

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LV

5

ISSN 2038-0712

**SETTEMBRE - OTTOBRE
2011**

 **IPASVI**

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE**

Era proprio necessaria...

di Annalisa Silvestro

● **FOCUS**

Sanità, quando tagliare non fa rima con programmare

di Silvestro Giannantonio

Salute 2011: errori e liste d'attesa al top delle lamentele

di Michele Musso

Il Premio Alesini 2011 a un progetto infermieristico

di Michele Musso

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

Studio osservazionale retrospettivo sulla gestione del dolore postoperatorio in cardiocirurgia

di Alessio Ramazzina, Claudio Pognani

Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura

di Nicola Ramacciati, Andrea Ceccagnoli

● **CONTRIBUTI**

Sonno, turno notturno e ricadute: analisi della letteratura

di Davide Lastrucci, Lorenzo Righi, Carlo Federico Spatola

● **ESPERIENZE**

La sessualità del paziente stomizzato: analisi del suo vissuto

di Cristina Bernini, Claudia Vaccari, Nadia Lami, Paola Ferri

Uno strumento di assessment per la presa in carico in oncologia

di Roberto Brisichella, Giuseppina Raia

Tutor didattici universitari e infermieri esperti in cure palliative: una sinergia possibile nella formazione degli studenti infermieri

di Catia Fiorani, Simona Bacaloni, Stefania Stefani, Mariapaola Gava, Renato Rocchi, Stefano Marcelli, Sandro Ortolani

Professionisti e utenza in Pronto soccorso: quali modalità comunicative?

di Desdemona Lugli

● **Scaffale**

Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in oncologia

di Piero Pantaleo

Vecchi da morire. Anziani in casa di riposo

di Silvana Petterino

Manuale di sociologia generale per professionisti della salute

di Maria Rosaria Ayroldi



EDITORIALE

Era proprio necessaria...

di Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi

La situazione del nostro Paese è probabilmente più grave di quanto tutti noi si sia portati a credere. Forse il ricordare da parte del Presidente Monti che erano in gioco le tredicesime e poi anche gli stipendi dei dipendenti pubblici (lo sono ancora ?), ha reso tutti più attenti e vigili: noi perché temiamo un *vulnus* forte alla nostra quotidianità di vita, la rete commerciale perché ne deriverebbe un impatto fortemente negativo sulla già difficile situazione economica interna. Il mondo dell'economia parla già di recessione per il nostro Paese ed una misura del genere deprimerebbe ancora e ben di più i consumi. Bisognerà quindi prendere atto che i sacrifici che vengono richiesti agli italiani con le misure del decreto "salva Italia", sono ineludibili.

Ma certo tale consapevolezza non esime da un'analisi critica di quanto il capo del Governo e i suoi ministri hanno predisposto.

Il testo del decreto si presenta molto complesso e ancora non sono stati analizzati compiutamente tutti i contenuti e gli impatti che ne derivano. Ad ora si può dire, ed apprezzare, che non contiene misure che penalizzano direttamente la sanità, l'università e la ricerca. E' però evidente, al di là degli interventi che le Regioni dovranno mettere in atto per garantire i Lea e i correlati standard assistenziali, che la sanità nel suo complesso contribuirà, e non poco, alla manovra: per l'aumento dell'Iva sui prodotti che acquista e per la tassazione dei beni immobili di cui frequentemente è proprietaria o che ha in gestione. Dall'altra parte non possono non destare preoccupazione le norme che intervengono nel sistema previdenziale. L'innalzamento del limite di età lavorativa, oltre a riverberarsi su ormai consolidati mutui aiuti generazionali (la neo nonna o il neo nonno che si pensionano per aiutare e sostenere le giovani coppie nella gestione della loro vita familiare e dei nipotini; colleghi che si ritirano dalla vita lavorativa strutturata per seguire genitori anziani o familiari fragili o con importanti problemi di salute...) impatterà significativamente sul mondo del lavoro e particolarmente sul "*nostro*" mondo del lavoro.

Bisognerà ripensare modalità, processi di lavoro e sedi allocative e riallocative, chiedere con forza che i servizi siano dotati di tutto ciò che può supportare, sostenere ed alleviare lo sforzo fisico, sostenere la definizione strutturata di momenti significativi di "stacco" per recuperare attenzione psico-intellettiva oltre che capacità fisica dopo un certo numero di ore di lavoro o quando inseriti in fasce orarie particolarmente impegnative, e tant'altro ancora.

Il decreto passa ora al vaglio del Parlamento e sembra che vi sia la possibilità di qualche modifica, anche per quanto attiene la parte inerente il sistema previdenziale. E' prevedibile, anche perché coralmemente richiesto, che l'azione del Governo non si esaurisca con questo decreto. Nei mesi – poco più di un anno – che mancano alla fine della legislatura, altri provvedimenti interverranno. Uno, già preannunciato, riguarderà la

riforma delle professioni e quindi del sistema ordinistico.

E questo è un ambito che, parimenti ad altri, ci riguarda molto da vicino. Anche in questo settore urge un cambiamento ed è atteso da tutti i professionisti che vogliono mantenere un ruolo proattivo e propositivo nei confronti dei fruitori dei loro servizi e delle loro prestazioni professionali.

Noi siamo fra questi: auspichiamo coinvolgimento e confronto e garantiamo trasparenza e lealtà istituzionale anche perché alto è stato l'apprezzamento per aver mantenuto il Ministero della Salute.

L'Italia, con la volontà di tutti e quindi anche con la nostra di professionisti infermieri, ha superato altri momenti difficili; dobbiamo farcela anche questa volta e con questo auspicio auguro a tutti voi e ai vostri cari un sereno 2012.

Annalisa Silvestro



FOCUS

Sanità, quando tagliare non fa rima con programmare

di **Silvestro Giannantonio**

Considerazioni sulla legge di stabilità approvata a novembre e sulla manovra varata dal nuovo Governo Monti.

C'era poco ancora da tagliare nel settore Sanità, dopo le manovre di contenimento della spesa che si sono susseguite dal 2010 in poi. Manovre che, fino al 2016, riducono di fatto le risorse a disposizione dell'assistenza sociale e sanitaria di circa 25 miliardi di euro, senza contare la reintroduzione della compartecipazione a livello nazionale (il ticket) su tutte le prestazioni a partire dal 2014.

Per questo motivo, la legge di stabilità passata con il sì definitivo della Camera nel pomeriggio di sabato 12 novembre, non prevede articoli dedicati in maniera specifica al Ssn. Né si può dire che la manovra varata in tutta fretta dal nuovo Governo Monti e ora all'esame del Parlamento si sia accanita su sanità, ricerca e università.

Tuttavia, nuove norme su professioni, liberalizzazioni e pubblico impiego avranno immediate ricadute sul lavoro dei professionisti sanitari nel nostro Paese. Infermieri *in primis*.

Le misure tese a recepire le direttive dettate da Unione europea e Banca centrale Europea, al fine di restituire credibilità alle politiche di riduzione del debito, toccheranno ancora una volta il pubblico impiego, che vuol dire tra l'altro ospedali, Ausl e servizi territoriali.

Il personale in sovrannumero o in eccedenza funzionale o per esigenze finanziarie delle pubbliche amministrazioni (centrali, regionali e locali) potrà essere posto in mobilità e ricollocato totalmente o parzialmente nell'ambito della stessa o in altra amministrazione, anche ricorrendo a forme flessibili di lavoro o a contratti di solidarietà. Per chi non sarà ricollocato scatta il collocamento in disponibilità con un'indennità pari all'80% dello stipendio e dell'indennità integrativa speciale con esclusione di qualsiasi altro emolumento, per la durata massima di 24 mesi. Le amministrazioni che non adempiranno alla ricognizione annuale della propria forza lavoro non potranno effettuare nuove assunzioni.

Resta inoltre confermato il blocco dei *turn over* nelle Regioni oggetto di Piani di rientro. Anche il capitolo pensioni riguarderà giocoforza migliaia di infermieri italiani: soprattutto per le donne (e la maggior parte degli infermieri italiani è donna) l'asticella viene alzata notevolmente, rispetto al quadro attuale. Per le pensioni di vecchiaia, il neo Governo Monti ha poi esteso il sistema contributivo a tutti i lavoratori, e già a partire dal 2012 aumentano gli anni di contributi per potersi congedare: 41 per le donne, 42 per gli uomini. Un approccio che certamente non favorisce un ricambio generazionale tra gli infermieri italiani e che soprattutto rende difficile il percorso per portare a livelli di media europea il rapporto infermiere/mille abitanti, fermo in Italia al 7.7 contro uno standard comunitario del 9.8. Questo, contando anche l'apporto di oltre 30mila colleghi stranieri che lavorano stabilmente nel nostro Paese.

Dover mantenere e garantire lo stesso standard quantitativo, di sicurezza e di qualità pur

vedendo restringersi il numero dei componenti l'équipe assistenziale è una criticità del Ssn con cui bisognerà fare i conti sempre più spesso.

Sembra emergere, quindi, una notevole povertà progettuale in relazione alle grandi sfide che abbiamo di fronte tra cui:

- il progressivo invecchiamento della popolazione con aumento della quota di grandi anziani soli;
- il mutamento della famiglia caratterizzata sempre più dall'indisponibilità di farsi carico di eventuali famigliari con disabilità o necessità assistenziali;
- l'aumento della domanda assistenziale per incremento delle malattie cronico-degenerative;
- lo sviluppo e impiego di tecnologie e di approcci diagnostici e strategie curative meno invasive, ma che richiedono alta tecnologia e personale sempre più qualificato.

“In tal senso bisognerebbe ‘reclutare’ e non ‘mortificare’ i professionisti sanitari tutti e particolarmente gli infermieri stante, tra l'altro, il fenomeno di *shortage* che riguarda il personale medico con adeguamento del rapporto medico paziente ai valori europei e conseguente necessità di muoversi celermente verso un *upgrading* della professione infermieristica’, ha ammonito dalle colonne del *Sole24ore Sanità* la presidente della Federazione nazionale Collegi Ipasvi, **Annalisa Silvestro**, firmando un lungo intervento sulla manovra, l'8 novembre scorso.

“Non è con provvedimenti di razionamento del personale che si potrà affrontare la grave situazione economica - ha scritto la presidente -. È necessaria una riorganizzazione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali verso modelli che focalizzino l'attenzione sui reali bisogni e siano in grado di offrire ciò che serve per affrontare i problemi assistenziali. Bisogna avere il coraggio di riorganizzare, riconvertire e, perché no, anche di dire, ad esempio, che parte delle liste d'attesa sono frutto di prescrizioni/richieste lontane dal criterio dell'appropriatezza e dell'evidenza scientifica”.

Gli infermieri stanno chiedendo sempre più spesso una riflessione organizzativo-assistenziale, attraverso la presentazione di idee, progetti, capacità e di una nuova cultura assistenziale e gestionale. Tutti elementi che saranno centrali nel prossimo **Congresso nazionale di Bologna** (22-24 marzo 2012), incentrato non a caso sull'importanza di essere protagonisti del cambiamento.

“Attraverso il nostro Congresso - ha spiegato la presidente Silvestro presentando ufficialmente l'evento sul portale www.ipasvi.it - vogliamo presentare e diffondere i progetti, le esperienze e le sperimentazioni d'eccellenza, e ce ne sono davvero tantissime, che quotidianamente mettiamo in campo, dal Nord al Sud, dall'Est all'Ovest del Paese. Vogliamo dibattere su come e quanto impatta la cultura, la competenza, la responsabilità degli infermieri nella quotidianità assistenziale, nelle relazioni interprofessionali e per lo sviluppo del Sistema sanitario”.

Intanto c'è da fare i conti con altre misure che interessano “di riflesso” il settore Sanità. Tra queste, la **liberalizzazione** dei servizi pubblici locali e delle farmacie. Obiettivo, quello di “realizzare un sistema liberalizzato dei servizi pubblici locali di rilevanza economica attraverso la piena concorrenza nel mercato e di perseguire gli obiettivi di liberalizzazione e privatizzazione dei medesimi servizi”. Per raggiungerlo, il maxi emendamento già votato dai due rami del Parlamento ai tempi di Berlusconi prevede che tutte le amministrazioni locali “valutino l'opportunità di procedere all'affidamento simultaneo con gara di una

pluralità di servizi pubblici locali nei casi in cui possa essere dimostrato che tale scelta sia economicamente vantaggiosa”.

In altre parole, tutti quei servizi pubblici che risulti vantaggioso cedere ai privati, con esclusione dei servizi pubblici essenziali.

Il capitolo **farmacie**, in particolare, è stato oggetto di polemiche e ripensamenti. Il Governo, che in un primo tempo aveva "liberalizzato" la vendita di medicinali di fascia C al di fuori di esse, ha fatto marcia indietro. I farmaci di fascia C potranno così essere venduti nelle parafarmacie e nei *corner* dei supermercati, ma solo se non ci sarà l'obbligo di ricetta. A stilare la lista sarà il ministero della Salute, sentita l'Agenzia italiana del farmaco. Questa la mediazione raggiunta nelle Commissioni bilancio e finanze della Camera. Il ministero della Salute, sentita l'Agenzia italiana del farmaco, individuerà entro 120 giorni un elenco aggiornabile dei farmaci di fascia C per i quali permane l'obbligo di ricetta medica. Quindi non sarà consentita la vendita negli esercizi commerciali. Inoltre, precisa la modifica alla manovra, "la facoltà delle farmacie, delle parafarmacie e dei *corner* della grande distribuzione di praticare sconti sui prezzi al pubblico opera non già su tutti i prodotti venduti, come previsto dal testo vigente, bensì sui medicinali di cui al comma 1", cioè quelli senza ricetta.

Per quanto riguarda gli **Ordini professionali**, è prevista la loro riforma entro 12 mesi dall'approvazione della legge di stabilità (e quindi entro novembre 2012) secondo i principi previsti dall'art. 3, comma 5 della legge 148/2011. La vera novità è la possibilità di costituire società tra professionisti iscritti all'Ordine e l'abolizione delle tariffe minime. A rischio, il percorso parlamentare del disegno di legge delega sulle professioni sanitarie, che tra l'altro, prevede l'istituzione dell'Ordine degli Infermieri.

A questo proposito, la Presidente del Comitato Unitario delle Professioni, **Marina Calderone**, ha dichiarato: "Minare in questo momento il sistema ordinistico nelle sue fondamenta creerebbe un irrisolvibile *vulnus* nel delicato equilibrio di triangolazione tra la Pubblica Amministrazione e il cittadino. La tutela della fede pubblica insita nell'esercizio delle professioni è la garanzia che i cittadini meritano di avere sapendo di essere al cospetto di un soggetto dalle caratteristiche ben determinate e riconosciute".

Tornando al capitolo **tagli**, ridotto da 2 a 1 milione di euro il finanziamento annuale per la contribuzione da parte dello Stato ai costi dell'assistenza sanitaria dei cittadini di Campione d'Italia. Venti milioni di euro in meno, nel 2012, pure per i fondi del Ministero della salute vincolati ad attività di ricerca, sperimentazioni e programmi speciali. Ridotte dal 2012 di 17 milioni di euro le risorse per la copertura degli oneri derivanti dai mutui contratti con la Cassa depositi e prestiti dalle Regioni per l'edilizia sanitaria e di altri 19,55 milioni di euro per le risorse a carico del Fondo sanitario nazionale per la copertura degli oneri derivanti dai mutui contratti dalle Regioni a Statuto ordinario, dagli Ircss, nonché dagli Istituti zooprofilattici sperimentali per le esigenze di manutenzione straordinaria e per gli acquisti di nuove attrezzature sanitarie.

Per la prosecuzione di interventi indifferibili nel settore dell'edilizia sanitaria (basati su accordi già perfezionati al settembre 2011) sarà invece possibile ricorrere alla dotazione finanziaria di 2.800 milioni di euro, assegnata al Fondo per lo sviluppo e la coesione. Si dispone inoltre che i fornitori con crediti esigibili nei confronti delle Regioni e degli Enti locali possano presentare istanza di cessione del credito a istituti bancari o intermediari finanziari. Dalla norma sono però escluse le Regioni sottoposte a Piani di rientro dal deficit sanitario.

Con le dimissioni di Silvio Berlusconi e l'insediamento del nuovo governo presieduto

dall'economista Mario Monti è poi decaduto automaticamente anche il Ministro della salute **Ferruccio Fazio**.

Nominato in principio sottosegretario, quindi Vice ministro, Fazio aveva ricevuto l'incarico ufficiale di Ministro solo nel dicembre del 2009, ma in ogni caso si può stimare in 4 anni complessivi la sua carriera ai vertici del dicastero di Lungotevere Ripa.

Numerose le riforme avviate durante questo periodo, anche se poche sono quelle diventate operative. Prima tra tutte la farmacia dei servizi, che prevede l'erogazione di nuove prestazioni ai cittadini anche da parte delle farmacie, come le prestazioni analitiche di prima istanza o altre prestazioni erogabili anche grazie all'ingresso in farmacia di altre professionalità, come gli infermieri e i fisioterapisti. A Fazio, poi, si deve il progetto del riordino dei **punti nascita** dopo i diversi casi di decessi durante il parto che hanno segnato l'estate del 2010. Avviata da poco, e il cui destino è ora più che mai incerto, anche la riforma del sistema di emergenza-urgenza (che prevedrebbe, tra le altre cose, anche lo spostamento dei codici bianchi e verdi sul territorio anziché al Pronto soccorso), la riforma delle cure primarie e la riforma del percorso di formazione in Medicina (che prevedrebbe, ad esempio, la riduzione degli anni di corso di Laurea).

Il ministero di Fazio ha avviato e introdotto per la prima volta in Italia un programma di valutazione degli esiti che mira a rilevare quali sono le strutture del Paese dove si registrano le migliori e le peggiori performance su una serie di 47 indicatori. Tra gli altri progetti che hanno visto la nascita in questi due anni sotto la guida del Ministro Fazio, anche l'istituzione del Registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari e divieto di intervento di plastica mammaria alle persone minori, l'istituzione della Commissione nazionale "Cure palliative e terapie del dolore", del Comitato scientifico di economia e management sanitario tra Ministero della salute e atenei pubblici e privati e istituzione di un tavolo tecnico per gli emoderivati. Sono stati anche gli anni del federalismo e della progressiva limitazione delle competenze a livello centrale, specie in Sanità.

Nonostante questa tendenza, un risultato importante, non solo dal punto di vista simbolico, era stato raggiunto nel 2009 con la ricostituzione del Ministero della salute propriamente detto, dotato di propria autonomia, non più una costola del maxi Ministero del welfare. Una tendenza confermata anche dopo l'insediamento dello snello esecutivo presentato dal neo presidente del Consiglio, a riprova della bontà della "scissione" operata due anni fa. Per il prosieguo della legislatura, il nuovo Ministro della salute sarà **Renato Balduzzi** (nato a Voghera nel 1955), illustre giurista esperto di Sanità, che prima della nomina presiedeva l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Nel recente passato, è stato consigliere giuridico dei Ministri della difesa (1989-1992), della sanità (1996-2000) e delle politiche per la famiglia (2006-2008). In particolare, è stato capo ufficio legislativo ai tempi della "riforma *ter*" della sanità datata 1999, con Rosy Bindi ministro.

Sottosegretario alla Salute, il medico radiologo **Elfio Cardinale**, preside della Facoltà di Medicina di Palermo fino all'anno scorso e vice presidente dell'Istituto superiore di sanità.



FOCUS

Salute 2011: errori e liste d'attesa al top delle lamentele

di Michele Musso

Il *Rapporto di Tdm-Cittadinanzattiva* raccoglie le segnalazioni dei cittadini alle prese con i servizi sanitari. E disegna un quadro in cui i diritti appaiono sempre più limitati e il Ssn in via di sfaldamento.

C'è un dato che si distingue dagli altri nel 14° Rapporto Pit Salute del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva: le segnalazioni dei cittadini sulle disattenzioni del personale sanitario sono più che raddoppiate dal 2009 al 2010, passando dal 5,8% al 12,9%. Non è che, nel complesso, le cose vadano meglio per le altre "voci" del Rapporto, però. Anzi. Tant'è che, alla presentazione dei dati (lo scorso 10 novembre a Roma, alla presenza dell'allora Ministro della salute, **Ferruccio Fazio**), **Francesca Moccia**, coordinatrice nazionale del Tdm, non ha esitato a rilevare come siano gli stessi cittadini ad avvertire "con forza che il nostro sistema sanitario va sfaldandosi", segnalando "la chiusura di reparti o strutture, la riduzione di posti letto non accompagnata da un potenziamento dei servizi socio-sanitari territoriali, le lunghe liste di attesa, la carenza di informazioni sui propri diritti, anche di natura economica, come indennità, assegni mensili. I livelli essenziali di assistenza, di fatto, non sono più essenziali, ma 'possibili': non sono più ciò che deve essere garantito, ma ciò che può essere garantito con le risorse disponibili".

Si spiega così il titolo del Rapporto di quest'anno: *Diritti al taglio*; perché "le politiche economiche, sociali e sanitarie messe in atto in questo periodo stanno di fatto smantellando il nostro sistema di welfare, con particolare riguardo ai servizi di carattere sanitario e sociale".

Troppe disattenzioni

Purtroppo crescono, seppure di poco, le segnalazioni di presunta *malpractice*: dal 18% del 2009 al 18,5% nel 2010. Da una parte i cittadini segnalano meno errori diagnostici e terapeutici presunti (dal 63% del 2009 al 58,9% nel 2010), ma dall'altra parte sono ben più che raddoppiate le segnalazioni sulle disattenzioni del personale sanitario: dal 5,8% del 2009 al 12,9% del 2010, appunto.

Per "disattenzioni", precisa il documento, vanno intesi "tutti quei comportamenti effettuati con trascuratezza e con mancanza di attenzione che, pur non avendo causato un danno, rientrano comunque tra le procedure incongrue e che potenzialmente avrebbero potuto creare complicazioni". E che i cittadini percepiscono come cattiva assistenza e mancanza di qualità professionale. Qualche esempio: lasciare i farmaci sul comodino senza accertarsi che siano assunti dai pazienti; non applicare le sbarre di protezione ai letti di malati semi-coscienti, anziani, non autosufficienti; lasciare il degente esposto a correnti d'aria; la carenza di controlli sulle forniture delle bombole di ossigeno, di altri presidi o apparecchiature.

Pressoché invariate le segnalazioni per le infezioni nosocomiali, che riguardano in particolare la mancanza di accortezze per la prevenzione e la diffusione (cattivo o

mancato uso di guanti e camici; mancata sostituzione delle scarpe utilizzate dentro e fuori dall'ospedale; errata disinfezione di strumenti o delle mani). Vi è ancora poca attenzione nel differenziare i rifiuti sanitari (materiale infetto assieme ai rifiuti comuni), come pure nella sterilizzazione dei ferri chirurgici e nel riutilizzo di materiali monouso. Crescono "enormemente" le segnalazioni da parte del personale che lavora in ambiente a rischio (soprattutto infermieri) a contatto con pazienti infetti: dal 3,2% del 2009 all'8,5% del 2010. Quest'ultimo dato, affiancato a quello relativo al rischio di infezione per ferri contaminati, mette in luce, sottolinea il Rapporto, un problema molto rilevante che attiene alla disapplicazione di procedure standard di prevenzione dalle infezioni.

Liste di attesa, restano i tempi "biblici"

Anziché migliorare, il fenomeno peggiora: nel 2010 il 16% delle segnalazioni al Pit Salute ha riguardato i lunghi tempi di attesa, con una crescita dell'1% rispetto al 2009. In generale, l'attesa è più lunga per gli esami diagnostici (52,6%, +2,1% rispetto al 2009), le visite specialistiche (28,2%, +0,2% sull'anno precedente) e gli interventi chirurgici (19,2%, in diminuzione rispetto al 21,5% del 2009).

Per gli esami si aspetta di più nell'area oncologica, anche se si registra un leggero calo: 18,2% delle segnalazioni contro il 19,4% nel 2009. Seguono ginecologia e ostetricia (circa 16% delle segnalazioni, sia nel 2009 che nel 2010) e la cardiologia (in lieve diminuzione, dal 16,1% del 2009 al 14,4% del 2010).

Per le visite specialistiche, le attese aumentano in oculistica, cardiologia e odontoiatria; ortopedia, seppure in discesa, è al secondo posto, con il 13% delle segnalazioni. In quest'ultima specialità sono molto lunghi anche i tempi per gli interventi, in aumento dal 2009 (22%) al 2010 (27%).

Cittadini all'oscuro dei propri diritti

Con il 14% delle segnalazioni, la scarsità di informazioni è al terzo posto tra i problemi più sentiti. A risultare carenti e frammentarie sono soprattutto quelle sulle prestazioni assistenziali (16,2%), in particolare sulla nuova procedura di invalidità civile e handicap e gli assegni di cura. Seguono la richiesta di informazioni sulle strutture esistenti (13,7%) e sull'accesso alla documentazione sanitaria (13,1%).

Ancora in deficit l'Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale sembra registrare dati migliori, con una leggera flessione delle segnalazioni, dal 12,7% del 2009 all'11,5% del 2010.

Tuttavia restano grosse difficoltà soprattutto per l'assistenza primaria di base, il cui dato cresce dal 23% al 23,8%. I cittadini mettono in discussione alcuni comportamenti dei medici, sia da un punto di vista umano sia tecnico: inadeguatezza degli orari (18,4%, +7,4%), sottostima del problema segnalato (12,8%, +2,8%), rifiuto del medico/pediatra di continuare ad assistere un paziente (10%, +1,6% sul 2009), costo eccessivo delle visite a domicilio (7,4%, +0,6%), rifiuto della prescrizione (4,4%, +0,6%).

Sale vistosamente il dato delle segnalazioni sull'assistenza residenziale, dal 12,8% al 18,5%.

I Lea non sono più essenziali

In fortissima crescita le segnalazioni sull'accesso ai servizi: dal 5,5% del 2009 al 9,5% nel 2010. Le principali difficoltà riguardano il ridimensionamento di servizi e prestazioni e i conseguenti costi sostenuti privatamente dai cittadini.

Nel 2009 il 62,5% delle persone segnalava costi eccessivi per prestazioni diagnostiche e specialistiche a causa dei ticket e delle problematiche connesse alle esenzioni. Nel 2010 il dato è notevolmente in crescita: +11 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Insomma, sottolinea il Rapporto, i tagli incidono sui costi e sulla qualità di vita: "di fatto i Livelli essenziali di assistenza si vanno trasformando da 'ciò che deve essere garantito' in 'ciò che può essere garantito con le risorse disponibili'".

La rete dell'emergenza-urgenza più penalizzata dai tagli

Le segnalazioni sull'assistenza ospedaliera complessiva sono in diminuzione rispetto al 2009 (dal 7,2% al 6,2% del 2010). Ma crescono dal 29,8% nel 2009 al 41,4% del 2010 nella rete dell'emergenza-urgenza. Il Pronto soccorso è giudicato carente per le lunghe attese (42,1%), per il trasporto in ambulanza (29,4%, +19,3% sul 2009) e per la scarsa trasparenza nell'assegnazione dei codici (28,5%).

Per quanto riguarda i ricoveri, nonostante il significativo calo delle segnalazioni (46,4% nel 2009, 23,5% nel 2010), si segnalano ancora una insufficiente offerta di servizi ospedalieri, il mancato raccordo tra le varie strutture e una crescente difficoltà di accesso, "frutto – sostiene il Rapporto - di politiche di razionalizzazione della spesa e di piani di riordino della rete ospedaliera avviati soprattutto nelle Regioni sottoposte a piani di rientro". In forte crescita, infine, anche le segnalazioni sulle dimissioni, dal 23,8% del 2009 al 35,1% del 2010.

Silvestro: serve una ristrutturazione del sistema

I dati del Pit Salute 2001, confermano che "gli "aggiustamenti" non bastano più, bisogna mettere mano al sistema", ha detto la presidente **Annalisa Silvestro** nel suo intervento alla presentazione del Rapporto. "Non possiamo fare finta di niente, di ignorare che aumenta l'aspettativa di vita così come l'età media – ha precisato – e che, di conseguenza, aumentano anche le cronicità e le disabilità". Silvestro ha quindi dichiarato la disponibilità della professione a "una riflessione più ampia" su come mettere mano al sistema. Ma partendo dalla premessa che "come infermieri non ce la facciamo più: crescono le richieste e il cittadino è sempre più informato. Territorio e ospedali, come sono organizzati oggi, non reggono più la sfida".



FOCUS

Il Premio Alesini 2011 a un progetto infermieristico

di Michele Musso

Il riconoscimento per le buone pratiche in sanità è stato assegnato a un lavoro dell'Azienda Ulss 3 di Bassano del Grappa. Il premio, consegnato dal Ministro pro tempore, Fazio, è stato ritirato dalle colleghe Gabriella Scoccia e Cristina Cerantola.

Comunicazione aumentativa alternativa-strategie di base per affrontare difficoltà comunicative di pazienti con gravi deficit della parola: è questo il titolo del progetto che si è aggiudicato il primo posto assoluto in tutta Italia dell'edizione di quest'anno del *Premio Andrea Alesini*, consegnato durante la presentazione del Pit-Salute. A realizzarlo il Servizio professioni sanitarie dell'Ulss 3 di Bassano del Grappa (Vicenza) che, come spiega la motivazione per l'assegnazione del Premio, applica in maniera innovativa la Comunicazione aumentativa alternativa quale strumento di miglioramento della comunicazione per persone con carenza/assenza temporanea o permanente nella comunicazione verbale.

“La possibilità di comunicare – spiega **Gabriella Scoccia**, infermiera coordinatrice al Servizio professioni sanitarie, Area formazione, dell'Ulss 3 di Bassano, una delle tre responsabili del progetto – è di fondamentale importanza per determinare la qualità di vita di ogni individuo. Esistono molte condizioni di malattia che portano la persona a non poter parlare, sia temporaneamente che permanentemente, con conseguenti difficoltà da parte del personale a capire i bisogni dell'individuo per rispondervi adeguatamente”. “Negli ultimi quindici anni – aggiunge **Maria Cristina Polita**, infermiera coordinatrice del Servizio professioni sanitarie, area progetti, anche lei responsabile del lavoro premiato – per aumentare le possibilità delle persone con deficit nella comunicazione verbale, sono state sviluppate modalità alternative che rientrano nell'ambito della Comunicazione aumentativa alternativa (Caa), attualmente utilizzata prevalentemente nell'ambito della disabilità con presa in carico logopedia”.

Così, “si è ipotizzata l'efficacia dell'utilizzo di strategie di Caa in ambito infermieristico – precisa **Cristina Cerantola**, infermiera in Pneumologia territoriale, terza responsabile del progetto – per migliorare la relazione assistenziale in situazioni di compromissione della comunicazione verbale, riducendo le incomprensioni dolorose da parte del paziente, le sensazioni di impotenza da parte del personale nonché il rischio di errori diagnostici, terapeutici e assistenziali”.

Per lo studio si è scelto di utilizzare un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento, tra gennaio 2009 e dicembre 2010, di 60 infermieri, quattro logopedisti, cinque fisioterapisti e un educatore professionale. Sono state incluse tutte le persone che presentavano compromissione della comunicazione verbale.

Il progetto ha osservato l'efficacia di diverse strategie di Caa quali l'uso del Sì/No, di immagini o foto, di lettere e parole o di simboli per tentare di individuare strategie e procedure migliori in relazione alla patologia o quadro clinico del paziente. Sono state adattate e ideate schede per la comunicazione dei bisogni primari, la registrazione di attività infermieristiche di stimolazione e di supporto agli interventi

logopedici, per accertare e registrare il problema comunicativo, le strategie utilizzate e la loro efficacia. È stato inoltre previsto un questionario per la rilevazione della qualità percepita da utente, familiari e operatori.

Dai questionari somministrati a personale, utente e famigliari risulta che l'uso del Sì/No con la testa, la stretta o gesto con la mano, l'ammiccamento, la lettura labiale sono i più usati e probabilmente i più immediati; l'utilizzo della tavola alfabetica, di disegni/foto, di disegni e foto singole è stato, comunque, rilevato nel 72% dei casi. Nel 76% dei casi è stato possibile addestrare i familiari favorendo una relazione attiva con il paziente.

In definitiva, il 95% degli intervistati ritengono che la Caa sia utile alla comunicazione con il personale e la famiglia. Il 60% che il progetto di Caa abbia avuto sull'utente un impatto nella gestione complessiva dell'ansia, della depressione, della rabbia, dell'aggressività, dell'incomprensione. In particolare si ha una riduzione dell'ansia per il 77% degli intervistati e dell'incomprensione per l'85%.

Dalle interviste emerge infine che il progetto ha avuto sull'operatore un impatto positivo nella gestione della frustrazione (77%), sull'indifferenza (11%) e sull'impotenza (78%). Si segnala inoltre un impatto positivo anche sulla gestione della rabbia, della tensione, degli abbandono dei tentativi comunicativi.

“Un ringraziamento – concludono le tre responsabili del Progetto - a tutto il personale di assistenza delle strutture di Rianimazione, Neurologia, Medicina fisica e Riabilitazione, Pneumologia ospedaliera e territoriale e Rsa di Marostica”.

Studio osservazionale retrospettivo sulla gestione del dolore postoperatorio in cardiocirurgia

Alessio Ramazzina¹, Claudio Pognani²

¹Infermiere, Unità Operativa di Cardiocirurgia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare

²Dirigente medico, Servizio di Anestesia e Rianimazione, Dipartimento di Emergenza-Urgenza Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova

Corrispondenza: alessio.ramazzina@aopoma.it

RIASSUNTO

Introduzione Anche se l'importanza di un efficace controllo del dolore postoperatorio è generalmente riconosciuta, spesso il dolore acuto associato alle procedure chirurgiche rimane ancora sottovalutato o trattato in maniera insufficiente. Con questa indagine retrospettiva ci siamo pertanto proposti di verificare l'adeguatezza delle strategie terapeutiche adottate per la gestione del dolore nella nostra Unità Operativa di Cardiocirurgia.

Materiali e metodi A questo scopo abbiamo raccolto i dati relativi alle misurazioni del dolore soggettivo (scala VNS) effettuate nel corso della degenza postoperatoria in un campione di 200 pazienti ricoverati presso il nostro reparto nel primo semestre del 2010. L'intensità del dolore riferito dai pazienti è stata analizzata in funzione di età, sesso, tipo di intervento chirurgico e trattamento antalgico ricevuto (tramadolo, tramadolo più ketorolac, paracetamolo, morfina o nessuna terapia analgesica).

Risultati L'analisi dei dati mostra che nella maggior parte dei casi il controllo del dolore era relativamente soddisfacente, con una bassa frequenza di dolore grave durante la prima giornata di degenza in reparto dopo l'intervento. In generale l'intensità del dolore era più bassa per i pazienti trattati con morfina, somministrata mediante pompa elastomerica con inizio dell'infusione prima del trasferimento dall'Unità di Terapia Intensiva Postoperatoria.

Conclusioni I risultati ottenuti ci permettono di dare una valutazione complessivamente positiva sull'approccio alla gestione del dolore postoperatorio adottato nel nostro reparto cardiocirurgico. Tale approccio appare però ulteriormente migliorabile, soprattutto in termini di scelta e modalità di somministrazione della terapia analgesica.

Parole chiave: dolore postoperatorio, analgesia postoperatoria, cardiocirurgia

Retrospective observational study on postoperative pain management in cardiac surgery ABSTRACT

Introduction Although the importance of controlling postoperative pain is generally recognized, acute pain associated with surgical procedures often remains underestimated and undertreated. The aim of this retrospective study was to verify the effectiveness of the therapeutic strategies used for the management of postoperative pain in our Cardiac Surgery Unit.

Material and methods We reviewed the medical records of 200 patients admitted to our unit during the first semester of 2010. We collected all data on the measurements of subjective pain intensity that were systematically performed after surgery using a verbal numerical scale (VNS). These data were analyzed taking into account sex, age, type of surgical intervention and analgesic treatment received (tramadol, tramadol and ketorolac, paracetamol, morphine or no analgesic therapy).

Results The analysis of the data indicates that the control of pain was relatively satisfactory in most cases, with a low frequency of severe pain during the first 24 hours. The average pain intensity was lower for the patients treated with morphine, administered via elastomeric pump with infusions started before the transfer from the Postoperative Intensive Care Unit.

Conclusions Overall the results obtained allow us to give a positive evaluation of our approach to postoperative pain management. However, they also show that there is still room left for improvement in our analgesic administration policy to minimize the intensity of pain experienced by patients after surgery.

Key words: Postoperative pain, postoperative analgesia, cardiac surgery

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi anni al tema generale del controllo del dolore è stata dedicata una crescente attenzione. Sull'argomento esiste oggi un'ampia letteratura, che comprende linee guida, metanalisi e studi di vario disegno mirati a valutare aspetti quali l'efficacia dei farmaci analgesici disponibili, la validità dei diversi approcci terapeutici in funzione delle cause, del quadro clinico e del contesto di cura, o il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto al trattamento antalgico ricevuto.

Per quanto riguarda in particolare il dolore postoperatorio, forma di dolore acuto che si manifesta in risposta al trauma dell'intervento chirurgico, sono numerosi gli studi che mostrano come un adeguato trattamento antalgico possa contribuire significativamente alla riduzione della morbilità perioperatoria, valutata in termini di incidenza di complicanze, di giornate di degenza e di costi, specialmente nei pazienti ad alto rischio. Ciò nonostante, il dolore postoperatorio rimane in molti casi sottotrattato, e ci sono ancora diversi elementi di carattere individuale e organizzativo che devono essere approfonditi per cercare di ottimizzarne la gestione (Bell, Duffy, 2009; Bidoggia, 2006; Cogan, 2010; Costantini et al., 2002; Ene et al., 2008; Lin et al., 2008; Marri et al., 2008; Meehan et al., 1995; Roediger et al., 2006; Visentin et al., 2005).

In questo studio ci siamo quindi proposti di valutare sistematicamente l'intensità del dolore postoperatorio riferito da un campione di pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova (azienda aderente al progetto regionale "Ospedale senza dolore" e inserita in un programma per la promozione della salute HPH), con l'obiettivo di verificare la qualità dell'assistenza offerta in termini di trattamento del dolore e di identificare i possibili margini di miglioramento.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto attraverso un'analisi retrospettiva dei dati relativi a 200 pazienti sottoposti a intervento cardiocirurgico, ricoverati presso il nostro reparto dal mese di gennaio al mese di giugno 2010.

Nella fase immediatamente successiva all'intervento i pazienti rimanevano nell'Unità di Terapia Intensiva Postoperatoria per il recupero dall'anestesia generale, per un controllo accurato delle condizioni emodinamiche e per uno svezzamento graduale dalla sedoanalgesia, ottenuta con fentanil o remifentanil seguiti da morfina, paracetamolo o ketorolac in funzione dei protocolli specifici dell'unità. Di norma, il

trasferimento nel reparto di cardiocirurgia avveniva a 18-24 ore di distanza dall'intervento.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con degenza in terapia intensiva superiore alle 5 giornate postoperatorie (6 casi); con degenza postoperatoria in reparto inferiore a 2 giorni (2 casi); trasferiti nuovamente in terapia intensiva a causa di complicanze postoperatorie importanti (4 casi); sottoposti a interventi di drenaggio pericardico o pleurico (5 casi) o a studi coronarografici (29 casi). Sono stati inoltre esclusi un paziente affetto da neuropatia conclamata con sindrome demielinizante e un paziente con dipendenza da sostanze.

Dopo il trasferimento dall'Unità di Terapia Intensiva Postoperatoria alla nostra Unità di Cardiocirurgia, i pazienti sono stati nella maggior parte dei casi trattati, per scelta medica e nel rispetto dei protocolli aziendali, con tramadolo (43%), tramadolo più ketorolac (21%), paracetamolo (21%) o morfina (5%); il 10% non ha ricevuto alcuna terapia analgesica. Il tramadolo (200 mg/die) e l'associazione di tramadolo e ketorolac (200 mg + 60 mg/die) erano somministrati per via endovenosa diluiti in soluzione fisiologica, con la possibilità di aumentare la velocità di infusione in rapporto al dolore del paziente; le infusioni iniziavano al rientro in reparto e duravano fino alla giornata successiva, in media dalle 18 alle 22 ore. Il paracetamolo era invece somministrato in boli (1 g ogni 8 ore, dose massima 4 g/die). La morfina era infusa tramite pompa elastomerica al dosaggio di 20 mg per 24 ore, con trattamento iniziato in terapia intensiva prima del trasferimento.

L'intensità soggettiva del dolore è stata misurata utilizzando la scala numerica verbale VNS, adottata secondo il protocollo aziendale per tutte le specialità chirurgiche, che prevede l'assegnazione da parte del paziente di un punteggio da 0 (nessun dolore) a 10 (peggior dolore immaginabile) (Bidoggia, 2006; Giustiniano, 2009; HCANJ Best Practice Committee, 2004). Le rilevazioni venivano effettuate a orari fissi rispettando le procedure operative del reparto, ogni 4 ore durante la prima giornata di degenza e ogni 6 ore nelle giornate successive fino alle dimissioni; in media la durata della degenza complessiva era di 7-8 giorni. Le valutazioni erano condotte considerando lo stimolo algogeno in relazione alla mobilitazione e alla funzione respiratoria spontanea, non evocando tosse o respirazione profonda (Barilaro et al., 2001; Cattabriga et al., 2007).

I dati ottenuti sono stati analizzati in termini di andamento temporale e in funzione di età, sesso, tipo di intervento cardiocirurgico subito e tipo di trattamento antalgico ricevuto. Non rientrava invece negli obiettivi di questo studio l'esame della localizzazione

o delle cause del dolore; la maggior parte dei pazienti riferiva dolore in corrispondenza dei siti chirurgici, dolore dorsale od osteoarticolare diffuso legato al posizionamento sul tavolo operatorio e all'allettamento prolungato, cefalea o dolore a livello faringeo, correlato alle procedure di intubazione endotracheale e al posizionamento di sonde nasogastriche (Mueller et al., 2000).

I dati sono stati riportati come medie o mediane (25/75 percentile). Per i confronti tra i gruppi sono stati utilizzati t-test, test U di Mann-Whitney o test di Kruskal-Wallis; per la valutazione delle percentuali abbiamo usato il test del χ^2 .

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 200 pazienti sottoposti a intervento cardiocirurgico (138 maschi e 62 femmine), di cui 66 sotto i 65 anni, 69 tra i 66 e i 74 anni e 65 sopra i 75 anni; l'età media era di 68,8 anni, con età minima 30 anni ed età massima 89 anni.

Gli interventi chirurgici consistevano per lo più in bypass aortocoronarici mediante l'utilizzo di vene e/o arterie, sostituzioni o riparazioni valvolari e protesi dell'aorta ascendente (vedi **Tabella 1**), tutti effettuati mediante sternotomia mediana. Gli interventi sono stati suddivisi in 2 gruppi, con un totale rispettivamente di 116 e 84 pazienti, in base all'utilizzo o meno dell'arteria mammaria interna (LITA e/o RITA per il graft arterioso), inteso come discriminante anche in termini di assistenza postoperatoria (Konstantatos et al., 2008; Meehan et al., 1995).

In generale l'intensità del dolore risulta chiaramente maggiore nel corso della prima giornata di degenza postoperatoria, mentre i valori medi e mediani delle rilevazioni effettuate sulla scala VNS tendono ad abbassarsi drasticamente a partire dal giorno successivo. La nostra analisi si è quindi concentrata principalmente sui dati che si riferiscono alle 6 misurazioni

condotte durante le prime 24 ore di degenza in reparto dopo l'intervento.

La **Figura 1** riporta i valori mediani registrati per le diverse fasce di età: l'intensità del dolore riferito dai pazienti con età superiore ai 75 anni appare più bassa, ma le differenze rispetto ai gruppi di età compresa fra i 66 e i 74 anni o inferiore a 65 anni non sono statisticamente significative. Analogamente, nessuna differenza significativa è emersa dal confronto delle medie ottenute per i pazienti dei 2 sessi, anche se i valori rilevati per le femmine sono leggermente più alti, o dal confronto per tipo di intervento cardiocirurgico (con o senza utilizzo dell'arteria mammaria interna; vedi **Figura 2**).

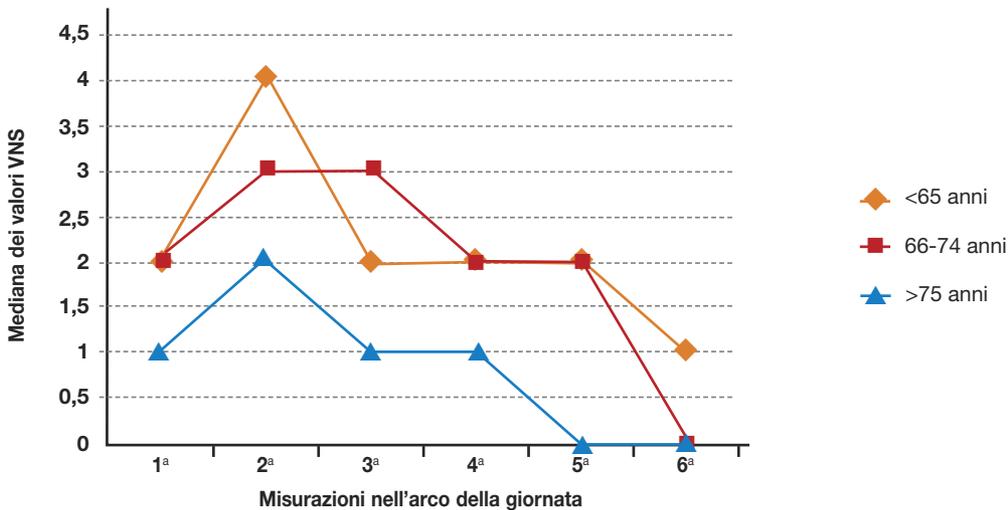
I dati relativi alla prima giornata di degenza postoperatoria in reparto sono stati ulteriormente analizzati raggruppando i valori registrati sulla scala VNS in 4 fasce di intensità: dolore assente (punteggio VNS=0), lieve (1-3), moderato (4-7) o grave (8-10). Come illustrato dalla **Figura 3**, le fasce più rappresentate sono quelle corrispondenti all'assenza di dolore (37,3% delle rilevazioni effettuate nelle prime 24 ore) o alla presenza di dolore lieve (36,5%), mentre risulta bassa l'incidenza di dolore grave.

Abbiamo quindi esaminato i dati raccolti in base al tipo di terapia antalgica somministrata ai pazienti nel corso della degenza. Nel complesso le medie dei valori VNS rilevati durante la prima giornata per i pazienti trattati con morfina risultano inferiori rispetto a quelle relative agli altri gruppi di trattamento (**Figura 4**). Tale vantaggio, che è più evidente all'ingresso ma si riduce o si annulla al termine del primo giorno di ricovero in reparto, è presumibilmente dovuto alla continuità della terapia con morfina, la cui somministrazione mediante pompa elastomerica iniziava nell'Unità di Terapia Intensiva. Significativamente più alte ($p < 0,05$) sono invece le medie ottenute per le prime 2 misurazioni nei pazienti trattati con tramadolo

Tabella 1. Classificazione degli interventi cardiocirurgici

Tipo di intervento	Con prelievo mammaria interna	Senza prelievo mammaria interna
Bypass aortocoronarico	86	6
Protesi/plastica valvolare	0	48
Bypass aortocoronarico + protesi/plastica valvolare	26	14
Protesi dell'aorta ascendente	0	3
Protesi dell'aorta ascendente + bypass aortocoronarico	4	1
Protesi dell'aorta ascendente + protesi/plastica valvolare	0	5
Protesi dell'aorta ascendente + bypass aortocoronarico + protesi/plastica valvolare	0	2
Altri	0	5

Figura 1. Mediana dei valori VNS rilevati nel corso della prima giornata di degenza postoperatoria nelle diverse fasce di età



o tramadolo più ketorolac; entrambe le curve mostrano un andamento iniziale crescente, che riflette un periodo di “scopertura analgesica” ascrivibile all’inizio relativamente tardivo dei trattamenti, causato dal trasferimento dei pazienti, e ai tempi necessari per raggiungere il range terapeutico di questi farmaci. La differenza che si osserva fra la prima e la seconda misurazione nel gruppo trattato con paracetamolo in boli mostra in modo paradigmatico la conseguenza dell’inadeguata copertura antalgica. La curva relativa ai pazienti che non hanno ricevuto una

terapia analgesica ha un andamento altalenante; tutte le curve tendono comunque ad accavallarsi verso la fine della giornata, quando l’intensità del dolore si riduce notevolmente: per le ultime rilevazioni le differenze riscontrate fra i gruppi sono minime, e indicano una parità di efficacia dei trattamenti al termine delle 24 ore.

L’analisi delle mediane di tutti i valori VNS rilevati durante ciascun giorno di degenza evidenzia, in prima giornata, una netta differenza tra i pazienti che proseguivano la terapia infusionale con morfina o che

Figura 2. Media dei valori VNS rilevati nel corso della prima giornata di degenza postoperatoria in funzione del tipo di intervento chirurgico

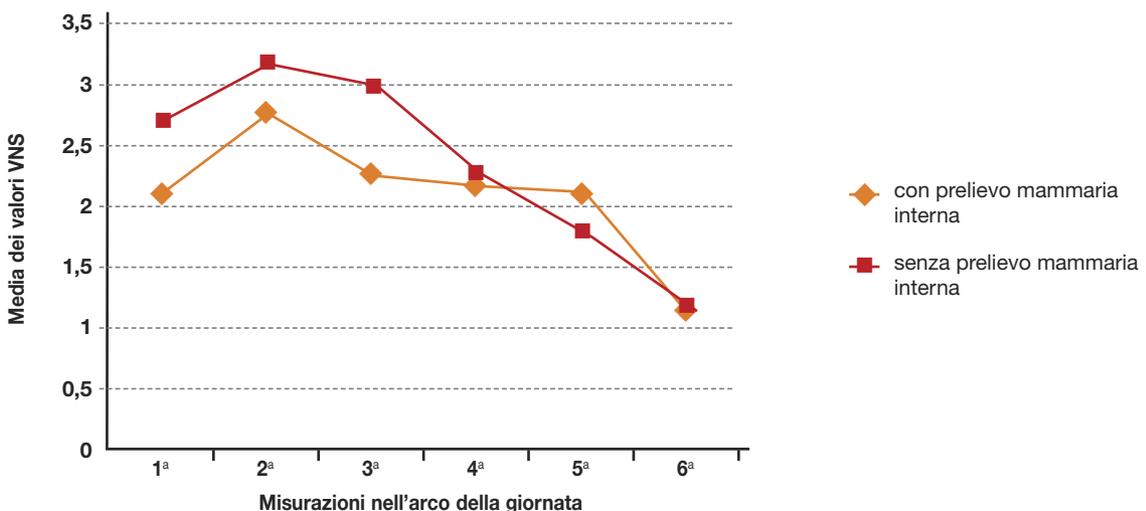
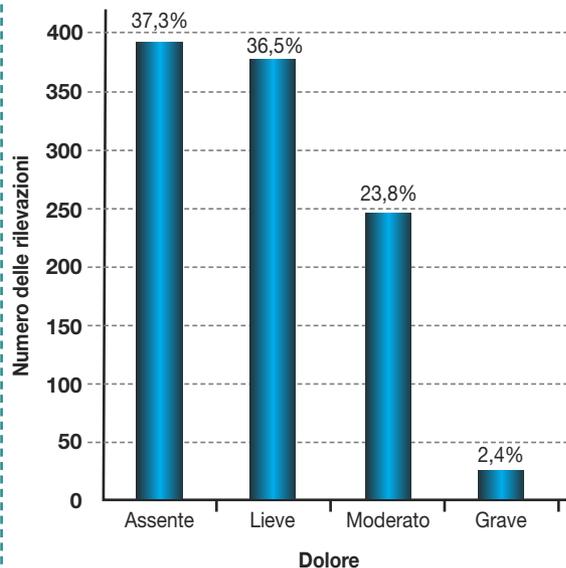


Figura 3. Distribuzione dei valori VNS in prima giornata per fasce di intensità



non ricevevano alcuna terapia analgesica e gli altri gruppi di trattamento, con mediane significativamente inferiori (**Figura 5**). Il quadro si modifica sostanzialmente se si prendono invece in esame le mediane dei valori massimi giornalieri (**Figura 6**). In prima giornata i pazienti trattati con morfina corrispondono anche in questo caso alla mediana più bassa, a dimostrazione dell'efficacia di questo approccio terapeutico. Al contrario i pazienti non trattati, insieme a quelli in terapia con tramadolo, pre-

sentavano i più alti livelli di massima intensità del dolore: per questi pazienti l'intensità del dolore era mediamente molto bassa, ma nel corso delle 24 ore, anche se solo per brevi periodi, il grado di sofferenza soggettiva diventava assolutamente non trascurabile. Dalla seconda giornata di degenza in poi l'andamento di entrambe le curve risulta tendenzialmente sovrapponibile per tutti i gruppi di trattamento. La **Tabella 2** mostra che il 40% dei pazienti in terapia con morfina non ha mai avuto dolore (valore massimo sulla scala VNS uguale a 0) durante la prima giornata di degenza postoperatoria in reparto, percentuale significativamente più alta rispetto a tutti gli altri gruppi di trattamento ($p=0,025$). La distribuzione percentuale cumulativa dei valori massimi registrati nel corso della giornata ribadisce il vantaggio a favore del gruppo trattato con morfina, che nel 90% delle rilevazioni non supera il valore di 5 sulla scala VNS, mentre per gli altri gruppi le percentuali oscillano fra il 52% (tramadolo) e il 69% (tramadolo + ketorolac).

La **Tabella 3** riporta inoltre la frequenza con cui all'interno dei diversi gruppi di trattamento si è rilevato un valore 0 sulla scala VNS nei giorni di degenza successivi. L'analisi di questi dati rivela che il vantaggio per i pazienti trattati con morfina è significativo soltanto nel primo giorno dopo il trasferimento dall'Unità di Terapia Intensiva al reparto di cardiocirurgia.

Nessuna differenza significativa fra i gruppi di trattamento emerge invece dall'analisi della distribuzione percentuale cumulativa di tutti i valori massimi giornalieri rilevati nell'arco dell'intera degenza (**Figura 7**).

Figura 4. Media dei valori VNS rilevati nel corso della prima giornata di degenza postoperatoria per i diversi gruppi di trattamento

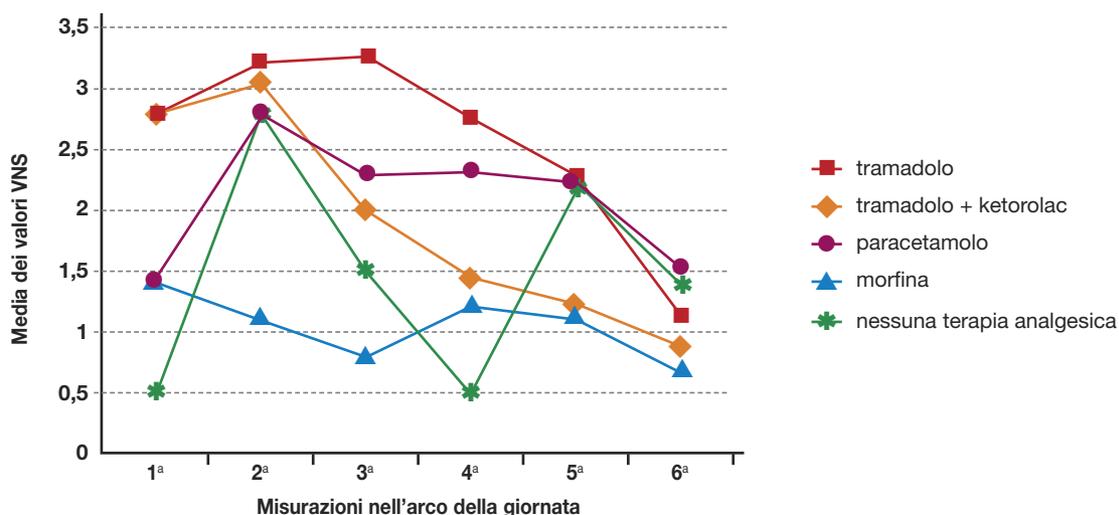
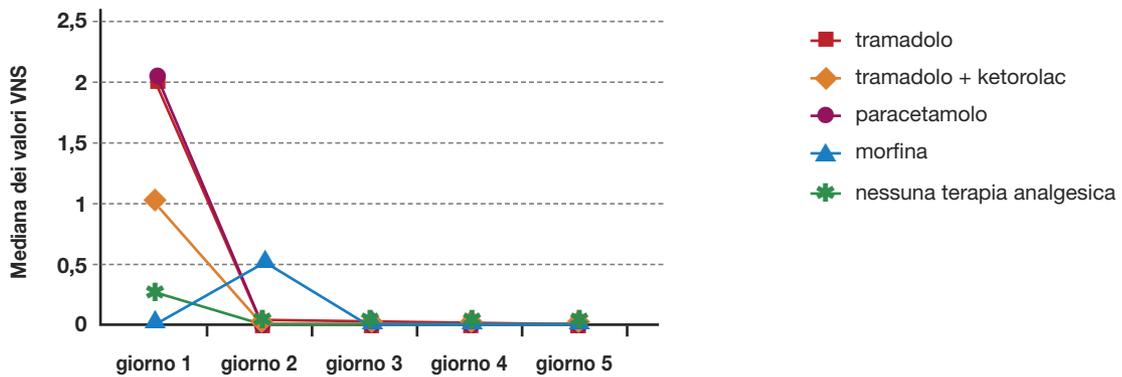
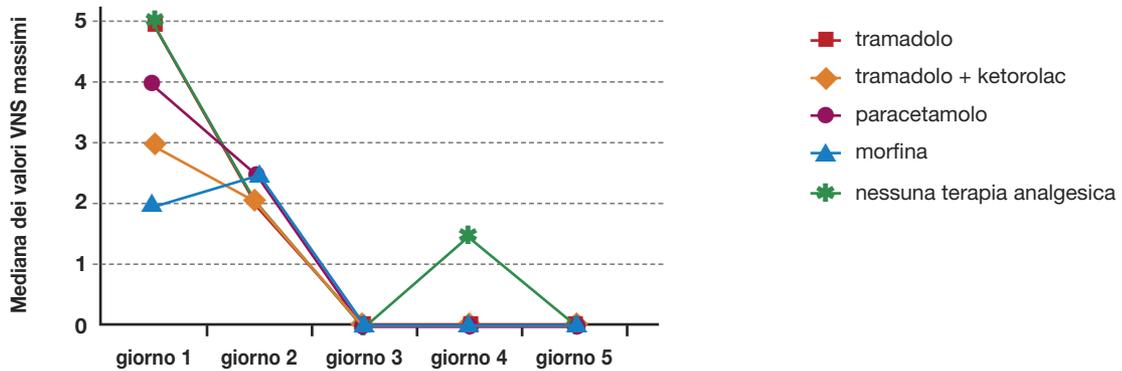
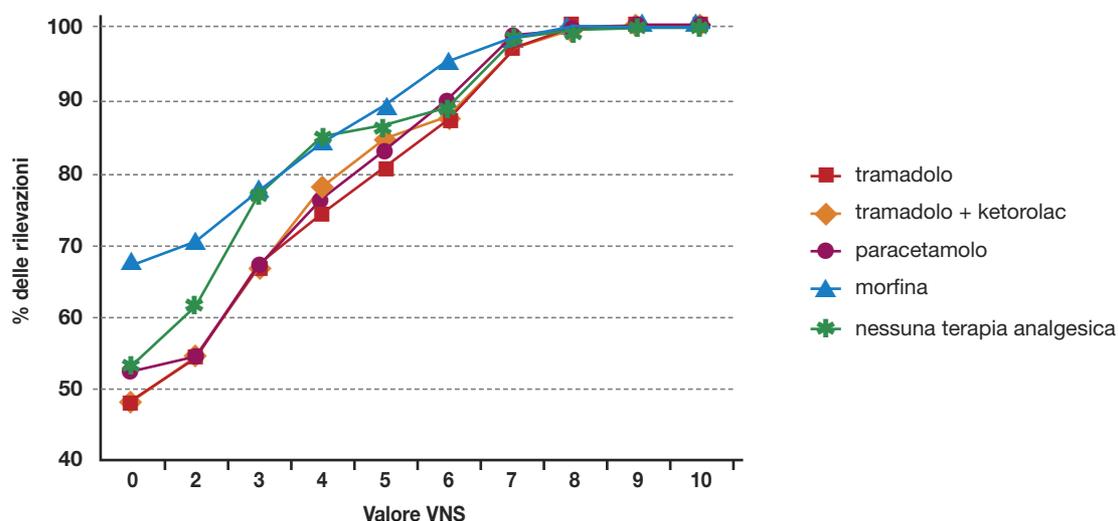


Figura 5. Mediane giornaliere dei valori VNS rilevati nel corso della degenza per i diversi gruppi di trattamento**Figura 6.** Mediane dei valori massimi giornalieri rilevati nel corso della degenza per i diversi gruppi di trattamento**Tabella 2.** Distribuzione percentuale della massima intensità del dolore (VNS max) in prima giornata per tipo di terapia

VNS max	Tramadolo	Tramadolo + ketorolac	Paracetamolo	Morfina	Nessuna terapia
0	7%	15%	11%	40%	0%
1	5%	5%	3%	0%	17%
2	8%	15%	6%	20%	17%
3	13%	17%	14%	10%	0%
4	7%	7%	11%	10%	0%
5	12%	10%	17%	10%	33%
6	13%	10%	9%	10%	33%
7	20%	12%	20%	0%	0%
8	12%	7%	6%	0%	0%
9	3%	2%	3%	0%	0%
10	0%	0%	0%	0%	0%

Tabella 3. Frequenza in percentuale del valore 0 sulla scala VNS per singola giornata di degenza

	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 4	Giorno 5	Giorno 6	Intera degenza
Tramadolo	7%	36%	55%	62%	67%	68%	48%
Tramadolo + ketorolac	15%	39%	44%	64%	70%	74%	48%
Paracetamolo	11%	20%	69%	63%	75%	68%	51%
Morfina	40%	30%	80%	90%	90%	71%	67%
Nessuna terapia	0%	33%	53%	39%	79%	73%	52%
Valori di p	0,025	0,357	0,101	0,112	0,526	0,989	0,109

Figura 7. Percentuali cumulative dei valori di massima intensità del dolore rilevati durante l'intera degenza

DISCUSSIONE

Un buon controllo del dolore postoperatorio si può ottenere mediante una valutazione regolare e sistematica della sua intensità e utilizzando regimi terapeutici multimodali, che comunemente prevedono l'impiego di oppioidi, paracetamolo e farmaci antinfiammatori non steroidei (Barilaro et al., 2001; But et al., 2007; Cattabriga et al., 2007; Cogan, 2010; Konstantatos et al., 2008; Oztekin et al., 2006; Roediger et al., 2006). La terapia antalgica ha chiaramente lo scopo di alleviare o eliminare la sofferenza del paziente, ma anche di prevenire o attenuare le possibili conseguenze negative del dolore in termini di reazioni indesiderate a livello cardiovascolare, respiratorio, gastrointestinale, endocrino-metabolico, psicologico (Bidoggia, 2006). Nei pazienti sottoposti a interventi cardiocirurgici, un adeguato trattamento del dolore può ridurre la morbilità perioperatoria (Roediger et al., 2006), mentre un trattamento inadeguato può avere anche effetti prolungati, con l'insorgenza di dolore cronico tra il 21% e il 55% dei casi; tra i fattori di ri-

schio per dolore cronico sono descritti depressione e vulnerabilità psicologica, altri fattori di rischio indipendenti sono ripetuti interventi chirurgici, interventi di durata superiore a 3 ore e un grado di rischio anestesologico maggiore di ASA III (Cogan, 2010). I dati emersi da questo studio in generale confermano la validità dell'approccio terapeutico adottato nella nostra unità operativa. Le misurazioni condotte nel corso della prima giornata di degenza postoperatoria in reparto indicano che nella maggior parte dei casi il dolore era assente o lieve, con una frequenza molto bassa di dolore grave. Tra gli aspetti più rilevanti risultano la maggiore efficacia del trattamento con morfina e la necessità di sviluppare una maggiore continuità terapeutica tra l'Unità di Terapia Intensiva e il reparto di degenza (Meehan et al., 1995); la somministrazione per infusione continua in ogni caso appare preferibile alla somministrazione in bolus (Barilaro et al., 2001). Inoltre, l'analisi dei dati relativi ai pazienti che non avevano ricevuto una terapia antalgica suggerisce che almeno per la prima

giornata postoperatoria una copertura antidolorifica programmata andrebbe comunque garantita (But et al., 2007).

CONCLUSIONI

Se confrontati con altri dati riportati in letteratura (Costantini et al., 2002; Marri et al., 2008; Visentin et al., 2005) i risultati emersi dalla nostra indagine sono incoraggianti, soprattutto per quanto riguarda la prevalenza di dolore moderato o intenso. Numerosi passi avanti si possono tuttavia ancora compiere per migliorare l'assistenza fornita ai pazienti e ridurre ulteriormente i livelli di dolore percepito nel periodo successivo all'intervento chirurgico, implementando protocolli e linee guida in base a strategie e procedure più efficaci, che implicano anche un maggior coordinamento fra le unità operative coinvolte nella gestione del dolore postoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

- Barilaro C, Rossi M, Martinelli L et al. (2001) *Control of postoperative pain in heart surgery. Comparison of analgesics*. Minerva Anesthesiol, 67 (4), 171-179.
- Bell L, Duffy A (2009) *Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review*. Br J Nurs, 18 (3), 153-156.
- Bidoggia F (2006) *Dolore post operatorio nell'adulto*. Dossier Infad n. 11. Consultato il 12 ottobre 2010, disponibile all'indirizzo: http://www.clinicavirtuale.altervista.org/pdf/dolore_post_operatorio_adulto.pdf
- But AK, Erdil F, Yucel A et al. (2007) *The effects of single-dose tramadol on post-operative pain and morphine requirements after coronary artery bypass surgery*. Acta Anaesthesiol Scand, 51, 601-606.
- Cattabriga I, Pacini D, Lamazza G et al. (2007) *Intravenous paracetamol as adjunctive treatment for postoperative pain after cardiac surgery: a double blind randomized controlled trial*. Eur J Cardiothorac Surg, 32 (3), 527-531.
- Cogan J (2010) *Pain management after cardiac surgery*. Semin Cardiothorac Vasc Anesth, 14 (3), 201-204.
- Costantini M, MD, Viterbori P, Flego G (2002) *Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey*. J Pain Symptom Manage, 23 (3), 221-230.
- Ene KW, Nordberg G, Bergh I et al. (2008) *Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses*. J Clin Nurs, 17 (15), 2042-2050.
- Giustiniano F (2009) *Dolore: quinto parametro vitale? Strumenti e metodi per una rivalutazione del sintomo doloroso basata sulle evidenze scientifiche*. Tesi di laurea, Università degli Studi di Brescia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, anno accademico 2008-2009. Relatore Parenti A.
- Health Care Association of New Jersey (HCANJ) Best Practice Committee (2004) *Pain management guideline*. Consultato il 10 ottobre 2010, disponibile all'indirizzo: <http://www.hcanj.org>
- Konstantatos A, Silvers AJ, Myles PS (2008) *Analgesia best practice after cardiac surgery*. Anesthesiol Clin, 26 (3), 591-602.
- Lin PC, Chiang HW, Chiang TT et al. (2008) *Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff*. J Clin Nurs, 17 (15), 2032-2041.
- Marri E, Di Ruscio E, Matarazzo T et al. (2008) *Indagine sul dolore negli ospedali dell'Emilia-Romagna*. Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute. Consultato il 12 ottobre 2010, disponibile all'indirizzo: <http://www.saluter.it>
- Meehan DA, McRae ME, Rourke DA et al. (1995) *Analgesic administration, pain intensity, and patient satisfaction in cardiac surgical patients*. Am J Crit Care, 4 (6), 435-442.
- Mueller XM, Tinguely F, Tevaeairai HT et al. (2000) *Pain location, distribution, and intensity after cardiac surgery*. Chest, 118, 391-396.
- Oztekkin DS, Oztekkin I, Issever H et al. (2006) *Postoperative effects of opioid analgesics administered via continuous perfusion and patient controlled analgesia after open heart surgery*. Yakugaku Zasshi, Journal of the Pharmaceutical Society of Japan, 126 (7), 499-504.
- Roediger L, Larbuisson R, Lamy M (2006) *New approaches and old controversies to postoperative pain control following cardiac surgery*. Eur J Anaesthesiol, 23 (7), 539-550.
- Visentin M, Zanolin E, Trentin L et al. (2005) *Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals*. Eur J Pain 9 (1), 61-67.

Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura

Nicola Ramacciati¹, Andrea Ceccagnoli²

¹Infermiere Coordinatore, ²Infermiere
Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Perugia

Corrispondenza: nicola.ramacciati@ospedale.perugia.it

RIASSUNTO

Introduzione Numerosi studi internazionali indicano che gli infermieri di Pronto Soccorso sono tra gli operatori sanitari i più esposti ad atti di violenza nel corso della loro attività lavorativa. In Italia, pur mancando statistiche sulla diffusione del fenomeno, sono state raccomandate misure preventive e interventi di contrasto agli abusi. Scopo del presente studio è quello di inquadrare il problema e di esaminare le principali strategie di gestione delle aggressioni proposte dalla letteratura più recente.

Materiali e metodi Abbiamo condotto una revisione narrativa di articoli pubblicati su questo argomento durante gli ultimi 5 anni, identificati consultando le banche dati PubMed e CINAHL.

Risultati Questa analisi della letteratura mostra che il problema della violenza in Pronto Soccorso può essere affrontato con interventi a diversi livelli: dall'adozione di misure di sicurezza come sistemi di allarme e servizi di sorveglianza alla formazione specifica per gestire le situazioni a rischio di aggressione, dal miglioramento dell'approccio relazionale ai pazienti alla registrazione sistematica degli atti di violenza.

Conclusioni Gli studi esaminati forniscono indicazioni importanti che possono essere utilizzate, con l'impegno e la partecipazione di tutte le parti coinvolte, per elaborare e implementare programmi di prevenzione della violenza mirati a garantire un ambiente di lavoro più sicuro per gli infermieri di Pronto Soccorso.

Parole chiave: violenza, abuso, aggressione, infermieri, pronto soccorso

Violence and aggression in the Emergency Department: a literature review

ABSTRACT

Introduction Many international studies show that Emergency Department nurses are the healthcare professionals most exposed to violence in the workplace. In Italy, despite the lack of data on the severity of the problem, preventive measures and interventions have been recommended to reduce the incidents of abuse. The aim of this study is to outline the problem and examine the main strategies for managing violence and aggression suggested by the most recent literature.

Material and methods We conducted a narrative review of the literature published on this topic in the last 5 years using the PubMed and CINAHL databases.

Results This analysis of the literature shows that the problem of violence towards ED nurses can be addressed by using a number of different measures, which include adequate systems of security, specific training in methods to deal with aggressive people and to defuse potentially troublesome situations, improvement in attitudes towards the patients and systematic reporting of incidents.

Conclusions The studies examined provide suggestions that can be helpful to develop and implement, with the commitment and participation of all the parties involved, comprehensive violence prevention programs aimed at ensuring a safer workplace for ED nurses.

Key words: violence, abuse, aggression, nurses, emergency department

INTRODUZIONE

La violenza sul luogo di lavoro è ormai universalmente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica nel mondo (World Health Organization, 2002). Per quanto riguarda gli operatori sanitari, e in particolare il personale infermieristico delle strutture di Pronto Soccorso, la letteratura internazionale sull'argomento mette in evidenza le preoccupanti dimensioni del fenomeno, che rimane comunque tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli infermieri (Anderson, 2002a; Ferns, 2006; Lewis et al., 2007).

Per il Regno Unito, Saines (1999) rileva che l'incidenza delle aggressioni perpetrate nei confronti degli infermieri dei reparti di Pronto Soccorso è pari al 50% del totale complessivo degli episodi di violenza verso operatori sanitari. Più recentemente, la percentuale stimata per gli ospedali generali britannici da Winstanley e Whittington (2004) risulta inferiore (circa il 30% di tutti gli "attacchi" contro il personale sanitario) ma rimane comunque allarmante; soprattutto se si considera che in questa indagine più del 68% degli intervistati riferisce di essere stato oggetto nel corso dell'anno precedente di aggressioni verbali, mentre più del 30% riporta di avere subito percosse.

Oltreoceano la situazione non appare certo migliore. La gravità del fenomeno è ribadita dai risultati di uno studio statunitense che ha coinvolto 3.465 infermieri di Dipartimenti di Emergenza: nei 3 anni precedenti la ricerca, quasi il 20% del campione esaminato era stato vittima di abusi verbali più di 200 volte, mentre circa il 25% era stato vittima di aggressioni fisiche più di 20 volte (Gacki-Smith et al., 2010). In Australia uno studio analogo condotto su un gruppo di 266 infermieri riporta un'incidenza pari al 58% per le aggressioni verbali e al 14% per quelle fisiche (Lyneham, 2000), mentre un altro parla di un'epidemia di abusi e violenze (Chapman, Styles, 2006).

Alcuni ipotizzano che le cifre riscontrate da simili indagini, che evidenziano un'alta frequenza di aggressioni in Pronto Soccorso rispetto ad altri ambiti lavorativi, siano almeno in parte frutto di una maggiore propensione degli infermieri dei servizi di emergenza alla partecipazione a ricerche di questo tipo, e quindi legate a una sorta di sovraesposizione (Hodge, Marshall, 2007). Altri ricordano invece che molti di questi incidenti non vengono denunciati (Lau et al., 2004): perché la violenza è in qualche modo considerata parte inevitabile dei contesti operativi dell'infermiere di Pronto Soccorso (Jones, Lyneham, 2000; Pich et al., 2011), giustificata in quanto non consapevolmente voluta dal paziente che la commette

(Harulow, 2000), tollerata in occasione di episodi minimizzati come trascurabili (Luck et al., 2007), o persino percepita come una perdita di performance (Alexy, Hutchins, 2006).

In Italia Becattini e collaboratori (2007), in uno studio condotto su 15 strutture di Pronto Soccorso di 14 regioni italiane, rappresentative di tutto il territorio nazionale, delineano questo scenario: quasi tutti gli infermieri intervistati riferiscono di essere stati aggrediti verbalmente (90%) o di aver assistito ad aggressioni nei confronti di colleghi (95%); il 35% del campione ha subito atti di violenza fisica, più della metà (52%) ne è stata testimone; poco meno di un terzo degli infermieri (31%) ha avuto bisogno di cure mediche a causa di un'aggressione, con prognosi fino a 5 giorni (13%), da 5 a 15 giorni (11%) o superiore a 15 giorni (6%).

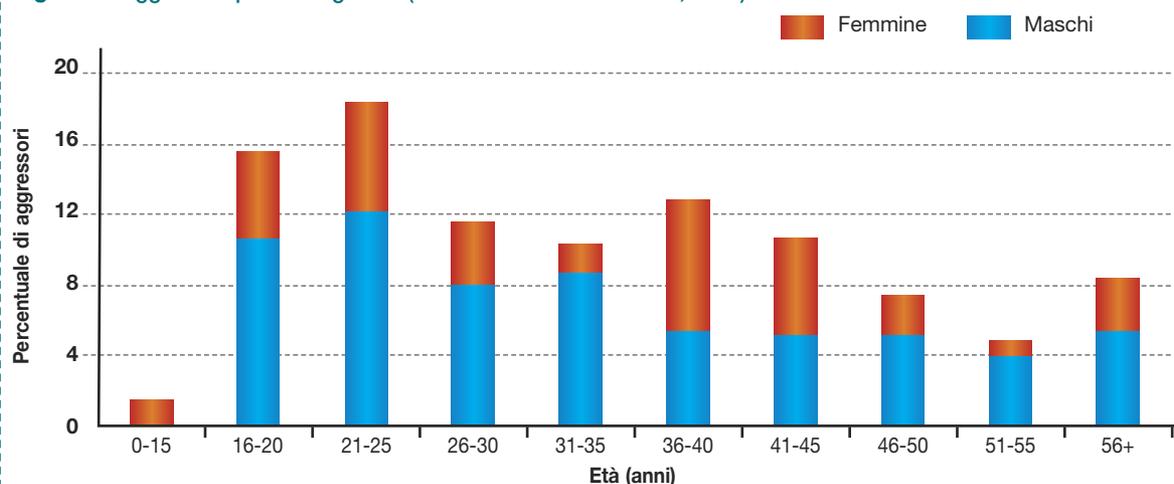
La conoscenza statistica del fenomeno, lo studio delle tendenze e dei fattori di rischio – come il sesso e l'età degli assalitori (**Figura 1**) o le cause scatenanti i comportamenti violenti (**Tabella 1**) – è fondamentale per improntare programmi di prevenzione e di azione contro gli atti di violenza commessi nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso (Anderson, 2002b; Child, Montes, 2010; Crilly et al., 2004; Gates et al., 2006).

MATERIALI E METODI

Tra novembre e dicembre 2010 abbiamo condotto una ricerca preliminare della letteratura internazionale riguardante l'argomento "aggressioni in Pronto Soccorso" nelle banche dati PubMed e CINAHL. La ricerca è stata effettuata in entrambi i database utilizzando i termini "emergency" (MeSH), "aggression", "violence", "abuse", combinati tramite operatori booleani OR e AND, con limiti per lingua e data di pubblicazione (rispettivamente inglese o italiana e ultimi 10 anni).

Contestualmente è stata ricercata la letteratura grigia sull'argomento (in modo particolare per il contesto italiano) tramite il motore di ricerca Google Scholar. Questa fase preliminare ci ha consentito di inquadrare con più precisione il campo di ricerca e soprattutto di acquisire elementi utili per eseguire la Facet Analysis. Il sistema della Facet Analysis (Vellone, Piredda, 2009), una volta individuati i concetti essenziali del quesito di ricerca, ha consentito di ampliare il campo e di reperire il maggior numero di articoli (completezza) sull'argomento "gestione delle aggressioni a infermieri in Pronto Soccorso" (pertinenza). La **Tabella 2**, che si rifà al metodo P&PICO, mostra il quesito in forma analitica.

La scelta delle parole chiave, più precisamente delle voci di *thesaurus*, termini descrittivi utilizzati per la ricerca, è stata fondamentale per interrogare le banche

Figura 1. Aggressori per età e genere (modificata da James et al., 2006)

dati da cui attingere la bibliografia di riferimento. Nondale in questa fase è stata l'analisi delle pubblicazioni raccolte durante lo studio preliminare. Nella pianificazione delle modalità di ricerca nei database sono state scelte sia quella tramite *thesaurus*, sia quella sui

campi, sia quella libera. Pertanto sono stati combinati termini MeSH e parole a testo libero (**Tabella 3**). Per aumentare la specificità della ricerca, l'interrogazione con i termini a testo libero è stata limitata esclusivamente al campo "Title/Abstract" dei record; per i de-

Tabella 1. Cause scatenanti i comportamenti violenti

da Jenkins et al., 1998	da Hodge, Marshall, 2007	da Rintoul et al., 2009
Abuso di alcol	Abuso di alcol	Comportamenti mirati a prevaricare
Tempi di attesa	Abuso di sostanze stupefacenti	Aggressività premeditata
Abuso di sostanze stupefacenti	Tempi di attesa	Manifestazioni patologiche:
Aspettative dei pazienti	Patologie organiche	- ipossia
Carta dei servizi	Confusione mentale	- delirio
Atteggiamento del personale sanitario	Ansia	- reazioni avverse a farmaci
Malattia	Allucinazioni/paranoia	- trauma cranico
Trasmissioni televisive di medicina	Fastidio/noia	- infezioni
	Caldo	- irritazioni cerebrali
	Rumore costante o eccessivo	- ipoglicemia
	Mancanza di informazioni	Abuso di alcol o sostanze stupefacenti
	Mancanza di diritto di replica	Problemi/disturbi mentali
	Mancanza di possibilità di scelta	Comorbilità psichiatrica e organica
	Pressioni del gruppo o altri pazienti	
	Organici ridotti	
	Mancanza di conoscenza sui tempi di attesa e sui codici di triage	
	Ricorso al PS per smaltire l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti	
	Inadeguata formazione degli infermieri	
	Percezione negativa sugli atteggiamenti dei sanitari	

Tabella 2. Quesito secondo la metodologia P&PICO

Popolazione	& Problema	Intervento	Comparazione	Outcome (esito)
Infermieri di Pronto Soccorso	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Misure di gestione, approcci operativi, strategie di contrasto alla violenza	Nessun approccio strutturato	Sicurezza, riduzione delle aggressioni

scrittori a testo libero composti da più parole sono stati usati in CINAHL gli operatori di vicinanza N2 o N3, in PubMed la stringa virgolettata. Le parole chiave scelte sono state collegate tramite gli operatori booleani OR e AND.

La ricerca definitiva è stata condotta nelle banche dati PubMed e CINAHL dal 24 al 28 marzo 2011, considerando gli articoli in versione abstract o full text pubblicati negli ultimi 5 anni.

RISULTATI

La nostra ricerca ha identificato complessivamente 83 articoli (55 in PubMed e 36 in CINAHL, con 8 presenti in entrambi i database). Applicando ulteriori criteri di inclusione ed esclusione, abbiamo selezionato 36 studi che esaminavano il fenomeno della violenza contro gli infermieri di Pronto Soccorso valutando anche possibili approcci o strategie per la gestione delle aggressioni; 7 di questi studi, descritti

sinteticamente nella **Tabella 4**, sono stati quindi scelti per un'analisi più approfondita.

Tutti i lavori selezionati, e non solo quelli riportati nella tabella, giungono comunque alla medesima conclusione: il problema delle aggressioni in Pronto Soccorso è un fenomeno complesso, che deve essere a sua volta "aggredito" con interventi a 360 gradi. Affidarsi alle sole dichiarazioni di intenti o a politiche aziendali formali non può essere una strategia vincente, come ribadiscono Jacqueline Pich e collaboratori (2011) in un recentissimo contributo sull'argomento. Lo studio sottolinea in particolare la necessità di misure di sicurezza, come sistemi d'allarme e presenza attiva di un servizio di vigilanza interno, e di una formazione specifica del personale infermieristico per la prevenzione e la gestione delle aggressioni. Le stesse conclusioni, per quanto riguarda quest'ultimo punto, sono tratte da altri autori australiani (Rintoul et al., 2009).

Tabella 3. Dal P&PICO alla Facet Analysis

Popolazione	& Problema	Intervento	Comparazione	Outcome (esito)
Infermieri di Pronto Soccorso	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Misure di gestione, approcci operativi, strategie di contrasto alla violenza	Nessun approccio strutturato	Sicurezza, riduzione delle aggressioni
Infermieri/ Pronto Soccorso	Violenza	Gestione		Sicurezza
Nurses (MeSH) Emergency Service, Hospital (MeSH) Emergency Emergency Room(s) Accident and Emergency ED(s) A&E(s) A&ED(s) Triage	Abuse abuse, Physical abuse, Verbal Aggression(s) Aggressive patient(s) Attack(s) Assault(s) Threat(s) Violence violence, Episodes of violence, Patient-related violence, Physical violence, Verbal Violent behaviour(s) WPV (Workplace violence)	Approach Debriefing De-escalation Management managing, Methods of Policy policy, Zero Tolerance Provision Security measures Strategy(ies) To manage To prevent To provide To support		Safe working environment Safety Protection(s) Well-being

Tabella 4. Studi analizzati nella revisione

	Obiettivi	Tipo di studio	Partecipanti	Interventi	Conclusioni
Cahill, 2008	Valutare l'efficacia del programma educativo ACT-SMART (Attitudes and Communication Techniques for Scripps Mercy Aggression Reduction Training)	Studio quasi sperimentale	Campione di convenienza di 65 infermieri: 56 per il gruppo sperimentale (di cui 12 di Pronto Soccorso) e 9 per il gruppo di controllo; il gruppo sperimentale ha seguito il programma ACT-SMART, il gruppo di controllo un corso di 8 ore sui traumi	Il programma ACT-SMART fornisce elementi di teoria e promuove lo sviluppo di abilità in tecniche comunicative specifiche per gestire le aggressioni	Il programma ACT-SMART migliora significativamente la capacità degli infermieri di gestire le situazioni di aggressione
ED Nursing, 2007	Indicare alcune possibili strategie di approccio al fenomeno delle aggressioni in Pronto Soccorso	Presentazione di un modello operativo	Infermiere esperte di 5 servizi di Pronto Soccorso statunitensi	<i>Proactive violence protocol</i> : spiegare i motivi dell'attesa, aggiornando periodicamente gli utenti sulla situazione; registrare in scheda se il paziente è aggressivo e stigmatizzare preventivamente ulteriori comportamenti violenti; designare un infermiere per comunicare con i pazienti in attesa; favorire le scelte dei pazienti; usare protocolli scritti; soddisfare semplici richieste dei pazienti	Gli accorgimenti proposti possono contribuire in maniera rilevante alla prevenzione delle aggressioni
Hodge, Marshall, 2007	Determinare l'incidenza degli atti di violenza in Pronto Soccorso, identificare i fattori scatenanti, valutare i possibili approcci per la gestione degli abusi	Analisi della letteratura		Strategie organizzative per gestire la violenza e le aggressioni: gestione dei comportamenti, direttive e politiche aziendali di "tolleranza zero", strategie infermieristiche di minimizzazione, tecniche di disinnescamento, contenzione farmacologica, contenzione fisica e isolamento, training sulla gestione della violenza	I dati riportati in letteratura evidenziano l'alto rischio di violenza a cui sono esposti gli infermieri di Pronto Soccorso; i principali fattori favorevoli comprendono assunzione di alcol o altre sostanze, lunghi tempi di attesa e disturbi organici; la strategia di gestione più efficace è la <i>de-escalation</i> , fondamentale è la formazione degli infermieri basata su conoscenze, abilità e attitudini rispetto al problema violenza
Luck et al., 2009	Identificare le strategie abitualmente utilizzate da un gruppo di infermieri di Pronto Soccorso per evitare, ridurre e prevenire gli atti di violenza	Studio osservazionale	Campione di 20 infermieri di Pronto Soccorso australiani	L'approccio usato dagli infermieri in esame si basava su 5 atteggiamenti fondamentali: rassicurazione, disponibilità, rispetto, supporto e responsabilità	Anche se l'approccio descritto non si è rivelato capace di evitare il verificarsi di episodi di violenza nel periodo di osservazione, si raccomanda l'adozione dei 5 atteggiamenti indicati nella pratica infermieristica di Pronto Soccorso
Pich et al., 2011	Descrivere le esperienze di un gruppo di infermieri di triage rispetto ad aggressioni verbali o fisiche subite da parte di pazienti nel mese precedente	Studio descrittivo qualitativo	Campione di convenienza formato da 6 infermieri di triage del Pronto Soccorso di un ospedale australiano	Le strategie indicate dai partecipanti riguardano principalmente la presenza di un servizio di sicurezza interno al Pronto Soccorso, sistemi di allarme e architettura delle aree di lavoro	I dati raccolti confermano l'alta frequenza degli episodi di violenza in Pronto Soccorso ed evidenziano carenze in termini di organizzazione e formazione specifica del personale infermieristico
Rintoul et al., 2009	Esaminare le cause degli atti di violenza in Pronto Soccorso e identificare un piano di azione interdisciplinare per gestire i pazienti aggressivi	Analisi della letteratura		Approccio interdisciplinare alla gestione delle aggressioni articolato in 3 fasi: 1. intercettazione e valutazione dell'aggressione, <i>de-escalation</i> ; 2. rafforzamento delle misure di <i>de-escalation</i> ed eventuale contenzione fisica; 3. contenzione farmacologica, con <i>de-briefing</i> e <i>incident reporting</i> dopo ogni intervento	Un simile approccio strutturato può limitare l'impatto delle aggressioni e facilitare il lavoro degli infermieri di Pronto Soccorso in un ambiente sicuro
Wilkes et al., 2010	Sviluppare uno strumento di valutazione predittiva di potenziali comportamenti violenti a uso degli infermieri di Pronto Soccorso	Studio basato sull'opinione di esperti	Panel di 11 infermieri austriaci	Questionario a 37 item che valuta 17 indizi di potenziali comportamenti violenti	Lo strumento elaborato permette di prevenire gli atti di violenza attraverso la valutazione di fattori facilmente individuabili anche in assenza di informazioni sulla storia precedente del paziente

Sempre in Australia, un gruppo di infermieri di Sidney propone uno strumento in grado di intercettare potenziali aggressori attraverso la valutazione di una serie di fattori predittivi, anche in mancanza di una “anamnesi” significativa per precedenti violenti (Wilkes et al., 2010). A questo proposito uno studio statunitense raccomanda l’impiego di un sistema di registrazione dei pazienti aggressivi, che in caso di nuovo accesso al Pronto Soccorso possono così essere cortesemente invitati “a ricordare le conseguenze di un comportamento inappropriato” (ED Nursing, 2007). Altri approcci suggeriti dallo studio sono decisamente più orientati al paziente: spiegare sempre i motivi dell’attesa dando frequenti aggiornamenti sulla situazione, anche attraverso la figura di un apposito operatore dedicato alle relazioni con l’utenza in sala di aspetto; favorire le scelte dei pazienti e assecondarne le richieste più semplici.

L’importanza dell’approccio relazionale è valutata, attraverso l’osservazione diretta dei partecipanti e interviste informali o semistruzzurate, anche nello studio condotto da Luck e collaboratori (2009). Dall’esame delle strategie normalmente utilizzate dagli infermieri coinvolti nell’indagine per evitare, ridurre o prevenire gli abusi, emergono 5 atteggiamenti fondamentali insiti nella natura dell’assistenza infermieristica: rassicurazione, disponibilità, rispetto, supporto e responsabilità. In assenza di altri interventi, l’efficacia di tali atteggiamenti è però limitata: lo studio segnala 16 episodi di violenza durante il periodo di osservazione (290 ore).

Dimostrata è invece l’efficacia del programma educativo ACT-SMART (Attitudes and Communication Techniques for Scripps Mercy Aggression Reduction Training) valutato da Cahill (2008) in un campione di convenienza che comprendeva complessivamente 65 infermieri; per gli infermieri che avevano seguito il programma si è infatti riscontrato un miglioramento statisticamente significativo ($p=0,001$) della capacità di gestire situazioni di aggressione.

Oltre a una formazione mirata degli infermieri, secondo l’analisi di Hodge e Marshall (2007) gli interventi consigliabili comprendono l’uso di tecniche di *de-escalation*, ma anche il ricorso a misure di contenzione fisica o farmacologica e all’isolamento. Tecniche di disinnesco ed eventuale contenzione fisica e farmacologica svolgono un ruolo cruciale anche nell’approccio interdisciplinare in 3 fasi proposto da Rintoul e collaboratori (2009), che raccomandano inoltre *incident reporting* e *debriefing* sistematico.

Le indicazioni fornite dagli studi qui considerati, pubblicati da riviste importanti, come pure dagli altri articoli esaminati, possono essere utilizzate per adottare linee di intervento contro le aggressioni nei

servizi di Pronto Soccorso. Tuttavia, nella gerarchia delle prove di efficacia del NHS Center for Reviews and Dissemination le evidenze scientifiche che sostengono tali scelte sono di livello IV, ovvero fondate su opinioni autorevoli basate sull’esperienza clinica o su studi descrittivi e rapporti provenienti da commissioni esperte (Hamer, Collinson, 2002).

DISCUSSIONE

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH, 2002) definisce la violenza sul luogo di lavoro come ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale contro persone che stanno svolgendo la propria attività lavorativa. Tutti i lavoratori ospedalieri sono esposti al rischio di violenza, ma il rischio è più alto per il personale che ha maggiori contatti diretti con i pazienti, e in primo luogo per gli infermieri dei servizi di Pronto Soccorso. Questi atti di violenza si possono ripercuotere negativamente anche sulla qualità dell’assistenza offerta ai pazienti, ed è compito dell’organizzazione sanitaria – inclusi infermieri dirigenti, coordinatori e professionisti – identificare i fattori di rischio per la sicurezza del personale e attuare le opportune strategie preventive, nel nostro come in altri paesi (International Council of Nurses, 2006; OSHA, 2004). In Italia nonostante la mancanza di documentazione e quindi l’esigenza di indagare sul fenomeno in maniera più sistematica (Becattini et al., 2007; Ministero della Salute, 2007), l’Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, in uno *Studio per la predisposizione di linee guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all’igiene del lavoro nelle strutture di Pronto Soccorso*, tra i rischi principali (da agenti fisici, chimici, biologici, correlati a sforzi muscolari e posture incongrue) prende in considerazione anche i “rischi relativi ad aspetti di natura psico-organizzativa” (ISPESL, 2007). Non da ultimo, il Ministero della Salute (2008) tra gli eventi sentinella prevede espressamente gli atti di “violenza ad operatore all’interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e che ha determinato un grave danno”.

CONCLUSIONI

Gli studi analizzati suggeriscono programmi e interventi che possono essere utili per prevenire gli episodi di violenza e/o per ridurre le conseguenze negative. Ma solo l’impegno comune di tutti (direzione aziendale, dirigenza infermieristica e medica, coordinamento infermieristico, professionisti infermieri) può migliorare l’approccio al problema e assicurare un ambiente di lavoro sicuro per gli infermieri di Pronto Soccorso (Gacki-Smith et al., 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Alexy EM, Hutchins JA (2006) *Workplace violence: a primer for critical care nurses*. Crit Care Nurs Clin North Am, 18 (3), 305-312.
- Anderson C (2002a) *Past victim, future victim*. Nurs Manag, 33 (3), 26-32.
- Anderson C (2002b) *Workplace violence: are some nurses more vulnerable?* Issues Ment Health Nurs, 23 (4), 351-366.
- Becattini G, Bambi S, Palazzi F et al. (2007) *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI, 535-541.
- Cahill D (2008) *The effect of ACT-SMART on nurses' perceived level of confidence toward managing the aggressive and violent patient*. Adv Emerg Nurs J, 30 (3), 252-268.
- Chapman R, Styles I (2006) *An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line*. Accid Emerg Nurs, 14 (4), 245-249.
- Child RJ, Menten JC (2010) *Violence against women: the phenomenon of workplace violence against nurses*. Issues Ment Health Nurs, 31 (2), 89-95.
- Crilly J, Chaboyer W, Creedy D (2004) *Violence towards emergency department nurses by patients*. Accid Emerg Nurs, 12 (2), 67-73.
- ED Nursing (2007) *Tension in the waiting room - 86% of ED nurses report recent violence: crowded waiting rooms "bring out the worst" in patients*. ED Nurs, 10, 49-52.
- Ferns T (2006) *Under-reporting of violent incidents against nursing staff*. Nurs Stand, 20 (40), 41-45.
- Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L et al. (2010) *Violence against nurses working in US emergency departments*. J Health Prot Manage, 26 (1), 81-89.
- Gates DM, Ross CS, McQueen L (2006) *Violence against emergency department workers*. J Emerg Med, 31 (3), 331-337.
- Hamer S, Collinson G (2002) *Evidence-based practice. Assistenza basata su prove di efficacia*. McGraw-Hill, Milano.
- Harulow S (2000) *Ending the silence on violence*. Aust Nurs J, 7 (10), 26-29.
- Hodge AN, Marshall AP (2007) *Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective*. Aust Crit Care, 20 (2), 61-67.
- International Council of Nurses (2006) *Position statement: abuse and violence against nursing personnel*. Consultato il 26 marzo 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.icn.ch/PS_C01_AbuseViolenceVSNsgPersonnel.pdf
- IPASVI (2011) *Si stanca di aspettare al Pronto Soccorso e picchia un infermiere*. InfermierinRete, 8, 2.
- ISPESL, Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro (2007) *Studio per la predisposizione di linee guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nelle strutture di Pronto Soccorso*. Consultato il 26 marzo 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.isples.it/linee_guida/compato_o_settore/prontosoccorso.pdf
- James A, Madeley R, Dove A (2006) *Violence and aggression in the emergency department*. Emerg Med J, 23 (6), 431-434.
- Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP et al. (1998) *Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland*. J Accid Emerg Med, 15, 262-265.
- Jones J, Lyneham J, (2000) *Violence: part of the job for Australian nurses?* Aust J Adv Nurs, 18 (2), 27-32.
- Lau JB, Magarey J, McCutcheon H (2004) *Violence in the emergency department: a literature review*. Amer Emerg Nurs J, 7 (2), 27-37.
- Lewis S, Dickinson J, Contino DS (2007) *Survey: Most ED staff victimized by violence never report incident*. ED Manag, 19 (10), 109-111.
- Luck L, Jackson D, Usher K (2007) *Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence*. J Clin Nurs, 17 (8), 1071-1078.
- Luck L, Jackson D, Usher K (2009) *Conveying caring: nurse attributes to avert violence in the ED*. Int J Nurs Pract, 15 (3), 205-212.
- Lyneham J (2000) *Violence in New South Wales emergency departments*. Aust J Adv Nurs, 18, 8-17.
- Ministero della Salute (2007) *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Consultato il 26 marzo 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2008) *Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella*. Consultato il 26 marzo 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/documentazione/progetti/accreditamento/protocollo_eventi_sentinella.pdf
- NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health (2002) *Violence: occupational hazards in hospitals*. Consultato il 26 marzo 2011, disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/niosh>
- OSHA, Occupational Safety and Health Administration (2004) *Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers*. OSHA US Department of Labor. Consultato il 26 marzo 2011, disponibile all'indirizzo: <http://www.osha.gov>
- Pich J, Hazelton M, Sundin D et al. (2011) *Patient-related violence at triage: a qualitative descriptive study*. Int Emerg Nurs, 19 (1), 12-19.

Rintoul Y, Wynaden D, McGowan S (2009) *Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach*. *Int Emerg Nurs*, 17 (2), 122-127.

Saines JC (1999) *Violence and aggression in A&E: recommendations for action*. *Accid Emerg Nurs*, 7, 8-12.

Vellone E, Piredda M (2009) *La ricerca bibliografica, strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*. 2^a edizione, McGraw-Hill, Milano.

Wilkes L, Mohan S, Luck L et al. (2010) *Development of a violence tool in the emergency hospital setting*. *Nurse Res*, 17 (4), 70-82.

Winstanley S, Whittington R (2004) *Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments*. *J Clin Nurs*, 13, 3-10.

World Health Organization (2002) *World report on violence and health*. WHO, Geneva.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano i colleghi infermieri e gli operatori sociosanitari del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, con i quali condividono quotidianamente la loro difficile quanto esaltante esperienza professionale.



CONTRIBUTI

Sonno, turno notturno e ricadute: analisi della letteratura

di *Davide Lastrucci (1), Lorenzo Righi (2), Carlo Federico Spatola (3)*

(1) Collaboratore professionale sanitario Infermiere, Rianimazione Ausl 7 Siena, Presidio ospedaliero Campostaggia

(2) Collaboratore professionale sanitario Infermiere, Area assistenza infermieristica emergenza urgenza Ausl 7 Siena

(3) Collaboratore professionale sanitario Infermiere, Azienda ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro Catania

Corrispondenza: metodologiadellaricerca-studentisiena@hotmail.it

Il lavoro a turni a rotazione, che comprende anche il turno notturno, è comune nella pratica infermieristica; ciò porta inevitabilmente ad una scarsa qualità e inadeguata durata del sonno del professionista, che va ad incidere negativamente sui meccanismi omeostatici del corpo e porta ad una maggiore stanchezza, che si proietta inevitabilmente sulla qualità dell'assistenza. Un insufficiente sonno ristoratore quotidiano e un inadeguato tempo di recupero dal lavoro notturno, come descritto in molti studi, può portare a una privazione di sonno: ciò può influire sull'abilità di fornire alti standard di cura, quelli che gli infermieri cercano di erogare ai loro pazienti. Gli infermieri infatti devono rimanere vigili per fornire un'assistenza sicura, riconoscere anche dei lievi cambiamenti nelle condizioni cliniche dei pazienti, intercettare potenziali errori garantendo la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Se poi alla privazione di sonno si associa un orario di lavoro prolungato, si manifesta un aumento del rischio.

I pericoli associati ai turni di lavoro prolungati sono ampiamente noti in alcuni settori lavorativi. Infatti il 70% degli incidenti e degli infortuni sono attribuibili almeno in parte alla stanchezza: la letteratura collega i peggiori disastri mondiali a quest'ultima. Alcuni autori affermano che la catastrofe dei reattori nucleari di Chernobyl, che avvenne in piena notte, fu causata durante un turno notturno. Il disastro ambientale provocato dalla fuoriuscita di greggio dalla petroliera Exxon Valdez è stato anch'esso collegato in molte pubblicazioni alla stessa causa. La stanchezza, quindi, porta a una distorsione delle abilità percettive, capacità di ragionamento e di giudizio, di presa di decisione: tali distorsioni si manifestano attraverso un generale rilassamento delle funzioni cerebrali, che causano ritardo nei tempi di reazione, deficit della memoria e riduzione delle abilità cognitive, come il ragionamento logico e la concentrazione, che sono entrambi di primaria importanza nella professione infermieristica.

Obiettivo principale di questa analisi è indagare come la privazione di sonno dovuta alla rotazione su turni di lavoro notturni possa influenzare la sicurezza del paziente e la qualità di vita degli infermieri. Come obiettivo secondario ci siamo posti quello di raccogliere raccomandazioni per migliorare l'adattamento sul posto di lavoro, rendendolo un ambiente sempre più funzionale alle esigenze del turnista.

Quali evidenze sul tema?

Dalla consultazione della banca dati PubMed nel mese di maggio 2011, utilizzando le parole chiave "*nurses*" AND "*sleep disorder, circadian rhythm*" e "*nursing staff, hospital*" AND "*sleep disorder, circadian rhythm*" relativamente agli ultimi 5 anni. In totale sono stati reperiti 44 articoli tra i quali ne sono stati selezionati 17, che analizzano l'impatto del sonno e della stanchezza sulla salute e sulla sicurezza dei pazienti e degli infermieri che effettuano il lavoro notturno.

Dall'analisi effettuata sono emersi i seguenti risultati raggruppabili in tre aree tematiche: il sonno e il ritmo circadiano, il lavoro a turni e le ricadute per la salute e la sicurezza di infermieri e pazienti.

Il ritmo sonno-veglia

Il sonno normale è caratterizzato da cicli definiti di diversa profondità e sincronia con il ritmo circadiano di ventiquattro ore. Sappiamo che durante il periodo di sonno si verificano due processi fisiologici, conosciuti come processo S, che consiste in cicli di sonno, e il processo C o ritmo circadiano, un orologio biologico con un ciclo ritmico di circa ventiquattro ore.

Il processo S si compone di quattro fasi di sonno caratterizzate da movimenti oculari rapidi e non rapidi. Le fasi 1 e 2 sono le più leggere, definite "di transizione": costituiscono più della metà della durata stessa dell'intero processo e "traghettano" verso le fasi più importanti del sonno profondo, 3 e 4, in cui si verifica un aumento dell'ormone della crescita. Il processo C o ritmo circadiano regola il nostro sonno-veglia sulla base della risposta fisiologica alla luce del giorno e all'insorgere del buio. È proprio quest'ultimo che spinge il nostro corpo a secernere melatonina, un ormone precursore che induce il sonno. Gli orari di lavoro irregolari pongono gli infermieri a rischio di disturbi del sonno, il che è associato ad effetti pericolosi per la salute dei lavoratori e la sicurezza del paziente. Tuttavia strategie basate sul mantenimento di normali cicli di sonno e del ritmo circadiano possono evitare effetti negativi legati a tale problema. Carriera, esigenze familiari e sociali spesso sottraggono sonno, alterando il normale ciclo sonno-veglia e riducendo le fasi di sonno ad un numero di ore inferiore a sette, ovvero quelle necessarie a mantenere un'adeguata vigilanza e una buona salute (Dinges, 2007). La carenza di sonno si accumula, interessa le nostre performance neurocomportamentali, la funzione endocrina, il benessere fisico e la salute emotiva e mentale. Le ricerche hanno dimostrato che il pensiero critico e le prestazioni declinano con 6 o meno ore di sonno (Dingers, 2007). Lunghi periodi di veglia senza sufficiente riposo influiscono anche sulle prestazioni neurocomportamentali.

Evidenze dimostrano come la perdita di sonno influisca sulla funzione endocrina: infatti l'insufficiente fase 4 del sonno (sonno profondo) diminuisce i livelli dell'ormone della crescita e produce l'alterazione delle cellule *natural killer*, così come altre cellule immuno-protettive dell'organismo, oltre ad un aumento dei livelli di cortisolo, reazione che può indicare elevati livelli di stress (Wright et al., 2007). Recenti studi hanno inoltre dimostrato che la tolleranza al glucosio è compromessa con la perdita di sonno (Punjabi, Beamer, 2005). Quando il sonno non è sufficiente, il rilascio di alcuni ormoni che influiscono sulla fame è alterato; il cervello riceve il segnale che abbiamo bisogno di mangiare e necessitiamo di energia, ma in realtà l'organismo ha bisogno di dormire e riposare. Un periodo di sonno ridotto è anche associato ad un aumento dell'indice di massa corporea (Taheri et al., 2004). Infine, ma non meno importanti, sono documentati anche disturbi come sbalzi d'umore e labilità emotiva.

Il lavoro a turni

Chiunque abbia lavorato in turni a rotazione quasi sicuramente si è imbattuto in disturbi come stanchezza e facile irritabilità. Già nel 1982 Jamal e Bada hanno messo a confronto in uno studio infermieri con turni lavorativi fissi, con lo stesso orario diurno per settimane o mesi, e altri con turni a rotazione. È emerso che i primi riescono a trascorrere più tempo libero con le proprie famiglie, manifestando un numero ridotto di problemi psico-fisici rispetto ai colleghi del secondo gruppo. A rafforzare questa tesi Coffey, Skipper e Jung nel 1988 hanno documentato come negli infermieri diurnisti si sono registrati livelli di stress lavorativo inferiori rispetto a colleghi con turni a rotazione.

Coloro che effettuano turni di notte hanno riportato maggiori sintomi di stress e maggiore incidenza di burnout (Kandolin, 1993). L'interruzione del ciclo sonno-veglia è una conseguenza ovvia del lavoro a turni (West, 2001) e molti studi hanno esaminato la quantità di sonno perso e le alterazioni sulla qualità di vita di coloro che lavorano di notte. La maggior parte di questi studi però si concentra sull'infermiere con esperienza di turnista piuttosto che sulla figura del diurnista. Nel 2003 Hart ha documentato un aumento di incidenti sul lavoro in persone che svolgono turni di notte e ha messo questo dato in relazione a fatica prolungata e a periodi inadeguati di convalescenza. Un altro studio condotto da Swaen (2003) ha documentato un'incidenza 3 volte maggiore nei lavoratori che svolgono turni di notte rispetto ai diurnisti, confermando quanto detto precedentemente. Williamson e Feyer (2003) hanno preso in esame il tragitto di ritorno dalla sede lavorativa a casa dopo il turno notturno, individuando che gli individui privati del sonno possono avere un meccanismo di risposta rallentato che può portare ad una riduzione delle prestazioni e dei riflessi; un elevato numero di turni notturni raddoppia il rischio di coinvolgimento in incidenti stradali nel tragitto di rientro a casa.

Ricadute per la salute e la sicurezza

La tolleranza al lavoro varia tra i diversi individui, alcuni dei quali preferiscono svolgere attività lavorativa nelle ore diurne e possono mal tollerare i turni di lavoro notturni; viceversa chi preferisce lavorare la notte può manifestare un miglior adattamento e una maggiore tolleranza. Alcuni infermieri, per ovviare all'intolleranza per il lavoro notturno, adottano comportamenti errati: ad esempio l'incremento di assunzione di caffeina, alcool, farmaci sedativi e un conseguente uso di prodotti per la regolarizzazione dell'intestino e la riduzione delle secrezioni acide gastriche con conseguenti seri rischi per la salute (Caruso, 2004). Isolamento sociale, divorzi e abuso di sostanze sono segni di malessere psicologico del lavoratore turnista con conseguente riduzione del suo stato di buona salute (Michie, 2003). Schernhammer nel 2003 ha documentato come infermieri che hanno effettuato almeno tre turni lavorativi notturni al mese per almeno quindici anni hanno un rischio aumentato esponenzialmente con l'aumentare degli anni di contrarre un cancro colon-rettale. Diversi aspetti degli stili di vita, come la percezione soggettiva dei carichi di lavoro, la mancanza di esercizio fisico e la qualità del sonno globale, contribuiscono alla stanchezza cronica (Samaha, 2007). Questo risultato è ancor più consistente in uno studio condotto su 2248 lavoratori australiani, per i quali gli elevati carichi di lavoro sono associati ad un incremento delle malattie (D'Souza, 2006). La ridotta vigilanza può portare ad errori clinici che possono compromettere il benessere del paziente (Landrigan, 2004): infatti la prestazione psicomotoria può alterarsi negativamente a causa della fatica. Reid ha paragonato la mancanza di sonno all'ingestione di alcool, tenendo in considerazione come questi due parametri influenzino le abilità psicomotorie di un individuo e ha documentato come la privazione dal sonno per 28 ore sia paragonabile ad un livello di alcool nel sangue pari a 0.1%, superiore a quello considerato eccessivo per poter guidare nel Regno Unito

(0.08%) (Williamson, Feyer 2000). Quindi la privazione di sonno e la fatica riducono la vigilanza e compromettono potenzialmente la sicurezza del personale infermieristico e del paziente.

In uno studio relativo alle ore di lavoro degli infermieri per la sicurezza del paziente, i rischi di errori e gli errori sono stati visti aumentare quando gli infermieri hanno svolto turni straordinari (Rogers et al., 2004). Gli straordinari oltre le 12 ore hanno incrementato 3 volte il rischio di cadere in errore e più del doppio il rischio di incorrere in un quasi-errore.

Conclusioni

Senza la corretta gestione della stanchezza e la messa in atto di interventi appropriati, la sicurezza del paziente e degli operatori continuerà ad essere a rischio. Sarebbe auspicabile una condivisione delle responsabilità: gli infermieri, da una parte, dovrebbero presentarsi a lavoro in condizioni ottimali per affrontare il turno, attenti a rispettare le raccomandazioni ([tabella 1](#)); dall'altra, gli infermieri dirigenti e coordinatori dovrebbero assicurare una programmazione della turnistica volta a massimizzare la vigilanza all'interno degli staff. Gli infermieri, dopo aver preso in giusta considerazione quelli che sono gli effetti avversi della stanchezza sui pazienti e su loro stessi, dovrebbero essere scoraggiati nell'affrontare dei secondi lavori o un elevato numero di ore in straordinario. Le politiche relative alla gestione delle risorse umane dovrebbero garantire un limite al ricorso al lavoro aggiuntivo, mediante sistemi premianti congrui ed equitari che garantiscano una sufficiente remunerazione. Nonostante l'evidente impatto e rilevanza di questi aspetti del lavoro infermieristico, le ricerche sul tema sono ancora limitate; occorrerebbero invece dei programmi efficaci per la gestione della stanchezza, a partire dal miglioramento delle conoscenze sull'igiene del sonno e sul cambiamento di specifici comportamenti correlati all'attività lavorativa. I dirigenti dovrebbero tenere in grande considerazione l'impatto che l'invecchiamento ha nell'attività infermieristica: con l'aumentare dell'età biologica sopra i 45 anni, l'individuo tollera con maggior difficoltà la turnistica, poiché il corpo non è in grado di riadattare il proprio orologio biologico al cambiamento continuo dei modelli di sonno imposti dal lavoro notturno.

In un modello organizzativo ottimale, al raggiungimento di un'età biologica ormai non più giovanissima e dopo l'acquisizione di una notevole esperienza lavorativa e formativa, gli infermieri potrebbero essere destinati al lavoro diurno, affidando loro attività di carattere più gestionale che clinico, di management, di formazione o di ricerca. In relazione alla continuità assistenziale che viene perseguita nell'arco delle ventiquattro ore all'interno degli ospedali, è di fondamentale importanza che la direzione, i responsabili politici e i servizi dedicati alla salute dei dipendenti collaborino con questi ultimi per identificare strategie di riduzione dei rischi derivanti dalla deprivazione di sonno tra gli infermieri.

Tabella 1 - Consigli per migliorare il sonno e il ritmo circadiano dei lavoratori turnisti

<p>Tempistica nelle fasi di sonno-veglia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ assumersi la responsabilità di raggiungere un sufficiente sonno ristoratore: almeno 7 o 8 ore per notte (<i>National Sleep Foundation, 2005</i>); ✓ assumere un ruolo proattivo nello stabilire dei modelli regolari di sonno, lavoro e tempo libero; ✓ stabilire un regolare programma di sonno nelle fasi di riposo dal lavoro notturno; ✓ andare a dormire agli stessi orari, stabilendo tempi regolari di risveglio; ✓ potenziare il sonno precedente ad un turno notturno di almeno 30-90 minuti; ✓ ricercare l'esposizione a una luce intensa, meglio se quella solare nella fase del risveglio.
<p><u>L'ambiente della stanza da letto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ rendere la stanza da letto adatta al sonno diurno mantenendo una temperatura adeguata; ✓ ruotare o spegnere gli orologi con cristalli liquidi; ✓ ridurre i potenziali rumori di disturbo come telefoni, lancette, animali domestici, applicando tappi alle orecchie; ✓ scegliere l'angolo più tranquillo, separato da quanto avviene al di fuori, e lontano da pareti interessate da rumori e vibrazioni;
<p><u>Alimentazione e sonniferi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ consumare almeno tre pasti al giorno alla stessa ora, mantenendo una dieta salubre ed equilibrata; ✓ fare un uso ristretto di caffeina come stimolante per restare svegli; ✓ evitare pasti copiosi prima di dormire; ✓ prendere sonniferi solo in casi straordinari, in quanto provocano dipendenza e perdono progressivamente efficacia nel tempo danneggiando la qualità del sonno

BIBLIOGRAFIA

- Johnson AL, Brown K, Weaver MT. *Sleep deprivation and psychomotor performance among night-shift nurses*. AAOHN J. 2010 April; 58 (4): 147-54.
- Garde AH, Hansen AM, Hansen J. *Sleep length and quality, sleepiness and urinary melatonin among healthy Danish nurses with shift work during work and leisure time*. Int Arch Occup Environ Health. 2009 Nov; 82 (10): 1219-28.
- Humphries JD. *Workplace debt: sleep loss*. Creat Nurs. 2009; 15 (1): 23-7.
- Conway PM, Campanini P, Sartori S, Dotti R, Costa G. *Main and interactive effects of shiftwork, age and work stress on health in an Italian sample of healthcare workers*. Appl Ergon. 2008 Sep; 39 (5): 630-9. Epub 2008 Mar 3.
- Samaha E, Lal S, Samaha N, Wyndham J. *Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses*. J Adv Nurs. 2007 Aug; 59 (3): 221-32. Epub 2007 Jun 21.
- Ribeiro Silva F, Rotenberg L, Soares RE, Pessanha J, Ferreira FL, Oliverira P, Silva Costa A, Benedito Silva AA. *Sleep on the job partially compensates for sleep loss in night-shift nurses*. Chronobiol Int. 2006; 23 (6): 1389-99.
- Dorrian J, Lamond N, Van Den Heuvel C, Pincombe J, Rogers AE, Dawson DA. *A pilot study of the safety implications of Australian nurses sleep and work hours*. Chronobiol Int. 2006; 23 (6): 1149-63.
- Scott LD, Hofmeister N, Rogness N, Rogers AE. *An interventional approach for patient and nurse safety: a fatigue countermeasures feasibility study*. Nur Re. 2010 Jul-Aug; 59 (4): 250-8.
- Burnette C. *Smart sleep for new grads?* Nurs Manage. 2010 May; 41 (5): 10-3.
- Korompeli A, Sourtzi P, Tzavara C, Velonakis E. *Rotating shift-related changes in hormone levels in intensive care unit nurses*. J Adv Nurs. 2009 Jun; 65 (6): 1274-82. Epub 2009 Apr 3.
- Admi H, Tzischinsky O, Epstein R, Herer P, Lavie P. *Shift work in nursing: is it really a risk factor for nurses' health and patients safety?* Nurs Econ. 2008 Jul-Aug; 26 (4): 250-7.
- Dorrian J, Tolley C, Lamond N, Van Den Heuvel C, Pincombe J, Rogers AE, Drew D. *Sleep and errors in a group of Australian hospital nurses at work and during the commute*. Appl Ergon. 2008 Sep; 39 (5): 605-13. Epub 2008 Apr 18.
- Mason DJ. *Sleep on it: the night shift, that is*. Am J Nurs. 2008 Mar; 108 (3): 11.
- Peate I. *Strategies for coping with shift work*. Nurs Stand. 2007 Oct 3-9; 22(4): 42-5. Review.
- West SH, Ahern M, Byrnes M, Kwanten L. *New graduate nurses adaptation to shift-work: can we help?* Collegian. 2007 Jan; 14 (1): 23-30.
- Berger AM, Hobbs BB. *Impact shift-work on the health and safety of nurses and patients*. Clin J Oncol Nurs. 2006 Aug; 10 (4): 465-71. Review.
- Muecke S. *Effects of rotating night shift: literature review*. J Adv Nurs. 2005 May; 50 (4): 433-9.



ESPERIENZE

La sessualità del paziente stomizzato: analisi del suo vissuto

di *Cristina Bernini (1), Claudia Vaccari (2), Nadia Lami (3), Paola Ferri (4)*

(1) Infermiera, Ospedale privato accreditato Hesperia Hospital di Modena

(2) Tutor e docente del Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

(3) Tutor e docente del Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

(4) Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Corrispondenza: paola.ferri@unimore.it

Le persone alle quali è stato confezionato uno stoma possono sperimentare un profondo cambiamento dell'integrità fisica e del concetto di sé, con potenziali alterazioni dell'immagine corporea e relative ripercussioni sulla funzione sessuale. Parlare di sessualità è spesso considerato marginale o comunque secondario; sebbene nei primi momenti l'entità del quadro clinico assorba tutta l'attenzione del paziente, successivamente la dimensione sessuale, risolta l'emergenza, acquisisce una rilevanza specifica.

La sessualità è un aspetto fondamentale del sé, sia per il singolo che come soggetto inserito nel proprio contesto familiare e sociale, tanto che anche studi su pazienti in fase terminale hanno evidenziato la necessità di realizzare la propria dimensione sessuale. Sono molteplici i modi in cui la patologia incide sulla vita sessuale delle persone: dalla malattia che danneggia ed indebolisce l'organismo, agli effetti collaterali delle terapie medico-farmacologiche, fino alle conseguenze dei trattamenti chirurgici. I cambiamenti del corpo in seguito a malattia, come ad esempio il confezionamento di uno stoma, possono far sperimentare sentimenti di frustrazione che spesso vanno oltre agli effetti fisici provocati dalla patologia o dall'intervento chirurgico.

Dal punto di vista puramente fisiologico, in seguito alla realizzazione di una stomia entrambi i sessi possono esperire un calo della libido. Nella donna possono svilupparsi dispareunia e calo della lubrificazione vaginale, nell'uomo disfunzione erettile o modificazioni eiaculatorie con possibili ripercussioni sulla psiche per entrambi. Per il portatore di stomia, quest'ultima costituisce la presenza visibile e tangibile della malattia. Anche il partner dello stomizzato vive in prima persona la presenza della stomia e le problematiche connesse ad essa. La relazione di coppia viene messa a dura prova ed entrambi i partner devono attingere a tutta la forza che la coppia possiede. Nelle relazioni sentimentali in cui si interrompe la vita sessuale in seguito al confezionamento dello stoma, può rinforzarsi nello stomizzato l'idea di essere fonte di disgusto (Manderson, 2005). Il fatto di ricevere accudimento/aiuto per la gestione della stomia, inoltre, può generare la percezione di essere regredito al ruolo di bambino e non di essere, quindi, partner alla pari.

All'interno della sfera sessuale riveste certamente molta importanza la percezione della propria immagine corporea: è intuitivo il fatto che un'alterazione dello schema corporeo

comporti un conflitto interiore fra l'immagine originale del soggetto e l'immagine modificata dalla patologia e/o dai trattamenti medico-chirurgici resisi necessari.

La carenza di conoscenze scientifiche, la possibile non accettazione dell'orientamento sessuale dell'utente, la mancanza di modalità comunicative efficaci unitamente ad un senso di imbarazzo, contribuiscono a rendere difficile il parlare di problemi sessuali (Black, 2000). Diversi studi mettono in luce come frequentemente l'argomento sessualità venga poco o per nulla considerato nella presa in carico dell'assistito (Williams, 2006). Da una prima analisi della letteratura non sono emersi studi italiani sull'argomento; anche a livello internazionale questo aspetto risulta poco esplorato. Abbiamo ritenuto opportuno, quindi, esplorare le percezioni e le opinioni di un gruppo di pazienti adulti stomizzati, facendo riferimento all'ambulatorio di stomaterapia di un ospedale modenese nel periodo marzo-settembre 2010.

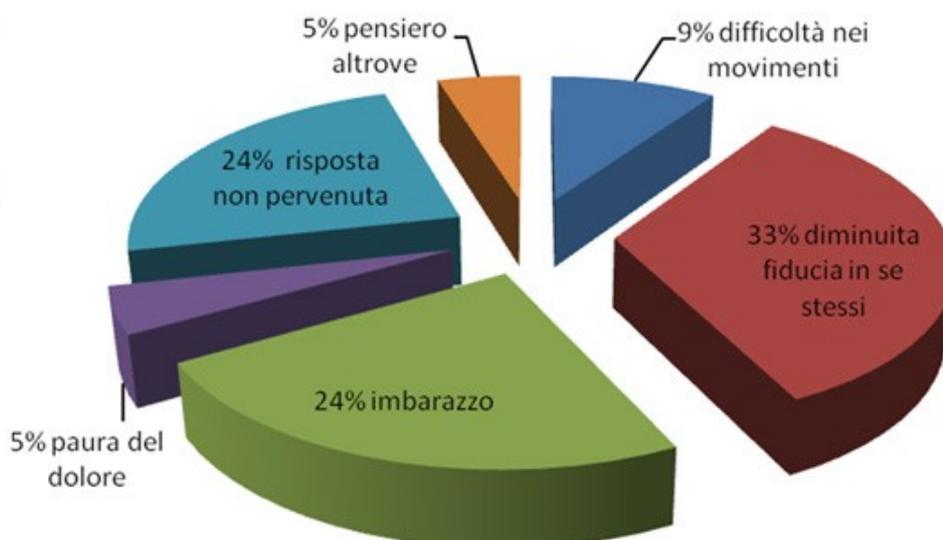
Cosa dicono i nostri assistiti

Sono state interpellate 31 persone (15 maschi e 16 femmine) con un'età media di 54 anni. La stomia confezionata, intestinale nel 94% dei casi, è temporanea per il 90% dei pazienti. La maggioranza dei pazienti ha dichiarato di avere un partner fisso e una relazione la cui durata varia da 5, 10, 20 anni e oltre. Il 64% degli intervistati segnala di non aver mai affrontato il tema della sessualità, né prima né dopo l'intervento. Solo il 23% ne ha parlato, ma solamente dopo l'intervento. Tra le persone che dichiarano di non averne mai parlato, il 60% avrebbe voluto farlo.

La figura professionale che ha facilitato il dialogo sulla sessualità è stato per il 73% l'infermiere enterostomista.

Il 68% delle persone esaminate afferma che la propria sessualità è cambiata in seguito al confezionamento dello stoma. I problemi legati alla sessualità dopo la stomia sono più sentiti dalle donne. Le motivazioni addotte a giustificazione dei cambiamenti avvenuti sono differenti e diversamente sentite (**Figura 1**).

Figura 1 – Le motivazioni del cambiamento della sessualità dopo la stomia



La maggior parte delle persone che ha partecipato all'indagine riferisce di provare vergogna nel mostrare la sacca, ma anche paura che quest'ultima si possa rompere e/o che si possano percepire rumori o odori sgradevoli.

La sensazione di essere meno attraenti dopo il confezionamento della stomia è comune al 61% delle persone.

Dall'indagine emerge che il disagio vissuto dalle persone dopo il confezionamento della stomia e gli effetti della stessa sulla propria immagine corporea e sulla sessualità non sono trascurabili. Questo dato è sovrapponibile agli esiti degli studi pubblicati sull'argomento (Taylor, 2008; Dabirian, 2010).

Possiamo migliorare il nostro intervento?

L'analisi dei dati derivanti dalla nostra indagine e le indicazioni della letteratura permettono di delineare alcuni interventi finalizzati a migliorare la pratica clinica:

- elaborazione di un percorso infermieristico personalizzato, contenente un apposito spazio riservato alla percezione dell'immagine corporea e della sessualità;
- realizzazione di un opuscolo informativo di presentazione dei servizi erogati nell'ambulatorio stomie per pazienti e familiari;
- analisi sistematica e strutturata del grado di soddisfazione dell'utente in merito ai servizi ricevuti;
- realizzazione di sessioni di audit clinico tra gli operatori;
- organizzazione di corsi di formazione specifici sul tema della sessualità per infermieri enterostomisti.

È altresì indubbio che la qualità percepita degli assistiti relativamente a un aspetto generalmente non considerato quale la sessualità debba diventare un elemento sistematico di valutazione della qualità dell'assistenza erogata, tanto quanto gli elementi di natura strettamente tecnica, sicuramente più facili e immediati da osservare e considerare.

BIBLIOGRAFIA

- Black P (2000). *Practical stoma care*. Nurs Stand, 14(41), 47-55.
- Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ (2010). *Quality of life in ostomy patients: a qualitative study*. Patient Prefer Adherence, 21(5), 1-5.
- Manderson L (2005). *Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery*. Soc Sci Med, 61(2), 405-415.
- Taylor S (2008). *Sexuality following stoma formation 1: Background*. Nurs Times, 104(16), 26-27.
- Taylor S (2008). *Sexuality following stoma formation 2: Nursing care*. Nurs Times, 104(17), 28-29.
- Williams J (2006). *Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation*. Br J Nurs, 15(14), 760-763.



ESPERIENZE

Uno strumento di assessment per la presa in carico in oncologia

di **Roberto Brisichella (1)**, **Giuseppina Raia (2)**

(1) *Coordinatore infermieristico Area ambulatoriale, Ospedale Valdese di Torino – Asl Torino 1*

(2) *Infermiera Cas, Ospedale Valdese di Torino - Asl Torino 1*

Corrispondenza: robrasic@libero.it

Il contesto in cui si inserisce questa nostra esperienza è il Centro di accoglienza e servizio (Cas) del Presidio ospedaliero Valdese di Torino. Il Cas nasce in Piemonte come struttura della rete regionale oncologica e ha lo scopo di divenire un punto di riferimento per la persona oncologica, contribuendo principalmente a raccogliere ed organizzare in maniera sistematica i dati relativi al processo di diagnosi, stadiazione e cura.

In particolare, le finalità del Cas sono:

- accogliere e affiancare la persona nel momento in cui affronta il percorso di diagnosi di una patologia oncologica;
- guidare la persona nel percorso terapeutico-assistenziale, attraverso una puntuale programmazione e l'offerta di informazioni sulle sue prerogative sociali, in relazione alla patologia oncologica.

Per raggiungere e sostenere tali finalità, abbiamo puntato su:

- la presa in carico delle persone con neodiagnosi tumorale e il loro accompagnamento nel percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- il supporto nella rielaborazione del proprio progetto di vita da parte dell'assistito;
- la valutazione dell'efficacia degli interventi assistenziali, anche per favorire l'emergere dello specifico professionale.

L'approccio del Cas è largamente costituito da una parte di ascolto, da interventi di supporto che non riducono la persona e la sua famiglia a subire la malattia e la cura, ma che li sollecitano anzi ad assumere un ruolo attivo, facilitati da un *setting* assistenziale appropriato.

Condividere e fissare con la persona un obiettivo assistenziale da raggiungere al termine del processo di cura, che vede il recupero o il mantenimento dei ruoli, crea inevitabilmente una spinta motivazionale. Ad esempio, immaginare un look alternativo come l'uso di un foulard o di una bandana, anziché insistere su come la persona si trasformerà a seguito delle terapie, appartiene specificamente al ruolo infermieristico. Nello stesso spirito, è fondamentale aiutare la persona a mantenere la possibilità di supportare un familiare disabile o a proseguire nell'esercizio della propria professione. Senza questo intervento infermieristico si corre il rischio di assistere persone colpite e mortificate dalla malattia, se non dai curanti stessi.

Non va inoltre dimenticato che il raggiungimento dell'obiettivo assistenziale fissato è da considerarsi a tutti gli effetti un *nursing sensitive outcome* (Marel, Lang, 1990), con tutti i vantaggi riflessi che la misurazione ne fa derivare: mantenimento della qualità di vita della persona presa in carico e ottimizzazione delle sue risorse.

L'infermiere al Cas

Dopo l'introduzione nel Cas dell'infermiere, abbiamo provato a leggere quali fossero, nell'ambito dei percorsi attivati, le competenze infermieristiche. In linea con gli obiettivi regionali di riferimento, abbiamo individuato i risultati attesi per i nostri assistiti e i possibili rischi da prevenire. È stato scelto il modello assistenziale per obiettivi o *Theory of goal attainment* di King, più vicino alla mission del servizio, in quanto pone come focus la necessità di preservare o recuperare i ruoli che appartengono alla persona assistita e che verranno probabilmente messi a dura prova dalle scelte terapeutiche. Sono infatti i ruoli sociali, famigliari, lavorativi, o di altro genere, affidati alla persona o da lei conquistati, che connotano la sua identità.

Si è costruita, condivisa e implementata una scheda infermieristica, destinata a documentare:

- accertamento delle capacità cognitive e di apprendimento, rispetto alle quali progettare un intervento informativo e supportivo;
- accertamento della situazione emotiva dell'assistito e della consapevolezza della diagnosi, con la possibilità di attivare, se necessario e/o richiesto dall'utente, l'intervento dello psiconcologo (precedentemente solo il medico poteva attivare l'intervento specialistico);
- identificazione dei ruoli sociali, famigliari, lavorativi che sono il fulcro esistenziale della persona e che è sua intenzione preservare mantenere o riconquistare al termine del percorso diagnostico e terapeutico;
- identificazione dei caregiver esterni realmente disponibili.

Ad ogni incontro sono stati registrati gli interventi assistenziali o di supporto alla persona nel percorso (es. prelievo ematico, counseling); infatti ogni prestazione, compreso il prelievo ematico, rappresenta un'occasione per rinforzi, ulteriori accertamenti, feed-back da parte dell'assistito, nonché per verificare risultati e cambiamenti.

Tale strumento è stato considerato come un primo passo per la progettazione di un percorso oncologico, in modo particolare senologico, oggi frammentato nelle diverse specialità mediche che se ne occupano in fasi diverse.

L'applicazione sperimentale dello strumento è iniziata a fine ottobre del 2009 e si è conclusa a dicembre 2010. Tali risultati sono divenuti spunto di riflessione assistenziale, metodologica e organizzativa.

Risultati

Sulla totalità della documentazione recuperata, relativa a 168 assistiti, il 40% ha avuto attivata la scheda infermieristica. Delle schede attivate il 52% sono risultate complete nella loro compilazione.

La diagnosi medica predominante è la patologia neoplastica del seno (32 casi su 35); la scheda è stata attivata, negli altri 3 casi, in persone con carcinoma dell'intestino, neoplasia cutanea e neoplasia degli annessi uterini.

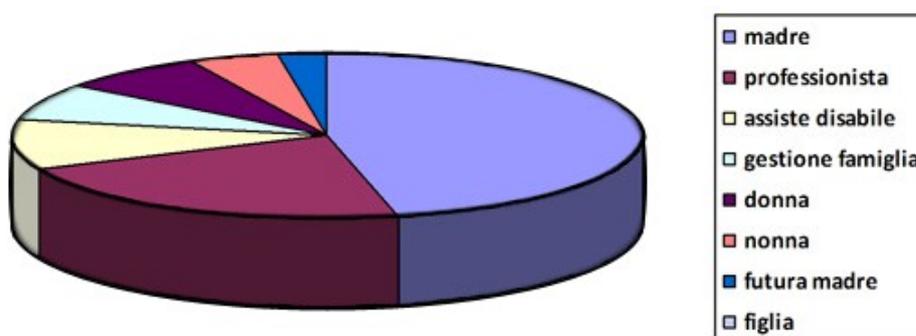
L'età media delle persone prese in carico è di 51.5 anni (da 31 a 84 anni). Soltanto per 2 persone sono state segnalate difficoltà comunicative.

Rispetto le registrazioni sulle condizioni emotive, in 11 casi si registra una stabilità emotiva, generalmente accompagnata dalla consapevolezza della diagnosi; in 10 casi è apparsa la segnalazione di instabilità della persona coinvolta. Per 3 persone di queste è stato attivato l'intervento dello psiconcologo. Tre persone hanno rifiutato le cure chemioterapiche.

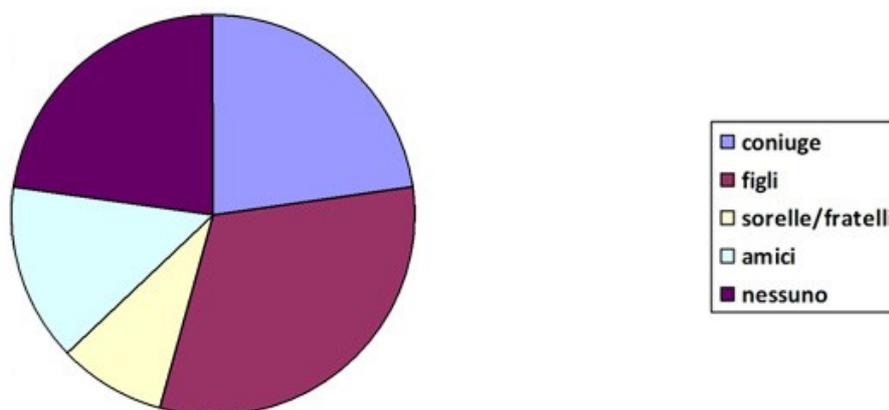
Sono segnalati due caregiver presenti al colloquio (generalmente i coniugi) con evidente instabilità emotiva.

Rispetto ai ruoli della persona da preservare o comunque ritenuti centrali nella loro esistenza, risultano maggiormente scelti quello di madre (46%), seguito da quello di professionista (22%) (**Figura 1**):

Figura 1 – Ruoli risultati centrali nella vita degli assistiti del Cas



I dati rilevati permettono anche di individuare i soggetti che si prestano come caregiver degli assistiti del Cas (**Figura 2**). Spiccano il partner (23%), i figli (31%) e in particolare è da rilevare che il 23 % indica 'nessuno'.



L'assenza di un caregiver realmente utile indica l'assenza di qualcuno capace di dare supporto, oppure la scelta dell'assistito di vivere da solo l'esperienza della malattia. Dal diario degli incontri delle persone con il Cas, 23 si sono limitate ad primo incontro, 4 al secondo, 5 al terzo e 3 ad un quarto.

Sono stati eseguiti:

- 18 prelievi ematici;
- 39 interventi di counseling;
- 38 assegnazioni di appuntamenti;
- 6 colloqui per la consegna di documenti.

Dalle annotazioni risultano 15 interventi di orientamento alla persona nel percorso e 16 interventi specifici infermieristici, tra cui il supporto, l'aiuto alla scelta di preservazione della possibilità di procreare o di abortire, nel caso di gravidanze in atto.

I rischi che sono emersi, e che possono essere identificati durante la presa in carico infermieristica, si possono riassumere in:

- rifiuto delle cure e in alcuni casi delle semplici indagini diagnostiche di approfondimento;
- isolamento sociale;
- rinuncia ad un ruolo attivo (famigliare, lavorativo, sociale);
- rinuncia all'ipotesi di ruoli sociali futuri (es. essere madre);
- smarrimento e disorientamento nella propria gestione della patologia, con il rischio di ridurre le possibilità di successo terapeutico;
- perdita della gestione famigliare e in alcuni casi della gestione di un disabile (nel caso altre persone dipendano da lei);
- perdita di reddito (per riduzione delle capacità e della volontà di lavorare).

Implementando gli strumenti di presa in carico della persona, il professionista infermiere sviluppa una specifica abilità, affinando la capacità di proporre interventi differenti dalla semplice accoglienza e sicuramente sempre più appropriati. L'infermiere ricopre a pieno il ruolo previsto dalla Regione Piemonte, contribuisce a ridurre il rischio clinico e mantiene costantemente un rapporto di fiducia con la persona assistita e un setting adeguato. Inoltre, si offre come reale guida nel percorso, migliorando l'efficienza (es. riduzione del rischio di ripetizione di esami già svolti o di esecuzione di indagini non appropriate, o riduzione del tempo di stadiazione). Tali primi risultati, oltre che a permetterci di migliorare il processo, possono aprire la possibilità di sviluppo di un modello organizzativo di case management.

Conclusioni

I dati raccolti sono limitati e sicuramente necessitano di miglioramento gli strumenti stessi della nostra presa in carico o le modalità di impiego di questi. Di sicuro potrà essere sviluppata ulteriormente la presa in carico, mettendo in rete i diversi interventi specialistici (interventi del Cas, senologici, chirurgici ricostruttivi, diagnostici, radio o chemioterapici); in particolare si vede già la necessità di strutturare un percorso, in cui l'infermiere potrà dare un contributo rilevante e specifico per l'eterogeneità del suo ruolo. I risultati portano a confermare la strada intrapresa e sottolineano l'importanza della condivisione e della integrazione.

Scheda di presa in carico assistenziale CAS

ASL TO1 OSP. VALDESE
Scheda di presa in carico assistenziale CAS

Nome assistito..... data di nascita..... (età.....)

data apertura scheda Firma dell'infermiere

Esenzione: presente assente

Diagnosi medica e percorso diagnostico terapeutico attivato	
<input type="checkbox"/> Ca mammario <input type="checkbox"/> melanoma <input type="checkbox"/> Ca colon <input type="checkbox"/> altro.....	<input type="checkbox"/> ormonoterapia <input type="checkbox"/> chemioterapia neoadiuvante <input type="checkbox"/> radioterapia <input type="checkbox"/> chemioterapia adiuvante <input type="checkbox"/> altro.....
Dati relativi all'assistita	
Titolo di studio <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media <input type="checkbox"/> diploma scuola sup. <input type="checkbox"/> dipl. laurea	Linguaggio <input type="checkbox"/> si esprime e comprende correttamente <input type="checkbox"/> ha difficoltà a comprendere <input type="checkbox"/> deficit sensoriali
Occupazione: ore al giorno.....	Deficit fisico e/o limitazioni (se presenti):
Condizione emotiva <input type="checkbox"/> accettazione <input type="checkbox"/> negazione <input type="checkbox"/> rifiuto volontario <input type="checkbox"/> pianto <input type="checkbox"/> aggressività	Consapevolezza della diagnosi <input type="checkbox"/> consapevole <input type="checkbox"/> non consapevole
Descrizione dei ruoli dell'assistito (personale, familiare, altri) a cui tiene particolarmente e comunemente da preservare o recuperare al termine del percorso:	Interventi programmati, in risposta al bisogno:
<input type="checkbox"/> madre/padre <input type="checkbox"/> supporto ad altre persone <input type="checkbox"/> desiderio maternità/paternità <input type="checkbox"/> nonno/nonna <input type="checkbox"/> occupazionale <input type="checkbox"/> altro.....	<input type="checkbox"/> counseling/supporto <input type="checkbox"/> attivazione intervento psiconcologico <input type="checkbox"/> attivazione associazioni volontariato <input type="checkbox"/> preservazione ovarica <input type="checkbox"/> informazioni L. 104 /1992 <input type="checkbox"/> contributo economico per patologia <input type="checkbox"/> attivazione invalidità
Caregiver disponibili	Tipologia di supporto offerto
<input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> sorella/fratello <input type="checkbox"/> figlio/a <input type="checkbox"/> amico nominativo..... <input type="checkbox"/> preferisce affrontare in autonomia l'esperienza	<input type="checkbox"/> supporto logistico (es trasporto) <input type="checkbox"/> supporto psicologico

Diario assistenziale incontri con il CAS:

data	interventi	Annotazioni ed esiti assistenziali
	<input type="checkbox"/> prelievo ematico <input type="checkbox"/> informazioni e prenotazione Groshong. Picc <input type="checkbox"/> informazioni assistenziali (gestione dei rischi e degli effetti collaterali da chemioterapia) <input type="checkbox"/> program. appuntamenti per la stadiazione diagnostica <input type="checkbox"/> attivazione supporto psiconcologico <input type="checkbox"/> medicazione.....	Sigla operatore
	<input type="checkbox"/> prelievo ematico <input type="checkbox"/> informazioni e prenotazione Groshong. Picc <input type="checkbox"/> informazioni assistenziali (gestione dei rischi e degli effetti collaterali da chemioterapia) <input type="checkbox"/> program. appuntamenti per la stadiazione diagnostica <input type="checkbox"/> attivazione supporto psiconcologico <input type="checkbox"/> medicazione.....	Sigla operatore

Data invio copia in DH/chirurgia.....(giornate apertura scheda.....)

BIBLIOGRAFIA

- Dgr. del 03.06.2009, n. 21, "Approvazione del nuovo assetto organizzativo della rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, dei relativi regolamenti del polo oncologico e della Rete oncologica".
- Palese A, Beltrame ER, Bin A, et al (2008). *Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura*. Assistenza Infermieristica e Ricerca, n, 27/1, 33-42.
- Lang NM, Marek KD (1990). *The classification of patient outcomes*. J Prof Nurs, May-Jun, 158-163.
- Doran M (2010). *Nursing sensitive outcomes state of science*. Jones & Barlett Learning.
- King I (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York, Wiley.



ESPERIENZE

Tutor didattici universitari e infermieri esperti in cure palliative: una sinergia possibile nella formazione degli studenti infermieri

di *Catia Fiorani (1), Simona Bacaloni (1), Stefania Stefani (1), Mariapaola Gava (2), Renato Rocchi (3), Stefano Marcelli (3), Sandro Ortolani (4)*

(1) Tutor Corso di laurea in Infermieristica, Polo didattico Macerata

(2) Coordinatore Uo Terapia del dolore, Ospedale Macerata - Guida del tirocinio clinico Corso di laurea in Infermieristica, Polo didattico di Macerata

(3) Dirigente Servizio professioni sanitarie, docente discipline MED/45 Corso di laurea in Infermieristica, Polo didattico di Macerata

(4) Coordinatore AFP e TC Polo didattico di Macerata

Corrispondenza: fac.med.macerata@univpm.it

Preparare i futuri infermieri per la cura dei pazienti nella loro fase ultima di vita e le loro famiglie rappresenta una sfida per la formazione infermieristica; in ambito universitario, gli educatori devono rimanere acutamente sensibili a questa tematica (Brien et al., 2008). L'accompagnamento alla morte fa parte dell'umanizzazione delle cure e richiede all'infermiere delle capacità peculiari che attraversano varie competenze, poiché l'evento morte è trasversale a tutte le situazioni di malattia.

La competenza e la capacità di comunicazione sono elementi fondamentali della pratica infermieristica, in relazione alla cura del malato con patologia terminale e morente e delle loro famiglie (Sheldon et al., 2006). Da alcuni studi che hanno esplorato le esperienze degli infermieri che operano in *hospice* sono emerse carenze nella formazione relativamente alle cure palliative (Stillman et al., 2005). In particolare, si sostiene che il racconto e la narrazione di storie di pazienti nella loro fase finale di vita favoriscono la riflessione su ambiti etici e clinici sia da parte di studenti che di infermieri (Holloway et al., 2007).

Nello scorso a.a. 2010/2011 il nostro Corso di laurea in Infermieristica del Polo didattico di Macerata dell'Università Politecnica delle Marche, nell'ambito dei laboratori tutoriali ha adottato delle strategie didattiche per promuovere la consapevolezza dello studente sull'importanza della relazione di aiuto verso il paziente in fase terminale, inserito in un percorso di cure palliative. Fare acquisire competenze specifiche nella presa in carico nel fine vita è stato il nostro principale obiettivo.

L'accertamento infermieristico, con particolare riguardo alla valutazione del dolore, e la riduzione del *gap* tra conoscenze teoriche e competenze cliniche sono stati gli elementi sui quali si è costruito l'intero processo formativo.

Il percorso dedicato alle cure palliative

L'esperienza formativa è stata inserita nel II semestre del III anno, con seminari realizzati in partnership tra tutori didattici e tutor clinici operativi negli ambiti assistenziali delle cure palliative.

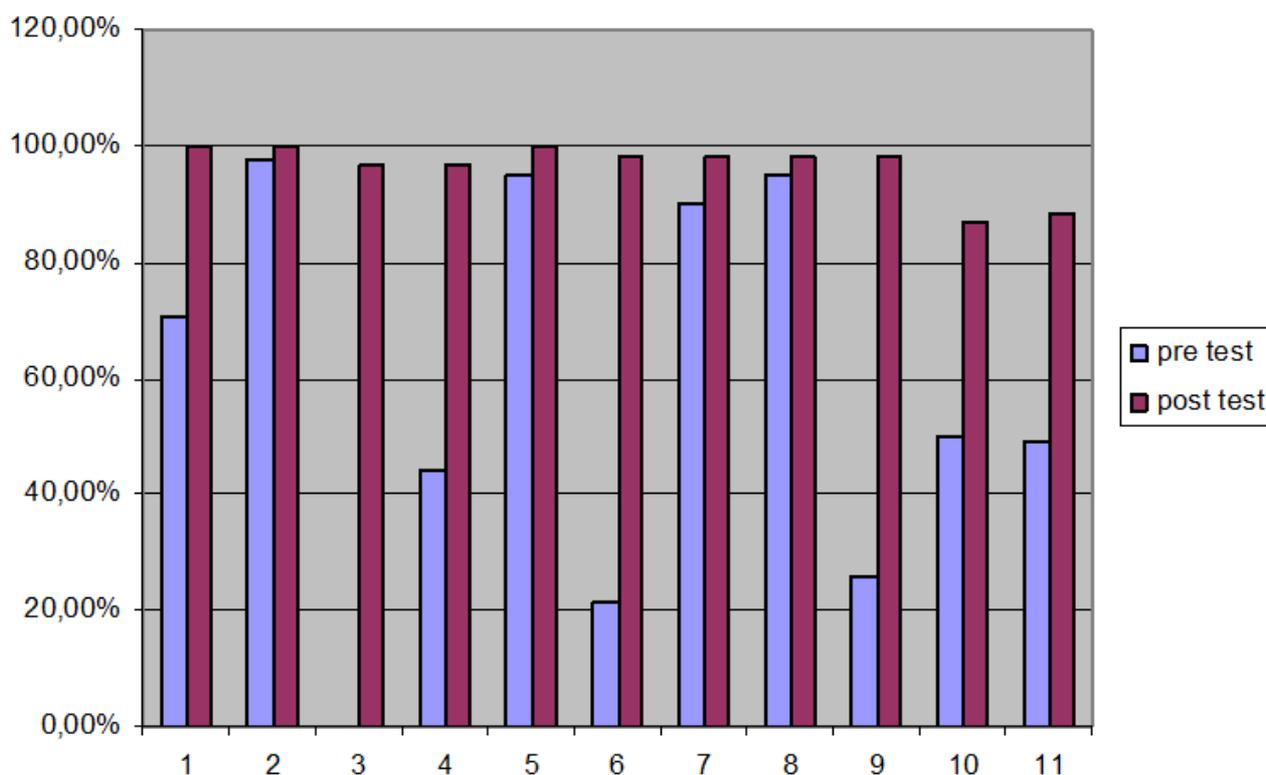
Il primo step ha previsto la somministrazione di un questionario di autovalutazione composto da 11 item con lo scopo di consentire agli studenti l'auto-analisi dei bisogni formativi. È stata poi presentata una revisione dell'Ebn internazionale in merito alla relazione di aiuto nell'ambito delle cure palliative, per favorire negli studenti l'autovalutazione del *gap* rispetto all'esperienza di tirocinio clinico. Sono state quindi strutturate delle sessioni di *re-training* sulla relazione di aiuto e sull'accertamento infermieristico, con particolare riferimento alla valutazione del dolore, nonché alla normativa inerente.

La narrazione dei casi è stata affidata ai tutori clinici, relativamente alle fasi di diagnosi, trattamento della fase acuta, cure palliative ambulatoriali/domiciliari/*hospice*; si è poi recuperato il vissuto professionale, in modo da far emergere e offrire alla discussione gli aspetti infermieristici più specifici. Al termine dei lavori si è somministrato un questionario di valutazione dell'apprendimento e un questionario anonimo di gradimento. Il seminario ha avuto la durata di una giornata, i lavori si sono svolti in assemblea plenaria e gli studenti si sono inseriti liberamente nella discussione, apportando le loro esperienze o ponendo i loro quesiti agli esperti presenti.

Risultati

Hanno partecipato al laboratorio 61 su 64 studenti iscritti al terzo anno (95%). Al termine dell'incontro i risultati hanno messo in evidenza un apprendimento significativo per quanto attiene le competenze cognitive: infatti le risposte corrette sono passate dal 65,6% del pre-test al 97% del post-test (**Grafico 1**).

Grafico 1 - Confronto tra pre-test e post-test rispetto all'intervento tutoriale



Anche il questionario di gradimento ha messo in luce valori molto elevati (**Tabella 1**, **Tabella 2**).

Tabella 1 - Risultati del questionario di gradimento

Scala valutativa	1 (affatto)	2	3	4	5 (molto)
rispondenza aspettative	1 (2%)		2 (3%)	20 (33%)	38 (62%)
rispondenza obiettivi dichiarati			2 (3%)	16 (27%)	43 (70%)
ampliamento conoscenza		2 (3%)	7 (12%)	27 (44%)	25 (41%)
coerenza alle esigenze formative			2 (3%)	21 (35%)	38 (62%)
clima d'aula		1 (2%)	5 (8%)	19 (31%)	36 (59%)
strutturazione del laboratorio		1 (2%)	4 (6%)	28 (46%)	28 (46%)
efficacia della metodologia didattica		2 (3%)	4 (6%)	26 (43%)	29 (48%)
aspetti organizzativi			9 (15%)	31 (51%)	21 (34%)

Tabella 2 - Valori medi per ciascun item del questionario di gradimento

Scala valutativa	range	media	DS
rispondenza aspettative	1-5	4,51060752	0,7205038
rispondenza obiettivi dichiarati	1-5	4,52608048	0,5391757
ampliamento conoscenza	1-5	4,51127049	0,7830164
coerenza alle esigenze formative	1-5	4,52776309	0,5590781
clima d'aula	1-5	4,54535519	0,7212618
strutturazione del laboratorio	1-5	4,56416054	0,6839295
efficacia della metodologia didattica	1-5	4,58430913	0,7502277
aspetti organizzativi	1-5	4,56891318	0,6312509

Dove siamo arrivati

L'attività tutoriale strutturata ha raggiunto gli obiettivi prefissati, con un livello interessante di qualità percepita dallo studente. La discussione di casi clinici è risultata un valido approccio, in analogia a quanto riportato negli studi mirati alla formazione per le cure palliative (Connell et al., 2011), così come l'insegnamento svolto da tutor clinici ed universitari. Analoghi studi (Rosenbaum et al., 2005) dimostrano come un corso base sul fine vita, in grado di stimolare la riflessione, può rilevarsi utile in quanto consente allo studente di esaminare e discutere le proprie esperienze maggiormente caratterizzanti l'*end of life*. I risultati ottenuti suggeriscono di implementare e riproporre iniziative simili, nelle quali i tutor didattici e gli infermieri esperti (*professional*) integrino i propri ambiti di competenza a favore di una formazione sinergica e spendibile nell'ambito clinico.

Si ringraziano per la preziosa e insostituibile collaborazione le colleghe Giacinta Manfroni e Teresa Turco, oltre alla dirigente dott.ssa Mara Buccolini: senza di loro non avremmo realizzato tale progetto.

BIBLIOGRAFIA

- Brien LA, Legault A & Tremblay N, (2008). [Affective learning in end-of-life care education: the experience of nurse educators and students](#). International Journal of Palliative Nursing, vol.14 (12), pp. 610-614.

- Connell SE, Yates P (2011). *Understanding the optimal learning environment in palliative care*. Nurse Education Today vol. 31(5), pp. 472-6.
- Holloway I, Freshwater D, (2007). *Narrative Research in Nursing*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Sheldon LK, Barrett R, Ellington L, (2006). *Difficult communication in nursing*. Journal of Clinical Scholarship, vol. 38 (2), pp. 141–147.
- Stillman D, Strumpf N, Capezuti E, Tuch H, (2005). *Staff Perceptions concerning barriers and facilitators to end-of-life care in nursing home*. Geriatric Nursing vol. 26 (4), pp. 259–264.



ESPERIENZE

Professionisti e utenza in Pronto soccorso: quali modalità comunicative?

di *Desdemona Lugli*

Infermiera Ausl Modena, Pronto soccorso Ospedale di Carpi

Corrispondenza: d.lugli@ausl.mo.it

Il Pronto soccorso (Ps) opera in situazioni di emergenza-urgenza sanitaria, fornendo vari tipi di prestazioni. Gli utenti vedono nel Ps un servizio perennemente aperto, per lo più gratuito, che risponde ai loro bisogni sanitari in maniera rapida ed efficiente: questo ha portato ad un enorme afflusso di cittadini nei servizi d'emergenza; quest'ultimi nel frattempo non sono stati in grado di individuare una nuova organizzazione, fino al verificarsi del sovraffollamento, con tempi di attesa lunghissimi e difficoltà nel selezionare i casi urgenti da quelli differibili.

In particolare le lunghe attese scatenano nell'assistito o in chi lo accompagna aggressività, con contenziosi e aggressioni. Le violenze sia verbali che fisiche nei confronti degli operatori di emergenza, e non solo, sono in aumento in tutto il mondo. Sono diversi i fattori che influenzano positivamente la *customer satisfaction*: strutture idonee, adeguate al rispetto della privacy dell'utente e al lavoro dell'équipe curante; un ambiente confortevole; operatori competenti non solo dal punto di vista tecnico, ma anche relazionale; organizzazione che miri alla riduzione dei tempi di attesa.

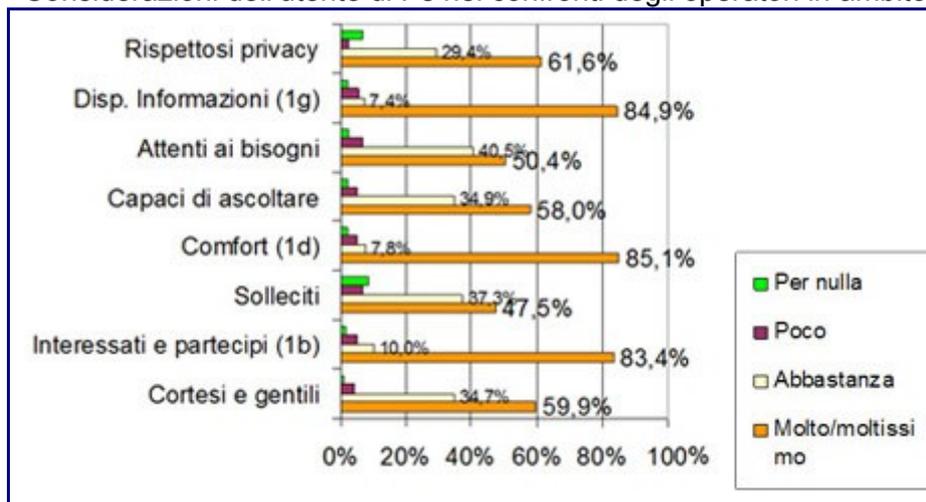
La formazione in campo relazionale-comunicativo degli operatori permette di lavorare sui comportamenti, per essere in grado di far fronte ai problemi che il paziente presenta; produce inoltre effetti immediati e migliora l'immagine del servizio con soddisfazione dell'assistito e dell'équipe sanitaria. La capacità di ridurre lo stato d'ansia dell'utente, di fornire adeguate informazioni, di inibire ogni reazione impulsiva è lo scopo che l'operatore dovrebbe perseguire.

Per promuovere un bilancio sul fenomeno, nel nostro servizio di Ps si è proceduto ad un'indagine sui pazienti e sugli operatori, così da evidenziare possibili difficoltà e formulare strategie risolutive idonee per implementare la qualità relazionale e comunicativa tra i soggetti coinvolti.

Risultati

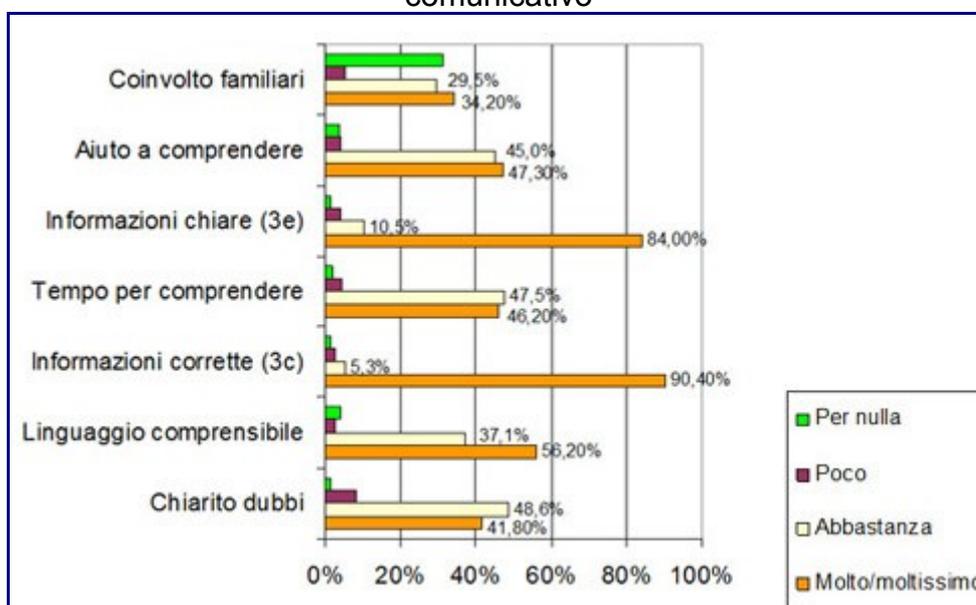
Il 94,6% del campione utenza ha risposto sostenendo che gli operatori sono cortesi e gentili; il 93,4% li ha trovati interessati e partecipi, mentre l'84,8% solleciti nelle risposte. Una importante quota di persone descrive gli operatori disponibili a fornire ulteriori chiarimenti (92,3%) e ad ascoltare (92,9%), oltre all'impegno a garantire la privacy (91%) (Figura 1). L'utenza si ritiene soddisfatta (92,4%) della propria esperienza nel servizio di Ps con tutto il personale (infermieri dell'ambulatorio, infermieri di triage, medico, Oss, personale di ambulanza).

Figura 1 - Considerazioni dell'utente di Ps nei confronti degli operatori in ambito relazionale



Sul versante comunicativo gli operatori sono disponibili nel chiarire dubbi agli assistiti (90,4%), utilizzando un linguaggio comprensibile per il 93,3%. Il 95,7% del team fornisce informazioni corrette ed il 93,7% lascia il tempo necessario per comprendere le informazioni. Quasi tutto il gruppo (94,5%) è chiaro nel fornire informazioni, mentre il 92,3% aiuta nel far comprendere le informazioni all'utenza. Il 63,7% della popolazione intervistata (assistiti) afferma che i familiari sono coinvolti nel percorso assistenziale del paziente, mentre il 36,3% sostiene per nulla/poco coinvolti e che desidererebbe, quindi, un maggior coinvolgimento (Figura 2). L'utenza si ritiene soddisfatta della esperienza presso il Ps, riguardo agli aspetti comunicativi, per il 92,3% dei rispondenti.

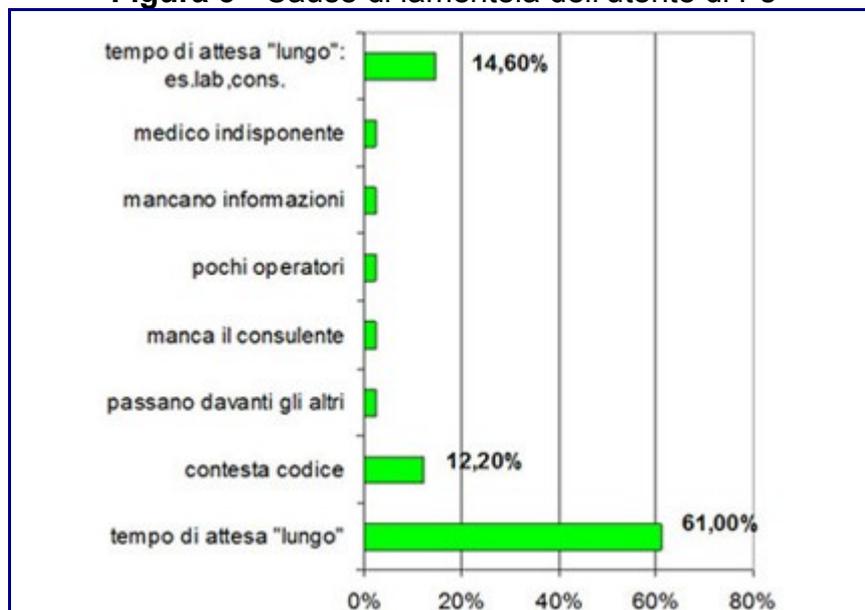
Figura 2 - Considerazioni dell'utente di Ps nei confronti degli operatori in ambito comunicativo



Dai dati raccolti (41 lamenti verbali) emerge che il 61% dei pazienti trova troppo lunghi i tempi di attesa per la visita medica, così come per le risposte agli esami di laboratorio, gli esiti delle consulenze specialistiche e la lettera di dimissione, che l'utente deve ricevere prima di allontanarsi dal Ps. Il 12,2% contesta il codice colore (figura 3); chi si lamenta di più (84,4%) presenta generalmente meno dolore (su di una scala da 0-10, al di sotto di 6).

Il 97,5% delle lamentele avviene al triage e nel corridoio antistante gli ambulatori. Sono stati registrati anche un episodio di colluttazione con il triagista e una minaccia di ritorsione legale da parte dell'assistito (Figura 3).

Figura 3 - Cause di lamentela dell'utente di Ps



Gli operatori, invece, dichiarano maggiori conflitti con utenti e familiari, rispettivamente per il 64,7% e 61,2% in ambito relazionale, con picchi di 1 volta al mese/settimana/giorno. Il 44,0% degli operatori riferisce di avere conflitti con i colleghi, in ambito comunicativo (scambio informazioni, passaggio consegne) (Figure 4 e 5). Solo il 56,6% degli operatori pensa di sentirsi competente sotto l'aspetto relazionale/comunicativo, tenendo presente che il 78,8% negli ultimi due anni non ha frequentato alcun corso di formazione inerente il problema in questione. Il 76,9% del personale dichiara di essere sottoposto ad eccessivi carichi di lavoro, imputandone la causa a problemi organizzativi ed agli assistiti (88,4%). Lamenta una carenza di personale il 56,8%, mentre il 61,2% indica come inadeguati percorsi per i pazienti. Il 56,9% afferma di aver avuto conflitti con utenza/familiari e colleghi/superiori per problemi di organizzazione interni al Servizio. Il 42,3% del personale è per nulla/poco soddisfatto della organizzazione del proprio Servizio.

Figura 4 - Conflitti in ambito relazionale da parte degli operatori di Ps verso utenti/familiari e colleghi/superiori

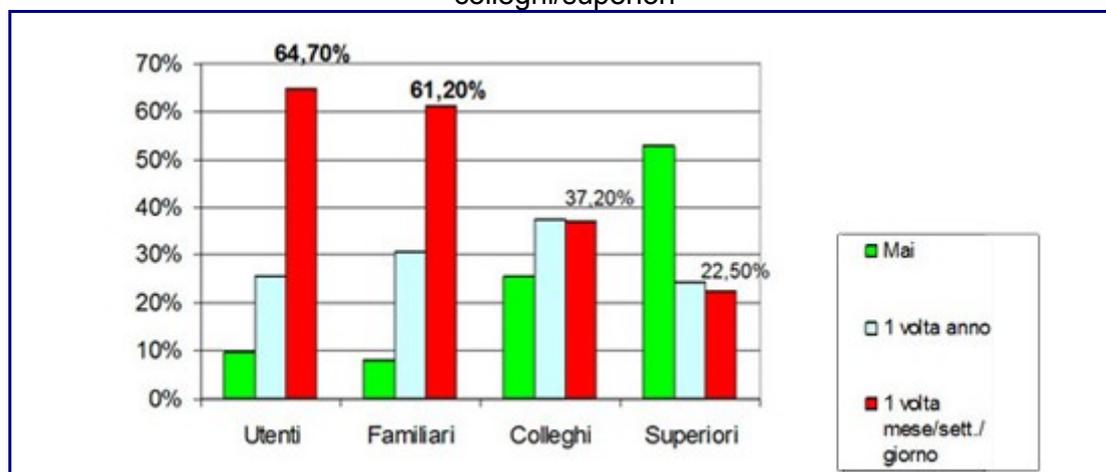
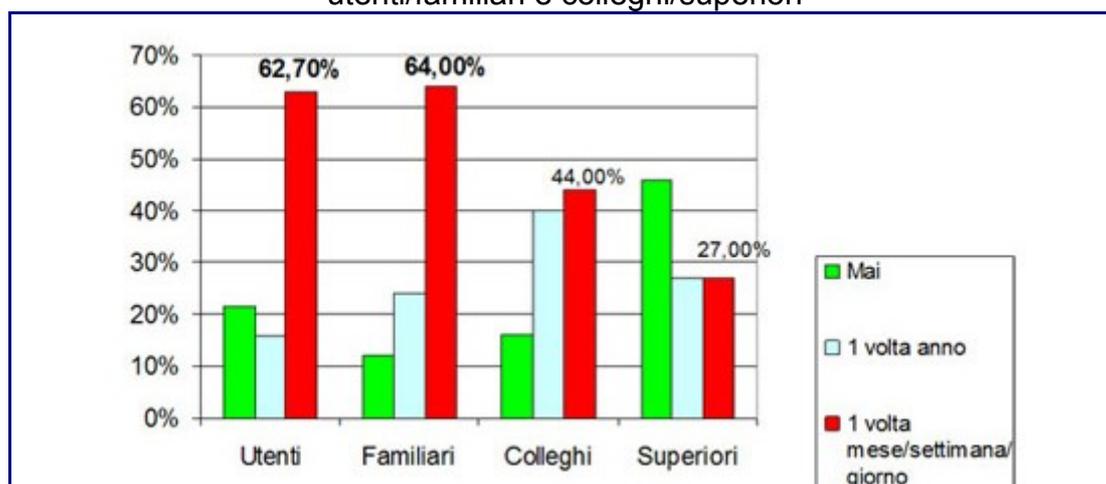


Figura 5 - Conflitti in ambito comunicativo da parte degli operatori di Ps verso utenti/familiari e colleghi/superiori



Discussione

Dall'indagine condotta si rileva che l'utenza non presenta particolari problematiche nei confronti degli operatori dal un punto di vista relazionale: esprime infatti pareri più che favorevoli, anche dal punto di vista comunicativo. L'utenza, però, si lamenta per problemi organizzativi (tempi di attesa lunghi prima della visita medica e prima della dimissione per ottenere i referti medici) confermando in tal modo che le possibili problematiche relazionali/comunicative non sarebbero imputate a comportamenti impropri del personale sanitario, ma ai "lunghi tempi di attesa", con conseguenti ripercussioni nel rapporto con l'operatore. Dello stesso parere non sono gli operatori, che manifestano conflitti nei confronti di utenti/familiari, sia in ambito relazionale che comunicativo, e nei confronti dei colleghi, in ambito per lo più comunicativo (scambio informazioni, passaggio consegne). I problemi organizzativi e strutturali, gli eccessivi carichi di lavoro correlati anche alla casistica possono rendere per nulla/poco soddisfatti gli operatori di Ps (42,3%). L'insoddisfazione prolungata potrebbe sfociare nella problematica del burnout: di conseguenza è stato necessario individuare strategie risolutive, dedotte anche grazie al focus group, condotto con gli operatori allo scopo di migliorare la qualità relazionale-comunicativa in Ps, agendo per lo più nei confronti degli operatori.

BIBLIOGRAFIA

- Atawneh FA, Zahid MA, et al. (2003 Jan 23-Feb12). *Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects*. Br J Nurs. 12(2):102-7.
- Azienda Ulss 21 Regione Veneto (2000). *Progetto: La gestione della relazione per il front line del Pronto soccorso*.
- Bressan MA, Tatoni P et al., Servizio di PS-Acettazione, IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia. (Roma, 22-24 ottobre 2003). *Aspetti relazionali nella formazione degli operatori di Pronto sSoccorso e Medicina d'urgenza*. 3° Congresso Nazionale Simeu (Società italiana medicina d'emergenza urgenza).
- Cracco A (2000). *Progetto: Qualità relazionale e comunicativa tra operatori sanitari e cittadini-clienti nelle strutture ospedaliere dell'Ussl 6 -Vicenza*. Regione Veneto, Azienda Ulss 6 Vicenza.
- Hall MF, Press I (Winter 1996). *Keys to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facility study*. Hosp Health Serv Adm.; 41(4):515-32.
- Passudetti C (2001). *Infermieri e relazione d'aiuto. Un'esperienza formativa ad ispirazione motivazionale*. Sert Castel Franco Veneto Ulss 8.

SCAFFALE

Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in oncologia

di *Piero Pantaleo*

Franco Angeli Editore, 2011
pagine 192, euro 23,00



Il tema di fondo di questo interessante testo proposto da Piero Pantaleo è la centralità della persona malata di cancro, il prendersene cura da parte degli operatori sanitari nonché del sistema sanitario, la personalizzazione dell'assistenza e la globalità delle cure.

All'interno di questa cornice si sviluppa il testo, in cui si prendono in analisi i vissuti raccontati dai malati rispetto al proprio percorso di malattia. Accanto a questo l'autore non dimentica di associare, l'andamento epidemiologico del fenomeno cancro, sia in termini dell'incremento della numerosità di nuove diagnosi che delle probabilità di sopravvivenza, gradualmente aumentate nel tempo. Ne deriva un percorso articolato, in cui la voce del singolo si

incrocia con le questioni più generali.

Ma qui privilegiamo l'attenzione al vissuto dei pazienti, che sanno narrare come una diagnosi di tumore può equivalere ad una sentenza di morte, evocando, anche quando la prognosi possa essere favorevole, "immagini di distruzione, smarrimento (...) un senso di colpa, di pericolo imminente, di devastazione". Non è solo questione del singolo: il cancro di un componente della famiglia interessa inevitabilmente tutto il nucleo, costituendo nel suo complesso un "evento familiare stressante".

A ciò si deve aggiungere il fatto che, sebbene molto si sia fatto per la palliazione, molti dei sintomi dei quadri oncologici ancora oggi incidono notevolmente sulla qualità della vita delle persone; spesso variano e si complicano, questi sintomi, in relazione alla progressione della malattia, ai trattamenti curativi o ad eventuali altre patologie, definendo così sindromi a volte più onerose del quadro clinico di partenza. I malati di tumore si affidano nella quasi totalità alle cure tradizionali, ma in varie fasi del percorso della malattia, che può durare anche anni e che sottopone loro stessi e i loro familiari ad una notevole carica di stress sia fisico che psicologico, ricorrono anche alle cure complementari. Pantaleo specifica chiaramente che le cure complementari non possono essere alternative alle cure tradizionali, ma pone in evidenza che sono parte di quella medicina integrata multidisciplinare che accompagna il malato durante tutto il percorso di cura, descrivendo nel dettaglio quali sono queste diverse cure, offrendo utili informazioni sulla tipologia delle cure complementari. Ecco quindi passare davanti a noi, da una pagina all'altra, la cura del corpo (es. massaggio tradizionale, ayurvedico, riflesso logico plantare), gli interventi di cura per la mente (es. psicoterapia, ipnosi, training autogeno, yoga), le pratiche energetiche (es. tocco terapeutico, tai chi chuan), altri metodi che promuovono il benessere e la salute (es. aromaterapia, floriterapia o idroterapia) o attività artistico-espressive (es. arti terapie, danza, diario personale). Infine un capitolo è dedicato ad

approcci di supporto di tipo trasversale (“oltre la terapia”), come la comunicazione (linguaggio e counselling), l’umorismo o il pensiero positivo, i gruppi di self help e la preghiera.

L’autore sostiene che tali approcci possono essere parte integrante del piano di cura, erogati all’interno del servizio stesso da un terapeuta esterno, da un servizio volontario, da professionisti sanitari che abbiano ricevuto adeguata formazione o da terapeuti complementari liberi professionali, a cui il paziente accede perché suggerito dai curanti. Questo è probabilmente un nodo cruciale: la libertà del paziente, l’informazione adeguata, ma anche con i diritti dell’assistito e ciò che il Ssn è in grado o meno di erogare. Pantaleo non si esime dal riportare dalla letteratura una serie di esperienze e/o studi sull’applicazione e la valutazione di efficacia delle diverse terapie complementari descritte: in questo testo presenta alcuni limiti, in relazione e alla completezza di alcuni riferimenti, e alla scarsa analisi critica sulla qualità metodologica di questi stessi studi. Circa le terapie oncologiche, va sottolineato che la persona e i suoi familiari oggi non si accontentano più delle parole del curante, ma allargano spesso le proprie conoscenze attraverso i media, la stampa, la TV, Internet o la rete amicale, con il rischio però di informazioni incomplete o errate che li possono confondere e allontanare dagli obiettivi della cura. È importante quindi che i malati, i loro familiari ma anche gli operatori sanitari abbiano una conoscenza di tali cure in modo da chiarirne l’efficacia e di conseguenza darsi anche aspettative realistiche.

Peraltro molte delle terapie complementari descritte sono state anche identificate dalla Federazione IPASVI in un documento del 2002, peraltro citato più volte nel testo, “come una serie di interventi, che si avvalgono di saperi ed abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico, che possono essere proposti in autonomia dall’infermiere in regime libero-professionale e/o di dipendenza, come parte integrante del piano di cura” [\[1\]](#).

L’autore sottolinea, non in ultimo, che gli infermieri hanno un ruolo chiave nell’adottare interventi precoci volti a identificare, valutare e gestire i diversi sintomi oncologici, che tanto possono incidere sulla qualità di vita dei pazienti. Tuttavia, l’approccio multidisciplinare globale rappresenta probabilmente la risposta più adeguata per soddisfare le diverse necessità dei pazienti: non solo interventi strettamente medici e/o chirurgici, volti a “curare una malattia o un organo”, ma interventi volti a “prendersi cura della persona”, a cominciare dal coinvolgimento dei familiari o caregiver, anche solo cominciando dalla semplice presenza, intesa come “la disponibilità a condividere con lui l’esperienza della malattia e le tensioni”.

A cura della Redazione

[\[1\]](#) Autori Vari. Linee Guida per un percorso di alta formazione infermieristica e cure complementari. IPASVI 2002

SCAFFALE

Vecchi da morire. Anziani in casa di riposo

di **Silvina Petterino**

*Stampa Alternativa, Viterbo
pagine 232 , euro 13,00*



Silvina Petterino nel suo libro affronta una tematica importante, l'essere anziano in casa di riposo e lo fa in un modo per certi versi singolare. Racconta un viaggio che non sembra pensato e pianificato prima ma semplicemente raccontato dopo, con gli inconvenienti e le sorprese di un percorso non programmato. L'escursione dentro questo tema tutt'altro che facile inizia con una descrizione della casa di riposo che permette a chi legge di vederla come se guardasse una fotografia e continua attraverso la narrazione del vissuto e dell'esperienza dell'autrice accompagnata dal ritratto di scorci di vita di alcune delle persone che ha incontrato e assistito.

A fare da filo conduttore di questo viaggio sono le cose della vita quotidiana: il momento del pasto, la cura personale, l'amicizia, le relazioni, i desideri, lo svago, le feste, le difficoltà, i ricordi, le medicine da prendere, gli orari da rispettare, le cose da fare. A caratterizzarlo, invece, è la loro contestualizzazione all'interno della casa di riposo.

Nel libro, l'autrice fa ricorso a un doppio sguardo, quello degli operatori e quello dei familiari e descrive senza edulcorazioni una realtà imperfetta al di là dalla buona intenzione dei protagonisti.

Emergono, infatti, quasi palpabili le difficoltà a conciliare quotidianamente il suo pensiero, il suo modo di essere professionista, il suo vissuto personale, con i vincoli e le caratteristiche dell'organizzazione, il sentire comune di molti operatori, i bisogni delle persone anziane, le risposte attese dai loro familiari.

Silvina Petterino è molto diretta nelle sue considerazioni, usa un linguaggio molto schietto, senza sfumature finalizzate ad attenuare ciò che intende dire. Lo fa però senza la presunzione di chi si ritiene più giusto e più bravo degli altri. Non vuole, e lo dichiara nella premessa e si coglie nel testo, essere in alcun modo giudicante, le preme soltanto raccontare di come, secondo la sua esperienza, ci si occupa delle persone anziane nelle strutture. Il suo intento è di riflettere su questioni rispetto alle quali ritiene si possano modificare alcuni comportamenti per renderli più centrati sulla persona assistita nel rispetto della sua individualità, indipendentemente dai vincoli posti dalla struttura e dall'organizzazione. Il libro va letto anche, e forse soprattutto, tra le righe per cogliere tutti gli spunti di riflessione che offre e che sono davvero molti. Perderne anche solo uno equivarrebbe a sprecare un'opportunità di rielaborazione della propria esperienza anche se realizzata in un ambito diverso da quello preso in considerazione dall'autrice.

Per fare questo però il lettore deve compiere uno sforzo: non reagire "di pancia" al primo impatto con la realtà delle parole usate dall'autrice facendosi prendere dalla tentazione di interrompere la lettura, ma andare oltre e avanti fino alla fine del libro.

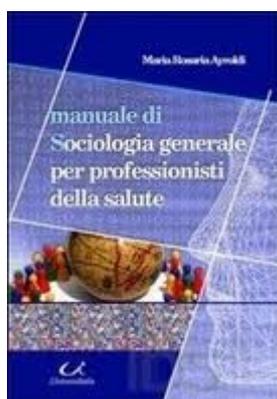
Marina Vanzetta

SCAFFALE

Manuale di sociologia generale per professionisti della salute

di **Maria Rosaria Ayroldi**

Editore *Universitalia*, 2010
pagine 256, euro 22,00



Scrivere di sociologia generale per la professione infermieristica può essere impegnativo perché le aree da trattare sono varie, tutte impegnative ed i collegamenti con la disciplina infermieristica complessi e a volte suggestivi.

Il manuale di Maria Rosaria Ayroldi, composto di una parte generale, capitoli 1 e 2, in cui tratta della nascita e dell'evoluzione del pensiero sociologico, analizza poi il fenomeno della formazione dell'identità e della socializzazione, trattando temi quali la resilienza, capacità con la quale la professione infermieristica si confronta molto spesso quando affronta la relazione di aiuto, e le strategie di "coping" da adottare nelle organizzazioni o da sostenere nei pazienti con gravi patologie.

Il successivi capitoli 4 e 5 trattano dei presupposti teorici e metodologici dell'analisi sociologica con un riferimento puntuale alla ricerca sociologica e ai suoi strumenti riferiti anche al contesto sanitario.

Il manuale offre infine ai lettori la prospettiva di analisi sociologica del tema salute attraverso la lettura di alcuni documenti dell'OMS selezionati dall'autrice e l'applicazione di alcuni modelli di intervento sociale a problematiche dell'organizzazione sanitaria, quali il conflitto organizzativo, affrontando in ultima istanza il tema di educare alla salute come scelta di politica strategica.

Loredana Gamberoni

Coordinatore della laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche dell'Università di Ferrara

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

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, 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