“La rilevazione precoce degli stati acuti di ansia: ruolo dell’infermiere e proposta di uno strumento operativo”

Deborah Rosso Pognant

Infermiera Pediatrica, S.C. Oncoematologia Pediatrica, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino



AIEOP
ASSOCIAZIONE ITALIANA EMATOLOGIA ONCOLOGIA PEDIATRICA

CONGRESSO INFERMIERISTICO AIEOP

LECCE, 13-14 ottobre 2026

HILTON GARDEN INN

Disclosures of Deborah Rosso Pognant

Company name	Research support	Employee	Consultant	Stockholder	Speakers bureau	Advisory board	Other
/	/	/	/	/	/	/	/

Che cos'è l'ansia del caregiver in Oncoematologia Pediatrica?

La diagnosi oncologica di un figlio rappresenta un evento traumatico acuto per l'intero nucleo familiare. Il caregiver, quasi sempre un genitore, si trova improvvisamente in un contesto di incertezza clinica, paura, senso di impotenza e isolamento sociale che può evolvere rapidamente in un quadro ansioso clinicamente significativo.

Forma di distress	Prevalenza nei caregiver	Riferimento	Implicazione clinica
Ansia clinicamente significativa	> 30% dei genitori	Warmerdam et al., 2019	Necessità di screening sistematico
PTSD entro 12 mesi dalla diagnosi	~30% dei genitori	Ljungman et al., 2020	Intervento precoce riduce la cronicizzazione
Correlazione ansia caregiver → QoL bambino	$p<0,05$ (negativa)	Desjardins et al., 2022	La stabilizzazione emotiva del genitore protegge il bambino
Efficacia di interventi psicosociali strutturati	Riduzione significativa di ansia e depressione	Ozturk et al., 2025	Il protocollo standardizzato è efficace

Perché serve uno strumento standardizzato?

Nonostante la prevalenza elevata, la gestione dell'ansia del caregiver è ancora spesso affidata all'intuizione soggettiva dell'operatore, in assenza di strumenti di screening validati e percorsi di intervento codificati. Gli Standard Psicosociali SIOP-COPS (2022) e le linee guida APHON (2025) indicano esplicitamente la necessità di screening sistematico e di un ruolo attivo dell'infermiere nella rilevazione precoce.

Senza strumento standardizzato:	**Con protocollo e scheda di monitoraggio:**
• Variabilità individuale nelle risposte infermieristiche • Rischio di sottostimare segnali precoci di crisi • Comunicazione frammentata nel team multidisciplinare • Gestione reattiva invece che proattiva	• Screening precoce sistematico e oggettivo • Intervento stratificato per livello di gravità • Passaggio di consegne strutturato tra infermieri • Da cura reattiva a cura proattiva e personalizzata

Scala GAD-7 — Valutazione dell'ansia (rilevamento del rischio)

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza il/la caregiver è stato/a disturbato/a dai seguenti problemi? Compilare insieme al caregiver o per osservazione diretta (da utilizzare come screening self-report per il genitore di bambino in diagnosi e/o durante il percorso di cura)

Domanda	Mai (0)	Alcuni giorni (1)	Più della metà dei giorni (2)	Quasi ogni giorno (3)
1. Si è sentito/a nervoso/a, ansioso/a o molto teso/a?	☐	☐	☐	☐
2. Non è riuscito/a a smettere di preoccuparsi?	☐	☐	☐	☐
3. Si è preoccupato/a eccessivamente per cose diverse?	☐	☐	☐	☐
4. Ha avuto difficoltà a rilassarsi?	☐	☐	☐	☐
5. È stato/a così irrequieto/a da non riuscire a stare fermo/a o seduto/a?	☐	☐	☐	☐
6. Si è irritato/a o innervosito/a facilmente?	☐	☐	☐	☐
7. Ha avuto paura che potesse accadere qualcosa di terribile?	☐	☐	☐	☐
PUNTEGGIO TOTALE GAD-7	_____ / 21			

Triage GAD-7 — Codice Verde (Punteggio 0 – 6)

Punteggio	Livello	Significato clinico	Azione infermieristica	Tempistica invio a Psiconcologia
0 – 6	Ansia minima (nella norma)	Risposta emotiva iniziale sotto controllo o congrua alle primissime fasi di adattamento. Non emergono indicatori di allarme acuto.	**Validazione emotiva**: legittimare lo stress del genitore come reazione normale alla situazione. **Informazione**: consegnare l'opuscolo informativo sui servizi di supporto psicologico del reparto. **Rivalutazione**: ripetere lo screening dopo 15-30 giorni o in corrispondenza di cambi terapeutici critici del figlio (es. interventi chirurgici, variazioni protocollo).	Nessun invio programmato. Valutazione attivabile su esplicita richiesta spontanea del genitore.

Triage GAD-7 — Codice Giallo (Punteggio 7 – 9)

Punteggio	Livello	Significato clinico	Azione infermieristica	Tempistica invio a Psiconcologia
7 – 9	Ansia lieve (area di attenzione)	Zona d'ombra psiconcologica. Il genitore mostra segnali di iperattivazione o preoccupazione incontrollabile che rischiano di cronicizzare in burnout emotivo.	**Ascolto attivo**: esplorare i bisogni informativi, pratici e logistici immediati del genitore. **Tracciabilità**: annotare dettagliatamente il punteggio e i sintomi prevalenti nella cartella clinica infermieristica. **Proposta facilitata**: chiedere formalmente al genitore se desidera effettuare un colloquio conoscitivo di supporto con lo specialista.	Routine (percorso standard): Segnalazione formale al psiconcologo per una presa in contatto entro 5-7 giorni.

Triage GAD-7 — Codice Rosso (Punteggio 10 – 21)

Punteggio	Livello	Significato clinico	Azione infermieristica	Tempistica invio a Psiconcologia
10 – 21	Ansia Moderata/ Severa (Distress clinico)	Sofferenza emotiva severa e invalidante. Presenza di franca sintomatologia ansiosa che interferisce negativamente con la capacità di coping e di assistenza al figlio.	**Supporto immediato**: rassicurare il genitore, accogliere la sofferenza e spiegare che il reparto dispone di percorsi dedicati a tutelare anche la sua salute. **Attivazione del protocollo**: contattare via canale interno il servizio di psiconcologia. **Documentazione**: registrare lo score numerico e l'orario di notifica allo specialista in cartella clinica.	Prioritario (canale d'urgenza): colloquio di valutazione psiconcologica il prima possibile o entro 24-48 ore.

Criteri di priorità e di sicurezza

Criterio di prevalenza clinica

Qualora il genitore risponda **"molto difficile" o "estremamente difficile"**, l'infermiere è tenuto ad attivare l'invio prioritario allo psiconcologo (il prima possibile/ 24-48 ore), indipendentemente dal punteggio numerico totale ottenuto (anche se inferiore a 10).

Note operative

Criteri di esclusione temporanea: **non somministrare il test in presenza di shock acuto immediato** (pianto incoercibile, mutismo catatonico, agitazione psicomotoria estrema). In questi casi, allertare direttamente lo specialista in emergenza senza ricorrere allo screening scritto. **Tutela della privacy**: assicurare al caregiver che il modulo compilato rimarrà riservato all'interno dell'équipe curante e non influenzerà in alcun modo l'assistenza clinica erogata al figlio.

La crisi acuta: riconoscimento e intervento

La **crisi acuta di ansia** è un episodio improvviso e intenso di paura o disagio che raggiunge il picco in pochi minuti. Non è una reazione esagerata, ma una risposta neurobiologica reale che richiede intervento immediato. L'infermiere è spesso il primo — e a volte l'unico — professionista presente nel momento della crisi.

Nella struttura complessa di **Oncoematologia Pediatrica**, l'acuzie si manifesta frequentemente durante:

- Diagnosi, comunicazione di notizie critiche o variazioni del piano terapeutico.
- Procedure invasive sul bambino (es. puntura lombare, aspirato midollare, posizionamento CVC).
- Posizionamento in isolamento protettivo o complicanze acute (es. febbre neutropenica, ricovero in Terapia Intensiva).

Protocollo di gestione della crisi acuta — 3 Fasi

DA ATTIVARE IN PRESENZA DI: crisi di panico, agitazione intensa, iperventilazione, pianto incontenibile, blocco emotivo, comportamento disorganizzato o rifiuto acuto delle cure del figlio.

FASE 1 — Riconoscimento (0-2 min)	FASE 2 — Intervento immediato (2-10 min)	FASE 3 — Stabilizzazione (10-30 min)
Segni da riconoscere: • Respiro accelerato / iperventilazione • Tremore, rigidità muscolare • Pianto incontrollabile • Sguardo fisso / dissociazione • Verbalizzazione di paura intensa • Tachicardia riferita o visibile • Incapacità di comunicare	**Interventi infermieristici:** • Portare in spazio tranquillo e privato • Tono di voce calmo e rassicurante • NON lasciare il caregiver solo • Tecnica Grounding 5-4-3-2-1 • Respirazione guidata 4-4-6 • Contatto fisico solo se accettato • Avvisare il medico e somministrare eventuale terapia farmacologica	**Dopo la crisi:** • Rivalutare il caregiver • Documentare in cartella • Segnalare evento al medico specialista per eventuale rivalutazione farmacologica • Contattare lo psiconcologo • Offrire spazio di debriefing • Follow-up ravvicinato 24-48h

Tecniche di intervento non farmacologico immediato

Tecnica	Istruzioni verbali per l'infermiere	Evidenza
Grounding 5-4-3-2-1	Dire al caregiver: • «Nomina 5 cose che VEDI intorno a te» • «4 cose che puoi TOCCARE» • «3 suoni che SENTI» • «2 cose che puoi ODORARE» • «1 cosa che puoi ASSAPORARE»	Beard et al., 2021, efficacia documentata nei contesti ospedalieri ad alto stress
Respirazione guidata 4-4-6	Guidare verbalmente e con gesti: • «INSPIRA dal naso contando fino a 4» • «TRATTIENI il respiro per 4 secondi» • «ESPIRA lentamente fino a 6» • Ripetere 3-5 cicli, guidare col ritmo	Gerritsen, R. J., & Band, G. P. (2018). "Breath of Life: The Respiratory Vagal Stimulation Model of Contemplative Activity
Ancoraggio fisico	Script da usare: • «Senta i piedi sul pavimento» • «Senta la sedia sotto di lei» • «Resti qui con me, in questo momento»	Fisher, J. (2021). Transforming the Living Legacy of Trauma: A Workbook for Clients and Therapists.
Validazione emotiva	Non dire mai: «Si calmi» / «Non è niente» / «Stia tranquilla» Dire invece: • «Vedo che sta attraversando un momento molto difficile» • «È una reazione normale a una situazione straordinaria» • «Non è sola, sono qui con lei»	Standard SIOP-COPS 2022, comunicazione terapeutica

Guida farmacologica

La prescrizione è di esclusiva competenza medica psichiatrica. Il ruolo infermieristico comprende: verifica prescrizione, somministrazione, monitoraggio parametri vitali, educazione terapeutica al caregiver, documentazione in cartella.

Benzodiazepine — Prima scelta per crisi di panico e ansia acuta

Come funzionano: aumentano l'effetto del GABA (neurotrasmettitore calmante del cervello), riducendo l'attività neuronale e inducendo un effetto sedativo rapido. Si somministrano per via orale (prima scelta) o parenterale in casi gravi. ⚠ Durata massima: 8-12 settimane. Non assumere alcolici. Verificare sempre gravidanza/allattamento.

Benzodiazepine — Posologia

Farmaco	Quando si usa	Formulazioni disponibili	Posologia
Lorazepam	Ansia acuta — Prima scelta assoluta	• Compresse 1 mg • Gocce orali 2 mg/ml (20 gocce = 1 mg)	1 mg, 2-3 volte al giorno
Alprazolam	Ansia con sintomi fisici (somatizzata)	• Compresse 0,25 / 0,50 / 1 mg • Gocce 0,75 mg/ml (10 gocce = 0,25 mg)	0,25-0,50 mg, 3 volte/die (max 4 mg/die)
Diazepam	Ansia acuta generalizzata	• Compresse 2 / 5 / 10 mg • Gocce 5 mg/ml (1 goccia = 0,2 mg)	2 mg, 2-3 volte/die fino a 5 mg, 1-2 volte/die
Delorazepam	Ansia con forte agitazione	• Compresse 0,5 / 1 / 2 mg • Gocce 1 mg/ml (13 gocce = 1 mg)	0,5-1 mg, 2-3 volte al giorno

Antistaminici — Alternativa senza rischio dipendenza per ansia lieve

Come funziona: l'idrossizina blocca i recettori H1 dell'istamina producendo effetto calmante e ansiolitico senza creare dipendenza come le benzodiazepine. È la scelta preferita per ansia lieve quando si vuole evitare il rischio di assuefazione.

Farmaco	Quando si usa	Formulazioni disponibili	Posologia
Idrossizina	Ansia lieve (alternativa BDZ senza dipendenza)	• Compresse rivestite 25 mg • Sciroppo 20 mg/10 ml	25 mg, 1-3 volte al giorno (max 100 mg/die)

Antipsicotici atipici — Per ansia grave con agitazione intensa

Come funziona: la quetiapina agisce su più recettori contemporaneamente (serotonina, dopamina, istamina). Riduce l'agitazione intensa con potente effetto sedativo. Si usa solo quando le benzodiazepine non sono sufficienti.
⚠ Monitorare attentamente: stato di coscienza, pressione arteriosa, frequenza cardiaca.

Farmaco	Quando si usa	Formulazioni disponibili	Posologia
Quetiapina	Ansia GRAVE con agitazione non controllata da altri farmaci	• Compresse rivestite 25 mg • Compresse rivestite 100 mg	25 mg/die (inizio). Aumento graduale fino a 50-100 mg/die

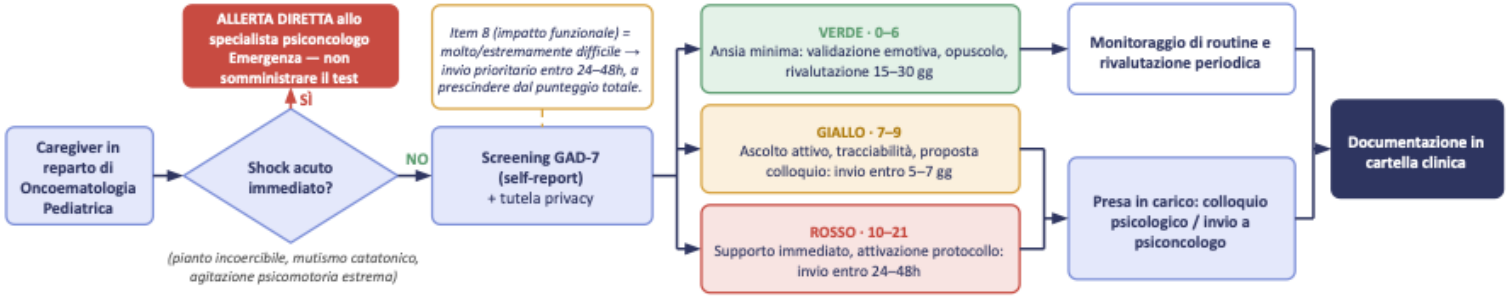
Schema riassuntivo — Quale farmaco scegliere?

GRADO	Quadro clinico	Primo intervento	Farmaco (se prescritto)	Monitoraggio infermieristico
VERDE - LIEVE	Agitazione contenuta, nessuna crisi	Grounding + Respirazione (4-4-6)	Idrossizina 25 mg (se prescritta)	Stato di coscienza, evitare guida
GIALLO - MODERATA	Crisi di panico, iperventilazione	Grounding + spazio sicuro + psiconcologo	Lorazepam 1 mg o Alprazolam 0,25 mg	PA, FC. Gravidanza/allattamento (max 8-12 sett.)
ROSSO - GRAVE	Agitazione intensa, non risponde a BDZ	Segnalazione urgente medico + NPI	Quetiapina 25 mg + consulenza NPI	PA, FC, stato di coscienza. Documentare in cartella.

MONITORAGGIO ANSIA DEL CAREGIVER

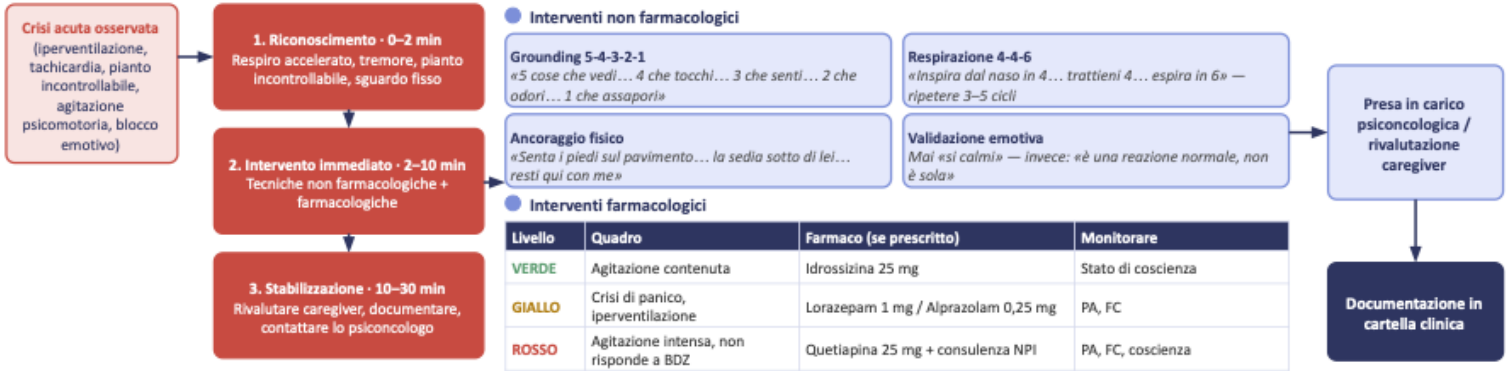
Screening GAD-7, triage e gestione della crisi acuta — Oncoematologia Pediatrica

1 · SCREENING GAD-7 E TRIAGE



2 · LA CRISI ACUTA: RICONOSCIMENTO E INTERVENTO

In qualsiasi momento del percorso di cura — procedure invasive, comunicazioni di diagnosi, isolamento, complicanze acute



Interventi farmacologici

Livello	Quadro	Farmaco (se prescritto)	Monitorare
VERDE	Agitazione contenuta	Idrossizina 25 mg	Stato di coscienza
GIALLO	Crisi di panico, iperventilazione	Lorazepam 1 mg / Alprazolam 0,25 mg	PA, FC
ROSSO	Agitazione intensa, non risponde a BDZ	Quetiapina 25 mg + consulenza NPI	PA, FC, coscienza

Verde — rischio minimo Giallo — area di attenzione Rosso — distress clinico / crisi

Bibliografia

1.Patiño-Fernández AM, Pai ALH, Alderfer M, Hwang WT, Reilly A, Kazak AE. Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. Pediatr Blood Cancer. 2008;50(2):289-292.
2.Van Warmerdam J, Zabih V, Kurdyak P, Sutradhar R, Nathan PC, Gupta S. Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: a meta-analysis. Pediatr Blood Cancer. 2019;66(6):e27677. doi:10.1002/pbc.27677
3.Ljungman L, Hovén E, Ljungman G, Cernvall M, von Essen L. A longitudinal study of the development of posttraumatic stress symptoms in parents of survivors of childhood cancer and bereaved parents. Psychooncology. 2015;24(12):1792-1798.
4.Scarponi D, Sarti P, Rivi V, Colliva C, Marconi E, Pession A, et al. Emotional, behavioral, and physical health consequences in caregivers of children with cancer: a network analysis differentiation in mothers' and fathers' reactivity. Cancers (Basel). 2023;15(13):3496. doi:10.3390/cancers15133496
5.Desjardins L, Solomon A, Shama W, Mills D, Chung J, Hancock K, et al. The impact of caregiver anxiety/depression symptoms and family functioning on child quality of life during pediatric cancer treatment: from diagnosis to 6 months. J Psychosoc Oncol. 2022;40(6):790-807. doi:10.1080/07347332.2021.2015646
6.Da Silva FM, Jacob E, Nascimento LC. Impact of childhood cancer on parents' relationships: an integrative review. J Nurs Scholarsh. 2010;42(3):250-261. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01360.x
7.Compas BE, Desjardins L, Vannatta K, Young-Saleme T, Rodriguez EM, Dunn M, et al. Children and adolescents coping with cancer: self- and parent reports of coping and anxiety/depression. Health Psychol. 2014;33(8):853-861. doi:10.1037/hea0000083
8.Wiener L, Kazak AE, Noll RB, Patenaude AF, Kupst MJ. Standards for the psychosocial care of children with cancer and their families: an introduction to the special issue. Pediatr Blood Cancer. 2015;62(Suppl 5):S419-S424. doi:10.1002/pbc.25675
9.Kazak AE, Abrams AN, Banks J, Christofferson J, DiDonato S, Grootenhuis MA, et al. Psychosocial assessment as a standard of care in pediatric cancer. Pediatr Blood Cancer. 2015;62(Suppl 5):S426-S459.
10.Kearney JA, Salley CG, Muriel AC. Standards of psychosocial care for parents of children with cancer. Pediatr Blood Cancer. 2015;62(Suppl 5):S632-S683. doi:10.1002/pbc.25761
11.Battaglini C, Giordano M, Quarello P, Bertorello N, Zucchetti G, Fagioli F. Italian translation, cultural adaptation and pilot testing of Psychosocial Assessment Tool (PAT 3.1) in pediatric cancer. Tumori. 2024;110(5):355-359. doi:10.1177/03008916241259933
12.Zucchetti G, Ambrogio G, Bertolotti M, Besenzon L, Borghino F, Candela F, et al. Effects of a high-intensity psychosocial intervention among child-parent units in pediatric oncology. Tumori. 2020;106(5):362-368. doi:10.1177/0300891620926226
13.Zucchetti G, Ciappina S, Roccia E, Concas D, Giordano M, Battaglini C, et al. EMDR and standard psychotherapy for paediatric cancer patients and their families: a pilot study. Front Psychol. 2024;15:1407985. doi:10.3389/fpsyg.2024.1407985
14.Sarı Öztürk Ç, San EG, Yıldız S. Effectiveness of psychosocial interventions on stress, anxiety, depression, and quality of life in parents of children, adolescents, and young adults with cancer: a meta-analysis of RCTs. Nurs Health Sci. 2025;27(2):e70156. doi:10.1111/nhs.70156
15.Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097.
16.Gerritsen RJS, Band GPH. Breath of life: the respiratory vagal stimulation model of contemplative activity. Front Hum Neurosci. 2018;12:397. doi:10.3389/fnhum.2018.00397
17.Wikman A, Ljungman L, Pingel R, Hagedoorn M, Sanderman R, von Essen L, et al. The interdependence of posttraumatic stress symptoms in parental dyads during and after their child's treatment for cancer. Acta Oncol. 2017;56(12):1698-1704.

"In qualsiasi momento del percorso di cura, l'ansia può travolgere il genitore, che deve comunque reggere il mondo del suo bambino. Sosteniamo chi sostiene".

Grazie per l'attenzione

Deborah Rosso Pognant
Infermiera Pediatrica
S.C. Oncoematologia Pediatrica
Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

drossopognant@cittadellasalute.to.it