenziazione della gravità in base al colore, ma si evidenziano alcuni segni distintivi che ricordano il sistema di valutazione attuale. Viene specificato nei testi che è fondamentale la corretta scelta ed il corretto utilizzo dei presidi di trasporto quando necessario: questo voleva dire che l'infermiere sul campo di battaglia doveva essere in grado di saper valutare la gravità e la tempistica. I soldati feriti, ma in grado di camminare, venivano esortati a recarsi autonomamente presso il deposito d'ambulanza per ricevere le prime cure ed assistenza.

L'evidente disomogeneità dei dati in particolare sui morti, dispersi, prigionieri e sulle reali forze in campo, hanno condotto ad ipotesi numeriche che avvallano la tragicità dell'episodio tramandatosi lungo la storia. Sebbene le indagini storiche ci hanno portato a conoscere che prima della Croce Rossa Internazionale era già presente una struttura organizzata all'interno dell'esercito per l'assistenza ai soldati e che forme assistenziali da parti di civili erano già state implementate in diverse nazioni, Henry Dunant ha un merito straordinario: è stato un grande comunicatore. Ha saputo utilizzare un libro come mezzo per dare risalto e richiamare l'attenzione dei potenti d'Europa sul problema della guerra e dell'assistenza ai feriti sui campi di battaglia. Da allora, la guerra non fu più letta solo come momento di gloria e di vittoria, ma cominciò a essere osservata dal punto di vista delle vittime. Insieme ai suoi collaboratori (il giurista Gustave Moynier, il generale Guillaume-Henri Dufour e i medici Louis Appia e Theodore Maunoir), Dunant creò il Comitato Ginevrino di Soccorso dei Militari Feriti: di seguito istituirono il Convegno di Ginevra (26-29 ottobre 1863) durante il quale verrà firmata da 18 paesi la Prima Carta Fondamentale dei diritti del soldato e nascerà ufficialmente il Movimento Internazionale di Croce Rossa (Cipolla, 2009). La nascita del movimento di Croce Rossa è il motivo per cui principalmente viene ricordata la battaglia di San Martino e Solferino, ma non è l'unico importante. Bisogna rammentare che essa si colloca all'interno del contesto della Seconda Guerra di Indipendenza, circondata da altre battaglie altrettanto significative. Un contesto di continua innovazione che procederà con l'unificazione del Regno d'Italia portando ulteriori sviluppi in campo medico ed infermieristico. Oggi sono presenti in territorio italiano tre atenei che si occupano della formazione di soldati che vogliono intraprendere la carriera infermieristica militare: l'Università di Roma Tor Vergata per l'Esercito, La Sapienza (sede di Viterbo) per l'Aeronautica e l'Università di Bari per la Marina. Benché l'essere infermiere sia nella sua essenza stessa un portatore di benessere, la storia della professione ha evidenziato come in alcune occasioni siano stati gli eventi bellici o drammatici a portare delle evoluzioni e dei progressi: sta a noi ricordarne le origini per perpetuarle e migliorarle nei tempi di pace.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Francesca Sala

Pediatric Emergency Department,
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale
Maggiore Policlinico

Barbara Fassino

Neonatal Intensive Care Unit, Fondazione
IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico

Federica Buzzi

RN, Pediatric Unit, IRCCS Ospedale
San Raffaele

Patrizio Sannino

Department of Healthcare Professions,
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale
Maggiore Policlinico

Serena Rampini

Department of Healthcare Professions,
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale
Maggiore Policlinico

Gabriele Sorrentino

Neonatal Intensive Care Unit, Fondazione
IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico

Barriere, sfide e strategie per la gestione trasfusionale nei paesi a basso reddito: revisione narrativa ed esperienza personale in repubblica democratica del Congo

Barriers, challenges and strategies for transfusion management in low-income countries: narrative review and personal experience in the democratic republic of congo

**ABSTRACT****Introduzione**

La medicina trasfusionale è essenziale per la diagnosi e il trattamento di numerose patologie, garantendo la somministrazione di emocomponenti sicuri in diversi ambiti terapeutici. L'iter trasfusionale è regolato da normative nazionali ed europee rigorose, oltre che da linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Tuttavia, nei paesi a basso e medio reddito (Low-and-Middle Income Countries, LMICs), tali standard di qualità risultano spesso difficilmente applicabili.

Obiettivo

Analizzare la letteratura sulle barriere e gli ostacoli nell'implementazione dell'iter trasfusionale nei LMICs, confrontando i risultati con un'esperienza personale in Repubblica Democratica del Congo.

Metodi

È stata condotta una revisione della letteratura utilizzando stringhe di ricerca formulate secondo metodo EPICOT. Sono state consultate le principali banche dati (PubMed, Scopus, Embase, Ovid e CINAHL). I limiti imposti sono linguistici (inglese, italiano, spagnolo e francese).

Risultati

La ricerca ha identificato 10 articoli pertinenti ai quesiti di ricerca. Dall'analisi è emerso che le problematiche includono la scarsità di donatori, la limitata disponibilità di test di screening, infrastrutture inadeguate e l'utilizzo improprio delle trasfusioni. I fattori economici, socioculturali e la carenza di formazione del personale sanitario influiscono significativamente sull'iter trasfusionale. L'esperienza nella Repubblica Democratica del Congo ha evidenziato che l'omissione di alcune fasi procedurali è spesso giustificata dalla carenza di risorse e dalla necessità di interventi urgenti sul paziente, portando a una semplificazione del processo.

Conclusione

Per raggiungere gli standard trasfusionali promossi dall'OMS, è necessario sviluppare protocolli adattati ai contesti socioeconomici e culturali specifici dei LMICs. La modulazione delle linee guida, tenendo conto delle differenze locali, è fondamentale per migliorare la qualità e la sicurezza delle trasfusioni in tali contesti.

Parole chiave

Trasfusioni, donatori di sangue, banche del sangue, Paesi in via di sviluppo.

ABSTRACT**Introduction**

Transfusion medicine is essential for diagnosing and treating several diseases, ensuring the administration of safe blood components in several therapeutic settings. The transfusion process is regulated by strict national and European directives, as well as guidelines promoted by the World Health Organization (WHO). However, these quality standards are often difficult to apply in Low and Middle-Income Countries.

Aim

To analyze the literature on barriers and obstacles to the implementation of the transfusion process in Low- and Middle-income countries, comparing the results with personal experience in the Democratic Republic of Congo.

Methods

A literature review was carried out, with the search strings developed according to the EPICOT method. The main databases were searched up (PubMed, Scopus, Embase, Ovid, and Cinahl). The limit used was linguistic (English, Italian, Spanish, and French).

Results

The research identified 10 articles relevant to the study questions. The analysis revealed that issues include the shortage of donors, the limited availability of screening tests, the inadequate infrastructure and the misuse of transfusions. Furthermore, economic, socio-cultural factors and the lack of training of health personnel have a significant impact on the transfusion process. The experience in the Democratic Republic of Congo has shown that the omission of certain procedural steps is often justified by the lack of resources and the need for urgent interventions on the patient, leading to a simplification of the process.

Conclusion

To achieve the WHO-promoted transfusion, protocols customized to the specific socio-economic and cultural contexts of LMICs need to be developed. The modulation of the guidelines, taking into account local differences, is essential to improve the quality and safety of transfusions in such settings.

Keywords

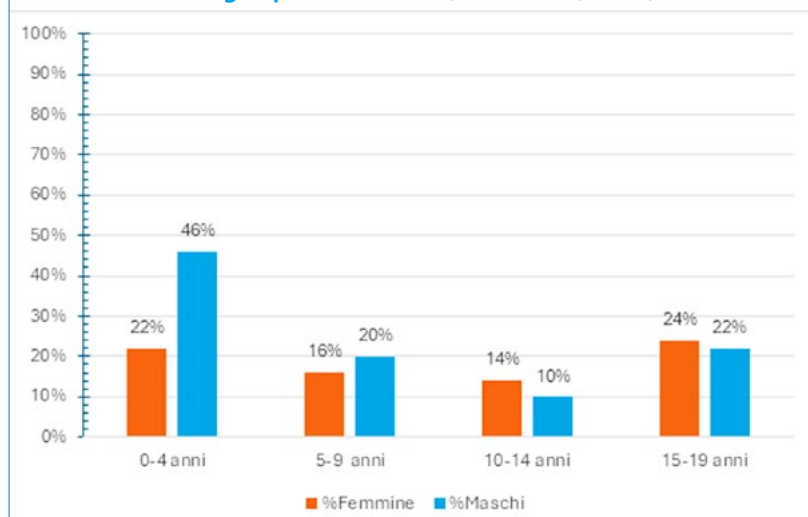
Blood transfusion, blood donors, blood banks, developing countries.

INTRODUZIONE

La medicina trasfusionale rappresenta un pilastro fondamentale nella diagnosi e nel trattamento di numerose patologie, garantendo la disponibilità di emocomponenti sicuri sia in regime ambulatoriale che in situazioni di emergenza. Si stima che, a livello globale, ogni due secondi una persona necessita di una trasfusione di sangue sottolineando così la rilevanza di questa pratica (Centro Nazionale Sangue, 2016). La sopravvivenza e il buon funzionamento dell'organismo dipendono strettamente sia dalla qualità che dalla quantità del sangue, che, non essendo ancora riproducibile in laboratorio, rappresenta per alcuni pazienti un fattore terapeutico unico e insostituibile (Associazione Volontari Italiani del Sangue, 2023b). In Italia, l'iter trasfusionale è regolamentato da direttive nazionali ed europee, e da linee guida promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che riguardano tutte le tappe del processo, dalla donazione di sangue alla sua conservazione, dalla gestione fino alla somministrazione al paziente. La rete dei Servizi Trasfusionali è organizzata su base territoriale, al fine di coprire aree geografiche specifiche; in questo modo, è possibile

rispondere rapidamente alle emergenze e ottimizzare le risorse in base alla domanda locale (Centro Nazionale Sangue, 2016). Secondo uno studio multicentrico, condotto in Italia nel 2021, quasi due terzi dei pazienti sottoposti a trasfusione (64.9%) ha più di 65 anni, e solamente il 3% ne ha meno di 15. All'interno della popolazione pediatrica, la distribuzione tra i due generi è pressoché equivalente, fatta eccezione per la fascia di età 0-4 anni, in cui i pazienti di sesso maschile risultano sovra-rappresentati rispetto alle femmine (Facco et al., 2021). Il grafico sottostante mostra la distribuzione percentuale dei pazienti pediatrici sottoposti a trasfusione, suddivisi per sesso e fascia di età (Figura 1) (Facco et al., 2021).

Figura 1. Diagramma a colonne raggruppate della distribuzione dei riceventi di sangue per età e sesso (Facco et al., 2021)



In ambito pediatrico, le emergenze che richiedono infusioni urgenti di emazie sono rare. In situazioni critiche, inizialmente si somministrano colloidi o cristalloidi per stabilizzare la volemia. Nei casi in cui è necessario trasfondere il paziente con delle unità ematiche, si trasfonde le quantità adeguate di sangue una volta determinato il suo gruppo sanguigno AB0 e completate le prove di compatibilità (Caramia and Vendemmia, 2004). Nello specifico, la trasfusione di plasma è indicata in caso di deficit della coagulazione, quella di piastrine nei quadri clinici di piastrinopenia con rischio di sanguinamento, mentre la trasfusione di concentrati eritrocitari mira a migliorare l'ossigenazione, prevenendo l'ipossia e l'instabilità clinica secondarie a grave anemia (Istituto Superiore di Sanità, 2018). Le indicazioni pediatriche per la trasfusione di emazie si basano sui livelli di emoglobina (Hb), considerati singolarmente o in combinazione con specifiche condizioni cliniche e patologiche e variano tra neonati, lattanti, bambini e adolescenti. La quantità da trasfondere dipende dal peso del paziente e varia in base all'ematocrito (Hct) da raggiungere (Caramia and Vendemmia, 2004). I metodi di raccolta del sangue sono fondamentali per garantire la sicurezza degli emocomponenti destinati a trasfusioni e trattamenti specifici e vengono generalmente applicati nei centri di donazione e negli ospedali. I principali metodi sono la donazione di sangue intero, ovvero il prelievo e la successiva separazione dei componenti sanguigni, e l'aferesi, ovvero la raccolta diretta delle componenti specifiche (Associazione Volontari Italiani del Sangue, 2023a). La pratica trasfusionale comporta rischi, tra cui complicanze immunologiche, infettive o metaboliche, che possono interessare sia il donatore sia il ricevente. Per questo motivo, mantenere gli standard di sicurezza lungo tutta la catena trasfusionale è essenziale per proteggere la salute dei pazienti (Sarode, 2024). In Italia, gli standard di sicurezza durante l'intero iter trasfusionale sono elevati grazie all'adozione di rigorosi protocolli di controllo. Tutte le unità ematiche donate vengono sottoposte a test per escludere la presenza di agenti patogeni responsabili di malattie infettive, garantendo un'elevata qualità del prodotto trasfusionale. Inoltre, esistono sistemi di tracciabilità completi che monitorano ogni fase, dalla donazione all'infusione al paziente, riducendo al minimo il rischio di errori o la contaminazione (Centro Nazionale Sangue, 2016). Sebbene siano state diffuse linee guida per regolamentare le buone pratiche cliniche, l'iter trasfusionale rimane disomogeneo a livello globale: nei Paesi a basso reddito, infatti, esistono diverse barriere e ostacoli di carattere socioeconomico che impediscono un corretto management trasfusionale (World Health Organization, 2022). Inoltre, la letteratura scientifica offre numerose raccomandazioni sulle modalità di trasfusione nei Paesi ad alto reddito (High-Income Countries, HIC), mentre nei Paesi a medio e basso reddito (Low- and Middle-Income Countries, LMIC) il riscontro è nettamente inferiore, nonostante i rischi in questi contesti siano significativamente più elevati. (Fondazione Veronesi, 2013).



OBIETTIVI

Questo studio si propone di analizzare le barriere e gli ostacoli della Terapia Trasfusionale nei Paesi a basso reddito, confrontando i dati presenti in letteratura con l'esperienza personale maturata nella Repubblica Democratica del Congo. Per meglio orientare la ricerca, oltre a questo, sono stati formulati quattro quesiti secondari inerenti: il processo di selezione di un donatore sicuro, le procedure di somministrazione degli emocomponenti, le linee guida diffuse nei Paesi a basso reddito e i punti critici dell'intero processo trasfusionale.

METODI

Per rispondere al quesito di ricerca dello studio, è stata condotta una revisione della letteratura. La ricerca, seguita dall'analisi dei record, è stata condotta formulando le stringhe di ricerca secondo il metodo EPICOT (Evidence, Patient, Intervention, Comparison, Outcome) e consultando le principali banche dati biomediche, quali MEDLINE via PubMed, Scopus, Embase, Ovid e CINAHL. I criteri di esclusione sono stati la lingua e la popolazione oggetti di studio. Nello specifico, sono stati selezionati studi sulla popolazione pediatrica con titolo, abstract e full text disponibili in italiano, inglese, francese o spagnolo. Non sono stati posti limiti temporali di pubblicazione per il reperimento degli articoli. Le keywords utilizzate sono state "blood transfusion", "blood donors", "blood banks", "developing countries" e sono state connesse tramite gli operatori booleani (AND e OR), e integrate con termini Thesaurus in una ricerca a testo libero. Sono stati inclusi nella revisione gli studi che avevano come obiettivo pri-

mario l'analisi dello stato dell'arte della medicina trasfusionale nei Paesi a basso reddito, con particolare attenzione alle barriere, agli ostacoli e alle strategie di gestione disponibili. Dopo un'accurata analisi qualitativa, sono stati esclusi gli articoli che non soddisfacevano criteri di inclusione o che non affrontavano tematiche pertinenti alla problematica principale. Sono stati applicati i seguenti criteri di esclusione aggiuntivi:

- Studi riguardanti la trasfusione di plasma e derivati del plasma
- Studi sulla Twin-To-Twin Transfusion Syndrome
- Studi riguardanti la procedura di exsanguino trasfusione
- Studi sulla trasfusione di sangue in contesti di emergenza e/o chirurgia
- Case report e studi di basso livello
- Studi non pertinenti alla situazione della Repubblica Democratica del Congo o al contesto geografico di interesse

RISULTATI

Il processo di selezione dei record prodotti dalle stringhe di ricerca si è sviluppato inizialmente rimuovendo i duplicati dal totale di 845 articoli, poi revisionando i 759 record per titolo ed abstract. Successivamente, sono stati analizzati i full text di 69 record conformi ai criteri di inclusione, selezionando infine 10 articoli per la revisione, come descritto nella figura 2.

L'analisi dei fattori che influenzano la pratica trasfusionale nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) ha evidenziato criticità in tutte le fasi del processo, confermando l'esistenza di barriere sistemiche alla sicurezza e all'efficienza della donazione di sangue.

1. Reclutamento dei donatori e approvvigionamento di sangue

Nei LMIC, la carenza di donatori volontari non remunerati (Voluntary Non-Remunerated Donors, VNRD) porta a un'elevata dipendenza dai donatori familiari e remunerati, aumentando il rischio di trasmissione di malattie infettive (Allain, 2011; Weimer et al., 2019). Sebbene i VNRD garantiscano maggiore sicurezza, il loro costo per unità di sangue è più elevato rispetto ai donatori sostitutivi, rendendo il sistema economicamente insostenibile senza adeguati investimenti (Custer et al., 2018).

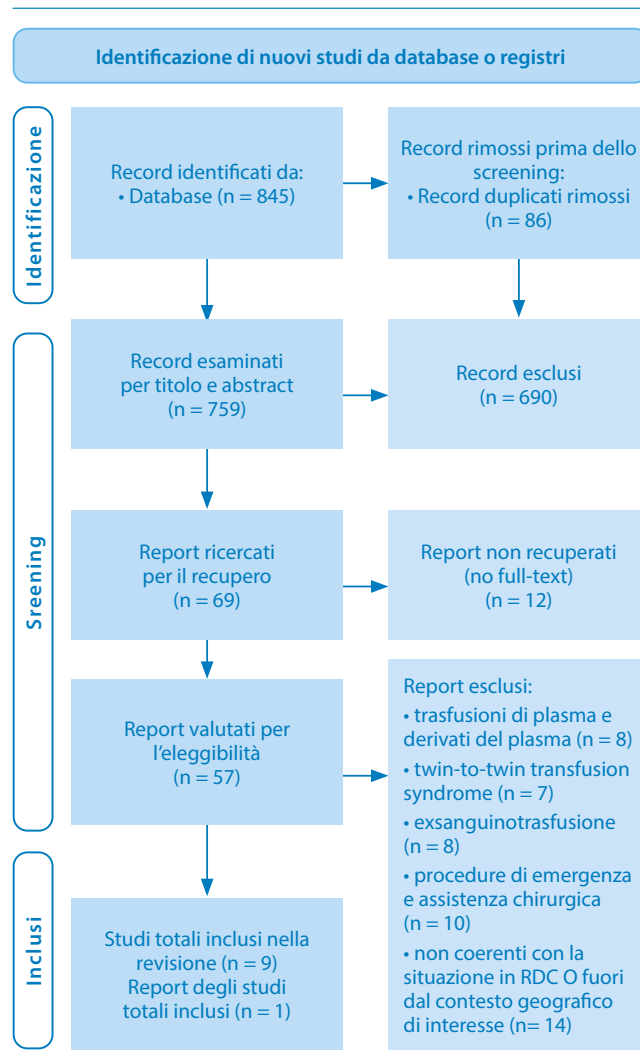
2. Screening e sicurezza trasfusionale

I test sierologici per le infezioni trasmissibili tramite trasfusione (TTIs) sono spesso limitati da risorse economiche e tecnologiche insufficienti, con conseguente elevato rischio infettivo per i pazienti (Riley and McCullough, 2012; Barnes et al., 2022). Il confronto con i Paesi ad alto reddito mostra una marcata disparità nei tassi di trasmissione di virus come HIV ed epatiti, con un'incidenza significativamente più alta nei LMIC a causa della minore capacità di screening (Marcucci, Madjdpour and Spahn, 2004; Bates, Manyasi and Medina Lara, 2007). Inoltre, la mancanza di controlli sui livelli di emoglobina e sullo stato di salute dei donatori espone questi ultimi al rischio di anemia iatrogena (Custer et al., 2018).

3. Infrastrutture sanitarie

L'assenza di un sistema trasfusionale centralizzato e la carenza di strutture adeguate compromettono la gestione delle scorte di sangue (Mbanya, 2012; Barnes et al., 2022). La refrigerazione inadeguata e la mancanza di monitoraggio portano a sprechi e a una distribuzione inefficace, con conseguenze dirette sulla disponibilità di sangue

Figura 2. Diagramma di flusso riguardante il processo di selezione degli articoli.



nelle emergenze. La frammentazione dei servizi limita anche la raccolta e l'analisi di dati epidemiologici, ostacolando la pianificazione di strategie basate sull'evidenza (Riley and McCullough, 2012; Custer et al., 2018).

4. Uso clinico delle trasfusioni

Nei LMIC, i criteri trasfusionali sono più restrittivi per ridurre il consumo di sangue, con linee guida che raccomandano la trasfusione solo per livelli di emoglobina estremamente bassi (<4-5 g/dL) e in presenza di sintomi critici (Clark, 2004; Marcucci, Madjdpour and Spahn, 2004; Bates, Manyasi and Medina Lara, 2007). Tuttavia, l'inosservanza delle best practice e la semplificazione delle procedure trasfusionali per ragioni operative contribuiscono a un utilizzo improprio del sangue, compromettendo la sicurezza del paziente (Allain, 2011; Weimer et al., 2019; Barnes et al., 2022).

5. Gestione delle complicanze

La formazione del personale sanitario nella gestione delle trasfusioni e delle loro complicanze è irregolare e spesso insufficiente (Mbanya, 2012; Barnes et al., 2022). L'assenza di protocolli uniformi e di training sistematico porta a errori terapeutici e alla mancata segnalazione delle reazioni trasfusionali. Circa il 36% delle reazioni avverse non viene denunciato per mancanza di competenze nel riconoscere gli eventi critici (Barnes et al., 2022).

6. Fattori socioculturali e sensibilizzazione

Aspetti culturali e religiosi influenzano significativamente l'attitudine alla donazione di sangue (Beal, 1993). Se da un lato l'altruismo è un forte motivatore (Asamoah-Akuoko et al., 2017), dall'altro la paura degli effetti negativi sulla salute e le credenze tradizionali rappresentano barriere significative. Nei contesti in cui il sangue è considerato un bene privato o un elemento di forza vitale, la propensione alla donazione risulta particolarmente bassa (Custer et al., 2018; Weimer et al., 2019). La scarsa attività di sensibilizzazione e la limitata accessibilità alle informazioni aggravano ulteriormente il problema (Marcucci, Madjdpour and Spahn, 2004; Bates, Manyasi and Medina Lara, 2007).

DISCUSSIONE

I risultati della revisione e la mia esperienza personale evidenziano una relazione significativa tra le risorse economiche di un Paese e la qualità delle cure erogate. La mancanza di fondi e di una leadership forte influiscono sulla sanità pubblica, costringendo le strutture a gestirsi autonomamente, senza una rete di collegamento orizzontale con gli altri servizi trasfusionali locali, né verticale con il governo, e senza un livello di assistenza standardizzato (Riley and McCullough, 2012; Barnes et al., 2022). L'aspetto economico non è l'unico a influenzare gli standard di cura trasfusionale: le credenze religiose, etiche e spirituali possono ostacolare o facilitare i programmi di selezione dei donatori. Una scarsa comprensione di questi aspetti potrebbe ridurre l'adesione ai programmi di donor recruitment, compromettendo la capacità di soddisfare la domanda di sangue. In presenza di un numero inadeguato di donatori volontari non remunerati, il ricorso ai donatori familiari o retribuiti, come ho sperimentato direttamente, è inevitabile, per quanto sconsigliato dall'OMS (Allain, 2011; Custer et al., 2018). L'epidemiologia della trasfusione è un ulteriore fattore chiave: le linee guida globali non sono universalmente applicabili, poiché in contesti come l'Africa Sub-Sahariana le patologie che richiedono una trasfusione sono di tipologia e frequenza differenti. I protocolli devono, inoltre, tener conto dell'incidenza delle infezioni potenzialmente trasmissibili con questa pratica, come HIV, HBV e HCV, un procedimento complesso data la rara disponibilità di statistiche nazionali (Marcucci, Madjdpour and Spahn, 2004; Bates, Manyasi and Medina Lara, 2007). Le evidenze raccolte mostrano che, anche ipotizzando di colmare le lacune sopra descritte, è di fondamentale importanza anche l'implementazione delle infrastrutture e la formazione degli operatori (Mbanya, 2012). Avere a disposizione personale sanitario specializzato consente di evitare gli sprechi sia dovuti all'uso inappropriato del sangue, che all'impiego improprio delle attrezzature. I riscontri della mia esperienza confermano ulteriormente le affermazioni presenti in letteratura: sebbene l'introduzione di migliorie tecnologiche possa colmare alcune lacune procedurali, essa può anche generare nuove incertezze. Durante il mio mese in RDC, l'accesso alla corrente elettrica ha permesso lo sviluppo di una piccola banca del sangue, che ha richiesto un supporto formativo per il personale. Il personale sanitario ha dovuto aggiornarsi in risposta alla nuova esigenza, non avendo mai avuto la possibilità di formarsi in merito alla conservazione delle unità ematiche a basse temperature (Beal, 1993; Weimer et al., 2019). Le evidenze emerse dal confronto tra la letteratura e la pratica sul campo sono coerenti tra loro e, non solo confermano quelle di altri studi, ma supportano anche un approccio multidisciplinare per garantire trasfusioni sicure e adeguate. Come sostenuto da Leikola J et. al. (1994) e da Lund et al. (2013), i servizi trasfusionali nei LMIC sono ancora segnati non solo dai tassi di incidenza di malattie come l'HIV, ma anche dalla mancanza di un'alternativa alla pari del sangue umano, unica fonte per le trasfusioni (Leikola

and Contreras, 1994). Inoltre, fattori come la popolazione in continua crescita e la scarsità delle risorse sanitarie contribuiscono ad aumentare il divario tra domanda/offerta per le unità ematiche (Lund et al., 2013).

ESPERIENZA PERSONALE IN REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO

La Repubblica Democratica del Congo (RDC) ha un'estensione territoriale circa otto volte l'Italia e una popolazione stimata di oltre 95 milioni di abitanti. Sebbene disponga di abbondanti risorse naturali e ricchezze minerarie, il Paese affronta sfide significative, tra cui l'instabilità politica, conflitti interni e la povertà diffusa. Queste condizioni si sono aggravate negli anni, influenzando non solo lo sviluppo socioeconomico, ma anche la qualità della vita dei cittadini (Centro Studi di Politica Internazionale, 2014; Save The Children, 2024). L'assenza di sistema di sicurezza sociale lascia la popolazione priva di servizi essenziali, costringendola a sostenere i costi per l'istruzione, le cure sanitarie e persino per documenti fondamentali come i certificati anagrafici. Questa situazione rappresenta una sfida considerevole, considerando che il reddito medio annuo pro-capite è di soli 220 dollari (Amnesty International, 2022; UNICEF, 2023). Il profilo epidemiologico del Paese è caratterizzato dalla diffusione di numerose malattie infettive e parassitarie, che causano ricorrenti epidemie difficili da controllare (World Health Organization, 2014). Ad aggravare ulteriormente la situazione sanitaria non è solo la distribuzione delle malattie, ma anche l'insufficienza del personale sanitario. Secondo l'ultima rilevazione dell'OMS, infatti, l'incidenza dei medici è di solo 0,11 per 1000 abitanti, mentre quella del personale infermieristico e ostetrico è di 0,53 per 1000 abitanti (Centro Studi di Politica Internazionale, 2014; Amnesty International, 2022). Inoltre, meno di un paziente su due ha accesso ai servizi sanitari di base, poiché i relativi costi sono a carico dei cittadini, nonostante la maggior parte della popolazione congolese sopravviva con soli 30 centesimi di dollaro al giorno. Inoltre, la mancanza di infrastrutture e le enormi distanze dai villaggi più rurali rende estremamente difficile anche solo raggiungere un centro sanitario (World Health Organization, 2014). Di conseguenza, molte persone cercano assistenza sanitaria solo quando è ormai troppo tardi. La struttura sanitaria dove ho svolto l'attività di volontariato nell'Agosto 2023 si trova a Tumikia, una piccola realtà rurale a circa 500 km a est della capitale della RDC. Fino a circa dieci anni fa, il villaggio non disponeva né di acqua né di energia elettrica. Presso l'ospedale e l'orfanotrofio erano presenti bacini per l'accumulo di acqua piovana, utilizzata per i vari servizi, ad eccezione della stagione secca, durante la quale le precipitazioni sono assenti.



Le attività e la quotidianità

Dal 2015 ad oggi, sono stati avviati diversi progetti idraulici e strutturali grazie ai quali si è potuta distribuire acqua sia a Tumikia che ad altri due villaggi limitrofi. Questo sistema ha permesso che in ospedale si potessero eseguire interventi preventivi per il contenimento delle infezioni, quali il lavaggio sociale delle mani e la sanificazione degli ambienti. Durante il mio periodo di volontariato, ho osservato il lavoro sul campo di medici e infermieri, dalle visite obiettive agli esami strumentali, fino alle campagne vaccinali, alla somministrazione delle terapie e agli interventi chirurgici. L'equipe sanitaria era formata esclusivamente da personale locale che, dopo il periodo di formazione e tirocinio a Kinshasa, aveva fatto ritorno nel villaggio natale per garantire la presenza di un servizio sanitario anche in quest'area più rurale. In una giornata standard, la mattinata era dedicata all'assistenza dei pazienti (sia adulti che pediatrici) che erano sottoposti ad intervento chirurgico e alle visite ambulatoriali, mentre le ore post-prandiali erano impiegate per le vaccinazioni ai bambini dei villaggi limitrofi, per la somministrazione della terapia ai degen- ti e per gli esami strumentali. Tutti i pazienti si recavano in medicheria per la somministrazione dei farmaci previa prescrizione del medico. La maggior parte delle formulazioni farmacologiche prevedeva la somministrazione per via endovenosa tramite puntura estemporanea, tramite iniezione intramuscolo o la somministrazione per via orale, soprattutto nei bambini. I pazienti pediatrici sopraggiunti al centro di salute erano affetti da grave malnutrizione o peggioramento clinico ad essa correlato, anemia, crisi malarica o complicanze legate all'infezione, drepanocitosi oppure stato di gravidanza: tutte condizioni per cui può rendersi necessaria la somministrazione di emocomponenti. Nella RDC, infatti, le malattie ematologiche sono molto diffuse nella popolazione (Wake and Cutting, 1998; Anonymous, 2007; McCullough and McCullough, 2013; Ifland, 2014; Abdullah and Karunamoorthi, 2016; Roberts

et al., 2016; Allain, 2019), e per molti bambini una trasfusione rappresenta l'unica possibilità di sopravvivenza. Eppure, nonostante queste situazioni siano piuttosto frequenti in questi contesti, è sempre difficile garantire sangue sicuro e disponibile nell'immediato, come si è evinto anche dall'analisi dei record della letteratura.

Trasfusione a un bambino

Ho assistito a diverse trasfusioni, una delle quali somministrata in emergenza su un bambino di 3 anni in crisi malarica e con un valore di emoglobina da campione periferico pari a 2,9 g/dL. La dispnea ingravescente, il pallore a congiuntive, cute e mucosa orale e la tachicardia erano suggestivi ed evidenti al punto che l'esame del prelievo non poteva che confermare le ipotesi di diagnosi già formulate. A causa della carenza di materiali, l'esame capillare non è una procedura standard in questa realtà. Prima di eseguirlo, si valuta attentamente la sua effettiva necessità in base al quadro clinico del paziente. Nel caso presentato, tra i segni clinici e i sintomi suggestivi di instabilità emodinamica sono stati considerati: il polso arterioso in termini di frequenza, ritmo e qualità (forza della pulsazione), la presenza di sudorazione profusa e algida, la cute fredda, e il pallore congiuntivale e palmare. In questo caso, la donazione è avvenuta da un ragazzo di 21 anni, residente in uno dei villaggi vicini all'ospedale, a cui sono state poste domande solo per verificare la sua effettiva disponibilità a donare il sangue. Prima di procedere con la donazione, sono stati prelevati dei campioni mediante venipuntura per la determinazione del gruppo sanguigno AB0 e del fattore Rh, e per la verifica della compatibilità con il ricevente. In aggiunta, sono stati eseguiti dei test sierologici per escludere la presenza di HIV, epatite B, epatite C e sifilide. Questi test si basano su metodi che rilevano la presenza di anticorpi o antigeni specifici nel sangue: mescolando il siero del donatore con un reagente specifico è possibile notare delle reazioni visibili (come un cambiamento di colore o l'agglutinazione), a conferma della presenza dei patogeni. Accertata la negatività ai marker infettivi, si è proceduto con il prelievo utilizzando un kit monouso. Questi kit monouso e sterili sono disponibili di diversa misura, ovvero da 250 ml o da 450 ml, ma in tutte le trasfusioni a cui ho assistito si è utilizzato preferibilmente quello da 250 ml per prevenire gli sprechi. Dopo la disinfezione del sito di inserzione, è stato effettuato il prelievo dal donatore. Le emazie sono state immediatamente infuse al paziente, senza ulteriori analisi sull'unità, poiché in questa realtà non vi sono scorte pronte all'uso e vi è la necessità di intervenire rapidamente. Dopo la somministrazione di emazie, avvenuta con l'utilizzo di un deflussore con camera di gocciolamento e filtro per micro-aggregati a velocità controllata tramite regolatore di flusso, si sono accertate le condizioni cliniche generali del piccolo paziente, con particolare attenzione al miglioramento dei sintomi suggestivi di instabilità emodinamica. In questa situazione il bambino ha ricevuto la trasfusione, ma il processo per raggiungere questo obiettivo è stato complesso e articolato. Il problema riscontrato non era solo ottenere il sangue necessario, ma anche monitorare attentamente le reazioni avverse durante e post-trasfusionali: una pratica non sempre facile quando mancano risorse e personale specializzato. Non essendoci un punto di raccolta di sangue a livello territoriale, un'ulteriore difficoltà risiede nell'individuare potenziali donatori. In contesti come il villaggio di Tumikia, questa necessità si traduce nella ricerca di individui disposti a donare, spesso tra i residenti dei villaggi limitrofi o all'interno della cerchia familiare del paziente. La mancanza di risorse influisce anche sulla conservazione del sangue e degli emocomponenti: ad esempio, l'assenza di un'alimentazione elettrica adeguata e costante impedisce di conservare le scorte in celle frigorifere a basse temperature.



Miglioramenti costanti e formazione

Durante il mio mese di permanenza, un gruppo di tecnici ha messo in atto alcuni progetti di ammodernamento e manutenzione elettrica e idraulica, grazie ai quali è stato possibile avere un flusso corrente stabile a tal punto da poter creare una piccola emoteca, la cui apertura ha risolto numerose incognite e al contempo ne ha aperte di altre. Poiché in queste aree il flusso continuo di corrente elettrica è una risorsa rara, è stato necessario organizzare

corsi di formazione per il personale sanitario affinché potesse gestirla al meglio, dimostrando come le migliori tecnologiche debbano essere supportate da una formazione continua. In questa situazione, ad esempio, avere a disposizione un congelatore ha risolto il problema del corretto stoccaggio delle unità ematiche, ma ha sollevato dubbi riguardo al corretto mantenimento del sangue umano e alle tecniche di riscaldamento pre-infusionali. Questa nuova problematica è stata affrontata suggerendo ai professionisti sanitari di prelevare la sacca di sangue dall'emoteca con anticipo, per poi immergerla in un contenitore d'acqua: questa pratica consente un graduale raggiungimento della temperatura ambiente, ovvero una temperatura adeguata prima dell'infusione al paziente ricevente. Le difficoltà riscontrate nel periodo di volontariato sono state diffusamente presenti non solo nella procedura di trasfusione, ma anche nelle altre attività assistenziali: la mancanza di risorse tecnologiche ha reso difficile aspetti come la rilevazione di parametri vitali come la saturazione di ossigeno, la conservazione dei medicinali a temperature inferiori a quella ambientale e l'esecuzione di procedure rianimatorie. Il piano terapeutico dei pazienti è stato inevitabilmente influenzato dal contesto socioculturale circostante: la variabilità delle risorse disponibili ha necessitato di una modulazione delle pratiche assistenziali, rendendole adatte alle esigenze specifiche dei pazienti e delle circostanze locali.

CONCLUSIONI

In conclusione, è possibile affermare che le sfide per una buona pratica trasfusionale sono multifattoriali, e l'equilibrio delle variabili coinvolte varia notevolmente tra continenti e persino tra singoli Paesi. Secondo l'OMS, le direttive universali in ambito di sicurezza delle trasfusioni di sangue devono riguardare lo sviluppo di servizi di trasfusione coordinati a livello nazionale, la raccolta di sangue esclusiva da donatori volontari non retribuiti, la disponibilità di test di donazione di qualità garantita, la riduzione dell'uso clinico inappropriato del sangue e l'attuazione di sistemi e standard di qualità. Dai risultati emersi dalla letteratura si evince che queste linee guida non sono così facilmente attuabili, e che gli ostacoli nella realizzazione di un sicuro ed efficace management trasfusionale non sono solo di ordine economico, contrariamente a quanto si potrebbe pensare. Per raggiungere gli standard trasfusionali dell'OMS, è necessario sviluppare protocolli adattati ai LMIC, tenendo conto delle specificità socioeconomiche e culturali, ottimizzando le risorse e bilanciando sicurezza e disponibilità del sangue.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it

Antonella Cittadino

Lifecoach e facilitatrice in mindfulness
per professionisti della salute



Allenare la presenza mentale in reparto grazie alla mindfulness informale

Training mental presence in the ward through informal mindfulness

Quando si parla di mindfulness, molti associano questa parola alla “meditazione”. La meditazione, per quanto importante e ricca di benefici, rappresenta in realtà solo uno dei tasselli della pratica della mindfulness. Personalmente, come coach, facilitatrice in mindfulness e formatrice nei corsi rivolti agli infermieri per il potenziamento della presenza mentale, preferisco optare per la mindfulness informale. Probabilmente, questo dipende anche dal fatto che, io per prima, ho lavorato come infermiera, conoscendo bene i ritmi frenetici

che spesso caratterizzano il nostro mondo lavorativo. Con questa consapevolezza, ho scelto di proporre una forma di mindfulness informale che:

- non richiede di ritagliarsi uno spazio apposito, né di aggiungere qualcosa di “extra” a ciò che già facciamo;
- non necessita di particolari condizioni di silenzio per poterla praticare.
- può essere perfettamente integrata nella vita quotidiana di chi, tra lavoro e impegni personali, ha poco tempo a disposizione.

Mi è sembrata la scelta vincente. Naturalmente, meditare – se ne hai voglia e tempo – resta una pratica ricca di benefici, che consiglio vivamente. Se non sai cos’è la mindfulness, sappi che si tratta di essere consapevoli e pienamente presenti in ciò che sta accadendo in questo momento, calandosi nell’istante presente: il famoso “essere nel qui e ora”. La mindfulness informale, invece, consiste nel portare consapevolezza nella vita di ogni giorno, prestando attenzione a tutte quelle attività che spesso svolgiamo con il “pilota automatico”: mangiare, camminare, fare una doccia, guidare... Praticarla significa disattivare quel pilota automatico e riconnettersi al presente.

Hai presente quando, all’università, studiavi le procedure infermieristiche?

Oggi, dopo anni di lavoro, sei ben lontano dal ripetere ogni volta, passo dopo passo, ciò che devi fare. Il tuo cervello ha fortunatamente automatizzato il processo. Sarebbe un disastro se ogni volta dovessi imparare di nuovo una procedura da zero! Ma oggi voglio proporti un esercizio di mindfulness informale, molto semplice: Ogni tanto, mentre esegui una procedura, torna ad essere “tirocinante”. Esegui la procedura, con quella che in mindfulness chiamiamo la mente del principiante: focalizzati mentalmente su ogni singolo gesto.

Proprio come facevi quando eri studente e mostravi ai tutor, con attenzione e focus, la procedura scelta, passo dopo passo. Lo so, mentre leggi stai pensando che tutto va di corsa, e che le cose da fare in un turno sono tante...

Ma questo piccolo esercizio, fatto con attenzione e presenza, è estremamente potente: allena la presenza mentale, e non ha nulla da invidiare alla meditazione. Quella stessa meditazione, che magari dici di non avere tempo per praticare, ma che prometti sempre a te stesso di iniziare. La prossima volta che fai una pausa caffè, anziché guardare il telefono, assapora davvero il tuo caffè: percepiscine l’aroma, il gusto, la temperatura. Anche questa è mindfulness. Oppure, prima di entrare nella stanza di una paziente, fermati un attimo, chiediti come ti senti e fai un respiro consapevole: è un gesto semplice ma potentissimo, che ti aiuta a connetterti con te stesso e con le tue emozioni, prima di entrare in relazione con l’altro. In quale momento del tuo turno ti impegnerai ad essere più focalizzato sul presente? A te la scelta. Questi sono solo alcuni spunti perfettamente integrabili nella nostra quotidianità lavorativa: non richiedono tempo extra e migliorano la giornata, allenando la nostra presenza mentale. Magari stai pensando che la mindfulness sia solo l’ennesima moda del momento. In realtà, ti sbagli. Sebbene negli ultimi anni sia diventata molto popolare, è già dagli anni ’70 che, grazie al biologo molecolare statunitense **Jon Kabat-Zinn**, ne è stato dimostrato il valore scientifico.

“Numerosi studi evidence-based hanno individuato nelle pratiche di mindfulness una base per interventi terapeutici efficaci per molteplici disturbi psichici e medici” (Didonna, 2012).

“Nel corso di pochi anni, sulla scorta di un numero notevole di ricerche scientifiche, la mindfulness si è rivelata un importante strumento per migliorare la disregolazione emotiva, il dolore, l’autocontrollo, l’empatia, l’accettazione e molte altre funzioni che sottendono al benessere psico-fisico” (Shonin, 2015).¹

Ora che sai che esistono studi a supporto, e che bastano piccoli accorgimenti per integrarla nella quotidianità...

A te la scelta! Buon inizio!

BIBLIOGRAFIA Nota 1: <https://www.humanitas-care.it/news/mindfulness-che-co>



italianjournalofnursing.it