

# L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

**ONLINE**

Anno LV

# 2

**MARZO - APRILE  
2011**



ISSN 2038-0712

## INDICE

**EDITORIALE****12 maggio: un "regalo" di compleanno***Annalisa Silvestro***FOCUS****La sanità italiana è donna***Laura D'Addio***SCIENZE INFERMIERISTICHE****Indagine osservazionale sulla relazione tra la salute organizzativa vissuta dagli infermieri e la percezione dell'empowering leadership style***Giovanni Carlo Ricciardiello (1), Adolfo Stellato (2)***Valutazione della disfagia nell'ictus acuto: analisi del grado di accordo tra infermieri***Lucia Guerra, Carlo Ottaviani, Maria Grazia Scucchi, Loredana Amendola, Serenella Macchiaolo, Daniela Capecchi, Silvia Cupella, Valentina Stefanini, Antonietta Stufi, Annalisa Sgoifo, Cristiana Rossi, Maria Grazia Celani, Enrico Righetti***CONTRIBUTI****L'esperienza del Gruppo Triage Toscano: dalla revisione degli algoritmi decisionali alla proposta di un metodo di lavoro***Giovanni Becattini (1), Marco Ruggeri (2), Stefano Bambi (3)***Cos'è e come si può misurare la sorveglianza infermieristica? Alcuni spunti dal dibattito internazionale sull'argomento***Carlo Orlandi***ESPERIENZE****Ruolo e percezioni degli infermieri di Area critica nell'implementazione degli standard Jci e Iso 9001***Silvana Gastaldi (1), Angelo Dante (2)***Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei Servizi psichiatrici a porte aperte: l'esperienza dell'Spdc di Trento***Maurizio Davi***Terapia antibiotica endovena in bolo con daptomicina: ruolo dell'Infermiere***Mario Castiglione (1), Piero Catanzaro (1), Giuseppina Lucchese (1), Maria Stella Aliquò (2), Salvatore Giordano (2)***Riorganizzazione del processo della terapia farmacologica: vantaggi della Scheda della terapia unica (Stu) informatizzata***Andrea Scoccia (1), Riccardo Conti (1), Marco Fabbri (1), Ada Martini (1), Serena Vale (1), Francesco Zaghini (1), Maddalena Galizio (2)***Scaffale****L'assistenza all'anziano - Ospedale, territorio, domicilio****Psicologia della salute: un'introduzione****Le responsabilità del Coordinatore delle professioni sanitarie**



EDITORIALE

## 12 maggio: un "regalo" di compleanno

di Annalisa Silvestro

Il 12 maggio, come gli infermieri di tutto il mondo sanno, è un giorno diverso dagli altri. È un anniversario: quello della nascita, nel 1820, di Florence Nightingale, colei che viene considerata l'ispiratrice delle moderne Scienze infermieristiche. Il 12 maggio, insomma è una specie di compleanno, un giorno di festa.

Fin dagli anni Sessanta, gli infermieri italiani hanno fatto di questa giornata l'occasione per iniziative che su tutto il territorio del Paese richiamassero l'attenzione dell'opinione pubblica sui valori nei quali la professione si riconosce.

Da molti anni, inoltre, gli infermieri italiani hanno fatto la scelta di condividere questa giornata di festa con i loro "naturali" interlocutori, cioè i *cittadini*, i *pazienti* e le loro *famiglie*.

E ogni anno hanno scelto un argomento sul quale concentrare una particolare attenzione. Per questo 2011 come sappiamo, il tema scelto è ***Infermieri. I nostri valori non cambiano. I modi per dividerli, sì.*** Un tema che riteniamo particolarmente significativo, anche alla luce di quella sorta di "regalo" che la Federazione ha voluto fare quest'anno a se stessa e agli infermieri, ma anche ai cittadini: il nuovo **portale web**.

Un "regalo" che non esitiamo a definire impegnativo sotto molti punti di vista, sia nella fase di progettazione e realizzazione, sia negli obiettivi che si pone.

Quanto ai primi crediamo di averli affrontati e superati nel migliore modo possibile. Certamente tutto è migliorabile e di sicuro dovremo ancora "aggiustare il tiro", anche con il costruttivo contributo di chi lo frequenterà. Convinti, però, di aver comunque centrato il bersaglio.

Per quanto riguarda i secondi, la sfida è ancora più ambiziosa: utilizzare le opportunità che le tecnologie ci offrono per condividere in maniera sempre più capillare e trasparente quei valori ai quali fa riferimento il tema della *Giornata* di quest'anno.

Condividerli tra noi, certamente, perché la dinamica della modernità ci pone continuamente nuove sfide che, appunto, interrogano i nostri valori e alle quali non possiamo – né vogliamo – sottrarci. Ma dividerli anche, coerentemente con le scelte che la professione ha fatto negli anni, proprio con le persone che sono i nostri "partner": non solo quelle che hanno bisogno di noi negli ospedali e nei servizi territoriali, ma anche tutti coloro che vogliono capire meglio chi siamo e che cosa facciamo. E che potranno scoprire quanto gli infermieri sono loro vicini anche se non ci troviamo tutti insieme in qualche stanza d'ospedale o in un ambulatorio.

*Buon 12 maggio a tutti!*



FOCUS

## La sanità italiana è donna

di Laura D'Addio

*Il sesso debole di ieri è la nuova forza dei servizi sanitari. Molte donne in corsia e poche nelle stanze dei bottoni*

Uno degli stereotipi più diffusi in ambito socio-sanitario vuole che l'assistenza sia femminile e la cura sia maschile. Finora questa non è stata solo una convinzione diffusa, bensì una realtà numerica, ma dobbiamo prepararci al cambiamento, anche in questo ambito. Una recente e autorevole ricerca, promossa dal ministero della Salute e presentata pubblicamente l'8 marzo, rivoluziona i rapporti numerici tra le professioni, di conseguenza impone ripensamenti sugli scenari futuri del Ssn.

Nel nostro Paese oggi la sanità è donna: **la presenza femminile raggiunge infatti il 63,41%** circa nel 2009, manifestando una crescita tendenzialmente costante rispetto al 2001, anno in cui rappresentava il 59,08% del personale. In questo periodo le donne hanno superato in presenza i colleghi uomini in tutte le fasce di età, ad eccezione della più alta. I professionisti sanitari uomini sono in numero maggiore solo nella fascia di ultra 65enni, mentre al di sotto dei 45 anni il rapporto numerico sembra stabilizzarsi in 3 donne per ogni uomo impiegato. Questa preponderanza delle donne non è più circoscritta a categorie storicamente femminili, come nella professione infermieristica, ma inizia a incidere anche sui ruoli apicali: dal 2001 sono quasi raddoppiati i direttori generali donna (da 89 a 163), mentre i medici in camice rosa nominati da concorso hanno nettamente sorpassato gli uomini, spostandosi dal 42% al 55%.

Guardando alla composizione delle singole famiglie professionali, si riscontra un **37% di medici donne** nel Ssn (erano il 30% nel 2005) e un **77% di infermiere**. Gli uomini perdono terreno in quei settori da sempre loro, per entrare invece in quelli a storica dominanza femminile, ovvero al fianco di ostetriche e infermiere. In particolare si riscontra un'inversione di tendenza storicamente e culturalmente rilevante: le donne escono dai settori di specializzazione da sempre più femminili (pediatria, ginecologia, psichiatria, psicologia) per inserirsi in ambiti storicamente considerati d'appannaggio maschile, come la chirurgia e la radiologia. In parallelo gli uomini della sanità (medici e infermieri) si collocano preferibilmente in urgenza, strumentazione, tecnologia.

Il sorpasso si registra anche nella **dirigenza sanitaria** non medica: farmacisti, biologi e psicologi donna sono oltre il 70%, mentre i posti di dirigente medico di struttura complessa sono assegnati a una donna 1 volta su 10.

### Con le donne si cambia

In una sanità che sta evolvendosi, orientata al lavoro di équipe e alla presa in carico globale della persona, la diversa presenza femminile potrà portare contributi appropriati in

tali direzioni? Il Ministro della Salute **Fazio** ne è convinto: *“Nell’indagine mi ha favorevolmente colpito che buona parte delle intervistate sostiene che l’atout delle donne in sanità non è comportarsi come i maschi, ma applicare alla medicina le proprie caratteristiche specifiche, come la tenacia, l’intuito, la capacità di relazione”*.

La bioetica se n’è accorta già da anni: ha tracciato infatti un [modello di genere](#), femminile e maschile, che differenzia nell’uno rispetto all’altro lo sviluppo di relazioni, la gestione dei gruppi, la conduzione di imprese, in generale, insomma, in tutti quei ruoli strategici improntati fino ad oggi al maschile.

In particolare in ambito sanitario, le risorse di genere femminili risulterebbero più congeniali ed in sintonia, anzi strategiche per allargare i confini del modello biomedico fino ad oggi imperante, per procedere verso gli aspetti psicologici e sociali dello star bene.

Abbiamo quindi oggi disponibile un modello maschile e uno femminile di interpretazione del ruolo. Le tredici esponenti femminili del mondo della sanità protagoniste di questa ricerca qualitativa, tra cui la nostra Presidente **Annalisa Silvestro**, ne sono convinte: il femminile in sanità apporta principalmente la capacità organizzativa e di sistematizzazione, la qualità relazionale nei rapporti col paziente e gli operatori, l’efficacia nel lavoro di gruppo e nella gestione delle reti di relazioni, la mediazione tra posizioni differenti, la competenza comunicativa.

La capacità di organizzazione e gestione delle donne viene collegata ad un patrimonio storico del genere femminile, che le mette in grado di occuparsi parallelamente di più funzioni e si esprime soprattutto nella visione d’insieme, nella creazione di reti di rapporti, nella rapidità di reazione e nella gestione dell’imprevisto, nella capacità analitica che fa essere le donne metodiche e pragmatiche.

### **Le testimonial si raccontano**

Tra gli aspetti emersi dalle interviste vi sono considerazioni relative alle **capacità organizzative**. A partire dalle proprie esperienze, l’ipotesi delle intervistate è che la donna possa contribuire in maniera significativa all’organizzazione e gestione della complessità del mondo sanitario, con ricadute utili verso l’efficienza e l’efficacia dei processi.

Una particolare attenzione è rivolta dalle donne ai rapporti nel **team di lavoro**, con attenzione, tempo e investimenti dedicati ai collaboratori e colleghi. Se a ciò si unisce un’altra caratteristica, ovvero una capacità di mediazione spiccata, si comprende il successo che sta riscuotendo il modello di direzione femminile: nella sanità italiana è di grande aiuto la capacità di armonizzare tra posizioni differenti senza esasperare, evitando gli scontri e anzi riconducendo al dialogo; l’inclusione delle emozioni nella propria esperienza quotidiana di conduzione di gruppi e strategie di impresa, così necessaria per ri-orientare i team di lavoro alla centralità della persona nei processi di cura.

L’area della **gestione di relazioni** è ritenuta da buona parte del campione di indagine quella in cui si gioca in modo più spiccato la specificità di genere, che si esprime anche nel rapporto coi pazienti e coi familiari. In particolare con gli assistiti la donna dimostra una spiccata resistenza psicologica, che la mette in grado di cogliere gli aspetti emozionali e accogliere la sofferenza, diminuendo la distanza e sostenendo la continuità di rapporto. Si pensi all’importanza di tale attitudine in alcuni setting specifici, sia clinici (es.

comunicazione di diagnosi difficili) sia organizzativi (es. comunicazione del trasferimento ad altro settore di lavoro per necessità aziendali).

Tutti questi aspetti, uniti alla riduzione progressiva del [numero dei medici](#) in Italia, offrirà sfide nuove e importanti per le donne che operano nei servizi socio-sanitari, ma in fondo anche per tutta la società.

Ripensare servizi per la salute al femminile? Siamo pronte.

## Approfondimenti

### Per un'etica femminista

Nell'ambito dell'etica femminista, Carol Gilligan e Virginia Held, tra le altre, hanno avuto largo seguito anche in Italia dopo la traduzione dei loro libri: *Con voce di donna* (Gilligan, 1991) e *Bioetica femminista* (Held, 1997).

Gilligan, allieva di Kohlberg, sostiene la tesi della diversità dell'etica femminile da quella maschile: la prima è fondata sulla cura, sulla responsabilità, la comunicazione, le relazioni interpersonali, mentre quella maschile risulta maggiormente improntata dalla razionalità astratta, dalla giustizia impersonale, che si astraie dal reale contesto interpersonale.

Held indica che le donne ordinano l'esperienza umana in base a priorità diverse da quelle dell'uomo. "Una moralità intesa come cura degli altri pone al centro dello sviluppo morale la comprensione della responsabilità e dei rapporti, mentre una moralità intesa come equità lega lo sviluppo morale alla comprensione dei diritti e delle norme": ([www.unisi.it/ricerca/philab/20047dida.fil.mor04.htm](http://www.unisi.it/ricerca/philab/20047dida.fil.mor04.htm)).

L'autrice sostiene inoltre che nelle società impostate dal maschile le relazioni tra persone finiscano per essere esclusivamente strumentali e conflittuali: in tal modo la vita delle comunità si caratterizza per rapporti competitivi e di dominio. Invece, sostiene Held, rapporti conflittuali e competitivi sono inaccettabili per stabilire la fiducia sociale su cui devono poggiare le istituzioni pubbliche e per favorire i legami fondati sulla cura, l'amicizia e l'amore.

C. Gilligan, *Con voce di donna*, Feltrinelli, Milano, 1991

V. Held, *Bioetica femminista*, Feltrinelli, Milano, 1997

### Cala il numero dei medici

In Italia ci sono meno medici: dal 2002 al 2007, tra generici e specializzandi, si è passati da 616 a 363 camici bianchi per centomila abitanti. A dirlo è un'analisi condotta dal Centro elaborazione dati (Ced) della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), che ha preso in esame i dati di diverse fonti: Istat, Indagine sulle forze di lavoro, Eurostat, Public health. "La riduzione del numero dei medici - spiega il dottor Gabriele Peperone, segretario della Fnomceo - è da collegare all'introduzione del numero chiuso nelle facoltà di medicina. Inoltre bisogna considerare che oggi il 28% degli iscritti non arriva alla laurea. A conseguire il titolo di studio sono più le donne e questo spiega anche la carenza di iscritti alle facoltà di chirurgia e ortopedia".

Le regioni del Nord, a eccezione dell'Emilia-Romagna e della Liguria, avevano già nel 2002 una dotazione inferiore a quella media nazionale e nel 2007 presentano valori anche

minori di 300. Il Centro, al contrario, parte da dotazioni molto elevate e a tutt'oggi presenta l'offerta maggiore, dovuta soprattutto al contributo del Lazio, con 511,1 medici per centomila abitanti.

Numeri significativi si osservano anche in Umbria e Toscana. Infine il Mezzogiorno presenta un'offerta di camici bianchi che si aggira intorno alla media nazionale, ma con valori piuttosto diversi nelle singole regioni. La Basilicata mostra un andamento che si allinea con quello delle regioni settentrionali, con valori contenuti nel 2002 che si riducono sensibilmente nel 2007 attestandosi su 207,3 medici per centomila abitanti. La Sicilia, al contrario, dimostra una certa inerzia rispetto agli orientamenti che prevalgono a livello nazionale e nel 2007 dispone ancora di 425 medici ogni centomila abitanti.

Tra i Paesi comunitari il primo posto spetta al Belgio, che ha 401,6 medici ogni centomila abitanti, seguito dall'Austria e dalla Lituania (con valori rispettivamente pari a 374,2 e 371,1). I valori più bassi si registrano in Polonia (219,1) e Romania (222,0).

# Indagine osservazionale sulla relazione tra la salute organizzativa vissuta dagli infermieri e la percezione dell'*empowering leadership style*

Giovanni Carlo Ricciardiello<sup>1</sup>, Adolfo Stellato<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Infermiere, Sala operatoria generale, Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno

<sup>2</sup>Infermiere, Coordinatore Servizio Assistenziale Infermieristico Ostetrico e Tecnico, Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno

Corrispondenza: ricciardiello73@alice.it

## RIASSUNTO

**Introduzione** Lo studio qui presentato intende descrivere la relazione tra la salute organizzativa vissuta dagli infermieri e la percezione che essi hanno dell'*empowering leadership style* del proprio coordinatore infermieristico.

**Materiali e metodi** La ricerca è stata condotta su un campione stratificato di 226 infermieri dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno. L'*Empowering Leadership Questionnaire* (ELQ) è stato utilizzato per valutare lo stile di leadership dei coordinatori; il *Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa* (QISO) per misurare la salute organizzativa. L'analisi statistica descrittiva ha permesso di esaminare il campione in base a diversi approcci. Per determinare le correlazioni tra le dimensioni teoriche del QISO e le sottoscale dell'ELQ abbiamo usato l'*r* di Pearson. La consistenza interna dei questionari è stata valutata con l'alfa di Cronbach.

**Risultati** Gli intervistati percepiscono scarsa salute organizzativa e scarsa capacità di *empowerment* dei coordinatori; inoltre i dati emersi suggeriscono una correlazione statisticamente significativa tra la salute organizzativa e l'*empowering leadership*.

**Conclusioni** La messa in atto dello stile di *empowering leadership* da parte del coordinatore infermieristico può migliorare la salute fisica, psichica e organizzativa dei collaboratori.

**Parole chiave:** *empowerment*, *empowering leadership*, infermieri, coordinatori infermieristici, benessere organizzativo, salute organizzativa

## The relationship between nurses' organizational well-being and their perception of the empowering leadership style

### ABSTRACT

**Introduction** The aim of the study is to describe the relationship between nurses' organizational well-being and their perception of the nurse manager's empowering leadership style.

**Materials and methods** The research was conducted on a stratified sample of 226 nurses in the Salerno University Hospital. The Empowering Leadership Questionnaire (ELQ) was used to assess the nurse manager's leadership style; the Nursing Organizational Health Questionnaire (NOHQ) was used to measure nurses' organizational well-being. The descriptive statistical analysis allowed us to examine the sample using different approaches. Pearson's *r* was used to determine correlations between NOHQ and ELQ subscales, and Cronbach's alpha was used to estimate the internal consistency reliability of the questionnaires.

**Results** The survey reveals that respondents perceived low organizational well-being and low nurse manager's empowering skills. Our findings also suggest a statistically significant correlation between the organizational well-being and the empowering leadership.

**Conclusions** The implementation of nurse manager's empowering leadership style can improve nurses' physical, psychological and organizational health.

**Key words:** empowerment, empowering leadership, nurses, nurse managers, organizational well-being, organizational health

## INTRODUZIONE

Le organizzazioni sanitarie devono tenere in considerazione che l'adozione di pratiche normative, procedurali e comportamentali, il sostegno a particolari forme di convivenza e l'adozione di determinati stili di leadership possono contribuire a creare benessere o malessere e influire direttamente sullo stato di "salute" degli infermieri e di tutto il sistema (Boscaino, 2005). Con "salute organizzativa" si intende la capacità di un'azienda di natura sanitaria, con il fondamentale contributo dei dirigenti e dei coordinatori infermieristici, non solo di essere efficace e produttiva in termini di salute erogata all'utente, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo il benessere fisico e psicologico degli infermieri (Quaglinò, 2005).

Per coordinare/dirigere questi professionisti non serve il puro comando, ma ci vogliono meccanismi diversi, più impegnativi e coinvolgenti: occorre la *empowering leadership*, la leadership che stimola, provoca, infonde energia, motiva e incoraggia le potenzialità del singolo; il "capo" assume soprattutto il ruolo di un consulente e/o di un allenatore (coach), che aiuta la crescita dei propri collaboratori, crea occasioni di sviluppo personale e professionale, facilita i processi di apprendimento e la conquista di nuove responsabilità e compiti (Bobbio et al., 2007). L'*empowerment* è un processo volto ad aumentare la motivazione, fornendo supporto e accesso alle risorse, apprendimento continuo e partecipazione al processo decisionale (Baker et al., 2003). Dalla letteratura esaminata emerge una forte relazione tra *empowerment* e soddisfazione sul lavoro (Baker et al., 2007; Bobbio et al., 2007; Larrabee et al., 2003; Laschinger et al., 2001a, 2001b, 2003, 2007; Laschinger, Finegan, 2005b; Lautizi et al., 2009; Lee, Cummings, 2008; Manojlovich et al., 2007; Sarmiento et al., 2004; Upenieks, 2003).

Gli infermieri che vivono l'*empowerment* si sentono meno stressati (Lautizi et al., 2009; Laschinger et al., 2001b) e più rispettati nel luogo di lavoro, hanno una percezione di maggiore giustizia e si impegnano maggiormente per l'organizzazione (Bobbio et al., 2007; Finegan, Laschinger, 2001; Laschinger et al., 2000, 2001a, 2009; Laschinger, Finegan, 2005a, 2005b). L'*empowerment* è il risultato di una leadership che promuove la sensazione di rispetto e fiducia del personale (Laschinger, Finegan, 2005b).

La messa in atto di uno stile di *empowering leadership* da parte del coordinatore infermieristico favorisce la crescita dell'impegno con l'organizzazione e di conseguenza migliora il vissuto lavorativo e la soddisfazione generale dei collaboratori; contribuisce a ridurre la possibilità che i collaboratori svi-

luppino una condizione deleteria di esaurimento emotivo (Bobbio et al., 2007), a creare ambienti di lavoro sani e a prevenire il *burnout* (Bobbio et al., 2007; Greco et al., 2006; Laschinger, Finegan, 2005a; Sarmiento et al., 2004), a migliorare la salute mentale e fisica degli infermieri (Laschinger et al., 2009; Laschinger, Finegan, 2005a).

La letteratura consultata sottolinea l'importanza della leadership nel creare ambienti di lavoro *empowering*, con tutti i vantaggi che ne derivano: buona pratica professionale, buona qualità di cura dei pazienti, buoni risultati organizzativi e salute fisica e psichica degli infermieri (Bobbio et al., 2007; Faulkner, Laschinger, 2008; Greco et al., 2006; Laschinger et al., 2007, 2009; Laschinger, Finegan, 2005b; Lucas et al., 2008; Upenieks, 2003).

Lo scopo del presente studio è quello di descrivere la relazione tra la salute organizzativa vissuta dagli infermieri di una Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno e la percezione che essi hanno dello stile di leadership del proprio coordinatore infermieristico.

## MATERIALI E METODI

### Campione

Sono stati distribuiti 260 questionari a un campione stratificato di infermieri; sono stati raccolti 226 questionari (86,9%) correttamente compilati e validi ai fini dell'indagine (**Tabella 1**).

### Strumenti

*Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO)*

Per rilevare la salute organizzativa degli infermieri è stato utilizzato il QISO (Sili et al., 2010). Composto da 118 item, il questionario mira a reperire informazioni su 14 dimensioni teoriche del benessere organizzativo e 3 gruppi di indicatori (positivi, negativi e di malessere psicofisico) all'interno della popolazione infermieristica (**Tabella 2**).

**Tabella 1.** Distribuzione dei questionari

Area	Questionari consegnati	Questionari compilati
Medica	40	33
Chirurgica	40	35
Pronto soccorso	40	36
Quartiere operatorio	40	40
Oncologica	30	24
Ambulatoriale	30	25
Area critica	40	33
<b>Totale</b>	<b>260</b>	<b>226</b>

**Tabella 2. Dimensioni del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO)**

Dimensione	Item	Descrizione delle dimensioni esplorate
Comfort dell'ambiente di lavoro	11	Esplora le variabili relative alla percezione che gli infermieri hanno del proprio ambiente di lavoro e delle condizioni che lo caratterizzano
Chiarezza degli obiettivi organizzativi	4	Esplora le variabili relative alla consapevolezza degli scopi e delle finalità programmate per le quali si chiede una determinata prestazione assistenziale, in un determinato contesto clinico e a determinati utenti
Valorizzazione delle competenze	4	Indaga le variabili relative all'apprezzamento percepito da coloro che erogano assistenza nell'ambito dell'organizzazione sanitaria
Ascolto attivo	4	Esplora i comportamenti che rappresentano la disponibilità ad adeguarsi rispetto alle esigenze sia dell'organizzazione, sia dei suoi componenti
Disponibilità e circolazione delle informazioni	4	Esplora quanto l'infermiere ha la possibilità di reperire delle informazioni indispensabili per il corretto svolgimento delle proprie attività lavorative
Gestione della conflittualità	4	Indaga circa la presenza di fattori che influenzano i rapporti con i colleghi infermieri, con i medici e con la dirigenza infermieristica e aziendale
Relazioni interpersonali collaborative	6	Sono indagate con lo scopo di esplorare la cooperazione con gli altri colleghi di lavoro
Scorrevolezza operativa	4	Misura la capacità dell'organizzazione di trovare soluzioni adeguate ai diversi problemi lavorativi che si presentano
Equità organizzativa	4	Indaga il trattamento che viene riservato ai lavoratori circa i diversi comportamenti, contributi personali e possibilità di carriera
Fattori di stress	4	Indaga i vissuti legati alla fatica, alla sensazione di non possedere la preparazione o le capacità opportune e il grado di coinvolgimento psicologico che il lavoro causa al dipendente
Senso di utilità sociale	4	Misura il senso di soddisfazione per l'apporto positivo che l'infermiere dà al benessere della collettività
Sicurezza e prevenzione degli infortuni	8	Esplora l'area relativa alle misure di sicurezza nell'ambiente lavorativo relativamente alla sua salubrità
Tollerabilità dei compiti lavorativi	9	Indaga le diverse componenti che caratterizzano l'agire infermieristico e che generalmente si ha motivo di ritenere meno desiderabili come la fatica mentale e quella fisica, l'isolamento psicologico, la monotonia e l'eccessivo coinvolgimento emotivo
Propensione e apertura all'innovazione	9	Esplora la capacità di innovazione dell'organizzazione e la sua apertura al cambiamento
Indicatori negativi	13	Individua la presenza di condizioni di malessere nel contesto organizzativo
Indicatori positivi	18	Individua la presenza di condizioni di benessere nel contesto organizzativo
Indicatori di malessere psicofisico	8	Prende in considerazione l'area dei disturbi psicosomatici per tentare di capire che influenza hanno le condizioni del contesto lavorativo sulla frequenza e l'entità di tali disturbi e quanto questi incidano sullo svolgimento delle attività lavorative
<b>Totale item</b>	<b>118</b>	

Ad eccezione della prima e dell'ultima parte del questionario, dedicate a una raccolta di dati socio-anagrafici e a domande semiaperte, le informazioni vengono raccolte tramite l'utilizzo di una scala di Likert a 4 punti che va da un minimo di "mai"/"insufficiente" (punteggio 1) a un massimo di "spesso"/"buono" (punteggio 4): più alto è il punteggio, migliore è la salute organizzativa. Il cut-off è fissato a 2,6 sia per determinare la salute organizzativa generale, sia per stabilire la presenza o l'assenza nell'ambiente lavorativo dei fenomeni esplorati con le varie dimensioni teoriche.

Il QISO si è rivelato uno strumento con buone caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità nel misurare la salute organizzativa in ambito infermieristico, con un valore dell'alfa di Cronbach di 0,93.

#### *Empowering Leadership Questionnaire (ELQ)*

Per valutare l'*empowering leadership* è stata utilizzata la scala ELQ (Arnold et al., 2000), tradotta con il metodo della *back translation* e adattata al contesto italiano da Bobbio et al. (2007). Il questionario è composto da 38 item raggruppati in 5 dimensioni, come riportato nella **Tabella 3**.

I dati vengono raccolti tramite l'utilizzo di una scala di Likert a 5 punti che va da un minimo di "mai" (punteggio 1) a un massimo di "sempre" (punteggio 5): più alto è il punteggio, maggiore è la capacità di *empowerment* del leader. Bobbio e collaboratori (2007) hanno fissato a 3 il valore soglia per misurare l'*empowering leadership* e determinare la presenza o l'assenza nello stile di leadership delle dimensioni

esplorate con le varie sottoscale. I risultati di questo studio hanno confermato l'affidabilità dell'ELQ, con un valore dell'alfa di Cronbach di 0,99.

## RISULTATI

### Analisi descrittiva

Il campione esaminato comprende un totale di 226 infermieri, di cui il 40,7% maschi e il 59,3% femmine. La media dell'età è di 41,39 anni. La maggior parte degli intervistati (83,2%) è in possesso del diploma di maturità; il 16,8% del campione ha frequentato il biennio di scuola media superiore; l'81,9% ha il diploma di infermiere professionale, il 5,3% il diploma universitario e il 12,8% la laurea in infermieristica. La media degli anni lavorativi è di 16,86. Gli intervistati lavorano nell'attuale azienda in media da 10,87 anni.

Analizzando le medie delle diverse dimensioni teoriche esaminate dal QISO (**Figura 1**), rispetto al valore di cut-off di 2,6 stabilito per questa scala, si rileva che complessivamente per gli infermieri intervistati la salute organizzativa è scarsa.

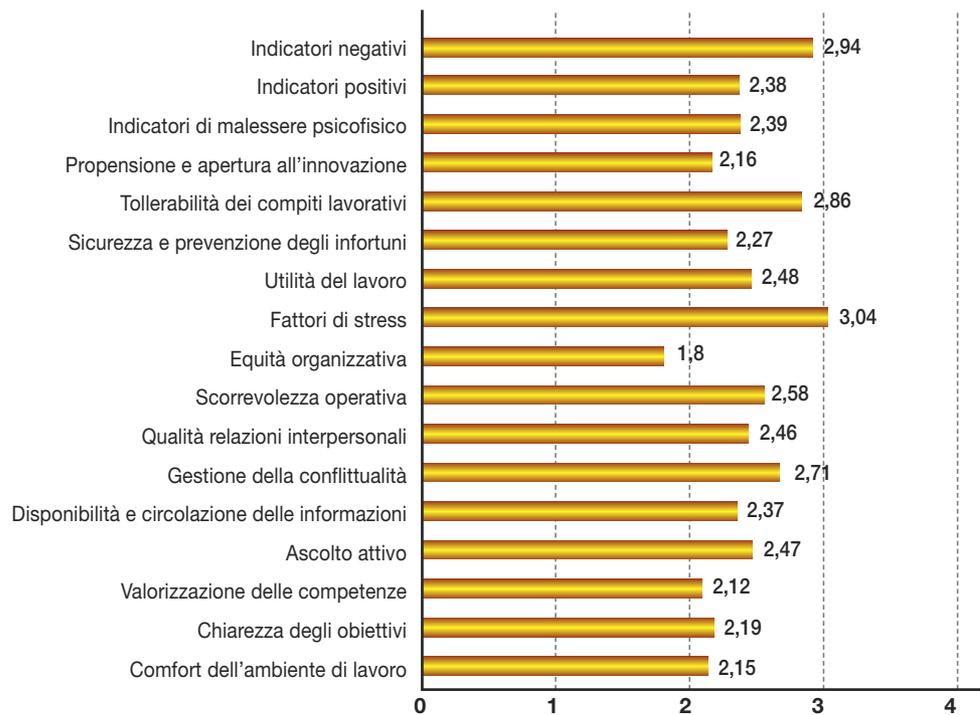
Allo stesso tempo, i risultati ottenuti con l'ELQ mostrano che gli infermieri in generale ritengono che i loro coordinatori mettono in atto poco l'*empowering leadership* (**Figura 2**). Infatti tutte le medie delle varie dimensioni sono inferiori al valore soglia di 3 definito da Bobbio e collaboratori (2007).

La valutazione tendenzialmente negativa sulla leadership dei coordinatori è ribadita anche dalle risposte fornite a una serie di domande comprese nel QISO che indagano in maniera specifica tale aspetto

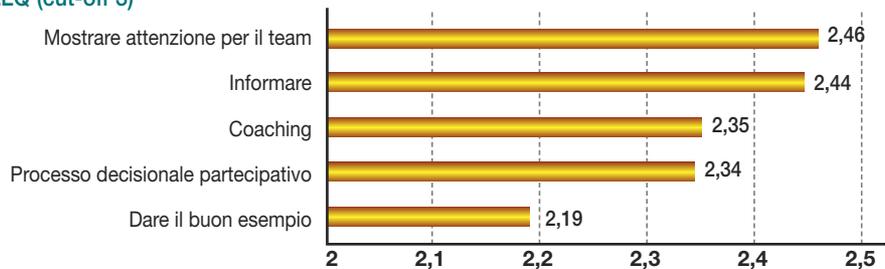
**Tabella 3.** Dimensioni dell'Empowering Leadership Questionnaire (ELQ)

Dimensione	Item	Descrizione delle dimensioni esplorate
Dare il buon esempio	5	Descrive un insieme di comportamenti che dimostrano l'impegno profuso dal leader nel suo lavoro, quanto meno alla pari dei suoi collaboratori
Coaching	11	Si riferisce a un insieme di azioni che il leader mette in atto al fine di formare i collaboratori e aiutarli ad acquisire fiducia in se stessi
Processo decisionale partecipativo	6	Misura la capacità del leader di richiedere e utilizzare i suggerimenti che provengono dal gruppo per prendere decisioni condivise
Informare	6	Si riferisce all'abilità del leader di diffondere le informazioni più importanti, la <i>mission</i> dell'organizzazione, le regole e gli obiettivi prioritari
Mostrare attenzione per il team	10	Riguarda i comportamenti del leader che dimostrano il suo interesse per il benessere dei collaboratori e la sua volontà di mantenersi al corrente del clima di gruppo
<b>Totale item</b>	<b>38</b>	

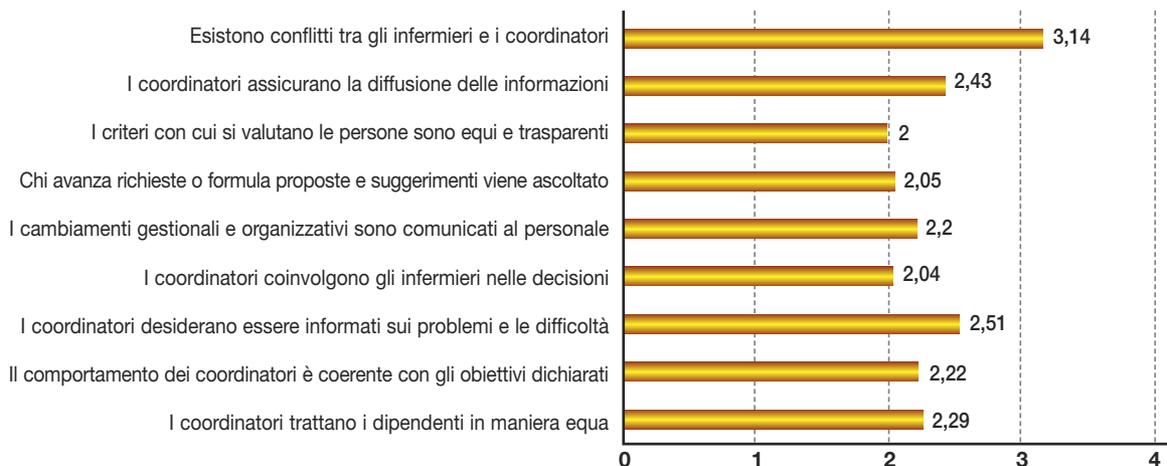
**Figura 1. Profilo generale QISO (cut-off 2,6)**



**Figura 2. Profilo generale ELQ (cut-off 3)**



**Figura 3. Rapporto con i coordinatori QISO (cut-off 2,6)**



(Figura 3).

### Analisi inferenziale

Tutte le dimensioni del QISO sono state confrontate con quelle dell'ELQ; i dati emersi dalle correlazioni di Pearson suggeriscono una relazione statisticamente significativa tra la salute organizzativa e l'*empowering leadership*. Correlazioni positive (Tabella 4) si riscontrano tra tutte le dimensioni dell'ELQ e le

dimensioni del QISO che si riferiscono a comfort, chiarezza degli obiettivi, valorizzazione, ascolto, circolazione delle informazioni, qualità delle relazioni, scorrevolezza operativa, equità, utilità del lavoro, sicurezza, innovazione e indicatori positivi. Correlazioni negative (Tabella 5) si rilevano invece tra tutte le dimensioni dell'ELQ e le dimensioni del QISO che si riferiscono a conflittualità e indicatori

**Tabella 4. Correlazioni positive tra le dimensioni del QISO e le dimensioni dell'ELQ**

QISO		ELQ				
		Dare il buon esempio	Processi decisionali partecipativi	Coaching	Informare	Mostrare attenzione per il team
Comfort	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,346 ,000	,322 ,000	,307 ,000	,387 ,000	,302 ,000
Chiarezza degli obiettivi	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,502 ,000	,474 ,000	,545 ,000	,482 ,000	,554 ,000
Valorizzazione competenze	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,370 ,000	,331 ,000	,343 ,000	,412 ,000	,362 ,000
Ascolto attivo	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,510 ,000	,549 ,000	,612 ,000	,452 ,000	,604 ,000
Circolazione delle informazioni	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,386 ,000	,424 ,000	,460 ,000	,449 ,000	,447 ,000
Relazioni collaborative	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,408 ,000	,450 ,000	,485 ,000	,322 ,000	,474 ,000
Equità organizzativa	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,556 ,000	,560 ,000	,588 ,000	,407 ,000	,600 ,000
Utilità sociale del lavoro	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,339 ,000	,339 ,000	,435 ,000	,282 ,000	,428 ,000
Sicurezza	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,250 ,000	,198 ,003	,207 ,002	,360 ,000	,236 ,000
Innovazione	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,376 ,000	,327 ,000	,391 ,000	,482 ,000	,409 ,000
Scorrevolezza operativa	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,278 ,000	,245 ,000	,314 ,000	,381 ,000	,337 ,000
Indicatori positivi	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	,564 ,000	,594 ,000	,640 ,000	,546 ,000	,631 ,000

**Tabella 5. Correlazioni negative tra le dimensioni del QISO e le dimensioni dell'ELQ**

QISO		ELQ				
		Dare il buon esempio	Processi decisionali partecipativi	Coaching	Informare	Mostrare attenzione per il team
Conflittualità	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	-,253 ,000	-,262 ,000	-,274 ,000	-,116 ,082	-,297 ,000
Indicatori negativi	<i>Pearson Correlation Sig. (2-tailed)</i>	-,220 ,001	-,313 ,000	-,325 ,000	-,251 ,000	-,428 ,000

negativi.

## DISCUSSIONE

Nel complesso gli infermieri intervistati hanno la percezione di svolgere il proprio lavoro all'interno di ambienti poco confortevoli e caratterizzati da scarsi livelli di sicurezza; questo evidentemente perché l'ospedale è stato costruito negli anni settanta e risulta strutturalmente obsoleto, anche se sono in corso importanti opere di adeguamento. Dal punto di vista organizzativo la situazione non appare migliore, tendenzialmente infatti non si ottengono le informazioni di cui si ha bisogno, non si conoscono gli obiettivi da perseguire. Inoltre, il personale infermieristico non si sente realizzato attraverso il proprio lavoro, percepisce sovraccarico di lavoro, fatica mentale e fisica e livelli eccessivi di stress, probabilmente a causa di un modello organizzativo che non ha ancora adottato un approccio metodologico per obiettivi e carichi di lavoro. Nonostante ciò gli infermieri, per alto senso di responsabilità, sono solitamente disponibili ad andare incontro alle esigenze dell'azienda, si assentano poco dal lavoro e garantiscono un regolare svolgimento delle attività lavorative, secondo altri dati aziendali.

Secondo i dati raccolti con l'ELQ, gli infermieri hanno una scarsa percezione di *empowering leadership* dei propri coordinatori, che a volte non si comportano in maniera tale da dimostrare totale impegno nel lavoro, danno poco spazio al personale nel processo decisionale, non si dedicano molto a formare i collaboratori e aiutarli ad acquisire fiducia in se stessi; non diffondono adeguatamente le informazioni più importanti, la *mission* dell'organizzazione, le regole e gli obiettivi prioritari; sono poco al corrente del clima del gruppo e dimostrano scarso interesse per il benessere dei collaboratori. Inoltre, in base ai dati raccolti attraverso il QISO, vi è una notevole conflittualità tra gli infermieri e i coordinatori. Questo perché i coordinatori non sempre trattano in maniera equa gli infermieri, né li valutano secondo criteri corretti e trasparenti; spesso non li coinvolgono nelle decisioni che riguardano il loro lavoro e non li informano riguardo ai cambiamenti gestionali e organizzativi; talora non li ascoltano quando avanzano richieste o formulano proposte e suggerimenti. Il comportamento dei coordinatori non risulta completamente coerente con gli obiettivi dichiarati; non sembrano desiderare di essere informati sui problemi e le difficoltà che gli infermieri incontrano nel lavoro, né di assicurare la diffusione delle informazioni.

All'interno del campione esaminato, il personale del Pronto Soccorso ha la peggiore percezione in quasi tutte le dimensioni del QISO e dell'ELQ; molto probabilmente incide il clima di allerta e continua ten-

sione emotiva e la grossa mole di lavoro che caratterizza questo ambito, che è punto di riferimento per un bacino di utenza molto vasto. Il personale dell'area ambulatoriale, che vive dinamiche organizzative meno stressanti, ha invece quasi sempre la percezione migliore. In particolare gli infermieri dell'area ambulatoriale riferiscono una maggiore chiarezza per quanto concerne gli obiettivi organizzativi rispetto al personale delle altre aree, merito verosimilmente anche di una leadership dei loro coordinatori più attenta alla diffusione delle informazioni e alla condivisione degli obiettivi aziendali.

Dall'indagine emerge che gli infermieri in genere non si sentono attentamente ascoltati; solo il personale dell'area chirurgica e il personale dell'area ambulatoriale vengono maggiormente considerati. Con l'eccezione dell'area ambulatoriale, la circolazione delle informazioni viene percepita come scarsa. Nell'area chirurgica si registra la più bassa conflittualità e una buona cooperazione tra colleghi di lavoro; sempre nell'area chirurgica e in quella ambulatoriale si ritiene che l'organizzazione trovi adeguate soluzioni ai diversi problemi lavorativi che si presentano. I livelli di stress risultano alti indipendentemente dall'area clinica di appartenenza; il grado minore di stress si rileva nel personale dell'area chirurgica.

Come si è detto, in generale i coordinatori non adottano una efficace *empowering leadership*. Solo per quelli dell'area ambulatoriale si raggiungono valori di media che si avvicinano alla soglia critica di 3 o la superano di poco. Tendenzialmente positivi sono anche i valori delle medie per i coordinatori dell'area chirurgica, che non raggiungono la soglia critica in nessuna dimensione dell'ELQ ma vi si avvicinano molto. È interessante notare che l'area ambulatoriale e l'area chirurgica sono i contesti clinici dove complessivamente si è riscontrata una maggiore salute organizzativa, merito presumibilmente anche di una maggiore capacità di *empowerment* dei coordinatori. Sembrerebbe configurarsi un nesso tra lo stile di leadership dei coordinatori e la salute organizzativa vissuta dal personale; nesso corroborato dalla *r* di Pearson, che ha messo in evidenza correlazioni positive o negative tra quasi tutte le dimensioni del QISO e quelle dell'ELQ, a conferma dell'ipotesi di una possibile relazione statisticamente significativa tra l'*empowering leadership style* e la salute organizzativa del personale infermieristico.

## CONCLUSIONI

Nei limiti delle possibilità concrete, l'adozione di un *empowering leadership style* da parte del coordinatore può migliorare il vissuto lavorativo, la soddisfazione generale e la salute fisica, psichica e organiz-

zativa degli infermieri. Si sottolinea che questa indagine presenta i consueti limiti in termini di generalizzabilità dei risultati, legati da un lato al ricorso a campioni di convenienza costituiti da infermieri che lavorano nella stessa azienda, dall'altro alla difficoltà di studiare le variabili prese in esame. Sono senz'altro necessari altri studi simili, condotti in contesti diversi e con campioni di infermieri di numerosità consistente, al fine di verificare la fondatezza della relazione tra uno stile di leadership tendente al potenziamento del ruolo del singolo infermiere e del gruppo professionale e la salute organizzativa del personale.

## BIBLIOGRAFIA

- Arnold JA, Arad S, Rhoades JA, Drasgow F (2000) *The Empowering Leadership Questionnaire: the construction and validation of a new scale for measuring leader behaviors*. Journal of Organizational Behavior, 21, 249-269.
- Baker CM, McDaniel AM, Fredrickson KC et al. (2007) *Empowerment among Latina nurses in Mexico, New York and Indiana*. Int Nurs Rev, 54 (2), 124-129.
- Bobbio A, Manganelli Rattazzi AM et al. (2007) *Empowering leadership style among health care workers. A study on the nurse manager*. G Ital Med Lav Ergon, 29 (1), A37-49.
- Boscaino F (2004) *Rendere conto ai cittadini*. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche. Edizioni Scientifiche Italiane.
- Faulkner J, Laschinger HK (2008) *The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses*. J Nurs Manag, 16 (2), 214-221.
- Finegan J, Laschinger HK (2001) *The antecedents and consequences of empowerment: a gender analysis*. J Nurs Adm, 31 (10), 489-497.
- Greco P, Laschinger HK, Wong C (2006) *Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout*. Canadian J Nurs Leadership, 19 (4), 41-56.
- Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL et al. (2003) *Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave*. J Nurs Adm, 33 (5), 271-283.
- Laschinger HK, Finegan J (2005a) *Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings*. J Nurs Adm, 35 (10), 439-449.
- Laschinger HK, Finegan J (2005b) *Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage*. Nurs Econ, 23 (1), 6-13.
- Laschinger HK, Finegan J, Shamian J et al. (2000) *Organizational trust and empowerment in restructured health-care settings. Effects on staff nurse commitment*. J Nurs Adm, 30 (9), 413-425.
- Laschinger HK, Finegan J, Shamian J (2001a) *The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment*. Health Care Manage Rev, 6 (3), 7-23.
- Laschinger HK, Finegan J, Shamian J et al. (2001b) *Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model*. J Nurs Adm, 31(5), 260-272.
- Laschinger HK, Almost J, Tuer-Hodes D (2003) *Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link*. J Nurs Adm, 33 (7-8), 410-422.
- Laschinger HK, Purdy N, Almost J (2007) *The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction*. J Nurs Adm, 37 (5), 221-229.
- Laschinger HK, Finegan J, Wilk P (2009) *Context matters: the impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment*. J Nurs Adm, 39 (5), 228-235.
- Lautizi M, Laschinger HK, Ravazzolo S (2009) *Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study*. J Nurs Manag, 17 (4), 446-452.
- Lee H, Cummings GG (2008) *Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review*. J Nurs Manag, 16 (7), 768-783.
- Lucas V, Laschinger HK, Wong CA (2008) *The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control*. J Nurs Manag, 16 (8), 964-973.
- Manojlovich M, Laschinger HK (2007) *The Nursing Worklife Model: extending and refining a new theory*. J Nurs Manag, 15 (3), 256-263.
- Quaglino GP (2005) *Luci e ombre della leadership*. Atti Congressuali, Leadership educativa, Lugano.
- Sarmiento TP, Laschinger HK, Iwasiw C (2004) *Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory*. J Adv Nurs, 46 (2), 134-143.
- Sili A, Vellone E, De Marinis MG et al. (2010) *Validità e affidabilità del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa*. Professioni infermieristiche, 63 (1), 27-37.
- Upenieks VV (2003) *The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction*. Health Care Manag, 22 (2), 83-98.

## Valutazione della disfagia nell'ictus acuto: analisi del grado di accordo tra infermieri

*Lucia Guerra, Carlo Ottaviani, Maria Grazia Scucchi, Loredana Amendola, Serenella Macchiaolo, Daniela Capecchi, Silvia Cupella, Valentina Bondo, Valeria Stefanini, Antonietta Tufi, Annalisa Sgoifo, Cristiana Rossi, Maria Grazia Celani, Enrico Righetti*

*Infermieri, Centro Ictus Ospedale Beato Giacomo Villa, Città della Pieve (Perugia)*

Corrispondenza: stroke@ausl2.umbria.it

### RIASSUNTO

**Introduzione** L'ictus causa disfagia in una percentuale variabile tra il 13% (lesione unilaterale) e il 71% (lesioni bilaterali e troncoencefaliche) dei casi. La disfagia influenza negativamente la prognosi del paziente, e una corretta valutazione del disturbo è essenziale per impostare una dieta adeguata e una riabilitazione precoce. Tra gli approcci utilizzati, il test di deglutizione dell'acqua è una metodica semplice, ripetibile e con buona predittività prognostica. Scopo di questo studio è sviluppare una procedura clinica per la valutazione della disfagia e rilevarne la concordanza degli esiti tra gli infermieri di un Centro Ictus.

**Materiali e metodi** Ogni infermiere ha valutato la presenza/assenza di disfagia e la sua severità; il test veniva ripetuto da un altro infermiere entro 12 ore. L'accordo tra i risultati delle valutazioni effettuate è stato stimato utilizzando l'indice *K* di Cohen.

**Risultati** Sono state condotte 67 coppie di valutazioni. Il valore di *K* è risultato pari a 0,81 (95% IC 0,67-0,95) per la presenza/assenza di disfagia, e a 0,63 (95% CI 0,46-0,80) per la sua gravità.

**Conclusioni** La concordanza tra le valutazioni eseguite dagli infermieri è risultata molto buona per la presenza/assenza di disfagia, meno per quanto riguarda la severità del disturbo. Il confronto quotidiano all'interno del gruppo multidisciplinare può ottimizzare la ripetibilità della valutazione attraverso un addestramento basato su criteri metodologici e sull'attenzione agli indici clinici.

**Parole chiave:** disfagia, ictus, valutazione disfagia

### Assessment of dysphagia in ACUTE stroke: analysis of degree of agreement between nurses

**Introduction** Dysphagia is a common complication of stroke, detected in 13% (unilateral lesion) to 71% (bilateral and brainstem lesions) of cases. Dysphagia adversely affects the outcome of the patient, and a correct assessment of dysphagia is crucial for planning an adequate diet and an early rehabilitation. Among the dysphagia screening methods, the water swallow test is simple, reproducible, and it is a good prognostic predictor. The aim of this study is to develop a clinical tool for the assessment of dysphagia and to evaluate the internurse reliability in a Stroke Unit.

**Materials and methods** Each nurse evaluated the presence and severity of dysphagia; the test was repeated by another nurse within 12 hours. The agreement among the results of the different assessments was estimated using Cohen's *K*.

**Results** 67 pairs of assessments were carried out. Cohen's *K* value was 0.81 (95% CI 0.67-0.95) for the presence/absence of dysphagia, and 0.63 (95% CI 0.46-0.80) for its severity.

**Conclusions** The correlation between nurses' assessments was very good for the presence/absence of dysphagia, less good for its severity. The daily confrontation within the multidisciplinary team can optimize the repeatability of the assessment through training based on methodological criteria and attention to clinical indices.

**Key words:** dysphagia, dysphagia assessment, stroke

## INTRODUZIONE

La disfagia, intesa come disfunzione di una o più fasi della deglutizione, è una delle possibili conseguenze dell'ictus e ha ripercussioni negative sulla gestione della fase acuta del paziente, sui tempi di degenza e sull'esito delle cure (SPREAD, 2005). Durante i pasti nel paziente disfagico si possono verificare inconvenienti fastidiosi e a volte pericolosi come la fuoriuscita di saliva e cibo dalla bocca, la tosse, il soffocamento; al fine di evitare situazioni imbarazzanti, il paziente può affrettare i pasti o evitarli del tutto. La disfagia è presente nei pazienti con ictus in misura variabile fra il 13% (lesione unilaterale) e il 71% (lesioni bilaterali o del tronco encefalico); oltre il 20% dei casi di infarto lacunare si associa a disfagia. Rispetto alle lesioni emisferiche, in generale l'ictus a carico del tronco encefalico è con maggiore frequenza associato a disfagia più grave (SPREAD, 2005).

La malnutrizione può rappresentare una conseguenza diretta della disfagia e questa situazione clinica è predittiva di prognosi sfavorevole. I dati di uno studio relativamente recente (The FOOD Trial Collaboration, 2005) evidenziano una differenza significativa per la condizione di disabilità grave e/o mortalità a 6 mesi tra coloro che all'ingresso in ospedale sono sovrappeso o malnutriti (17% vs 37%), conclusioni confermate da una revisione sistematica successiva (Milne et al., 2009). Cibi e liquidi possono passare attraverso la faringe in maniera impropria e, penetrando nelle vie aeree, provocare l'aspirazione di materiale estraneo con conseguente broncopneumopatia *ab ingestis*. L'aspirazione si manifesta attraverso sintomi come tosse, febbre intermittente e sviluppo di polmonite. Il 50% dei pazienti disfagici ha episodi di aspirazione, mentre il 30% sviluppa una polmonite *ab ingestis*. Le malattie polmonari possono essere associate a perdita di peso, cachessia e disidratazione, diventando così una potenziale causa di morte o di invalidità. La polmonite da aspirazione causa il 20% dei decessi tra i pazienti colpiti da ictus nel primo anno e il 10-15% dei decessi per ogni anno seguente (Perry et al., 2001).

Le caratteristiche cliniche che indicano la possibile presenza di disturbi della deglutizione sono: gravità dell'ictus (ridotto livello di coscienza, deficit motorio grave, disfasia, *neglect* ed emianopsia), età avanzata del paziente, stato confusionale, deficit del VII nervo cranico, difficoltà o incapacità di produrre una tosse volontaria, voce umida o gorgogliante dopo la deglutizione, segni di infezione polmonare, ridotta sensibilità faringea, disfonia, disartria, difficoltà a muovere la lingua e a chiudere le labbra. La combinazione e la gravità dei sintomi che caratterizzano la disfagia richiedono modifiche della gestione infermieristica e della dieta sin dal momento del ricovero.

L'incidenza stimata di disfagia nel tempo varia in base

a numerosi fattori, quali la definizione operativa di disfagia e i metodi usati per la sua valutazione. Il test di deglutizione dell'acqua ha esito positivo nel 61% dei casi entro 6 giorni dall'evento e nel 40% dei casi entro 7 giorni; la videofluoroscopia, invece, rileva una frequenza di disfagia del 65% entro 5 giorni e dell'80% entro 7 giorni. Di norma il tempo medio di recupero è una settimana; infatti il 50% dei pazienti presenta una regressione della disfagia dopo 7 giorni, anche se il recupero dipende dalle condizioni generali e dall'età (Perry et al., 2001).

In una revisione sistematica che ha selezionato 26 studi sulla valutazione della disfagia nell'ictus acuto (Perry et al., 2001), la videofluoroscopia è il test definito come *gold standard* nella valutazione diagnostica di tale disturbo. Nella pratica clinica vengono però utilizzati anche diversi altri approcci. Tra questi il test di Daniels, costituito da una scheda che raccoglie 6 fattori di rischio per la disfagia e che correla una elevata probabilità di disfagia alla presenza di 2 sintomi (Daniels et al., 1998). Altri metodi di valutazione si basano sul test dell'acqua, confrontato con la videofluoroscopia da DePippo e collaboratori (1992). Il test consiste nel tentativo da parte del paziente, seduto con il tronco eretto e il mento proteso in avanti, di deglutire 3 cucchiaini di acqua intervallati da un piccolo lasso di tempo, durante il quale il paziente viene invitato a parlare. In caso di successo, Smithard e collaboratori (1996) concludono la prova con la somministrazione di mezzo bicchiere di acqua (60 ml). Infine, Hinds e collaboratori (1998) aggiungono il rilevamento della storia anamnestica del paziente alla valutazione clinica.

La valutazione della disfagia, in questi termini, assume i caratteri di una pratica infermieristica molto delicata e decisiva al fine di impostare una dieta adeguata, addestrare il paziente e il *caregiver* sugli accorgimenti posturali da tenere e avviare una precoce riabilitazione. L'esistenza nella pratica clinica di una importante variabilità nella valutazione della disfagia ci ha stimolato a sperimentare una nuova procedura per accertare la presenza e la gravità del disturbo e ad analizzarne la riproducibilità in questo studio, condotto dal personale infermieristico affiancato dagli altri membri del gruppo multidisciplinare.

## MATERIALI E METODI

La variabilità tra gli operatori per quanto riguarda l'esito della valutazione della disfagia è un fattore importante da monitorare, che può essere ridotto mediante l'applicazione di procedure semplici e ripetibili e con un addestramento adeguato. Questo studio è stato realizzato partendo dall'esigenza di rilevare la concordanza nella valutazione della disfagia tra gli infermieri. Il turno infermieristico del Centro Ictus di Città della

Pieve è composto da 6 infermieri che si succedono nelle 24 ore. Ogni infermiere ha eseguito su pazienti consecutivamente ricoverati la valutazione della disfagia in cieco rispetto a un collega del turno successivo, che ripeteva la procedura entro poche ore dalla prima; i risultati delle valutazioni venivano riportati in apposite schede. I pazienti sono stati valutati al momento del ricovero e successivamente ogni qual volta il cambiamento delle condizioni cliniche poteva far sospettare la presenza di disfagia. Sono stati esclusi i pazienti che presentavano un ridotto grado di coscienza.

La procedura utilizzata prevedeva:

1. Valutazione dei fattori di rischio secondo la scheda di Daniels (Daniels et al., 1998):
  - disfonia
  - disartria
  - *gag reflex* anormale
  - incapacità di tossire volontariamente
  - tosse involontaria all'atto della deglutizione
  - cambiamento della voce (umida o gorgogliante).
2. Somministrazione del test dell'acqua nel modo seguente: con il paziente seduto eretto, si procedeva alla somministrazione per 3 volte consecutive di un cucchiaino di acqua (10 ml); nell'intervallo fra ogni tentativo, si prestava attenzione all'eventuale presenza di sintomi legati alla disfagia e si parlava con il paziente chiedendogli di riferire le sue sensazioni; la prova era sospesa se si manifestava una chiara difficoltà alla deglutizione, mentre in assenza di sintomi la prova veniva conclusa facendo bere al paziente 50 ml di acqua da un bicchiere (DePippo et al., 1992; Smithard et al., 1996).
3. Valutazione dei segni d'allarme sopra elencati, che determinavano la sospensione del test dell'acqua e che, con almeno 2 sintomi presenti, confermavano la diagnosi clinica di disfagia (Daniels et al., 1998).

L'esito di questa procedura fornisce gli elementi clinici necessari per distinguere 4 livelli di gravità della disfagia:

- assente: corretta deglutizione (implicazioni per la dieta: nessuna)
- lieve: voce gorgogliante dopo la deglutizione dei liquidi (implicazioni per la dieta: necessità di addensare i liquidi, consistenza succo di frutta)
- moderata: tosse o sintomi più gravi della voce gorgogliante alla deglutizione dei liquidi e dei solidi (implicazioni per la dieta: necessità di addensare i liquidi, consistenza gel)

**Tabella 1. Pesi assegnati nel calcolo dell'indice *K* di Cohen secondo il ragionamento clinico**

<i>Pesi assegnati</i>	Assente	Lieve	Media	Grave
Assente	1	0,8	0,5	0
Lieve	0,8	1	0,5	0,2
Media	0,5	0,5	1	0,2
Grave	0	0,2	0,2	1

- grave: impossibilità di deglutire liquidi e solidi (implicazioni per la dieta: nutrizione enterale).

Le schede compilate dagli infermieri sono state raccolte e riportate su un foglio di calcolo statistico (SPSS v. 12); i dati sono stati codificati in base alla presenza/assenza di disfagia e in base alla sua severità (assente, lieve, moderata o grave). Si è quindi proceduto alle analisi descrittive e al calcolo dell'indice *K* di Cohen, escludendo i casi in cui una delle valutazioni non era stata effettuata o l'intervallo di tempo superava le 12 ore. L'indice *K* è stato calcolato secondo 4 modalità per:

1. Valutare la riproducibilità dell'esito presenza/assenza di disfagia; in questo caso la matrice utilizzata è uguale a 2 x 2.
2. Valutare la riproducibilità dell'esito livello di gravità della disfagia per assente/lieve/media/grave; in questo caso la matrice utilizzata è uguale a 4 x 4 e non sono stati applicati pesi.
3. Valutare la riproducibilità dell'esito livello di gravità della disfagia per assente/lieve/media/grave; in questo caso la matrice utilizzata è uguale a 4 x 4 e sono stati applicati pesi dal programma statistico (peso lineare).
4. Valutare la riproducibilità dell'esito livello di gravità della disfagia per assente/lieve/media/grave; in questo caso la matrice utilizzata è uguale a 4 x 4 e sono stati applicati pesi secondo criteri di ragionamento clinico (**Tabella 1**).

I risultati sono stati interpretati secondo i cut-off di riferimento per il valore di *K* (Altman, 1991).

## RISULTATI

Sono stati selezionati 50 pazienti, ma i risultati si riferiscono a 67 coppie di valutazioni in quanto in 17 casi è

## GLOSSARIO

**Statistica *K* pesata** La statistica *K* pesata si applica a variabili di tipo ordinale allo scopo di discriminare i diversi gradi di accordo. Secondo questa logica, il disaccordo nell'attribuzione di un'unità a 2 categorie differenti è da ritenere minore se le 2 categorie di attribuzione sono confinanti; è invece via via maggiore quanto più le categorie sono distanti nella scala ordinale.

**Tabella 2.** Matrice 2 x 2 ottenuta dal risultato della valutazione della presenza o assenza di disfagia

<b>A</b>				
Presenza/assenza di disfagia		Valutazione secondo operatore		Totale
		No	Sì	
Valutazione primo operatore	No	37	2	39
	Sì	4	24	28
Totale		41	26	67

<b>B</b>		
Valore K	95% CI	Errore std.
0,814	0,672-0,956	0,072
N 67		

stato necessario ripetere la procedura sullo stesso paziente a causa di cambiamenti nelle condizioni cliniche. L'intervallo medio di tempo tra le valutazioni di ogni singola coppia è di 3 ore e 27 minuti, mentre la mediana è di 3 ore. Le valutazioni hanno dato esito positivo (concordanza dei risultati riportati) nel 44,8% dei casi. Rispetto alla presenza o assenza di disfagia si è rilevata una discordanza pari a 6/67 pazienti, mentre per il grado di severità attribuito alla disfagia la discordanza era di 11/67 pazienti. L'indice K di Cohen è stato calcolato nelle 4 modalità di valutazione sopra descritte. Per la riproducibilità dell'esito presenza/assenza di disfagia (Tabella 2) si è ottenuto un buon risultato, con un valore di K pari a 0,81 (95% CI 0,67-0,95). Di buon livello è anche la concordanza che si è riscontrata rispetto alla gravità della disfagia per le categorie assente/lieve/media/grave (Tabella 3), con K 0,63 (95% CI 0,46-0,80) senza l'applicazione di pesi. Lo stesso valore di K si è rilevato quando la scelta dei pesi è stata affidata a criteri di ragionamento clinico, mentre una maggiore concordanza è emersa applicando l'indice K "pesato", con K pari a 0,70 (Tabella 4).

## DISCUSSIONE

La valutazione della disfagia è decisiva per la gestione dell'ictus in fase acuta, poiché la disfagia può compor-

**Tabella 4.** Calcolo dell'indice K di Cohen sulla matrice 4 x 4 nelle varie modalità

Misura di accordo	Valore K	95% CI
K semplice	0,635	0,464-0,805
K pesato (pesi automatici)	0,703	-
K pesato (pesi clinici)	0,634	-
N 67		

tare malnutrizione o determinare polmonite *ab ingestis*, entrambe condizioni che aumentano il rischio di prognosi infausta. E' utile promuovere un confronto tra i diversi gruppi disciplinari che si occupano di ictus circa la scelta del metodo migliore da utilizzare per diagnosticare la presenza di disfagia, e per individuare il regime alimentare più appropriato in base alla gravità del disturbo. Occorre avere a disposizione un test efficace, semplice, facilmente applicabile, ripetibile e correlabile alla prognosi dei pazienti. È quindi necessario perfezionare procedure da effettuare al letto del malato, che possano essere applicate da qualunque professionista che lavora in questo campo. Tali procedure dovrebbero essere utilizzate precocemente, insieme alla valutazione neurologica iniziale, in modo che possano servire da screening per identificare i pazienti che richiedono un trattamento della disfagia.

Il metodo descritto in questo studio, che utilizza la scheda con 6 fattori di rischio di Daniels in combinazione con una forma completa di test dell'acqua (Daniels et al., 1998; Smithard et al., 1996), fornisce una valutazione clinica affidabile, veloce e di semplice esecuzione. Fornisce inoltre indicazioni pratiche riguardo alla dieta da somministrare al paziente, in particolare rispetto alla consistenza del cibo, modulabile in funzione di ogni peggioramento o miglioramento clinico.

Con la procedura adottata, nel gruppo di infermieri del Centro Ictus di Città della Pieve si è riscontrato un accordo molto buono per quanto riguarda l'accertamento della presenza o assenza di disfagia. L'accordo tra gli operatori è risultato inferiore rispetto alla valutazione

**Tabella 3.** Matrice 4 x 4 ottenuta dal risultato della valutazione della disfagia secondo il livello di gravità

Livelli di gravità della disfagia		Valutazione secondo operatore				Totale
		Assente	Lieve	Moderata	Grave	
Valutazione primo operatore	Assente	37	1	1	0	39
	Lieve	2	8	3	0	13
	Moderata	3	2	6	1	12
	Grave	0	0	1	2	3
Totale		42	11	11	3	67

della gravità del disturbo. E' possibile che ciò sia dipeso dalla diversa esperienza dei singoli infermieri. In tal senso è necessario un confronto all'interno del gruppo multidisciplinare, da cui emergano ulteriori precisazioni teoriche su una definizione operativa e comune del fenomeno della disfagia e dei livelli di gravità con cui si manifesta.

Si sottolinea infine come l'aggregazione del personale infermieristico attorno a un problema concreto, che riguarda l'assistenza per uno dei principali fabbisogni del paziente, abbia comportato un buon risultato da un lato nell'organizzazione della pratica clinica, dall'altro in termini di aumento della competenza metodologica.

### CONCLUSIONI

Utilizzando una procedura diagnostica che comprende sia la scheda dei fattori di rischio di Daniels sia un test di deglutizione dell'acqua, la valutazione della presenza di disfagia in pazienti con ictus è risultata altamente ripetibile. Deve essere invece ottimizzato l'accordo tra gli infermieri rispetto alla definizione dei livelli di gravità del disturbo, obiettivo che può essere raggiunto attraverso la discussione e il confronto. Il tema della disfagia è indubbiamente rilevante per l'infermieristica: sono necessari ulteriori studi al fine di validare test semplici e affidabili da applicare nella pratica clinica quotidiana.

### BIBLIOGRAFIA

- Altman DG (1991) *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall, London.
- Daniels SK, Brailey K, Priestly DH et al. (1998) *Aspiration in patients with acute stroke*. Arch Phys Med Rehabil, 79 (1), 14-9.
- DePippo KL, Holas MA, Reding MJ (1992) *Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke*. Arch Neurol, 49 (12), 1259-1261.
- Hinds NP, Wiles CM (1998) *Assessment of swallowing and referral to speech and language therapists in acute care*. Q J Med, 91 (12), 829-835.
- Milne AC, Potter J, Vivanti A et al. (2009) *Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.
- Perry L, Love CP (2001) *Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review*. Dysphagia, 16 (1), 7-18.
- Smithard DG, O'Neill PA, Parks C et al. (1996) *Complications and outcome following acute stroke. Does dysphagia matter?* Stroke, 27 (7), 1200-1204.
- SPREAD Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (2005) *Ictus cerebrale, linee guida italiane di prevenzione e trattamento*.
- The FOOD Trial Collaboration (2005) *Routine oral nutritional supplementation for stroke patients in hospital (FOOD): a multicenter randomised controlled trial*. Lancet, 365, 755-763.



## CONTRIBUTI

## L'esperienza del Gruppo Triage Toscano: dalla revisione degli algoritmi decisionali alla proposta di un metodo di lavoro

di *Giovanni Becattini (1), Marco Ruggeri (2), Stefano Bambi (3)*

(1) *Responsabile infermieristico di dipartimento, Dai Dea AOU Careggi Firenze*

(2) *Infermiere, Pronto soccorso - Dea, AOU Careggi Firenze*

(3) *Infermiere, Terapia intensiva di emergenza - Dea, AOU Careggi Firenze*

Il ruolo svolto dalle singole Regioni nel dar vita al Ssn si sta rivelando da anni molto significativo. Numerose sono le esperienze e le pubblicazioni che indicano come nelle diverse Regioni si operi con un'autonomia che ha dato luogo a importanti quanto, a volte, stridenti differenze. Questa situazione indica la necessità che i professionisti sanitari si organizzino per ottenere i migliori risultati possibili nel proprio contesto territoriale, mantenendo uno *strabismo* necessario affinché, anche attraverso le società scientifiche, l'intero sistema ne sfrutti i benefici valicando i confini locali. La nostra esperienza ci porta a pensare che il rafforzamento delle reti di collaborazione interprofessionale ed interdisciplinare all'interno delle singole Regioni sia condizione propedeutica alla costruzione di una rete più ampia, che comprenda tutto il Paese e ci apra verso il contesto europeo.

L'organizzazione dei sistemi di emergenza, territoriali e ospedalieri è forse uno dei settori dove le scelte delle singole Regioni hanno prodotto le maggiori differenze. In quest'ambito il *Gruppo Interaziendale Toscano Triage* (Gitt), nato su mandato dell'istituzione regionale, ha concorso a far sì che il Ssr toscano si caratterizzasse, tra le altre cose, per l'utilizzo di un sistema di triage, nei dipartimenti di emergenza, a 5 codici colore (Dgrt n. 736/2001), rispetto alla maggior parte delle realtà italiane, le quali utilizzano un sistema a 4 codici in base alla normativa nazionale vigente.

### Nascita e sviluppo del Gruppo Toscano Triage

Il Gitt fu costituito alla fine degli anni Novanta, coinvolgendo infermieri e medici che si occupavano di triage intraospedaliero nei presidi della Toscana, in modo da portare avanti un confronto serrato sul metodo e contemporaneamente condurre le attività di formazione, ricerca e verifica di qualità dei processi e degli esiti dell'attività di triage.

Nel 2007, rinnovando l'attenzione al sistema d'emergenza, la Giunta regionale della Toscana ha istituito un Osservatorio permanente dedicato, insediato presso l'Assessorato al diritto alla salute. All'interno delle attività dell'Osservatorio è stato attivato il progetto di miglioramento della qualità generale nei pronti soccorsi; un braccio del progetto è stato esplicitamente dedicato ai processi di triage. Il neonato gruppo di triage si è inserito nella precedente esperienza confermandone la caratteristica costitutiva: organizzare le attività di triage regionali attraverso incontri periodici, ottenendo la partecipazione di medici ed

infermieri esperti in triage, curando che il numero più alto possibile delle aziende sanitarie toscane fosse rappresentato e che in alcun modo un'intera Area vasta (tre in Toscana) fosse esclusa. Il nuovo corso ha portato il riconoscimento istituzionale e la nuova denominazione: *Gruppo Toscano Triage* (Gtt, Dd n. 2556 del 9/06/2008).

Uno degli obiettivi di rilievo formulati per il Gtt prevedeva l'omogeneizzazione degli algoritmi decisionali di triage per tutti gli ospedali del Ssr toscano: in effetti, da un'indagine regionale, era emersa una forte disomogeneità nelle distribuzioni delle assegnazioni dei codici colore tra un presidio e l'altro, non soltanto per la diversificazione del *case mix* delle persone giunte alla porta dell'ospedale, ma probabilmente ascrivibile agli algoritmi decisionali elaborati localmente e ad atteggiamenti difformi nei confronti della metodologia di triage.

### **Il percorso metodologico di revisione degli algoritmi decisionali di triage: obiettivo e strumenti**

Il processo di revisione degli algoritmi di triage ha visto inizialmente la discussione sulle *flowchart* di triage prodotte localmente nelle singole aziende, in modo da ottenere un gruppo di algoritmi rappresentativi dei problemi di presentazione più comuni, da diffondere mediante un programma sistematico di formazione di base e di *re-training* in triage di pronto soccorso. Il progetto formativo, rivolto a 1000 professionisti tra infermieri e medici, doveva essere portato a termine in circa 12 mesi.

I formatori del Gtt hanno quindi individuato come obiettivo primario, per garantire maggiore omogeneità nel processo di triage e quindi migliore equità verso i cittadini, la revisione degli algoritmi decisionali che dovevano essere necessariamente condivisi a livello regionale e successivamente adottati localmente con modalità non emendabili. Una volta enucleato il numero di sintomi di presentazione da ridiscutere e condividere, il primo problema che il Gtt si è trovato ad affrontare è stato quello di andare a rivedere il fondamento scientifico, l'accuratezza e l'attualità dei contenuti all'interno di ogni singolo algoritmo decisionale di triage, in particolare alla luce della letteratura rintracciabile.

A questo scopo sono stati incaricati dall'istituzione regionale 4 infermieri di comprovata esperienza in emergenza, pronto soccorso, attività di formazione universitaria nell'emergenza ed urgenza, con competenze in *evidence based practice*. L'incarico assegnato al team di revisori è stato delimitato da una cornice temporale estremamente ristretta (dicembre 2007-febbraio 2008). L'effettuazione delle revisioni si è svolta con un'agenda che ha previsto tre fasi, la prima delle quali è stata dedicata alla discussione della metodologia di ricerca da adottare, all'elaborazione di un format grafico di lavoro (**figura 1**) ed una legenda comune (**tabella 1**): ciò allo scopo di rendere più chiaro ed agile il lavoro a più mani che consisteva nella verifica, proposta di correzione o eliminazione di elementi decisionali, oltre all'eventuale suggerimento di nuove condizioni valutative emerse alla luce dello studio sul materiale recuperato dalla ricerca bibliografica.

Figura 1 – Format grafico per la revisione degli algoritmi di triage

**Legenda**

1. Linee guida originali (elaborate dal gruppo) in grassetto
2. Linee guida originali che hanno problemi o sono errate sulla base della revisione bibliografica in **grassetto e striato rosso** e lasciate nella loro posizione originale dell'algoritmo
3. Linee guida originali che hanno problemi o sono errate sulla base della revisione bibliografica e che vengono modificate nel contenuto e/o spostate dalla loro posizione originale dell'algoritmo in **grassetto e striato giallo**
4. Linee guida proposte dai revisori sulla base della ricerca bibliografica e quindi non contenute nel testo originale, rimangono in testo normale (né grassetto, né corsivo, né striato di alcun colore)
5. Le linee guida originali non referenziate da letteratura sono in **grassetto e striato azzurro**
6. Tutte le linee guida di cui ai punti 1,2,3,4 saranno referenziate e/o commentate con note a piè di pagina
7. I messaggi tra colleghi ai lavori (dubbi, commenti informali, precisazioni che non devono comparire nel testo etc...) vengono scambiati con la funzione commenti (nel menu revisione): una volta terminato il lavoro, i commenti andranno tutti eliminati!

**Titolo**

*Introduzione - epidemiologia*

*Patologie Correlate*

*Indicatori clinici di priorità*

*Flow chart - codifica di triage*

Codice	Descrittore
Rosso	
Giallo	
Verde	
Azzurro	
Bianco	

**Trabocchetti**

*Tabella di esplicitazione*

Definizione	Descrizione

**Referenze**

Tabella 1 – Descrizione delle sezioni del format grafico di lavoro

Legenda	Per il metodo comune da utilizzare nell'apportare le modifiche/correzioni agli elementi originali del documento
Titolo dell'algoritmo	
Introduzione –	Breve descrizione del problema principale/sintomo guida con alcune note di

<b>Epidemiologia</b>	epidemiologia
<b>Patologie correlate</b>	Quadri patologici che possono sottostare ad un determinato sintomo
<b>Indicatori clinici priorità</b>	Segni, sintomi e dati anamnestici di allarme caratteristici per quel problema principale
<b>Flow-chart/codifica di triage</b>	È costituita da una tabella a 2 colonne, di cui una per la codifica di triage e l'altra per i descrittori. Le 5 righe sono relative ai codici colore di assegnazione, cioè: rosso; giallo; verde; azzurro; bianco. Gli elementi decisionali sono stati corredati di citazioni bibliografiche e di note a pie' di pagina per presentare razionali significativi o considerazioni da porre all'attenzione del gruppo
<b>Trabocchetti</b>	Rilievo di alcune situazioni cosiddette fuorvianti/inusuali, o suggerimenti per migliorare la rilevazione ed analisi dei dati forniti dai pazienti
<b>Tabella di esplicitazione</b>	Terminologie presenti nell'algoritmo, che forniscono ulteriore supporto formativo/culturale circa il problema principale e il corredo clinico
<b>Referenze</b>	Bibliografia, resa in ordine di citazione nel testo

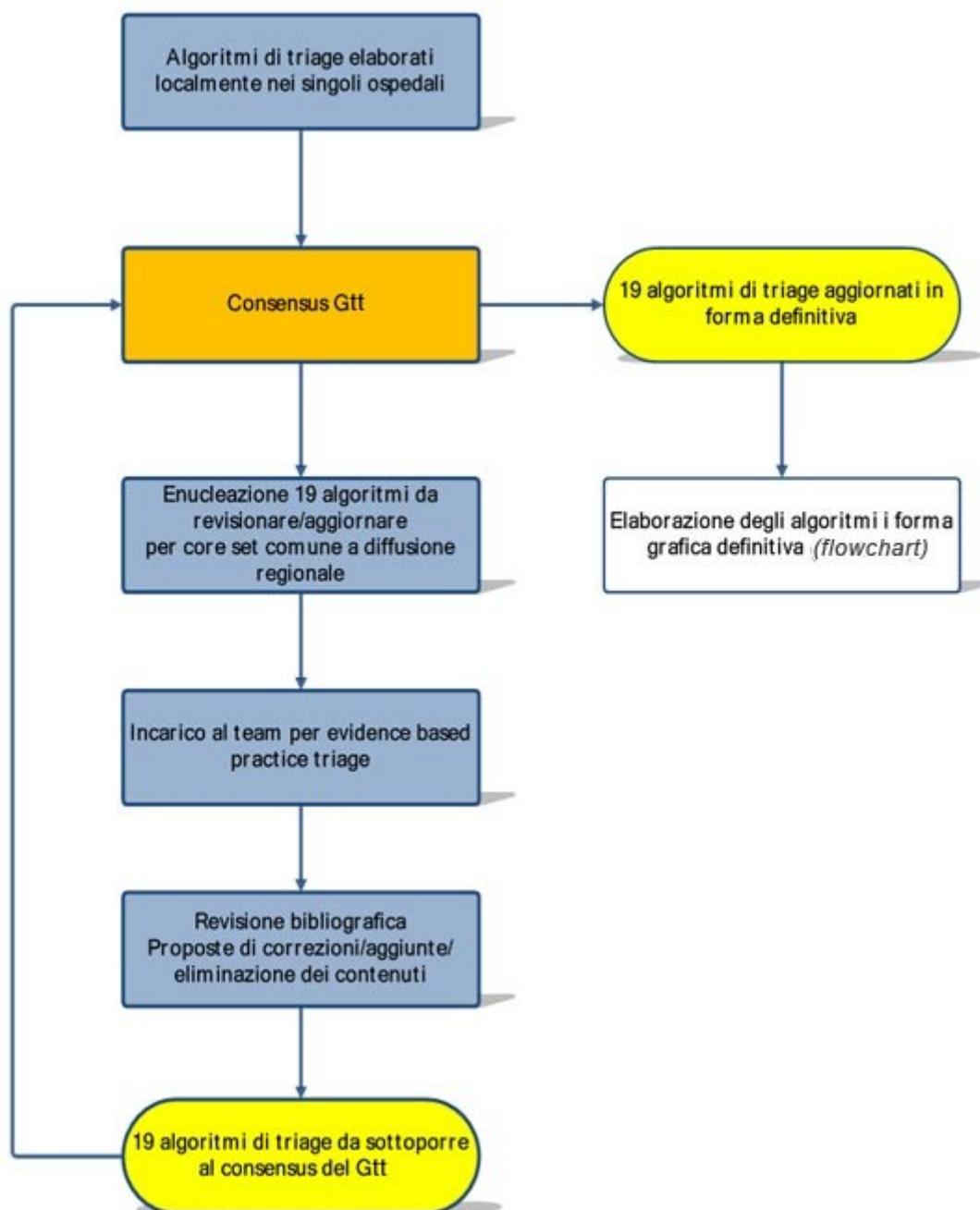
Successivamente, il metodo di lavoro concordato ha dato luogo alla ricerca di letteratura secondaria per la rilevazione delle evidenze scientifiche di più alto livello, cioè Linee guida, Metanalisi e Revisioni sistematiche. In assenza o ad integrazione di gap delle suddette fonti, sono state criticamente valutate e utilizzate alcune revisioni narrative ritenute sufficientemente adeguate a fornire razionali, oltre alla manualistica medico/infermieristica a disposizione dei revisori. In questa seconda fase del lavoro si è quindi valutato ogni elemento decisionale delle flowchart originali, alla luce dei contenuti presenti nella letteratura reperita.

Il limitato tempo a disposizione e le caratteristiche del lavoro richiesto hanno consigliato di non prendere in considerazione studi primari, a causa dell'enorme mole di lavoro che avrebbe comportato la raccolta, la critica e l'eventuale discussione a supporto del razionale dei singoli elementi decisionali presenti all'interno degli algoritmi di triage.

La ricerca delle fonti Ebm/Ebn è stata effettuata attraverso la consultazione di banche dati quali *Trip Database*, *National Guideline ClearingHouse*, *Scottish Intercollegiate Guideline Network*, *Nhs National Electronic Library for Health Guideline Finder*, il Piano nazionale Linee guida che contiene linee guida prodotte in lingua italiana; infine, quando necessario, *Medline* attraverso la maschera di *Pubmed*, prevalentemente per il reperimento di articoli di revisione di letteratura narrativa.

Infine, la terza fase operativa del lavoro ha visto il confronto diretto tra i revisori sugli elaborati in forma semidefinitiva, allo scopo di risolvere i dubbi e le incertezze emerse e trovare conferme e consenso sui contenuti consolidati, fornendo così ai documenti di lavoro la veste finale da inviare per il consenso definitivo al Gtt, come evidenziato nella **figura 2**.

**Figura 2** – Percorso di lavoro effettuato per la revisione degli algoritmi decisionali di triage



Il team di revisori ha operato senza consultare (e quindi citare) il materiale pubblicato dal Gruppo formazione triage (Gft), associazione che raccoglie medici e infermieri di diverse Regioni italiane, con sede nella Repubblica di San Marino. Questo approccio è stato concordato a prescindere dal condiviso apprezzamento di merito e metodo del lavoro del Gft, proprio per evitare possibilità di plagio anche involontario e, in seconda battuta, per coerenza con la filosofia che anima il gruppo toscano, orientata ai 5 codici colore e ad un processo decisionale elaborato e discusso originalmente tra i componenti stessi. In ultimo, l'atteggiamento di rigore tenuto nella revisione dovrebbe costituire una sorta di cartina al tornasole nel momento in cui il materiale rielaborato dal Gft verrà confrontato con quello prodotto dai colleghi del Gft e dalle altre realtà italiane, dando reciprocamente valore agli elementi comuni e offrendo spunti di confronto per quelli divergenti, in un ipotetico

percorso di ricerca di coerenza dell'intero sistema nazionale di triage.

### Risultati

Gli algoritmi di triage revisionati dal team sono 19, le ore necessarie a portare a termine il lavoro sono state 201, le fonti di letteratura, selezionate per citazione, sono state 79 (**tabella 2**).

**Tabella 2** – Algoritmi di triage sottoposti a revisione di letteratura ed ore di lavoro effettuate

Algoritmo	Ore lavoro	Linee guida	Revisioni di letteratura	Capitoli di manualistica	Siti internet specialistici
Cefalea	10		3	7	1
Dispnea	12	2	5	6	1
Disturbo neuro focale	12	6		4	1
Dolore addominale	8	2		4	1
Mal di schiena/dolore lombare	12	2		8	
Dolore toracico	3	3	4	2	1
Emorragia digestiva	8	3	1	3	
Ferite	10	1	2	5	2
Intossicazione acuta	8			9	1
Manifestazioni cutanee	6	1	2	3	
Palpitazioni	6		3	4	
Perdita di coscienza	14	3	1	5	
Trauma addominale	8	2		5	
Trauma arti	16		3	8	2
Trauma cranico	6	3		3	
Trauma toracico	6		2	7	1
Trauma vertebrale	10	1	3	5	
Ustioni	8	3		5	3
Vertigini	14		3	5	3
<i>Confronto tra revisori</i>	24				
<b>Totale</b>	<b>201</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>99</b>	<b>117</b>

È stata inoltre prodotta una relazione tecnica su tutto il percorso di lavoro effettuato, corredandola anche di elementi di incertezza e ambiguità la cui soluzione è stata rimandata alla consensus del Gtt, in particolare relativamente all'attribuzione di semantiche condivise relative agli aggettivi temporali utilizzati (per esempio a quante ore far corrispondere il termine acuto), alla relazione tra intensità del dolore e corrispondente assegnazione del codice colore ed infine alla chiara definizione della terminologia medica utilizzata.

La maggior parte delle linee decisionali originarie ha trovato un razionale nella letteratura scientifica reperita. Alcune di queste sono state integrate nella loro espressione con elementi nuovi ricavati dalla consultazione degli articoli e dei manuali a disposizione. Frequentemente sono emersi elementi inediti rispetto alle *flowchart* originarie e sono stati tradotti in proposte di linee decisionali. Solo in rare occasioni è stata proposta l'eliminazione di elementi decisionali e sempre quando accompagnata da un forte razionale presente nella letteratura esaminata.

Gli algoritmi decisionali, le *flowchart* e l'intero sistema di triage hanno ricevuto, al termine del percorso, la validazione normativa regionale (Dgrt n. 446 del 31/03/2010).

### **Discussione**

Il lavoro effettuato dal team di revisori si è dimostrato complicato, come era lecito attendersi, dall'indisponibilità di fonti con prove di efficacia relative alla pratica del triage su ogni singolo sintomo guida/problema principale.

Questo ostacolo è facilmente spiegabile dal fatto che l'espressione della ricerca scientifica presente è prevalentemente incentrata sui quadri patologici; in effetti deve essere anche considerato il fatto che sotto ogni sintomo guida si celano frequentemente molteplici e complesse patologie.

L'altro elemento di difficoltà nella conduzione del lavoro è derivato dal fatto che, all'interno degli articoli e dei testi esaminati, non viene mai indicata la priorità di visita da dedicare a determinate sintomatologie con altri segni associati o fattori di rischio che ne aumentano il peso di potenziale gravità o evoluzione sottostante. Questo si è rivelato ancor più vero per quanto riguarda l'individuazione di condizioni a bassa priorità, determinando non poche perplessità nel verificare ed eventualmente proporre nuove condizioni valutative validate.

D'altronde, risulta chiaro come la letteratura medica, che utilizza una chiave di lettura prevalentemente diagnostico-terapeutica, sia raramente improntata all'individuazione delle priorità o correlazione di segni e sintomi di presentazione con il grado di compromissione delle funzioni vitali o di rischio del paziente. Questo ha prodotto problemi analoghi quando si è tentato di allocare nel giusto codice tutte le nuove proposte di linee decisionali emerse dallo studio eseguito e che non erano state in alcun modo considerate dal gruppo di triage nel momento dell'elaborazione delle *flowchart* originali.

### **Conclusioni**

Il percorso presentato evidenzia due aspetti-chiave conclusivi, uno riferito alla revisione degli algoritmi decisionali, l'altro relativo allo sviluppo, in buona parte collegato, delle attività del Gtt.

Il processo di revisione degli algoritmi decisionali ha determinato, a sua volta, due elementi di crescita scientifica professionale: il primo relativo al fatto che, nonostante la revisione bibliografica non abbia fatto emergere numerose e qualificate fonti di evidenze scientifiche a supporto degli algoritmi di triage, i contenuti dei passaggi decisionali ne sono comunque usciti aggiornati e rivisti. Il secondo, forse ancora più importante, è stato il passaggio ad un approccio scientifico anche della materia relativa al triage in dipartimento di emergenza, dando forza ad un metodo basato sulla ricerca, la critica e la condivisione,

collegati in un unico *loop* che rafforza, anche in assenza di forti prove di efficacia, il razionale alla base dell'operato dell'infermiere alla porta dell'ospedale.

Metodo e materiali usati nel lavoro di revisione hanno permesso di fornire significato scientifico a tutto il lavoro del gruppo, nonché fornire ulteriori elementi di discriminazione nell'elaborazione degli algoritmi di triage. Gli algoritmi così costruiti possono permettere l'omogeneizzazione dei linguaggi e della pratica clinica tra i colleghi infermieri dei vari pronti soccorsi sul territorio toscano, andando a rivestire una forte valenza medico-legale, grazie ai contenuti aggiornati e condivisi dal gruppo. Ne è derivata maggior sicurezza per operatori ed utenti, anche a fronte di casi di *malpractice* sanitaria e alla necessità di mettere in campo, mediante un'opportuna e oculata gestione del rischio, il governo clinico. Inoltre possono permettere il confronto con altre metodologie e filosofie di triage presenti a livello nazionale ed internazionale, gettando le basi per un solido lavoro di verifica di qualità e istituzione di standard non solo su base locale.

Le attività del Gtt hanno quindi previsto che tra febbraio e marzo 2008 si svolgessero gli incontri di consenso per rendere definitivi i contenuti degli algoritmi di triage revisionati dopo ricerca bibliografica e discussione del gruppo dei revisori. Subito dopo, gli algoritmi di triage sono stati elaborati graficamente sottoforma di *flowchart*. Nel mese di aprile 2008 è iniziata la formazione al re-training di triage, seguita il mese successivo dal corso di formazione base e dalla stampa e diffusione per tutti gli operatori di triage di un manuale tascabile con le *flowchart*.

A partire dalla seconda metà del 2009 il Gtt, dopo aver concluso l'attività di aggiornamento/formazione di oltre 800 operatori, ha iniziato una fase di *auditing* sull'appropriatezza della codifica al triage secondo i contenuti delle *flowchart* aggiornate. All'interno delle consuete riunioni mensili del Gtt è stato previsto uno spazio per la discussione di casi riportati dai componenti alla stregua dell'*incident reporting*. Periodicamente saranno valutati i report forniti dal sistema informativo regionale sull'andamento, aggregato e per singolo Pronto soccorso, delle codifiche di triage della Regione e sugli esiti da pronto soccorso. Inoltre sarà condotta la nuova edizione della survey denominata *Tuscany Triage Day*, all'interno della quale, attraverso la raccolta delle schede di triage redatte nelle 24 ore individuate, si opererà, localmente e per piccoli gruppi, alla loro analisi critica in ottica di osservazione qualitativa del dato. Questa iniziativa si è già dimostrata in passato a forte valenza auto-formativa. Attraverso il percorso finora delineato, il 2010 ha visto un nuovo appuntamento per l'aggiornamento bibliografico e metodologico degli algoritmi di triage.

Il Gtt ha infatti maturato la convinzione che l'esperienza di questi anni, i progressi svolti in altre significative realtà nazionali e l'avvio della sperimentazione regionale del *See and Treat* richiederanno una revisione del sistema di triage che ottenga, auspicabilmente, la ricerca di condivisione nazionale.

L'esperienza del Gtt rappresenta quindi un esempio dei risultati ottenibili quando professionisti ed istituzioni collaborano. La sinergia virtuosa tra istituzione e professionisti, all'interno del gruppo multiprofessionale, evidenzia il ruolo degli esperti, come pure il valore aggiunto costituito dalla capacità di attivare contributi selezionati per validare e sviluppare il miglioramento continuo del prodotto di gruppo e quindi la ricaduta sugli assistiti.

Per ricevere la bibliografia di riferimento usata per la redazione degli algoritmi decisionali Gtt scrivere a:

**[g.becattini@usl7.toscana.it](mailto:g.becattini@usl7.toscana.it)**

### **Ringraziamenti**

Si ringraziano Enrico Lumini, Giancarlo Berni, Alessandro Rosselli, Marina Cappugi e tutti gli operatori del Gtt.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Valdez AM, So much to learn, *so little time: educational priorities for the future of emergency nursing*, Adv Emerg Nurs J. 2009 Oct-Dec;31(4):337-53
- Forsgren S, Forsman B, Carlström ED, *Working with Manchester triage - job satisfaction in nursing*, Int Emerg Nurs. 2009 Oct;17(4):226-32. Epub 2009 Jun 5
- Tolson D, McIntosh J, Loftus L, Cormie P, *Developing a managed clinical network in palliative care: a realistic evaluation*, Int J Nurs Stud. 2007 Feb;44(2):183-95. Epub 2006 Jan 19
- Xyrichis A, Lowton K, *What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review*, Int J Nurs Stud. 2008 Jan;45(1):140-53. Epub 2007 Mar 26
- Hamm JR, *How to overcome triage barriers*, J Emerg Nurs. 2008 Jun;34(3):241-2
- Bambi S, Ruggeri M, Lumini E, Becattini G, *“La metodologia del triage. Verso la standardizzazione degli algoritmi decisionali nel Pronto soccorso”*, Salute e Territorio 2009;173:91-94
- Agosti A, *“Gruppo di lavoro e lavoro di gruppo, Aspetti pedagogici e didattici”*, Franco Angeli editore 2006 – 2009



## CONTRIBUTI

## Cos'è e come si può misurare la sorveglianza infermieristica? Alcuni spunti dal dibattito internazionale sull'argomento

di Carlo Orlandi

Servizio infermieristico, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano  
orlandi.carlo@hsr.it

Nel 2009 è apparso sulla rivista *Research in Nursing & Health* un articolo molto interessante di Kutney-Lee, Lake e Aiken. L'articolo riporta i dati di uno studio che è stato condotto su un campione casuale di 9.232 infermieri di 174 ospedali dello Stato della Pennsylvania. Il tema è quello della sorveglianza infermieristica, definito dalle stesse Autrici come "un processo attraverso il quale gli infermieri monitorano, valutano e agiscono sugli indicatori emergenti di un cambiamento nelle condizioni dei pazienti. I componenti di questo processo includono: l'osservazione e l'accertamento continui, il riconoscimento, l'interpretazione dei dati clinici e il processo di assunzione di decisioni".

Il processo di sorveglianza, enunciato in questi termini, sembra racchiudere, in sintesi, molti degli elementi che contraddistinguono la specificità della nostra professione. Le stesse Autrici affermano nell'articolo che la sorveglianza è "una delle principali e vitali funzioni degli infermieri".

Ma questo contributo è interessante anche per altri aspetti: per esempio, tratta della competenza e dell'eccellenza nel lavoro dell'infermiere (Benner, 1984), delle dotazioni organiche (*staffing* [1]) e del contesto organizzativo nel quale operano gli infermieri, per giungere ad analizzare le ricadute di questi tre argomenti sui risultati attesi dai servizi sanitari (es. sui salvataggi mancati [2], sulle infezioni contratte durante la degenza e sulle morti inattese).

Il tema centrale dell'articolo è la **sorveglianza**. Questo concetto ha molteplici significati nel mondo sanitario. Il più familiare è relativo al monitoraggio degli indicatori di carattere epidemiologico. Gli infermieri possono essere coinvolti nella sorveglianza sanitaria di popolazioni attraverso attività quali gli screening della pressione arteriosa o dei livelli glicemici nel sangue, che possono essere svolti durante manifestazioni o all'interno di studi epidemiologici. C'è però un altro significato di sorveglianza, al quale fanno riferimento le Autrici, e che serve a inquadrare meglio il tema dell'articolo e a dare sostegno alla definizione di sorveglianza proposta. Dougherty (1999) definisce questo tipo di sorveglianza come "l'applicazione di processi cognitivi e comportamentali nella raccolta sistematica di informazioni utilizzata per esprimere giudizi e previsioni sullo stato di salute di una persona" (p. 524). Inoltre, nella famosa *Classificazione degli interventi infermieristici* (*Nursing Interventions Classification*, NIC) la sorveglianza è definita come "la continua e finalizzata acquisizione, interpretazione e sintesi dei dati dei pazienti per la presa di decisioni clinica" (McCloskey e Bulechek, 1996, p. 632).

Come già visto nella definizione posta all'inizio, le Autrici individuano cinque elementi costitutivi della sorveglianza e ne danno queste spiegazioni:

- *osservazione e accertamento continui*. La dimensione temporale è una componente critica della sorveglianza (Dougherty, 1999). La sorveglianza differisce dall'accertamento in quanto la prima è una pratica continua che si prolunga nel tempo, mentre l'accertamento si riferisce spesso a un momento preciso nel tempo;
- *riconoscimento (recognition)*. Una componente fondamentale della sorveglianza è l'abilità degli infermieri di riconoscere le condizioni dei pazienti che deviano da un range di normalità. L'abilità di riconoscere e di "leggere la situazione" richiede conoscenze professionali, competenza (*expertise*) ed esperienza. L'abilità (*skill*) è facilitata dalla capacità dell'infermiere di ricordare esperienze precedenti o situazioni analoghe e di rispondere ad esse (Benner & Tanner, 1987)[3];
- *interpretazione*. Dopo aver osservato e riconosciuto un'alterazione, l'infermiere interpreta e sintetizza questa informazione nel contesto del paziente e della situazione, contando molto sul pensiero critico e sul giudizio clinico. Il pensiero critico implica un atteggiamento di ricerca scettica (*skeptical inquiry*) così come un'abilità intellettuale (Kenney, 1995). Tanner et al. (1993) hanno definito il giudizio clinico come "l'applicazione della conoscenza formale e della teoria alla comprensione, da parte dell'infermiere, dei pazienti nel contesto di una data situazione";
- *processo di presa di decisioni (decision making)*. Dopo aver raccolto e interpretato i dati sui pazienti, l'infermiere prende la decisione se continuare il monitoraggio o se agire in base agli indicatori di un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente. Molti ricercatori (Kramer et al., 2007, Kramer e Schmalenberg, 2004, Pearson et al., 2000) hanno riportato l'importanza del *decision making* infermieristico indipendente per la qualità dell'assistenza che ricevono i pazienti. Spesso le decisioni possono essere influenzate da fattori organizzativi e ambientali, come la disponibilità di risorse e l'ambiente di attività infermieristica (*Nurse practice environment*). Su quest'ultimo concetto ritorneremo più avanti.

La parte centrale dell'articolo individua cinque variabili (*staffing*, formazione, competenza clinica, anni di esperienza e ambiente dell'attività infermieristica) che possono essere misurate per costruire un *profilo della capacità di sorveglianza*, che può essere utilizzato per stimare la capacità di sorveglianza delle organizzazioni sanitarie. In buona sostanza, le Autrici sostengono che, misurando i valori delle cinque variabili, può essere stimato se un ospedale ha una buona capacità di sorveglianza nei confronti delle persone degenti.

In sintesi, le caratteristiche delle variabili, così come sono spiegate dalle Autrici, possono essere così riassunte:

- *composizione dello staff (staffing)*. È stato evidenziato scientificamente che il numero di infermieri presenti nello staff è associato ai risultati attesi sui pazienti (Aiken et al., 2002; Mark et al., 2004; Needleman et al., 2002, per quest'ultimo articolo si suggerisce la traduzione italiana in *Management Infermieristico*, 2005, 2, 14). Per esempio, Aiken et al. (2002) hanno dimostrato un aumento del rischio di mortalità a 30 giorni, così come un aumento del rischio di salvataggio mancato per i pazienti chirurgici negli ospedali con un basso rapporto infermiere per paziente;
- *formazione*. Oltre allo *staffing*, i ricercatori hanno puntato la propria attenzione sulle caratteristiche della formazione degli infermieri come predittori dei risultati attesi sui

pazienti (Aiken et al., 2003; Estabrooks et al., 2005; Tourangeau et al. 2007). Aiken et al. (2003) hanno rinvenuto tassi significativamente più bassi di mortalità entro 30 giorni e di salvataggio mancato in pazienti chirurgici negli ospedali con alti rapporti di infermieri laureati rispetto a quelli diplomati[4]. I ricercatori sostengono che la formazione universitaria sia in relazione diretta con le abilità di pensiero critico e di giudizio clinico degli infermieri, che sono essenziali per la sorveglianza dei pazienti (Aiken et al., 2003; Young et al., 1991);

- *competenza clinica (expertise)*. In un lavoro autorevole, Benner e Tanner (1987) hanno esplorato la relazione fra la competenza e lo stile della pratica degli infermieri e hanno dimostrato come gli infermieri competenti sviluppino l'intuizione, una caratteristica molto efficace del processo di sorveglianza. Gli infermieri competenti sono in grado di riconoscere situazioni con caratteristiche comuni e di correlare la situazione clinica corrente all'esperienza passata, di integrare la conoscenza della malattia del paziente con il suo contesto di vita e sono esperti nelle loro aree specialistiche. Quindi, gli infermieri competenti sono in grado di percepire immediatamente le modificazioni nelle condizioni cliniche dei pazienti e di intervenire per prevenire gli eventi avversi (Christensen e Hewitt-Taylor, 2006; Houser, 2003);
- *anni di esperienza*. L'esperienza è necessaria per acquisire competenza, ma i due aspetti non sono necessariamente interscambiabili (Christensen e Hewitt-Taylor, 2006; Houser, 2003). Il numero di anni di esperienza, tuttavia, espone l'infermiere a condizioni dei pazienti e a scenari clinici talmente differenti da contribuire allo sviluppo della conoscenza, delle abilità tecniche e del pensiero critico (Benner, 1984). Le ricerche che collegano l'esperienza ai risultati attesi sui pazienti non sono ancora numerose, tuttavia i risultati esistenti sono promettenti. Per esempio, Tourangeau et al. (2002) hanno dimostrato che ogni anno in più di esperienza è associato con 6 morti in meno all'anno ogni 1.000 pazienti dimessi. In un altro studio, i servizi con infermieri con più anni di esperienza mostrano tassi inferiori di errori per le terapie e gli eventi avversi (Blegan et al., 2001);
- *ambiente di attività infermieristica (Nurse practice environment)*. È questo uno degli aspetti più innovativi dell'articolo. Il *Nurse practice environment* si riferisce alle caratteristiche del contesto organizzativo nel quale si svolge l'attività degli infermieri e viene definito da Lake come "le caratteristiche di un ambiente di lavoro che facilitano od ostacolano l'attività professionale dell'infermiere" (Lake, 2002, p. 178). Su questo argomento, al *Center for Health Outcomes and Policy Research* della facoltà di Nursing dell'Università della Pennsylvania a Filadelfia, sta lavorando da anni un team coordinato da Linda Aiken e Eileen Lake. Una delle tesi sostenute dalle Autrici nel loro articolo è, infatti, che l'ambiente dell'attività infermieristica influenzi in modo diretto la capacità di sorveglianza del personale infermieristico. Eileen Lake ha sviluppato nel 2002 una scala per valutare l'entità di cinque macro aree che compongono il *Nurse practice environment*. La scala si chiama PES-NWI (Lake, 2002) e comprende cinque macro aree: la partecipazione degli infermieri alle questioni ospedaliere; le basi infermieristiche per la qualità dell'assistenza; l'abilità, la capacità di leadership e il supporto dei manager infermieristici nei confronti degli infermieri; l'adeguatezza degli staff e della disponibilità di risorse e le relazioni collegiali fra infermieri e medici.

Come avrete sicuramente notato, le Autrici, parlando di competenza clinica dell'infermiere, citano l'importantissimo lavoro di Benner (1984, trad. it. del 2002), che ha individuato le caratteristiche distintive della competenza e dell'eccellenza infermieristiche. Nello studio che compare nell'articolo, le ricercatrici cercano di dimostrare che tanto più è alta la

competenza e l'eccellenza degli infermieri, tanto più elevata è la loro capacità di sorveglianza e tanto meno frequenti sono gli eventi avversi che possono accadere. Per fare un esempio di quanto affermato, nell'articolo compare un'esperienza diretta di Benner (1984, p.126) che cita: "una volta un infermiere responsabile (*charge nurse*) durante uno dei suoi "giri" entrò in una stanza di degenza e notò immediatamente un'infusione endovenosa di lidocaina che aveva montato un macro-gocciolatore invece di un micro. Gli infermieri dei due turni precedenti, compresi un infermiere di rinforzo (*floating*) e un neolaureato, non associarono la letargia del paziente con il sovradosaggio del farmaco. L'infermiere responsabile, la cui sorveglianza fu eccellente, fece un tentativo di salvare la situazione arrestando l'infusione, ma l'effetto della sorveglianza collettiva dei diversi infermieri nel tempo contribuì al successivo arresto cardiaco del paziente e alla sua morte". Nell'articolo questo esempio serve anche a fare delle riflessioni sul significato collettivo della sorveglianza, che è il risultato sia di interventi erogati da molti infermieri nel corso del tempo, così come di interventi di singoli infermieri

Per arrivare ai dati scientifici emersi nello studio riportato dall'articolo, dobbiamo ricordare un ulteriore aspetto dell'analisi svolta dalle Autrici, che si riferisce al carico di lavoro degli infermieri, perché è del tutto intuitivo che meno infermieri sono presenti nel servizio e minori saranno le attività di sorveglianza che potranno essere messe in atto. Nell'articolo è preso in considerazione il parametro del rapporto infermiere-numero di pazienti assistiti quale indicatore di *staffing*. I dati citati nello studio si riferiscono a infermieri che lavorano in ospedali per acuti e in servizi di degenza ordinaria, ad esclusione quindi delle aree critiche.

I dati ricavati dallo studio, relativo a ben 174 ospedali, sulle variabili della capacità di sorveglianza infermieristica, mostrano che il carico di lavoro medio per tutti gli ospedali è superiore ai cinque pazienti per infermiere (5,52). In media, un terzo degli infermieri ospedalieri possiede almeno una laurea quadriennale (*baccalaureate degree*), ha almeno tredici anni di esperienza e si assegna un valore tra *competente* e *abile* per la propria competenza clinica (la scala di valori era: "principiante avanzato, competente, abile ed esperto, con un punteggio numerico ad ogni valore da 1 a 4).

I dati provenienti da ciascuno dei 174 ospedali sono stati ordinati e poi aggregati per decili. Gli infermieri negli ospedali classificati nel decile più alto assistono approssimativamente due pazienti in meno degli infermieri nel decile più basso della capacità di sorveglianza (4,61 contro 6,72, rispettivamente). Più del 40% degli infermieri negli ospedali meglio classificati ha un livello formativo universitario (*bachelor degree*), contro il 20% degli infermieri nel decile più basso. La competenza clinica stimata è pressoché paragonabile, con valori leggermente più alti negli ospedali meglio classificati (2,89 contro 2,69, rispettivamente). Gli infermieri degli ospedali nel decile più alto della capacità di sorveglianza hanno anche più anni di esperienza rispetto a quelli degli ospedali del livello più basso (14,44 contro 12,62, rispettivamente). Gli infermieri degli ospedali nel decile più alto della capacità di sorveglianza valutano l'ambiente dell'attività infermieristica in modo più favorevole rispetto a quelli degli ospedali del livello più basso. Le differenze nelle medie fra tutte e cinque le sottoscale del PES-NWI sono considerevoli. Le maggiori differenze fra i decili si sono osservate nella voce "Adeguatezza dell'organico e delle risorse" (2,56 contro 1,87, rispettivamente, dove i numeri rappresentano il grado maggiore o minore di percezione dell'adeguatezza da parte degli infermieri [5]).

In conclusione, possiamo fare alcuni commenti: il confronto con la produzione scientifica di altri Paesi serve per comprendere quali siano i temi di interesse a livello internazionale. Il tema delle ricadute in termini di risultati sanitari (quali i salvataggi mancati, le infezioni e la mortalità) di parametri quali le quantità di infermieri presenti, i livelli formativi, le caratteristiche organizzative dell'ambiente di lavoro è senz'altro un tema molto dibattuto e analizzato. Un altro spunto di riflessione è osservare che anche negli Stati Uniti esistono problemi analoghi ai nostri, quali quello della disomogeneità della formazione o della criticità del rapporto infermieri-pazienti.

L'insegnamento che possiamo trarre da questo confronto è che i dati presentati in analisi come quella citata nell'articolo sono molto stimolanti per il nostro Paese, perché le ricerche analoghe sono ancora sporadiche: abbiamo a disposizione dati nazionali, per esempio, sul numero di pazienti assistiti mediamente per turno (nell'articolo è riportato il dato di 5,52 pazienti assistiti da un infermiere in media per turno, e da noi?), sulla composizione degli staff (infermieri laureati rispetto a infermieri con diploma regionale, rispetto a OSS) e sulle ricadute in termini di *outcome* (mortalità e infezioni rispetto a dotazioni di organici)?

Probabilmente i tempi sono ormai maturi per dare avvio ad analisi approfondite delle condizioni organizzative del lavoro degli infermieri nei nostri ospedali e sulle ripercussioni di tali elementi sugli esiti clinici.

## Note

**[1]** In inglese le caratteristiche degli organici si riassumono col termine *staffing*, termine che comprende in sé le determinanti qualitative e quantitative degli stessi organici.

**[2]** Salvataggio mancato (*Failure to rescue*). È un indicatore messo a punto dalla AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) per studi sulla qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria. Utilizza i codici ICD9CM delle Schede di dimissioni ospedaliere. Questo indicatore dà una misura di come le organizzazioni sanitarie rispondono ad alcuni eventi che accadono ai pazienti durante la degenza, quali la polmonite, lo shock, l'arresto cardiaco, l'emorragia gastroenterica, la sepsi e la trombosi venosa profonda. Lo scopo è di individuare i pazienti per i quali vi è un ritardo nella diagnosi o nella terapia di una delle complicanze identificate fra quelle per le quali una maggior efficacia delle prestazioni sanitarie e la tempestività d'azione potrebbe ridurre il rischio di morte. Viene utilizzato come indicatore di screening, in quanto risente di numerose variabili fra cui: l'accuratezza e gli stili di codifica, la gravità del paziente e le patologie da cui è affetto, per cui a volte è inevitabile il decesso, la qualità della documentazione sanitaria (ministero della Salute: <http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=267&menu=sicurezza>, ultimo accesso il 3 aprile 2011, NdT).

**[3]** I termini inglesi di *expertise* e *skill*, utilizzati da Benner e Tanner, sono stati tradotti rispettivamente con "competenza" e "abilità" in accordo con la traduzione italiana del testo di Benner, "L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere" a cura di C. Calamandrei e L. Rasero, Milano, McGraw-Hill, 2003.

**[4]** Nel testo originale si fa spesso riferimento agli Infermieri Registrati (Registered Nurse) per indicare gli infermieri che possono legalmente esercitare la propria attività professionale negli Stati Uniti e in Canada. Il percorso per diventare un RN negli Stati Uniti prevede varie possibilità di durata e di sede formativa: il minimo è un diploma degree, un

corso di due o tre anni svolto nei maggiori ospedali, poi si passa all'associate degree, un corso di tre anni svolto in un college universitario, per passare infine al baccalaureate degree, un corso di quattro anni svolto in sede universitaria, che rilascia il titolo di Bachelor of Science in Nursing (BScN). Nell'articolo si auspica che gli RN abbiano almeno il titolo di BScN, perché questo si traduce in migliori risultati clinici sui pazienti.

**[5]** L'ambiente dell'attività infermieristica è stato misurato utilizzando gli indicatori PES-NWI (Lake, 2002). Il sistema PES-NWI comprende 31 voci che utilizzano una scala tipo Likert a quattro punti (completamente d'accordo, parzialmente d'accordo, parzialmente in disaccordo, completamente in disaccordo) per valutare le percezioni degli infermieri sulle caratteristiche organizzative nel proprio ospedale.

## BIBLIOGRAFIA

- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., "Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings", *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14, 5-13.
- Aiken L.H., Clarke S.P., Cheung R.B., Sloane D.M., Silber J.H., "Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality", *JAMA*, 2003, 290, 1617-1623.
- Benner P., *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Addison-Wesley Publishing, 1984, Traduzione italiana: *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere*, a cura di Calamandrei C. e Rasero L., Milano, McGraw-Hill, 2003.
- Benner P., Tanner C., "Clinical judgment: How expert nurses use intuition", *American Journal of Nursing*, 1987, 87, 23-31.
- Blegan M.A., Vaughn T., Goode C.J., "Nurse experience and education: Effect on quality of care", *Journal of Nursing Administration*, 2001, 31, 33-39.
- Christensen M., Hewitt-Taylor J., "From expert to tasks, expert nursing practice redefined?", *Journal of Clinical Nursing*, 2006, 15, 1531-1539.
- Dougherty C.M. "Surveillance". In: Bulechek G.M. e McCloskey J.C. (a cura di), *Nursing interventions: Effective nursing treatments*, (3a ed., pp. 524-533), Philadelphia, Saunders, 1999
- Estabrooks C.A., Midodzi W.K., Cummings G.G., Ricker K.L., Giovannetti P., "The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality", *Nursing Research*, 2005, 54, 74-84.
- Houser J., "A model for evaluating the context of nursing care delivery", *Journal of Nursing Administration*, 2003, 33, 39-47.
- Kenney J.W. "Relevance of theory-based nursing practice". In: Christensen P.J. e Kenney J.W. (a cura di), *Nursing process, Application of conceptual models*, (4a ed., pp. 3-17), St. Louis, Mosby, 1995.
- Kramer M., Maguire P., Schmalenberg C.E., Andrews B., Burke R., Chmielewski L. et al., "Excellence through evidence: Structures enabling clinical autonomy", *Journal of Nursing Administration*, 2007, 37, 41-52.
- Kramer M., Schmalenberg C., "Development and evaluation of essentials of magnetism tool", *Journal of Nursing Administration*, 2004, 34, 365-378.
- Kutney-Lee A., Lake E.T., Aiken L.H., "Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile", *Research in Nursing & Health*, 2009, 32, 217-228, DOI: 10.1002/nur.20316
- Lake E.T., "Development of the practice environment scale of the nursing work index", *Research in Nursing & Health*, 2002, 25, 176-188.
- Mark B.A., Harless D.W., McCue M., Xu Y., "A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care", *Health Services Research*, 2004, 39, 279-300.
- McCloskey J.C. & Bulechek G.M. (a cura di), *Nursing interventions classification*, (2a ed.), St. Louis, Mosby, 1996.
- Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K., "Nursing-staffing levels and the quality of care in hospitals", *The New England Journal of Medicine*, 2002, 346, 1715-1722.
- Pearson M.L., Lee J.L., Chang B.L., Elliott M., Kahn K.L., Rubenstein L.V. "Structured implicit review: A new method for monitoring nursing care quality", *Medical Care*, 2000, 38, 1074-1091.
- Tanner C.A., Benner P., Chesla C., Gordon D.R. "The phenomenology of knowing the patient", *Journal of Nursing Scholarship*, 1993, 25, 273-280.
- Tourangeau A.E., Giovannetti P., Tu J.V., Wood M., "Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients", *Canadian Journal of Nursing Research*, 2002, 33, 71-88.
- Tourangeau A.E., Doran D.M., Hall L.M., O'Brien Pallas L., Pringle D., Tu J.V. et al., "Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients", *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 51, 32-44.
- Young W.B., Lehrer E.L., White W.D., "The effect of education on the practice of nursing", *Journal of Nursing Scholarship*, 1991, 23, 105-108.



## ESPERIENZE

## Ruolo e percezioni degli infermieri di Area critica nell'implementazione degli standard Jci e Iso 9001

di *Silvana Gastaldi (1), Angelo Dante (2)*

(1) *Infermiera - SC Pronto soccorso, Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti di Trieste*

(2) *Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Tutor Didattico CdL Infermieristica, Università degli Studi di Trieste*

E-mail: [silvanagastaldi@libero.it](mailto:silvanagastaldi@libero.it)

Nelle strutture sanitarie, in risposta alla necessità di conciliare le risorse disponibili con le aspettative dei cittadini e le riforme del Ssn, si è imposta l'adozione di un'organizzazione razionale che prenda in considerazione anche i principi di controllo della qualità tipici del settore industriale.

Nonostante molte nazioni stiano già utilizzando l'accREDITAMENTO istituzionale (in Italia il Dpr 14/01/97 definisce i requisiti minimi per l'accREDITAMENTO istituzionale) o l'adozione volontaria di *Quality Management Systems* (Qms), esistono poche evidenze che documentino l'impatto sulla qualità assistenziale (Buetow, 2003; Viswanathan, 2003). Shortell et al (1995) ipotizzano che il *Quality Improvement* (QI) porti ad un miglioramento degli outcomes assistenziali.

L'organizzazione razionale ed efficiente delle strutture di Area critica riveste un ruolo chiave nel determinare la qualità delle cure ricevute, dal momento che spesso tarano il livello di soddisfazione del cliente anche per quel che riguarda il resto della struttura. Lo studio, che ha interessato varie unità operative di area critica, ha lo scopo di documentare difficoltà e vantaggi percepiti dagli infermieri di area critica coinvolti nei processi di accREDITAMENTO secondo gli standard di riferimento (Iso 9001, Jci).

### Percorsi di accREDITAMENTO in Area critica

Adottando un disegno di studio trasversale, si è provveduto in primo luogo a reclutare gli infermieri incaricati di coordinare l'implementazione delle norme Iso 9001 e Jci in strutture ospedaliere nazionali censite nei database di Sincert e Joint Commission International (Jci) nell'anno 2008. A tale popolazione è stato somministrato un questionario strutturato di 10 item, preventivamente sottoposto a 6 esperti di accREDITAMENTO ed utilizzato in un test pilota. Il questionario è stato somministrato in forma anonima con il consenso delle strutture partecipanti. Per semplificare la presentazione dei dati, i risultati ottenuti sono stati accorpati (Abbastanza difficile/Difficile/Difficilissimo – Migliorato/Molto Migliorato - Abbastanza coinvolto/Coinvolto – Molto/Moltissimo).

Sono state contattate 40 strutture ospedaliere; 27 (67.5%) hanno fornito l'autorizzazione alla somministrazione dei questionari, ottenendo così 55 questionari provenienti da

strutture di Area critica.

Il campione ha evidenziato un'omogenea distribuzione tra gli infermieri che si sono occupati di adeguamento alle norme Jci (n. 24 - 43.6%) ed Iso 9001 (n. 22 - 40.0%), mentre 9 (16.4%) hanno partecipato ad entrambi i percorsi di accreditamento e sono stati esclusi dalla elaborazione dei dati, in quanto non possibile attribuire all'una o all'altra norma il peso dei diversi livelli di percezione attribuiti alle variabili proposte.

I risultati hanno evidenziato una buona omogeneità di risposta tra le due norme. Le attività che hanno presentato maggiori difficoltà a livello di operatività sono quelle relative alla sensibilizzazione degli operatori (Jci 19/24; 79%, vs Iso 15/22; 68%) e alla registrazione delle evidenze (Jci 18/24; 75% vs Iso 18/22; 82%).

Le maggiori difficoltà di comprensione per il linguaggio utilizzato dalle norme sono state riferite nella definizione degli indicatori (Jci 20% vs Iso 22,9% delle risposte). La redazione delle procedure e dei protocolli non è stata indicata come area di difficoltà (Jci e Iso 0% delle risposte). È stato indagato anche il livello di cambiamento percepito dai partecipanti; i dati ottenuti sono riportati in **Tabella 1**, nella quale sono evidenziati i valori accorpati e di maggiore interesse:

- gli infermieri hanno percepito un elevato livello di miglioramento nella formalizzazione delle procedure e dei protocolli assistenziali;
- buoni risultati si sono ottenuti nella customer satisfaction, per la quale, peraltro, si rileva una differenza statisticamente significativa nella percezione del miglioramento tra le due norme;
- si è riscontrato un deciso miglioramento riguardo la gestione dei rischi e sicurezza.

È stato rilevato un elevato grado di coinvolgimento nella elaborazione dei documenti di gestione dei farmaci (Jci, 21/24; 88% vs Iso, 21/22; 95%), della cartella infermieristica (Jci, 20/24; 83% vs Iso, 20/22; 92%), dei protocolli assistenziali (Jci, 18/24; 75% vs Iso, 20/22; 91%), di procedure operative (Jci, 21/24; 87% vs Iso, 19/22; 86%) e della cartella integrata (Jci, 16/24; 67% VS Iso, 18/22; 81%).

La valutazione del cambiamento del metodo di lavoro percepito dagli infermieri dopo l'implementazione delle due norme ha evidenziato una buona omogeneità di risposta. Si è riscontrato soprattutto un aumento del monitoraggio della qualità assistenziale (Jci, 11/24; 46% vs Iso, 15/22; 68%) e della gestione della sicurezza (Jci, 15/24; 62% vs Iso, 12/22; 54%).

## Discussione

Dall'analisi dei dati è emerso che i processi in questione hanno determinato per gli infermieri un'identificazione delle responsabilità ed una razionalizzazione dell'assistenza attraverso la stesura di procedure/protocolli che sono rientrati tra i principali punti di miglioramento riscontrati.

Il miglioramento rilevato nelle aree relative a rischi e sicurezza, percezione della qualità del servizio da parte dell'utente e rapporto con l'assistito suggerisce una correlazione positiva tra l'implementazione dei processi di QI e qualità assistenziale.

Lo studio ha evidenziato difficoltà di sensibilizzazione, di rapporto con gli interlocutori e di comprensione degli standard di riferimento, che fanno presupporre la necessità di ampliare l'offerta formativa e l'opera di coinvolgimento della Direzione. Secondo Shortell (1995) gli ospedali che utilizzano un approccio orientato all'*empowerment*, alla formazione *just in time* e al *team-work* riportano elevati livelli di aderenza alle norme.

Tale constatazione è rafforzata da alcuni studi internazionali (Parker, 1999; Weiner, 2006), che rilevano una correlazione positiva tra coinvolgimento del *top management*, grado di implementazione del QI ed indicatori di qualità.

Lo scarso coinvolgimento degli infermieri nell'utilizzo degli strumenti di monitoraggio (es. non conformità) è significativo dal momento che proprio gli infermieri percepiscono la QA come un metodo per riscontrare gli errori (Lundqvist, 2007).

Il sostanzioso coinvolgimento nei processi di gestione e miglioramento della sicurezza degli operatori e degli utenti nonché nella gestione dei farmaci è in linea con gli studi che individuano nei sistemi di QI uno strumento per migliorare l'assistenza, la sicurezza e la professionalità (Lundqvist, 2007).

Il presente studio ha evidenziato come i sistemi Iso 9001 e Jci siano vissuti come catalizzatori per la professione infermieristica, in quanto facilitano l'erogazione di una assistenza basata sulle prove di efficacia, la ridefinizione dei profili di responsabilità ed autonomia ed infine il monitoraggio delle performance professionali tramite l'utilizzo di indicatori tarati sui processi.

Tabella 1. Livello di cambiamento percepito dagli infermieri suddivisi per normativa di riferimento

Dimensioni indagate	Livello difficoltà	JCO		ISO 9001	
		N	%	N	%
<b>Standardizzazione delle procedure</b>					
	Molto peggiorato	-	-	-	-
	Peggiorato	-	-	-	-
	Nessun cambiamento	5	20,8	3	13,6
	Migliorato	18	75,0	14	63,7
	Molto migliorato	1	4,2	5	22,7
	<b>tot</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Formalizzazione dei protocolli assistenziali</b>					
	Molto peggiorato	-	-	-	-
	Peggiorato	-	-	-	-
	Nessun cambiamento	5	20,8	3	13,6
	Migliorato	15	62,5	16	72,8
	Molto migliorato	4	16,7	3	13,6
	<b>tot</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Responsabilizzazione degli operatori</b>					
	Molto peggiorato	-	-	-	-
	Peggiorato	3	12,5	1	4,5
	Nessun cambiamento	7	29,1	6	27,2
	Migliorato	13	54,2	11	50,0
	Molto migliorato	1	4,2	4	18,3
	<b>tot</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Rapporto con l'assistito</b>					
	Molto peggiorato	-	-	-	-
	Peggiorato	-	-	-	-
	Nessun cambiamento	11	45,8	9	41,0
	Migliorato	11	45,8	10	45,4
	Molto migliorato	2	8,1	3	13,6
	<b>tot</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Customer Satisfaction *</b>					
	Molto peggiorato	-	-	-	-
	Peggiorato	-	-	-	-
	Nessun cambiamento	15	62,5	5	22,7
	Migliorato	7	29,2	17	77,3
	Molto migliorato	2	8,3	-	-
	<b>tot</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Rischi e sicurezza</b>					
	Molto peggiorato	-	-	-	-
	Peggiorato	-	-	-	-
	Nessun cambiamento	4	16,7	5	22,7
	Migliorato	18	75,0	17	77,3
	Molto migliorato	2	8,3	-	-
	<b>tot</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Tempistica</b>					
	Molto peggiorato	-	-	-	-
	Peggiorato	5	20,8	-	-
	Nessun cambiamento	11	45,8	10	45,4
	Migliorato	7	29,2	9	41,0
	Molto migliorato	1	4,1	3	13,6
	<b>tot</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

\*Fisher Exact Test p 0,0086

**BIBLIOGRAFIA**

- Buetow SA, Wellingham J. (2003). *Accreditation of general practice: challenges and lessons*. Qual Saf Health Care, 12, 129–35.
- Lundqvist MJ, Axelsson A (2007). *Nurses' perceptions of QA*. Journal of Nursing Management, 15, 51-58.
- Parker VA (1999). *Implementing QI in hospitals: the role of leadership and culture*. American Journal of Medical Quality, Vol. 14 (1), 64-69.
- Shortell SM, O'Brien JL et al (1995). *Assessing the impact of continuous QI/TQM: concept versus implementation*. Health Serv Res, 30, 377–401.
- Viswanathan HN, Salmon JW (2000). *Accrediting organizations and QI*. Am J Manag Care, 6, 1117–30.
- Weiner BJ et al (2006). *QI Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators*. Health Services Research, 41(2),307-334.



## ESPERIENZE

## Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei Servizi psichiatrici a porte aperte: l'esperienza dell'Spdc di Trento

*di Maurizio Davi*

*Infermiere, Centro salute mentale - Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento*

*mauriziodavi1981@gmail.com*

È ormai largamente accettata l'idea che la genesi di quadri gravi di disabilità psichica o di disordini dello sviluppo psico-mentale sia di tipo multifattoriale e che gli interventi in ambito psichiatrico debbano quindi essere multidisciplinari e di diverso tipo: riabilitativo, psicoterapeutico, medico-farmacologico, assistenziale ed anche educativo.

Dopo gli anni Settanta e la legge 180/1978, la concezione di malattia psichiatrica, da inguaribile e puramente clinica, si è evoluta verso una concezione riabilitativa, che valorizza le risorse della persona. Ogni individuo, per modificare stili di vita o affrontare una malattia, deve sviluppare diverse competenze, tipiche della persona adulta:

- interpretare in modo positivo gli eventi della vita;
- trasformare l'evento doloroso o che crea disagio in una forma altra, da cui può ripartire realizzando comunque il proprio progetto;
- costruire attivamente contesti di vita sani.

Attualmente, nella maggior parte dei **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura** (Spdc) non vi sono strategie di coinvolgimento degli utenti nella cura; il trattamento in queste strutture, infatti, si basa quasi esclusivamente sull'approccio farmacologico. Quest'ultimo, pur essendo efficace negli episodi psicopatologici acuti, è poco utile nell'aiutare i soggetti ad acquisire maggiore consapevolezza dei problemi connessi con l'insorgenza della crisi; inoltre non aiuta a migliorare le capacità di interazione con l'ambiente e a sviluppare una progettualità post-dimissione.

Da diversi anni, in alcuni Spdc si sta cercando di superare i limiti di pratiche basate esclusivamente sull'accudimento, sulla custodia e sull'uso del farmaco, al fine di promuovere la responsabilità personale in un'ottica di cogestione della malattia anche in fase acuta, secondo la convinzione che nessuno è privo di risorse (De Stefani, 2007). A questo proposito già da diversi anni nell'Spdc di Trento si stanno utilizzando pratiche utili a supportare gli utenti verso processi di cambiamento e di sviluppo positivo: ne sono esempi la terapia cognitivo-comportamentale (basata sul modello stress-vulnerabilità-coping), il progetto Ufe, basato sui principi dell'empowerment e sull'apertura del servizio, ovvero l'esclusione della limitazione negli spostamenti degli assistiti (porte aperte).

### Spdc a porte aperte

Sul territorio nazionale, gli Spdc a porte aperte ovvero non chiusi a chiave, dove non si ricorre all'uso di metodi di contenzione, sono ancora una minoranza (**Tabella 1**). I servizi psichiatrici che utilizzano approcci tradizionali (porte chiuse e utilizzo di mezzi di contenzione fisica) sono ancora l'80% (Dell'Acqua et al., 2007).

In altri paesi europei i servizi di degenza per pazienti psichiatrici acuti che hanno le porte aperte sono più diffusi, come risulta dalla letteratura anglosassone: in particolare a Londra tale misura è adottata dal 75% delle strutture (Bowers et al., 2002). Altre rilevazioni condotte nell'Europa dell'Est (Ungheria, Romania, Slovacchia e Slovenia) hanno evidenziato che solo il 21% degli assistiti psichiatrici valutati nel *Census day* si trovava in un servizio a porte chiuse (Rittmannsberger et al., 2004).

**Tabella 1** – Distribuzione geografica degli approcci porte chiuse e porte aperte negli Spdc italiani

SEDE dell'SPDC	N° POSTI LETTO	CLASS E	FREQUENZA ALLONTANAMENTI NEGLI SPDC a porte aperte	APPROCCIO
<b>SPDC TRENTO (Porte aperte dal 17/01/11)</b>	15	A	Non frequenti (2-3 al mese)	Porte aperte h 8-20 (TSO sorveglianza continua con supporto "dell'Area Crisi")
<b>SPDC MERANO</b>	10	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-21
<b>SPDC MANTOVA</b>	14	A	Non frequenti (4-5 al mese)	Porte aperte sempre
<b>SPDC PORTOGRUARO</b>	15	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-20 (TSO controllati a vista)
<b>SPDCCALTANISSETTA</b>	13+ 2	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-21 (TSO controllati a vista)
<b>SPDC SIENA</b>	8	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-21 (TSO controllati a vista) sistema di allarme
<b>SPDC ROMA</b>	15 fino a 22	A	Non frequenti (3-4 al mese)	Porte aperte h 8-01 (TSO controllati a vista)
<b>SPDC PESCIA</b>	6	A	Non frequenti (circa 2 al mese)	Porte aperte h 7-21 (TSO controllati a vista)
<b>SPDC GROSSETO</b>	10 (6 + 4DH)	A	Non frequenti (1 ogni 2-3 mesi)	Porte aperte h 7-21 (chiuse se TSO o situazione di crisi acuta)
<b>(ex) SPDC GORIZIA (CSM 24 ore)</b>	12	A	Non frequenti	Porte aperte sempre (CSM nelle 24 ore)
<b>SPDC CAGLIARI</b>	27	A	Non frequenti	-
<b>SPDC NOVARA</b>	15	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-20 (TSO controllati a vista, chiuse se emergenze)
<b>SPDC BOLZANO</b>	10	A	Non frequenti	Porte aperte sempre
<b>SPDC MATERA</b>	8	A	Non frequenti	Porte aperte sempre (chiuse se TSO)
<b>SPDC TRIESTE</b>	6	A	Non frequenti	Porte aperte sempre (TSO controllati a vista)
<b>SPDC AVERSA</b>	8	A	Frequenti	Porte aperte sempre (TSO controllati a vista)
<b>SPDC MESTRE</b>	12	B	-	-
<b>SPDC VENEZIA</b>	12	B	-	-
<b>SPDC ODERZO</b>	-	B	-	-
<b>SPDC PERUGIA</b>	24	B - D	-	-
<b>SPDC S. MARCO IN LAMIS</b>	-	D	-	-
<b>SPDC ISEO</b>	-	D	-	-
<b>SPDC TREVISO</b>	-	D	-	-

- A:** PORTE APERTE e NO CONTENZIONE  
**B:** PORTE CHIUSE e NO CONTENZIONE  
**D:** PROGETTO PORTE APERTE IN CORSO

Alcuni studi che hanno messo a confronto strutture con porte aperte e chiuse hanno evidenziato un maggior gradimento delle persone ospiti negli Spdc a porte aperte (Muller et al., 2002). Da uno studio di Van Der Merwe et al. (2009) risulta che le porte chiuse sono correlate ad un aumento dell'aggressività dei pazienti, diminuzione della soddisfazione, aumento della severità dei sintomi, aumento degli episodi di fuga. In uno studio effettuato a Trento, rivolto ad esaminare la percezione degli assistiti ospiti in Spdc sui vantaggi/svantaggi di un servizio con porte aperte, è emerso che con le porte chiuse aumenterebbero il senso di frustrazione, paura, demotivazione, oppressione, depressione (Davì, 2009).

*Lavorare con le porte aperte* significa rispetto delle persone, clima interno più disteso, riduzione delle situazioni pericolose ed agiti aggressivi, minor riscontro di situazioni di rottura. Questo a vantaggio di tutti quei criteri (auto-responsabilizzazione, non violenza, auto-determinazione, co-gestione e conoscenza della propria malattia, partecipazione al progetto terapeutico, conoscenza di sé, condivisione delle esperienze) indispensabili per ottenere una maggior collaborazione degli utenti al processo di cura e creare i presupposti per uno sviluppo positivo dell'individuo, affinché sia in grado di affrontare gli avvenimenti dolorosi che possono aver condotto alla degenza e risorgere quindi dalle situazioni traumatiche.

Nessuno può sensatamente sostenere che legare una persona al letto rappresenti una misura terapeutica. Toresini (2004) afferma che la chiave di ogni successo terapeutico sta nella capacità di stabilire una relazione positiva con il paziente ed è proprio l'alleanza terapeutica il veicolo principale della relazione. Difficile pensare che una persona, alla quale abbiamo legato mani e piedi, si possa alleare con noi. La dimensione terapeutica, quindi, rappresenta l'unica garanzia di miglioramento delle condizioni del paziente e di conseguenza una strategia per una possibile diminuzione delle dosi farmacologiche.

Pullia (2001) afferma che è molto più facile legare il paziente piuttosto che utilizzare strategie di contenimento basate sulla relazione e tecniche non violente di intervento sulla crisi. È più facile chiudere le porte dell'Spdc piuttosto che convincere un paziente a non allontanarsi, è più facile prorogare un Tso piuttosto che convincere un paziente ad accettare le cure in regime volontario. Certamente la gestione di un paziente aggressivo senza strumenti di contenimento fisica è più complessa, ma è questo l'unico modo per stabilire una relazione sulla quale innestare la nascita di un processo terapeutico.

Il *non legare* è un indicatore molto sensibile ed attendibile:

- di un clima di lavoro interno sempre rispettoso della dignità delle persone, operatori e pazienti che siano, della professionalità di infermieri e medici;
- della garanzia di rispetto e mantenimento di parametri di struttura, quali lo stato degli spazi di vita per i pazienti e di lavoro per gli operatori e il numero degli operatori in servizio;

- di buone e fluide relazioni fra servizio e organizzazione complessiva dell'ospedale generale, dai servizi di degenza al Pronto Soccorso (Catanesi et al., 2006).

Non legare e operare con la porta aperta può certamente esporre al rischio obiettivo che qualche paziente inevitabilmente si allontani senza aver concordato l'uscita con gli operatori. Toresini (2004) afferma che, nella sua esperienza, nel 90% dei casi i pazienti che sanno che per un motivo o per l'altro (o in base ad una negoziazione serrata o in base a documentazione di avvenuto Tso) non è di fatto consentito loro allontanarsi senza consenso dal servizio, alla fine ci rinunciano quasi sempre, più o meno di buon grado. Nell'Spdc di Merano e di Trento, per esempio, vengono messe in atto determinate procedure, attenzioni, accorgimenti: questo fa sì che gli allontanamenti non siano più frequenti che negli Spdc a porte chiuse (Toresini, 2004; Davì, 2009).

È bene sottolineare che il *no restraint* e la porta aperta in nessun modo rappresentano un disinteresse da parte del personale verso la sofferenza di chi fa fatica a rendersi conto di aver bisogno di cure; viceversa rappresenta una ragione in più per instaurare una relazione terapeutica con l'utente, costringe e auto-costringe a stare con il paziente.

La *negoziazione* è lo strumento che gli operatori sanitari possono usare per tentare di ottenere la collaborazione dell'assistito, senza avere nei suoi confronti un atteggiamento impositivo, paternalistico o comunque squalificante. Consente di instaurare una relazione positiva, terapeuticamente ed eticamente efficace. La negoziazione parte dalla disponibilità degli operatori sanitari di lasciare emergere, ascoltare ed accogliere le aspettative del paziente. Si distende, inoltre, in un confronto tranquillo tra ciò che l'operatore può offrire terapeuticamente, nel tentativo di trovare un'area di sovrapposizione e di convergenza, e la richiesta e le aspettative dell'utente.

Attraverso la capacità di negoziare si gioca la possibilità di costruire una buona *alleanza terapeutica*, che consenta il coinvolgimento e la collaborazione tra assistito ed infermiere per un progetto comune.

Sulla porta si ascolta, si rassicura, si instaurano delle relazioni d'aiuto con il paziente, si parla dell'uscire, delle motivazioni di ciascuno per le quali è importante rimanere in un luogo di cura, si innescano talvolta delle comunicazioni di tipo ironico, a volte si legge insieme una rivista o si parla di sport o di musica. Il paziente insomma tiene in ostaggio, come si diceva in apertura, la persona che sta sulla porta, che è costretta, a volte anche con un po' di cuore in gola, ad accettare e mantenere aperta la relazione con l'utente, evitando che il proprio lavoro si riduca ad espletare solo pratiche burocratiche.

La porta chiusa è certamente, oltre ad una barriera fisica, un messaggio di barriera relazionale e terapeutica che rinforza stereotipi di pericolosità. Viceversa, riuscire a tenere la porta aperta attraverso un sensato sistema di alleanze, con responsabilità, attraverso una scelta di tutti gli operatori, rappresenta un riconoscimento dei diritti del cittadino-utente ed un indicatore di buona professionalità (Toresini, 2004).

### **Il Progetto porte aperte di Trento**

Il *Progetto porte aperte* dell'Spdc di Trento è nato nel 2007, in coerenza con le pratiche e la cultura dell'*empowerment* e del *fare assieme*, già da anni presenti all'interno del servizio. All'interno dell'Spdc si è formato un gruppo di lavoro multidisciplinare, formato da

rappresentanti di tutto il servizio (medici e operatori del servizio, medici e operatori delle équipes territoriali, pazienti, famigliari e cittadini). Dopo aver effettuato una attenta revisione della letteratura si è cercato un confronto reale con le esperienze italiane *no restraint*, recandosi in visita in alcuni degli Spdc che lavorano già con le porte aperte. Alcuni rappresentanti del gruppo si sono recati nei servizi psichiatrici di Mantova, Siena, Arezzo, Portogruaro, Merano, Pescia. Gli incontri successivi del gruppo (più di una trentina dal 2007 ad oggi) hanno avuto lo scopo di mettere a fuoco le questioni cruciali, di riferire le sintesi dei confronti con le esperienze italiane di cui sopra, di partecipare a delle occasioni formative sull'argomento.

Il confronto tra i membri dell'équipe è stato ulteriormente stimolato da uno studio effettuato a Trento che ha indagato i bisogni formativi del personale dei servizi psichiatrici a porte aperte e dalla distribuzione (anche a utenti e familiari) di un questionario sui vantaggi/svantaggi dell'apertura delle porte nel servizio psichiatrico. I risultati discussi in una riunione generale all'interno del servizio hanno esplicitato questioni spinose in tema di sicurezza, responsabilità, coinvolgimento relazionale, di potere all'interno della relazione di cura. Queste tematiche sono state successivamente affrontate in un incontro specifico con il supporto di medici legali e magistrati. Al fine di favorire la realizzazione di questo progetto, il lavoro del gruppo è stato successivamente supportato, oltre che dall'intera Unità Operativa (Uo), anche dell'Azienda sanitaria, attraverso la realizzazione di cambiamenti organizzativi (creazione di un 'gruppo crisi') e l'avviamento di lavori di ristrutturazione dell'unità operativa, che termineranno nel 2011.

La creazione di un'Area Criticità ha permesso di: favorire una stretta comunicazione tra servizio ospedaliero - Centro Salute Mentale (Csm) - Day Hospital - Centro Diurno; valutare quotidianamente il livello di complessità dell'Spdc (riunioni quotidiane integrate tra Spdc e Csm, rotazione del personale, supporto diurno di operatori del Csm in caso di utenti in Tso); favorire l'utilizzo di strumenti per il miglioramento continuo della qualità (*hot situation* per il monitoraggio delle situazioni critiche, scheda di valutazione del clima di servizio, programmi personalizzati integrati, scala monitoraggio dell'aggressività manifesta).

Le modifiche strutturali sono state avviate invece al fine di: creare maggiori spazi con la possibilità di svolgere attività ricreative per/con gli utenti (palestra, gruppi mutuo aiuto, ping pong, calchetto); favorire delle strategie per evitare allontanamenti non autorizzati; ottenere una maggior visibilità sulla porta d'ingresso (spostamento dell'ambulatorio infermieristico con posizionamento di una vetrata). Il progetto di apertura delle porte effettuato dall'équipe di Trento in questi anni può considerarsi apripista di un percorso riproducibile ovunque.

Presupposti fondamentali per realizzare al meglio il progetto porte aperte in Spdc sono: in primis la volontà di attuare tale politica, una chiara direttiva dipartimentale, che enunci gli obiettivi da perseguire e che dia alle strutture le necessarie risorse ambientali e umane; un Dipartimento di Salute Mentale con fluidi collegamenti tra le varie strutture che lo compongono; una équipe unica fra ospedale e territorio (Area criticità); degli Spdc con un numero di posti letto ridotto (10-12 al massimo); dei Centri di salute mentale aperti 24 ore su 24 e 7 giorni su 7; delle residenze esterne con un numero ridotto di utenti e in grado di affrontare le crisi dei pazienti con il supporto del servizio territoriale; una pertinente dotazione di personale territoriale (per essere in grado di supportare il reparto in caso di

bisogno); un redditizio rapporto con i medici di base e un buona collaborazione con il Centro salute mentale (Toresini, 2004).

### Conclusioni

Attraverso l'esperienza dell'Spdc di Trento sono state esplorate alcune delle strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei servizi psichiatrici a porte aperte. Abbiamo visto come lavorare a porte aperte e utilizzare strategie di lavoro che mettono l'utente al centro del percorso di cura, anche in situazioni di crisi acuta contribuisca a sviluppare criteri positivi come l'autoresponsabilizzazione, la non violenza, l'auto-determinazione, lo sviluppo di capacità che promuovono alla resilienza, la co-gestione e la conoscenza della propria malattia, la partecipazione al progetto terapeutico, la conoscenza di sé, la condivisione delle esperienze. Tutti criteri che valorizzano la responsabilità personale e l'autoattivazione in un'ottica di cogestione della malattia anche in fase acuta, secondo la convinzione che nessuno è privo di risorse.

Il paziente *empowered* determina le sue scelte di vita, assumendosi le proprie responsabilità e impegnandosi a passare da una vita protetta a una vita normale. Il cittadino oggi chiede di non essere più solamente oggetto dei programmi terapeutici, ma soggetto consapevole e coinvolto.

### BIBLIOGRAFIA

- Bowers L et al. (2002), *Safety and security policies on psychiatric acute admission ward: results from a London-wide survey*. *J psychiatric ment Health Nurs*, 9, 427-33
- Davi M (2009). *Bisogni formativi del personale nei reparti psichiatrici. Il progetto porte aperte*. *Rivista di Psichiatria*, 5, 320-327. Il Pensiero Scientifico Editore (Roma) - [www.rivistadipsichiatria.it](http://www.rivistadipsichiatria.it)
- Dell'Acqua G. et al (2007), *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "progress acuti"*. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13, 26-39
- Muller MJ, Schlosser R, Kapp-Steen G, Schanz B, Benkert O (2002), *Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward*. *Psychiatric Q.*, 73, pag 93-107
- Rittmannsberger et al (2004), *Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries*. *Eur Psychiatry*, 19, 483-8
- Toresini L - a cura di - (2004), *SPDC aperti e senza contenzione*. *Fogli di informazione, Pistoia*, 203, 5-88
- Van Der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K (2009). *Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 293-299.



## ESPERIENZE

## Terapia antibiotica endovena in bolo con daptomicina: ruolo dell'Infermiere

di *Mario Castiglione (1), Piero Catanzaro (1), Giuseppina Lucchese (1), Maria Stella Aliquò (2), Salvatore Giordano (2)*

(1) Infermiere; (2) Dirigente medico

Uoc di Malattie Infettive Arnas "Civico - G. Di Cristina- Benfratelli", Palermo

Corrispondenza: [mario.castiglione@postacertificata.gov.it](mailto:mario.castiglione@postacertificata.gov.it)

[pierocat@email.it](mailto:pierocat@email.it)

Una delle complicanze più temibili del diabete mellito, per le possibili conseguenze invalidanti, è il  **piede diabetico** , definito come "infezione, ulcerazione e/o distruzione di tessuti profondi associata ad anomalie neurologiche e a vasculopatia periferica degli arti inferiori" (Oms, 1999). La prevalenza del diabete è in aumento, con il conseguente assorbimento di risorse economiche via via crescenti, soprattutto per le complicanze che possono giungere fino all'amputazione, determinando un dramma umano e la necessità di presidi protesici e terapia riabilitativa.

La gestione di questi pazienti è pertanto complessa e deve essere necessariamente multidisciplinare. Tutte le figure professionali, seppur con differenti ruoli (diabetologo, infettivologo, chirurgo plastico, chirurgo vascolare, infermieri), sono esposte al rischio di errore umano, per cui è opportuno esercitare una azione preventiva che riduca per quanto possibile tale evenienza. Perché tale azione risulti efficace è necessario realizzare un'analisi preventiva, definire un percorso operativo, programmare delle azioni di miglioramento e monitorarle. Da tutto questo si deduce la necessità di attenzionare le complicanze infettive che favoriscono il precipitare del già complesso quadro clinico.

In questo contributo si riporta l'esperienza di miglioramento dell'Uoc di Malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera "Civico – Di Cristina – Benfratelli".

### Da dove siamo partiti

Abbiamo deciso di svolgere un'indagine sulla nostra utenza: dal gennaio al giugno 2010 sono giunti alla nostra osservazione 15 pazienti con piede diabetico infetto, gradi 3 e 4 della classificazione di Wagner (**tabella 1**). In regime di day hospital è stata condotta un'accurata anamnesi infermieristica e medica (compilazione di cartella con il continuo aggiornamento del percorso diagnostico-terapeutico del paziente), assieme ad un esame obiettivo. Si è proceduto con la ricerca dei germi responsabili dell'infezione. Nell'impossibilità di ricorrere a una biopsia a solo scopo di ricerca, per ottenere un campione adeguato allo studio si è ricorsi alla tecnica di irrigazione/aspirazione, raccogliendo il liquido sieropurulento dopo lavaggio con soluzione fisiologica sterile e massaggio con garza sterile della zona attorno all'ulcera, ripetuto per 2 volte. In 11 pazienti l'esame colturale è risultato positivo per S. aureo meticillino – resistente (Mrsa) o Stafilococchi coagulasi – negativi (COoS) meticillino – resistenti.

Si è proceduto quindi al trattamento con daptomicina 500 mg/e.v./die in bolo per 30 giorni.

**Tabella 1** - Classificazione di Wagner

Grado 0	Assenza di ulcerazioni attive Eventuale edema Deformità Cellulite Lesioni pre-ulcerative
Grado 1	Ulcera superficiale
Grado 2	Ulcera profonda fino al tendine Fino alla capsula articolare Fino all'osso
Grado 3	Ulcera profonda con ascesso Osteomielite Artrite settica
Grado 4	Gangrena localizzata all'avampiede Gangrena localizzata al tallone
Grado 5	Gangrena di tutto il piede

Tutti i pazienti (6 femmine e 5 maschi di età compresa tra i 44 ed i 66 anni, età media 53 anni) affetti da diabete mellito di tipo 2 hanno beneficiato della terapia con daptomicina con riduzione degli indici di flogosi, normalizzazione del numero dei leucociti, negativizzazione delle colture, assenza di effetti collaterali locali e generali legati alla terapia endovenosa (**Figure 1 e 2**). Non si è rilevato inoltre alcun errore correlato alle procedure infermieristiche.

**Figura 1** - Paziente prima del trattamento con daptomicina (file a parte)



**Figura 2** - Paziente dopo il trattamento con daptomicina (file a parte)



## Risultati

L'assistenza infermieristica nel paziente con piede diabetico infetto prevede una serie di misure precauzionali per evitare la possibilità di trasmissione di microrganismi multiresistenti da un soggetto all'altro, sia questo paziente o altro individuo: da qui l'importanza di un percorso operativo ben programmato e monitorato per il contenimento del rischio.

L'isolamento di microorganismi multiresistenti, come nei pazienti da noi osservati, pone delle problematiche correlate non solo alla possibile contaminazione dell'ambiente, ma anche alla necessità di effettuare terapie aggressive sia chirurgiche che mediche. Le terapie anti-infettive devono essere precoci, per prevenire l'instaurarsi di infezioni estese, difficilmente controllabili, che porterebbero all'evoluzione finale del processo settico, ossia all'amputazione.

L'infermiere svolge un ruolo centrale nella gestione del paziente: educa ed addestra l'assistito alle procedure di igiene personale, indicando al paziente le manifestazioni primitive di un evento flogistico/infettivo (diagnosi infermieristica, da trasmettere al team medico). La terapia antibiotica, quando si instaurano germi multi resistenti, può necessitare di terapie farmacologiche combinate, con somministrazioni collegate a costi e risorse congruenti (tempi di lavoro incrementati, maggiori risorse umane, costi materiali).

La daptomicina, in caso di germi Gram positivi multi resistenti, permette una sola somministrazione al giorno, con risparmio di tempo-lavoro e riduzione dei rischi. Si diluisce in 10 ml di soluzione iniettabile per infusione e si somministra in vena in bolo (riduzione di costi e tempi, una sola manipolazione), con conseguenti diminuzioni dei rischi di contaminazione e di errori umani legati alla ricostituzione ed alla diluizione dei farmaci.

### **Conclusioni**

La riduzione dell'aggravamento della patologia del piede diabetico vede nell'infermiere una figura di sicuro riferimento per il contenimento della progressione della malattia. Rimane fondamentale la formazione e l'aggiornamento dell'infermiere per garantire un approccio personalizzato al paziente diabetico, sul quale gravano spesso fattori psicosociali ed economici.

La monoterapia con daptomicina è una soluzione che riduce notevolmente i rischi professionali, i carichi di lavoro, i costi sociali delle complicanze, con soddisfazione ed adesione dell'assistito al trattamento.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Chakraborty A, Roy S, Loeffler J, Chaves RI (2009) Comparison of the pharmacokinetics, safety and tolerability of daptomycin in healthy adult volunteers following intravenous administration by 30 min infusion or 2 min injection. *Jou. Antim. Chem.* 64; 151-158.
- Gruppo di Studio Internazionale Piede Diabetico, Gruppo di Studio Piede Diabetico della Società Italiana di Diabetologia, Documento di Consenso Internazionale sul Piede Diabetico (2000). Mediserve s.r.l. ed. Milano-Firenze-Napoli-
- OMS (1999) *Third International Symposium on the Diabetic Foot*, Noordwijkerhooft, Olanda-
- Wagner FW Jr (1987) *The diabetic foot*. *Orthopedics*, Jan 10 (1): 163-172.



## ESPERIENZE

## Riorganizzazione del processo della terapia farmacologica: vantaggi della Scheda della terapia unica (Stu) informatizzata

di *Andrea Scoccia (1), Riccardo Conti (1), Marco Fabbri (1), Ada Martini (1), Serena Vale (1), Francesco Zaghini (1), Maddalena Galizio (2)*

(1) *Infermieri, Dipartimento di Neuroscienze, Policlinico di Tor Vergata, Roma*

(2) *Direttore Direzione infermieristica delle professioni sanitarie, Policlinico di Tor Vergata, Roma*

*vale.serena1974@libero.it*

Negli ultimi anni, all'interno delle Aziende sanitarie sta emergendo la consapevolezza di una nuova attualità della **documentazione sanitaria**. In aggiunta all'originaria e fondamentale funzione di supporto informativo dell'attività clinica (il processo di diagnosi e cura per il medico, l'assistenza infermieristica per l'infermiere), la cartella acquista valore come fonte documentaria indispensabile per il conseguimento di alcuni obiettivi strategici in materia di gestione, organizzazione e valutazione della qualità dei servizi.

Sulla base di tali tendenze, gli stessi strumenti informativi sono oggetto di revisione e sembra farsi spazio l'idea di una cartella della persona che raccolga tutte le informazioni di carattere sanitario e non, come espressione della centralità del destinatario delle cure anziché dei professionisti che lo prendono in carico, finalmente integrati. In tale ottica, sia la cartella clinica che la cartella infermieristica potrebbero essere presto superate da una **cartella integrata**.

### Verso l'integrazione

All'interno della più ampia problematica dell'integrazione, una questione ancora aperta in molte realtà sanitarie italiane è la gestione della terapia farmacologica con più strumenti informativi e di registrazione (cartella clinica, scheda della terapia, etc.), anche col ricorso alla trascrizione dall'uno all'altro. Secondo recenti studi, la maggior parte degli errori nella somministrazione della terapia negli ospedali nasce dalle modalità di prescrizione e trascrizione dalla cartella clinica alla scheda infermieristica.

Da qui l'idea di adottare una **Scheda terapeutica informatizzata** (Stu), che permetta di prevenire errori e raggiungere congruenza con le prescrizioni farmacologiche pari al 100%. I vantaggi derivanti da questa razionalizzazione si prospettano da subito molteplici: responsabilizzare il medico nella prescrizione; responsabilizzare il singolo professionista nella somministrazione; agevolare l'infermiere nella somministrazione della terapia; ridurre il rischio di somministrazioni errate.

La rielaborazione in versione informatizzata della scheda della terapia ha previsto: riunioni periodiche mensili, ricerca e analisi della bibliografia rintracciabile; verifica di schede della

terapia informatizzate già in uso in altre realtà lavorative; stesura di linee guida; applicazione delle linee guida nell'Uo, costruzione dello strumento *scheda della terapia*, dove annotare le prescrizioni farmacologiche.

L'infermiere garantisce la gestione dell'intero processo: approvvigionamento, conservazione, preparazione, somministrazione, monitoraggio degli effetti desiderati e indesiderati del farmaco. La scheda informatizzata deve essere stampata (formato A4) giornalmente e ad ogni modifica terapeutica; è suddivisa al suo interno in 8 fasce orarie (06.00 -24.00), con collegata la colonna dedicata alla sigla dell'infermiere dopo l'avvenuta somministrazione. Sono precisate le diverse vie di somministrazione (terapia orale, intramuscolare e sottocutanea ed endovenosa), con uno spazio dedicato alla prescrizione ad orari prestabiliti dei parametri vitali.

A 6 mesi di distanza dall'inizio della sperimentazione della scheda terapeutica informatizzata, abbiamo effettuato una verifica, con audit interno, mediante analisi di: comportamenti acquisiti, documentazione compilata e reazioni ed emozioni dei professionisti coinvolti. In base alle criticità emerse è stata effettuata una modifica alla scheda terapeutica ed è stata elaborata una scheda terapeutica informatizzata definitiva. A 3 mesi dall'utilizzo della scheda terapeutica definitiva sono stati somministrati a 50 professionisti (25 medici e 25 infermieri) due questionari, al fine di verificare l'applicabilità, la funzionalità e il gradimento della nuova scheda.

## Risultati

Durante i primi 6 mesi di utilizzo della scheda informatizzata preliminare sono emerse diverse problematiche di carattere clinico/assistenziale e medico legale, che hanno coinvolto l'intera equipe nell'apportare rilevanti modifiche.

Di seguito riportiamo le *criticità* emerse:

**a.** la consulenza di medici specialisti determinava un cambiamento nella terapia, di conseguenza un'ulteriore stampa della stessa; per i pazienti critici il numero delle variazioni-stampe poteva essere anche superiore a 4 nelle 24 h. Tali eventi hanno facilitato l'errore nella trascrizione dell'avvenuta somministrazione: infatti ogni foglio di terapia presentava più firme nella stessa data ed orario. Questo accadeva perché l'infermiere siglava la terapia somministrata anche sulla nuova ristampa per garantire che l'informazione fosse chiara al turno successivo;

**b.** la terapia delle ore 6/9 non corrisponde alla data di prescrizione, in quanto la scheda viene stampata giornalmente dopo la visita medica e quindi circa alle ore 11.00. La firma della somministrazione delle ore suddette avviene alla data precedente, con conseguente possibilità di errore soprattutto per il professionista infermiere neo-inserito; inoltre per il paziente risulta che l'ultima prescrizione di terapia sia avvenuta il giorno prima della dimissione;

**c.** all'interno dell'Uoc ogni paziente è seguito da tutta l'equipe medica, ma in particolare viene affidato ad uno medico specializzando referente, che è il responsabile anche della terapia. Per l'infermiere è indispensabile conoscere chi segue l'assistito durante la degenza;

**d.** la terapia insulinica che formalmente è prescritta per le ore 6, in realtà viene somministrata in prossimità della colazione, in base ai valori glicemici, quindi l'orario di prescrizione non corrisponde a quello di somministrazione;

- e. la firma del medico che sigla la terapia spesso non è leggibile, rendendo impervio risalire al medico proscrittore;
- f. il parametro dolore è stato scarsamente rilevato.

A seguito di ciò, sono state apportate le seguenti *modifiche*:

- a. è stata inserita sulla scheda la voce *terapia estemporanea*. All'arrivo del consulente e con la successiva modifica di prescrizione, è sufficiente aggiungere il nuovo farmaco/posologia con l'orario di somministrazione e la firma del medico responsabile. Tale modifica viene riportata congiuntamente agli altri farmaci, se confermata, dopo la visita medica del giorno successivo;
- b. è stato necessario invertire l'ordine degli orari di somministrazione dei farmaci, iniziando dalle ore 12 alle ore 24 del giorno corrente e dalle ore 6 alle ore 9 del giorno successivo;
- c. l'inserimento della casella con il nominativo del medico responsabile del percorso diagnostico/terapeutico sulla scheda della terapia permette oggi di rintracciarlo facilmente;
- d. per la terapia insulinica, che precedentemente era inclusa tra quella intramuscolare e sottocutanea, è stato creato uno spazio apposito, essendo somministrata previo rilevamento dei valori glicemici, quindi con variazioni d'orario;
- e. presso la stanza del Coordinatore sono depositate le firme dei medici del servizio, per tutti gli altri medici è obbligatoria la firma leggibile per esteso con nome e cognome riportato in stampatello;
- f. uno degli obiettivi del Policlinico Tor Vergata è quello di promuovere una cultura di attenzione al dolore nel processo assistenziale, tale da assicurare a tutti i pazienti un adeguato controllo. A tale scopo è stata inserita tra i parametri vitali una casella per la rilevazione del dolore, il cui scopo è quello di attivare la relativa scheda, presente tra la modulistica facente parte della cartella infermieristica aziendale, qualora il valore assegnato al parametro dolore sia uguale o superiore a 4.

A 3 mesi dall'utilizzo della nuova scheda della terapia non vengono più segnalati errori, tutte le terapie vengono regolarmente e correttamente prescritte ogni giorno, anzi lo strumento è divenuto l'atto ufficiale da cui attingere informazioni da parte dei consulenti e dei medici del servizio stesso che non seguono in prima persona l'assistito. Infatti, come si evince dal questionario di verifica, già a soli 3 mesi dall'inizio dell'utilizzo della scheda, in media l'87% di tutto il personale infermieristico e medico coinvolto riesce ad eseguire in maniera corretta le nuove procedure terapeutiche proposte dalla Stu.

In aggiunta, dal questionario di gradimento è emerso che:

- il 100% degli intervistati ritiene utile l'adozione della scheda informatizzata per la prescrizione/somministrazione della terapia;
- il 91% degli intervistati ritiene utili le modifiche apportate al vecchio schema della scheda della terapia;
- l'89% degli intervistati condivide la scelta di avere una scheda della terapia unica ed integrata con la documentazione clinica;
- il 98% degli intervistati ritiene utile questo strumento per ridurre il rischio di errore nel processo della terapia farmacologica (prescrizione, somministrazione e corretta assunzione).

**Conclusioni**

A 3 mesi dall'utilizzo della nuova scheda della terapia riteniamo, anche in base ai risultati dei questionari somministrati, che questa costituisca un ottimo strumento per la gestione dell'intero processo terapeutico, al fine di assicurare la massima collaborazione e responsabilizzazione di tutti gli operatori coinvolti.

L'integrazione della scheda con il diario clinico, in base al metodo Appro per il calcolo dei Drg, darebbe maggior valore alla quantificazione della prestazione ospedaliera prestata.

L'informatizzazione della Stu, non in ultimo, ci ha permesso di abbattere l'errore di trascrizione e di interpretazione di grafia.



SCAFFALE

## L'assistenza all'anziano - Ospedale, territorio, domicilio

Maria Mongardi  
McGraw-Hill, Milano, 2010  
pagine 738, euro 52,00



Nel panorama mondiale l'Italia continua ad essere uno dei Paesi con la maggiore proporzione di ultra 64enni: oggi costituiscono oltre il 20% della popolazione e fra 30 anni ne costituiranno il 34%. Per dirla con l'Oms, ciò rappresenta *un trionfo e una sfida* nel contempo. Questa evoluzione demografica è associata a un incremento delle patologie cronico-degenerative collegate all'invecchiamento, con conseguente aumento dei costi di cura e assistenza delle persone. In particolare, la disabilità costituisce spesso un epilogo a tale condizione, con conseguente scadimento della qualità di vita delle persone ultra 64enni e un aggravio in termini di costi socio-economici, non solo per il sistema socio-sanitario ma anche per le famiglie che, in più del 10% dei casi, hanno un disabile di cui occuparsi.

La sfida interessa principalmente, oltre che le famiglie e gli amministratori pubblici, gli operatori sanitari e sociali che vedono incrementarsi il proprio ambito di intervento, per di più in un periodo di evidenti vacche magre, con conseguenze sul volume della domanda di prestazioni professionali. Il libro di Maria Mongardi rappresenta un pregevole tentativo di far luce sulla complessità di questa sfida per gli aspetti che riguardano gli operatori.

Prima di affrontare sistematicamente gli aspetti assistenziali, il libro disegna un quadro di riferimento dell'invecchiamento nel nostro Paese, identificando non soltanto gli indicatori di salute, di malattia, sociali ed economici, caratterizzanti questa evoluzione, ma anche gli elementi di strategia, internazionale e locale, per promuovere l'invecchiamento attivo (o creativo) della nostra popolazione (capitoli 1, 2, 4, 5 e 6).

Fra queste strategie internazionali andrebbe tuttavia maggiormente valorizzata la sorveglianza della popolazione ultra 64enne, come anche l'adeguato monitoraggio delle malattie croniche e della diffusione degli interventi che vengono messi in atto per la loro prevenzione. Al momento attuale, in Italia non esistono sistemi informativi che rendano tempestive la valutazione e la riprogrammazione degli interventi di prevenzione e assistenziali a favore di tale fascia di popolazione. E nei fatti, come è dimostrato in altri Paesi, tendere a un miglioramento della salute o dell'assistenza di una parte della popolazione senza poterne produrre l'evidenza non necessariamente favorisce l'efficienza o l'efficacia degli interventi.

I capitoli della seconda parte del libro (dal 7 al 18) illustrano in maniera chiara quale sia la complessità dei modelli, dei setting e della rete assistenziale degli ultra 64enni, soprattutto quando si analizzano gli aspetti che dovrebbero modificarsi per trasformare un sistema socio-sanitario come il nostro, tradizionalmente e essenzialmente autoreferenziale, in un sistema centrato sulla persona, come annunciato nel titolo della seconda parte.

Alcuni capitoli, più di altri, forniscono una chiave di lettura in tal senso. Ad esempio, nel capitolo 9 si affronta il tema della rete assistenziale e il suo valore critico nel determinare l'auspicata trasformazione del sistema; in particolare l'integrazione socio-sanitaria che deve coinvolgere operatori ed enti diversi, per competenza ed esperienza, uniti non solo dalla necessità di migliorare la qualità dell'assistenza, ma anche per operare un'analisi e una programmazione congiunta delle attività, che il più delle volte coinvolge anche gli ultra 64enni e le loro famiglie. In tal senso viene descritta la figura dell'Infermiere Case Manager, pur senza sufficienti riferimenti all'esistente, che soprattutto nell'assistenza territoriale potrebbe giocare un ruolo determinante nel migliorare l'assistenza alle malattie croniche, come per esempio il diabete. Questo ruolo, ripreso e studiato nei suoi aspetti organizzativi nel capitolo 12, è di stimolo per il lettore che intravede nel *Chronic Care Model* (o in modelli simili) una modalità organizzativa efficace per rispondere alla *territorializzazione* della crescente domanda di assistenza alle malattie croniche.

In questi capitoli, e più dettagliatamente negli altri che seguono (capitoli 14, 15 e 16), si intuisce la necessità di rivedere con attenzione il curriculum per la formazione dell'infermiere, (sia quella di base, sia quella continua), che deve dimostrarsi all'altezza di queste nuove o più complesse responsabilità, quali il management dei casi, l'empowerment e l'educazione terapeutica. Nel nostro Paese non si contano molte iniziative formative specifiche miranti a far acquisire agli infermieri le competenze necessarie per assolvere a tali mandati professionali, che indubbiamente costituiranno una parte importante della professione infermieristica in un futuro molto prossimo. È quindi necessaria una riflessione al di là della sola formazione in geriatria di base e avanzata, che pure è analizzata in maniera moderna, chiara e esaustiva nel Capitolo 19.

Nella seconda parte del libro, Mongardi attenua il taglio metodologico e gli argomenti talvolta poco familiari al lettore con l'uso sistematico di casi clinici e di box esplicativi; i primi, attraverso lo studio di singoli quadri clinici, offrono un momento di sintesi e di apprendimento per il lettore; i secondi, contenendo riferimenti importanti per la comprensione, favoriscono l'approfondimento dei concetti espressi nel capitolo.

La terza parte del libro, più tecnica, si presta ad una diversa lettura rispetto alle due precedenti. L'autrice spiega in una guida introduttiva l'approccio espositivo seguito all'interno di ciascuno dei capitoli a seguire, suddivisi per situazione clinica o per problemi assistenziali, rifacendosi maggiormente stavolta a uno stile descrittivo simile a quello dei manuali. Ogni tema affrontato ha un suo canovaccio ben rispettato dai diversi autori, i quali, facendo ampio uso di tabelle, permettono anche una lettura di sintesi ai lettori che hanno già competenze in materia. In ogni capitolo, a una parte che descrive sistematicamente la patologia segue lo spazio miratamente dedicato all'approccio infermieristico, spesso adottando la classificazione di Carpenito (nonché lo schema espositivo dei suoi manuali), riassumendo le indicazioni in maniera schematica cosicché quasi mai appaiono lunghe o di difficile lettura

A differenza della seconda parte del libro quindi, quest'ultima parte si presta bene non solo a una lettura sistematica, ma anche alla consultazione: il lettore può voler approfondire un tema, per esempio la gestione delle problematiche odontoiatriche, senza essere obbligato a leggere i precedenti capitoli per necessità di propedeuticità.

Affermare la centralità delle persone ultra 64enni, degli operatori, dei setting e delle reti, inserendo tali argomenti nella parte seconda del libro, per trattare solo nell'ultima parte gli aspetti specifici di patologia o di assistenza è un'intuizione felice e appropriata dell'autrice, che in tal modo esprime una precisa scelta di priorità e allontana i sospetti che il libro voglia presentarsi come un manuale per l'infermieristica.

In sintesi: una lettura da consigliare a chi vuole fare meglio nel suo quotidiano assistenziale o a chi vuole innovare nella propria professione.

**Alberto Perra**

Epidemiologo, Istituto superiore di sanità, coordinatore del progetto *PASSI d'Argento*

SCAFFALE

## Psicologia della salute: un'introduzione

Lorenzo Tartarotti  
*Psicologia della salute: un'introduzione*  
 FrancoAngeli, Milano, 2010  
 pagine 202, euro 24,50



*"Per ritrovare il senso delle cure – scriveva Collière – bisogna imparare ad ascoltare ciò che dicono i curanti, anche se non sempre riescono ad esprimerlo (...). È da ciò che diviene possibile arricchire queste cure facendo appello a conoscenze differenti ed appropriate."*

Ed è proprio di conoscenze differenti ed appropriate, essenziali per sostenere i processi di salute, che ci parla il libro di Lorenzo Tartarotti. Partendo dall'osservazione dell'attuale quadro epidemiologico, che evidenzia come le principali cause di mortalità e di patologia cronica risultino sempre più spesso ricondotte agli stili di vita e ai comportamenti degli individui, il volume accompagna nella comprensione delle dinamiche psicologiche e psicosociali che li determinano e quindi ai meccanismi ed ai processi che possono sostenerne i cambiamenti.

La prima parte del volume fa efficacemente chiarezza sul significato di promozione della salute - quel processo *volto a mettere le persone in condizione di esercitare il controllo sui fattori che determinano la propria salute e quindi migliorarla* (Carta di Ottawa, Who 1986) - e del risultato atteso di tale processo: l'*empowerment* individuale e delle comunità. In questi significati sono riconoscibili saperi e prassi proprie della cultura infermieristica che sa che il senso più antico e vero del processo di *cura* è l'autonomia della persona, ricercata riconoscendo il valore dell'esperienza, del vissuto individuale, ambientale e sociale, quali prime risorse nei percorsi di guarigione.

Ma quando siamo chiamati ad agire per promuovere la salute (stili di vita e ambienti di lavoro, di studio, di cura, di relazione favorevoli alla salute), dove non sono esplicitate le domande e/o i bisogni nati nell'esperienza di malattia, ma il motore è un quadro complesso perlopiù fondato su *esigenze di sanità pubblica*, come è possibile sostenere individui e comunità nei loro processi di salute, rispettando concretamente il valore dell'autodeterminazione? Come dare luogo all'esercizio dell'*ascolto dell'altro*, disponibili davvero a comprendere una prospettiva diversa dalla propria nel rispetto della quale agire per promuovere dei cambiamenti? Come evitare la tentazione di cedere alla semplificazione e all'apparente *efficientismo* di un approccio centrato sulla sola *trasmissione di saperi* (ancorché veicolata dalle migliori e più aggiornate tecniche di

comunicazione), peraltro proprio del modello biomedico e assolutamente privo di qualsiasi evidenza di efficacia?

Il libro di Tartarotti cerca di fornire alcune chiavi di risposta a queste questioni di fondo, attraverso l'illustrazione e l'analisi di modelli e pratiche in campo (molto spazio è dedicato all'educazione sanitaria/educazione alla salute), osservate anche alla luce delle più note esperienze presenti in letteratura, valutate in termini di risultato ed impatto. Ne suggerisco vivamente la lettura a chi di noi non smette mai di interrogarsi sul senso del proprio fare: non è una guida alla comunicazione efficace (!), non è un manuale di psicologia per chi non è psicologo (!), è sicuramente, invece, uno strumento che può sostenere il processo di *empowerment* degli infermieri, ma anche di studenti, formatori e docenti, per un'assunzione di responsabilità nel ruolo di professionisti nei processi di salute e quindi protagonisti nei programmi, negli interventi, ma anche nelle politiche di programma, in particolare dei servizi sanitari territoriali e di comunità, nel campo della prevenzione e della promozione della salute.

**Liliana Coppola**

Docente dell'Università degli Studi di Pavia

Uo Governo della prevenzione, Dg Sanità, Regione Lombardia

SCAFFALE

## Le responsabilità del Coordinatore delle professioni sanitarie

*Annalisa Pennini, Giannantonio Barbieri*  
*McGraw-Hill, Milano, 2011*  
*pagine 253, euro 25,00*



Questo è il secondo lavoro editoriale scaturito dalla collaborazione tra Annalisa Pennini e Giannantonio Barbieri. Dopo aver già trattato della responsabilità professionale dell'infermiere, gli autori in questo libro analizzano approfonditamente la responsabilità del coordinatore, non solo infermieristico, ma anche appartenente agli altri settori disciplinari (ostetrico, riabilitativo, tecnico e della prevenzione).

In questo libro, vengono forniti importanti spunti di riflessione, chiarimento e approfondimento sulle funzioni e responsabilità che caratterizzano il coordinatore, fornendo chiavi di lettura ed esempi sugli aspetti giuridici e giurisprudenziali, sugli aspetti professionali e su metodi e strumenti utili a supportare il lavoro organizzativo.

Il testo si compone di 10 capitoli, ciascuno completato da un riassunto e da domande per la verifica della comprensione del testo. Sono inoltre presentati in appendice degli interessanti documenti che mostrano esperienze organizzative di due realtà sanitarie del Trentino e dell'Emilia Romagna.

Nella prima parte dell'opera viene ricordato il percorso storico-giuridico delle figure di coordinamento, in particolare per le professioni storicamente più riconosciute, come la *capo-infermiera* e la *capo-ostetrica*, fino ad arrivare a quelle più recenti, come il coordinatore delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Il percorso storico e normativo viene completato dall'esame della sua caratterizzazione all'interno dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro. La prima parte si conclude con la riproposta del dibattito storico rispetto ai requisiti del coordinatore: esperto clinico e/o manager, con un mix di competenze necessarie per svolgere la funzione in diversi contesti e situazioni? L'ultimo capitolo propone l'analisi di cosa sia (oggi) l'attività di coordinamento ovvero di quali caratteristiche ha il lavoro organizzativo, definendone ambiti e orientamenti.

Nella seconda parte si approfondisce il tema della responsabilità su più livelli ovvero la responsabilità propria del coordinatore, delle organizzazioni e delle persone. Tale approccio appare quanto mai opportuno data la posizione strategica che il coordinatore occupa tra la base e il vertice delle organizzazioni sanitarie.

Nella terza e ultima parte viene trattato il tema dell'esercizio delle responsabilità, presentando metodi, strumenti ed esperienze. Partendo dall'analisi del profilo di ruolo, come strumento per definire le competenze e le responsabilità del coordinatore, ma anche per la gestione dei collaboratori, viene presentato in appendice un documento in uso presso l'Azienda provinciale per i Servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento. Inoltre vengono trattati i temi della sicurezza e dell'appropriatezza dei percorsi di cura, della gestione delle risorse economiche e tecnologiche collegati con quello delle funzioni di coordinamento all'interno dell'organizzazione dei servizi sanitari, presentando in appendice un estratto dell'Atto aziendale dell'Azienda Usl di Imola, relativo al Servizio Infermieristico e Tecnico.

Per questa sua strutturazione può essere considerato un manuale d'uso sia per i coordinatori che per gli studenti dei Master in Management e Coordinamento.

***Elisabetta Palma***

Dottoranda di ricerca infermieristica - Università degli Studi Chieti-Pescara

## COLOPHON

**Direttore responsabile**

Annalisa Silvestro

**Comitato editoriale**

Marcello Bozzi, Ciro Carbone, Danilo Massai, Barbara Mangiacavalli, Gennaro Rocco, Annalisa Silvestro, Franco Vallicella

**Coordinamento**

Emma Martellotti

**Redazione**

Monica Casati, Laura D'Addio, Immacolata Dall'Oglio, Pietro Dri, Annamaria Ferraresi, Ennio Fortunato, Silvestro Giannantonio, Rita Maricchio, Emma Martellotti, Michele Musso

**Segreteria di redazione**

Antonella Palmere

**Progetto grafico**

EDS - Ennio De Santis

EDS - Vladislav Popov

**Editore**

Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi  
Via Agostino Depretis, 70 – 00184 Roma  
tel. 06 46200101 fax 06 46200131

**Internet**

[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

**Periodicità**

Bimestrale

**Registrazione**

del Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'Editore

Indicizzata su **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in **Ebscohost**

Le norme editoriali sono pubblicati sul sito [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it), nella sezione "Ecm".  
Si invitano gli autori a rispettare le norme editoriali nella stesura dei contributi e degli articoli da sottoporre alla prevista valutazione del Comitato di redazione.  
I lavori vanno inviati a: [federazione@ipasvi.legalmail.it](mailto:federazione@ipasvi.legalmail.it)