

volume 12  
ISSUE 2  
2024 marzo



# QUADERNI

## dell'Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital  
and Internal Medicine*

Editor in Chief  
Michele Meschi

The official journal of the Federation of Associations  
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

**L'interprofessionalità medico-infermieristica in Medicina Interna**  
***I vantaggi della collaborazione medico-infermieristica nella pratica clinica***

*Guest Editors: T.M. Attardo, L. Tesei, D. Manfellotto, F. Dentali*



### EDITOR-IN-CHIEF

**Michele Meschi, Internal Medicine Unit, Parma Local Health Authority, Fidenza (PR), Italy**

### PRESIDENTE NAZIONALE FADOI

Francesco Dentali, *Varese, Italy*

### PRESIDENTE FONDAZIONE FADOI

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

### EDITOR-IN-CHIEF

#### ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE E ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI

Michele Meschi, *Fidenza (PR), Italy*

### ASSOCIATE EDITORS

Laurent Bertoletti, *Saint-Étienne, France*  
Benhood Bikdeli, *New Haven, USA*  
Alessandra Bura Riviere, *Toulouse, France*  
Francesco Dentali, *Varese, Italy*  
Antonio Gasbarrini, *Roma, Italy*  
David Jiménez Castro, *Madrid, Spain*  
Egidio Imbalzano, *Messina, Italy*  
Vittorio Maio, *Philadelphia, USA*  
Giuseppe Mancia, *Milano, Italy*  
Dario Manfellotto, *Roma, Italy*  
Lucia Mazzolai, *Lausanne, Switzerland*

### EDITORIAL BOARD

Mario Angelico, *Roma, Italy*  
Giuseppe Camporese, *Padova, Italy*  
Edoardo Carretto, *Reggio Emilia, Italy*  
Pierpaolo Di Micco, *Napoli, Italy*  
Luigi Gennari, *Siena, Italy*  
Paola Gnerre, *Acqui Terme (AL), Italy*  
Luca Miele, *Roma, Italy*  
Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*  
Alberto Palazzuoli, *Siena, Italy*  
Antonello Pani, *Cagliari, Italy*  
Ombretta Para, *Firenze, Italy*  
Paola Piccolo, *Roma, Italy*  
Fulvio Pomerio, *Verduno (CN), Italy*  
Giuseppe Regolisti, *Parma, Italy*  
Giovanni Maria Rossi, *Parma, Italy*  
Massimo Siciliano, *Roma, Italy*  
Antonio Spanevello, *Tradate (VA), Italy*  
Bruno Sposato, *Grosseto, Italy*  
Flavio Tangianu, *Varese, Italy*

### ADVISORY BOARD

Dimitriy Arioli, *Modena, Italy*  
Valentina Bambara, *Catanzaro, Italy*  
Vanessa Bianconi, *Perugia, Italy*  
Pietro Bocchi, *Fidenza (PR), Italy*  
Aldo Bonaventura, *Varese, Italy*  
Roberta Buso, *Treviso, Italy*  
Maurizio Cavalieri, *Chiavari (GE), Italy*  
Paolo Fraticelli, *Ancona, Italy*  
Fernando Gallucci, *Napoli, Italy*  
Angelo Cosimo Gioia, *Giulianova (TE), Italy*  
Riccardo Mancini, *Gorizia, Italy*  
Alberto Maino, *Trento, Italy*  
Simone Meini, *Pontedera (PI), Italy*  
Roberto Nersita, *Isernia, Italy*  
Matteo Nicoletto, *Verduno (CN), Italy*  
Nicola Parenti, *Bologna, Italy*  
Eleonora Pistella, *Roma, Italy*  
Maurizio Renda, *Cefalù (PA), Italy*  
Paola Giustina Maria Simeone, *Chieti, Italy*  
Carmine Siniscalchi, *Parma, Italy*



Società Scientifica FADOI - Organigramma

**PRESIDENTE NAZIONALE**

*Francesco Dentali*

**PRESIDENTE ELETTO**

Andrea Montagnani

**PAST PRESIDENT**

Dario Manfellotto

**SEGRETARIO**

Flavio Tangianu

**STAFF DI SEGRETERIA**

Maria Gabriella Coppola

Nicola Mumoli

Ombretta Para

**TESORIERE**

Roberto Riscicato

**COORDINATORE COMMISSIONE GIOVANI**

Davide Carrara

**RESPONSABILI RAPPORTI CON LE REGIONI**

Franco Mastroianni

Salvatore Lenti (*Vice*)

**RESPONSABILE RAPPORTI FADOI/ANÍMO**

Tiziana Marcella Attardo

**EDITOR-IN-CHIEF**

“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE” e  
“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI DI  
MEDICINA INTERNA”

Michele Meschi

**COMITATO EDITORIALE**

“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE” e  
“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI DI  
MEDICINA INTERNA”

Giorgio Vescovo

Roberto Nardi

**RESPONSABILI EDIZIONI ON LINE E INIZIATIVE SPECIALI**

Michele Meschi

Pierpaolo Di Micco

Andrea Fontanella (*MEDICINA33*)

Giuliano Pinna (*AGGIORN@FADOI*)

**RESPONSABILI SITO WEB E COMUNICAZIONE SOCIAL**

Matteo Giorgi Pierfranceschi

Giuseppe Oteri

**RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ**

Franco Berti

**DATA PROTECTION OFFICER (DPO)**

Domenico Panuccio

**CONSULTA DEI PRESIDENTI**

Sandro Fontana

Salvatore Di Rosa

Ido Iori

Antonino Mazzone

Carlo Nozzoli

Mauro Campanini

Andrea Fontanella

Dario Manfellotto

---

**PRESIDENTE FONDAZIONE**

---

*Dario Manfellotto*

---

**COORDINATORE**

Filippo Pieralli

---

**SEGRETARIO**

David Terracina

---

**COORDINATORE SCIENTIFICO CENTRO STUDI  
FONDAZIONE FADOI**

Gualberto Gussoni

---

**DIREZIONE DIPARTIMENTO FORMAZIONE E  
AGGIORNAMENTO**

Paola Gnerre

Maurizio Ongari (*Segretario e Responsabile Scientifico del provider  
ECM*)

---

**DIREZIONE DIPARTIMENTO RICERCA CLINICA**

---

Fulvio Pomero

Paola Piccolo (*Segretaria*)

---

**DELEGATI EFIM**

*(European Federation of Internal Medicine)*

---

Antonio Brucato

Lorenza Lenzi

Gabriele Vassallo (*Giovani*)

Filomena Pietrantonio (*Tesoriere*)

Gualberto Gussoni (*Rappresentante EMA*)

---

**PRESIDENTE ANÍMO**

---

Letizia Tesei

# QUADERNI - Italian Journal of Medicine

## L'INTERPROFESSIONALITÀ MEDICO-INFERMIERISTICA IN MEDICINA INTERNA

*I vantaggi della collaborazione medico-infermieristica nella pratica clinica*

*Guest Editors: T.M. Attardo, L. Tesei, D. Manfellotto, F. Dentali*

Collaboration leads to improve efficiency, improved skills mix,  
greater levels of responsiveness, more holistic services, innovation and creativity,  
and a more user-centered practice

*A Handbook for Interprofessional Practice in the Human Services: Learning to Work Together.  
New York, NY: Routledge. Littlechild B, Smith R. 2013, Vol. New York, NY: Routledge.*

Non-commercial use only

# QUADERNI - Italian Journal of Medicine

## RASSEGNE

<b>L'interprofessionalità tra evidenze scientifiche e <i>best practice</i></b> . . . . .	1
T.M. Attardo, L. Tesei, A. Montagnani	
<b>L'impatto della collaborazione interprofessionale nell'organizzazione e nella qualità di cura</b> . . . . .	5
F. Dentali, G. Catania	
<b>La nutrizione nei pazienti terminali: quali migliori approcci</b> . . . . .	11
P. Gnerre, G. Riggi, G. Filannino	
<b>L'iperglicemia e l'ipoglicemia: come prevenirle, come gestirle</b> . . . . .	14
T.M. Attardo, A. Morselli	
<b>La sindrome ipocinetica: cosa non ha funzionato?</b>	
<b>La collaborazione interprofessionale può fare la differenza?</b> . . . . .	20
M. Frualdo, S. Brovarone, M. Piasentin, S. Lenti	
<b>L'impatto dell'interprofessionalità sull'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza</b> . . . . .	23
I. Lo Burgio, A. Toccaceli, D. Dalla Gasperina	
<b>La cirrosi epatica: quali strategie clinico-assistenziali per migliorare la qualità di vita dei pazienti</b> . . . . .	29
P. Piccolo, N. Cosentino	
<b>L'interprofessionalità come strumento per un corretto <i>management del delirium</i></b> . . . . .	32
P. Gnerre, R. Rocchi, D. Clemente	
<b>Il giro visita congiunto come strumento per una migliore cogestione dei pazienti.</b> . . . . .	35
F. Dentali, A. Vitiello	
<b>La dimissione dall'ospedale: percorso di condivisione del <i>team</i>.</b> . . . . .	39
O. Para, R. Rapetti, S. Di Bernardino	
<b>Quando l'interprofessionalità coinvolge anche il paziente: come fare buona sanità oltre la cura</b> . . . . .	43
L. Tesei, D. Manfredotto	
<b>Pillole di interprofessionalità: decalogo FADOI/ANIMO: punti comuni e rilevanti per creare collaborazioni tra professionisti</b> . . . . .	48
T.M. Attardo, L. Tesei	

## L'interprofessionalità tra evidenze scientifiche e *best practice*

Tiziana Marcella Attardo,<sup>1</sup> Letizia Tesei,<sup>2</sup> Andrea Montagnani<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Direttrice Struttura Complessa Medicina Interna, Ospedale L. Confalonieri di Luino, ASST dei Sette Laghi, Varese; <sup>2</sup>Dirigente Professioni Sanitarie Area Infermieristico-Ostetrica AST Macerata. Presidente ANIMO; <sup>3</sup>Direttore Medicina Interna Ospedale Misericordia di Grosseto; <sup>4</sup>Presidente Eletto FADOI, Italia

### Introduzione

Un'organizzazione (dal greco antico: *ὄργανον*, *Órganon*, «strumento») è un gruppo di persone formalmente unite per raggiungere uno o più obiettivi comuni, che con il loro comportamento contribuiscono al suo corretto funzionamento. Ogni persona contribuisce in modi differenti a creare la cultura e il clima interno, a interpretare le normative, a stabilire i livelli di efficienza, le aspettative e l'immagine che l'organizzazione ha nell'ambiente circostante. Ogni persona porta all'interno dell'organizzazione la propria motivazione, il suo livello di coinvolgimento al lavoro, la sua identificazione psicologica tra il lavoro e l'immagine di sé.

Un gruppo è un insieme di due o più persone che interagiscono e dipendono gli uni dagli altri per il raggiungimento di un obiettivo comune sulla base della condivisione di interessi, di scopi comuni, di regole che sviluppano relazioni e ruoli.

Un *team* è una forma particolare di gruppo in cui i compiti e le attività sono definiti, i ruoli determinati e vi è un alto impegno da parte dei membri.

Corrispondente: Tiziana Marcella Attardo, Struttura Complessa di Medicina Interna, Ospedale L. Confalonieri di Luino, ASST dei Sette Laghi, Varese, Italia.  
E-mail: tizianamarcella.attardo@asst-settelaghi.it

Parole chiave: *interprofessional collaboration*; IPC; interprofessionalità; socializzazione interprofessionale.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e1

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Un gruppo multidisciplinare ha:

- obiettivi non coordinati;
- priorità diverse;
- programmi indipendenti;
- multigestione;
- criteri diversi di valutazione dei risultati.

La multidisciplinarietà affronta il problema di fondo unendo più discipline in maniera puramente additiva, senza un vero e proprio dialogo. Hugh G. Petrie la definisce “*a group work rather than a team work*”.<sup>1</sup> La Figura 1 evidenzia come più professioni possano operare insieme, ma con direzioni diverse, nella multidisciplinarietà.

Un gruppo interdisciplinare, invece, ha:

- obiettivi coordinati;
- priorità condivise;
- programmi coordinati;
- gestione unitaria;
- criteri di valutazione dei risultati univoci.

La Figura 2 evidenzia come più professioni operino per fini comuni nella interdisciplinarietà.

I pazienti hanno oggi esigenze di salute complesse e in genere richiedono più di una disciplina per affrontare i problemi relativi al loro stato di salute.<sup>2</sup> Nel 2001 una raccomandazione del Comitato sulla qualità dell'assistenza sanitaria dell'*Institute of Medicine* negli Stati Uniti ha suggerito che gli operatori sanitari che lavorano in *team* interprofessionali possono comunicare e affrontare al meglio questi bisogni di salute complessi e impegnativi.<sup>2,3</sup>

L'approccio interprofessionale può consentire, infatti, la condivisione di competenze e prospettive per perseguire l'obiettivo comune di ripristinare o mantenere la salute di un individuo e migliorare i risultati, combinando le risorse.<sup>2,4</sup>

Il termine collaborazione interprofessionale (*Interprofessional collaboration*, IPC) non è un nuovo concetto nel panorama internazionale. Già nel 2010, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la collaborazione interprofessionale come “più operatori sanitari provenienti da diversi *background* professionali che lavorano insieme a pazienti, famiglie, operatori sanitari, *caregiver* e comunità per fornire la massima qualità di assistenza in tutti i *setting* di cura”, riconoscendola nella formazione e nella pratica come una strategia innovativa, con un ruolo importante nel mitigare la crisi globale della *workforce* nell'area sanitaria.<sup>5</sup>

Questa definizione evidenzia molteplici aspetti chiave dell'IPC, in quanto centrata sul paziente e sulla famiglia, focalizzata sulla relazione e basata sulla comunità.

Da quando l'OMS ha sottolineato l'importanza dell'IPC nel 2010, sono state pubblicate un ampio volume di ricerche a

essa correlate e sono state condotte molteplici revisioni sistematiche per sintetizzare la letteratura da diverse prospettive.

L'IPC è il processo attraverso il quale diversi gruppi professionali di assistenza sanitaria e sociale lavorano insieme per avere un impatto positivo sull'assistenza. L'IPC prevede una negoziazione e un'interazione regolari tra professionisti, che valorizzano l'esperienza e i contributi che i vari operatori sanitari apportano alla cura del paziente.

La collaborazione non è fine a sé stessa, ma ha come obiettivo il raggiungimento di risultati migliori.<sup>6</sup>

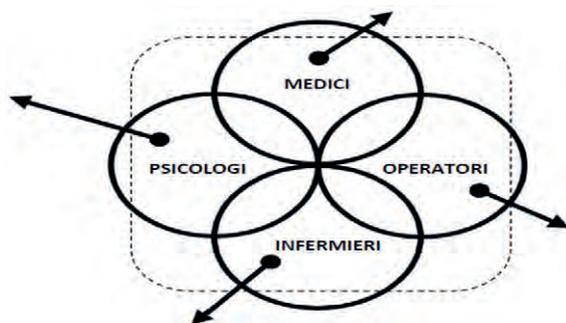
I vantaggi della collaborazione consentono, infatti, ai partecipanti di ottenere insieme più di quanto potrebbero fare individualmente, di servire gruppi più ampi di persone e di crescere a livello individuale e organizzativo.<sup>7</sup> Esistono, infatti, evidenze che quando i *team* sanitari interprofessionali esercitano in modo collaborativo è possibile migliorare l'erogazione di cure incentrate sulla persona e ottenere risultati migliori per i pazienti e per i sistemi sanitari.<sup>8,9</sup>

La collaborazione porta a una maggiore efficienza, un migliore mix di competenze, maggiori livelli di reattività, servizi più olistici, innovazione e creatività e una pratica più centrata sulla persona assistita.<sup>10</sup>

Al contrario, una scarsa IPC può influire negativamente sull'erogazione dei servizi sanitari e sull'assistenza ai pazienti per cui gli interventi che affrontano i problemi di IPC hanno il potenziale per migliorare la pratica professionale e gli *outcomes* sanitari.<sup>11</sup>

I sistemi sanitari devono affrontare numerose sfide; pertanto, devono cercare soluzioni adeguate e appropriate per fornire servizi sanitari efficaci ed efficienti. Una collaborazione efficace tra professionisti e tra le varie organizzazioni è un requisito per soddisfare i bisogni di salute delle comunità. È stato riconosciuto che l'inefficace collaborazione medico-infermiere ha un impatto negativo sui pazienti e sui risultati organizzativi e porta a un aumento dello stress lavorativo. Sebbene i servizi sanitari richiedano la partecipazione degli infermieri nel processo decisionale clinico, comprendere il processo infermieristico è una questione impegnativa.<sup>11</sup>

I quadri canadesi delle competenze interprofessionali concettualizzano la collaborazione interprofessionale come una fusione di sei ambiti: chiarezza dei ruoli, assistenza centrata sul paziente, dinamiche di gruppo, *leadership*, comunicazione e risoluzione dei conflitti interni.<sup>12</sup> Xyrichis, Reeves e Zwarenstein hanno illustrato la collaborazione interprofessionale come una serie di attività, tra cui comunicazione, discussione, lavoro di squadra, formazione e networking tra professionisti sanitari.<sup>13,14</sup>



**Figura 1.** Caratteristiche di un gruppo multidisciplinare.

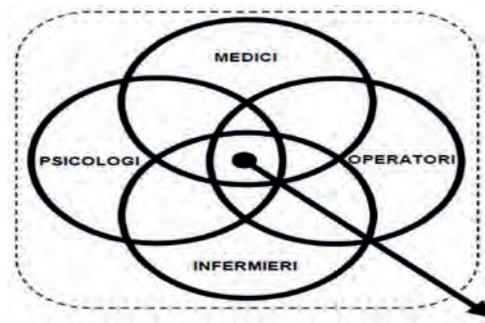
Tuttavia, l'IPC può essere influenzata negativamente da problemi legati a squilibri di autorità, difetti di comprensione, limitata dai ruoli e dalle responsabilità e dagli attriti di confine tra una professione e un'altra.<sup>11,14</sup>

Pantha *et al.*<sup>15</sup> hanno suggerito che una migliore collaborazione interprofessionale può ridurre la durata della degenza ospedaliera, aiutare a prevenire le riammissioni ospedaliere, migliorare la fidelizzazione del personale clinico e aumentare la soddisfazione dei pazienti. La mortalità è uno degli *outcomes* più difficili, accuratamente riportati e ampiamente accettati.<sup>16</sup> La morte durante o immediatamente dopo un ricovero ospedaliero potrebbe dipendere da fattori legati al paziente come l'età, il numero di comorbidità, la gravità delle condizioni sottostanti e la complessità degli interventi procedurali. Ma altre cause di mortalità, che potrebbero essere prevenibili, includono errori terapeutici, mancato riconoscimento di eventi avversi gravi, ritardo nella diagnosi e nell'inizio del trattamento.<sup>15</sup> Queste morti prevenibili possono essere influenzate dal contesto organizzativo ospedaliero piuttosto che dalle caratteristiche del paziente.<sup>15</sup> Un efficace lavoro di collaborazione medico-infermieristico potrebbe prevenire alcune di queste morti e contribuire a ridurre i tassi di mortalità. Per esempio, in uno studio che ha coinvolto 423 infermieri, l'implementazione di un protocollo di comunicazione ha comportato una riduzione della mortalità dovuta a eventi avversi gravi.<sup>17</sup>

Anche la riammissione è una misura della *performance* ospedaliera.<sup>15</sup> Tuttavia, la riammissione può essere difficile da misurare perché i pazienti possono essere riammessi in un ospedale diverso.

Esistono collaborazioni in quasi tutti gli aspetti della salute. Collaborazione è, infatti, un termine comunemente utilizzato nella ricerca, nella pratica clinica e nella formazione delle professioni sanitarie.<sup>7</sup> Nell'ambito della ricerca, poiché i problemi che devono essere risolti nell'era attuale sono complessi e le soluzioni potrebbero non essere disponibili se si lavora da soli, la collaborazione interprofessionale può offrire possibili soluzioni.<sup>18</sup>

La collaborazione interprofessionale nella ricerca consente di unire informazioni, dati, tecniche, strumenti, prospettive, concetti e/o teorie provenienti da due o più discipline o corpi di conoscenze specializzate per promuovere la comprensione fondamentale o risolvere problemi le cui soluzioni vanno oltre l'ambito di una singola disciplina o campo di pratica di ricerca. Nella ricerca, la collaborazione interprofessionale/interdisciplinare si verifica quando ricercatori di più di una professione/disciplina "lavorano insieme per raggiungere



**Figura 2.** Caratteristiche di un gruppo interdisciplinare.

l'obiettivo comune di produrre nuova conoscenza scientifica".<sup>19</sup> La ricerca interprofessionale attraverso le discipline e favorisce l'integrazione delle idee".<sup>20</sup> L'educazione interprofessionale è un approccio collaborativo per formare studenti quali futuri membri di *team* interprofessionali in grado di affrontare problemi clinici complessi. La formazione dei futuri operatori sanitari capaci di lavorare in tali *team* contribuirà a migliorare i risultati sanitari per i pazienti.<sup>21</sup> L'educazione interprofessionale (IPE) "si verifica quando gli studenti di due o più professioni imparano a conoscere, da e con gli altri".<sup>22</sup> È stato dimostrato che la formazione degli studenti che utilizzano l'IPE porta a "membri di *team* che mostrano rispetto e atteggiamenti positivi gli uni verso gli altri e lavorano per migliorare i risultati dei pazienti".<sup>23</sup> Gli studi condotti suggeriscono che per essere un'esperienza educativa genuinamente interprofessionale tale interazione richiede un'integrazione mirata e una collaborazione tra le discipline, sia in un ambiente educativo che pratico.

Un tema comune che ha portato a un'esperienza di successo tra diversi modelli educativi interprofessionali è stato quello di aiutare gli studenti a comprendere la propria identità professionale mentre acquisivano una comprensione dei ruoli degli altri professionisti nella *team* sanitario. L'impegno dei Dipartimenti e delle Università, i diversi accordi sul calendario, la mappatura curriculare, la formazione dei mentori e dei docenti, il senso di comunità, lo spazio fisico adeguato, la tecnologia e le relazioni con la comunità sono stati tutti identificati come risorse critiche per un programma di successo. Le raccomandazioni sintetiche per le migliori pratiche includevano la necessità di supporto amministrativo, infrastrutture programmatiche interprofessionali, docenti impegnati e il riconoscimento della partecipazione degli studenti come componenti chiave per il successo di chiunque sviluppi un programma centrato sull'IPE.<sup>21</sup> La capacità di collaborazione interprofessionale è strettamente correlata all'educazione interprofessionale. Nel "Quadro di azione sull'educazione interprofessionale e la pratica collaborativa", l'OMS delinea chiaramente gli elementi necessari e le relazioni inerenti tra l'IPE e l'IPC. Gli operatori sanitari dovrebbero essere formati a lavorare insieme come membri di una "forza lavoro collaborativa e pronta per la pratica" che fornisce assistenza sanitaria collaborativa alla popolazione.<sup>5</sup>

## Conclusioni

Nella pratica clinica la collaborazione interprofessionale è presente da diversi decenni ma ha avuto maggiore sostegno negli ultimi quindici anni, quale mezzo per garantire assistenza incentrata sul paziente e ridurre il rischio di errore.<sup>22</sup> La collaborazione interprofessionale nella pratica clinica coinvolge, infatti, diversi operatori sanitari che applicano le loro competenze e conoscenze specifiche alla gestione di un paziente. La collaborazione, tuttavia, può avvenire solo quando gli individui hanno rispetto gli uni per gli altri e per le rispettive professioni e sono partecipanti volontari in un'atmosfera cooperativa.<sup>23</sup>

L'IPC è essenzialmente un intreccio di professioni e ogni professione ha la sua storia, la sua cultura, valori e atteggiamenti unici. Il modo in cui i professionisti delle collaborazioni arrivano a comprendere e apprezzare queste sfumature può porre, quindi, diverse sfide.<sup>25</sup>

È necessario, quindi, che i *team* interprofessionali superino la logica di competizione a favore della logica di collaborazione.<sup>26</sup> A tale proposito, Mathewson,<sup>27</sup> già nel 1955, descrisse la pratica interprofessionale come un modo di lavorare in un contesto relazionale, dove i ristretti interessi professionali sono controbilanciati da un senso di spirito di squadra. Questo spirito di condivisione, oltre i confini disciplinari, supererebbe la difensiva professionale, la competitività e il desiderio di controllare il processo.

Sebbene l'enfasi di Mathewson sulla natura relazionale della pratica interprofessionale rimanga, la pratica interprofessionale non può che essere considerata un fenomeno complesso e sfaccettato.<sup>28</sup>

Il concetto di pratica interprofessionale richiama, infatti, un ideale di operatori sanitari che lavorano insieme senza soluzione di continuità, fondendo prospettive e comprensioni professionali e integrando le capacità disciplinari individuali con competenze e conoscenze interdisciplinari.<sup>29</sup> Affinché tale integrazione avvenga, gli studi del settore sottolineano la necessità di un dialogo aperto, insieme alla riduzione della gerarchia e alla gestione delle differenze all'interno del *team*.<sup>30</sup> La socializzazione interprofessionale, un processo che riunisce gli operatori sanitari per imparare gli uni dagli altri, con e sugli altri in un ambiente aperto e sicuro, è considerata un passo necessario nello sviluppo di qualità, relazioni e pratiche collaborative interprofessionali.<sup>31</sup>

Sul tema della collaborazione interprofessionale sono stati scritti molti libri e articoli: ci sono, comunque, alcuni punti comuni, rilevanti e imprescindibili, per creare collaborazioni tra discipline e professionisti.<sup>4,32-35</sup>

## Bibliografia

1. Transdisciplinarietà – la nuova frontiera del problem solving. Oltremeta. Disponibile da: <https://oltremeta.it/raggiungi-gli-obiettivi/transdisciplinaria>
2. Lumague M, Morgan A, Mak D, et al. Interprofessional education: the student perspective. *J Interprof Care* 2008.
3. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, editor. Washington, DC: National Academy, 2001.
4. Barker K, Oandasan I. Interprofessional care review with medical residents: lessons learned, tensions aired – a pilot study. *J Interprof Care*, 2005.
5. World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010.
6. Hansen MT. Collaboration: How Leaders Avoid the Traps, Create Unity, and Reap Big Results. Harvard Business Press, 2009.
7. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ* 2015;29:1-10.
8. Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *J Interprof Care* 2014;28:393-9.
9. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, et al. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care

- professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBHI Database Syst Rev Imple* 2017;15:2723-88.
10. Littlechild B, Smith R. *A Handbook for Interprofessional Practice in the Human Services: Learning to Work Together*. New York, NY: Routledge, 2013.
  11. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6.
  12. Bainbridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies for Interprofessional Collaboration. *J Phys Ther Educ* 2010;24:6-11.
  13. Xyrichis A, Reeves S, Zwarenstein M. Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *J Interprof Care* 2018; 32:416-25.
  14. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Wiley-Blackwell; Sussex, UK: 2010.
  15. Pantha S, Jones M, Gray R. Inter-Professional Collaboration and Patient Mortality: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *Nurs Rep* 2020;10:15-22.
  16. Shahian DM, Wolf RE, Iezzoni LI, et al. Variabilità nella misurazione dei tassi di mortalità a livello ospedaliero. *N Engl J Med* 2010;363:2530-9.
  17. De Meester K, Verspuyl M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013;84:1192-6.
  18. *Facilitating Interdisciplinary Research*. Committee on Facilitating Interdisciplinary Research, Committee on Science Engineering and Public Policy (US), National Academy of Sciences (US), National Academy of Engineering, Institute of Medicine (US). 2005, Washington, DC: The National Academies Press.
  19. Katz JS, Martin BR. What is research collaboration? *Res Policy* 1997;1:1-18.
  20. Increasing opportunity through interdisciplinary research: climbing down and shattering a tower of babel. JC., Resnick. 2011, *Front Psychiatry*.
  21. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Bridge Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online*, 2011.
  22. Zwarenstein M, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *J Interprof Care* 2005.
  23. Team STEPPS Home. US Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Policy Research. 2010. Disponibile da: <http://teamstepps.ahrq.gov/>.
  24. Mitchell PH, Crittenden RA. Interdisciplinary collaboration: old ideas with new urgency. *Wash Public Health*, 2000.
  25. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care* 2005;19:188-96.
  26. Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*, 2005.
  27. Mathewson RH. Symposium on interprofessional relations: Essential conditions for improvement of interprofessional relations. *J Counsel Psychol*, 1955.
  28. Hood R. How professionals experience complexity: An interpretative phenomenological analysis. *Child Abuse Review*, 2015.
  29. Barrow M, McKimm J, Gasquoin S, Rowe D. Collaborating in healthcare delivery: Exploring conceptual differences at the bedside. *J Interprofessional Care*, 2015.
  30. Laurenson M, Brocklehurst H. Interprofessionalism, personalization and care provision. *British J Commun Nurs* 2011.
  31. Khalili H, Orchard C, Spence Laschinger HK, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *J Interprofessional Care* 2013.
  32. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ*, 2015.
  33. Vega CP, Bernard A. Interprofessional Collaboration to Improve Health Care: An Introduction. Available from: [www.medscape.org/viewarticle/857823](http://www.medscape.org/viewarticle/857823)
  34. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health* 2010;39:196-7.
  35. Health Sciences Partnerships in Interprofessional Clinical Education (HSPICE): implementing and sustaining interprofessional education in a research-intensive university. Association of Academic Health Centers, 2002.

# L'impatto della collaborazione interprofessionale nell'organizzazione e nella qualità di cura

Francesco Dentali,<sup>1,2</sup> Gianluca Catania<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Direttore di Dipartimento di Area Medica ASST Sette Laghi, Università dell'Insubria, Varese; <sup>2</sup>Presidente Nazionale FADOI;

<sup>3</sup>Dipartimento Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Italia

## Introduzione

La storia del sistema sanitario nazionale (SSN) italiano appare scandita da tre periodi salienti. Il primo vede lo sviluppo della tutela della salute collettiva in un contesto economico, politico e sociale in rapido cambiamento nella nuova società borghese e industriale. Il secondo, sancito dalla legge 833 del 1978, corrisponde allo sviluppo del SSN con il superamento del sistema assicurativo su base mutualistica e lo scioglimento di tutti gli enti con finalità assistenziale che confluiscono verso un sistema unico più tutelante nei confronti di tutta la popolazione. Il terzo periodo, invece, corrisponde allo sviluppo del SSN in una fase avanzata di modernizzazione, cioè in una società caratterizzata da vincoli economici e culturali e in cui la crescita dei bisogni di salute si trova in contraddizione con le risorse ad essi destinate.<sup>1</sup>

In questo contesto storico si sono delineate due iniziali polarità: una quella dei medici, arroccati a difesa della loro posizione apicale, l'altra quella delle professioni sanitarie non mediche alla ricerca di una "difficile" identità professionale. È, infatti, in concomitanza con la proliferazione delle profes-

sioni sanitarie, intorno agli anni '50, che la professione medica ha cominciato a "delegare" diversi compiti assistenziali, tecnici e organizzativi. Dal canto loro, però, le professioni sanitarie non mediche sono state interessate da un processo di professionalizzazione sostenuto, anche, da una formazione universitaria; condizioni che hanno fatto sì che le professioni sanitarie non mediche potessero acquisire autonomia e maggiore qualificazione. Ciò ha permesso di ridisegnare il rapporto tra medici e professioni sanitarie, in particolare con gli infermieri, e ciò a favore di erogazione di cure più sicure ed efficaci.<sup>1</sup>

Infatti, la letteratura documenta come un'insufficiente collaborazione e comunicazione tra i professionisti della sanità determini un impatto negativo sulla qualità delle cure, sugli *outcome* di salute dei pazienti, nonché sulla loro sicurezza.<sup>2-6</sup> La mancanza di collaborazione e la scarsa comunicazione all'interno dell'organizzazione sanitaria determinano stress e frustrazione nei professionisti e, a seguire, i risultati che ne derivano possono trasformarsi in conflitti, errori di terapia e altri esiti avversi, con fallimento di interventi di rianimazione, aumento delle complicanze e conseguente aumento della durata dell'ospedalizzazione.<sup>7</sup>

Al contrario, la presa di decisioni condivisa da parte di tutto il *team* assistenziale determina una migliore qualità delle cure, una maggiore soddisfazione del paziente, una riduzione della durata media di degenza e una conseguente riduzione dei costi. La condivisione del percorso di cura e della presa in carico, la discussione tra "pari", la partecipazione a programmi di formazione pensati e creati per i *team* interprofessionali rappresentano un insieme di fattori capaci di determinare la fidelizzazione dei collaboratori, di diminuire il *turnover* delle risorse, contribuendo di conseguenza a ridurre il problema attuale della carenza di risorse umane,<sup>8</sup> tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto l'interprofessionalità come una strategia innovativa per mitigare la crisi globale della forza lavoro nell'area sanitaria.<sup>9</sup>

La collaborazione interprofessionale è un concetto che si riferisce alla cooperazione tra professionisti di diverse discipline per fornire cure sanitarie integrate e di alta qualità ai pazienti. Secondo uno studio di Bianchi,<sup>8</sup> l'interprofessionalità può essere definita come "l'incontro con l'alterità professionale che deve essere attuato quotidianamente nella pratica professionale".

La collaborazione interprofessionale richiede che i professionisti sanitari sviluppino competenze di comunicazione efficace, di *leadership*, di *problem solving* e di lavoro di squadra. Inoltre, è importante che i professionisti sanitari acquisiscano una conoscenza approfondita delle competenze degli altri professionisti sanitari e delle loro responsabilità.<sup>10</sup>

Corrispondente: Francesco Dentali, Dipartimento di Area Medica ASST Sette Laghi, Università dell'Insubria, Varese, Italia.

E-mail: francesco.dentali@asst-settelaghi.it

Parole chiave: modelli di interprofessionalità; *interprofessional bedside rounds*; IBR; facilitatori di interprofessionalità; barriere.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e2

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

L'interprofessionalità, di fatto, richiede un nuovo modello di organizzazione e di divisione del lavoro sanitario che deve essere supportato da programmi educativi e formativi specifici, nonché procedure e politiche innovative, organizzative ed ambientali (politiche di risoluzione dei conflitti, processi di decision-making condivisi, strategie di comunicazione interprofessionale, gestione e condivisione degli spazi).<sup>9-11</sup>

Tale cambiamento, soprattutto nel contesto italiano, presenta alcune difficoltà dovute, ad esempio, a modelli di collaborazione interprofessionale poco formalizzati o sperimentali, non riconosciuti a livello organizzativo e istituzionale, soggetti a forme, più o meno esplicite, di dominanza medica e carenti della strumentazione adeguata a consentirne la piena realizzazione. Il risultato di tali difficoltà rischia di portare a realizzare modelli di interprofessionalità basati il più delle volte sul lavoro multi-disciplinare in cui i singoli professionisti, pur facendo parte di un'equipe composta da più figure professionali, di fatto lavorano in parallelo, in momenti distinti e con metodi differenti, al punto che il risultato complessivo di un'attività di gruppo si ottiene come somma dei singoli contributi e, più raramente, come frutto di un lavoro congiunto (lavoro inter-disciplinare) o di modelli mentali, pratiche, conoscenze e linguaggi condivisi (lavoro trans-disciplinare).<sup>12</sup>

## Modelli

Partendo dall'assunto che “*the professionals want to work together to provide better care*”, diversi autori hanno teorizzato i presupposti e le premesse necessari affinché possa verificarsi la collaborazione interprofessionale.<sup>13</sup> Il modello di D'Amour *et al.*, pur tenendo conto della struttura, si concentra sulle relazioni tra individui e sull'interazione tra le relazioni e le dimensioni organizzative. Il modello è stato testato in diversi contesti collaborativi: in *team*, all'interno delle organizzazioni e all'interno di *networks* sanitari integrate.<sup>14-17</sup>

Questo modello di collaborazione risulta composto da

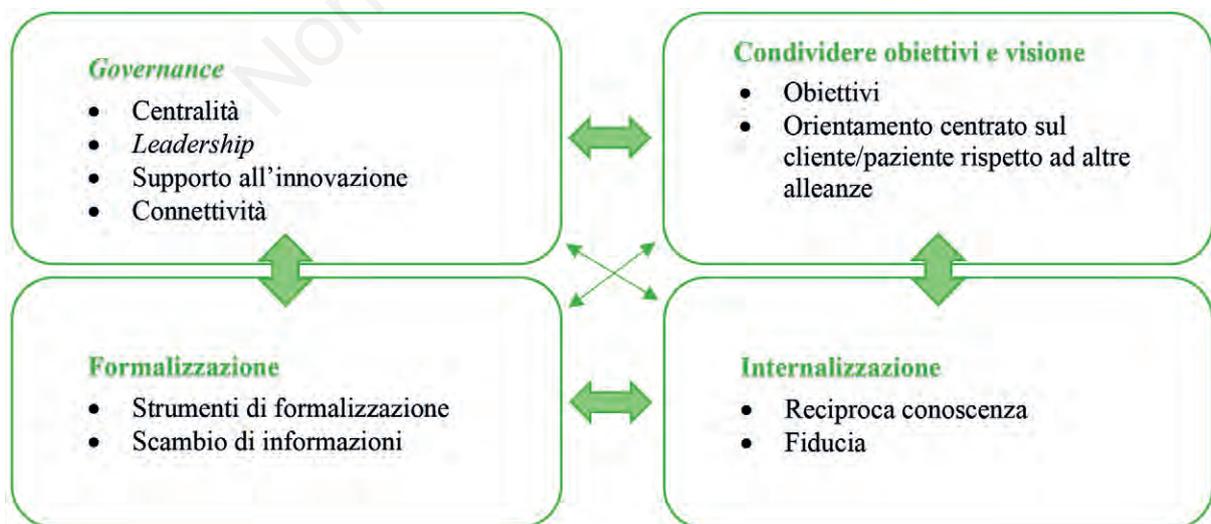
quattro dimensioni, correlate tra di loro e che tra di loro si influenzano vicendevolmente, di cui due dimensioni riguardano le relazioni tra individui e due riguardano il contesto organizzativo (che, a sua volta, influenza l'azione di tutti gli attori) (Figura 1).

Le quattro dimensioni sono:

- 1) obiettivi comuni e *vision* condivisi da parte della *team*: condivisione di obiettivi, *vision* e aspettative, che permette il riconoscimento di motivazioni divergenti e la costruzione di alleanze multiple;
- 2) internalizzazione: consapevolezza da parte dei professionisti delle loro interdipendenze e dell'importanza di gestirle; si traduce in un senso di appartenenza, conoscenza e fiducia reciproca nei propri valori e nella propria disciplina;
- 3) formalizzazione (strutturazione dell'assistenza clinica), definita da Bodewes come “la misura in cui esistono e vengono utilizzate procedure documentate che comunicano risultati e comportamenti desiderati”. La formalizzazione chiarisce aspettative e responsabilità;
- 4) governance, intesa come le funzioni di *leadership* che supportano la collaborazione. La governance orienta e supporta i professionisti mentre implementano innovazioni legate alle pratiche di collaborazione interprofessionale e inter-organizzativa.

Insieme, queste quattro dimensioni e la loro interazione catturano i processi inerenti alla collaborazione; sono soggette all'influenza di fattori esterni e strutturali come risorse, vincoli finanziari e politiche che devono essere presi in considerazione in quanto essi stessi determinanti dei processi collaborativi.

Per quanto riguarda la formulazione di possibili modelli per attuare una collaborazione interdisciplinare, quello sviluppato da Bronstein è quello più spesso riportato in letteratura.<sup>18</sup> Il modello delinea cinque componenti fondamentali della collaborazione interdisciplinare: l'interdipendenza, le attività professionali, la flessibilità, la definizione comune degli obiettivi e la riflessione sul processo. Anche l'intenzione



**Figura 1.** Modello di collaborazione a quattro dimensioni. La figura mostra le quattro dimensioni del modello di collaborazione e i 10 indicatori ad esse associate. Le frecce indicano le interrelazioni tra le quattro dimensioni e come queste si influenzano l'una con l'altra (tradotta e modificata da D'Amour *et al.*).<sup>13</sup>.

di questo modello è quella di fornire “una rappresentazione generica dei componenti della collaborazione ottimale tra professionisti.” La seconda parte di questo modello definisce le quattro influenze sulla collaborazione: ruolo professionale, caratteristiche strutturali, caratteristiche personali e una storia di collaborazione.

Tra i modelli promettenti per migliorare la collaborazione interprofessionale, l'*interprofessional bedside rounds* (IBR) è un modello che incontra due o più professioni sanitarie (ad es. medici, infermieri, farmacisti), insieme ai pazienti e alle famiglie: parte da una routine basata sul *team* per condividere le informazioni e arrivare in modo collaborativo alla definizione di un piano quotidiano di cura.<sup>2,19</sup> L'IBR si distingue dai modelli che comprendono più professioni (ad es. medicina, infermieristica, farmacia) perché prevede la partecipazione del paziente e/o del *caregiver* nella definizione dei piani di cura con il fine di poter migliorare la comunicazione, la soddisfazione del paziente e del personale, l'esperienza e gli esiti clinici.<sup>2,19,20</sup> Tuttavia, va precisato che la letteratura emergente è eterogenea in termini di come viene definito l'IBR.<sup>20-21</sup>

È evidente che una concettualizzazione non può essere in grado di soddisfare la realtà complessa dell'interprofessionalità, anzi ne mostri i numerosi limiti.<sup>21</sup>

È interessante osservare a riguardo come molti autori facciano riferimento al modello di analisi *Evolutionary view of concept analysis*.<sup>22,23</sup> Secondo questo punto di vista, i concetti non sono entità fisse o statiche, ma piuttosto possono cambiare e adattarsi man mano che la conoscenza e la comprensione in un particolare campo avanzano. La visione evolutivista sottolinea che i concetti sono modellati da vari fattori tra cui contesti culturali, sociali e storici; riconosce che man mano che la nostra comprensione di un argomento si approfondisce e diventano disponibili nuove informazioni, il significato e i confini dei concetti possono cambiare.

Sebbene diversi autori hanno teorizzato le condizioni preliminari necessarie affinché possa verificarsi la collaborazione interprofessionale,<sup>13,23,24</sup> ciò di cui i loro modelli teorici non tengono conto, tuttavia, è il modo in cui la collaborazione si sviluppa nel tempo. Come emerge, ad esempio, una consapevolezza interiorizzata tra i professionisti? Oppure come e perché vengono creati adeguati dispositivi di governance e riorganizzate le responsabilità? Nel tentativo di spiegare questo, l'attenzione di solito si concentra su “fattori esterni e strutturali come risorse, vincoli finanziari e politiche”.<sup>13</sup> In altre parole, si ritiene che siano i manager e i *policy maker* ad influenzare lo sviluppo della collaborazione interprofessionale. Va, però, sottolineato che la letteratura sui processi collaborativi all'interno e tra le organizzazioni evidenzia che per comprendere come avviene la collaborazione, e perché funzioni o meno, è importante prestare attenzione al “fare” della collaborazione.<sup>25,26</sup> Con ciò, gli autori sostengono la necessità di concentrarsi sulle azioni degli attori coinvolti nei processi collaborativi per comprendere davvero questi processi. Inoltre, organizzare l'erogazione dei servizi non è solo un compito dei manager o dei *policy maker*, ma può anche essere interpretato come una parte intrinseca dell'erogazione dei servizi professionali stessi, come qualcosa con cui i professionisti stessi dovranno confrontarsi. Noordegraaf e Burns (p. 112),<sup>26</sup> ad esempio, sostengono che si richiede ai professionisti “di abbattere i confini che li separano, [...] di sviluppare modelli collaborativi e un processo decisionale congiunto con altri professionisti, e incoraggiare i loro colleghi a partecipare”.

## I fattori cardini dell'interdisciplinarietà

Qui di seguito sono riportati i risultati della meta-revisione sistematica condotta da Wei *et al.*, con l'obiettivo di sintetizzare le revisioni sistematiche sulla collaborazione interprofessionale.<sup>27</sup> È cruciale riconoscere i fattori che impattano sulle collaborazioni interprofessionali in quanto permettono alle organizzazioni di valutare le opportunità attuali e i potenziali bisogni futuri al fine di raggiungere un successo collaborativo più ampio e stabile tra le discipline e i professionisti che compongono il *team*. Ad esempio, la presenza di un'amministrazione *top-down* focalizzata sulla gerarchia potrebbe facilmente soffocare le collaborazioni interprofessionali, limitandone l'efficacia. In alternativa, gli operatori sanitari potrebbero affrontare sfide dettate dalla mancata condivisione di aspettative, generando conflitti di ruolo all'interno del *team*. Infine, la costruzione di fiducia e rispetto, unita alla gestione costruttiva dei disaccordi tra i membri del *team*, può incentivare e sostenere gli sforzi per formare una solida alleanza di lavoro. Wei *et al.* affermano, inoltre, che sebbene i risultati della meta-revisione siano stati raggruppati in facilitatori, barriere ed esiti come elementi presenti su diversi livelli, essi sono reciprocamente interconnessi.<sup>27</sup>

## Facilitatori

### Facilitatori a livello organizzativo

A livello organizzativo sono facilitatori della collaborazione i valori e la cultura organizzativa, le caratteristiche strutturali e la disponibilità di supporto. La *mission* e i valori delle aziende rappresentano la bussola che indicano la direzione da intraprendere all'interno delle organizzazioni al fine di promuovere la cultura organizzativa; è inoltre necessaria la presenza di strutture appropriate e l'accessibilità a servizi di supporto offerti ai dipendenti.<sup>28</sup> Alcuni autori hanno descritto come le organizzazioni agiscano da *cuscinetto protettivo* per i membri del *team*, proteggendoli da macroambienti, come ad esempio i cambiamenti politici esterni alle organizzazioni.<sup>29-30</sup>

I componenti importanti di una organizzazione orientata alla collaborazione interprofessionale includono: obiettivi e valori condivisi, comunicazione efficace, fiducia, rispetto, equità nella distribuzione del potere, supporto, centralità del paziente e ambienti di lavoro positivi.<sup>31</sup>

### Facilitatori a livello di team

I facilitatori a livello di *team* sono associati a ruoli professionali definiti, condivisione degli obiettivi e del potere, e disponibilità di protocolli e standard condivisi. Sembra che la cultura all'interno del *team* abbia un impatto significativo sui risultati e sulle prestazioni dei membri del *team*.<sup>30,32</sup> La *leadership* condivisa, lo sviluppo di iniziative dal basso verso l'alto, la chiarezza dei ruoli, livelli di personale e risorse adeguati, la comunicazione aperta, il rispetto reciproco, il tutto permeato da una cultura etica sono elementi che migliorano il clima e le prestazioni dei membri del *team*.<sup>28,33</sup>

Altri facilitatori includono: riconoscere e apprezzare le qualità dei membri del *team*, colmare le differenze del *team*, sviluppare relazioni interattive, incoraggiare influenze positive.<sup>34</sup> La condivisione della *vision*, delle esperienze e dell'ap-

prendimento forniscono una buona base per consentire agli operatori sanitari di connettersi, migliorando le relazioni professionali, il senso di appartenenza e lo stimolo allo sviluppo di collaborazioni.<sup>28,32</sup>

Il lavoro di squadra beneficia della condivisione della *leadership* e del coinvolgimento attivo dei membri del *team*. Infatti, al loro interno, i *team* devono promuovere un'atmosfera equa, inclusiva e umile, che trasmetta ai membri l'appartenenza al *team* e promuova lo sviluppo di relazioni formali e sociali.<sup>35-36</sup> Il senso di appartenenza rende i membri del gruppo più coinvolti, dedicati, motivati e autorizzati a contribuire con la propria esperienza. L'esperienza positiva di collaborazione con gli altri porta a una maggiore comprensione delle reciproche capacità e del potenziale ruolo nella erogazione della cura e dell'assistenza ai pazienti.<sup>36</sup>

### Facilitatori a livello individuale

I facilitatori individuali sono fattori personali che facilitano la collaborazione interprofessionale. Questi facilitatori includono una chiara identità di ruolo, valori individuali, obiettivi, fiducia, rispetto reciproco e sostegno tra i membri del *team*, esperienze e apprendimenti condivisi. Inoltre, sono cruciali le caratteristiche personali come competenza, compassione, altruismo, responsabilità ed empatia. Ogni individuo svolge un ruolo significativo in una squadra e i membri del *team* devono avere chiarezza sui ruoli e sentirsi apprezzati nei loro ruoli. L'esperienza di essere sottovalutati dagli altri può inibire il coinvolgimento completo dei professionisti.<sup>35-36</sup> Con una chiara identità di ruolo e sentendosi apprezzati, gli operatori sanitari si sforzano di agire con competenza, agire con cura e supportare gli altri.<sup>37-38</sup>

## Barriere

### Barriere a livello organizzativo

Le barriere organizzative sono dovute a scelte organizzative non condivise, alla presenza di divergenze nella filosofia di cura, e all'assenza di supporto da parte della *leadership*,<sup>32</sup> come ad esempio, avere punti di vista e valori contrastanti, risorse limitate,<sup>28,39</sup> ambienti di lavoro negativi, distress lavorativo, *burnout* e intenzione di cambiare organizzazione.<sup>40</sup> Altre barriere includono le norme esterne, la resistenza interna del top management<sup>41</sup> e la mancanza di comunicazione e di linee guida condivise. La revisione ha identificato come elementi di barriera la routine, gli elementi di struttura e di processo.<sup>42,43</sup> Ulteriori barriere organizzative includono la pressione del tempo, le priorità concorrenti, i vincoli operativi, oltre alla assenza di competenze e un'attitudine negativa verso la collaborazione.<sup>44,45</sup> Le differenze nelle culture e nei valori dell'organizzazione possono rappresentare una barriera per i membri del *team* nel non sentirsi a proprio agio nell'esprimere opinioni e nello sviluppare un senso di appartenenza, influenzando negativamente la collaborazione interprofessionale.

### Barriere a livello di *team*

Le barriere a livello di *team* sono principalmente legate al potere del *team*, all'allocazione delle risorse e alla chiarezza e riconoscimento del ruolo dei membri del *team*. Gli ostacoli includono la mancanza di modalità efficaci per fornire e ricevere informazioni sulla cura del paziente e di chiarezza del

ruolo professionale.<sup>2,28,31,46,47</sup> La revisione ha identificato tra le barriere a livello di *team* lo squilibrio percepito dai membri del *team* rispetto a questioni come la gerarchia e il potere, esperienze di collaborazioni negative, comportamenti non professionali o sconsiderati e il non sentirsi parte del *team*.<sup>42,48</sup> Le collaborazioni di gruppo possono essere influenzate dalle dimensioni del gruppo,<sup>30</sup> dalla comunicazione frammentata senza riunioni di gruppo formali o informali,<sup>49,50</sup> dalla carenza di personale, dall'inadeguatezza delle risorse, dalla discriminazione, dalla mancanza di rispetto, dalla sfiducia e da relazioni demotivanti sul lavoro.<sup>51-53</sup>

### Barriere a livello individuale

Le barriere a livello individuale sono legate alla comunicazione e alle relazioni interpersonali. Queste barriere includono conflitti professionali e incapacità di comunicare, di conoscersi e di costruire relazioni interpersonali.<sup>2,29,35</sup> Altri ostacoli sono la mancanza di rispetto e la percezione negativa della collaborazione interprofessionale,<sup>54</sup> la mancanza di formazione appropriata e di formazione collaborativa e ruoli poco chiari per pazienti, famiglie e professionisti stessi.<sup>37,55</sup> Gli atteggiamenti negativi verso le esperienze passate rappresentano un ostacolo significativo alla collaborazione.<sup>23</sup> Punti di vista differenti sugli aspetti professionali, sociali, comunicativi e di compiti tra professioni e membri possono influenzare la collaborazione tra professionisti sanitari.<sup>35</sup>

## Esiti

Gli strumenti di misurazione degli esiti possono essere classificati in base ai diversi aspetti del lavoro collaborativo: percezioni, credenze, comportamenti, atteggiamenti e relazioni tra i componenti del *team*; collaborazione tra i servizi.<sup>56</sup> Gli strumenti di misura sono progettati per una popolazione, scopi e contesti sanitari specifici. La scelta di uno strumento appropriato richiede di considerarne la qualità e le proprietà. Gli autori della revisione hanno sintetizzato gli esiti della collaborazione interprofessionale nelle seguenti categorie: esiti sui pazienti, esiti sui professionisti ed esiti sull'organizzazione.<sup>27</sup>

## Conclusioni

La collaborazione interprofessionale è un elemento cruciale per pratiche sanitarie moderne di successo. Affinché questa collaborazione si integri nell'organizzazione, è essenziale comprendere i molteplici fattori che possono influenzarla a diversi livelli: organizzativo, di *team* e individuale.

La letteratura riporta che la cooperazione interprofessionale contribuisce al potenziamento degli esiti attraverso la partecipazione attiva dei pazienti nel gestire autonomamente la loro condizione clinica.<sup>57,58</sup>

Inoltre, la collaborazione tra gli operatori sanitari ha dimostrato di incidere positivamente sul contesto lavorativo, armonizzando i carichi di lavoro del personale e aumentando il livello di soddisfazione professionale.<sup>59</sup>

L'efficacia della collaborazione interprofessionale è strettamente legata a una comunicazione efficiente e a relazioni di alta qualità tra i membri del *team*. Le interruzioni in questo

processo possono compromettere l'efficacia complessiva della collaborazione interprofessionale, con conseguenze negative sulla cura del paziente.<sup>46</sup> I rischi associati a una collaborazione interprofessionale debole o assente comprendono il deterioramento degli esiti per i pazienti, costi sanitari più elevati e impatti sfavorevoli sugli ambienti di lavoro.<sup>46</sup>

## Bibliografia

- Sollami A. La collaborazione interprofessionale in Sanità: un'analisi attraverso la teoria dell'identità sociale. Università degli Studi di Parma. Dottorato di ricerca in Psicologia Ciclo XXVII, 2017.
- Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and health-care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6.
- Pantha S, Jones M, Gray R. Inter-Professional Collaboration and Patient Mortality: Protocol for a Systematic Review and Meta-analysis. *Nurs Rep* 2020;10:15-22.
- Shahian DM, Wolf RE, Iezzoni LI, et al. Variabilità nella misurazione dei tassi di mortalità a livello ospedaliero. *N Engl J Med* 2010;363:2530-9.
- De Meester K, Verspuys M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation* 2013;84:1192-6.
- Xyrichis A, Reeves S, Zwarenstein M. Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *J Interprof Care* 2018; 32: 416-25.
- Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:143-51.
- Bianchi M. L'interprofessionalità nelle organizzazioni di cura e nelle relative formazioni. Disponibile da: [https://www2.supsi.ch/cms/iride/wp-content/uploads/sites/31/2017/10/05\\_Bianchi.pdf](https://www2.supsi.ch/cms/iride/wp-content/uploads/sites/31/2017/10/05_Bianchi.pdf)
- Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health* 2010;39:196-7.
- Bainbridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies for Interprofessional Collaboration. *J Phys Ther Educ* 2010;24:6-11.
- Ridolfi L. Le professioni sociali e sanitarie emergenti: vincoli, opportunità e strumenti per l'integrazione interprofessionale. *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione* 2012;4:83-101.
- Tousijn W. I rapporti inter-professionali in sanità: dal vecchio al nuovo professionalismo. *Salute e Società* 2015;3:44-55.
- D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 2008;8:1-14.
- D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. Un modèle de structuration de l'action collective dans les services de santé de première ligne au Québec. *Sciences Sociales et Santé* 1999;17:67-94.
- Beaulieu MD, Denis JL, D'Amour D, et al. L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. *Research Report. Université de Montréal, Montréal, 2006.*
- D'Amour D, Goulet L, Pineault R, et al. Comparative study of interorganizational collaboration and its impact: the case of perinatal services. *Research Report. GRIS, Montréal, 2004.*
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux: Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec, 2007.
- Bronstein LR. A model for interdisciplinary collaboration. *Soc Work* 2003;48:297-306.
- Ratelle JT, Sawatsky AP, Kashiwagi DT, et al. Implementing bedside rounds to improve patient-centred outcomes: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2019;28:317-26.
- Gonzalo JD, Wolpaw DR, Lehman E, Chuang CH. Patient-centered interprofessional collaborative care: factors associated with bedside interprofessional rounds. *J Gen Intern Med* 2014;29:1040-7.
- Blakeney EA, Chu F, White AA, et al. A scoping review of new implementations of interprofessional bedside rounding models to improve teamwork, care, and outcomes in hospitals. *J Interprof Care* 2021:1-16.
- Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs* 1989;14:330-5.
- Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 2020;34:332-42.
- McCallin A. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs* 2001;10:419-28.
- Thomson AM, Perry JL. Collaboration Processes: Inside the Black Box. *Public Administration Review. Vol. 66, Special Issue: Collaborative Public Management* 2006; 20-32.
- Noordegraaf M, Burns LR. The paradoxes of leading and managing healthcare professionals. In: TJ Hoff, KM Sutcliffe, GJ Young (Eds.). *The healthcare professional workforce. Understanding human capital in a changing industry* 2016;107-45. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Wei H, Horns P, Sears SF, et al. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *J Interprof Care* 2022;36:735-49.
- Michalsen A, Long AC, DeKeyser Ganz F, et al. Interprofessional shared decision-making in the ICU: A systematic review and recommendations from an expert panel. *Crit Care Med* 2019;47:1258-66.
- Barr N, Vania D, Randall G, Mulvale G. Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: A systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2017;22:250-7.
- Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* 2016;17:1-13.
- Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in health-care: A systematic review of the qualitative research. *Int J Nurs Stud* 2018;79:70-83.

32. Wranik WD, Price S, Haydt SM, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy* 2019; 123:550-63.
33. Aquino MV, Olander EK, Needle JJ, Bryar RM. Midwives' and health visitors' collaborative relationships: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud* 2016;62:193-206.
34. Braithwaite J. Bridging gaps to promote networked care between teams and groups in health delivery systems: A systematic review of non-health literature. *BMJ Open*, 2015;5:e006567.
35. Bollen A, Harrison R, Aslani P, et al. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners – a systematic review. *Health Soc Care Commun* 2019;27:E189-E212.
36. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, et al. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: A systematic review. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep* 2017;15:2723-88.
37. Oishi A, Murtagh FEM. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliative Med* 2014;28:1081-98.
38. Shah B, Forsythe L, Murray C. Effectiveness of interprofessional care teams on reducing hospital readmissions in patients with heart failure: A systematic review. *Medsurg Nurs* 2018;27:177-85.
39. Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *Int Emerg Nurs* 2010;18:127-37.
40. Kaiser S, Patras J, Martinussen M. Linking interprofessional work to outcomes for employees: A meta-analysis. *Res Nurs Health* 2018;41:265-80.
41. Chung VCH, Ma PHX, Hong LC, Griffiths SM. Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: Systematic review of qualitative studies. *PloS One* 2012;7:e50022.
42. Okello DRO, Gilson L. Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: A systematic review. *Human Res Health* 2015;13:16.
43. Suva G, Sharma T, Campbell KE, et al. Strategies to support pressure injury best practices by the interprofessional team: A systematic review. *Int Wound J* 2018;15:580-9.
44. Overbeck G, Davidsen AS, Kousgaard MB. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: A systematic qualitative review. *Implement Sci* 2016;11:165.
45. Wood E, Ohlsen S, Ricketts T. What are the barriers and facilitators to implementing collaborative care for depression? A systematic review. *J Affect Disord* 2017; 214:26-43.
46. Barnard R, Jones J, Cruice M. Communication between therapists and nurses working in inpatient interprofessional teams: Systematic review and meta-ethnography. *Disabil Rehabil* 2020;42:1339-49.
47. Saint-Pierre C, Herskovic V, Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: A systematic review. *Fam Pract* 2018;35:132-41.
48. Macdonald D, Snelgrove-Clarke E, Campbell-Yeo M, et al. The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: A systematic review. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep* 2015;13:74-127.
49. Kiesewetter J, Fischer F, Fischer MR. Collaborative clinical reasoning—A systematic review of empirical studies. *J Contin Educ Health Prof* 2017;37:123-8.
50. Montano A. “All for One” experiences of interprofessional team members caring for older adults: A meta-synthesis. *Int J Older People Nurs* 2020;15:e12290.
51. McHugh SK, Lawton R, O'Hara JK, Sheard, L. Does team reflexivity impact teamwork and communication in interprofessional hospital-based healthcare teams? A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Qual Saf* 2020;29:672-83.
52. Supper I, Catala O, Lustman M, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: A review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Pub Health* 2015;37:716.
53. Medves J, Godfrey C, Turner C, et al. Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *Int J Evid Based Healthc* 2010;8:79-89.
54. House S, Havens D. Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration: A systematic review. *J Nurs Admin* 2017;47:165-71.
55. Johnson JM, Carragher R. Interprofessional collaboration and the care and management of type 2 diabetic patients in the Middle East: A systematic review. *J Interprof Care* 2018;32:621-8.
56. Walters SJ, Stern C, Robertson-Malt S. The measurement of collaboration within healthcare settings: A systematic review of measurement properties of instruments. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep* 2016;14:138-97.
57. Morgan KH, Barroso CS, Bateman S, et al. Patients' experiences of interprofessional collaborative practice in primary care: A scoping review of the literature. *J Patient Exp* 2020;7:1466-75.
58. Guck TP, Potthoff MR, Walters RW, et al. Improved outcomes associated with interprofessional collaborative practice. *Ann Fam Med* 2019;17:S82.
59. Carney PA, Thayer EK, Palmer R, et al. The benefits of interprofessional learning and teamwork in primary care ambulatory training settings. *J Int Educ Pract* 2019; 15:119-26.

# La nutrizione nei pazienti terminali: quali migliori approcci

Paola Gnerre,<sup>1</sup> Gabriele Riggi,<sup>2</sup> Giovanni Filannino<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Direttrice Struttura Complessa, Medicina Interna 2 PO Levante, ASL2 Savonese; <sup>2</sup>Infermiere Area Medica, ASST dei Sette Laghi, Varese; <sup>3</sup>Infermiere Medicina Interna PO Andria, ASL (BT), Italia

## Introduzione

Per un corretto approccio all'argomento dobbiamo in primis definire il concetto di "terminalità". Quale paziente possiamo considerare terminale e a quali implicazioni può portare? Nel vocabolario Treccani la parola terminale rivolto alla medicina esprime "lo stadio ultimo di una malattia, quello che ne chiude il decorso", ma i professionisti sanitari sanno che lo stadio ultimo di una malattia può attraversare diversi momenti che possono implicare approcci differenti.

Nel mondo sanitario la parola "terminalità" indica una prognosi di vita limitata nel tempo e basata su criteri terapeutici, sintomatici ed evolutivi/temporali. I criteri terapeutici definiscono l'assenza di trattamenti capaci di incidere significativamente sulla evoluzione della malattia. I criteri sintomatici includono la presenza di sintomi severi o difficili da controllare. I criteri evolutivi/temporali sono conseguenti della stima di una sopravvivenza/prognosi limitata nel tempo.

Esiste quindi una differenza tra malato terminale o inguaribile? La differenza consiste nel diverso approccio che i due aggettivi inducono ad avere nei confronti della patologia. Il primo utilizza il criterio temporale come primario, mentre il termine inguaribile non pone l'accento sull'ineluttabile avvicinarsi della morte, quanto piuttosto sull'impossibilità di curare la patologia. Inguaribile non significa incurabile ma apre

lo sguardo verso il concetto di cure palliative. *End of life*, malattia terminale e periodo di cure terminali sono sinonimi e si applicano al paziente con malattia progressiva con una stima di vita inferiore a pochi mesi. Il termine *actively dying* si riferisce invece ad un paziente con una aspettativa di vita di pochi giorni.

Frequentemente, quando si parla di malato terminale si pensa solo al paziente affetto da neoplasia in stato avanzato, ma esiste anche l'enorme capitolo di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase *end-stage*.

Nei reparti internistici è abituale che vengano ricoverati pazienti con "grandi insufficienze d'organo *end-stage*". Questo perché il miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria ha portato un progressivo allungamento della vita media dei malati affetti da insufficienza cardiaca cronica,<sup>1</sup> respiratoria, neurologica, renale ed epatica senza però modificarne la storia naturale e l'evoluzione *end-stage*, comportando un progressivo sbilanciamento nella qualità di vita di questi soggetti.

Esistono quindi criteri generali e specifici che permettono di inquadrare il paziente come *end-stage* in una insufficienza d'organo specifica e quindi indirizzarlo verso una attivazione precoce all'interno di un percorso di cure palliative.<sup>2,3</sup>

## Insufficienza cardiaca cronica con terapia medica ottimale

Criteri clinici: trattamento palliativo vs. trattamento intensivo.

- Classe New York Heart Association IV;
- >1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi;
- ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi;
- necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale;
- scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata;
- cachessia.

## Insufficienza respiratoria cronica

Criteri clinici: trattamento palliativo vs. trattamento intensivo.

- Età >70 anni;
- forced expiratory volume 1 <30% predetto;
- dipendenza dall'ossigeno terapia;
- >1 ammissione/anno in ospedale per broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata;

Corrispondente: Paola Gnerre, Medicina Interna 2 PO Levante, ASL2 Savonese, Italia.  
E-mail: pgnorre@hotmail.it

Parole chiave: terminalità; *end of life*; *Karnofsky performance status*; KPS; nutrizione artificiale.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e3

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

- insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità;
- calo ponderale, cachessia;
- ridotta autonomia funzionale;
- aumento dipendenza.

### Insufficienza respiratoria cronica: fibrosi polmonare idiopatica

Criteri clinici: trattamento palliativo vs. trattamento intensivo.

- Età >70 anni;
- *pattern* istologico polmonite interstiziale comune se noto;
- dipendenza dall'ossigenoterapia;
- aspetto radiologico di *Honeycomb* all'HRCT del torace;
- ridotta autonomia funzionale;
- aumento dipendenza.

### Insufficienza renale cronica

Criteri clinici: trattamento palliativo vs. trattamento intensivo.

- Età >75 anni;
- neoplasia in stato avanzato;
- grave malnutrizione;
- patologia cardiaca o polmonare terminale;
- stato vegetativo;
- grave deterioramento cognitivo;
- *multiple organ failure* in terapia intensiva.

### Demenza

Criteri clinici: trattamento palliativo vs. trattamento intensivo.

- Incapace a camminare senza assistenza;
  - incontinenza urinaria e fecale;
  - conversazione non significativa e incoerente (<6 parole/giorno);
  - incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS  $\leq 50\%$ );
- Più una delle seguenti:
- perdita di peso (10% negli ultimi sei mesi);
  - infezioni ricorrenti del tratto urinario;
  - piaghe da decubito (stadio 3 o 4);
  - febbre ricorrente.

Presentiamo quindi tre casi clinici di tre pazienti "terminali" ma che implicano differenti approcci terapeutici.

### Caso clinico n. 1

Paziente uomo di 65 anni affetto da neoplasia polmonare con secondarismi cerebrali. In corso trattamento radioterapico a scopo palliativo. Giunge in pronto soccorso (PS) per decadimento delle condizioni generali. Il paziente riferisce perdita di peso di 5 kg negli ultimi 15 giorni. Alla visita il paziente è fortemente astenico e disidratato. Presenta mucosite del cavo orale.

Il paziente andrebbe sottoposto ad un supporto nutrizionale?

La malnutrizione interferisce con il *performance status*, determina un aumento di morbilità ed è inversamente correlata alla prognosi. In una discreta percentuale di casi, la causa prima di morte in pazienti neoplastici, sembra essere sostanzialmente dovuta a problemi metabolici/nutrizionali, senza un interessamento evidente di organi vitali.

Lo stato nutrizionale del paziente oncologico, particolarmente nelle forme neoplastiche più a rischio di sviluppare un quadro di malnutrizione, deve essere valutato all'inizio dell'iter diagnostico-terapeutico e monitorizzato durante tutta la durata del trattamento, al fine di identificare precocemente i pazienti che necessitano di un supporto nutrizionale specifico (linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002).<sup>4</sup>

Il paziente ha un MUST 3 che configura un rischio di malnutrizione elevato. Andrebbe quindi sottoposto a supporto nutrizionale.

Non c'è indicazione all'avvio di una nutrizione artificiale nei pazienti oncologici con malattia inguaribile, in fase avanzata, aspettativa di vita inferiore a poche settimane e un *Karnofsky performance status* (KPS) <50%. Ci sono però tre indicazioni che invece presuppongono l'avvio del supporto nutrizionale nel paziente oncologico: i) in pazienti con calo ponderale  $\geq 10\%$  negli ultimi 6 mesi, candidati a chirurgia addominale maggiore (A); ii) in pazienti candidati a trattamento chemio/radioterapico, in cui uno stato di malnutrizione o ipofagia precludono l'esecuzione di un trattamento oncologico corretto; iii) in pazienti afagici o con subocclusione intestinale che, pur avendo esaurito ogni possibilità terapeutica oncologica, abbiano un KPS superiore a 50% ed una prognosi di sopravvivenza maggiore di due mesi.

Il nostro paziente rientra nella seconda indicazione per cui è corretto l'avvio della nutrizione.

Il paziente è quindi stato sottoposto a dieta arricchita con pasti principali morbidi da carrello e spuntini morbidi come yogurt e budini e a dieta integrata con due *brick* al giorno (iper calorici, circa 200 Kcal per bottiglietta e iperproteici 11 gr per bottiglietta) da frazionare a piccoli sorsi durante la giornata, con acido eicosapentaenoico e acido docosaesaenoico (0,9g/100 ml) ed una miscela brevettata di fibre solubili e insolubili (2,1g/100 ml), contiene anche carotenoidi, colina, carnitina e taurina tollerati anche per mucosite.

### Caso clinico n. 2

Paziente di 58 anni affetta da carcinosi peritoneale per neoplasia ovarica in terza linea di chemioterapia per recidiva. Giunge in PS per addominalgie. Ricontra di quadro sub-occlusivo intestinale. Alla visita paziente vigile e collaborante. Autonoma. KPS >60%. Riferisce nell'ultimo periodo riduzione dell'introito alimentare per episodi di dolore addominale post-prandiale. Riferito calo ponderale di 4 kg.

I *consensus* di esperti ci dicono di non iniziare e non proseguire una nutrizione artificiale (per via parenterale o enterale) nei pazienti oncologici con malattia inguaribile, in fase avanzata, aspettativa di vita inferiore a poche settimane e un KPS <50%.

La nostra paziente però, rientra nella terza indicazione (pazienti afagici o con subocclusione intestinale che, pur avendo esaurito ogni possibilità terapeutica oncologica, abbiano un KPS superiore a 50% ed una prognosi di sopravvivenza maggiore di due mesi) per cui è indicato l'avvio di un

supporto nutrizionale nel paziente oncologico. È stata quindi sottoposta a nutrizione parenterale fino a risoluzione dello stato sub-occlusivo.

### Caso clinico n. 3

Paziente uomo di 88 anni affetto da demenza senile grave da 15 anni. Giunge in PS per insufficienza respiratoria acuta. Riscontro radiografico di polmonite basale sinistra.

Durante la degenza miglioramento degli indici di flogosi e del compenso respiratorio ma persistenza dello stato di coma. Il paziente non si alimenta e non è contattabile. Le figlie richiedono avvio nutrizione enterale (NE).

Le linee guida ESPEN 2015 (grado di evidenza molto basso) suggeriscono l'avvio della NE per un limitato periodo di tempo in pazienti con demenza lieve e moderata,<sup>4</sup> per affrontare una situazione critica potenzialmente reversibile (es. anoressia in corso di infezione, disfagia per ictus, delirio) responsabile della riduzione degli ingesta.

È invece controindicata con un grado di evidenza alto l'avvio della NE nei pazienti con demenza severa.

La nutrizione artificiale, enterale e parenterale, va quindi evitata nella demenza avanzata. Il posizionamento della gastrostomia endoscopica percutanea con avvio della NE non comporta un miglioramento della sopravvivenza, non diminuisce il rischio di polmoniti da aspirazione, non migliora la guarigione delle ulcere da decubito ma aumenta lo stress, il ricorso al contenimento fisico e alla sedazione farmacologica nonché il rischio di sovraccarico idrico, diarrea, dolore e complicanze locali. Analogo concetto per la nutrizione parenterale che oltre ad aumentare il rischio infettivo del paziente non induce un miglioramento della sopravvivenza stessa. Va quindi privilegiata l'alimentazione orale assistita che invece permette di migliorare lo stato nutrizionale. Ma nei malati con demenza terminale la nutrizione dovrebbe focalizzarsi sul comfort del paziente e sulle relazioni umani piuttosto che mirare ad obiettivi nutrizionali. In conclusione, in situazioni come la demenza avanzata con quadro clinico estremamente compromesso o nel paziente oncologico con malattia avanzata, dolore non controllato, aspettativa di vita inferiore a 4-6 settimane, la nutrizione artificiale non ha dimostrato un favorevole rapporto benefici/rischi.

In Medicina, può essere considerato futile "ogni intervento diagnostico o terapeutico che non aggiunge significativa probabilità di miglioramento alla prognosi di una malattia e alla condizione attuale di un paziente, e il cui unico prevedibile risultato è prolungare un declino giudicato ormai irreversibile".

Va aggiunto che molto spesso gli interventi futili implicano rischi, sofferenze, effetti dannosi indesiderati, oneri individuali e sociali. Per cui avviare una nutrizione in un paziente terminale deve essere considerato un intervento sempre futile? Non dipende dallo stadio di salute del nostro paziente e dalla nostra capacità di avviare tempestivamente le cure palliative che implicano anche la valutazione e il controllo dello stadio nutrizionale del paziente.

Desistere significa non-insistere/non-accanirsi. In medicina la scelta di desistere non è la scelta di rinunciare ma la capacità di scegliere il meglio nel singolo caso ponendosi come obiettivo non il perseguimento della guarigione ma la

cura del paziente nel suo insieme. E in quest'ottica si colloca il problema della nutrizione nei pazienti terminali.

### Take home messages

- Uno *screening* nutrizionale deve di regola essere effettuato entro 48 ore dal ricovero, per identificare i pazienti malnutriti o a rischio di diventarlo e stabilire se è necessaria una valutazione nutrizionale più approfondita.
- La presenza di malnutrizione può essere identificata con la combinazione di parametri clinici (anamnesi ed esame obiettivo) e biochimici. Inoltre, alla valutazione nutrizionale deve seguire la stesura di un programma nutrizionale e di monitoraggio.<sup>5</sup>
- Il supporto nutrizionale nei pazienti "terminali" è molto controverso per motivi etici/deontologici, ma soprattutto per la mancanza di studi clinici randomizzati a riguardo.<sup>6</sup>
- Il supporto nutrizionale in questi pazienti è indicato nelle situazioni in cui il problema nutrizionale è prioritario, il paziente rischia di morire per malnutrizione e non per la patologia oncologica, e la nutrizione può essere proseguita al domicilio. Tenendo bene a mente le differenze tra *actively dying* e *terminally ill & quot*.<sup>7</sup>
- La nutrizione artificiale deve avere come obiettivo il miglioramento/mantenimento della qualità di vita della persona, considerando i principi etici di autodeterminazione del malato, applicando i corretti criteri di beneficiabilità e scongiurando l'erogazione di prestazioni da lui rifiutate o sproporzionate.

### Bibliografia

1. Zulian F, Campanini M, Lusiani L, et al. Problematiche di fine vita: il ruolo della Medicina Interna ospedaliera. Quaderni Ital J Med 2017;5.
2. Gristina GR, Orsi L, Carlucci A, et al. per il Gruppo di Lavoro Insufficienze Croniche d'Organo. Parte I. Il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". *Recenti Prog Med* 2014;105:9-24.
3. Zulian F, Campanini M, Lusiani L, et al. Saper desistere per curare fino in fondo: come intraprendere il migliore percorso di assistenza nel Paziente con grave insufficienza d'organo in Medicina Interna? *Quaderni Ital J Med* 2017;5.
4. Nutrizione Artificiale nel paziente oncologico. Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 – Parte Speciale S61 *Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale/Anno 20*;S5:S61-S65. Disponibile da: <https://www.sinpe.org/documenti/61-65.pdf>
5. Druml C, Ballmer PE, Druml W, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr* 2016.
6. Frank M, Sivagnanaratnam A, Bernstein J. Nutritional assessment in elderly care: a MUST! *BMJ Qual Improv Rep* 2015.
7. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N. Concepts and Definitions for "Actively Dying", "End of Life", "Terminally Ill", "Terminal Care", and "Transition of Care": A Systematic Review. *J Pain Symptom Manag* 2014;47:77-89.

# L'iperglicemia e l'ipoglicemia: come prevenirle, come gestirle

Tiziana Marcella Attardo,<sup>1</sup> Anna Morselli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Direttrice Struttura Complessa Medicina Interna, Ospedale L. Confalonieri di Luino, ASST dei Sette Laghi, Varese; <sup>2</sup>Infermiera Day Service Internistico Ospedale di Carpi, AUSL Modena, Italia

## Introduzione

La decima edizione dell'*International Diabetes Federation Diabetes Atlas* riporta un continuo aumento globale della prevalenza del diabete, confermando essere una importante sfida globale per la salute e il benessere degli individui, delle famiglie e della società.<sup>1</sup> Il diabete mellito è un disturbo metabolico diffuso che colpisce 537 milioni di adulti (20-79 anni), 1 su 10 persone, e si prevede che questo numero salga a 643 milioni entro il 2030 e a 783 milioni entro il 2045.<sup>1</sup> Nel 2021 il diabete è stato responsabile di 6,7 milioni di morti, 1 ogni 5 secondi; ha assorbito risorse per almeno 966 miliardi di dollari, con un aumento del 316% negli ultimi 15 anni.<sup>1</sup> Studi osservazionali hanno riportato nei pazienti ospedalizzati una prevalenza di iperglicemia e diabete mellito che varia dal 38 al 40% nei pazienti ospedalizzati,<sup>2</sup> mentre il 70-80% dei pazienti con diabete noto presentano patologie critiche o sono sottoposti ad interventi di cardiocirurgia.<sup>3</sup> I dati della letteratura confermano che la gestione dell'iperglicemia nei reparti di Medicina Interna è un'attività pressoché quotidiana con un significativo assorbimento di risorse assistenziali.<sup>2</sup> Numerosi dati osservazionali e sperimentali indicano, inoltre, che l'iperglicemia ospedaliera, in pazienti con o senza una precedente diagnosi

di diabete, è associata ad un aumento del rischio di complicanze e mortalità, a una degenza ospedaliera più lunga, a un tasso di ricovero più elevato in unità di terapia intensiva, e ad una maggiore disabilità alla dimissione, con una aumentata necessità di assistenza e quindi un ritorno a domicilio sempre più difficoltoso e ritardato.<sup>2,4</sup>

Il documento di consensus dell'*American Diabetes Association (ADA)* e dell'*American Association of Clinical Endocrinologists* sull'iperglicemia ospedaliera ha definito l'iperglicemia da stress o l'iperglicemia correlata all'ospedalizzazione una concentrazione di glucosio nel sangue >140 mg/dl (>7,8 mmol/l) in pazienti senza precedente storia di diabete mellito.<sup>5,6</sup>

Sebbene l'iperglicemia da stress si risolva dopo la malattia acuta o l'evento stressante chirurgico, una percentuale significativa di questi pazienti (fino al 60% in alcuni studi), a 6-12 mesi dalla dimissione, diventano affetti da diabete mellito.<sup>7</sup>

Nei pazienti con riscontro di iperglicemia al momento del ricovero senza storia nota di diabete la misurazione dell'emoglobina glicosilata (HbA1c) è indicata al fine di distinguere tra iperglicemia da stress e diabete mellito non noto.<sup>8</sup>

Le raccomandazioni della *Endocrine Society* e della *Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care* del Regno Unito indicano che le persone ricoverate in ospedale con valori di glucosio nel sangue >140 mg/dl (7,8 mmol/l) che hanno una HbA1c pari o superiore a 6,5% (48 mmol/mol) sono da definire affetti da diabete mellito; per valori di glicemia invece inferiori a 6,5% si pone diagnosi di iperglicemia da stress.<sup>5,8</sup>

In Figura 1, la flowchart riassume le indicazioni nel management dell'iperglicemia nel *setting* del paziente ospedalizzato.<sup>9</sup>

Corrispondente: Tiziana Marcella Attardo, Struttura Complessa di Medicina Interna, Ospedale L. Confalonieri di Luino, ASST dei Sette Laghi, Varese, Italia.  
E-mail: tizianamarcella.attardo@asst-settelaghi.it

Parole chiave: *management* ipoglicemia; *management* iperglicemia; piano di dimissione; addestramento del paziente; CGM.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e4

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

## Management dell'iperglicemia nel paziente ricoverato

È compito del medico e dell'infermiere valutare:

- segni precoci di iperglicemia, come poliuria, polidipsia, visione offuscata, affaticamento o mal di testa, e segni tardivi, come chetoacidosi diabetica o stato iperglicemico iperosmolare;
- segni di *deficit* di volume di liquidi, disidratazione, cambiamenti dello stato mentale fino al coma.

Esistono diversi protocolli proposti per la gestione della glicemia durante l'ospedalizzazione. Protocolli specifici e condivisi per il trattamento dell'iperglicemia consentono di controllare l'iperglicemia ed evitare gli episodi ipoglicemici. Inoltre, appare cruciale identificare precocemente i pazienti

più a rischio e su questi intensificare l'attenzione e il monitoraggio glicemico.<sup>10</sup>

I protocolli di gestione glicemica che mirano a livelli glicemici raccomandati compresi tra 100 e 180 mg/dl in pazienti iperglicemici non critici hanno il potenziale di migliorare gli outcomes.<sup>11</sup> La terapia insulinica è la pratica standard per la gestione dell'iperglicemia dei pazienti ricoverati, grazie alla sua efficacia e al dosaggio flessibile. La terapia insulinica richiede esperienza da parte del personale sanitario coinvolto nella cura dei pazienti con diabete o iperglicemia al fine di ottimizzarne l'efficacia e ridurne al minimo i possibili danni, come l'ipoglicemia.<sup>11</sup> Per i pazienti trattati con insulina, diverse evidenze indicano che l'uso ospedaliero delle penne per insulina è sicuro e può migliorare la soddisfazione degli infermieri, quando sono in atto protocolli di sicurezza ed una adeguata formazione infermieristica atti a garantirne un uso individuale della penna.<sup>12</sup>

Le attualissime raccomandazioni degli standard di cura del diabete dell'ADA ci ricordano che:<sup>12</sup>

- l'infusione endovenosa continua di insulina è di scelta nei pazienti in condizioni critiche e per la gestione della chetoacidosi diabetica e dello stato iperglicemico-iperosmolare, rappresentando il metodo più efficace per

raggiungere obiettivi glicemici specifici ed evitare l'ipoglicemia. Le infusioni di insulina per via endovenosa devono essere somministrate utilizzando protocolli scritti o computerizzati, validati e condivisi dall'intero team, ma a prevalente gestione infermieristica, che consentano aggiustamenti predefiniti nella velocità di infusione di insulina in base alle fluttuazioni glicemiche e alle velocità di infusione di insulina passate e attuali;

- per la transizione, da terapia insulinica iniettiva a sottocutanea, la dose giornaliera totale di insulina sottocutanea può essere calcolata in base alla velocità di infusione di insulina durante le 6-8 ore precedenti quando sono stati raggiunti obiettivi glicemici stabili, in base alla precedente dose di insulina domiciliare o seguendo un approccio basato sul peso;<sup>12</sup>
- l'insulina basale o un piano insulinico di correzione con insulina basale più boli di insulina rapida è il trattamento da preferire per i soggetti ospedalizzati in condizioni non critiche con scarso apporto orale o per coloro che non si alimentano;
- un piano insulinico con componenti basali, prandiali (schema *basal bolus* o *basal plus*) e correttive è il tratta-

### In caso di iperglicemia nel paziente ospedalizzato su glucometro:

- **Controllo glicemia su sangue venoso**
- **Rilevazione e registrazione in cartella della HbA1c**
- **Rilevazione e registrazione in cartella dei dati antropometrici (quando possibile)**

In base ai valori di HbA1c è possibile effettuare o escludere la diagnosi di diabete.

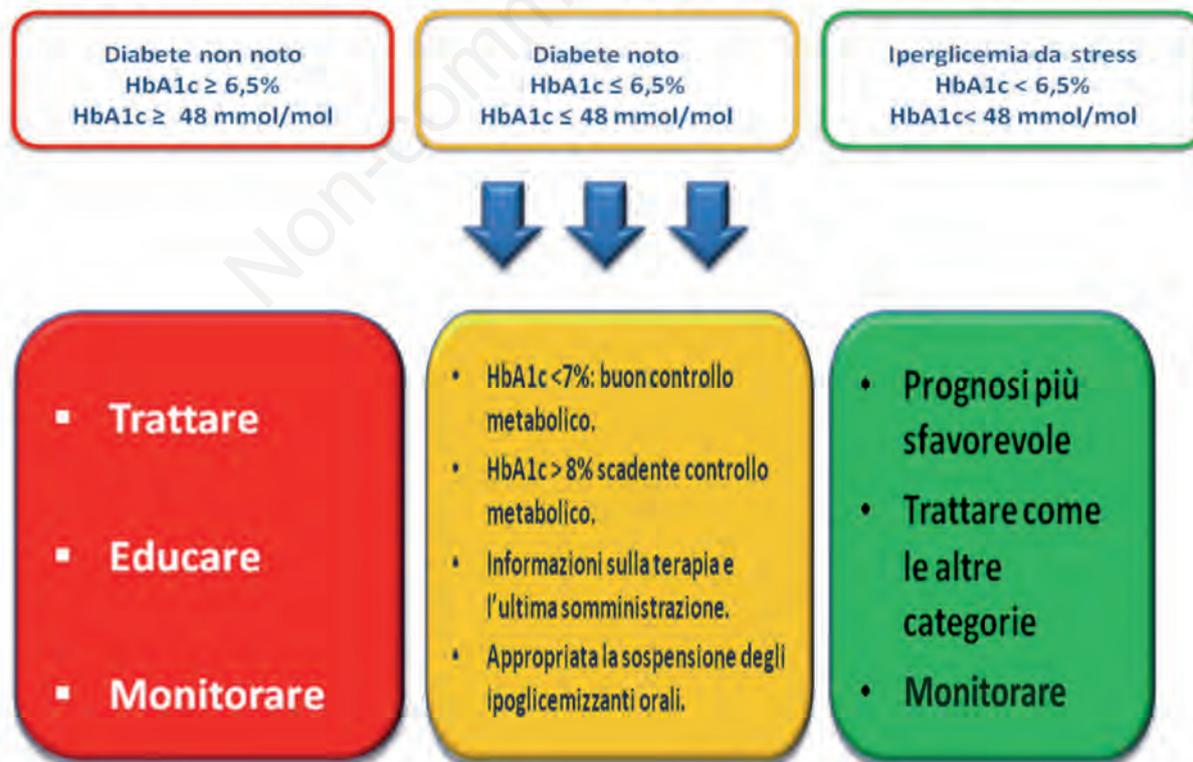


Figura 1. Flowchart diagnostica ed indicazioni per iperglicemia nel setting del paziente ospedalizzato (Pastorelli *et al.*).<sup>9</sup>

mento da preferire per la maggior parte dei soggetti ospedalizzati non critici con un adeguato apporto nutrizionale;

- l'uso esclusivo di un'insulina correttiva o supplementare senza insulina basale (precedentemente denominata *sliding scale*) in ambito ospedaliero deve essere scoraggiato.

Dato il numero crescente di terapie non insuliniche disponibili, sono state proposte e studiate strategie alternative per il contesto ospedaliero. Nella maggior parte dei pazienti adulti con iperglicemia (con o senza diabete mellito tipo 2 noto) ricoverati in ospedale per una malattia non critica, le linee guida dell'*Endocrine Society* del 2022 suggeriscono di utilizzare la terapia insulinica piuttosto che le terapie non insuliniche.<sup>11</sup> Gli inibitori dei dipeptidil-peptidasi 4 possono essere presi in considerazione in pazienti selezionati con diabete mellito tipo 2 che non richiedano insulina ed in prossimità della dimissione ospedaliera.<sup>11,12</sup> Potrebbe essere ragionevole iniziare altre terapie non insuliniche (come cotrasportatore sodio-glucosio 2 [SGLT2] inibitori e glucagon-like peptide-1 agonists) in pazienti stabili prima della dimissione come parte di un piano di transizione coordinato.

Nei casi di un diabete mellito ben controllato ed in presenza di una condizione di ospedalizzazione non critica, si potrà valutare la possibilità di mantenere la terapia orale o iniettiva non insulinica, praticata dal paziente prima dell'ospedalizzazione, considerando comunque la necessità di eventuali opportuni aggiustamenti in relazione alla situazione clinica condizionante il ricovero ospedaliero.<sup>12</sup>

Per le persone con diabete di tipo 2 ricoverate in ospedale per insufficienza cardiaca, si raccomanda di iniziare o continuare l'uso di un inibitore del SGLT2 durante il ricovero e alla dimissione, se non ci sono controindicazioni e dopo la guarigione dalla malattia acuta.<sup>12</sup> Gli SGLT2 inibitori dovrebbero essere evitati in caso di patologie acute critiche, in persone con chetonemia o chetonuria, durante il digiuno prolungato e le procedure chirurgiche.<sup>12</sup> La *Food and Drug Administration* ne ha raccomandato la sospensione tre giorni prima degli interventi chirurgici programmati.<sup>12,13</sup>

## L'ipoglicemia

Per i pazienti ospedalizzati, l'ipoglicemia è definita come qualsiasi livello di glucosio <70 mg/dl (<3,9

mmol/l).<sup>12</sup> Si definisce livello 1 per valori di glicemia compresi tra 70 e 54 mg %; livello 2 invece è quello con glicemia inferiore a 54 mg %. Si definisce, invece, livello 3 un evento ipoglicemico severo caratterizzato da alterazione dello stato di coscienza e/o da alterazione dello status fisico tale da richiedere assistenza da parte di terzi per il trattamento dell'ipoglicemia, ciò indipendentemente dai valori glicemici.<sup>14</sup>

L'ipoglicemia ha molteplici implicazioni cliniche: può interrompere le attività quotidiane e può avere conseguenze psicologiche nei pazienti con diabete mellito (ad esempio, paura dell'ipoglicemia, effetti negativi sull'umore e sulle emozioni), influenzando negativamente la loro qualità della vita. Inoltre, l'ipoglicemia esercita molteplici effetti avversi sul sistema cardiovascolare, con il potenziale di causare disfunzioni cardiovascolari nei pazienti con diabete mellito. Può portare a incidenti, lesioni a seguito di cadute in caso di perdita di coscienza; è causa di deterioramento cognitivo, aritmie anche maligne e, persino, può condurre a morte improvvisa. Essa rappresenta un onere economico ed è causa di consumo delle risorse sanitarie, soprattutto per il trattamento di episodi gravi che richiedono il ricovero in ospedale.

La Tabella 1 riporta i maggiori fattori di rischio di ipoglicemia per il paziente ricoverato.

## Management dell'ipoglicemia

Nei pazienti con diabete mellito, l'educazione alla gestione della malattia e l'ottimizzazione dell'autogestione (compresa il monitoraggio continuo della glicemia) possono ridurre il rischio di ipoglicemia. Come per la gestione dell'iperglicemia, un protocollo per la gestione dell'ipoglicemia deve fare parte della realtà lavorativa dei nostri reparti di Medicina. Tale protocollo deve essere:

- validato;
- adattato alla realtà quotidiana di reparto;
- condiviso dal *team*, ma a prevalente gestione infermieristica;
- realizzato con soluzioni operative di facile comprensione non solo per gli operatori, ma anche per i pazienti riducendo così il rischio clinico.<sup>12</sup>

È compito del personale infermieristico monitorare e gestire l'ipoglicemia.

**Tabella 1.** Fattori di rischio di ipoglicemia in *setting* ospedaliero (tradotta e modificata da Dhatariya *et al.*).<sup>4</sup>

Precedenti episodi ipoglicemici o ridotta consapevolezza dell'ipoglicemia
Età avanzata (età ≥65 anni)
Insufficienza renale cronica (storia di malattia renale cronica di stadio ≥3, velocità di filtrazione glomerulare stimata <60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )
Insufficienza epatica
Sepsi
Malnutrizione/alimentazione irregolare/indice di massa corporea ≤27 kg/m <sup>2</sup>
Neoplasie attive
Terapia insulinica (dose giornaliera totale di insulina ≥0,6 unità/kg)
Diabete mellito tipo 1
Alterazioni dello status mentale/ <i>delirium</i>
Lunga durata del diabete
Utilizzo di farmaci concomitanti

### Se il paziente è cosciente e in grado di deglutire

- Somministrare 15-20 grammi di carboidrati, come succo o zollette di zucchero o 3 bustine di zucchero di 5 grammi;
- ripetere il controllo della glicemia dopo 15 minuti;
- se ancora ipoglicemico, ripetere la somministrazione di carboidrati e i controlli della glicemia ogni 15 minuti fino a quando il livello di glucosio non supera i 70 mg/dl o rientra nel range (regola del 15).<sup>15</sup>

Quando l'assistito è in grado, fornire uno spuntino a base di carboidrati, con un contenuto elevato di proteine e grassi.<sup>15</sup>

### Se il paziente ipoglicemico è incosciente

Se il paziente ha un accesso venoso:<sup>15,16</sup>

- infondere lentamente la soluzione glucosata al 10% 500 cc.;
- ripetere il controllo della glicemia ogni 15 minuti fino a quando non è più ipoglicemico, quindi ripetere ogni 30 minuti per almeno 2 ore.

Se il paziente NON ha un accesso venoso:<sup>15,16</sup>

- preparare il kit di glucagone e iniettare per via intramuscolo (nasale se spray);
- girare il paziente su un lato, in posizione di sicurezza, dal momento che il vomito è un sintomo frequente di accompagnamento e al fine di evitare inalazione del vomito nelle vie respiratorie;
- ripetere il controllo della glicemia dopo 15 minuti e somministrare la seconda dose, se il paziente è ancora ipoglicemico ed incosciente;
- ripetere il controllo della glicemia ogni 15 minuti fino a quando non è più ipoglicemico, quindi ripetere ogni 30 minuti per almeno 2 ore;<sup>1-3</sup>
- allertare il medico;
- quando l'assistito è in grado, fornire uno snack ricco di carboidrati, idealmente con un alto contenuto di proteine e grassi.<sup>15,16</sup>

## Il monitoraggio continuo della glicemia

Utilizzando il monitoraggio continuo dei livelli di glucosio interstiziale è possibile ricevere informazioni dettagliate sullo stato e sulle tendenze della glicemia, migliorare il controllo glicemico e ridurre il rischio di complicanze associate al diabete, come l'ipoglicemia, le infezioni, gli eventi cardio e cerebrovascolari.

Nei diabetici andrebbe considerata la prosecuzione dell'utilizzo del monitoraggio continuo della glicemia (CGM) durante il ricovero ospedaliero se l'assistito non presenta decadimento cognitivo e il *team* ospedaliero è formato adeguatamente all'interpretazione dei dati ed è disponibile anche un adeguato supporto informatico (es. cartella informatizzata).<sup>17</sup> Infatti, l'utilizzo del monitoraggio continuo della glicemia in ambiente ospedaliero è finalizzato a ridurre i frequenti test glicemici ottenuti attraverso la puntura del dito. Fornisce anche dati sull'andamento glicemico con letture frequenti e preimpostate che possono essere utilizzate per regolare l'infusione in continuo di insulina;<sup>18-20</sup> trattare l'iperglicemia e l'ipoglicemia in modo più completo rispetto a una singola misurazione della glicemia.<sup>20</sup>

Il CGM andrebbe applicato agli assistiti che stanno seguendo una terapia insulinica e/o sono a rischio di ipoglicemia. Infatti, il CGM è fortemente raccomandato per tutte le

persone con diabete trattate con terapia insulinica intensiva (definita come almeno tre iniezioni/die di insulina o utilizzo di pompa insulinica) e nei pazienti con ipoglicemia problematica (frequente/grave, notturna, non percepita).<sup>17</sup>

I dati sulla sicurezza e l'efficacia dell'uso del CGM in tempo reale in ospedale, in particolare con l'implementazione del monitoraggio remoto (ad esempio, un sistema di telemetria del glucosio), stanno crescendo.<sup>12</sup> Durante la pandemia da SARS CoV-2, molte istituzioni hanno utilizzato il CGM in ambienti di terapia intensiva e non, con l'obiettivo di ridurre al minimo i tempi di esposizione del personale sanitario e risparmiare dispositivi di protezione individuale.<sup>12</sup>

Negli ospedali in cui il CGM non è disponibile, il monitoraggio dei livelli di glucosio nel sangue deve essere continuato con il tradizionale glucometro e la puntura capillare (*bed-side point of care*).

In alcune circostanze, invece, il CGM non va utilizzato in ambito ospedaliero in quanto potrebbe non essere accurato, inclusi i pazienti con infezioni cutanee estese, ipoperfusione o ipovolemia o quelli che ricevono terapia vasoattiva o pressoria. Inoltre, alcuni farmaci possono causare letture imprecise del monitoraggio continuo del glucosio (per esempio, paracetamolo >4 g/die, dopamina, vitamina C, idrossiurea).<sup>11</sup>

Potrebbe comunque essere necessario confermare le letture ottenute attraverso il CGM con l'esecuzione di stick glicemico nei casi in cui sia prescritto applicare aggiustamenti al dosaggio di insulina.

## Pianificazione della dimissione ed educazione del paziente e/o del caregiver

L'educazione dell'assistito e della famiglia/caregiver comprende le tecniche che aiutano l'auto-gestione del diabete, favorendo la consapevolezza e comprensione della malattia, migliorando la qualità della vita, facilitando comportamenti salutari, aumentando l'*empowerment*, promuovendo una gestione sana delle difficoltà, riducendo lo stress legato alla gestione del diabete, migliorando, quindi, gli esiti di salute.

L'educazione all'assistito con diabete permette quindi: i) miglioramento del controllo glicemico, della fiducia in sé stessi e dei comportamenti di auto-cura; ii) riduzione delle complicanze; iii) riduzione del rischio di mortalità.<sup>21,22</sup>

Nel caso in cui l'assistito sia ricoverato, e, ad esempio, emerge una nuova diagnosi di diabete, la dimissione segna il passaggio di responsabilità da una situazione nella quale il personale ospedaliero gestisce totalmente il diabete a una situazione di *self-management*.

Questo richiede il coinvolgimento e coordinamento di diversi professionisti (medico ospedaliero, diabetologo, infermiere, dietista, medico di medicina generale, assistente sociale, famiglia/caregiver).

Una corretta dimissione deve essere pianificata fin dall'inizio del ricovero raccogliendo precocemente informazioni su capacità cognitive, livello culturale, acuità visiva, abilità manuali e contesto socioeconomico e familiare.

È buona regola che il medico e l'infermiere dimettenti si pongano delle domande in tal senso (Tabella 2).

Ciò permetterà di fornire all'assistito una adeguata pianificazione della dimissione (Tabella 3).

Il ricovero ospedaliero non è il momento ideale per attuare una terapia educativa intensiva; è necessario però for-

nire indicazioni molto precise sui contenuti educativi minimi, soprattutto per gli assistiti con una nuova diagnosi di diabete per garantire un buon livello di *self-management*. Nei pazienti adulti con diabete ricoverati in ospedale per malattie non critiche, gli estensori delle linee guida dell'*Endocrine Society Clinical Practice Guideline* del 2022 suggeriscono di fornire formazione sul diabete in regime di ricovero come parte di un processo completo di pianificazione della dimissione.<sup>11</sup> Sebbene l'educazione sul diabete in ospedale durante il ricovero è meglio fornita dagli specialisti nella cura ed educazione del diabete, data la limitata disponibilità degli stessi, sono proprio gli infermieri delle Strutture Complesse di Medicina che diventano incaricati di fornire formazione sul diabete ai ricoverati. In caso di personale limitato, si dovrebbe dare priorità all'educazione dei pazienti ad alto rischio di riammissione in ospedale, a quelli ricoverati per problemi legati al diabete (per esempio per ipoglicemia) e di quelli con nuova diagnosi di diabete o che devono praticare terapia insulinica alla dimissione.

Un processo completo di pianificazione delle dimissioni del diabete comprende la formazione e la convalida delle capacità di sopravvivenza del diabete, l'invio di informazioni e supporto all'autogestione ambulatoriale del diabete, la pianificazione degli appuntamenti di *follow-up* per la cura del diabete e la garanzia dell'accesso ai farmaci e alle forniture necessarie per l'autogestione del diabete dopo la dimissione.<sup>11</sup>

Un aspetto fondamentale dell'educazione è quello che riguarda l'automonitoraggio della glicemia in quanto ne aumenta la conoscenza e potenzia la capacità di farlo in modo continuativo. Ciò consente anche una sorveglianza più stretta dello stato di salute e fornisce agli assistiti e agli operatori sanitari dati per gestire in modo efficace le cure e ridurre il rischio di complicanze.

La cura del diabete deve essere incentrata sull'assistito,

basandosi sull'identificazione e sulla promozione di trattamenti sicuri ed efficaci che riducano al minimo il livello di stress, migliorando la qualità della vita e riducendo i rischi di complicanze, sia immediate che a lungo termine. Questo è possibile utilizzando tecnologie avanzate di trattamento, coinvolgendo l'assistito e la famiglia/*caregiver*, offrendo un'assistenza guidata da un *team* multidisciplinare.

### Take home messages

- Prevedere protocolli di accesso al pronto soccorso e di gestione ambulatoriale delle urgenze metaboliche per evitare ricoveri inappropriati;
- definire percorsi assistenziali condivisi con il personale infermieristico per il paziente critico e non critico per la gestione dell'ipo e dell'iperglicemia;
- provvedere a personalizzare il trattamento, dietetico e farmacologico;
- durante la degenza, cercare di impostare orari di somministrazione dei pasti in linea con le abitudini domiciliari;
- educare all'autocontrollo e alla gestione della terapia durante il periodo di ricovero per il paziente con diabete mellito neodiagnosticato o quando si prevede una dimissione con terapia insulinica;
- il *team* medico ed infermieristico deve adoperarsi per una presa in carico predimissione;
- consegnare al paziente materiale informativo, rilasciare certificazione di malattia (se non nota), esenzione e certificazione per presidi per automonitoraggio ed eventuali piani terapeutici per farmaci innovativi;
- rilasciare una lettera di dimissione accurata e ben strutturata con indicazioni precise rispetto al *follow-up* e all'identificazione del *team* che seguirà l'assistito nel post dimissione con indicazione dell'appuntamento del primo controllo post-dimissione;
- identificare precocemente i bisogni educativi e valutare il livello di comprensione del paziente e/o del *caregiver*.

**Tabella 2.** Le domande alle quali rispondere prima della dimissione.

---

Il paziente necessita di un piano di educazione all'autocontrollo e terapia del diabete ( <i>Diabetes self-management education</i> )?
Il paziente è in grado di prepararsi i pasti?
Il paziente è in grado di effettuare l'autocontrollo glicemico?
Il paziente è in grado di assumere i farmaci o di iniettarsi l'insulina in maniera corretta?
C'è un familiare o un <i>caregiver</i> in grado di supportare il paziente?
È necessaria un'assistenza domiciliare per facilitare la gestione domiciliare?

---

**Tabella 3.** Pianificazione della dimissione medico-infermieristica.

---

Informazioni sui cambiamenti terapeutici
Lettera di dimissione medico-infermieristica per il medico di medicina generale
<i>Follow-up</i>
Identificazione del <i>team</i> diabetologico che seguirà l'assistito dopo la dimissione
Valutare il livello di comprensione relativo alla diagnosi, monitoraggio della glicemia e gli obiettivi glicemici
Riconoscimento-trattamento e prevenzione dell'iperglicemia e ipoglicemia
Alimentazione
Quando e come assumere i farmaci ipoglicemizzanti o l'insulina

---

## Bibliografia

1. Federation ID. IDF atlas 10th edition. 2021. Disponibile da: <https://www.diabetesatlas.org/en/>
2. Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, et al. Hyperglycemia: An independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:978-82.
3. Swanson C, Potter D, Kongable G, Cook C. Update on inpatient glycemic control in hospitals in the United States. *Endocr Pract* 2017;17:853-61.
4. Dhatriya K, Corsino L, Umpierrez GE. Management of Diabetes and Hyperglycemia in Hospitalized Patients. 2020. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al. (Eds). *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-2020.
5. Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, et al. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:16-38.
6. Moghissi ES, Korytkowski MT, Dinardo MM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. *Diabetes Care* 2009;32:1119-31.
7. Van Ackerbroeck S, Schepens T, Janssens K, et al. Incidence and predisposing factors for the development of disturbed glucose metabolism and Diabetes mellitus After Intensive Care admission: the DIAFIC study. *Crit Care* 2015;19:355.
8. Dhatriya K, James J, Kong M-F, Berrington R. Diabetes at the front door. A guideline for dealing with glucose related emergencies at the time of acute hospital admission from the Joint British Diabetes Society (JBDS) for Inpatient Care Group. *Diabet Med* 2020;37:1578-89.
9. Pastorelli, R., Maffettone, A., Campanini, M., Fontanella, A., & Nardi, R. (2016). L'appropriatezza nella gestione dell'iperglicemia nel paziente ospedalizzato: schemi di orientamento. *Italian Journal of Medicine*, 4(1), 1-26. <https://doi.org/10.4081/ijm.q.2016.1S>
10. Linea Guida della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI), della Associazione Medici Diabetologi (AMD), della Società Italiana di Diabetologia (SID), della Federazione Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI), della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dell'Associazione Nazionale Infermieri di Medicina (ANIMO). La gestione del paziente adulto con diabete o con iperglicemia ricoverato in setting clinico non critico. Sistema Nazionale Linee Guida Roma, 2023. Disponibile da: [https://www.fadoi.org/wp-content/uploads/2023/03/Linee-Guida\\_Diabete-in-setting-non-critico\\_2023.pdf](https://www.fadoi.org/wp-content/uploads/2023/03/Linee-Guida_Diabete-in-setting-non-critico_2023.pdf)
11. Korytkowski MT, Muniyappa R, Antinori-Lent K, et al. Management of Hyperglycemia in Hospitalized Adult Patients in Non-Critical Care Settings: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2022;107:2101-28.
12. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabet Care* 2024;47:S295-S306.
13. U.S. Food and Drug Administration FDA revises labels of SGLT2 inhibitors for diabetes to include warnings about too much acid in the blood and serious urinary tract infections. Disponibile da: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-revises-labels-sglt2-inhibitors-diabetes-include-warnings-about-too-much-acid-blood-and-serious>
14. Agiostratidou G, Anhalt H, Ball D, et al. Standardizing clinically meaningful outcome measures beyond HbA1c for type 1 diabetes: a consensus report of the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Association of Diabetes Educators, the American Diabetes Association, the Endocrine Society, JDRF International, The Leona M. and Harry B. Helmsley Charitable Trust, the Pediatric Endocrine Society, and the T1D Exchange. *Diabet Care* 2017;40:1622-30.
15. Published guidelines American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabet Care* 2023;46.
16. Anderson R, Doyle GR, McCutcheon JA. Blood glucose monitoring. In: *Clinical Procedures for Safer Patient Care*. 2nd ed. Kamloops; 2018.
17. Grunberger G, Sherr J, Allende M, et al. Linea guida per la pratica clinica dell'American Association of Clinical Endocrinology: uso della tecnologia avanzata nella gestione delle persone con diabete mellito. *Endocr Pract* 2021;13-14.
18. Bergenstal RM. Understanding continuous glucose monitoring data. In: *Role of Continuous Glucose Monitoring in Diabetes Treatment*. American Diabetes Association 2018. Disponibile da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
19. Johnson ML, Martens TW, Criego AB, et al. Utilizing the ambulatory glucose profile to standardize and implement continuous glucose monitoring in clinical practice. *Diabetes Technol Ther* 2019;21:S217-S225.
20. Chinnadayala SR, Cho S. Porous platinum black-coated minimally invasive microneedles for non-enzymatic continuous glucose monitoring in interstitial fluid. *Nanomaterials (Basel)* 2020;11:37.
21. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2018;42:S1-S326.
22. Silvert R, Salcido-Montenegro A, Rodriguez-Gutierrez R, et al. Hypoglycemia among Patients with Type 2 Diabetes: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Curr Diab Rep* 2018;18:53.

# La sindrome ipocinetica: cosa non ha funzionato? La collaborazione interprofessionale può fare la differenza?

Mariella Frualdo,<sup>1</sup> Stefano Brovarone,<sup>2,3</sup> Michela Piasentin,<sup>2,4</sup> Salvatore Lenti<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Medico, UOC Medicina Interna/Lungodegenza Ospedale L. Bonomo, Andria; <sup>2</sup>Gruppo Ricerca Associazione ANIMO; <sup>3</sup>Infermiere, Medicina Interna ASL, Biella; <sup>4</sup>Infermiera DH Medico ASL, Biella; <sup>5</sup>Direttore Struttura Complessa, Medicina Interna/Lungodegenza, Ospedale L. Bonomo, Andria, Italia

## Introduzione

Nelle persone anziane la sindrome ipocinetica è spesso la conseguenza di una prolungata immobilizzazione a letto, che se non adeguatamente contrastata, può portare ad uno stato di disabilità ingravescente, fino alla morte.

L'invecchiamento fisiologico si accompagna alla riduzione della funzionalità di vari organi e apparati, importanti per il movimento: riduzione della forza muscolare, rallentamento dei riflessi, alterazioni del sistema propriocettivo, disturbi della deambulazione, attenuazione della risposta dei barocettori, della coordinazione e alterazioni del visus. Esso raramente provoca di per sé immobilità, ma la presenza di comorbidità e/o la riacutizzazione di patologie croniche può aggravare la fisiologica riduzione della riserva funzionale, tale da rendere difficoltose o impossibili da compiere, attività motorie anche semplici. Inoltre, come spesso accade, il riposo a letto è il primo rimedio che l'anziano adotta quando compare uno stato di malattia e ciò può aggravare il quadro clinico generale.

Per prevenire il declino funzionale negli anziani ospedalizzati, gli infermieri devono ricercare i fattori di rischio

che potrebbero contribuire alla insorgenza della sindrome ipocinetica e intervenire. Richard Asher diceva: "Insegnaci a vivere in modo da poter temere il tempo non necessario trascorso a letto. Fate alzare la gente e potremo salvare i nostri pazienti da una morte prematura".<sup>1</sup>

Uno scarso coordinamento tra medici e infermieri sembra influenzare la qualità e la sicurezza dell'assistenza ai pazienti (ad esempio ritardi nei test o nel trattamento, informazioni contrastanti).<sup>1,2</sup>

In letteratura emerge come i termini "acinesia", "ipocinesia" e "bradicinesia" siano utilizzati impropriamente, adattandosi a più condizioni diverse rispetto alla loro origine lessicale, per descrivere in maniera generica vari disturbi legati al movimento.

Schilder *et al.* hanno evidenziato la mancanza di direzione verso un uso singolare e specifico della terminologia per i diversi livelli di alterazione del movimento volontario.<sup>3</sup> Il ricovero in ospedale per la persona più anziana può essere correlato a esiti avversi indesiderati derivanti da interventi destinati ad avere una finalità terapeutica.

La "sindrome ipocinetica" raramente può essere spiegata da un'unica causa, poiché colpisce persone vulnerabili che hanno una serie di comorbidità, oltre alla malattia acuta e al deterioramento psico-fisico e sociale. I processi assistenziali possono sia limitare il recupero della perdita funzionale, sia portare ad un ulteriore declino durante il ricovero. Anche l'età gioca un ruolo fondamentale.<sup>2</sup> Infatti, il 35% dei pazienti dai 70 anni in su può sviluppare un deterioramento durante la degenza e questo dato aumenta ulteriormente con l'aumentare dell'età.<sup>4</sup>

Non solo l'età, ma anche il fattore tempo svolge un ruolo preponderante nel determinare l'insorgenza della sindrome ipocinetica, che può già verificarsi nel giro di pochi giorni, instaurando una sorta di "cascata verso la dipendenza" dell'assistito. Infine, alcune delle prescrizioni terapeutiche, durante la fase acuta di malattia, come ad esempio l'allettamento obbligatorio, la politerapia, l'utilizzo di *devices* (infusioni endovenose, catetere vescicale, telemetria), l'alterazione del ritmo sonno/veglia, la mancanza di un'alimentazione e un'idratazione adeguata, possono contribuire al declino funzionale, fisico e cognitivo.<sup>2</sup>

Considerata l'importanza della tematica, negli ultimi anni la comunità scientifica ha voluto riportare alla luce il tema delle *fundamental of care*, con l'obiettivo di garantire un'assistenza infermieristica di qualità ai pazienti ospedalizzati. Proprio tra le cure ritenute "fondamentali" è presente la stimolazione alla mobilitazione. I dati a disposizione

Corrispondente: Salvatore Lenti, Medicina Interna/Lungodegenza, Ospedale L. Bonomo, Andria, Italia.  
E-mail: lentisa@libero.it

Parole chiave: sindrome ipocinetica; allettamento; perdita autonomia.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e5

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

evidenziano, tuttavia, una carenza importante di interventi assistenziali in tal senso.<sup>5</sup>

In uno studio pubblicato nel 2013 si evidenzia come la mobilitazione precoce della persona anziana ricoverata in contesti ospedalieri, non solo aiuta a prevenire il decadimento funzionale e cognitivo, stimolando il trofismo muscolare, ma migliora anche l'umore, l'autostima e altre complicanze correlate all'inattività.<sup>6</sup>

Lo studio di *Ziekenhuis* ha riportato i risultati ottenuti dall'implementazione di un programma innovativo (PRE-CaP), focalizzando l'attenzione sull'importanza di una assistenza sanitaria integrata medico-infermiere. Ha dimostrato come un intervento multidisciplinare consentiva di identificare precocemente una serie di condizioni quali: pazienti anziani ad alto rischio di declino funzionale, pazienti sottoposti a trattamento intensivo, pazienti con necessità di supporto dei *caregiver*, pazienti da sottoporre a *follow-up* intensivo da parte di un *case manager* con esperienza geriatrica,<sup>4</sup> così da intervenire precocemente minimizzando le complicanze.

Per raggiungere questi obiettivi al momento del ricovero, diventa fondamentale l'uso di scale di valutazione che diano un punteggio oggettivo e confrontabile numericamente nel tempo, per identificare la prognosi e valutare la risposta ai trattamenti.<sup>1</sup> In letteratura sono consigliati numerosi *score* a seconda del *setting* assistenziale e delle persone assistite coinvolte. Tali valutazioni dovrebbero essere fatte all'ammissione del paziente e periodicamente, durante il ricovero, per valutare l'evoluzione del quadro clinico.

Ulteriori strategie che possono essere messe in atto sin dall'inizio dell'assistenza, per prevenire il declino funzionale, prevedono il passaggio dalla terapia endovenosa alla

terapia orale, la stimolazione all'idratazione per via naturale, la prescrizione di integratori alimentari, al fine di ristabilire un apporto proteico adeguato.

Clinicamente è possibile identificare una serie di alterazioni che caratterizzano la sindrome d'allettamento (Figura 1).<sup>7</sup>

Le principali complicanze interessano il sistema osteo-articolo-muscolare e possono comparire già dopo le prime 72 h di allettamento.<sup>8</sup> Si sviluppa una progressiva atrofia, ipostenia e contrattura muscolare con conseguente irrigidimento articolare e comparsa di dolore alla mobilitazione. Da non sottovalutare la deprivazione sensoriale, conseguente alla scarsa stimolazione delle afferenze sensoriali propriocettive ed estrociettive, che favorirà l'instabilità posturale, il bradipsichismo e l'incoordinazione motoria, con un maggiore rischio di cadute.<sup>7</sup>

Il rimaneggiamento del tessuto osseo, l'osteopenia e l'osteoporosi sono prevalenti nei soggetti di sesso femminile e ciò è la conseguenza della diversa condizione ormonale nei due sessi. Ne consegue una aumentata suscettibilità alle fratture spontanee e post traumatiche.

Importanti implicazioni interessano anche il sistema cardiovascolare. Infatti, dopo alcune settimane di clinostatismo si manifesterà una progressiva intolleranza all'ortostatismo, dovuta alla ridistribuzione del volume plasmatico dagli arti inferiori al circolo sistemico.<sup>9</sup> Clinicamente si avranno episodi lipotimici nel passaggio dal clino all'ortostatismo, tachicardia riflessa, ipotensione ortostatica e manifestazioni neurovegetative. Inoltre, in questi pazienti il ridotto tono muscolare ridurrà l'effetto propulsivo sul circolo venoso, con stasi venosa periferica e aumento del rischio di trombosi venosa profonda ed embolia polmonare.

Le principali implicazioni del sistema respiratorio sono

Componente fisiologica		Componente psicologico-ambientale
Sistema	Effetto	
Muscoloscheletrico	atrofia, osteopenia, contratture e perdita di massa magra per aumentato catabolismo delle proteine muscolari	Vita sedentaria e povera di stimoli, mancanza di motivazione, stato di apatia, senso di inutilità
Cardiocircolatorio	alterazioni delle pareti cardiache e della pressione arteriosa con ipotensione ortostatica	
Respiratorio	atelettasie, accumulo di secrezioni, edema polmonare, perdita della capacità aerobica e ipossia	
Gastroenterico	rallentamento della peristalsi e costipazione	
Genitourinario	distensione vescicale e ritenzione urinaria con rischio di edemi diffusi e nefrolitiasi	
Circolatorio	ipercoagulabilità e stasi venosa con formazione di trombi ed emboli	
Tegumentario	alterazioni della cute e della sensibilità con rischio di lesioni da compressione	
Immunitario	immunosoppressione	
Metabolico	perdita di ioni di calcio (Ca <sup>++</sup> ) dal tessuto osseo con le urine, resistenza all'insulina delle cellule muscolari, aumento della glicemia, colesterolemia, trigliceridemia	
Sistema nervoso centrale	alterazione del ciclo sonno veglia, alterazione della memoria a breve termine e della funzione esecutiva, delirio, confusione, irritabilità, senso di inutilità, isolamento, alterazione della soglia del dolore	

Figura 1. Componente fisiologica e psicologica-ambientale della sindrome da allettamento prolungato.

la conseguenza del sollevamento del diaframma per effetto della pressione intra-addominale, con riduzione della capacità polmonare. Si verranno a creare delle aree di parenchima polmonare meno ventilate, atelectasiche, con accumulo di secrezioni che predisporrà alle infezioni delle vie aeree.

La condizione di immobilizzazione spesso rende necessario il posizionamento del catetere vescicale, utile per contrastare la maggiore prevalenza, in tali pazienti, di ritenzione o incontinenza urinaria, con una conseguente maggiore suscettibilità alle infezioni.

Le implicazioni dell'apparato gastroenterico dipendono dal rallentato transito intestinale, favorito dalla difficoltosa introduzione del cibo e dallo scarso apporto nutrizionale. La presenza di patologie di base può aggravare le complicanze sul tratto gastroenterico, soprattutto in caso di presenza di disfagia, iporessia, difficoltà della masticazione, con un aumentato rischio di polmonite *ab ingestis*.<sup>10</sup>

Infine, l'immobilizzazione, l'incontinenza uro-fecale, la malnutrizione, la disidratazione, i disturbi cognitivi e la riduzione della sensibilità periferica possono portare alla comparsa di una delle complicanze più temibili della sindrome da allettamento, ovvero le lesioni da pressione.<sup>11</sup> Il principale meccanismo patogenetico è la compressione esercitata sui tessuti molli da parte di una superficie rigida (prominenza ossea), per cui le aree cutanee maggiormente interessate sono quelle che ricoprono il sacro, il grande trocantere, calcagno, malleolo, scapole e padiglione auricolare. I fattori favorenti sono la frizione, l'umidità della cute, la disidratazione cutanea e la riduzione del tessuto sottocutaneo.

## Conclusioni

Il ruolo svolto dall'infermiere è fondamentale perché permette di identificare, valutare e pianificare interventi circa i bisogni del paziente, ma, come già sottolineato, è l'approccio multidisciplinare a fare la differenza.

L'interprofessionalità e la collaborazione tra medico e infermiere nella valutazione della persona assistita permette di avere una valutazione ottimale del paziente che tenga conto, oltre che dell'anamnesi, anche della valutazione delle capacità fisiche e cognitive, dei bisogni sociali e del contesto familiare, nonché la riconciliazione dei farmaci e un'attenzione particolare alle direttive anticipate di trattamento.

Gli effetti benefici dell'interprofessionalità riguarderanno sia la mortalità, con la riduzione del rischio di morte a due anni, sia la soddisfazione dei pazienti con una maggiore fidelizzazione degli infermieri e una ottimizzazione dei costi ospedalieri.<sup>12,13</sup>

Un approccio sinergico tra professionisti, quindi, può davvero fare la differenza favorendo interventi precoci e mirati su quei fattori di rischio che spesso vengono trascurati.

## Bibliografia

1. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs* 2006;106:58-67, quiz 67-8.
2. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability "She was probably able to ambulate, but i'm not sure." *JAMA* 2011;306:1782-93.
3. Schilder JCM, Overmars SS, Marinus J, et al. The terminology of akinesia, bradykinesia and hypokinesia: Past, present and future. *Parkinsonism Relat Disord*. 2017;37:27-35.
4. de Vos AJ, Asmus-Szepesi KJ, Bakker TJ, et al. Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: the Prevention and Reactivation Care Program (PRECaP). *BMC Geriatr* 2012;12:7.
5. Richards DA, Hilli A, Pentecost C, et al. Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *J Clin Nurs* 2018;27:2179-88.
6. Tempera A, Re Luca G, Lusignani M. La Mobilizzazione Precoce per La Prevenzione Della Sindrome Da Allettamento Prolungato Nell'utente Anziano Ospedalizzato: Una Revisione Della Letteratura. *L'Infermiere* 2013;50:e63-73.
7. Winkelman C. Bed rest in health and critical illness: a body systems approach. *AACN Adv Crit Care* 2009;20: 254-66.
8. Hinkle JL, Bowman L. Neuroprotection for ischemic stroke. *J Neurosci Nurs* 2003;35:114-8.
9. Freeman R, Abuzinadah AR, Gibbons C, et al. Orthostatic Hypotension: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:1294-309.
10. American Association of Critical Care Nurses prevention of aspiration in adult. *Crit Care Nurse* 2016;36:e20-e24.
11. Guedes LPMC, de oliveira MLC, Carvalho GA, Deleterious effects of prolonged bed rest on the body system of the elderly- a review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018;21: 499-506.
12. Ostir GV, Berges IM, Kuo YF, et al. Mobility activity and its value as a prognostic indicator of survival in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:551-7.
13. O'Leary KJ, Sehgal NL, Terrell G, Williams MV. Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement. *J Hosp Med* 2012;7: 48-54.

# L'impatto dell'interprofessionalità sull'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza

Ignazia Lo Burgio,<sup>1</sup> Andrea Toccaceli,<sup>2</sup> Daniela Dalla Gasperina<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello", Palermo; <sup>2</sup>Dirigente Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, Ancona; <sup>3</sup>Professore Associato di Malattie Infettive, Università degli Studi dell'Insubria, Varese; <sup>4</sup>Responsabile Area Medica Multidisciplinare, Degenza Breve d'Accesso, ASST Sette Laghi, Varese, Italia

## Introduzione

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano una grande sfida per i sistemi di salute pubblica, in quanto costituiscono un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse, sotto il profilo epidemiologico, microbiologico e clinico, con un elevato impatto non solo sui costi sanitari ma anche sugli *outcome* clinici dei pazienti. Secondo un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le ICA causano prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, aumento dell'antibiotico-resistenza (AMR), mortalità in eccesso e un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari, per i pazienti e le loro famiglie. Per questo le ICA sono considerate uno degli indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti.<sup>1</sup> La prevenzione e il controllo delle ICA in tutte le strutture assistenziali, sia ospedaliere che territoriali, rappresentano pertanto interventi irrinunciabili per garantire ai pazienti la sicurezza delle cure e per controllare la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti (MDR) e rientrano negli obiettivi principali dei nuovi Piani Nazionali della

Prevenzione del Ministero della Salute.<sup>2,3</sup> Si stima che in Europa ogni anno si verifichino più di 3,5 milioni di casi di ICA, che provocano più di 90.000 decessi e corrispondono a circa 2,5 milioni del *disability-adjusted life year* (DALYs), che indicano la somma degli anni di vita persi per mortalità prematura (*Years of life lost*) e degli anni di vita vissuti in condizioni di salute non ottimale o di disabilità (*Years of life lived with disability*).<sup>4</sup> La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario (35-40%), l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (batteriemie). Secondo gli ultimi dati pubblicati dall'*European Centre for Disease Prevention and Control*, il 71% delle ICA sono causate da batteri *multidrug resistance* (MDR) e la loro incidenza, in particolare quelle causate da enterobatteri resistenti ai carbapenemi, è in aumento; l'Italia risulta essere il primo paese in Europa per diffusione di batteri MDR.<sup>5</sup>

Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima attualmente che possa esserlo una quota superiore al 50% attuando misure che si sono rivelate efficaci per ridurre il rischio di trasmissione di agenti patogeni durante l'assistenza sanitaria. Tutte le strategie per prevenire le ICA richiedono un approccio multiprofessionale e multidimensionale *evidence-based* che permette di fornire ai professionisti le migliori evidenze per una pratica efficace, utilizzando le indicazioni più idonee al fine di ridurre al minimo i rischi di infezione e aumentare la sicurezza del paziente.<sup>6</sup> Nella strategia multidimensionale di contrasto delle ICA, gli Infermieri hanno un ruolo cruciale nel loro agire quotidiano, essendo coinvolti in tutte le fasi dell'assistenza e avendo una visione più ampia e costante delle necessità del paziente, ma anche della realtà in cui operano che può essere differente nei diversi *setting assistenziali*. Anche nel contrasto all'AMR, l'infermiere svolge un ruolo fondamentale e deve essere coinvolto all'interno dei programmi di *antimicrobial stewardship*.<sup>7</sup>

Per rendere efficace il contrasto alle ICA vanno considerati alcuni "punti cardinali" che rappresentano i punti strategici di azione validi per qualunque *setting* sanitario. Ognuno dei 4 punti non può prescindere dalla comunicazione all'interno dell'equipe: infatti nessuna azione strategica può essere efficace senza mettere al centro una corretta comunicazione tra le varie figure professionali (Figura 1). Di seguito vengono affrontati i singoli argomenti con un approccio pratico clinico-organizzativo, partendo dalle motivazioni che supportano la necessità di metterli in pratica e gli obiettivi da conseguire. Per ogni punto di approfondimento sono state individuate delle domande chiave e il rationale alla base della domanda

Corrispondente: Daniela Dalla Gasperina, Area Medica Multidisciplinare, Degenza Breve d'Accesso, ASST Sette Laghi, Varese, Italia.  
E-mail: d.dallagasperina@uninsubria.it

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza; ICA; *antimicrobial stewardship*; antibioticoresistenza; AMR; MDR.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e6

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

stessa, che possono essere un supporto pratico per ogni operatore nella gestione quotidiana al letto del paziente. Inoltre, dato che nessun cambiamento può avvenire senza una organizzazione di supporto, per ogni punto sono stati individuati dei processi gestionali/organizzativi.

### Comunicazione all'interno dello staff

In qualunque ambito assistenziale, il prendersi cura del paziente necessita di una comunicazione tra le varie figure professionali, attraverso attività di *briefing/debriefing*. La comunicazione deve essere costante, chiara, rispettosa delle competenze, allo scopo di migliorare la conoscenza delle condizioni cliniche del paziente, evidenziare le criticità emerse dalla valutazione quotidiana e mettere in atto azioni di controllo in tempi rapidi e univoci. Questo atteggiamento, aperto alla comunicazione rispettosa, deve riguardare tutti i punti strategici per il contrasto delle ICA descritti di seguito.

### Azione: buone pratiche di assistenza

Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza.<sup>8</sup> L'infermiere ha il compito fondamentale di garantire aderenza alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni. Le *precauzioni standard* risultano essere componente basilare per prevenire la trasmissione e si applicano in ogni momento, indipendentemente dall'infezione o colonizzazione nota o sospetta. Per prevenire la trasmissione di MDR tramite contatto diretto e indiretto, si raccomanda l'utilizzo di precauzioni di contatto, oltre alle precauzioni standard. Ulteriori precauzioni aggiuntive possono essere necessarie sulla base del tipo di trasmissione dell'agente isolato (*droplets*, via aerea).

### Obiettivi

Porre in atto le corrette misure di precauzione per ogni paziente.

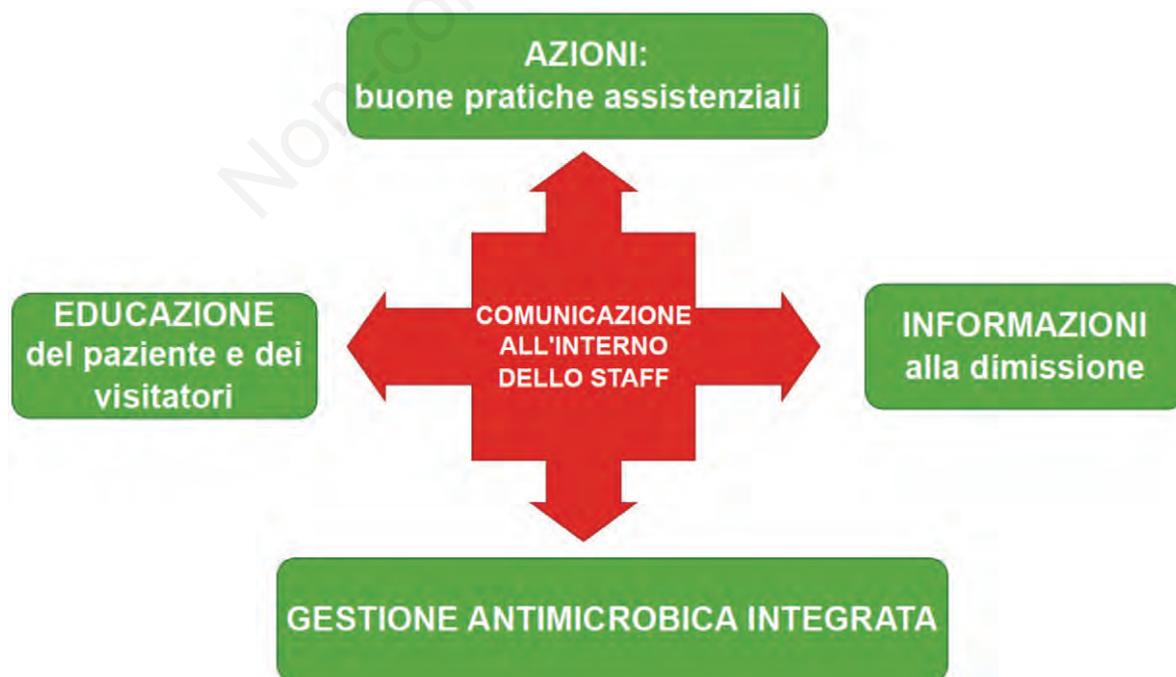
### Domande chiave

- Al paziente è stato isolato un microorganismo MDR? Valutazione se necessarie ulteriori precauzioni oltre allo standard;
- quale isolamento si deve impostare? E fino a quando? Ogni isolamento ha delle modalità differenti per azione e tempi;
- sono state messe in atto le corrette misure di precauzioni per il paziente sulla base degli isolati? Impostare in tempi rapidi le misure più adeguate;
- è stato segnalato all'ingresso della stanza del paziente il tipo di isolamento e messi a disposizione i dispositivi necessari? Rendere tutti gli operatori e i famigliari consapevoli prima dell'ingresso nella stanza del paziente del tipo di isolamento necessario.

### Organizzazione

Al fine di garantire l'applicazione delle buone pratiche di assistenza la letteratura offre le seguenti indicazioni di natura organizzativa.<sup>9-12</sup>

- Sviluppo di programmi di prevenzione multimodali e multidisciplinari che includano il cambiamento comportamentale degli operatori sanitari;
- sviluppo, diffusione ed utilizzo di linee guida: le linee guida possono ridurre le pratiche ingiustificate, tradurre pratiche basate sull'evidenza in pratiche cliniche e migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
- introduzione della strategia del "bundle" come metodo



**Figura 1.** Punti strategici per la gestione interprofessionale nel contrasto delle infezioni correlate all'assistenza.

efficace per trasferire le migliori pratiche nell'assistenza clinica di routine; migliora la "cultura" della sicurezza del paziente promuovendo il lavoro di squadra;

- sviluppo e ideazione di strategie formative basate sulla simulazione e gruppi di approfondimento delle evidenze a disposizione;
- utilizzo dello strumento dell'audit per approfondire la pratica quotidiana rispetto all'applicazione delle raccomandazioni di letteratura;
- introduzione nell'organizzazione degli Infermieri di Collegamento per il Controllo delle Infezioni: sono modelli di ruolo nel fornire cure sicure, monitorare le problematiche legate alla prevenzione delle infezioni ed informare e facilitare i professionisti in modo che possano migliorare/monitorare la loro pratica clinica.

## Educazione del paziente e dei visitatori

Gli infermieri, in quanto educatori alla salute, devono istruire i pazienti e i visitatori sulle precauzioni e vigilare affinché vengano poste in atto. I risultati di una recente revisione della letteratura hanno evidenziato che non sempre i pazienti ricevono informazioni adeguate sulle pratiche di prevenzione delle infezioni, in particolare da MDR, e questo può determinare lo sviluppo di effetti avversi, come confusione, ansia e depressione.<sup>13</sup>

### Obiettivi

Informare in modo chiaro e corretto il paziente e i familiari, renderli consapevoli delle precauzioni da mettere in atto ma nello stesso tempo non creare inutili allarmismi.

## Domande chiave

- Al paziente e ai familiari sono state date tempestivamente le corrette informazioni sul battere MDR isolato e delle precauzioni messe in atto? Facilitare la acquisizione delle conoscenze, ridurre i conflitti e responsabilizzare sulle precauzioni da adottare;
- il paziente e i familiari hanno compreso che le precauzioni sono un elemento di salvaguardia per tutti i pazienti ricoverati ma anche per i visitatori? È fondamentale spiegare che tali indicazioni sono di tutela per tutta la salute pubblica, anche per la loro.

## Organizzazione

- Le organizzazioni devono progettare strategie globali per fornire un'adeguata formazione e educazione in materia di prevenzione delle infezioni a pazienti, familiari, visitatori e altri soggetti inclusi nella rete di assistenza. Risulta altresì essenziale attuare un continuo processo di valutazione dell'efficacia di tali processi di insegnamento e dei risultati dell'apprendimento nonché utilizzare i risultati per pianificare azioni di miglioramento. L'approccio educativo deve utilizzare i principi dell'apprendimento degli adulti nonché diversificare le metodologie utilizzate in riferimento al contesto culturale, sociale;<sup>14</sup>
- i programmi educativi devono contenere anche elementi per facilitare il corretto uso degli antibiotici basati sugli argomenti prioritari identificati da organismi di riferimento internazionale come, ad esempio, il *Center for Disease Control* (Figura 2).<sup>15</sup>

**MIGLIORARE L'USO DI ANTIBIOTICI**

**ESSERE CONSAPEVOLI DEGLI ANTIBIOTICI**

USO INTELLIGENTE, MIGLIORE CURA

---

**HO VERAMENTE BISOGNO DI ANTIBIOTICI?**

**SI AGLI ANTIBIOTICI**  
per alcune infezioni causate da **BATTERI**

**NO AGLI ANTIBIOTICI**  
per **VIRUS**, come raffreddore e influenza, o naso che cola, anche se il muco è denso, giallo o verde. Gli antibiotici inoltre non sono utili per alcune infezioni batteriche comuni, tra cui la maggior parte dei casi di bronchite, molte infezioni ai seni paranasali e alcune infezioni all'orecchio

---

**GLI ANTIBIOTICI HANNO EFFETTI COLLATERALI?**

Ogni volta che gli antibiotici vengono utilizzati possono causare **effetti collaterali**. Tuttavia, gli antibiotici possono salvare vite umane. Quando è necessario utilizzare gli antibiotici, i benefici superano i rischi degli effetti collaterali. Se non hai bisogno di antibiotici, non dovresti prenderli perché possono causare danni.

**Comuni effetti collaterali degli ANTIBIOTICI**

eruzione cutanea    vertigini    nausea    infezione da lievito    diarrea

Chiedi aiuto immediato se avverti una grave diarrea. Potrebbe essere un sintomo di un'infezione da **C. difficile** (anche chiamata **C. diff**) che può portare a gravi danni al colon e alla morte. Le persone possono anche avere una reazione allergica grave e pericolosa per la vita.

**Se si verificano effetti collaterali, contatta il tuo medico curante**

---

**COSA SONO I BATTERI RESISTENTI AGLI ANTIBIOTICI?**

Gli antibiotici possono salvare vite umane, ma ogni volta che vengono utilizzati, possono portare alla resistenza agli antibiotici. La resistenza agli antibiotici si verifica quando germi come batteri e funghi sviluppano la capacità di sconfiggere i farmaci progettati per ucciderli. Se gli antibiotici perdono la loro efficacia, perdiamo la capacità di curare le infezioni, come quelle che portano alla sepsi.

I batteri, non il sargo, sviluppano la capacità di sconfiggere gli antibiotici progettati per ucciderli

Quando i batteri diventano resistenti, gli antibiotici non riescono a combatterli e i batteri si moltiplicano

Alcuni batteri resistenti possono essere più difficili da trattare e possono diffondersi ad altre persone

Ogni anno negli Stati Uniti si verificano più di 2,8 milioni di infezioni da resistenza agli antibiotici e più di 35.000 persone muoiono di conseguenza

---

**POSSO SENTIRMI MEGLIO SENZA ANTIBIOTICI?**

I virus respiratori di solito scompaiono in una o due settimane

Per rimanere in salute e mantenere gli altri in salute puoi:

- Lava le mani
- Resta a casa quando sei malato
- Evita contatti ravvicinati con persone che sono malate
- Vaccinati
- Copri i colpi di tosse e gli starnuti
- Evita di toccarti il viso quando tossisci o starnutisci
- Se hai bisogno di antibiotici, assumili esattamente secondo quanto prescritto.

Parla con il tuo medico di cosa puoi fare per sentirti meglio  
Per saperne di più sulla prescrizione e sull'uso degli antibiotici, visitare [www.cdc.gov/antibiotic-use](http://www.cdc.gov/antibiotic-use)

Figura 2. Esempio di comunicazione sul miglior uso degli antibiotici (traduzione da <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/materials-references/index.html>).<sup>15</sup>

## Informazioni alla dimissione

La prevenzione delle infezioni non riguarda solo l'ambito ospedaliero per acuti, ma deve proseguire anche in ambito territoriale. È pertanto importante dare le corrette informazioni al momento della dimissione. Nel caso di dimessi in contesti collettivi o in strutture di assistenza a lungo termine (riabilitazione, residenza sanitaria assistenziale, ecc.) è necessario, che medici ed infermieri nelle rispettive relazioni di dimissione o documenti di trasferimento non tralascino di comunicare la eventuale positività dei microrganismi ALERT o MDR. Nella dimissione domiciliare l'infermiere deve rafforzare i principi dell'igiene delle mani e incoraggiare il paziente ed eventuali familiari/caregiver ad eseguire l'igiene delle mani prima e dopo aver toccato il paziente o l'attrezzatura medica e prima e dopo aver eseguito un compito assistenziale, come fare il bagno o cambiare una medicazione.<sup>16</sup>

## Obiettivi

Proseguire la prevenzione dopo la dimissione, consentendo agli operatori sanitari di altre strutture, ai medici di famiglia e ai familiari/caregiver di adottare le opportune precauzioni.

## Domande chiave

- Sono state date le corrette informazioni sulle precauzioni da adottare per il paziente che ha in previsione una dimissione? Ridurre il rischio di cross-infezione in ambito territoriale, in particolare se il paziente coabita con soggetti fragili;
- i famigliari/caregiver hanno compreso la "semplicità" delle azioni da mettere in atto (es. igiene delle mani) senza aver generato in loro preoccupazione o ansia? È fon-

mentale dare queste informazioni in modo semplice e senza creare ansia ai familiari per evitare un rifiuto insensato alla gestione del paziente a domicilio.

## Organizzazione

Le indicazioni di natura organizzativa possono essere sovrapponibili a quelle indicate nel paragrafo precedente, con particolare riferimento alle indicazioni più attuabili al contesto familiare/domiciliare.

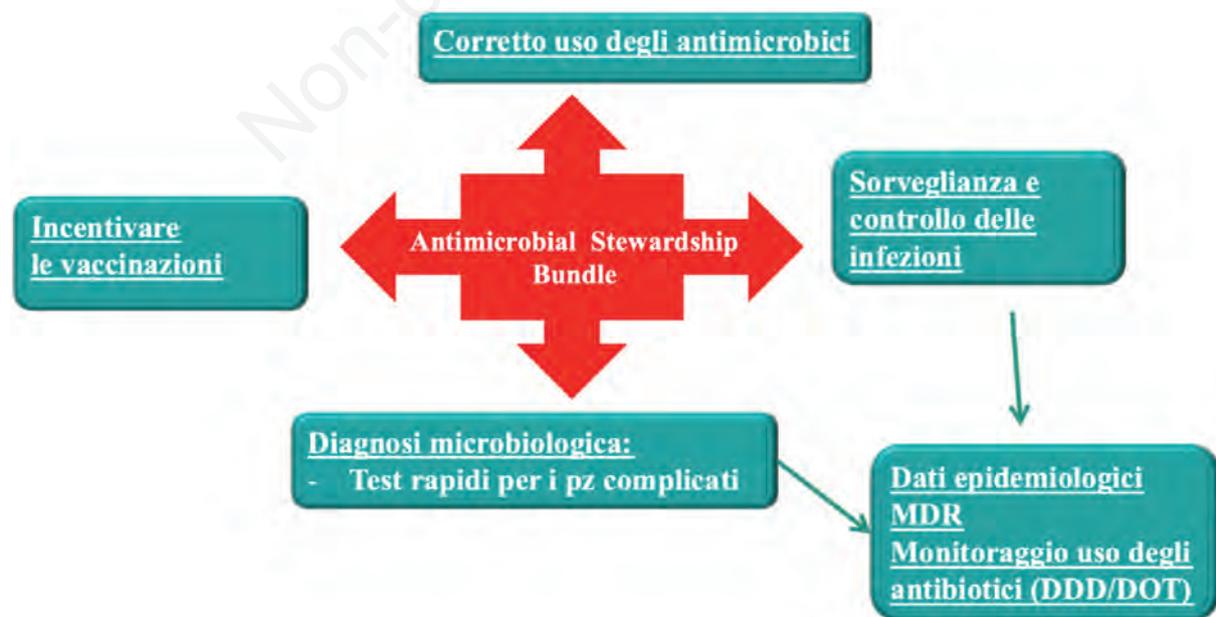
## Gestione antimicrobica coordinata

Un uso eccessivo e/o non corretto di farmaci antimicrobici, in particolare gli antibiotici, favorisce l'insorgenza e la diffusione di ceppi di microrganismi MDR. La corretta gestione antimicrobica è uno dei cardini dell'*antimicrobial stewardship*, un insieme di azioni per arginare la resistenza agli antibiotici (AMR) (Figura 3).

Una gestione coordinata e multidisciplinare della terapia antimicrobica è ormai indispensabile nella cura delle infezioni e comprende tutti gli aspetti dell'uso degli antimicrobici, compresa la prescrizione (scelta del farmaco, dosaggio, durata), la somministrazione, il monitoraggio e l'educazione dei pazienti. Il coinvolgimento degli infermieri in questo ambito è ampiamente raccomandato dalle linee guida in quanto gli infermieri sono coinvolti direttamente nella valutazione clinica e nel monitoraggio del paziente e sono responsabili della somministrazione degli antimicrobici.<sup>17-20</sup>

## Obiettivi

Evitare l'uso eccessivo o/e non corretto di antimicrobici allo scopo di limitare selezione dei ceppi MDR e ridurre la tossicità ed i potenziali eventi avversi.



**Figura 3.** Misure da attuare per sviluppare un programma di *antimicrobial-stewardship*.

## Domande chiave

- Il paziente ha febbre o altro segno/sintomo di infezione? L'individuazione precoce del paziente con infezione è fondamentale per ridurre rischi di sepsi e altre complicanze (ascessi, pielonefriti, batteriemie, ecc.) che renderebbero necessario un uso prolungato di antibiotici;
- ha effettuato le colture prima dell'inizio della terapia antibiotica? I campioni sono stati inviati in tempi rapidi al laboratorio di microbiologia? L'effettuazione delle colture permette di effettuare una terapia mirata ed effettuare la *de-escalation*, cioè scegliere un antibiotico attivo con uno spettro di azione minore; i campioni non devono rimanere a lungo in reparto prima di essere inviati in laboratorio perché si riduce la possibilità di individuare la crescita del microorganismo;
- l'isolamento del microorganismo è indice di colonizzazione o infezione? Evitare di attuare terapia antibiotica incongrua: si cura l'infezione e non la colonizzazione;
- la terapia antibiotica empirica è stata rivalutata dai medici prescrittori dopo 48/72 ore? La rivalutazione della terapia empirica sulla base della risposta clinica e dei risultati degli esami colturali permette effettuare la *de-escalation*;
- da quanto tempo il paziente sta assumendo l'antibiotico? Informare il medico se si nota che un paziente ha una prescrizione antibiotica da più di 7 giorni per valutare la necessità di proseguire o meno con la terapia impostata;
- il paziente potrebbe assumere la terapia per via orale? Confrontarsi con il medico per valutare la possibilità di *switch* da via endovenosa a via orale, per ridurre le complicanze e favorire la dimissione;
- la terapia antimicrobica impostata è in linea con i proto-

colli? Chiedere spiegazioni sulle scelte terapeutiche permette di approfondire la conoscenza scientifica e aiuta a far emergere incongruenze di prescrizioni in una realtà quotidiana complessa;

- il paziente viene dimesso con indicazione di terapia antibiotica domiciliare? È importante che i pazienti e i familiari/*caregiver*, comprendano le motivazioni della terapia antibiotica e i punti chiave relativi all'uso degli antibiotici: assumere gli antibiotici come esattamente prescritto, non utilizzare mai gli antibiotici rimasti da trattamenti precedenti, se non dopo aver consultato il medico, non condividere gli antibiotici con altre persone, in quanto potrebbero non essere adatti.

## Organizzazione

- La gestione del processo di sorveglianza, cui è connessa anche la particolare attenzione all'AMR, può far riferimento ad un modello organizzativo che considera 4 variabili fondamentali tra loro interconnesse da processi diretti ed indiretti: il sistema organizzativo, la gestione, la sorveglianza e la formazione (Figura 4). Il sistema organizzativo è centrale nel produrre forte influenza sugli altri elementi;<sup>21</sup>
- è fondamentale che l'organizzazione scelga di dedicarsi alla progettazione strategica di sistemi che considerino come elemento essenziale l'utilizzo di approcci multimodali anche per la gestione dell'*antimicrobial stewardship* affinché si possa modellare l'ambiente in cui vengono prese le decisioni anche attraverso l'uso di strumenti efficaci per supportare e aiutare il processo decisionale (ad es. pacchetti di assistenza, progettazione di prescrizioni di antibiotici).<sup>22</sup>

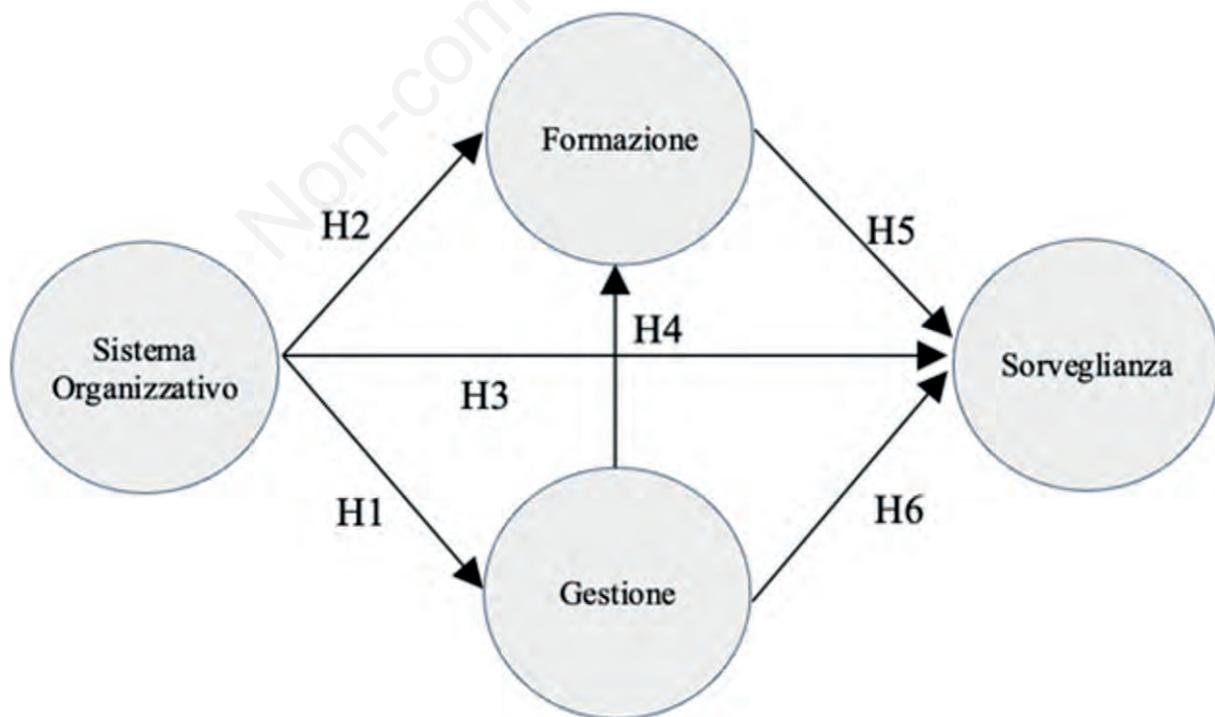


Figura 4. Modello organizzativo della gestione del processo di sorveglianza (adattata da Zhang *et al.*, 2019).<sup>20</sup>

## Conclusioni

La prevenzione e gestione delle ICA è un processo interattivo rappresentato dalla relazione complessa ed articolata tra le varie discipline in quanto presenta una serie di sfide e implicazioni significative che richiedono un impegno attivo da parte di tutti gli operatori sanitari. Un approccio moderno della prevenzione delle ICA è incentrato sulla collaborazione interprofessionale sia a livello organizzativo che pratico. L'interprofessionalità ha infatti dimostrato avere ripercussioni positive sotto diversi punti di vista: per il paziente (migliori standard di cura), per i professionisti (diminuzione del *burnout* e maggior soddisfazione professionale) e per l'intera organizzazione sanitaria (miglior gestione delle risorse e riduzione dei costi).

## Bibliografia

1. Accardi R, Castaldi S, Marzullo A, et al. Prevention of healthcare-associated infections: a descriptive study. *Ann Ig* 2017;29:101-5.
2. Ministero della Salute, Piano Nazionale della prevenzione 2020-2025. Disponibile da: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5029\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf)
3. Ministero della Salute, Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025. Disponibile da: <https://www.salute.gov.it/portale/antibioticoresistenza/dettaglioPubblicazioniAntibioticoResistenza.jsp?id=3294>
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2016-2017. Stockholm: ECDC; 2023.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net). Annual Epidemiological Report 2022. Stockholm: ECDC; 2023.
6. Alvisi S, Bellomo P, Fabbri E, et al. Evidence-based practice del rischio infettivo: conoscenze, percezione ed atteggiamenti degli infermieri. Studio osservazionale multicentrico. *Evidence* 2020;12:e1000209.
7. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, et al. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis* 2016;62:e51-7.
8. Ministero della Salute 2019. Come ridurre l'impatto delle ICA. Disponibile da: <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=4807&area=Malattie%20infettive&menu=vuoto>
9. Castro-Sánchez E, Holmes AH. Impact of organizations on healthcare-associated infections. *J Hosp Infect* 2015;89:346-50.
10. Dekker M, Jongerden IP, Caris MG, et al. Evaluation of an infection control link nurse program: an analysis using the RE-AIM framework. *BMC Health Serv Res* 2023;23:140.
11. Sartelli M, Bartoli S, Borghi F, et al. Implementation Strategies for Preventing Healthcare-Associated Infections across the Surgical Pathway: An Italian Multisociety Document. *Antibiotics (Basel)* 2023;12:521.
12. Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, et al. Systematic review and evidence-based guidance on organization of hospital infection control programmes (SIGHT) study group. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infect Dis* 2015;15:212-4.
13. Gotterson F, Buising K, Manias E. Nurse role and contribution to antimicrobial stewardship: An integrative review. *Int J Nurs Stud* 2021;17:103787.
14. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programs at the National and Acute Health Care Facility Level. Geneva: World Health Organization; 2016.
15. Patient Resources and Education. 2021. Disponibile da: <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/materials-references/index.html>
16. ANMDO, Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere - SITI Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Choosing Wisely Italy 2022. Disponibile da: <https://choosingwiselyitaly.org/societa/anmdo-siti/>
17. Antimicrobial resistance. Royal College of Nursing, 2014. Disponibile da: <https://www.rcgp.org.uk/representing-you/policy-areas/antimicrobial-resistance>
18. Manning ML, Pfeiffer J, Larson EL. Combating antibiotic resistance: The role of nursing in antibiotic stewardship. *Am J Infect Control* 2016;44:1454-7.
19. Olans RN, Olans RD, DeMaria AJr. The Critical Role of the Staff Nurse in Antimicrobial Stewardship--Unrecognized, but Already There. *Clin Infect Dis* 2016;62:84-9.
20. Ellen ME, Hughes F, Shach R, Shamian J. How nurses can contribute to combating antimicrobial resistance in practice, research and global policy. *Int J Nurs Stud* 2017;71:A1-A3.
21. Zhang ZN, Zhang XP, Lai XQ. Model of Healthcare-Associated Infection Control in Primary Health Care Institutions: A Structural Equation Modeling. *Curr Med Sci* 2019;39:153-8.
22. Murray E, Holmes A. Addressing healthcare-associated infections and antimicrobial resistance from an organizational perspective: progress and challenges. *J Antimicrob Chemother* 2012; 67:i29-3.

# La cirrosi epatica: quali strategie clinico-assistenziali per migliorare la qualità di vita dei pazienti

Paola Piccolo,<sup>1</sup> Natale Cosentino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Medico, Medicina Interna, Ospedale Isola Tiberina Gemelli-Isola, Roma; <sup>2</sup>Infermiere di Medicina Interna, Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello", Palermo, Italia

## Cenni sulla storia naturale della cirrosi epatica

La storia naturale della cirrosi epatica, evento terminale delle epatopatie croniche evolutive, è caratterizzata da una fase compensata (asintomatica) seguita dalla fase di scompenso; quest'ultima si manifesta con sintomi e segni clinici di cui i più frequenti sono l'ascite, l'emorragia digestiva, l'encefalopatia epatica e l'ittero. Tali manifestazioni, come anche alcuni dei fattori che precipitano lo scompenso, spesso sono motivo di ricovero in Medicina Interna.

La sopravvivenza media del paziente con cirrosi scende da 12 anni nella fase di compenso a 2 anni nella fase di scompenso.<sup>1</sup> I fattori fisiopatologici che contribuiscono al passaggio da cirrosi compensata a scompenso comprendono la progressione della fibrosi epatica, il grado di ipertensione portale e della disfunzione circolatoria, l'infiammazione sistemica e la traslocazione batterica. I fattori precipitanti dello scompenso sono molteplici, tra cui l'assunzione di alcool o sostanze epatotossiche, la disidratazione,

la stipsi, la scarsa aderenza alla terapia. Negli ultimi anni è emerso il ruolo importante delle infezioni batteriche quale causa di ospedalizzazione nel paziente cirrotico: queste sono gravate da una elevata mortalità e contribuiscono alla progressione dell'insufficienza epatica, pertanto devono essere prevenute; in caso di scompenso vanno sempre ricercate e trattate precocemente.

In questo capitolo affronteremo le principali complicanze della cirrosi epatica scompensata individuando i punti importanti di gestione integrata medico-infermieristica per aumentare la qualità di vita del paziente e prevenirne le ospedalizzazioni.

## Ascite: aspetti diagnostico/terapeutici e aspetti infermieristici

L'ascite, l'accumulo di liquido nella cavità peritoneale, è la più frequente causa di scompenso della cirrosi epatica: dal 5 al 10% dei pazienti con cirrosi compensata sviluppano ascite ogni anno.<sup>1</sup> L'ascite si forma per attivazione dei meccanismi di ritenzione di acqua e sodio tramite il sistema renina-angiotensina-aldosterone; l'espansione plasmatica è secondaria alla ridotta perfusione renale per la vasodilatazione splancnica e l'infiammazione sistemica. La comparsa dell'ascite riduce la qualità di vita del paziente ed è spesso causa di ospedalizzazione; inoltre, si può complicare con l'infezione come la peritonite batterica spontanea o la comparsa di ernie addominali. La paracentesi diagnostica è indicata in caso di prima comparsa di ascite di grado moderato-grave, o in caso di peggioramento clinico nel paziente cirrotico con ascite. Gli esami diagnostici sul liquido ascitico comprendono il chimico-fisico con conta dei neutrofili e concentrazione di albumina, il colturale e il citologico. La paracentesi evacuativa è indicata nei pazienti con ascite tesa, e va associata a infusione endovenosa di albumina per prevenire la disfunzione circolatoria.<sup>1</sup>

L'infermiere, nella valutazione del paziente cirrotico con ascite e/o edemi, dovrà conoscere la sua storia clinica, valutarne lo stato di idratazione, monitorare peso e diuresi. Per prevenire le recidive è importante educare il paziente e/o il suo caregiver a limitare l'introito di liquidi e a seguire un'alimentazione a basso contenuto di sodio.<sup>2,3</sup> Le molteplici competenze richieste al personale infermieristico durante il ricovero ospedaliero del paziente con ascite sono indicate nella Tabella 1.

Corrispondente: Paola Piccolo, Dirigente Medico, Medicina Interna, Ospedale Isola Tiberina Gemelli-Isola, Roma, Italia. E-mail: paola.piccolo@uniroma2.it

Parole chiave: cirrosi epatica; encefalopatia epatica; emorragia digestiva; ascite; *counseling* del paziente cirrotico.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e7

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

## Emorragia digestiva: aspetti diagnostico/terapeutici e aspetti infermieristici

L'emorragia digestiva nel cirrotico, sia da rottura di varici esofagee che da altre fonti di sanguinamento, rappresenta un'urgenza medica. L'emorragia da rottura di varici esofagee è una drammatica complicanza dell'ipertensione portale, gravata da un'elevata mortalità (15-25%); va sospettata in tutti i pazienti con cirrosi scompensata con emorragia digestiva superiore acuta (melena o ematemesi). La terapia in urgenza dell'emorragia da varici esofagee prevede il ripristino della volemia, l'uso dei farmaci vasoattivi (terlipressina, somatostatina, octreotide) e la profilassi antibiotica, oltre che l'esame endoscopico superiore (esofago-gastro-duodenoscopia) per la diagnosi ed il trattamento locale delle lesioni fonti di sanguinamento.<sup>1</sup>

L'ematemesi e l'ematochezia sono facilmente riconoscibili dal paziente e/o dal *caregiver*, mentre la melena potrebbe non essere sempre riconosciuta come sanguinamento; pertanto, la diagnosi e il trattamento potrebbero essere ritardati. Il ruolo dell'infermiere è fondamentale nell'educazione a riconoscere i segni e sintomi comunemente associati al sanguinamento gastrointestinale: vertigini, sudorazione, perdita di coscienza e, nei casi più gravi, ipotensione e tachicardia. La gravità dei sintomi dipende da numerosi cofattori, in particolare modo dall'età, dall'entità e la velocità del sanguinamento e dalle comorbidità.

L'assistenza infermieristica al paziente cirrotico con emorragia digestiva comprende il monitoraggio dei parametri vitali (in particolare pressione arteriosa, frequenza cardiaca, stato di coscienza), il posizionamento degli accessi venosi periferici per la terapia infusione/trasfusionale, l'eventuale posizionamento del catetere vescicale, il monitoraggio del colore e della temperatura della cute e delle caratteristiche delle feci.<sup>3,4</sup>

In caso di ematemesi massiva o persistente, l'infermiere collabora con il medico nell'inserimento del sondino nasogastrico per la protezione delle vie aeree dall'aspirazione di materiale gastrico e la somministrazione di farmaci (in particolare modo del lattulosio per la prevenzione dell'encefalopatia epatica). L'infusione di liquidi e la terapia trasfusionale deve essere monitorata e guidata da parametri obiettivi per evitare il sovraccarico idrosalino e la recidiva di sanguinamento.<sup>3,4</sup> Le

misure infermieristiche specifiche richieste nel paziente cirrotico con emorragia digestiva sono riportate nella Tabella 2.

## Encefalopatia epatica: aspetti diagnostico/terapeutici e aspetti infermieristici

L'encefalopatia epatica (EE) è una disfunzione cerebrale causata dall'insufficienza epatica e/o dagli *shunt* porto-sistemici; si manifesta con un ampio spettro di sintomi neurologici o psichiatrici che variano da minime alterazioni subcliniche fino al coma. Circa 16-20% dei pazienti con cirrosi epatica scompensata hanno una EE conclamata, che rappresenta una frequente causa di ricovero ospedaliero.<sup>5</sup> La forma più lieve di EE (detta "*covert*") si presenta con minime alterazioni di memoria, attenzione o personalità, identificabili con test psicometrici o esami neurofisiologici. Progredendo verso la forma conclamata ("*overt*") il paziente presenta dapprima apatia, irritabilità e disinibizione, disturbi del ritmo sonno-veglia spesso evidenti solo ai familiari e/o al *caregiver*, ed infine segni neurologici quali disorientamento spazio-temporale progressivo, comportamento inappropriato e stato confusionale acuto con agitazione psicomotoria. Le forme più avanzate portano alla sonnolenza progressiva fino al coma. La diagnosi richiede l'esclusione di altre malattie neurologiche o metaboliche che possono manifestarsi con sintomi simili, associata all'incremento dei livelli sierici di ammoniemia. L'EE, specie se ricorrente, oltre a essere un fattore prognostico sfavorevole riduce drasticamente la qualità di vita dei pazienti e dei familiari.<sup>5</sup>

L'assistenza infermieristica ai pazienti ricoverati per encefalopatia epatica comprende la valutazione dello stato mentale, la ricerca dei potenziali fattori scatenanti (per esempio, le infezioni batteriche e il sanguinamento gastrointestinale), il supporto nutrizionale, la pulizia intestinale; nei pazienti a ridotta mobilità anche la cura della cute e la prevenzione della polmonite *ab ingestis*.

Il monitoraggio delle evacuazioni ha un ruolo di grande importanza: la stipsi deve essere trattata fino ad ottenere almeno due evacuazioni/die di feci morbide. L'infermiere è fondamentale nella verifica dell'alvo e il raggiungimento del numero richiesto di movimenti intestinali.

I pazienti che hanno avuto un episodio di encefalopatia epatica devono essere periodicamente esaminati per l'orien-

**Tabella 1.** Competenze infermieristiche specifiche nel paziente con cirrosi scompensata ed ascite.

Raccolta parametri	Peso corporeo e volume urinario Bilancio idrico Monitoraggio pressione arteriosa durante la paracentesi
Assistenza al paziente	Preparazione alla paracentesi Raccolta ed invio campioni di liquido ascitico Medicazione post-paracentesi Ispezione del sito della paracentesi
Somministrazione terapia	Corretta gestione della terapia diuretica Corretta gestione delle soluzioni per infusione endovenosa Infusione di albumina
Counseling del paziente e/o <i>caregiver</i> in collaborazione con il medico	Consenso informato alla paracentesi Consenso informato alla terapia con albumina Corretta assunzione dei farmaci Riduzione dell'introito di liquidi per <i>os</i> Dieta a basso contenuto di sodio e alternative al sale da cucina

**Tabella 2.** Competenze infermieristiche specifiche nel paziente con cirrosi scompensata e sanguinamento gastrointestinale.

Raccolta parametri	Stato di coscienza Stato di idratazione Colorito della cute e delle mucose Volume urinario Caratteristiche delle feci e/o vomito Elettrocardiogramma
Assistenza al paziente	Posizionamento accessi venosi Cateterismo vescicale Posizionamento sondino naso-gastrico
Somministrazione terapia	Infusione endovenosa di soluzioni saline Infusione endovenosa di farmaci vasoattivi Emotrasfusione Lattuloso per os o per clistere Nutrizione enterale/parenterale
<i>Counseling</i> del paziente e/o caregiver in collaborazione con il medico	Consenso informato alla emotrasfusione Identificazione di eventuali farmaci gastrolesivi Corretta assunzione dei farmaci Osservazione delle feci, riconoscimento della melena Consigli nutrizionali per evitare cibi irritanti e/o acidi

tamento nel tempo, nello spazio e nella persona; dovrebbero essere incoraggiati a rimanere svegli durante il giorno, cercando di rimanere attivi, così da dormire la notte e ripristinare il ciclo sonno-veglia.

Per i pazienti con encefalopatia epatica di alto grado o in coma, a ridotta mobilità, è indispensabile la prevenzione delle ulcere da pressione: l'infermiere avrà gli ulteriori compiti del frequente riposizionamento, dell'uso di barriere cutanee profilattiche, e dei controlli dell'integrità della cute. La cura e l'attenzione per la cute è particolarmente importante per la fragilità dovuta alle carenze nutrizionali e l'atrofia muscolare, tipiche del paziente con cirrosi scompensata.<sup>4</sup>

### La dimissione a domicilio

Al termine del ricovero per uno o più episodi di scompenso della cirrosi epatica, il paziente ed i familiari/caregiver ricevono la relazione clinica riassuntiva per informare il Medico di Medicina Generale (MMG) del decorso clinico; la relazione contiene inoltre il programma dei successivi esami clinici e/o di laboratorio, e l'aggiornamento della terapia medica. Il colloquio al momento della dimissione è un momento di comunicazione molto importante, in cui spiegare al paziente quali segnali di allarme potrebbero presentarsi a domicilio e come prevenire nuovi episodi di scompenso, al fine di evitare la riospedalizzazione. Particolare attenzione va posta sulla regolarizzazione dell'alvo, l'assunzione di liquidi, il controllo del peso corporeo, la prevenzione delle infezioni.

La gestione condivisa tra MMG e specialista ospedaliero è di grande rilievo in questi pazienti particolarmente complessi, in cui è spesso necessaria una terapia medica polifarmacologica con la possibilità di interazioni avverse tra farmaci. L'aderenza alla terapia richiede la comprensione da parte del paziente e del caregiver degli obiettivi terapeutici, che devono essere chiaramente esposti dal medico e dall'infermiere durante il ricovero e al momento della dimissione.<sup>6</sup>

In conclusione, il paziente con cirrosi scompensata presenta un elevato grado di complessità assistenziale. Le com-

plicanze della cirrosi che portano all'ospedalizzazione sono molteplici (ascite, encefalopatia epatica, emorragie digestive, infezioni, sarcopenia), e spesso coesistono.

L'assistenza medico-infermieristica affronta sia le criticità che insorgono durante la degenza, sia le misure preventive delle ricadute. Tale gestione integrata associata all'educazione/counseling del paziente e/o il caregiver permette la precoce individuazione dei segnali di allarme per migliorare l'efficacia del trattamento domiciliare.

### Bibliografia

1. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol* 2018; 69:406-60.
2. Carpenito-Moyet L.J. *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, 6ª ed. Casa Editrice Ambrosiana; 2015.
3. Fabrellas N, Carol M, Palacio E, et al. Nursing Care of Patients With Cirrhosis: The LiverHope Nursing Project. *Hepatology* 2020;71:1106-16.
4. Fabrellas N, Carol M, Torradella F, de Prada G. Nursing care of patients with chronic liver diseases: time for action. *J Adv Nurs* 2018;74:498-500.
5. American Association for the Study of Liver Diseases, European Association for the Study of the Liver. *Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease: 2014 Practice Guideline by the European Association for the Study of the Liver and the American Association for the Study of Liver Diseases*. *J Hepatol* 2014;61:642-59. Disponibile da: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042>
6. Indicazioni pratiche per un modello di gestione condivisa tra Medico di Medicina Generale e Specialista Epatologo del paziente con cirrosi epatica. Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF), Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Disponibile da: <http://www.webaisf.org>

# L'interprofessionalità come strumento per un corretto management del delirium

Paola Gnerre,<sup>1</sup> Riccardo Rocchi,<sup>2</sup> Domenico Clemente<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Direttrice Struttura Complessa, Medicina Interna 2 PO Levante, ASL2 Savonese; <sup>2</sup>Infermiere Struttura Complessa Medicina, Ospedale C. Urbani di Jesi, AST Ancona; <sup>3</sup>Infermiere Struttura Complessa Medicina, Ospedale Madonna delle Grazie, Matera, Italia

## Introduzione

Il *delirium* è una comune sindrome neuropsichiatrica, caratterizzata da inattenzione e da alterazione acuta dello stato cognitivo. È una condizione estremamente “antica”, considerato che i primi accenni risalgono a 2500 anni fa. Nel 500 a.C., Ippocrate usò il termine di *phrenitis* e di *lethargus* per descriverne la forma iperattiva e ipoattiva.<sup>1</sup> Nel secolo scorso furono utilizzate varie terminologie per indicare questa patologia tra cui “sindrome acuta cerebrale”, “insufficienza acuta cerebrale”, “stato confusionale acuto” ed “encefalopatia tossico-metabolica”,<sup>2</sup> ma è nel 1980 che l'*American Psychiatry Association* parlò definitivamente di *delirium* per descrivere un disordine cognitivo reversibile caratterizzato da un esordio acuto e fluttuante che si verifica nel contesto di una patologia medica.

## Epidemiologia

È una patologia comune che interessa circa il 30% di tutti i pazienti anziani ospedalizzati. Interessa il 10-15% dei pazienti nel periodo post-operatorio, il 40-55% dei pazienti ope-

rat in urgenza per frattura di femore di età >60 anni, il 14.7% dei pazienti di età >60 anni operati in elezione per artroprotesi di femore e il 25-35% di pazienti con età >65 anni sottoposti a interventi cardio-chirurgici.<sup>3</sup>

In ambiente medico ha una prevalenza del 18% nei pazienti di età >65 anni nelle prime 72 ore dall'ammissione ospedaliera con incidenza variabile a seconda delle casistiche del 6-54% durante il ricovero ospedaliero.<sup>3</sup> Uno studio italiano di prevalenza puntuale, il *Delirium DAY*, svoltosi nel 2015 ha evidenziato l'elevata frequenza nei pazienti internistici interessando in media 1 paziente ogni 5.<sup>4</sup> La comparsa di *delirium* si associa ad *outcome* negativi per il paziente: aumenta il tempo di degenza (9 giorni verso 21 giorni), il tasso di istituzionalizzazione (18% vs. 47%), 5 volte il rischio di complicanze nosocomiali e 10 volte il rischio di morte. Si associa conseguentemente anche ad un aumento dei costi sanitari.<sup>5</sup>

Il *delirium* è quindi una patologia comune nel paziente ricoverato in ambiente internistico ma, a dispetto della sua prevalenza e rilevanza clinica, rimane spesso non diagnosticato. Compare infatti, solo nell'1.5% nelle diagnosi di dimissioni dai reparti di medicina interna. Questo assume ancora più importanza se si pensa che il *delirium* può essere prevenuto in più di 1/3 dei casi attraverso la conoscenza dei fattori di rischio, la valutazione degli indicatori di *delirium* e l'attuazione delle misure preventive. Non a caso, la *National Quality Measures Clearinghouse* dell'Agenzia Americana di Ricerca e Qualità Sanitaria ha indicato il *delirium* come indicatore di qualità di cura e sicurezza del paziente. La riduzione dell'incidenza e prevalenza di *delirium* compare tra le azioni necessarie per ridurre gli eventi avversi in sanità nelle linee guida canadesi.<sup>6</sup> Questo conferma l'importanza di uno screening attivo del *delirium* nei reparti di Medicina Interna da parte di tutti gli operatori sanitari.

## Fattori predisponenti e quadri clinici

Un comune modello di rischio per lo sviluppo del *delirium* distingue tra fattori predisponenti “cronici” che incrementano la vulnerabilità dell'individuo e fattori precipitanti “acuti” che causano il *delirium*.<sup>1</sup> Tra i fattori predisponenti, quelli ritenuti più significativi sono la presenza di demenza (presente in oltre 2/3 dei pazienti affetti), l'età avanzata, la ridotta acuità visiva, l'uso del catetere vescicale, la restrizione fisica e l'assunzione di più di tre farmaci.<sup>7</sup> Tra i fattori precipitanti i principali sono la presenza di una severa patologia acuta e/o infettiva, l'astinenza o l'intossicazione da alcool.<sup>4</sup>

Corrispondente: Paola Gnerre, Medicina Interna 2 PO Levante, ASL2 Savonese, Italia.  
E-mail: pgnerre@hotmail.it

Parole chiave: *delirium*; management del *delirium*; prevenzione del *delirium*; *confusion assessment method*; scheda della 4AT.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e8

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Se più fattori predisponenti sono identificati in un individuo, più alta è la sua vulnerabilità e minori fattori precipitanti sono richiesti per il manifestarsi della sindrome.<sup>7</sup> La storia, l'esame obiettivo e i dati laboratoristici generalmente indicano che il disturbo è una diretta conseguenza di una condizione medica. Esistono tuttavia anche forme dovute ad intossicazione da sostanze o a sindrome astinenziale.<sup>3</sup>

Lipowsky, nel 1990, distinse per la prima volta tre sottotipi di *delirium* in relazione allo stato psicomotorio: una forma ipoattiva, una iperattiva e una mista. I pazienti con la forma iperattiva (più facilmente diagnosticabile) sono agitati, confusi, talvolta aggressivi e spesso presentano allucinazioni. I pazienti ipoattivi sono invece apatici e letargici. Nella forma mista i pazienti alternano invece stati ipoattivi a stati iperattivi.<sup>7</sup>

I pazienti deliranti hanno scarsa capacità nel mantenimento dell'attenzione, presentano disturbi della memoria, specie quella recente, disturbi del linguaggio e frequentemente inversione del ritmo sonno-veglia. Il *delirium* può ulteriormente essere classificato in persistente, se è continuo, e notturno se si verifica prevalentemente nelle ore notturne. Una recente revisione sistematica indica che la sindrome da *delirium* persistente è tipica dei pazienti dementi, è associata a ipossia, a concomitanti pluripatologie e sintomi di tipo ipoattivo, a condizioni mediche gravi, oltre ad una prognosi nettamente infausta.<sup>7</sup>

Il *delirium* notturno si verifica tipicamente nel tardo pomeriggio e durante la notte. È tipico dei pazienti dementi ed è secondario ad un'alterazione del normale ritmo circadiano. I due fenomeni sono in realtà strettamente connessi dato che il progressivo peggioramento delle funzioni cognitive si accompagna comunque anche ad alterazione del ritmo sonno-veglia. Alcuni fattori ambientali (eccessiva esposizione alla luce diurna, eccessivi stimoli rumorosi) e il grado di comorbidità possono ulteriormente aggravare gli aspetti comportamentali di questo sottotipo.<sup>7</sup>

## Diagnosi

Lo standard diagnostico per il *delirium* è tratto dalla quarta edizione del Manuale Diagnostico di Disordini Mentali, redatto dalla Società Americana di Psichiatria.<sup>8</sup> La diagnosi di *delirium* viene posta in presenza di un disordine cognitivo reversibile, caratterizzato da un esordio acuto (ore o giorni) e fluttuante, da un disturbo della memoria, dell'attenzione, del linguaggio, della percezione (allucinazioni visive e uditive), del comportamento e del pensiero che si verifica nel contesto di una patologia medica (patologia medica acuta, di un'intossicazione da sostanze o di una sindrome astinenziale).<sup>3</sup> Esistono però scale di valutazioni più agevoli. Tra le più note per il paziente ricoverato in ambiente medico sono la *Confusion Assessment Method* e la scheda della 4AT.<sup>9</sup>

La raccolta anamnestica deve confermare una modificazione acuta delle funzioni cognitive in senso peggiorativo e deve includere notizie su malattie intercorrenti, uso di farmaci (incluso eventuali modifiche o l'assunzione di preparati di erboristeria), astinenza da alcool o modifiche ambientali recenti. Bisogna inoltre escludere condizioni che mimano il delirio quali la malattia di Alzheimer, disturbi psicotici e depressione. L'esame obiettivo e la valutazione laboratoristica dovrà ricercare eventuali patologie infettive, disordini metabolici ed endocrini, patologie cerebrali e cardiovascolari che potrebbero

aver scatenato la sindrome (crasi ematica, equilibrio elettrolitico, emogasanalisi, funzionalità epatica e renale).<sup>1,4</sup>

Nel sospetto di una patologia infettiva dovranno essere inclusi indici di flogosi (proteina C reattiva e velocità di eritrosedimentazione), urinocoltura, emocoltura, colturale dell'espettorato (se possibile) e radiografia standard del torace. La ricerca urinaria di sostanze esogene dovrà essere effettuata nel sospetto di intossicazione (farmacie sostanze stupefacenti). TAC cerebrale ed elettroencefalogramma potranno inoltre aiutarci a escludere rispettivamente una patologia organica cerebrale e un'encefalopatia metabolica, mentre il prelievo di liquido cefalorachidiano dovrà essere effettuato nel sospetto di una meningite.

## Trattamento

L'approccio al paziente con *delirium* consiste nella correzione rapida, per quanto possibile, di tutti i fattori potenzialmente modificabili.<sup>1</sup> È necessario, innanzitutto, mantenere nei limiti stabilità cardiovascolare, temperatura corporea, ossigenazione, bilancio idrico, profilo glucidico e apporto calorico.

Il trattamento del *delirium* consiste di una componente non farmacologica e di una farmacologica. La componente non farmacologica è il trattamento di prima scelta nei pazienti affetti da *delirium* e mira al recupero dell'orientamento del paziente.<sup>1</sup> Include il mantenimento del contatto visivo e tattile, il miglioramento delle capacità funzionali e della mobilità e l'uso di istruzioni verbali chiare e semplici. Eventuali difetti visivi e acustici pre-esistenti dovrebbero essere prontamente corretti con gli appositi dispositivi. Bisognerebbe ridurre al minimo i rumori e mantenere un'adeguata illuminazione (evitando però l'eccesso di luce), evitando cambi ambientali e mezzi di contenzione. È necessario inoltre prevenire le comuni complicanze correlate alla degenza ospedaliera (cadute, ulcere da decubito, infezioni nosocomiali, declino funzionale). Il trattamento farmacologico dovrebbe essere riservato solo nei casi in cui il paziente è agitato, delirante e aggressivo e quando le sole misure non farmacologiche non sono in grado di controllare il quadro clinico. L'uso dei farmaci viene comunque raccomandato solo per un breve periodo (*short-term treatment*) di durata pari a una settimana o meno. Ad oggi le *evidence based* sull'uso dei farmaci nel *delirium* sono limitati ad un ristretto numero di studi. L'*American Psychiatric Association* raccomanda comunque l'uso di basse dosi di Aloperidolo come farmaco di prima linea nel trattamento farmacologico del *delirium*.<sup>10</sup> Gli antipsicotici di seconda generazione possono essere l'alternativa per quei pazienti che non tollerano quelli di prima generazione anche se gli studi ad oggi disponibili non hanno dimostrato una loro superiorità in termini di efficacia e sicurezza verso quelli di prima generazione. Infine, l'uso delle benzodiazepine non è indicato in questa condizione ed anzi questa classe di farmaci è associata ad una più alta incidenza di effetti collaterali.<sup>11</sup>

## Corretto *management* del *delirium* in medicina interna

Il corretto *management* del *delirium* comprende tre fasi: conoscenza, valutazione e prevenzione di tutte le figure coinvolte. L'interprofessionalità è quindi un requisito indispensabile.

## Conoscere il *delirium*

Va implementata la consapevolezza sia in tutti gli operatori sanitari che i soggetti ricoverati in ospedale o nelle lungodegenze che possono essere a rischio di sviluppare *delirium*, in particolare i pazienti con età superiore a 65 anni, deterioramento cognitivo (attuale o pregresso) e/o demenza nota, frattura di anca e malattia acuta severa in atto.<sup>12</sup>

## Valutazione

La valutazione giornaliera nei soggetti a rischio degli indicatori di *delirium* quali variazioni o fluttuazioni comportamentali (nell'ordine di ore o giorni) riferite da loro stessi, dai familiari o dal *caregiver*. Va prestata particolare attenzione ai comportamenti indicativi di *delirium* ipoattivo.<sup>12</sup>

Le variazioni comportamentali possono manifestarsi a livello di: i) funzione cognitiva: peggioramento della concentrazione, rallentamento nelle risposte, confusione; ii) percezione: allucinazioni visive o uditive; iii) funzione fisica: riduzione della motilità, agitazione, cambiamenti nell'appetito, alterazioni del sonno; iv) comportamento sociale: mancanza di collaborazione in caso di richieste ragionevoli, interruzione o alterazione della comunicazione, alterazioni dell'umore e/o dell'atteggiamento.

## Prevenzione del *delirium*

Assicurarsi che i soggetti a rischio di *delirium* ricevano un'assistenza multicomponente personalizzata (relativamente ai bisogni del soggetto e al *setting* necessario). Vanno evitati gli spostamenti del paziente all'interno dello stesso reparto o fra un reparto o una stanza e l'altra, a meno che non sia assolutamente necessario; va fornita un'illuminazione appropriata e una segnalazione chiara del tempo predisponendo un orologio con 24h e un calendario in tutte le stanze; parlare ai pazienti per ripristinare l'orientamento, spiegando loro dove sono, chi sono, il proprio ruolo, ecc.; introdurre attività cognitivamente stimolanti (per esempio, il ricordo) e facilitare le visite di familiari e amici. Evitare se possibile il posizionamento di catetere vescicale e somministrazioni endovenose continuative; favorire il posizionamento di apparecchi acustici e visivi e ricercare eventuali segni di dolore.<sup>12</sup>

## Conclusioni

Il *delirium* è una sindrome neuropsichiatrica grave, scatenato da un problema clinico intercorrente o dall'uso di far-

maci potenzialmente nocivi. Data la sua rilevanza clinica e gli *outcome* negativi ad esso associati, deve essere considerato un indicatore della qualità delle prestazioni erogate negli ospedali e negli altri luoghi di cura. La definizione e i criteri diagnostici del *delirium* devono quindi diventare patrimonio diffuso degli operatori sanitari, favorendo l'interprofessionalità che è un elemento indispensabile per una corretta gestione della sindrome stessa.

## Bibliografia

- Mittal V, Muralee S, Williamson D, et al. *Delirium* in the elderly: a comprehensive review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011;26:97-109.
- Tropea J, Slee JA, Brand CA, et al. Clinical practice guidelines for the *management* of *delirium* in older people in Australia. *Australas J Ageing* 2008;27:150-6.
- Saxena, Lawley D. *Delirium* in the elderly: a clinical review. *Postgrad Med J* 2009;85:405-13.
- Enrico Mossello, Tesi F, Di Santo SG, et al. Recognition of *Delirium* features in clinical practice: data from the *Delirium* Day 2015 National Survey. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:302-8.
- Inouye SK. *Delirium* in older persons. *N Engl J Med* 2006;354:1157-65.
- Marcantonio ER. In the clinic. *Delirium*. *Ann Intern Med* 2011;154:ITC6-16.
- Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. *Delirium* in the elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *NatRev Neurol* 2009;5:210-20.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC, America Psychiatric Association; 1994.
- Giuseppe Bellelli, Morandi A, Davis DHJ, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid *delirium* screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing* 2014;43:496-502.
- Loneragan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for *delirium*. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD005594.
- Lacasse Perreault MM, Williamson DR. Systematic review of antipsychotics for the treatment of hospital-associated *delirium* in medically or surgically ill patients. *Ann Pharmacother* 2006;40:1966-73.
- Nice. Clinical guidelines 103. *Delirium*: diagnosis, prevention and *management*. 2010.

# Il giro visita congiunto come strumento per una migliore gestione dei pazienti

Francesco Dentali,<sup>1,2</sup> Antonio Vitiello<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Direttore di Dipartimento di Area Medica ASST Sette Laghi, Università dell'Insubria, Varese; <sup>2</sup>Presidente Nazionale FADOI; <sup>3</sup>Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS), PO di Gallarate (VA), ASST Valle Olona; <sup>4</sup>Vicepresidente ANIMO, Italia

## Introduzione

Se si dovesse fare una rappresentazione del giro visita si potrebbe prendere in prestito il “Circolo dei lussuriosi” di William Blake (Figura 1), poeta e pittore di soggetti biblici, mistici e letterari (che quasi può sembrare una descrizione di medici e infermieri), perché quell'incessante vortice che trascina i lussuriosi ricorda la silenziosa attesa dei pazienti del giro-visita. La figura stesa a terra è Dante, svenuto per la commozione suscitata dal racconto dei due innamorati Paolo e Francesca, mentre l'uomo in piedi è Virgilio. Come non vedere in loro due il medico e l'infermiere, non tanto per la commozione, quanto per la tenacia, la dedizione e la fatica con le quali quotidianamente affrontano i loro giri. Il termine “giro” è una parola che ritornerà spesso; ogni giorno medici e infermieri “lavorano per giri”, soprattutto gli infermieri; questo aiuta ad organizzare il lavoro, ma spesso porta con sé la standardizzazione delle attività a discapito della personalizzazione. Oggi però il giro visita non può essere considerato solo, *stricto sensu*, come il momento d'incontro con la diagnosi, con la patologia, la morte; non deve essere

per il paziente l'incontro passivo e doloroso con il proprio Minosse che decide in che girone deve sprofondare (Figura 2). Anzi, non è più ascrivibile al giro visita una relazione unidirezionale, dal medico al paziente, ma vi deve albergare una relazione triadica in cui medici, infermieri e pazienti (e *caregiver*) sono parte attiva di un forum in cui condividere obiettivi e strategie operative.

Ma quali sono le percezioni e le opinioni dei medici rispetto al giro visita? Quali sono le percezioni e le opinioni degli infermieri? Ed il punto di vista dell'assistito?

Secondo un'analisi di Weber,<sup>1</sup> il tipico giro di reparto diventa, spesso, un'interazione diadica tra paziente e medico con solo contributi minori da parte degli infermieri. Questo studio svizzero, dopo un'analisi di tre mesi sulle interazioni tra medici, infermieri e assistiti all'interno di reparti di Medicina Interna durante il giro visita, ci riporta che le dichiarazioni registrate provenivano da medici per il 51,6%, da pazienti per il 34,8% e solo per il 13,5% da infermieri. Infatti, tra gli infermieri è fortemente presente una ridotta consapevolezza del proprio ruolo e del proprio contributo. Spesso l'infermiere assume il ruolo di fornitore di informazioni supplementari al clinico.<sup>2</sup> Gli infermieri tralasciano le informazioni psicosociali e queste finiscono per non svolgere un ruolo importante. Tra gli infermieri il rapporto tra informazione clinica e informazione psicosociale è decisamente a favore della prima con una stima di 7:1. Questi dati numerici mostrano che gli infermieri non contribuiscono in modo sostanziale al contenuto di quanto viene detto durante il giro visita.<sup>1</sup> Questo comporta che nella maggior parte delle volte l'infermiere risulta essere assente all'interno del *team* multidisciplinare e ciò potrebbe ridurre il valore del giro visita;<sup>3</sup> gli infermieri, infatti, osservano quotidianamente il grado di *performance* delle attività quotidiane e, soprattutto in una popolazione di pazienti di età avanzata, le questioni cruciali sul percorso finale dei pazienti e sulla fattibilità del regime terapeutico sono influenzate anche dalle informazioni in loro possesso, dall'osservazione e dal ragionamento clinico-assistenziale degli stessi; questi elementi devono essere inseriti in un processo decisionale condiviso all'interno della relazione triadica.<sup>1</sup> L'assenza dell'infermiere potrebbe determinare proprio l'esclusione di questi elementi.

I pazienti, invece, sembrano “fare il bagno in un oceano di dati”. Tuttavia, lamentano di non essere informati a sufficienza. La spiegazione più probabile è che i professionisti forniscono spiegazioni per problemi sui quali i pazienti non avevano dubbi o che non sono in grado di memorizzare. Dovrebbe essere inclusa una valutazione puntuale di ciò che esattamente un singolo assistito vuole sapere in un dato

Corrispondente: Antonio Vitiello, Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS), PO di Gallarate, ASST Valle Olona, Varese, Italia.  
E-mail: antonio-vitiello@alice.it

Parole chiave: giro visita; giro congiunto; gestione; giro visita *bedside*; giro visita *outside*.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e9

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

momento.<sup>1</sup> E infatti, la letteratura ci riporta che gli assistiti riferiscono difficoltà nel metabolizzare le informazioni acquisite e anche che, in generale, le informazioni fornite dagli infermieri risultano essere di più facile comprensione rispetto a quelle fornite dal medico e questo potrebbe significare una ridotta relazione tra il medico e l'assistito.<sup>4,5</sup> Anche se l'assistito percepisce quasi sempre professionalità nella conduzione del giro,<sup>6</sup> due sembrerebbero le grandi preoccupazioni: riservatezza dei dati e infantilizzazione. Per quanto concerne la riservatezza dei dati durante il giro visita, il fatto che altri pazienti ascoltino la conversazione durante il giro è ritenuto privo di grandi problematiche fintanto che i pazienti non si sentono esposti. E infatti ritengono che importanti informazioni sullo stato di salute e sulla prognosi debbano essere fornite, però, in privato, soprattutto nel caso in cui siano presenti molti partecipanti al giro (camere con più assistiti, presenza di specializzandi, tirocinanti, ecc.). L'altro tema sollevato dagli assistiti è l'infantilizzazione: spesso il giro intimidisce i pazienti che lamentano una difficoltà a seguire i discorsi e trascorrono molto tempo in attesa del giro, vivendo un senso di frustrazione. Si parla del paziente piuttosto che al paziente.<sup>4</sup>

Ma in che modo il giro visita può creare valore? Riducendo le barriere appena descritte e sviluppando, invece, gli elementi positivi, relativamente a quattro elementi strategici: multidisciplinarietà del *team*, strutturazione del giro visita, ruolo consapevole e attivo anche dell'assistito e del *caregiver*, uso di strumenti *evidence-based*.

### Multidisciplinarietà del *team*

La presenza della figura infermieristica durante il giro visita è considerata importante dalla persona assistita. È in grado di convogliare le informazioni cliniche in un linguaggio semplice, comprensibile e dunque fruibile per il paziente che ritiene di interagire meglio con l'infermiere piuttosto che con il medico.<sup>1,5,7</sup> Gli allontanamenti ripetuti dell'infermiere durante il giro per assistere gli altri pazienti potrebbero determinare distrazione e la mancata partecipazione attiva al ragionamento sul singolo caso. L'organizzazione, quindi, dovrebbe essere finalizzata e nello specifico il personale di supporto e amministrativo dovrebbe essere motivato a fornire

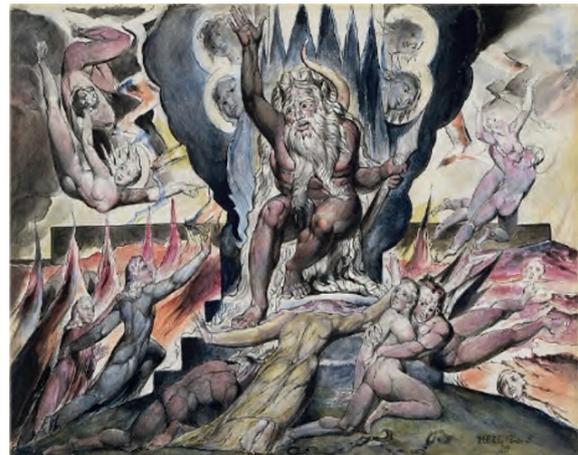
supporto; l'organizzazione del giro dovrebbe essere in funzione delle tempistiche degli infermieri e dei medici e non del direttore di unità operativa e del coordinatore infermieristico, poiché questi hanno meno vincoli di tempo e possono regolare maggiormente il loro orario di lavoro.<sup>1</sup> I pazienti entrano in contatto con numerose diverse figure professionali e spesso è difficile identificare i nomi e le diverse professioni dei partecipanti al giro; questo rende difficile la comunicazione. Le piccole targhette con il nome sono di scarso aiuto e i pazienti evitano di chiedere ripetutamente i nomi poiché hanno l'impressione che tutti abbiano molto lavoro da svolgere.<sup>5</sup> Anche l'organizzazione del personale potrebbe essere difficile da comprendere: le responsabilità e il contributo di tutti non sono sempre chiari al paziente. Un giro poco funzionale corrisponde ad un paziente passivo: la letteratura evidenzia, infatti, la necessità di una *leadership* comunicativa per mettere al centro l'assistito e non la patologia, utilizzando strategie comunicative come domande dirette e continuo contatto visivo, proponendo di iniziare il giro con la presentazione del paziente ad opera dell'infermiere.<sup>2</sup> Spesso la disposizione spaziale dei componenti del giro influenza (inconsapevolmente) il coinvolgimento di alcuni come in Figura 3, in cui il farmacista e l'infermiere, che sono dietro il cerchio formato dai medici, sono esclusi dalla situazione. Questa disposizione tende a limitare l'apertura nei confronti di queste figure, predisponendo alla loro passività.

### Strutturazione del giro visita

Uno degli elementi riportati frequentemente durante le interviste ai pazienti come elementi indispensabili è la comunicazione, a paziente e *caregiver*, dell'orario in cui il giro sarà avviato; mentre un elemento facilitatore per una buona comunicazione risulta essere la comunicazione, da parte dei sanitari, della modalità per poter porre quotidianamente domande in privato. Gli assistiti ritengono che i giri brevi abbiano un impatto negativo sulla capacità dei professionisti di entrare in contatto con loro. La letteratura indica che in media, per ogni paziente, si dedicano 7,5 minuti.<sup>1,5</sup> Il giro visita su base giornaliera rispetto a quelli gestiti settimanalmente sembrerebbero favorire la riduzione della degenza da 11,5 a 8,9 giorni e la



**Figura 1.** Il circolo dei lussuriosi, Inferno, Canto V.



**Figura 2.** Minosse, Inferno, Canto V.

mortalità intraospedaliera da 11 al 6% e anche la mortalità a 30 giorni (da 15 a 8%).<sup>8</sup> Nei pazienti con ictus, il ricovero negli ospedali con giri giornalieri era associato a probabilità di mortalità inferiore del 10% rispetto a *setting* con giri di reparto meno frequenti (95% CI, 0,82-0,98; P=0,013). Inoltre, il giro visita *bedside* sembra essere preferito dagli infermieri, mentre i medici sembrano preferire il giro *outside*. Quest'ultimo è considerato dagli infermieri più focalizzato sulla formazione accademica e responsabile di una scarsa comunicazione con l'assistito.<sup>9</sup>

### Ruolo consapevole e attivo anche dell'assistito e del caregiver

La posizione seduta del medico, in prossimità e soprattutto allo stesso livello del paziente favorisce la comunicazione con il paziente, predisponendolo ad un ruolo più attivo. Costituisce elemento barriera l'utilizzo di un linguaggio standard che comprenda dati poco fruibili dai pazienti ed una di-

slocazione poco funzionale, come in Figura 4 in cui un clinico è disposto, in piedi, ad un livello superiore rispetto agli occhi del paziente, in una posizione non riflessa.

Corrispondono ad elementi facilitatori, invece: parlare alla persona e non della patologia, favorire l'impiego di un diario da parte dell'assistito, in cui registrare emozioni e percezioni, dubbi e riflessioni, enfatizzare il percepito ed il vissuto durante il colloquio e non concentrarsi solo su dati e segni. In definitiva un giro visita congiunto crea valore quando tre elementi si incontrano:

- capacità di filtrare i dati, rendere informazioni fruibili e concretizzare le richieste dell'assistito;
- abilità di *leadership* comunicativa all'interno del *team*, partecipando attivamente al forum;
- completezza, stabilità e integrazione del *team* (Figura 5).<sup>10</sup>

Elementi per i quali anche i coordinatori infermieristici e i direttori di unità operativa non possono che svolgere un ruolo strategico affinché tali elementi siano visualizzati dai singoli membri del *team* come standard di riferimento quotidiano, nonché abilità da allenare e sviluppare.



Un'infermiera che consulta le sue consegne mentre è in piedi dietro i clinici in un giro di reparto



Figura 3. Foto reali. Ospedale Universitario di Melbourne, Australia.<sup>11</sup>



Figura 4. Foto reale. Ospedale Universitario di Melbourne, Australia.<sup>11</sup>

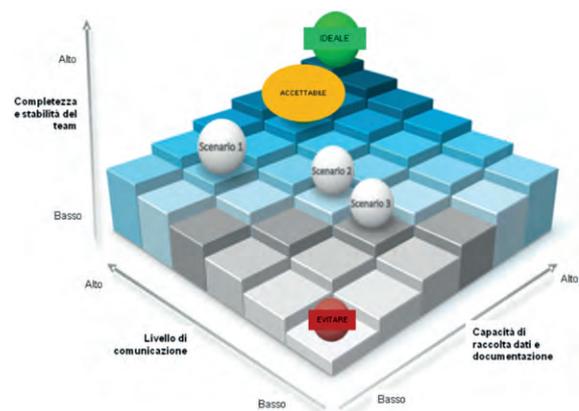


Figura 5. Completezza, stabilità e integrazione del *team*.

---

## Bibliografia

1. Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz WA. Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns* 2007;67:343-8.
2. Manias E, Street A. Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *J Clin Nurs* 2001;10:442-50.
3. Rowlands C, Griffiths SN, Blencowe NS, et al. Surgical ward rounds in England: a trainee-led multi-centre study of current practice. *Patient Saf Surg* 2014;8:11.
4. Shaw A, Ibrahim S, Reid F, et al. Patients' perspectives of doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Educ Couns* 2009;75:114-20.
5. Swenne CL, Skytt B. The ward round--patient experiences and barriers to participation. *Scand J Caring Sci* 2014;28:297-304.
6. Simonetti V, Comparacini D, Tesei L, et al. Il giro visita: una prassi che garantisce la qualità? Una revisione integrativa della letteratura. *L'infermiere* 2019;6.
7. Walton V, Hogden A, Johnson J, Greenfield. Ward rounds, participants, roles and perceptions: literature review. *Int J Health Care Qual Assur* 2016;29:364-79.
8. Singh S, Lipscomb G, Padmakumar, et al. Daily consultant gastroenterologist ward rounds: reduced length of stay and improved inpatient mortality. *Frontline Gastroenterol* 2012;3:29-33.
9. Gross S, Beck K, Becker C, et al. Perception of physicians and nursing staff members regarding outside versus bedside ward rounds: ancillary analysis of the randomised BEDSIDE-OUTSIDE trial. *Swiss Med Wkly* 2022;152:w30112.
10. Shetty K, Wern Poo SX, Sriskandarajah K, et al. "The Longest Way Round Is The Shortest Way Home": An Overhaul of Surgical Ward Rounds. *World J Surg* 2018;42:937-49.
11. Liu W, Manias E, Gerdtz M. Medication communication during ward rounds on medical wards: Power relations and spatial practices. *Health (London)* 2013;17:113-34.

# La dimissione dall'ospedale: percorso di condivisione del *team*

Ombretta Para,<sup>1</sup> Roberta Rapetti,<sup>2</sup> Stefania Di Bernardino<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 1 AOU Careggi, Firenze; <sup>2</sup>Distretto Sanitario Savonese ASL 2 Azienda Sociosanitaria Ligure; <sup>3</sup>Dirigente Medico Area Degenza Medica per Intensità di cura, Ospedale Pertini Asl Roma2, Roma, Italia

## Introduzione

La dimissione dall'ospedale avviene quando il paziente non ha più necessità di cure in regime di ricovero e può ritornare al proprio domicilio.

Le dimissioni dei pazienti dall'ospedale sono un processo complesso, irto di sfide e comporta circa oltre 8 milioni di dimissioni ospedaliere ogni anno in Italia.<sup>1</sup> Una volta stabilito che un paziente è dimissibile dall'ospedale dal punto di vista medico, il *team* sanitario deve determinare il percorso più appropriato per il proseguimento delle cure e dell'assistenza necessaria al di fuori del *setting* ospedaliero. I determinanti del luogo di cura più appropriato riguardano non solo aspetti medici, ma anche funzionali e sociali.

Affinché il paziente possa essere in grado di essere dimesso in sicurezza, è necessario considerare molteplici fattori, oltre a quelli legati alla patologia di base: stato cognitivo del paziente, stato funzionale, natura dell'abitazione attuale del paziente e l'idoneità alle condizioni del paziente (ad esempio, presenza di scale, pulizia), disponibilità del sostegno della famiglia o di un *caregiver* idoneo, possibilità di ottenere farmaci ed eventuale assistenza, disponibilità di trasporto dall'ospedale a casa e per visite di

controllo.<sup>2</sup> Le parti coinvolte nel processo di dimissione dovrebbero quindi includere il paziente, il *caregiver*, l'infermiere, il medico, il fisioterapista, ed in casi selezionati anche il case-manager e l'assistente sociale.

La dimissione prematura o la dimissione in un ambiente non in grado di soddisfare le esigenze del paziente possono comportare una riammissione in ospedale. In tal caso, la dimissione anticipata dall'ospedale potrebbe non comportare a un risparmio complessivo sui costi se comporta la necessità di un successivo utilizzo più intenso dell'assistenza sanitaria, come indicato da uno studio osservazionale che ha confrontato pazienti che hanno ricevuto cure ospedaliere da un medico di base con assistenza da parte di un ospedaliero.<sup>3</sup>

Di contro, ritardare la dimissione comporta un sovraccarico di posti letto ospedalieri, con conseguente aumento dei tempi di attesa al pronto soccorso, insoddisfazione del paziente e *burnout* per il personale sanitario.<sup>4</sup>

Gli strumenti utilizzati per migliorare il processo di dimissione possono essere divisi in tre gruppi: interventi pre-dimissione (educazione del paziente, pianificazione della dimissione, riconciliazione farmacologica, programmazione di un appuntamento di *follow-up*); interventi post-dimissione (telefonata di *follow-up*, comunicazione con il fornitore dell'ambulatorio, visite a domicilio) e interventi ponte (*coach* di transizione, istruzioni di dimissione incentrate sul paziente, continuità clinica tra il contesto ospedaliero e quello ambulatoriale).<sup>5,6</sup>

La pianificazione della dimissione è lo sviluppo di un piano di dimissione individualizzato per il paziente, messo in atto prima di lasciare l'ospedale, per garantire che i pazienti vengano dimessi in un momento appropriato e con la fornitura di adeguati servizi post-dimissione ed è una parte obbligatoria dell'accreditamento ospedaliero, che dovrebbe iniziare già all'inizio del ricovero in ospedale.<sup>7-12</sup> Il *case manager* ospedaliero dovrebbe essere coinvolto non appena sia chiaro che il paziente avrà necessità assistenziali a domicilio o dovrà essere trasferito in un'altra struttura sanitaria.

Secondo Goldman *et al.*, la pianificazione della dimissione dovrebbe includere la garanzia che il paziente disponga delle informazioni per rispondere a queste domande: "Dove andrò una volta dimesso? Avrò bisogno di cure particolari? Ci sono restrizioni su cosa posso mangiare? Dovrò continuare a prendere i nuovi farmaci che ho iniziato in ospedale? Ci sono limitazioni alle mie attività? Ci sono sintomi a cui dovrei stare attento? C'è una persona che posso chiamare in caso di difficoltà?".<sup>11,12</sup>

In una recente revisione, Cochrane ha suggerito che la pianificazione individualizzata delle dimissioni riduce la durata dei tassi di degenza ospedaliera e di riammissione per gli

Corrispondente: Ombretta Para, Medicina Interna 1 AOU Careggi, Firenze, Italia.  
E-mail: ombretta.para@gmail.com

Parole chiave: dimissione difficile; strumenti per la dimissione; *team* di dimissione; percorso dimissione; valutazione multidimensionale; VDM.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e10

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

individui più anziani.<sup>7</sup> Philips *et al.* hanno riscontrato che una pianificazione completa delle dimissioni combinata con il supporto post-dimissione ha ridotto significativamente la riammissione in ospedale per i pazienti anziani con insufficienza cardiaca congestizia.<sup>13</sup>

In uno studio randomizzato, Jack *et al.* hanno dimostrato che un programma di dimissione che includeva aiuto per gli appuntamenti di *follow-up* e la gestione dei farmaci, nonché una chiamata di *follow-up* da parte di un farmacista, impattava positivamente sulla riduzione degli accessi in pronto soccorso e delle riammissioni entro i 30 giorni.<sup>14</sup>

Un altro punto fondamentale del processo di dimissione è la riconciliazione terapeutica con cui si indica il processo di verifica degli elenchi dei farmaci dei pazienti durante una transizione dalla struttura di cura al domicilio o altra struttura di cura. Tale processo serve per identificare quali farmaci sono stati aggiunti, interrotti o modificati rispetto agli elenchi dei farmaci pre-ricovero. L'esecuzione di un'accurata riconciliazione farmacologica è un elemento cruciale per il successo della transizione alla dimissione,<sup>15-17</sup> attraverso una maggior consapevolezza sia del personale sanitario che dei pazienti riguardo la terapia medica in atto. Uno studio osservazionale su pazienti di età pari o superiore a 64 anni dimessi a casa dopo il ricovero ospedaliero ha infatti mostrato che la maggior parte dei pazienti non comprendeva il nuovo dosaggio dei farmaci che stavano assumendo o le ragioni dei cambiamenti terapeutici.<sup>18</sup> La maggior parte degli studi inclusi in una revisione sistematica del 2012 hanno mostrato che la riconciliazione farmacologica era associata a una diminuzione degli eventi avversi effettivi e potenziali dei farmaci.<sup>19</sup> Inoltre, una meta-analisi del 2023 di 25 studi randomizzati su oltre 15.000 adulti ospedalizzati seguiti da 1 a 20 mesi, ha dimostrato che la revisione dei farmaci potrebbe ridurre il rischio di riammissioni ospedaliere.<sup>20</sup> Pertanto, è necessario condurre regolarmente una riconciliazione dei farmaci per ogni paziente dimesso, rivedendo l'elenco della terapia con paziente e *caregiver*.

Infine, all'interno del processo di dimissione, un ruolo centrale è rivestito dalla relazione di dimissione che permette il corretto passaggio di informazioni tra Ospedale, Medico di Medicina Generale e strutture sanitarie territoriali. Gli ele-

menti che dovrebbero essere riportati sulla relazione di relazione, come richiesto dai *Centers for Medicare e Medicaid Services*,<sup>21</sup> sono l'esito del ricovero, la terapia e le disposizioni per eventuale *follow-up* (compresi appuntamenti, dichiarazioni su come saranno soddisfatte le esigenze di assistenza e piani per eventuali servizi aggiuntivi).

Secondo alcuni autori,<sup>22</sup> l'utilizzo di un modello predefinito per la relazione di dimissione potrebbe garantire la completezza delle informazioni necessarie.

La Tabella 1 riporta un elenco degli elementi che dovrebbero apparire in una lettera di dimissione, come suggerito da alcuni autori.<sup>22-24</sup>

Il processo di dimissione dei pazienti dagli ospedali per acuti è pertanto estremamente complesso e richiede strumenti ben definiti per identificare precocemente pazienti con complessità assistenziale più elevata e definire i percorsi più adeguati attraverso una collaborazione efficace tra *team* multidisciplinare e pazienti.

## Strumenti per identificare la “dimissione difficile” e il *team* multidisciplinare nella dimissione

Una pianificazione efficace della dimissione del paziente dall'ospedale verso il domicilio o verso altri luoghi di cura ha lo scopo di favorire la continuità assistenziale, evitare la frammentazione e/o la duplicazione degli interventi, riducendo così le riammissioni ospedaliere.<sup>25</sup>

Diversi studi hanno sviluppato score di rischio per misurare la complessità del paziente ed identificare gli elementi significativi per definire una transizione di cura sicura.<sup>26</sup>

La letteratura evidenzia una serie di strumenti che consentono di valutare il rischio di dimissione difficile, nati in risposta ad un “sistema adattativo complesso”, a sostegno del paziente odierno, che risulta sempre più pluripatologico e vulnerabile, con una maggiore suscettibilità al danno e alle complicanze iatrogene.<sup>27,28</sup> Tra questi, quelli maggiormente citati nella comunità scientifica sono, l'indice di Flugelman, il *Brief Risk for Identification Geriatric Health Tool*, *The Problem After Discharge Questionnaire* e il *Nurses Improving Care for Health System Elders*.<sup>27</sup> Uno tra i più studiati in letteratura è l'Indice di Brass (*Blaylock Risk Assessment Screening Score*),<sup>27</sup> che può essere valutato già al momento del ricovero in reparto, consente di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile e dimostra migliore applicabilità e utilità nei diversi contesti ospedalieri.<sup>26</sup>

Gli autori, Blaylock e Cason,<sup>26</sup> hanno individuato alcuni fattori significativi quali età, stato funzionale, stato cognitivo, supporto sociale e condizioni di vita, numero di precedenti ricoveri/visite al pronto soccorso, numero di problemi clinici attivi, modello comportamentale, mobilità, *deficit* sensoriali, numero di farmaci assunti.

Secondo il punteggio Brass sono definite tre classi di rischio:

- rischio basso (punteggio da 0 a 10), soggetti che non necessitano di particolare impegno per l'organizzazione della dimissione, in cui la disabilità è molto limitata;
- rischio medio (punteggio da 11 a 19): soggetti con problematiche connesse a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente con basso rischio di istituzionalizzazione;

**Tabella 1.** Elementi essenziali contenuti nella lettera di dimissione.<sup>23-25</sup>

Data di ammissione e dimissione
Motivo di ricovero
Anamnesi ed esame obiettivo di ingresso
Reperti significativi emersi durante la visita clinica
Reperti significativi emersi agli esami di laboratorio
Reperti significativi emersi agli esami strumentali
Elenco di procedure effettuate
Reperti emersi durante le procedure
Diagnosi di dimissione
Condizioni cliniche alla dimissione
Terapia alla dimissione
Indicazioni per il <i>follow-up</i>
Eventuali esami laboratoristici/strumentali in corso di refertazione
Informazioni aggiuntive per il <i>caregiver</i>

- rischio alto (punteggio maggiore o uguale a 20): soggetti che hanno segnalato problemi e necessitano di una continuità assistenziale, probabilmente, in strutture socio-sanitarie.<sup>27</sup> Unico limite presentato dall'indice di Brass è quello di risultare poco sensibile nell'individuare quei pazienti a rischio di sviluppare problematiche nella fase post-dimissione.<sup>28</sup> L'integrazione tra ospedale e territorio rappresenta infatti uno dei pilastri fondamentali per fornire un'adeguata informazione e assistenza al paziente/persona/cittadino nelle fasi successive alla dimissione, attraverso un percorso di cura strutturato e personalizzato.<sup>27</sup>

La dimissione deve essere pianificata con il coinvolgimento di ogni operatore della salute inserito nel *team* di cura, attraverso un approccio interprofessionale e multidisciplinare, tenendo in considerazione il contesto sociale del paziente, le sue abilità residue e le esigenze della famiglia/caregiver.<sup>27</sup>

Il paziente, dopo l'evento acuto, può andare incontro ad una disabilità temporanea o permanente che richiede una riorganizzazione familiare, rendendo la dimissione "difficile".<sup>21</sup> Il piano di dimissione richiede una comunicazione tra professionisti diversi e con la famiglia, e un coordinamento tra i servizi. È necessario individuare un referente del piano di dimissione ed il caso clinico deve essere preso in carico e discusso da un *team* multidisciplinare, effettuando una rivalutazione continua.<sup>10</sup>

Lo screening della valutazione del rischio di Blaylock insieme al giudizio clinico assistenziale è rilevante per migliorare le previsioni per tutti gli esiti.<sup>29</sup> Tuttavia, tale strumento valutativo risulta in parte limitato poiché l'autonomia o il recupero funzionale del paziente dipendono da più fattori come la sfera emotiva e il contesto sociale. Pertanto, il metodo più appropriato è rappresentato dalla valutazione multidimensionale (VMD),<sup>30</sup> che consente nell'elaborare un quadro generale.

I campi di indagine sono: stato di salute, anamnesi tradizionale, esame obiettivo, esami di laboratorio e strumentali, stato funzionale, attività di vita quotidiana, capacità motorie, condizioni mentali, situazione sociale ed ambientale. La VMD viene realizzata da un *team* multiprofessionale il cui nucleo centrale è costituito da: medico geriatra, infermiere, assistente sociale.<sup>30</sup> Ciascun professionista raccoglie i dati su uno specifico settore di sua competenza.<sup>30</sup> L'unità valutativa geriatrica (UVG), che in alcuni casi si avvale anche della collaborazione del Medico del Distretto Sanitario, e il Medico di Medicina Generale del paziente, attiva la VMD.<sup>31,32</sup> L'attuazione della VMD prevede fundamentalmente la raccolta dati, la discussione dei dati raccolti tra i membri del *team*, lo sviluppo del piano di trattamento, l'implementazione del piano di trattamento, il monitoraggio e l'eventuale revisione del piano di trattamento.<sup>33</sup>

## Conclusioni

La dimissione dei pazienti dagli ospedali per acuti può diventare difficile, sia per la complessità dei pazienti che per la mancanza di un'adeguata continuità di cure con il sistema territoriale. Sono necessari strumenti ben definiti e validati per identificare tempestivamente pazienti con complessità assistenziale maggiore e definire i percorsi più adatti attraverso una collaborazione efficace tra *team* multidisciplinare, paziente e caregiver.

## Bibliografia

1. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero SDO 2020, Ministero della Salute Italiano. Disponibile da: <https://www.salute.gov.it/portale>
2. Kane RL. Finding the right level of posthospital care: "We didn't realize there was any other option for him". *JAMA* 2011;305:284.
3. Kuo YF, Goodwin JS. Association of hospitalist care with medical utilization after discharge: evidence of cost shift from a cohort study. *Ann Intern Med* 2011;155:152.
4. Patel H, Yirdaw E, Yu A, et al. Improving Early Discharge Using a Team-Based Structure for Discharge Multidisciplinary Rounds. *Prof Case Manag* 2019;24:83-9.
5. Manzano-Santaella A. From bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept. *Health Serv Manage Res* 2010;23:121-7.
6. Hansen LO, Young RS, Hinami K, et al. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:520.
7. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD000313.
8. Henke RM, Karaca Z, Jackson P, et al. Discharge planning and hospital readmissions. *Med Care Res Rev* 2017;74:345-68.
9. The Joint Commission Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Chicago. Disponibile da: [https://www.jointcommission.org/search/#t=\\_Tab\\_All&f:@site-longname=\[The%20Joint%20Commission\]](https://www.jointcommission.org/search/#t=_Tab_All&f:@site-longname=[The%20Joint%20Commission]) (accessed on April 19, 2010).
10. Meyer MH, Jekowsky E, Crane FG. Applying platform design to improve the integration of patient services across the continuum of care. *Manag Serv Qual* 2007; 17:23.
11. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare and Medicaid Programs; Revisions to Requirements for Discharge Planning for Hospitals, Critical Access Hospitals, and Home Health Agencies. 2015. Disponibile da: <https://www.federalregister.gov/d/2015-27840>
12. Goldman LE, Sarkar U, Kessel E, et al. Support from hospital to home for elders: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2014;161:472.
13. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 2004;291:1358.
14. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;150:178.
15. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med* 2012;172:1057.
16. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009;169:894.
17. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med* 2006; 166:565.
18. Ziaecian B, Araujo KL, Van Ness PH, Horwitz LI.

- Medication reconciliation accuracy and patient understanding of intended medication changes on hospital discharge. *J Gen Intern Med* 2012;27:1513.
19. Bülow C, Clausen SS, Lundh A, Christensen M. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;1:CD008986.
  20. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009;169:894.
  21. The CMS Hospital Conditions of Participation and Interpretive Guidelines, McDonald IG (Ed), HC Pro Inc; 2004.
  22. O’Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, et al. Creating a better discharge summary: improvement in quality and timeliness using an electronic discharge summary. *J Hosp Med* 2009;4:219.
  23. Roy CL, Poon EG, Karson AS, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med* 2005;143:121.
  24. Walz SE, Smith M, Cox E, et al. Pending laboratory tests and the hospital discharge summary in patients discharged to sub-acute care. *J Gen Intern Med* 2011;26:393.
  25. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, et al. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD000313.
  26. Zarovska A, Evangelista A, Boccia T, et al. Development and validation of a simplified BRASS index to screen hospital patients needing personalized discharge planning. *J Gen Intern Med* 2018;33:1084-91.
  27. Cammilletti V, Forino F, Palombi M, et al. BRASS score and complex discharge: a pilot study. *Acta Biomed* 2017;88:414-25.
  28. Mistiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, et al. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *Blaylock Risk Assessment Screening Score*. *J Adv Nurs* 1999;30:1050-6.
  29. Signorini G, Dagani J, Bulgari V, et al. The moderate efficiency of physicians’ predictions decreased for fuzzy clinical conditions and benefits from the use of the BRASS index. *A Longitudinal Study of Geriatric Patient Outcomes*. *J Clin Epidemiol* 2016;69:51-60.
  30. Linee Guida SNLG (ISS): disponibile la L.G. “Valutazione multidimensionale della persona anziana” a cura di SIMG e SIGOT. 2023. Disponibile da: <https://www.simg.it/valutazione-multidimensionale-vmd-della-persona-anziana/>
  31. Pilotto A, Custodero C, Maggi, S, et al. A multidimensional approach to frailty in older people. *Ageing Res Rev* 2020;60:101047.
  32. Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, et al. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1381-8.
  33. Germain M, Knoeffel F, Wieland D, Rubenstein L. A geriatric assessment and intervention team for hospital inpatients awaiting transfer to a geriatric unit: a randomized trial. *Aging Clin Exp Res* 1995;7:55-60.

# Quando l'interprofessionalità coinvolge anche il paziente: come fare buona sanità oltre la cura

Letizia Tesei,<sup>1,2</sup> Dario Manfellotto<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Professioni Sanitarie, Area Infermieristico-Ostetrica AST Macerata; <sup>2</sup>Presidente ANIMO; <sup>3</sup>Direttore Struttura Complessa di Medicina Interna, Ospedale Isola Tiberina, Gemelli-Isola, Roma; <sup>4</sup>Presidente Fondazione FADOI, Italia

## Introduzione

Circa il 35% dei cittadini europei è affetto da una patologia cronica e si prevede che questo numero aumenterà ulteriormente.<sup>1</sup> La crescente prevalenza di malattie croniche dovute all'invecchiamento sta spingendo i sistemi sanitari occidentali a modificare i propri assetti organizzativi.<sup>2</sup>

Gli elementi dell'assistenza sanitaria che saranno in grado di facilitare la trasformazione dei sistemi sanitari sono i *team* interprofessionali di cura, il coinvolgimento dei pazienti e la pratica collaborativa come mezzi per fornire assistenza.<sup>3</sup> In particolare, l'aumento delle malattie multisistemiche croniche richiederà il passaggio verso un'assistenza sanitaria intesa come co-produzione di servizi e non come semplice erogazione di prodotti e prestazioni.<sup>4</sup>

La co-produzione dell'assistenza sanitaria si basa sul rapporto di collaborazione tra professionisti sanitari, pazienti e *caregiver*, quale strategia utile a "sviluppare una comprensione condivisa del problema e generare una valutazione e una gestione reciprocamente accettabili del piano di cura".<sup>4</sup> Tale approccio, infatti, consente di concentrarsi sul contesto di vita della persona assistita e non esclusivamente sulla malattia e per questo necessita di una maggiore integrazione

clinica e del coordinamento dell'assistenza centrata sulla persona.<sup>3,5</sup>

Il coinvolgimento dei pazienti diventa il focus centrale e essenziale per l'assistenza sanitaria, e le persone assistite diventano co-creatori del processo di cura.<sup>6-8</sup>

## Interprofessionalità e assistenza centrata sul paziente

La collaborazione interprofessionale che include la persona assistita, e quindi l'assistenza centrata sulla persona, è stata ampiamente studiata, in termini di *outcome* correlati all'assistenza, ai costi sanitari e alla qualità percepita.

Una revisione sistematica condotta nel 2013 ha evidenziato a tale proposito, come l'assistenza centrata sulla persona determini *outcome* positivi dell'assistenza.

Un numero crescente di evidenze correlano l'assistenza centrata sul paziente e sulla famiglia (PFCC) al miglioramento della qualità della comunicazione, ad un migliore processo decisionale del paziente, alla diminuzione delle procedure non necessarie (e quindi inappropriate) e, più in generale, al miglioramento dell'assistenza.<sup>9</sup> L'assistenza centrata sul paziente consente agli operatori sanitari di costruire strategie mirate per la cura, di ridurre le procedure non necessarie, rispettare le preferenze del paziente e migliorarne la salute.<sup>10</sup> La letteratura evidenzia, inoltre, come non siano solo i pazienti a trarne vantaggio, ma anche gli operatori sanitari e i sistemi sanitari, sia in termini di miglioramento del livello di soddisfazione e della qualità percepita, sia di maggiore produttività, appropriatezza di allocazione delle risorse, riduzione delle spese e aumento dei margini finanziari durante tutto il continuum delle cure.<sup>11</sup>

A tale proposito, l'*Institute for Health Improvement* individua il miglioramento dell'esperienza di cura, la salute della popolazione per costo pro-capite e il miglioramento della vita lavorativa dei professionisti sanitari, quali indicatori di risultato per misurare la trasformazione dei sistemi sanitari.<sup>4</sup>

Ma quale significato assume l'assistenza centrata sul paziente all'interno della collaborazione interprofessionale?

L'*Institute for Patient and Family-Centered Care* fornisce una definizione della PFCC quale "approccio alla pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza sanitaria fondato sulla *partnership* reciprocamente vantaggiosa tra i fornitori dei servizi sanitari, pazienti e famiglie".<sup>12</sup>

Epstein e Street definiscono a loro volta l'assistenza centrata sul paziente come "profondo rispetto per i pazienti in quanto esseri viventi unici e obbligo di prendersi cura di loro

Corrispondente: Letizia Tesei, Dirigente Professioni Sanitarie, Area Infermieristico-Ostetrica AST Macerata, Italia.  
E-mail: letizia.tesei@hotmail.it

Parole chiave: assistenza centrata sul paziente; *patient and family-centered care*; PFCC; *empowerment* del paziente.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e11

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

alle loro condizioni. Pertanto, i pazienti vanno conosciuti come persone nel proprio contesto sociale, ascoltate, informate, rispettate e coinvolte nelle loro cure. I loro desideri vengono onorati (ma non attuati insensatamente) durante la loro assistenza sanitaria”.<sup>13</sup>

Eldh *et al.* sottolineano come la vera partecipazione si realizza quando i professionisti “riconoscono e rispettano le conoscenze uniche di ogni paziente e rispettano la descrizione della loro situazione”.<sup>14</sup>

Tutte le definizioni di assistenza centrata sulla persona racchiudono comunque alcuni concetti comuni quali: dignità e rispetto, assistenza individualizzata, coinvolgimento del paziente e della famiglia, condivisione delle informazioni, supporto emotivo e accesso alle cure.<sup>12</sup>

L’assistenza centrata sulla persona, nell’approccio interprofessionale, deve necessariamente concretizzarsi nell’assistenza personalizzata, che tenga conto della totalità di un individuo, quale portatore di emozioni, domande, opinioni, preoccupazioni familiari e anche finanziarie.

I pazienti collaborano con i loro operatori sanitari e questi considerano i pazienti non soltanto dal punto di vista clinico, ma con un approccio complessivo che comprende aspetti di tipo emozionale, mentale, spirituale, sociale e finanziario.<sup>11</sup>

Secondo il modello di assistenza centrato sul paziente, i *team* interprofessionali collaborano per conoscere e curare il paziente nella sua interezza, sviluppando piani di cura personalizzati e completi in cui la salute mentale e i bisogni sociali ricevono la stessa attenzione delle cure mediche tradizionali.<sup>15</sup>

Questo nuovo approccio richiede, pertanto, una vera *partnership* tra gli assistiti, la famiglia e professionisti sanitari, nella quale i bisogni e le aspirazioni degli individui orientino sia le decisioni cliniche, sia il modo in cui vengono misurati i risultati del percorso assistenziale.<sup>11</sup>

Un approccio centrato sul paziente si concentra sul “lavorare” in collaborazione anche con i pazienti durante il trattamento e sul trattare il malato nella sua interezza.

Vengono quindi ridefinite le relazioni nell’assistenza sanitaria ponendo l’accento sulla collaborazione con persone di tutte le età, a tutti i livelli di assistenza e in tutti i contesti sanitari. Nell’assistenza centrata sul paziente e sulla famiglia, i pazienti, ad esempio, definiscono la loro “famiglia” e determinano come questa parteciperà all’assistenza e al processo decisionale.<sup>16</sup>

Nell’assistenza centrata sul paziente, gli operatori sanitari informano, consigliano e supportano i pazienti, mentre prendono decisioni sulla loro salute e sul trattamento. I pazienti non prendono “ordini” dai professionisti sanitari, ma partecipano attivamente alla gestione delle proprie cure. La trasparenza e la rapidità nel fornire informazioni sanitarie, l’attenzione ai bisogni fisici e al benessere emotivo, l’ambiente accogliente per le famiglie in strutture assistenziali, il rispetto del punto di vista dei pazienti e delle loro famiglie, la loro collaborazione e l’inclusione nel processo decisionale, rappresentano tutti elementi fondamentali nell’assistenza centrata sulla persona assistita.<sup>11</sup>

I piani di assistenza incentrati sul paziente e/o sulla famiglia spingono i sistemi sanitari a ripensare il loro approccio all’erogazione dell’assistenza sanitaria, portando nuova attenzione alla collaborazione attiva e al processo decisionale condiviso con i pazienti e influenzano anche il modo in cui i sistemi e le strutture sanitarie sono progettati e gestiti e il modo in cui l’assistenza viene erogata:

- la missione, la visione, i valori, la *leadership* e i fattori di miglioramento della qualità del sistema sanitario sono allineati agli obiettivi incentrati sul paziente;
- l’assistenza è collaborativa, coordinata e accessibile. Le cure giuste vengono fornite al momento giusto e nel posto giusto;
- la cura si concentra sul comfort fisico e sul benessere emotivo;
- le preferenze, i valori, le tradizioni culturali e le condizioni socioeconomiche del paziente e della famiglia vengono rispettati;
- i pazienti e le loro famiglie sono una parte prevista del *team* di assistenza e svolgono un ruolo nelle decisioni;
- la presenza dei familiari nel contesto assistenziale è incoraggiata e facilitata;
- le informazioni vengono condivise in modo completo e tempestivo in modo che i pazienti e i loro familiari possano prendere decisioni informate.<sup>11</sup>

Secondo questo modello, orari di visita rigorosi e restrizioni sui visitatori appartengono al passato. Ai pazienti viene data l’autorità di identificare chi può fare visita e quando. I familiari, come indicati dal paziente, sono invitati a fargli visita durante i turni e i cambi di turno in modo che possano far parte del *team* di assistenza, partecipando alle discussioni e alle decisioni assistenziali. L’infrastruttura di un ospedale con assistenza centrata sul paziente incoraggia la collaborazione familiare attraverso un ambiente simile a quello domestico.<sup>11</sup>

Il concetto di assistenza centrata sul paziente si estende anche ai trattamenti e alle terapie farmacologiche. Non soltanto i piani di assistenza sono individualizzati, ma ove possibile anche i farmaci sono personalizzati. La genetica individuale, il metabolismo, i biomarcatori, il sistema immunitario e altre “caratteristiche” di un paziente possono essere considerati in molti stati patologici, per individuare il farmaco più appropriato nel singolo caso.<sup>17</sup>

L’assistenza centrata sul paziente rappresenta quindi un cambiamento nei ruoli tradizionali da quello di “attore” passivo a quello di “membro attivo del *team*”. James Rickert, uno dei principali teorici dell’assistenza centrata sul paziente, ha affermato che uno dei principi fondamentali è che “sono i pazienti a saper meglio come i professionisti sanitari possono soddisfare i loro bisogni”. Per questo, molte organizzazioni sanitarie stanno implementando sondaggi sulla soddisfazione e *focus group* per pazienti e familiari, utilizzando le informazioni ottenute per migliorare continuamente il modo in cui le strutture sanitarie progettano, gestiscono e erogano i servizi.<sup>11</sup>

Questa prospettiva si basa sul riconoscimento che i pazienti e le famiglie sono alleati essenziali per la qualità e la sicurezza, non solo durante l’erogazione di cure, ma anche nel miglioramento della qualità, nelle iniziative di sicurezza, nella formazione degli operatori sanitari, nella ricerca, nella progettazione delle strutture e nello sviluppo delle politiche sanitarie.<sup>18</sup>

Secondo l’elaborazione di Leroy Hood, il trattamento delle malattie deve diventare “personalizzato, predittivo, preventivo e partecipativo”. Per questo la medicina delle 4P rappresenta un modo nuovo rispetto ai sistemi incentrati sulla diagnostica e sul reagire a posteriori alla malattia. Basato sulle opinioni delle persone assistite, utilizzato nella relazione tra operatori sanitari e pazienti, consente di favorire la partecipazione attiva della persona assistita durante la pianificazione, i *follow-up*, e la valutazione degli interventi sanitari.

Lo strumento 4P comprende i seguenti 12 elementi:

- 1) essere ascoltati (da parte del personale sanitario);
- 2) la propria esperienza viene riconosciuta;
- 3) avere condizioni per la comunicazione reciproca;
- 4) condividere i propri sintomi/problemi;
- 5) avere spiegazioni per i propri sintomi/problemi;
- 6) avere spiegazioni per ciò che viene fatto (per se stessi);
- 7) conoscere i piani di cura;
- 8) collaborare nella pianificazione della cura/trattamento;
- 9) esprimere i propri obiettivi;
- 10) essere in grado di gestire i propri sintomi/problemi;
- 11) gestire autonomamente gli interventi sanitari (come i farmaci);
- 12) prendersi cura di sé.

Si parla quindi di sostituire un modello re-attivo, con uno orientato alla medicina pro-attiva, preventivo e basato anche, se possibile, su un approccio sistemico e molecolare.

Secondo Hood il concetto di "paziente standard" deve cambiare nell'ottica più soggettiva di "individuo geneticamente unico", su cui cucire su misura l'approccio più corretto per preservare la sua salute e adottare il giusto trattamento di cura.

La medicina delle 4P dovrebbe essere in grado di rilevare e trattare alterazioni dello stato di salute in soggetti sani molto tempo prima che i sintomi compaiano, e quindi ottimizzando il benessere degli individui e evitando le malattie.

I risultati attesi sono: i) il miglioramento dell'assistenza sanitaria; ii) la riduzione dei costi dell'assistenza; iii) lo stimolo all'innovazione e alla creazione di nuove forme di assistenza.<sup>14,19</sup>

## Considerazioni e riflessioni finali

L'assistenza interprofessionale centrata sul paziente è un processo di trasformazione dell'approccio assistenziale. Si tratta di un cambiamento che potremmo definire "filosofico" nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, che da un'attività rivolta ai pazienti/famiglie, si trasforma in collaborazione con pazienti/famiglie.

Lo sviluppo di una relazione di cura e di fiducia e un livellamento del potere decisionale risultano elementi fondamentali se si vuole che il paziente/la famiglia si impegnino nella cura. In un contesto ambientale partecipativo, il paziente/famiglia responsabilizzati acquisiscono un ruolo a pieno titolo nelle cure e nelle decisioni assistenziali.<sup>20</sup>

Come riflessione generale e preliminare, appare indispensabile considerare però da quale realtà geografica e sociale provengano queste proposte operative e le conseguenti considerazioni di riforma assistenziale.

In un sistema come quello degli USA, nel quale prevalgono il sistema assicurativo e quello privatistico, l'impostazione delle modalità assistenziali diventa una scelta operativa fondamentale che impronta anche l'organizzazione delle cure da parte dei vari erogatori (cliniche, ospedali, assicurazioni, centri medici, ecc.), nei quali la modalità di fornitura e l'organizzazione intrinseca delle cure sanitarie guidano strettamente la scelta del paziente, che richiede e cerca la modalità di assistenza più consona o che ritiene più opportuna e "vivibile", e comunque di suo gradimento. Si crea così una competizione fra gli erogatori di cure orientata correttamente al soddisfacimento dei bisogni del paziente sul piano clinico e assistenziale in senso lato, ma tutto nell'ottica di una visione

"commerciale" ed esclusivamente aziendalistica e *for profit* del sistema delle cure.

È chiaro che in un sistema universalistico di "Servizio Sanitario Nazionale" di stampo europeo, in particolare come quello che viviamo nel nostro Paese (ancorché alla luce della possibile attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni), queste modalità organizzative nuove dovrebbero tenere conto degli aspetti di praticabilità e soprattutto di "sostenibilità".

Nella nostra realtà sanitaria, da anni stiamo inseguendo e lavorando per gli obiettivi di umanizzazione delle cure, di miglioramento della qualità, di *empowerment* del paziente e della rete familiare, di collaborazione empatica fra medico e paziente, di alleanza terapeutica, di patto per la salute.

Tutto ciò deve necessariamente avvenire, modificando però in modo sostanziale l'assetto degli ospedali e di altre strutture sanitarie, anche se questo non appare del tutto possibile, alla luce delle norme e dell'organizzazione attuali.

A tale proposito, vi è un'ampia riflessione sulla opportunità delle stanze singole negli ospedali, già promossa a suo tempo dal prof. Umberto Veronesi con una richiesta esplicita all'architetto Renzo Piano di disegnare un ospedale modello, con spazi a misura d'uomo, stanze singole, locali per i familiari e aree verdi,<sup>21</sup> e riproposta recentemente in un brillante articolo di Laura Stabile.<sup>22</sup> Tutte le elaborazioni sull'ospedale del futuro tengono conto di questa esigenza e della necessità che ogni nuova struttura debba essere costruita soltanto con stanze singole.

Però la realtà degli ospedali italiani, spesso di antica costruzione e in parte obsoleti, non rende agevole una ristrutturazione in modo totale, se non in pochi casi, anche in considerazione della necessità di mantenere una dotazione di posti letto adeguata a quanto richiesto dalle norme nazionali di riferimento, come il famoso DM 70/2015.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel recente documento *Hospitals of the future-A technical brief on re-thinking the architecture of hospitals*,<sup>23</sup> sottolinea l'esigenza di realizzare stanze singole da impiegare in modo flessibile, con la possibilità di utilizzare il secondo letto in caso di emergenze. Se si pensa alla pandemia COVID 2020-22, appare chiaro che un ospedale "duttile", con reparti a moduli mobili e stanze singole, sia la soluzione ideale per affrontare eventuali emergenze, non soltanto di malattie infettive e contagiose, ma questo obiettivo richiede modifiche strutturali di enorme impatto e, come detto, non sempre realizzabili.

Come riflessione generale, sembra opportuno rifarsi ai principi della *value based medicine*,<sup>24</sup> secondo la quale il modello di erogazione della cura all'interno dei centri deve avere l'obiettivo di fornire prestazioni di elevata qualità ai pazienti e misurare costantemente l'*outcome* clinico di tutto il percorso di cura con *benchmark* annuali; se ci riferiamo alla situazione italiana, a *benchmark* come quelli rappresentati dal Programma Nazionale Esiti e Prevalenza.

A tali principi sembra ispirarsi anche un'ulteriore riflessione sull'articolo di NEJM Catalyst già citato,<sup>13</sup> da parte dell'*Institute of Medicine*, che definisce la *patient-centered care* come "quella forma di assistenza che rispetta e risponde alle preferenze, ai bisogni e ai valori individuali del paziente, assicurando che i valori stessi guidino tutte le decisioni cliniche".

Questo approccio richiede una reale *partnership* fra individui e professionisti della salute. In un modello centrato sul paziente, l'équipe sanitaria lavora per conoscere e trattare il

malato nella sua complessità, sviluppando piani terapeutici individualizzati e globali nei quali la salute mentale e le esigenze sociali possano ricevere la stessa attenzione che viene dedicata al trattamento medico tradizionale. A tale proposito l'approccio all'assistenza deve essere ripensato complessivamente, rivolgendo nuova attenzione a una collaborazione attiva e a decisioni condivise con i pazienti. E infatti, l'articolo introduce una nuova proposta sintetica, quella della Medicina delle 4 C: *culture, care, communication, collaboration*.<sup>25</sup>

Esattamente quello che viene con forza sottolineato e discusso nel nostro Paese, sulla necessità che il consenso informato, in particolare il consenso al trattamento, debbano essere frutto di una comunicazione e di una alleanza terapeutica che appare sempre più un elemento fondamentale delle cure. Peraltro, anche la legge recita chiaramente che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" (Legge 219/17, art. 1, comma 8). A nostro avviso, rispetto a queste proposte ed elaborazioni teoriche sulla collaborazione interprofessionale, serve una terza via. La collaborazione non può essere dipendenza né invasione di campo o confondimento di ruoli. Serve parità di diritti ma distinzione di competenze e di peso nelle decisioni. Il paziente deve essere messo nelle migliori condizioni per decidere e per condividere le cure prestate. Citando di nuovo Epstein e Street "i desideri dei pazienti devono essere onorati (ma non attuati insensatamente) durante la loro assistenza sanitaria".<sup>13</sup>

In questo ambito è necessario individuare alcuni punti altamente positivi e segnalare anche alcune criticità.

In primo luogo, il rapporto collaborativo fra i vari professionisti della salute, all'interno degli ospedali in particolare e comunque in tutti i settori, appare fondamentale.

In secondo luogo, il superamento degli steccati fra i reparti e le strutture sanitarie e delle divisioni esistenti fra i vari operatori può portare un valore aggiunto alla conduzione di un'assistenza eccellente.

In terzo luogo, è chiaro che la presa in carico di un paziente complesso, come quelli seguiti dalla Medicina Interna, non può non coinvolgere medici, infermieri, assistenti sociali e le altre figure della rete socio-sanitaria che di volta in volta si ritengano necessarie, insieme ai familiari e/o ai proxy per una condivisione delle decisioni cliniche. Tutto deve avvenire su un piano collaborativo, ma assolutamente rispettoso delle varie competenze. L'interesse del paziente e i suoi valori sono al primo posto, ma bisogna evitare i conflitti o le inutili discussioni.

Sono necessarie una *leadership* trasformativa e una cultura organizzativa che supportino l'apprendimento, la ricerca e l'attuazione di modelli nuovi e innovativi alla cura dei pazienti.

La letteratura fornisce informazioni preliminari a supporto dei benefici dell'approccio centrato sul paziente, ma sarà importante in futuro fare chiarezza relativamente agli elementi chiave, alle caratteristiche e all'identificazione dei suoi meccanismi e alle fasi del suo sviluppo, per una sua più corretta definizione e possibile attuazione, in particolare nel nostro Paese.

## Bibliografia

1. Busse R, Blümel M. Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges. Copenhagen. WHO Regional Office; 2010.
2. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011;10.
3. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. John Wiley & Sons; 2010;8.
4. Batalden M, Batalden P, Margolis P. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* 2016;25:509-17.
5. Hughes LD, McMurdo ME, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing* 2012;42:62-9.
6. Delaney L. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian* 2018;25:119-23.
7. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26.
8. Ekman I, Swedberg K, Taft C, et al. Person-centered care—Ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10 :248-51.
9. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796:804.
10. Regis College. What Is Patient-Centered Care? A Key Component for Advanced Nursing Care. Regis College. 2023. Disponibile da: <https://online.regiscollege.edu/blog/what-is-patient-centered-care/>
11. NEJM Catalyst. What Is Patient-Centered Care? Explore the definition, benefits, and examples of patient-centered care. How does patient-centered care translate to new delivery models? *NEJM Catalyst* 2017.
12. Hsu C, Gray MF, Murray L, et al. Actions and processes that patients, family members, and physicians associate with patient- and family-centered care. *BMC Fam Pract* 2019;20.
13. Epstein RM, Street Jr. RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med* 2010;9:100-3.
14. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. *Nurs Ethics* 2006;13:503-14.
15. Holmes SK, Seibert MN, Afbale M, et al. Evidence-based practice and patient-centered care: Doing both well. *Health Care Manag Rev* 2021;46.
16. Care Institute for Patient- and Family-Centered Learning from experience: Exploring the impact of approaches to family presence in hospitals during COVID-19: Strategies for engaging patients and families, 2023.
17. Akhoun N. Precision Medicine: A New Paradigm in Therapeutics. *Int J Prev Med* 2021;24:12.
18. Johnson BH, Abraham MR. Partnering with Patients, Residents, and Families: A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities. Institute for Patient- and Family-Centered Care 2014. Disponibile da: [https://adfm.org/media/1333/th-johnson-coronado-ppt-rec\\_v4pc.pdf](https://adfm.org/media/1333/th-johnson-coronado-ppt-rec_v4pc.pdf)
19. Hood L. Systems Biology and P4 Medicine: Past, Present, and Future. *Rambam Maimonides Med J* 2013;4:e0012.
20. Eldh AC, Ehnfors M, Ekman I. The Meaning of Patient Participation for Patients and Nurses at a Nurse-Led Clinic for Chronic Heart Failure. *Eur Soc Cardiol* 2004;5:45-53.
21. Sorbi M. La sanità di Veronesi: «Camere singole e orari

- visita liberi». 2013. Disponibile da: <https://www.ilgiornale.it/news/sanit-veronesi-camere-singole-e-orari-visita-liberi-923701.html>
22. Stabile L. Ospedali, ecco perché le stanze devono essere singole. 2024. Disponibile da: [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=119654](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119654)
23. WHO-EURO. Hospitals of the future: a technical brief on re-thinking the architecture of hospitals. 2023. Disponibile da: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7525-47292-69380>
24. Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med* 2020;95:682-5.
25. Health Leads. Patient-Centered Care: Elements, Benefits and Examples. Health Leads 2024. Disponibile da: <https://healthleadsusa.org/news-resources/patient-centered-care-elements-benefits-and-examples/>

Non-commercial use only

## Pillole di interprofessionalità: decalogo FADOI/ANIMO: punti comuni e rilevanti per creare collaborazioni tra professionisti

Tiziana Marcella Attardo,<sup>1</sup> Letizia Tesi<sup>2,3</sup>

1Direttrice Struttura Complessa Medicina Interna, Ospedale L. Confalonieri di Luino, ASST dei Sette Laghi, Varese; <sup>2</sup>Dirigente Professioni Sanitarie Area Infermieristico-Ostetrica AST Macerata; <sup>3</sup>Presidente ANIMO, Italia

Creare collaborazioni tra professionisti sanitari è fondamentale per garantire un'assistenza di qualità ai pazienti. Di seguito elenchiamo dieci punti che riteniamo rilevanti per realizzare una collaborazione interprofessionale di successo:<sup>1-4</sup>

- comunicazione efficace:** una comunicazione aperta e trasparente è essenziale. Utilizzare strumenti come email, messaggistica istantanea o incontri regolari per condividere informazioni sui pazienti, aggiornamenti sulle terapie e piani di trattamento;
- rispetto dei ruoli:** ogni professionista sanitario ha competenze specifiche e un ruolo unico nel *team*. Rispettare e riconoscere le competenze di ciascun membro è fondamentale per una collaborazione efficace;
- scambio di conoscenze:** organizzare sessioni di formazione o *workshop* in cui i professionisti possono condividere le proprie esperienze, conoscenze e *best practice* può favorire lo sviluppo professionale e migliorare la qualità dell'assistenza;
- coordinazione dei piani di trattamento:** assicurarsi che tutti i professionisti coinvolti nel trattamento di un paziente siano a conoscenza del piano di trattamento e collaborino per garantire la coerenza e la coesione nell'assistenza fornita;
- utilizzo di tecnologie sanitarie:** sfruttare le tecnologie sanitarie, le call, le piattaforme di telemedicina, può facilitare la comunicazione e la condivisione delle informazioni tra i membri del *team*;
- approccio centrato sul paziente:** mantenere sempre al centro della collaborazione il benessere e le esigenze del paziente. Coinvolgere attivamente il paziente e/o il *care-giver* nelle decisioni riguardanti il suo trattamento e assicurarsi che si senta ascoltato e supportato;
- risoluzione dei conflitti in modo costruttivo:** è naturale che possano sorgere divergenze di opinioni o conflitti tra i membri del *team*. Tuttavia, è importante affrontare tali situazioni in modo costruttivo, cercando di trovare soluzioni che siano nel migliore interesse del paziente;
- feedback e valutazione continua:** implementare un sistema di feedback e valutazione tra i membri del *team* può aiutare a identificare aree di miglioramento e a promuovere una cultura di apprendimento continuo;
- collaborazioni interprofessionali:** considerare anche la possibilità di collaborare con professionisti sanitari di diversi settori o discipline per offrire un'assistenza ancora più completa e integrata;
- identificare gli ostacoli alla collaborazione:** identificare ciò che ostacola la collaborazione e la crescita e trovare i modi per rimuoverli in modo che le relazioni di collaborazione possano evolversi.

Corrispondente: Tiziana Marcella Attardo, Struttura Complessa di Medicina Interna, Ospedale L. Confalonieri di Luino, ASST dei Sette Laghi, Varese, Italia.  
E-mail: tizianamarcella.attardo@asst-settelaghi.it

Parole chiave: pillole di interprofessionalità; decalogo FADOI/ANIMO; collaborazione interprofessionale.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(2):e12

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Implementando questi punti, i professionisti sanitari possono lavorare insieme in modo più efficace, migliorare l'assistenza sanitaria e ottimizzare gli *outcomes* di cura dei pazienti.

### Bibliografia

- Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ* 2015.
- Vega CP, Bernard A. Interprofessional Collaboration to Improve Health Care: An Introduction. Medscape 2024. Disponibile da: [www.medscape.org/viewarticle/857823](http://www.medscape.org/viewarticle/857823)
- Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health* 2010;39:196-7.
- Health Sciences Partnerships in Interprofessional Clinical Education (HSPICE): implementing and sustaining interprofessional education in a research-intensive university. Association of Academic Health Centers, 2002.

## LINEE GUIDA PER GLI AUTORI

I *Quaderni dell'Italian Journal of Medicine (Quaderni ITJM)*, costituiscono una collana supplementare **solo online** annessa alla rivista *Italian Journal of Medicine* contenente lavori solo in lingua italiana.

I Quaderni ITJM pubblicano:

- Monografie *ad hoc* individuate dal Presidente FADOI, dal Consiglio Direttivo, dal Board Scientifico o dall'Editor in Chief dell'*Italian Journal of Medicine*, in funzione del contesto scientifico-istituzionale attuale.
- Monografie *ad hoc* su temi di particolare rilevanza scientifica a cura della *Commissione FADOI Giovani*.
- Traduzioni in italiano di alcuni lavori pubblicati sui numeri standard dell'*Italian Journal of Medicine*, di particolare interesse per la comunità scientifica.

### STESURA DEI LAVORI

I lavori dovranno essere redatti in modo conforme alle linee guida sotto riportate:

- I manoscritti devono essere scritti *interamente* in lingua italiana, su documento di Word, con *carattere* Times New Roman/Arial, *dimensione* 12, *formato* A4, *interlinea doppia* e *margini* 2,54 cm.  
*Parole totali*: max 4000; *Sommario/Abstract*: max 250 parole; *Bibliografia*: min 40 voci; *Tabelle e Figure*: 3/5 totali (le tabelle non devono superare n. 1 pagina del documento in Word).
- La strutturazione del contenuto deve attenersi agli standard internazionali per la *Rassegna (Review)*: i) Abstract riassuntivo dell'intero lavoro; ii) Introduzione al tema trattato; iii) Criteri e strumenti di ricerca (criteri di inclusione/esclusione, banche dati consultate, ...); iv) i successivi paragrafi devono illustrare le più recenti scoperte scientifiche nel settore; v) Conclusioni; vi) Bibliografia.
- La prima pagina deve riportare: i) titolo (in stampatello minuscolo), senza acronimi; ii) nome e cognome per esteso di ciascun autore; iii) affiliazione(i) di ciascun autore, numerate con numeri arabi; iv) eventuali ringraziamenti; v) nome e indirizzo postale completi dell'autore corrispondente, corredati da telefono, fax, e-mail; vi) da 3 a 5 parole chiave, separate da virgola. La seconda pagina può riportare: i) contributi degli autori, *e.g.* informazioni relative a contributi sostanziali delle persone coinvolte nello studio (<http://www.icmje.org/#author>); ii) dichiarazione relativa a potenziali conflitti d'interesse; iii) ulteriori informazioni (*e.g.* fondi, esposizioni durante conferenze...).
- In caso di utilizzo di *tabelle*, queste devono essere tutte numerate con numeri arabi e citate nel testo in ordine consecutivo (*e.g.* NON nominare le tabelle come Tabella 1A, 1B, ... o 1.0, 1.1, ...). Le tabelle devono essere presentate in formato editabile. Ciascuna tabella deve essere corredata da una breve didascalia; in caso di abbreviazioni, riportare una nota a piè di CIASCUNA tabella che spieghi TUTTE le abbreviazioni presenti in ognuna.
- In caso di utilizzo di *figure*, queste devono essere inviate in formato .tiff o .jpg, allegate al manoscritto in singoli files, secondo le seguenti specifiche:
  - i) a colori (salvate in modalità CMYK): minimo 300 dpi di risoluzione;
  - ii) in bianco e nero: minimo 600 dpi di risoluzione;
  - iii) minimo 17,5 cm di larghezza.
 Ciascuna figura deve essere corredata da una breve didascalia.

**NB: In caso di Tabelle/Figure riprese e/o modificate da altri lavori già pubblicati, sarà cura degli autori accertarsi se tali materiali siano o meno coperti da copyright e procurarsi i permessi necessari per la riproduzione. Tali permessi dovranno essere allegati alla versione definitiva del lavoro. L'ufficio editoriale si riserva la facoltà di rimuovere Tabelle/Figure coperte da copyright, se sprovviste dei necessari permessi.**

- In caso di utilizzo di *abbreviazioni*, la prima volta che esse sono citate è necessario scrivere per esteso la definizione+abbreviazione tra parentesi tonde [*e.g.* risonanza magnetica (RMN)], a seguire si dovrà riportare solo l'abbreviazione (*unica eccezione*: nei titoli e nelle didascalie di tabelle e figure NON si utilizzano abbreviazioni).

### BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche devono essere formattate secondo lo stile *Vancouver*.

Nella sezione Bibliografia, le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine in cui appaiono per la prima volta nel testo (NON in ordine alfabetico) e, nel testo, devono essere indicate con numeri arabi *in apice*. Voci bibliografiche riferite a comunicazioni personali o dati non pubblicati devono essere incorporate nel testo e NON inserite tra le voci numerate [*e.g.* (Wright 2011, dati non pubblicati) o (Wright 2011, comunicazione personale)].

Le voci bibliografiche nella sezione Bibliografia devono *tassativamente* essere preparate come segue:

- i) più di 3 autori, citare 3 autori, *et al.* Se il lavoro contiene solo 4 autori, citarli tutti e 4;
- ii) titolo del lavoro in stampatello minuscolo;
- iii) nome della rivista, senza punti, abbreviato secondo gli standard internazionali; in caso di dubbi sulla corretta abbreviazione, fare riferimento ai seguenti siti:
  - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
  - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncicrf.gov/research/bja/>);
  - c. Medline List of Journal Titles ([ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J\\_Medline.txt](ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt));
- iv) inserire l'anno di pubblicazione subito dopo il nome della rivista, seguito da punto e virgola;
- v) NON inserire giorno o mese di pubblicazione;
- vi) citare solo il volume, seguito dai due punti (NON citare il fascicolo tra parentesi);
- vii) abbreviare le pagine, *e.g.* 351-8.

Per accertarsi di aver correttamente formattato le voci bibliografiche, confrontarle con le citazioni in PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Esempi (prestare attenzione anche alla punteggiatura):

#### Articolo standard su Rivista

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

#### Proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

#### Articoli i cui autori sono Organizzazioni

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

#### Libri

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaffler MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. (CITAZIONE DEL LIBRO INTERO)

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113. (CITAZIONE DI UN CAPITOLO)

### MODALITÀ D'INVIO DEI LAVORI

#### Monografie

Gli Autori dovranno fare riferimento all'Editor-in-Chief o alle persone da lui designate nelle lettere di invito a scrivere gli articoli programmati.

Per gli articoli inviati da giovani internisti, gli Autori dovranno fare riferimento al Dr. Michele Meschi (e-mail: [mmeschi@ausl.pr.it](mailto:mmeschi@ausl.pr.it)) e agli eventuali altri referenti da lei designati, nelle prime fasi di stesura dei manoscritti, revisioni e correzioni.

Il Dr. Meschi raccoglierà poi le versioni definitive dei lavori di ciascuna monografia e provvederà all'invio di tutti i materiali all'ufficio editoriale.

I lavori solo nella loro versione definitiva e approvata dalla *Commissione FADOI Giovani* dovranno pervenire all'ufficio editoriale già pronti per l'impaginazione e immediata pubblicazione (già *corredati da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini redatti secondo le presenti linee guida*).

#### Traduzioni

Previo invito dell'Editor-in-Chief, gli Autori dovranno far pervenire all'ufficio editoriale la *versione tradotta in italiano*, al seguente indirizzo e-mail: [alice.fiorani@pagepress.org](mailto:alice.fiorani@pagepress.org)

Il file in formato Word dovrà essere formattato secondo gli standard editoriali della rivista ufficiale ed essere già pronto per impagina-

zione e immediata pubblicazione (*corredato da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

Si prega di inviare le eventuali tabelle in formato editabile e le figure in alta definizione secondo gli standard sopra riportati.

#### NOTA PER GLI AUTORI

*I lavori pubblicati sui Quaderni ITJM non verranno indicizzati, ma saranno liberamente disponibili in un'apposita sezione del sito FADOI (<http://www.fadoi.org/>) e della rivista ufficiale.*

*Gli Autori i cui lavori siano accettati per la pubblicazione sui Quaderni ITJM e che fossero interessati a vederli pubblicati anche sulla rivista ufficiale, dovranno sottomettere attraverso il sito dell'ITJM ([www.italjmed.org](http://www.italjmed.org)) la versione (già tradotta) in inglese e redatta in modo conforme alle linee guida della rivista; seguiranno poi la procedura di selezione tramite peer review e, se accettati, saranno inseriti nel piano editoriale standard.*

#### STAFF EDITORIALE

Alice Fiorani, Journal Manager  
[alice.fiorani@pagepress.org](mailto:alice.fiorani@pagepress.org)

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

#### PUBBLICATO DA

PAGEPress Publications  
via A. Cavagna Sangiuliani 5  
27100 Pavia, Italy  
T. +39.0382.1549020



[www.pagepress.org](http://www.pagepress.org)  
[info@pagepress.org](mailto:info@pagepress.org)

#### QUADERNI - ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati sui QUADERNI - *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

<https://www.italjmed.org/index.php/ijm/quad>

Pubblicato: marzo 2024.



