# L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

**ONLINE** 

Anno LV

SSN 2038-0712



MAGGIO - GIUGNO 2011



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

#### INDICE

#### EDITORIALE

Ti aspettiamo al XVI Congresso nazionale! di Annalisa Silvestro

#### FOCUS

Infermieri essenziali nella salvaguardia del paziente di Barbara Mangiacavalli e Stefania Gastaldi

Infermiere e paziente, un rapporto da "curare" di Michele Musso

Il Fascicolo sanitario elettronico di Angelo Lino Del Favero

#### SCIENZE INFERMIERISTICHE

La pratica assistenziale nei pazienti oncologici terminali: studio osservazionale retrospettivo in una unità di Medicina Interna

di Gabriella Bordin, Alice Baldissera, Monica Borsato, Cinzia Bernardi, Elisabetta Cavallin, Luigi Lusiani. Lorena Sandonà

Indagine osservazionale sulle funzioni afferenti al ruolo del personale infermieristico di Monica Casati, Anna Maria Lidani, Cinzia Capelli, Giancarlo Galbiati, Monica Piantoni, Simonetta Cesa

#### CONTRIBUTI

Organici degli infermieri e mortalità ospedaliera di Carlo Orlandi

#### ESPERIENZE

Prendersi cura di chi assiste: accertamento della 'fatigue' nel caregiver della persona con sclerosi multipla

di Viola Schioser, Mary Biasutto, Franca Bilora

Espertizzazione dell'Operatore socio sanitario (Oss) di Blocco operatorio: un'esperienza operativa

di Tatiana Bertini

#### Nursing e riabilitazione nello stomacare

di Carlo Talucci, Armando Mottola, Caterina Galletti, Maria Luisa Rega

Il dolore nell'anziano con demenza grave: la scheda Noppain a confronto con la valutazione tradizionale

di Mario Florio, Franca Bilora

#### Norme e Codici

L'esercizio abusivo di professione infermieristica. La visione poco professionale della Cassazione penale. Un caso

di Antonino Zagari , Chiara Caccavale

#### Scaffale

Procedure infermieristiche in Pediatria

di Pierluigi Badon - Alessandra Zampieron

L'infermiere case manager - dalla teoria alla prassi

di Paolo Chiari, Antonella Santullo

Manuale di Pubblicazione dell'American Psychological Association

ed. italiana a cura di E. Vellone e R. Alvaro



#### **EDITORIALE**

### Ti aspettiamo al XVI Congresso nazionale!

di Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi

Questo numero online della nostra rivista *L'Infermiere* precede l'invio della rivista in formato cartaceo, che giungerà nelle vostre case in settembre.

Abbiamo voluto, in questo modo, accogliere la richiesta che ci è pervenuta da tanti colleghi quando stavamo preparando la grande trasformazione di tutto il nostro sistema comunicativo: nuovo "Portale", ridefinizione della "news letter" e quanto d'altro caratterizza in maniera specifica il nostro comunicare e parlarci.

Ci dicevano quei colleghi: va bene l'online, vanno bene le innovazioni mass mediatiche da cui non possiamo estraniarci, ma è bello ricevere ogni tanto a casa una rivista da toccare e davvero sfogliare e in cui c'è scritto a grandi caratteri "Infermiere" ....

Ed ecco, dunque, la scelta di "mantenere" un *Infermiere* anche in cartaceo e che proprio in quanto tale avrà un mandato particolare in questo autunno: annunciare a tutti gli infermieri sede, date, titolo e obiettivi del XVI Congresso della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi.

La sede: Bologna – Palazzo dei Congressi

Le date: 22 – 24 marzo 2012

Il titolo *Infermieri*. La forza di una nuova cultura per il sistema salute.

Il titolo vuole mandare un messaggio importante e significativo al variegato mondo sanitario e all'intera collettività nazionale.

Se la *cultura* "... è quanto concorre alla formazione dell'individuo sul piano intellettuale e morale e all'acquisizione della consapevolezza del ruolo che gli compete nella società.....", allora noi Infermieri vogliamo mettere a disposizione quello che abbiamo pensato, studiato, approfondito progettato, sperimentato ed esperito nell'assistenza, nell'organizzazione, nella didattica/ricerca e nelle complesse e reticolate relazioni che quotidianamente intessiamo.

Nel corso di questi anni ci siamo confrontati con molteplici interlocutori; abbiamo assunto nuove e più ampie responsabilità e abbiamo costantemente dimostrato competenza, capacità e solidità professionale.

Abbiamo cioè acquisito una maggiore consapevolezza del ruolo che abbiamo ridelineato e che oggi ci compete per un'evoluzione equilibrata, eticamente responsabile e sostenibile del "sistema salute" del Paese.

Ruolo disegnato su una cultura che può essere forza innovativa per definire e garantire nuove modalità di risposta ai bisogni di salute della popolazione e per delineare e costruire una risposta sanitaria altamente efficace in cui sia sempre più trasparente ed integrato l'apporto di chi diagnostica e cura le patologie e di chi rileva bisogni e cura ed assiste la

#### persona.

Nuovo ruolo e nuova cultura sono le parole chiave per un'altra fase storica del cammino degli infermieri italiani in cui sia riconoscibile la propria specificità culturale, il proprio valore professionale e la volontà di un impegno ampio e responsabile.

Gli obiettivi del XVI Congresso della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi:

- presentare e diffondere i progetti, le esperienze e le sperimentazioni di eccellenza;
- dibattere su come e quanto impatta la cultura, la competenza e la responsabilità degli infermieri nella quotidianità assistenziale, nelle relazioni inter professionali e per lo sviluppo del sistema sanitario;
- effettuare un dibattito serrato nell'analisi, costruttivo nel confronto, consapevole della forza della nuova cultura degli infermieri quali professionisti fiduciosi della capacità di innovazione e del Paese.

Ti aspettiamo!



**FOCUS** 

# Infermieri essenziali nella salvaguardia del paziente

di Barbara Mangiacavalli e Stefania Gastaldi

Anche se purtroppo alcuni colleghi saranno chiamati a risponderne in sede legale, non possiamo che rilevare che la recente sentenza della Cassazione penale n. 24573/2011 costituisce un elemento importante nel percorso di riconoscimento professionale anche da parte della Magistratura, che ha considerato troppo spesso nei suoi pronunciamenti l'infermiere come figura "ausiliaria" e subalterna al medico senza alcuna autonomia professionale.

Il fatto portato all'attenzione della Suprema Corte deriva dalla sentenza emessa dal Tribunale di Trani di non luogo a procedere nei confronti del personale medico e infermieristico dell'ospedale civile di Canosa di Puglia per il decesso di un paziente nel decorso post operatorio per emorragia celebrale ricoverato a seguito di incidente stradale.

Si legge nella sentenza che la moglie e gli amici del paziente avevano più volte chiesto invano al personale infermieristico l'intervento di un medico esponendo una specifica sintomatologia ("stimolo al vomito, intensa sudorazione e sanguinamento").

Il Gip del Tribunale di Trani, sulla base di anche di consulenza tecnica relativamente all'attività medica, all'esito dell'udienza preliminare dichiarava il non luogo a procedere nei confronti degli imputati (medici e infermieri ) con la formula "perché il fatto non sussiste".

Si ricorda che ai sensi dell'art. 530 c.p.p. l'impegno della formula di assoluzione perché il fatto non sussiste indica che al giudice non risulta provato nessuno degli elementi della fattispecie criminosa contestata, perché manca uno qualsiasi degli elementi oggettivi del reato.

In particolare, per quanto di nostro interesse, il Gup dichiarava che relativamente agli infermieri (ahimè ancora identificati con il termine personale paramedico!) questi non avevano "l'obbligo di avvertire il medico di reparto di qualsiasi lamentela di parenti del paziente" né "di valutare e percepire le sintomatologie dei pazienti".

Infatti sempre secondo il Gup "le funzioni di ausiliari del personale medico imputabili agli infermieri escludono che questi abbiano autonomia valutativa in ordine alla verifica della compatibilità del quadro clinico del paziente con l'intervento e le cure dei medici. Insomma, gli infermieri non rivestono la posizione di garanzia come prospettata nel capo di imputazione ".

Cogliamo l'occasione per ribadire, invece, la nostra vicinanza alla famiglia del paziente a cui è stata negata di fatto la risposta ad una richiesta di assistenza.

Anche la Cassazione non ha condiviso e ha annullato la sentenza con rinvio al Tribunale di Trani in quanto ha rilevato la manifesta illogicità, oltre che l'eccessiva semplificazione motivazionale, della sentenza.

Sulla questione del comportamento del personale infermieristico ha espressamente e chiaramente dichiarato che "del tutto improponibile giuridicamente, poi, è l'assunto del giudicante teso ad escludere la sussistenza di una posizione di garanzia degli infermieri, che, oltre ad essere affermazione apodittica, fraintende completamente i principi applicabili nella subiecta materia.

È vero proprio il contrario, e cioè che, rientra nel proprium (non solo del sanitario, ma anche) dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico.

Il ragionamento del giudicante, a tacer d'altro, finisce con il mortificare le competenze professionali di tale soggetto, che, invece, svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico.

È evidente ancora l'equivoco del giudicante quando si sofferma sull'"autonomia valutativa" dell'infermiere, rispetto al sanitario, che dimostra, a fortiori, l'errore concettuale di giudizio: non è infatti in discussione (né lo potrebbe essere) una comparazione tra gli spazi valutativi e decisionali dell'infermiere rispetto al medico, ma solo l'obbligo per l'infermiere, anche solo in caso di dubbio ragionevole (qui, fondabile non foss'altro che per le reiterate indicazioni dei parenti), di chiamare l'intervento del medico di turno, cui poi compete la decisione ultima".

Viene quindi chiaramente declinata la valenza e l'autonomia delle posizioni delle due figure professionali sanitarie (medico e infermiere) ognuna con un proprio profilo di competenza e conseguente responsabilità che comunque devono lavorare in sinergia e con pari dignità per raggiungere lo scopo finale che si prefigge un sistema sanitario efficiente ovvero la tutela della salute del paziente.

Dal punto di vista squisitamente disciplinare/professionale sono poi di tutta evidenza alcune ulteriori considerazioni.

In primis, emerge come l'attività infermieristica si configura sempre più come un'attività complessa che si integra con titolarità sostanziale all'interno delle equipe sanitarie: il contributo allora, non è individuabile solo nell'attività peculiare e disciplinare che è il processo di assistenza infermieristica ma si evidenzia anche all'interno del percorso diagnostico/terapeutico/assistenziale del paziente con necessità di integrazione all'interno delle équipe (artt. 14 e 22 Codice deontologico 2009).

Altro elemento di riflessione attiene alle competenze professionali ascrivibili alla cosiddetta "diligenza media" prevista dalla norma: l'evoluzione del quadro clinico post operatorio, così ben documentato negli atti processuali, messo in relazione con la storia clinica del paziente e con gli elementi desumibili dalla documentazione della presa in carico del paziente avrebbe dovuto indurre gli infermieri a valutazioni assistenziali più appropriate; in questo senso, il profilo di competenza di un infermiere "generalista" prevede che l'infermiere sia in grado di riconoscere segni e sintomi di evoluzione non fisiologica di un post operatorio traumatologico. A tale "prescrizione" professionale si aggiunge anche la "prescrizione" deontologica, contenuta negli artt. 11 e 13 del Codice deontologico 2009, di fondare il proprio operato su conoscenze validate, di ricorrere alla consulenza di colleghi esperti in caso di difficoltà ad inquadrare la situazione assistenziale del paziente e di assumersi la responsabilità di mantenere e strutturare le proprie competenze al fine di garantire la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza infermieristica.



**FOCUS** 

## Infermiere e paziente, un rapporto da "curare"

di Michele Musso

Sono segnali. Sarebbe un errore ignorarli o sottovalutarli. Così come, probabilmente, considerarli del tutto scollegati tra loro.

Un primo segnale è arrivato lo scorso dicembre, quando Cittadinanzattiva presentò il suo annuale *Rapporto Pit Salute*. Tra i numerosi dati di quel documento, quello sull'umanizzazione dei rapporti tra gli operatori sanitari e i cittadini si rivelò piuttosto preoccupante. Nei 14 anni di Pit Salute, sottolineava il documento, il tema dell'umanizzazione delle cure ha registrato un trend sostanzialmente stabile, attestandosi all'8% delle segnalazioni dei cittadini, con una crescita molto modesta dal 2006, pari al +1% (9% nel 2009). In pratica, nessun miglioramento davvero significativo.

«La mancata umanizzazione – spiega il Rapporto – è scambiare il nome di un paziente con un numero di un letto, è passare velocemente vicino al dolore di una persona e non accorgersi che sta soffrendo, è dire la parola sbagliata nel momento sbagliato, è soprattutto non fare quel gesto di attenzione che andrebbe fatto».

Tra gli aspetti negativi considerati nel documento, il più segnalato è stato l'incuria (49% nel 2009, +5% circa rispetto al 2008 e alla media dei 14 anni), intesa come mancanza di attenzione e "cura" verso le persone assistite, non lavate o cambiate in modo inadeguato, non aiutate ad alzarsi dal letto o a muoversi per evitare lesioni da pressione. Altrettanto numerose sono state le segnalazioni di comportamenti inadeguati del personale, come poca pazienza e frasi poco garbate (40,6% nel 2009, +1,1% rispetto al 2008 e +2,4% rispetto alla media 1996-2009). Anche in questa edizione del Rapporto come in quelle passate, questi comportamenti negativi sono largamente appannaggio dei medici e solo ben distanziati risultano gli infermieri. Ma – ecco il segnale che ci interessa e preoccupa – mentre la tendenza per i primi è in diminuzione, per gli infermieri appare in aumento.

Il secondo segnale è più recente. A giugno 2011 il Censis ha organizzato *Un mese di sociale* (giunto alla ventitreesima edizione), nell'ambito del quale si è svolto un incontro sul tema *Fenomenologia di una crisi antropologica*. La crescente sregolazione delle pulsioni. Ebbene, sostiene l'Istituto presieduto da Giuseppe De Rita, «siamo una società in cui sono sempre più deboli i riferimenti valoriali e gli ideali comuni, in cui è più fragile la consistenza dei legami e delle relazioni sociali. In questa indeterminatezza diffusa crescono comportamenti spiegabili come l'effetto di una pervasiva sregolazione delle pulsioni, risultato della perdita di molti dei riferimenti normativi che fanno da guida ai comportamenti. È il depotenziamento della legge, del padre, del dettato religioso, della coscienza, della stessa autoregolamentazione».

Considerazioni sostenute dai numeri di un'indagine appena realizzata dallo stesso Censis: per esempio, l'85,5% degli italiani ritiene di essere l'unico arbitro dei propri comportamenti; il 48,6%, (che sale al 61,3% tra chi vive nelle grandi città) crede che, quando è necessario, bisogna difendersi da sé anche con le cattive maniere; il 46,4% pensa che per raggiungere i propri fini bisogna accettare i compromessi. Quella che il Censis definisce

«caduta dei filtri sociali» è testimoniata anche dall'aumento delle forme di violenza in cui è forte la componente «pulsionale» della perdita di controllo e dell'aggressività: tra il 2004 e il 2009 le minacce e le ingiurie sono aumentate del 35,3%, le lesioni e le percosse del 26,5%, i reati sessuali sono passati da 4.454 a 5.625 (+26,3%).

Si può aggiungere che, se in generale diminuisce il consumo di sostanze stupefacenti (tra il 2008 e il 2009 i consumatori sono calati del 25,7%, passando da 3,9 milioni a 2,9 milioni circa), aumentano invece le persone prese in carico nei Sert per dipendenza da cocaina (+2,5%). E sono in crescita anche i giovani consumatori a rischio di bevande alcoliche, passati dal 14,9% del 2009 al 16,6% del 2010 nella fascia di 18-24 anni. E poi un altro significativo segnale di disagio: le dosi giornaliere di antidepressivi consumate nel nostro Paese sono più che raddoppiate dal 2001 al 2009, passando da 16,2 a 34,7 per 1.000 persone (+114,2%).

Insomma, sembrerebbe proprio che, complessivamente, gli italiani stiano diventando sempre più aggressivi, meno disponibili verso il prossimo, più inclini ad autoassolversi per comportamenti "sconvenienti".

A questo punto si inserisce un terzo elemento, probabilmente decisivo nel contributo al deprecabile segnale di deterioramento del rapporto tra paziente e infermiere. Se è vero infatti che di "emergenza infermieristica" non è più il caso di parlare, è altrettanto vero che il problema della carenza non è risolto. Come ben sappiamo, sono ancora diffuse le situazioni nelle quali organici ridotti al minimo determinano, a loro volta, sovraccarichi di lavoro e disservizi. E non è difficile intuire che simili situazioni possano determinare "attriti" non solo tra gli operatori sanitari ma anche tra e con i pazienti. Poiché però, molto spesso queste situazioni sono determinate dalla scelta di conservare modelli organizzativi ormai obsoleti, invece che puntare su soluzioni che valorizzino il ruolo degli infermieri nel sistema, almeno un suggerimento lo si può dare: che sia riconosciuta la centralità delle competenze infermieristiche nel rispondere ai bisogni del cittadino sia sul territorio, sia in ospedale e ovunque è richiesta la presenza dell'infermiere. Perché non c'è dubbio che condizioni di lavoro meno gravose e più gratificanti potrebbero ridurre l'insoddisfazione (e anche l'aggressività) sia degli operatori sia dei pazienti.

Con un altrettanto indubitabile recupero di quell'umanizzazione dei rapporti tra paziente e infermiere che altrimenti rischia di entrare in crisi.



**FOCUS** 

### Il Fascicolo sanitario elettronico

di Angelo Lino Del Favero

Presidente di Federsanità-Anci

L'Intesa Stato-Regioni del febbraio scorso, che ha approvato le *Linee guida* nazionali, ha registrato un passo importante verso l'adozione su tutto il territorio nazionale del **Fascicolo sanitario elettronico** (Fse), come auspicato dal Governo.

Oggi, l'accesso online del fascicolo sanitario elettronico è in fase sperimentale e l'accesso ai dati è riservato per lo più al personale ospedaliero. Solo il 43% delle Regioni dichiara di gestire almeno una parte delle proprie informazioni sanitarie col fascicolo elettronico e solo in sette (Lombardia, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Calabria, Sicilia, Sardegna) viene utilizzato in oltre il 75% delle strutture sanitarie. Ma il Governo si è prefissato l'obiettivo di estendere, entro il 2012, il fascicolo elettronico a tutte le Asl e a tutti gli ospedali d'Italia: tutto nel pieno rispetto della privacy di ciascun paziente; il fascicolo elettronico, infatti, potrà essere consultato dal paziente o dal personale sanitario strettamente autorizzato solo per finalità sanitarie. I cittadini/pazienti forse non percepiranno immediatamente i vantaggi e la comodità portati dal fascicolo sanitario elettronico, ma presto il suo utilizzo nel settore ospedaliero potrà far felici molti di coloro che con la sanità, purtroppo, hanno molto a che fare.

Prima di approfondire i vantaggi dell'adozione del Fse, va evidenziato come, nel contesto attuale, le strutture che erogano o gestiscono servizi sanitari siano sottoposte a una crescente molteplicità di sfide legate ad aspetti critici che si manifestano in ambito finanziario, legale e tecnico. Queste sfide sono perlopiù attinenti alle crescenti aspettative degli assistiti i quali, nel settore sanitario, sono diventati sempre più esigenti e richiedono servizi accessibili e di qualità; le sfide inoltre vanno affrontate con una sostanziale stabilizzazione delle risorse finanziarie utilizzabili se non con risorse ridotte da tagli di budget.

Essendo il sistema sanitario nazionale un servizio pubblico e avendo esso una gestione basata sul sistema di budget, la stabilizzazione o i tagli delle risorse finanziarie possono incidere sulla qualità dei servizi di base offerti e offribili.

Per rispondere adeguatamente alla domanda di salute e garantire pratiche di qualità da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo sanitario, molte Aziende sanitarie hanno adottato tecnologie in grado di integrare la gestione degli assistiti, le operazioni amministrative e i processi clinici operando una riorganizzazione basata su processi collaborativi tra gli attori della rete sanitaria e ottenendo buoni risultati in termini sia di appropriatezza che di riduzione dei costi.

È su questa necessità e sulla base delle esperienze maturate che si concretizza l'adozione del Fse che consentirà ai medici ed infermieri del Ssn di reperire in modo rapido e ordinato le informazioni riguardanti la storia clinica dell'assistito e di utilizzarle al meglio, ottimizzando risultati e risorse utilizzate. Saranno quindi tanti i **vantaggi** offerti dal Fse:

leggere i risultati delle analisi dei pazienti dal computer, così come tenere a portata di click tutta la documentazione sanitaria dei pazienti, permettere una facile comunicazione tra medici di famiglia, specialisti e ospedalieri via web e, speriamo, ridurre le liste d'attesa e le file interminabili agli sportelli.

Sarà importante che gli infermieri, che sono tra coloro maggiormente in contatto con gli utenti, siano in grado di apportare al Fse il contributo proprio della professionalità ed è auspicabile che la cartella infermieristica, strumento di lavoro che permette all'infermiere di operare avendo a disposizione in un'unica documentazione tutte le informazioni riguardanti la persona che ha preso in carico, sia integrata al Fse, garantendo lo svolgimento delle funzioni infermieristiche in modo tempestivo, appropriato e maggiormente sicuro.

Vale infine la pena di sottolineare che dal punto di vista legislativo non sussiste più l'obbligo della rilevazione cartacea e pertanto la documentazione elettronica sostitutiva può essere un mezzo per migliorare i processi burocratico amministrativi interni con l'opportunità di valorizzare le risorse umane disponibili e in particolare il personale infermieristico che è quello maggiormente coinvolto nell'utilizzo e nella gestione di tutti i dati.

# La pratica assistenziale nei pazienti oncologici terminali: studio osservazionale retrospettivo in una unità di Medicina Interna

Gabriella Bordin¹, Alice Baldissera², Monica Borsato², Cinzia Bernardi², Elisabetta Cavallin², Luigi Lusiani³, Lorena Sandonà⁴

<sup>1</sup>Infermiere, Coordinatore Medicina Interna; <sup>2</sup>Infermieri, Medicina Interna <sup>3</sup>Medico, Direttore Medicina Interna; <sup>4</sup>Medico, Dirigente Direzione Medica Azienda ULSS 8 Asolo, Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto, Treviso

Corrispondenza: gabriella.bordin@ulssasolo.ven.it

#### **RIASSUNTO**

Introduzione Pur nella crescente offerta di alternative, quali la rete delle cure palliative territoriali e gli hospice, la maggior parte dei pazienti oncologici muore in reparti ospedalieri che non sono specificamente strutturati per offrire loro cure ottimali. Con lo scopo di individuare i possibili ambiti di miglioramento dell'assistenza al morente, abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo volto a descrivere la pratica assistenziale nei malati oncologici terminali in una unità di Medicina Interna.

**Materiali e metodi** Sono state analizzate le cartelle cliniche di 82 pazienti oncologici deceduti nel biennio 2007-2008 nel reparto di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto (Treviso), raccogliendo i dati relativi alle ultime 48 ore di vita.

**Risultati** L'esame di questi dati rivela che in molti casi i segni/sintomi tipici della terminalità (come dolore, dispnea, agitazione) non erano adeguatamente controllati. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a qualche tipo di terapia e/o a procedure invasive, mentre solo l'8,5% è stato valutato da uno specialista in terapia antalgica. Per tutti i pazienti sono stati inoltre applicati protocolli standard di mobilizzazione, gestione delle lesioni da decubito e igiene. Gli aspetti comunicativi si esaurivano con l'informazione data ai familiari circa la gravità della situazione clinica e l'imminenza del decesso, documentata nel 43,9% dei casi.

Conclusioni I risultati ottenuti, conformi a quelli della letteratura, ribadiscono la scarsa appropriatezza delle cure spesso erogate al paziente oncologico morente nei reparti di Medicina Interna, e la necessità di attuare percorsi assistenziali maggiormente orientati ai reali bisogni dell'ultima fase di vita.

Parole chiave: morire in ospedale, cure di fine vita

## End-of-life care of hospitalized cancer patients: a retrospective observational study in an Internal Medicine unit **ABSTRACT**

**Introduction** Despite the increasing availability of alternatives, such as the regional network of palliative care and hospices, the majority of cancer patients die in hospital settings not specifically structured to provide them with optimal care. In order to improve care for the dying patient, we conducted a retrospective observational study to describe the practice of care for terminal cancer patients in an Internal Medicine ward.

**Material and methods** We analyzed the clinical records of 82 cancer patients who died in the Internal Medicine Unit of the Presidio Ospedaliero of Castelfranco Veneto (Treviso) in the years 2007-2008, collecting data regarding the last 48 hours of their life.

**Results** These data show that in many cases the signs/symptoms of terminality (including pain, dyspnea, agitation) were not adequately controlled. All patients underwent some type of therapy and/or invasive procedures, while only 8.5% was assessed by a pain therapist. All patients were also treated following standard protocols for mobilization, pressure relief and hygiene. According to the medical records information (regarding only the severity of the clinical situation and the imminent death) were provided to patients' families in 43.9% of cases.

**Conclusions** Our results, which are in line with those reported in the literature, confirm the lack of appropriateness of the care often provided to cancer patients dying in Internal Medicine wards, and emphasize the pressing need for care pathways more focused on the real needs of these patients in the terminal phase of their life.

Key words: dying in hospital, end-of-life care

#### **INTRODUZIONE**

cure palliative territoriali, un consistente numero di pazienti oncologici continua a morire in ospedale (Beccaro et al., 2006). In Italia la percentuale stimata è del 34.6% su scala nazionale, ma sale al 60,2% nelle regioni nordorientali (Beccaro et al., 2007) e al 78,6% in Veneto (Regione Veneto, Coordinamento regionale per le cure palliative e per la lotta al dolore, 2006). Paradossalmente, la letteratura scientifica e l'esperienza pratica ci dicono che i malati terminali prediligono condurre le fasi finali della loro vita presso il proprio domicilio, circondati dagli affetti familiari (Beccaro et al., 2007), e che le cure ricevute in ospedale non sempre si dimostrano appropriate. In molti casi l'assistenza fornita comporta infatti la prosecuzione di trattamenti invasivi che risultano disagevoli per i malati e che producono scarsi benefici (Toscani et al., 2005). Inoltre i sintomi tipici della terminalità quali dolore, agitazione, dispnea, incontinenza o stipsi - che maggiormente contribuiscono alla sofferenza percepita da pazienti e familiari, ricevono spesso un'attenzione insufficiente. A ciò si aggiunge l'incapacità e l'istintiva resistenza ad affrontare esplicitamente il tema della morte, che impediscono una

Nella maggior parte dei paesi con sistemi sanitari

avanzati, nonostante lo sviluppo di hospice e reti di

Queste problematiche reclamano lo sviluppo di modelli di cura e assistenza alternativi, che stentano però ad affermarsi nell'ambito ospedaliero (Bailey et al., 2005; Ellershaw, Ward, 2003). Con il presente studio abbiamo voluto percorrere una ricognizione sulle caratteristiche delle cure erogate ai pazienti oncologici terminali ricoverati in una unità operativa di Medicina Interna, come sforzo propedeutico al miglioramento della pratica clinica e all'ideazione di un percorso assistenziale specifico per il paziente morente.

corretta comunicazione tra i vari soggetti in campo (Beccaro et al., 2006) e contribuiscono a togliere

#### **MATERIALI E METODI**

qualità alle cure terminali.

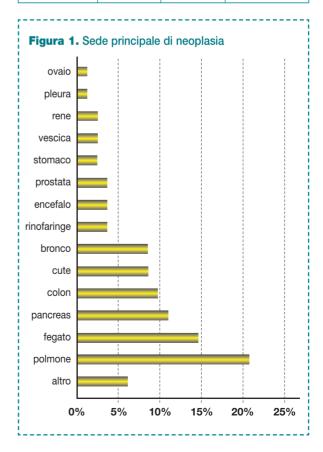
Questo studio osservazionale è stato condotto attraverso un'analisi retrospettiva della documentazione clinica relativa alle ultime 48 ore di vita di 82 pazienti con diagnosi principale di neoplasia, deceduti nel biennio 2007-2008 presso il reparto di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto. Sono state analizzate le seguenti variabili: dati anagrafici, diagnosi, durata del ricovero, segni/sintomi presenti, pratiche terapeutiche attuate, procedure diagnostiche richieste, impiego di dispositivi medici, pratiche assistenziali relative all'igiene e alla mobilizzazione, aspetti legati alla comunicazione con pazienti e familiari.

#### **RISULTATI**

Gli 82 pazienti con diagnosi principale di neoplasia, oggetto di questo studio, hanno rappresentato il 20% del totale dei decessi avvenuti all'interno della nostra unità operativa nel biennio preso in considerazione. Nel gruppo esaminato 49 pazienti erano di sesso maschile, 33 di sesso femminile; l'età media era di 74 anni (range 37-99 anni). Nella **Tabella 1** è riportata la distribuzione di frequenza dell'età (in decadi) secondo il sesso.

La **Figura 1** mostra invece la distribuzione delle neoplasie secondo la loro sede di origine, con prevalenza della sede polmonare (20,7% dei casi). La

Tabella 1. Caratteristiche demografiche dei pazienti						
Classi di età	Se	Sesso				
(anni)	Maschi	Femmine				
30-40	1	0	1			
41-50	1	2	3			
51-60	2	4	6			
61-70	11	9	20			
71-80	21	7	28			
81-90	13	8	21			
>90	0	3	3			
Totale	49	33	82			



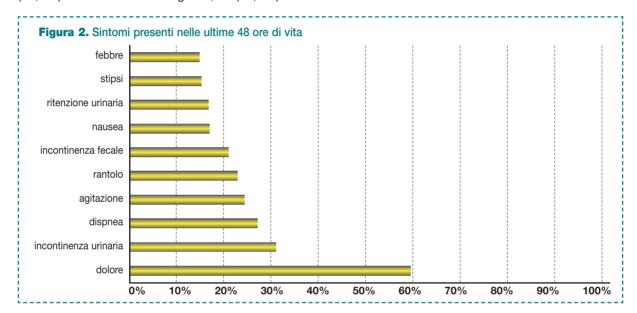
e15

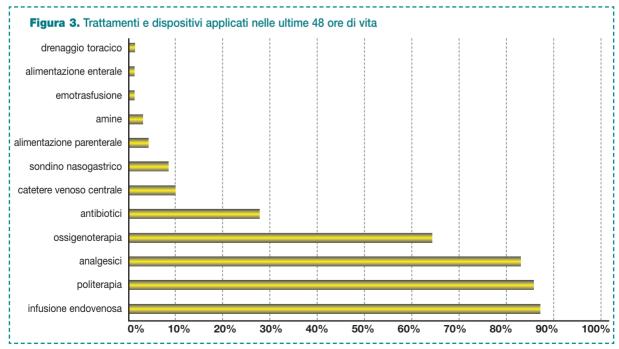
durata media del ricovero è stata di 11 giorni (range 1-49 giorni).

La maggior parte dei pazienti, nelle ultime 48 ore di vita, presentava uno o più sintomi tipici della fase terminale; i sintomi riscontrati con maggiore frequenza erano dolore (59,7%), incontinenza urinaria (32%), dispnea (28%), agitazione (25,6%) e rantolo (24%), come riportato nella **Figura 2**.

Dal punto di vista terapeutico, tutti i pazienti sono stati sottoposti a qualche forma di trattamento farmacologico. A 72 pazienti (87,8%) è stata somministrata una terapia infusionale endovenosa, 68 (82,9%) hanno ricevuto analgesici, 24 (29,2%) anti-

biotici, 2 (2,4%) amine; per 71 pazienti (86,5%) il trattamento comprendeva la somministrazione di più farmaci associati (diuretici, gastroprotettori, cortisonici, folati o altro); 53 pazienti (64,6%) sono stati sottoposti a ossigenoterapia, 3 (3,6%) a nutrizione parenterale totale, uno (1,2%) a nutrizione enterale con sondino nasogastrico e uno (1,2%) a emotrasfusione. Per 17 pazienti (20,7%) si è fatto ricorso all'impiego di dispositivi medici; in particolare sono stati posizionati 9 cateteri venosi centrali (10,9%), 7 sondini nasogastrici (8,5%) e un drenaggio toracico (1,2%) (**Figura 3**). Nessun paziente è stato sottoposto a manovre rianimatorie al momento del decesso.





e16

Tabella 2. Indagini diagnostiche attuate nelle ultime         48 ore di vita dei pazienti					
Indagine	N	%			
Esami ematochimici	48	58,5			
Stick glicemici	31	37,8			
ECG	12	14,6			
Consulenze specialistiche	12	14,6			
Consulenza specialista in terapia antalgica	7	8,5			
Indagini radiografiche	3	3,7			
Ecografia	2	2,5			
TAC	1	1,2			
Tora/paracentesi	3	3,7			
Altro	3	3,7			

Dal punto di vista diagnostico, le procedure richieste nelle ultime 48 ore sono riportate nella **Tabella 2**. Prelievi per esami ematochimici sono stati eseguiti in 48 pazienti (58,5%), stick glicemici in 31 (37,8%), elettrocardiogrammi in 12 (14,6%), visite specialistiche in 12 (14,6%), indagini radiologiche in 6 (7,3%), toracentesi e/o paracentesi in 3 (3,7%); 3 pazienti (3,7%) sono stati sottoposti ad altre procedure invasive (2 prelievi bioptici e una resezione endoscopica di papilla duodenale). Sono state richieste 7 consulenze dello specialista in terapia antalgica, pari all'8,5% dei pazienti.

Per quanto riguarda le procedure infermieristiche, per tutti i pazienti sono stati attuati di routine i protocolli di igiene, di mobilizzazione e di prevenzione e cura delle lesioni da decubito; solamente in 9 casi (10,9%) è documentata la cura del cavo orale.

Infine, per quanto riguarda gli aspetti comunicativi, in 36 casi (43,9%) il diario medico e infermieristico riporta note che attestano le informazioni fornite ai familiari circa la gravità della situazione clinica e l'imminenza della morte; non risulta invece documentata la discussione con il paziente e/o con la famiglia in merito alla prospettiva di vita, al piano di cura, alle volontà espresse dal paziente rispetto alla rianimazione o ai bisogni psicologici dei familiari durante l'assistenza al malato e dopo il decesso.

#### DISCUSSIONE

I risultati del nostro studio indicano come, durante le ultime ore della loro vita, tutti i pazienti neoplastici terminali considerati siano stati sottoposti, invariabilmente, a un qualche tipo di intervento diagnosticoterapeutico. Tutti hanno comunque ricevuto terapie di vario genere (antibiotica, cardiocinetica, nutrizionale enterale o parenterale) in continuità con i giorni precedenti o ex novo; la maggior parte è stata sottoposta a esami diagnostici strumentali, e un numero non trascurabile al posizionamento di dispositivi sanitari e/o a visite specialistiche. Anche per quanto riguarda gli interventi prettamente infermieristici, i pazienti hanno continuato a ricevere in modo routinario le procedure standardizzate relative alla mobilizzazione, alla gestione delle lesioni da decubito e all'igiene completa, mentre la cura del cavo orale è riportata solo in pochi casi.

L'esasperato orientamento alle prestazioni si scontra con il mancato controllo dei sintomi presenti nelle ultime ore di vita dei pazienti. Particolarmente insoddisfacente nella nostra casistica è il dato riguardante il controllo del dolore, ottenuto nella minoranza dei casi, nonostante la somministrazione di analgesici risulti effettuata in oltre l'80% dei pazienti. Questo può essere la conseguenza di una mancata misurazione metodica del sintomo, di un trattamento basato su interventi al bisogno, piuttosto che sulla somministrazione pianificata di analgesici, e dello scarso ricorso allo specialista in terapia antalgica.

Questi dati confermano quanto emerge dalla letteratura internazionale. Lo studio SUPPORT (1995), che si riferisce alla realtà nordamericana, rileva che meno della metà dei pazienti terminali riceve una terapia del dolore adequata, ed enfatizza come questo tipo di pazienti e i loro familiari desiderino una migliore qualità di vita piuttosto che un suo prolungamento. In uno studio riguardante 40 ospedali italiani del centronord, Toscani e collaboratori (2005), attraverso la testimonianza di medici e infermieri e l'analisi delle cartelle cliniche di 370 pazienti deceduti a causa di diverse patologie, mostrano come, nonostante nella maggioranza dei casi il decesso fosse ampiamente "previsto", nelle ultime ore di vita si sia continuato a somministrare liquidi e nutrizione parenterale, ad attuare trattamenti impattanti (come la chemioterapia e la dialisi), a posizionare dispositivi sanitari e a ricorrere a indagini diagnostiche, in pazienti che in più del 40% dei casi presentavano disturbi severi quali dolore e dispnea.

Il controllo del dolore e dei sintomi in generale, oltre alla vicinanza dei propri cari, rappresenta uno dei temi principali nelle cure di fine vita sia dal punto di vista del paziente sia per i suoi familiari; infatti, "How people die remains in the memories of those who live on" – come le persone muoiono resta nei ricordi di chi vive (Meyer, 2000). Tale assunto riconosce la famiglia come unità di cura e sposta l'asse della valutazione della qualità dell'assistenza dalle prestazioni

**L'infermiere**, 2011;48:3:e14-e19

al controllo dei sintomi, e in particolare del dolore, che rappresentano il vero carico di sofferenza vissuto dai pazienti e dai loro familiari (Singer et al., 1999). Un altro aspetto rilevante riguarda la comunicazione con il paziente e la famiglia, che nel nostro studio risulta scarsamente documentata e ridotta a colloqui sporadici e non strutturati con i familiari circa la gravità clinica contingente. Si tratta di momenti comunicativi che si collocano per lo più in prossimità del decesso, quando lo stato di coscienza della maggior parte dei pazienti non permette loro di comprendere e di esprimersi. Risulta quindi evidente il vuoto nel rapporto comunicativo/relazionale, che dovrebbe invece instaurarsi fin dall'arrivo del paziente in reparto e che la durata media del ricovero può garantire.

In questi casi la comunicazione non dovrebbe essere finalizzata unicamente a informare il morente e la famiglia della gravità della malattia e della prossimità del decesso; dovrebbe soprattutto permettere di maturare la consapevolezza della situazione e dare modo al paziente di decidere come affrontare la sua ultima fase di vita. La mancata chiarezza comunicativa rende difficile mettere in atto gli interventi più idonei ad accompagnare il malato, mentre si corre il rischio di privilegiare gli aspetti tecnici e le prestazioni con indagini, consulenze e procedure invasive che possono creare false aspettative e confusione, specialmente nei familiari, e che provocano disagio e sofferenza ai pazienti (Bordin et al., 2010).

Nonostante la professione infermieristica abbia da sempre dimostrato uno specifico orientamento verso gli aspetti della cura del paziente in tutte le fasi della vita, anche gli interventi infermieristici, nel "turbinio" delle attività di un reparto internistico, finiscono con l'essere spesso distolti dalla cura della persona e dai reali bisogni del morente e della sua famiglia. Passano così in secondo piano le azioni rivolte a garantire comfort, sostegno psicologico e supporto spirituale; i familiari non sono messi in condizione di partecipare all'assistenza del proprio caro come desiderano (Murphy, Ellershaw, 2008), mentre non vengono considerate le loro necessità dopo il decesso. Lo studio ISDOC (Beccaro et al., 2006) rileva che solo il 18% dei familiari dichiara di essere riuscito a parlare con un operatore sanitario dopo la morte del proprio caro, come se gli operatori considerassero concluso il proprio mandato con il decesso.

Nel loro insieme, questi dati confermano come esista una certa inerzia medica e infermieristica nel perseverare a trattare i malati neoplastici, prescindendo dall'eventualità della morte imminente, ed esimendosi dal tentare di identificare tale imminenza. In altri termini, si tende a mantenere un'alta standardizzazione delle cure in un contesto assistenziale in cui,

invece, sarebbe necessario rimodulare gli interventi sulla base di una pianificazione personalizzata, con l'esplicitazione di obiettivi che mirino soprattutto a garantire comfort e qualità di vita (Grubich et al., 2008). Infatti, nel paziente morente anche le procedure che vengono definite "di routine" nei setting per acuti - come l'esecuzione di prelievi di sangue, l'incannulazione venosa, la prescrizione di indagini radiologiche, il posizionamento di sondini nasogastrici, la mobilizzazione o le medicazioni per le lesioni da decubito - non fanno altro che aggiungere, piuttosto che togliere sofferenza (Middlewood et al., 2001). Un'analisi della reale appropriatezza delle cure esulava dallo scopo del nostro studio; d'altra parte, è indiscutibile che il ricorso a terapie o procedure invasive nell'imminenza del decesso configuri un oggettivo, quantunque non intenzionale, accanimento, e rispecchi l'incapacità generale di adattare le scelte cliniche al contesto dei bisogni della persona giunta al termine della vita.

#### CONCLUSIONI

Nonostante i limiti dello studio, basato sull'analisi retrospettiva della documentazione clinica e quindi sulla qualità e quantità delle informazioni riportate in cartella, quanto emerso sottolinea l'urgenza di rivedere le pratiche assistenziali erogate al paziente morente ricoverato in un reparto di Medicina Interna. Visto l'elevato numero di pazienti terminali che ancora continuano a morire in ospedale, diventa prioritario prevedere anche nei reparti per acuti l'implementazione di modelli tipici delle cure palliative. Le implicazioni per la pratica possono essere rappresentate dalla necessità di:

- attuare interventi formativi affinché medici e infermieri, culturalmente orientati alla guarigione e al supporto vitale, e quindi alla messa in atto di procedure mirate al prolungamento della vita, acquisiscano competenza nel riconoscere e gestire i bisogni del paziente morente;
- definire chiaramente gli obiettivi di cura per il paziente terminale ricoverato in ospedale, con forte accento sul controllo dei sintomi, sulla palliazione, sul comfort, sugli aspetti comunicativi e sul sostegno psicologico;
- predisporre un apposito percorso assistenziale con specifica documentazione clinica, che espliciti gli obiettivi e guidi il personale sanitario nel loro raggiungimento.

#### **BIBLIOGRAFIA**

Bailey FA, Burgio KL, Woodby LL et al. (2005) *Improving processes of hospital care during the last hours of life.* Arch Int Med, 165, 1722-1727.

e18

- Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P et al. (2006) Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). J Epidemiol Comm Health, 60, 412-416.
- Beccaro M, Costantini M, Merlo DF et al. (2007) Inequity in the provision of and access to palliative care for cancer. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). BMC Public Health, 7, 66.
- Bordin G, Lusiani L, Bernardi C et al. (2010) Gestione del malato terminale in medicina interna. Il percorso delle cure di fine vita. 2° Convegno Triveneto FADOI-ANIMO.
- Ellershaw J, Ward C (2003) Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ, 326, 30-34.
- Grubich S, Franceschini C, Ambrosi S (2008) La rimodulazione degli interventi infermieristici alla fine della vita. In: Costantini M, Borreani C, Grubich S (a cura di) Migliorare la qualità delle cure di fine vita. Erickson, Trento, 49-70.
- Meyer RW (2000) Measuring quality of care at the end of life: who? when? where? and how? West J Med, 172, 377-378.

- Middlewood S, Gardner G, Gardner A (2001) *Dying in hospital: medical failure or natural outcome?*Journal of Pain and Symptom Management, 22, 1035-1041.
- Murphy D, Ellershaw J (2008) *Liverpool Care Pathway* for the dying patient. In: Costantini M, Borreani C, Grubich S (a cura di) *Migliorare la qualità delle cure di fine vita*. Erickson, Trento, 11-21.
- Regione Veneto. Coordinamento regionale per le cure palliative e per la lotta al dolore (2006) Ricorso al ricovero ospedaliero nella fase terminale della vita dei pazienti oncologici: analisi per azienda ULSS.
- Singer PA, Douglas KM, Kelner M (1999) *Quality* end-of-life care. Patients' perspectives. JAMA, 281, 163-168.
- SUPPORT Principal Investigators (1995) A controlled trial to improve care of seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA, 274, 1591-1598.
- Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C et al. (2005) How people die in hospital general wards: a descriptive study. Journal of Pain and Symptom Management, 30, 33-40.

L'infermiere, 2011;48:3:e14-e19 e19

# Indagine osservazionale sulle funzioni afferenti al ruolo del personale infermieristico

Monica Casati<sup>1</sup>. Anna Maria Lidani<sup>2</sup>. Cinzia Capelli<sup>3</sup>. Giancarlo Galbiati<sup>4</sup>. Monica Piantoni<sup>5</sup>. Simonetta Cesa<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Responsabile Ricerca Formazione e Sviluppo; <sup>2</sup>Responsabile Gestione Risorse Umane; <sup>3</sup>Responsabile Dipartimento di Medicina; <sup>4</sup>Staff Ricerca Formazione e Sviluppo; <sup>5</sup>Staff Gestione Risorse Umane; <sup>6</sup>Dirigente. Direzione delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Corrispondenza: mcasati@ospedaliriuniti.bergamo.it

#### **RIASSUNTO**

Introduzione L'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo avrà presto una nuova struttura dove le attività cliniche saranno riorganizzate per intensità di cure, rendendo necessaria una parziale riallocazione del personale infermieristico. Con questa indagine ci siamo quindi proposti di ottenere maggiori informazioni sulle caratteristiche professionali e personali, sulle funzioni e abilità effettivamente esercitate e sui bisogni formativi degli infermieri attualmente in servizio, nonché sulla loro disponibilità alla riallocazione in contesti di cura differenti.

Materiali e metodi A tutta la popolazione infermieristica attiva in azienda nel marzo 2010 è stato somministrato un questionario articolato in due parti. La prima, relativa alle funzioni clinico-assistenziale, organizzativa, formativa, di ricerca e di consulenza svolte, riguardava tutti gli infermieri; la seconda, sulla disponibilità alla riallocazione in un contesto di cura diverso dall'attuale, era diretta solo a quelli delle aree cliniche interessate.

**Risultati** Più del 99% dei 1.418 questionari distribuiti è stato restituito compilato. Il campione è prevalentemente femminile, con un'età media di 41 anni e un'anzianità di servizio media di 15 anni; un infermiere su 6 (16,65%) ha una formazione di base universitaria. Le funzioni meno rappresentate risultano essere quelle di ricerca e di consulenza. Dei 516 infermieri intervistati sull'argomento, circa la metà ha espresso la propria disponibilità alla riallocazione e le preferenze rispetto agli ambiti proposti.

Conclusioni Dalla nostra indagine sono emersi dati precedentemente non disponibili sulle caratteristiche del personale infermieristico dell'azienda; alla luce dei cambiamenti previsti per il Nuovo Ospedale di Bergamo, questo patrimonio di informazioni permetterà di ottimizzare i processi di riorganizzazione dell'assistenza e delle risorse umane considerando sia le esigenze organizzative sia le prerogative e gli interessi degli operatori coinvolti, con un approccio complementare alla valutazione del personale effettuata dalle funzioni di coordinamento e dirigenziali. Parole chiave: ruolo degli infermieri, funzioni degli infermieri, riorganizzazione ospedaliera

## Observational survey on the functions related to nurses' role ABSTRACT

**Introduction** The Bergamo Hospital will soon have a new structure where the clinical activities will be reorganized according to graduation of care, requiring a partial reallocation of nursing staff. The purpose of this survey was to collect information about professional and personal characteristics, functions, skills and training needs of the nurses currently working in the hospital, and on their availability to reallocate to different care settings.

**Materials and methods** The survey was conducted among the nurses employed at the hospital in March 2010. The questionnaire used consisted of two sections: the first part, dealing with the functions actually performed in terms of care, organizational, educational, research and consulting activities, was addressed to all nurses; the second part, which aimed to assess the willingness to reallocate in a different care context, was administered only to the nurses of the areas involved in the reallocation process.

**Results** Of the 1,418 questionnaires distributed, over 99% were returned completed. The sample is predominantly composed of women, with an average age of 41 years and an average length of service of 15 years; one out of 6 nurses (16.65%) has a basic university education. The functions performed less frequently appeared to be those related to research and consulting activities. Of the 516 nurses interviewed on this topic, about half expressed their willingness to reallocate and their preferences about the settings proposed.

**Conclusions** Our survey provides data previously not available on the characteristics of the hospital nursing staff; in the light of the changes foreseen for the New Hospital of Bergamo, this wealth of information will allow to optimize the reorganization of care and the reallocation of human resources, taking into account both the organizational needs and the interests of the nurses involved and using an approach complementary to the staff appraisal carried out by the management and coordination functions.

Key words: nurses' role, nurses' functions, hospital reorganization

**e20** 

#### INTRODUZIONE

In questi anni alcuni ospedali del nostro paese stanno vivendo una transizione verso nuovi edifici, sostituendo con nuove e moderne strutture i vecchi e spesso cari locali dove i cittadini hanno trovato risposta alle loro necessità cliniche e dove gli operatori per anni hanno esercitato la loro professione. L'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, di rilievo nazionale e di alta specializzazione, si trasferirà a breve nel Nuovo Ospedale "Papa Giovanni XXIII", nel quale è prevista una riorganizzazione dell'attività sanitaria erogata. Intendendo questa situazione non solamente come un trasloco, ma anche come una straordinaria opportunità per ottimizzare i processi di cura e per migliorare la qualità delle prestazioni fornite, la Direzione Aziendale sta da anni sostenendo percorsi di lavoro orientati in tal senso. All'interno delle numerose attività, la Direzione delle Professioni Sanitarie ha deciso di mappare il ruolo esercitato dai singoli infermieri, al fine di disporre di informazioni utili alla reingegnerizzazione dei processi assistenziali orientati ai bisogni dei cittadini; ha inoltre promosso, relativamente al personale dei settori prioritariamente coinvolti, una raccolta di informazioni sulla disponibilità dei singoli infermieri a essere riallocati in contesti di cura diversi da quello a cui sono attualmente assegnati, stante la necessità di una riallocazione delle risorse umane scaturita dagli assetti organizzativi clinici stabiliti a livello

Sulla definizione del ruolo in generale, e di quello degli infermieri in particolare, si sono espressi più autori e più fonti (Federazione IPASVI, 1998; Guilbert, OMS, 2002; International Council of Nurses, 1995). Considerando le categorie generali di analisi definite da Guilbert (2002), dove il ruolo viene inteso come l'insieme delle funzioni che un individuo eser-

cita, e utilizzando ulteriori riferimenti di natura professionale sia nazionali sia internazionali, emerge un quadro concettuale (illustrato nella Tabella 1) che al di là di differenti sfumature e articolazioni conferma l'accezione attribuita al ruolo dell'infermiere, specialmente rispetto alle funzioni che lo compongono. Si vuole sottolineare che lo sforzo precipuamente teorico di ricercare categorie generali del ruolo, scomposto in funzioni, va considerato, pur nella sua rigidità, un elemento di grande importanza per facilitare l'analisi dell'esercizio professionale; tali categorie vanno poi declinate all'interno dei singoli contesti lavorativi, organizzativi, culturali e sociali, nonché interpretate nell'ambito dei capisaldi normativi che regolano l'attività professionale in ogni singolo stato.

Nella nostra indagine, per individuare le funzioni che compongono il ruolo dell'infermiere si è fatto riferimento in maniera più specifica alla classificazione dell'International Council of Nurses (1995):

- funzione clinico-assistenziale;
- funzione organizzativa;
- funzione formativa:
- funzione di consulenza;
- · funzione di ricerca.

Tra queste, la funzione clinico-assistenziale rappresenta chiaramente il nucleo centrale della professione, in cui si realizza la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica presentati dal singolo individuo e dalla collettività, e al cui sostegno sono orientate le altre funzioni.

La funzione organizzativa viene da parecchi decenni esercitata a più livelli professionali, con diverse competenze e responsabilità. Si tratta di una funzione importante, che può essere svolta rispetto a tutta una serie di ambiti: governo dell'attività assistenziale in-

Tabella 1. Confronto tra le funzioni infermieristiche indicate da fonti nazionali e internazionali (da Casati, 2005)					
International Council of Nurses (1995)	Federazione Nazionale Collegi IPASVI (1998)	Guilbert, OMS (2002)			
Clinica (assistenziale)	Assistenziale Educazione terapeutica Prevenzione e diagnosi precoce	Assistenziale Educazione terapeutica Prevenzione e diagnosi precoce			
Amministrativa (organizzativa)	Gestione	Gestione delle risorse umane e materiali dei servizi			
Insegnamento (formativa)	Formazione	Formazione del personale Autoformazione			
Consulenza	Consulenza				
Ricerca	Ricerca	Ricerca			

fermieristica e del personale di supporto; interventi relativi all'ambiente in cui si eroga assistenza, alle condizioni igieniche e di sicurezza; attività di integrazione con diversi servizi e unità operative; gestione di materiale sanitario, attrezzature e apparecchiature; gestione delle risorse umane, delle attività amministrative e burocratiche; partecipazione a processi di cambiamento.

La funzione formativa, insita nel ruolo infermieristico, può essere diretta a studenti, personale ausiliario, colleghi, ad altre figure professionali dell'ambito sanitario, sociale ed educativo, ai singoli individui assistiti e alla popolazione.

La funzione di consulenza è senza dubbio quella meno formalizzata e riconosciuta tra le funzioni che gli infermieri svolgono (Casati, 2005). Il consulente viene inteso come una persona che fornisce valutazioni, indicazioni o servizi su domanda di operatori del medesimo o di diverso profilo professionale (Block, 1993; Cohen, 1989). La consulenza è un'attività sempre più richiesta soprattutto nelle organizzazioni complesse come le aziende ospedaliere e sanitarie, in cui la vulnerabilità dei soggetti assistiti comporta difficili processi decisionali, a forte impatto sull'utenza e ad alto rischio per gli operatori. Le ragioni per cui vengono sollecitati interventi di consulenza sono varie; tra queste motivi di ordine generale possono essere la consapevolezza dei limiti di ciascun individuo od organizzazione nel gestire situazioni delicate, il riconoscimento delle competenze specialistiche del consulente, la presenza di aree critiche per l'utenza che richiedono ai professionisti particolare cautela, elevata integrazione e condivisione di responsabilità.

La funzione di ricerca può essere esercitata con diverse modalità. In particolare vengono previsti 4 livelli di partecipazione: da un primo livello che riguarda tutti gli infermieri – e che comporta abilità nel saper leggere e valutare criticamente la letteratura relativa al campo di esercizio, nel collaborare a ricerche di tipo infermieristico e multidisciplinare, nell'applicare alla pratica le conoscenze acquisite – a un quarto livello collegato a un'esperienza e a una formazione di grado accademico superiore, come il dottorato di ricerca – che implica la capacità di condurre studi in modo indipendente e abilità di leadership e guida di colleghi e studenti nei progetti di ricerca.

#### Obiettivo

Scopo dell'indagine è stato quello di creare un patrimonio informativo di natura gestionale che permettesse di:

 conoscere le caratteristiche professionali e personali degli infermieri in servizio;

- conoscere le funzioni e le abilità del personale infermieristico;
- identificare i bisogni formativi del personale infermieristico;
- valutare la disponibilità individuale alla riallocazione in contesti di cura diversi.

#### **MATERIALI E METODI**

Lo studio è stato condotto sugli infermieri in servizio attivo presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo in data 22 marzo 2010, per un totale di 1.418 persone; dall'indagine sono stati esclusi gli infermieri dirigenti, coordinatori e tutti quelli deputati a ruoli esclusivamente organizzativi e formativi, nonché gli infermieri generici e psichiatrici.

Alla popolazione in esame è stato distribuito un questionario mirato a valutare l'autopercezione delle funzioni svolte. Le variabili indagate si riferivano alle caratteristiche personali e professionali, alle funzioni afferenti al ruolo (clinico-assistenziale, organizzativa, formativa, di consulenza e di ricerca) e alle abilità tecniche-sanitarie, informatiche e linguistiche (Tabella 2).

Ogni elemento individuato attinente alle diverse aree è stato indagato richiedendo in primo luogo una valutazione della sua effettiva pertinenza rispetto al ruolo esercitato; in caso affermativo si richiedeva di autovalutare le proprie capacità rispetto a tale elemento utilizzando una scala Likert a 4 punti (sufficiente, discreta, buona, ottima). Nell'analisi dei dati queste valutazioni sono state aggregate in modo dicotomico (sufficiente/discreta e buona/ottima) per facilitare la loro interpretazione.

A una parte degli infermieri coinvolti nell'indagine (n=516), afferenti alle aree di degenza mediche, chirurgiche e pediatriche, è stata somministrata anche una seconda sezione del questionario che indagava più specificamente la disponibilità al cambiamento del contesto di cura e le preferenze di impiego nel-

Та	bella 2. Struttura del questionario	
Α	Caratteristiche personali e professionali	
В	Funzioni afferenti al ruolo	
	B1 clinico-assistenziale	8 item
	B2 organizzativa	3 item
	B3 formativa	3 item
	B4 consulenza	1 item
	B5 ricerca	2 item
С	Abilità	
	C1 tecnico-sanitarie	4 item
	C2 informatiche	3 item
	C3 linguistiche	2 item

l'assetto organizzativo del nuovo ospedale, che come già detto prevede una parziale riallocazione delle risorse umane.

La sezione generale relativa alle funzioni si basa su un questionario precedentemente utilizzato all'interno di un percorso accademico su un campione di 358 infermieri esercitanti in 10 differenti province della Regione Lombardia, a sua volta anticipato da una fase pilota condotta su infermieri della Regione Piemonte (Casati, 1996); prima della sua diffusione per la realizzazione della presente indagine lo strumento è stato oggetto di un ulteriore test pilota che ha permesso di aggiornare e contestualizzare l'impostazione.

La distribuzione è avvenuta attraverso i Responsabili Infermieristici di Dipartimento e i Coordinatori Infermieristici, con cui è stato possibile, mediante apposito modulo, lasciare traccia di consegna e di restituzione del questionario per ogni singolo infermiere. Ciascun infermiere ha inoltre ricevuto dalla Direzione delle Professioni Sanitarie una lettera di presentazione del progetto. La Direzione Aziendale è stata informata delle attività programmate e ha avallato l'iniziativa; dell'indagine in corso è stata informata anche la componente sindacale aziendale. La restituzione dei questionari compilati, in busta chiusa, ha avuto luogo entro il mese di aprile 2010.

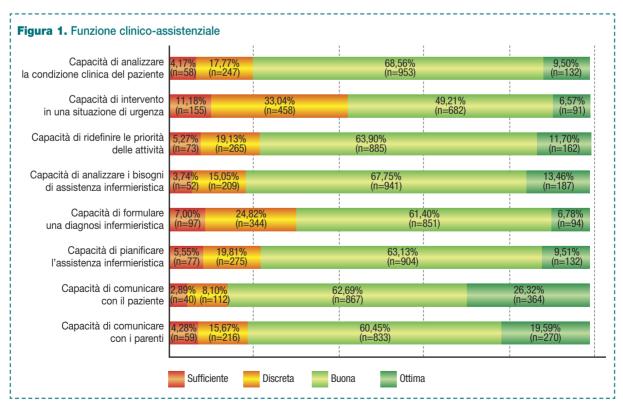
I dati ottenuti sono stati gestiti con Microsoft Access e Microsoft Excel.

#### RISULTATI

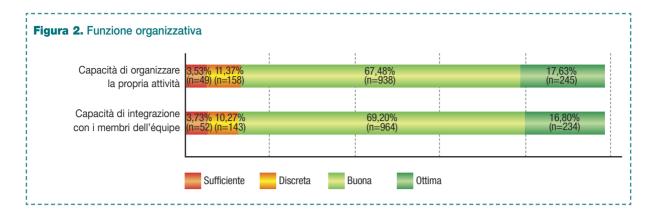
Dei 1.418 questionari distribuiti ne sono stati restituiti compilati 1.406 (99,15%). Il campione è prevalentemente femminile (n=1.192, 84,78%); oltre la metà ha più di 40 anni (n=799, 56,83%), con un'età media di 41 anni e un'anzianità di servizio media di 15 anni. L'83,35% (n=1.172) ha una formazione di base con il diploma di infermiere professionale del precedente ordinamento, mentre il 16,65% (n=234) esercita la professione con una formazione di base universitaria. Il 6,5% (n=90) ha anche una formazione universitaria post base: master di primo livello per 72 infermieri (5,15%), laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche per 4 (0,29%); 14 infermieri (1%) sono in possesso di 2 lauree e 9 hanno frequentato corsi di perfezionamento.

La **Figura 1** mostra i risultati ottenuti analizzando le risposte fornite rispetto alla funzione clinico-assistenziale. Da questi dati emerge che nel complesso le attività assistenziali sono svolte con buone competenze; le debolezze riguardano principalmente la valutazione delle proprie capacità di gestire correttamente le situazioni di emergenza (n=613, 44,22%), di formulare diagnosi infermieristiche (n=441, 31,82%) e di elaborare piani di assistenza (n=352, 25,36%).

La grande maggioranza del personale intervistato ritiene anche di svolgere una buona funzione organizzativa, sia relativamente alle proprie attività sia nel-



e23



l'integrazione con gli altri membri dell'équipe (**Figura 2**). Una parte degli infermieri (n=151, 11%), per il contesto lavorativo in cui opera, non interagisce con le figure di supporto assistenziale; gli altri riferiscono una capacità buona/ottima di coordinamento di queste figure nel 70,79% dei casi (n=888).

Il 56,12% degli infermieri (n=771) dichiara di esercitare una funzione formativa all'interno della propria attività professionale; di questi, il 74,80% (n=577) svolge tale funzione nei confronti di studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, il 60,18% (n=464) verso colleghi neoinseriti.

Più di un terzo degli infermieri coinvolti nell'indagine (n=536, 39,56%) riporta di svolgere attività di consulenza, con capacità giudicate buone/ottime nel 59,14% dei casi (n=317).

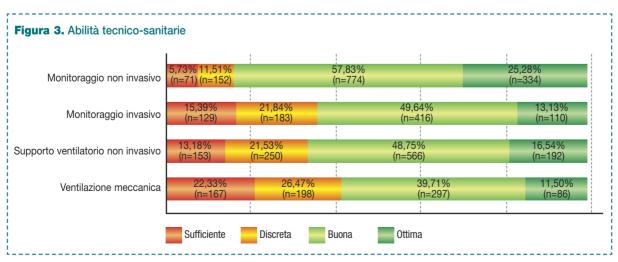
Infine, per quanto riguarda la funzione di ricerca, 943 infermieri (69,19%) affermano che fra le attività di loro pertinenza c'è anche reperire e utilizzare la letteratura scientifica, e 286 valutano buone/ottime le proprie capacità in questo ambito. La collaborazione a percorsi di ricerca è ritenuta un aspetto attinente al ruolo esercitato da 648 infermieri (47,75%), ma solo il 31,33% di questi ultimi (n=203) asserisce di possedere capacità buone/ottime a tale proposito.

La **Figura 3** illustra le risposte fornite per le abilità tecnico-sanitarie indagate in 4 ambiti – monitoraggio non invasivo, monitoraggio invasivo, supporto ventilatorio non invasivo e ventilazione meccanica – riportando i dati relativi all'autovalutazione degli infermieri che hanno indicato tali attività come pertinenti al campo di esercizio.

In merito alle abilità informatiche, più della metà degli infermieri (n=794, 57,96%) afferma di avere una conoscenza buona/ottima degli applicativi aziendali di uso quotidiano, mentre il 54,07% (n=724) dichiara di avere ulteriori capacità informatiche.

Per le abilità linguistiche, intese come conoscenza di lingue straniere, 4 infermieri su 5 riferiscono di conoscere almeno una lingua straniera (n=1.092, 80,10%), nella maggior parte dei casi l'inglese (n=962, 68,81%); l'88,3% di questi infermieri valuta però la propria conoscenza come sufficiente/discreta e soltanto l'11,7% come buona/ottima.

La seconda parte del questionario, che si proponeva di valutare la disponibilità alla riallocazione in contesti di cura diversi all'interno della riorganizzazione prevista per il nuovo ospedale, è stata sottoposta a 516 infermieri che esercitano in aree per cui si prospettano modifiche importanti (aree di de-



e24

genza mediche, chirurgiche e pediatriche); di questi, 263 (50,97%) si sono dichiarati disponibili a una riallocazione nel nuovo assetto organizzativo e hanno espresso le loro preferenze rispetto agli ambiti indicati.

Complessivamente la percentuale media di domande che non hanno avuto risposta è del 2,11%, con picchi di *missing* per le domande sulle capacità di fornire consulenza (n=49, 3,51%), di reperire letteratura scientifica (n=41, 2,93%) e di partecipare a percorsi di ricerca (n=47, 3,36%) e sulle abilità informatiche (n=59, 4,22%) e linguistiche (n=41, 2,93%).

#### DISCUSSIONE

L'importante ritorno dei questionari distribuiti, espressione della disponibilità alla collaborazione alle attività aziendali, risulta essere un elemento di per sé significativo e molto positivo; il ritorno dei risultati dell'indagine nei singoli contesti clinici è oggetto di attività in corso, così come il loro utilizzo nei processi organizzativi e formativi aziendali.

Dall'analisi dei dati relativi alla funzione clinico-assistenziale emerge un'autovalutazione decisamente positiva per la maggior parte degli item proposti, mentre percepite come potenzialmente carenti sono soprattutto le capacità di intervenire in situazioni di urgenza e di formulare una diagnosi infermieristica. Questo dato rappresenta un'indicazione importante nella definizione dei bisogni formativi degli infermieri all'interno dell'azienda, anche se va sottolineato che entrambi gli aspetti hanno già visto forti investimenti formativi negli anni passati.

La funzione organizzativa viene svolta in modo diffuso con una percezione positiva in termini di capacità di esercizio, anche se merita ancora rinforzo l'organizzazione delle attività del personale di supporto.

Dai dati inerenti l'attività formativa si deduce che la formazione dei colleghi neoinseriti e degli studenti non è affidata indistintamente a tutti gli infermieri, bensì a poco più della metà del personale. Ciò è dovuto anche al lungo percorso di integrazione e collaborazione tra la Direzione delle Professioni Sanitarie, la Formazione Permanente aziendale e la Formazione Universitaria delle Professioni Sanitarie, nella fattispecie del Corso di Laurea in Infermieristica, sezione di corso dell'Università di Milano Bicocca. Nell'ultimo decennio si è infatti sviluppato un percorso di formazione rivolto ai professionisti con funzioni di assistenza al tirocinio nei confronti degli studenti e/o di referenza per il personale neoinserito, con consequente formalizzazione dell'attività svolta; questo ha permesso agli infermieri di rafforzare le abilità nell'esercizio della funzione formativa e contestualmente di aderire a percorsi accreditati nel sistema ECM.

Quasi la metà degli infermieri afferma che la funzione di consulenza è afferente al ruolo esercitato; questo dato può suggerire diverse interpretazioni che richiedono approfondimenti. Ritenendo fisiologico che non tutti gli infermieri possano svolgere tale funzione, banalmente in quanto neofiti alla professione e quindi non ancora esperti in uno specifico ambito assistenziale, il dato può indicare una diffusa consapevolezza della funzione svolta, particolarmente ricca negli ambiti ad alta specializzazione.

La funzione di ricerca viene considerata pertinente al ruolo da circa due terzi degli infermieri, nella maggioranza dei casi nella forma della ricerca bibliografica. Il terzo di infermieri che dichiara di non ritenere tale funzione pertinente al proprio ruolo segnala una dimensione su cui investire attraverso percorsi formativi. Questo gruppo è però in gran parte formato dalle stesse persone che affermano di avere poca familiarità con l'uso delle tecnologie informatiche o una scarsa conoscenza della lingua inglese; in entrambi i casi si tratta di prerequisiti importanti per la funzione, ma anche di abilità che richiedono percorsi molto impegnativi per essere acquisite e sulle quali si è già investito.

I dati che si riferiscono alle abilità tecnico-sanitarie risentono del contesto lavorativo in cui l'infermiere è inserito. Infatti gran parte degli infermieri considera pertinenti le abilità di monitoraggio e supporto ventilatorio non invasivo, mentre solo circa la metà reputa pertinenti quelle di monitoraggio invasivo e di ventilazione meccanica. Peraltro, fra gli infermieri che ritengono pertinenti le abilità relative alla ventilazione meccanica, solo la metà giudica le proprie capacità buone/ottime. Anche questo potrebbe essere un ulteriore elemento di valutazione dei bisogni formativi in alcuni ambiti aziendali.

In generale va sottolineato che l'alta percentuale di restituzione dei questionari (99,15%) e la bassa percentuale di domande senza risposta (2,11%) indicano un'ampia disponibilità da parte degli infermieri alla partecipazione a indagini conoscitive in ambito aziendale. Gli item per cui si è riscontrato il maggior numero di non risposte corrispondono alle funzioni che hanno avuto un'autovalutazione più bassa (consulenza, ricerca, abilità informatiche e linguistiche), evidenziando la presenza di necessità formative in queste aree.

#### CONCLUSIONI

Questa indagine ha fornito un importante insieme di informazioni precedentemente non disponibili sulle caratteristiche del personale infermieristico della nostra Azienda Ospedaliera. In generale, l'autovalutazione positiva espressa dagli infermieri per quanto ri-

L'infermiere, 2011;48:3:e20-e26 e25

guarda la funzione clinico-assistenziale indica la presenza di un gruppo professionale ben preparato sul *corpus* di conoscenze specifico della propria disciplina, capace di offrire al paziente un'assistenza di qualità; emergono tuttavia alcune aree, come per esempio quella della ricerca infermieristica, che necessitano di un ulteriore potenziamento.

Alla luce dei cambiamenti previsti nell'assetto organizzativo del Nuovo Ospedale di Bergamo "Papa Giovanni XXIII", questo patrimonio di informazioni permetterà di ottimizzare i processi di riorganizzazione delle cure e di riallocazione e gestione delle risorse umane tenendo conto da un lato delle esigenze organizzative e dall'altro delle caratteristiche e degli interessi dei singoli operatori. La metodologia adottata di autovalutazione delle proprie conoscenze, abilità e capacità rappresenta innegabilmente un aspetto critico dello studio, in quanto comporta un rischio intrinseco di sovrastima o sottostima del proprio agire professionale. Questo approccio è da ritenersi quindi complementare alle valutazioni condotte dalle funzioni di coordinamento e dirigenziali relativamente al personale assegnato, valutazioni con cui tale approccio si deve senza dubbio integrare.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Block P (1993) *La consulenza perfetta*. Franco Angeli, Milano.
- Cantarelli M, Pontello G (1992) *Principi amministrativi applicati alla professione*. 3ª edizione, Quaderni dell'Infermiere n. 26, Masson, Milano.
- Casati M (1996) Il ruolo dell'infermiere in area critica. Ricerca sulla funzione assistenziale condotta in Regione Lombardia. Tesi di diploma di Infermiere Insegnante Dirigente, Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, Università degli Studi di Milano. Relatore Cantarelli M.
- Casati M (2005) *La documentazione infermieristica*. 2ª edizione, McGraw-Hill, Milano.
- Cohen WA (1989) *Il consulente di successo*. Sperling & Kupfer, New York.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (1998) Linee guida per un progetto di formazione infermieristica complementare nelle aree previste dal D.M.

- 739/1994, sanità pubblica, pediatria, salute mentale-psichiatria, geriatria, area critica. Roma.
- Guilbert JJ (2002) Guida Pedagogica per il personale sanitario. Organizzazione Mondiale della Sanità, 4<sup>a</sup> edizione italiana a cura di Palasciano G, Lotti A, pubblicazione offset n. 35, Centro Interdipartimentale di Pedagogia delle Scienze della Salute, Università degli Studi di Bari.
- International Council of Nurses (1995) Regolamentazione dell'assistenza infermieristica: dai principi al potere. Linee guida per la regolamentazione dell'assistenza infermieristica. A cura di Affara FA, Styles MM, traduzione di Cotone F; edizione italiana a cura della CNAIOSS, ora CNAI.
- International Council of Nurses (1996) *The value of nursing in a changing world*. Ginevra.
- International Council of Nurses (1996) Migliorare la salute delle persone attraverso la ricerca infermieristica. Professioni Infermieristiche 49 (2), 25-43.
- International Council of Nurses (1999) 100 years of nurses caring. Special Centennial Issues. International Nursing Review, 46 (1), Issue 343, 16-26.
- International Council of Nurses (2005) Quadro di riferimento dell'ICN per la definizione delle competenze dell'infermiere responsabile dell'assistenza infermieristica generale. Rapporto sul processo di sviluppo e di consultazione. A cura di Alexander MF, Runciman PJ, traduzione di Lolli A; Professioni Infermieristiche, 58 (1), 25-40.
- Lusignani M, Mangiacavalli B, Casati M (2001) Infermieristica generale e organizzazione della professione: deontologia infermieristica, legislazione professionale, competenze specialistiche. 2ª edizione, Masson, Milano.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1993) *Progetto infermiere per l'Europa del futuro*. CESPI, Torino.

#### Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli infermieri coinvolti nel progetto per la loro preziosa collaborazione nella compilazione del questionario e tutti coloro che, in vario modo, ne hanno sostenuto la realizzazione.

e26



#### CONTRIBUTI

### Organici degli infermieri e mortalità ospedaliera

di Carlo Orlandi

Servizio infermieristico, Area Qualità e tecnologie dell'informazione Ospedale San Raffaele, Milano

Un articolo molto recente di J. Needleman e collaboratori, apparso sul prestigioso *New England Journal of Medicine* nel marzo di quest'anno, apporta un contributo autorevole al dibattito sulle caratteristiche degli organici infermieristici (in inglese *staffing*[1]), soprattutto sulle ricadute di queste caratteristiche sugli outcome degli ospedali. La ricerca internazionale su questo argomento si sta occupando da qualche tempo di dare delle risposte a domande quali: "la qualità e la quantità degli organici infermieristici hanno delle influenze sulla qualità dell'assistenza erogata ai pazienti? Quali sono gli effetti misurabili di organici con presenze di infermieri al di sotto di certi standard? Quali sono gli effetti di rapporti diversi fra infermieri e operatori di supporto?"

Needleman, che lavora presso il Dipartimento dei servizi sanitari della Facoltà di Salute pubblica dell'Università della California a Los Angeles, è un ricercatore che si interessa da tempo di organici degli infermieri. Già nel 2002 aveva pubblicato, sempre sul New England, un altro articolo che cominciava ad analizzare il In estrema sintesi, i risultati dello studio di Needleman e dei suoi collaboratori indicano che il tasso di mortalità e la probabilità di andare incontro ad eventi avversi legati alla degenza in ospedale (soccorsi mancati, infezioni, cadute, lesioni da pressione, ecc.) aumentano quando gli organici ospedalieri hanno una presenza di infermieri al di sotto di determinati standard e quando gli infermieri si trovano a fronteggiare elevati turnover di pazienti. Questa conclusione, che può sembrare banale per gli infermieri che vivono quotidianamente i problemi legati alle caratteristiche degli organici nei quali sono inseriti, nel lavoro di Needleman è corroborata da consistenti dati statistici; l'argomento è, senza di dubbio, di importanza cruciale anche per il nostro ombra La letteratura internazionale sull'argomento sta cominciando a diventare considerevole per ampiezza e qualità degli studi. Per citarne solo alcuni tra i più importanti, possiamo ricordare, ad esempio, gli studi che confermano la presenza di una relazione diretta fra consistenza numerica degli organici infermieristici e:

- mortalità dei pazienti (Aiken et al.; 2002, Cho et al.; 2008, Kane et al. 2007; Mark et al., 2004; Needleman et al., 2002; Sales et al., 2008);
- eventi avversi, quali le infezioni contratte durante la degenza, le lesioni da pressione, le cadute e i soccorsi mancati (Lang et al., 2004; Lake, Cheung, 2006; Needleman et al, 2002);
- altre misure di qualità (Kane et al., 2007; Kutney-Lee A., 2009).

Needleman e collaboratori in quest'ultima pubblicazione hanno esaminato, con uno studio osservazionale, i dati provenienti da un grande ospedale universitario statunitense. Sono stati esaminati i dati dei ricoveri dal 2003 fino al 2006, ad esclusione di quelli di pazienti pediatrici, ostetrici, psichiatrici e di riabilitazione. Sono state selezionate quindi 43 Unità

operative (di degenza ordinaria, di area critica e di semi-intensiva). Per ogni Unità operativa sono stati ricavati i dati di condizioni cliniche e di durata della degenza dei pazienti, oltre alla durata e alla composizione di ogni turno. Il campione finale è rappresentato da 197.961 ricoveri e da 176.696 turni.

L'indagine si è svolta in uno dei migliori ospedali universitari statunitensi, classificato come magnet-hospital e con organici infermieristici fra i più elevati del paese[3]. La mortalità attesa per questo ospedale è una delle più basse della media degli ospedali statunitensi. La letteratura indica che quando il carico di lavoro infermieristico è elevato, diminuisce la sorveglianza dei pazienti e aumenta il rischio di eventi avversi. Per misurare gli effetti dell'esposizione dei pazienti a turni con carichi di lavoro elevati, gli Autori hanno costruito degli indicatori di organici al di sotto del numero programmato e con elevato turnover di pazienti, fattori che contribuiscono all'aumento del carico di lavoro degli infermieri. Nell'articolo si fa riferimento a un monte-ore ottimale di presenza degli infermieri per ogni turno: gli effetti sui pazienti sono generati quando gli infermieri sono presenti per delle ore inferiori al monte-ore ottimale[4]. Si sono contati quindi tutti i turni nei quali gli infermieri erano dedicati all'assistenza diretta al paziente per un numero di ore maggiore di 8 al di sotto dell'organico programmato (per esempio: se numero di ore di presenza di infermieri programmate per un turno = 24, e numero di ore di presenza effettiva di infermieri = 14, il contato come presenze infermieristiche inferiori Poiché è del tutto evidente che la domanda di assistenza infermieristica aumenta se vi è un alto numero di ammissioni, di trasferimenti e di dimissioni, gli Autori hanno rilevato anche il turnover dei pazienti; un turno è stato considerato come ad alto turnover quando la somma di tutti i movimenti dei pazienti nel turno è risultata uguale o superiore alla media deviazione standard dei movimenti dei pazienti per In un ospedale con una storia di organici superiori alla media e con un tasso di mortalità che è sostanzialmente inferiore a quello atteso in base al suo case mix, gli Autori hanno notato che il rischio di morte aumenta con l'esposizione a turni con ore di presenza infermieristica inferiori di almeno 8 ore rispetto al monte-ore programmato oppure con turni nei quali il turnover dei pazienti è molto elevato. Lo studio dimostra che il rischio di morte aumenta del 2% per ogni turno con presenze al di sotto del monte ore programmato e del 4% per ogni turno con elevato turnover.

Gli Autori sottolineano l'importanza della flessibilità nella determinazione dei numeri degli organici, in modo che gli infermieri presenti possano soddisfare al meglio le necessità dei pazienti nel proprio turno. Gli Autori sostengono inoltre che i modelli di costruzione degli organici infermieristici che rendono possibile l'adattamento costante, turno per turno, delle presenze degli infermieri in relazione alle caratteristiche cliniche dei pazienti ospiti costituiscono una delle componenti più importanti delle organizzazioni che offrono servizi sanitari.

Nello studio si sostiene che è altrettanto interessante l'aspetto del turnover dei pazienti, perché i modelli di costruzione degli organici tengono conto solo di rado degli effetti sui carichi di lavoro di un elevato numero di ammissioni, trasferimenti e dimissioni. Lo studio suggerisce che è necessario tenere conto dell'entità del turnover sia nella programmazione degli organici sia nell'aggiustamento quotidiano.

I rilievi degli Autori suggeriscono che gli ospedali, gli enti finanziatori (per esempio, le assicurazioni che coprono le spese sanitarie) e tutti coloro che sono interessati alla qualità dell'assistenza devono essere in grado di valutare la frequenza con la quale gli organici effettivi degli infermieri rispondono alle reali necessità dei pazienti.

Nel prossimo futuro, sostengono gli Autori, si svilupperanno dei nuovi sistemi di rimborso degli ospedali che supereranno i limiti dell'attuale sistema a Drg, che premia i volumi di

attività prodotta, per tendere invece a premiare la qualità delle cure sanitarie offerte e, soprattutto, l'efficacia dei servizi resi. Questi nuovi sistemi di rimborso terranno sotto stretto controllo i costi e i risultati dell'assistenza infermieristica[5].

Needleman e collaboratori sostengono, in conclusione del loro articolo, che i risultati del loro studio potranno essere utili per spostare l'attenzione del dibattito attualmente in corso negli Stati Uniti su quali siano gli effetti degli organici sui risultati dell'assistenza infermieristica sui pazienti per ragionare invece su come gli attuali sistemi di rimborso e quelli futuri potranno riconoscere e premiare gli sforzi degli ospedali per assicurare organici infermieristici adeguati alle necessità dei pazienti.

In conclusione si può commentare che è probabile che l'interesse della letteratura internazionale verso le caratteristiche degli organici infermieristici derivi in minor misura dall'attenzione verso il contributo infermieristico alle cure sanitarie, maggiormente invece da una valutazione di natura economica, con particolare attenzione alla correlazione tra organici infermieristici ridotti e aumento della mortalità. A sostegno di questa opinione vi è il fatto, citato dagli Autori dello studio in questione, che negli Stati Uniti alcuni enti finanziatori stanno cominciando a seguire l'esempio dei gestori dei programmi *Medicare e Medicaid*[6], riducendo i pagamenti dei costi ospedalieri associati ad alcuni eventi sensibili all'assistenza infermieristica comparsi in seguito al ricovero in ospedale, come lesioni da pressione e infezioni urinarie catetere correlate.

Due piccole annotazioni conclusive: Kane et al. (2007), pur confermando l'esistenza di una correlazione statisticamente significativa fra mortalità dei pazienti e organici infermieristici, suggeriscono che siano implementate delle ulteriori ricerche sulla competenza degli organici infermieristici, sulle caratteristiche dei pazienti, sulle caratteristiche degli ospedali e sulla qualità dell'assistenza erogata dai medici. Diya et al. (2011) suggeriscono di utilizzare, negli studi che tendono a dimostrare che gli organici infermieristici adeguati riducono la mortalità, metodi statistici molto severi per verificare l'attendibilità del valore della mortalità o delle vite salvate.

#### Note

- [1] Il termine inglese *staffing* si riferisce alla composizione di uno staff; può essere tradotto con "organico", inteso nelle sue caratteristiche qualitative (qualifiche dei componenti: nel nostro caso, presenza di infermieri laureati, di infermieri diplomati, di Oss, ecc.) e quantitative. Il termine può anche indicare il processo di composizione di un organico.
- [2] Cfr. Orlandi C., Composizione dell'équipe assistenziale e qualità dell'assistenza negli ospedali. Management Infermieristico, 2, 2005, 14.
- [3] Negli Stati Uniti sono attivi da molti anni dei sistemi di classificazione degli ospedali in base alle loro caratteristiche qualitative. Gli Autori citano, per esempio, il *Dartmouth Atlas* che è un atlante di tutte le istituzioni sanitarie statunitensi, che redige periodicamente dei report sulla qualità delle diverse istituzioni (<a href="http://www.dartmouthatlas.org/">http://www.dartmouthatlas.org/</a>). I magnet-hospital presentano caratteristiche organizzative così favorevoli che riescono a trattenere al loro interno per più tempo i professionisti sanitari, contenendo al massimo il loro turnover. Anche nel nostro Paese si sta sviluppando una certa attenzione a questo argomento.
- [4] Negli Stati Uniti gli ospedali calcolano gli organici e le presenze giornaliere ottimali con dei sistemi informatizzati che hanno una valenza scientifica, tant'è che gli Autori li definiscono "ben calibrati e verificati". Uno di questi sistemi, a cui fanno riferimento gli Autori, è realizzato dalla società QuadraMed (<a href="http://www.quadramed.com/">http://www.quadramed.com/</a>). Anche nel nostro Paese stiamo cominciando ad avere a disposizione dei sistemi analoghi per il calcolo dell'organico ottimale, sensibili alla complessità dei pazienti e validati sul piano scientifico. Il sistema per il quale lo stato di sviluppo è

più avanzato è senza dubbio il metodo Map (Metodo delle attività professionalizzanti), sviluppato dalla Federazione Ipasvi: anche in Italia ben presto potremo avere quindi dei dati confrontabili sul piano internazionale.

[5] Un esempio di un nuovo sistema di rimborso degli ospedali è il sistema Prometeo (De Brantes, 2009), che tiene conto non più delle prestazioni erogate, come nel sistema a Drg, ma dei singoli episodi di pazienti curati.

**[6]** *Medicare e Medicaid* sono i nomi dei due programmi assicurativi finanziati dal Governo degli Stati Uniti, in vigore dal 1965. Medicare copre i costi sanitari per le persone con più di 65 anni o con gravi disabilità fisiche permanenti o con malattie congenite gravi. Medicaid copre invece i costi sanitari per persone a bassissimo reddito. Con il passare degli anni e con il progressivo e costante aumento della spesa sanitaria statunitense (i due programmi costano insieme il 23% del debito pubblico totale degli Stati Uniti, più della Difesa, che costa il 20% del debito pubblico; gli Stati Uniti inoltre, spendono per la salute dei propri cittadini circa il 16% del proprio Pil, contro il 9,1% dell'Italia – fonte: Ocse, 2008) *Medicare e Medicaid* sono stati costretti a trovare le modalità più efficaci ed accettabili sul piano etico per ridurre le proprie spese.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction*. JAMA, 2002, 288, (16) 1987-1993.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. *Educational levels of hospital nurses and patient mortality*. JAMA, 2003, 290 (12), 1617-1623.
- Cho SH, Hwang JH, Kim J. *Nurse staffing and patient mortality in intensive care units*. Nursing Research, 2008, 57, 5, 322–330.
- De Brantes F, Rosenthal MB, Painter M. Building a bridge from fragmentation to accountability the Prometheus payment model. N Engl J Med, 2009, 361, 1033-1036.
- Diya L, Van den Heede K, Sermeus W, Lesaffe E. *The use of 'lives saved' measures in nurse staffing and patient safety research, statistical considerations*. Nursing Research, 2011, 60, 2, 100-106.
- Donaldson N, Shapiro S. *Impact of California mandated acute care hospital nurse staffing ratios, a literature synthesis*. Policy, Politics & Nursing Practice, 2010, 11 (3), 184-201.
- Flynn M, McKeown M. *Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research*. Journal of Nursing Management, 2009, 17, 759-766.
- Kane RL et al. The association of Registered nurse staffing levels and patient outcomes systematic review and meta-analysis. Medical Care, 2007, 45, 12, 1195-1204.
- Kutney-Lee A, Lake ET, Aiken LH. *Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile*. Research in Nursing & Health, 2009, 32, 217–228.
- Lake ET, Cheung RB. *Are Patient Falls and Pressure Ulcers Sensitive to Nurse Staffing?* West J Nurs Res, 2006, 28, 654-677.
- -Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A. *Nurse staffing and healthcare outcomes, A systematic review of the international research evidence*. Advances in Nursing Science, 2005, 8 (2), 163-174.
- Lang T. et al. *Nurse–Patient Ratios, A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes.* Journal of Nursing Administration, 2004, 34, 7/8, 326-337.
- Mark BA. *A longitudinal examination of hospital Registered Nurse staffing and quality of care*. Health Services Research, 2004, 39, 279-300.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. N Engl J Med, 2002, 346, 22, 1715-1722.
- Needleman J, Buerhaus P, Shane Pankratz V, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. *Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality*. N Engl J Med, 2011, 364, 1037-1045.
- Orlandi C, <u>Cos'è e come si può misurare la sorveglianza infermieristica? Alcuni spunti dal dibattito internazionale sull'argomento</u>. L'infermiere, 2011;48:2:e1-e8.
- Sales A et al. The association between nursing factors and patient mortality in the veterans health administration, the view from the nursing unit level. Medical Care, 2008, 46, 9, 938-945.



#### **ESPERIENZE**

# Prendersi cura di chi assiste: accertamento della 'fatigue' nel caregiver della persona con sclerosi multipla

di Viola Schioser (1), Mary Biasutto (1), Franca Bilora (2)

- (1) Infermiera, Clinica Medica II Azienda ospedaliera di Padova
- (2) Medico, Clinica Medica II Azienda ospedaliera di Padova

viola.schioser@libero.it

La **Sclerosi multipla** (Sm) è un'importante malattia neurologica a carattere cronico degenerativo. Secondo l'Associazione italiana sclerosi multipla (Aism, 2009), nel mondo vi sono circa 1.3 milioni di persone affette da Sm, di cui 400.000 in Europa e 57.000 in Italia. L'età d'incidenza è compresa tra i 20 e i 40 anni e si accompagna a gravi forme di disabilità.

Gli aspetti fondamentali della patologia, oltre al danno primario dipendente dalla distruzione della mielina, influenzano la sfera psichica, sessuale e lavorativa. Tra i sintomi tipici del quadro si ritrovano: fatica nel 90% dei casi; annebbiamento della vista e diplopia; disturbi della sensibilità come formicolio; disturbi intestinali come stitichezza e incontinenza; disturbi urologici come minzione imperiosa; difficoltà ad iniziare la minzione; nicturia ed incontinenza (80%); atassia e disartria (25%); disturbi cognitivi che interessano la memoria e l'attenzione (50%). Di conseguenza, la qualità di vita percepita dalla persona e dal caregiver subisce un profondo peggioramento con l'evolvere della malattia.

A partire dagli anni Sessanta sono comparsi in letteratura numerosi studi relativi ai caregiver di pazienti con malattie croniche. Prestare loro assistenza è un compito stressante; in genere è una in particolare la persona che si impegna a prendersi cura del congiunto e spesso questo impegno assunto da uno dei familiari dà luogo progressivamente al distanziamento degli altri, delegando tutto al caregiver. Sostenere con competenza il caregiver significa alleviarne le difficoltà ed elevare la qualità dell'assistenza prestata. Un caregiver che riceve maggior sostegno sarà in condizione di incrementare l'assistenza che fornisce.

La cura della Sm prevede anche la presa in carico delle persone che accompagnano e accudiscono questi malati.

#### La fatigue: un nuovo sintomo

Nel 1996 Jay Rosenberg definì la *fatigue* della Sm come "la mancanza soggettiva di energia fisica e/o mentale percepita dall'individuo o da chi se ne occupa". Negli stessi anni Carpenito-Moyet elaborò la diagnosi infermieristica di *fatigue*, definendola come lo "stato riconosciuto dalla persona, nel quale essa prova un forte e opprimente senso di esaurimento e una diminuita capacità di lavoro fisico e mentale a livello consueto che non sono alleviati dal riposo".

Molti fattori partecipano allo stress psicofisico del caregiver di persone con malattia cronico degenerativa. La maggior parte di questi sono correlati al carico assistenziale protratto nel tempo: quelli *fisiopatologici*, determinati dalla carenza di sonno ed a situazioni di salute non sempre ottimali dello stesso caregiver; quelli *psicologici* (ansia, depressione, stress); quelli situazionali, correlati alla riduzione delle relazioni sociali e all'eccessiva richiesta in termini di responsabilità di ruolo.

La *fatigue* è oggi riconosciuta come un sintomo tipico del paziente, ma anche del caregiver; tuttavia quest'ultimo continua a essere poco considerato.

#### La fatigue del caregiver

Abbiamo esplorato la *fatigue* presso un Day service neurologico afferente ad un Ospedale regionale del Nord Est Italia, in riferimento a un gruppo di caregiver di pazienti con Sm; il fine era quello di verificare l'impatto che essa può determinare sulle dimensioni bio-psico-sociali del quotidiano e fornire orientamenti utili alla presa in carico del caregiver del paziente con Sm (luglio-agosto 2010).

La valutazione della *fatigue* è stata effettuata mediante apposita scala validata: la *Modified Impact Fatigue Scale* (Mifs). Quest'ultima è stata somministrata telefonicamente al careviger, preceduta da opportuna spiegazione mediante lettera inviata al medico di famiglia, finalizzata anche al consenso informato. La Mifs è un questionario di autovalutazione, composto da 21 affermazioni, alle quali gli assistiti rispondono con un indicatore di frequenza da 0 (mai) a 4 (sempre), per un punteggio totale che va da 0 a 84. Analizzando le risposte è possibile valutare con quale frequenza la *fatigue* abbia pesato sulle attività di tipo cognitivo, psicosociale e fisico ovvero nelle tre aree indagate nel questionario.

Sono stati somministrati 36 questionari equamente ripartiti tra maschi e femmine. L'età media degli intervistati è di 50 anni; la maggioranza dei caregiver è rappresentata dal marito della persona con Sm (44%). Il 64% dei rispondenti ha un lavoro e il 53% possiede come titolo di studio la scuola media superiore. L'89% dei casi non presenta malattie e non assume farmaci (**Tabella 1**).

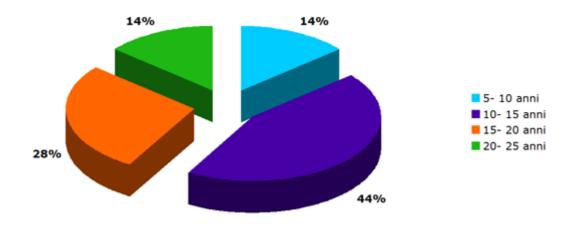
**Tabella 1** - Caratteristiche socio demografiche dei caregiver (campione)

ETA'	Numero dei soggetti	Media
20- 29	1	25
30- 39	7	34
40- 49	9	46
50- 59	9	53
60- 69	7	63
70- 79	3	74
SESSO		%
Maschio	18	50%
Femmina	18	50%
RUOLO		%
Marito	16	44%
Moglie	7	19%
Figlio	5	14%
Familiare	1	3%

Padre	2	6%
Madre	5	14%
PROFESSIONE		%
Occupato	23	64%
Disoccupato	4	11%
Altro	9	25%
LIVELLO DI SCOLARITA'		%
Scuola elementare	8	22%
Media inferiore	4	11%
Media superiore	19	53%
Formazione universitaria	5	14%
PATOLOGIE		%
Nessuna	33	89%
Ipertensione	2	5%
Depressione	1	3%
Emicrania	1	3%
FARMACI ASSUNTI		%
Nessuno	33	89%
Antipertensivo	2	5%
Antidepressivo – statina	1	3%
Nimesulide	1	3%

Riguardo agli assistiti, la prevalenza è di sesso femminile (64%) con età media di 47 anni; il 75% non aveva, precedentemente la malattia, un lavoro. Il 42% dei soggetti esaminati affetti da Sm presenta una malattia remittente, il 58% la forma secondariamente progressiva. Il 50% dei pazienti effettua terapia con Interferone ed il 22% terapia con anticorpi monoclonali. La durata media di malattia è di 10-15 anni per il 44% dei pazienti (16) e 15-20 anni per il 28% (10) (**Figura 1**).

Figura 1 – Distribuzione percentuale degli assistiti in relazione alla durata di malattia



I caregiver intervistati assistono i familiari con un livello di disabilità intorno al valore 6.5 (rilevato con la scala Edss), che corrisponde al valore di costante assistenza a carico di entrambi gli arti o inferiori (stampelle, ortesi ecc.) per il cammino di 20 metri senza

fermarsi. Riguardo la *fatigue*, dai test somministrati è emerso quanto segue: - il 55% dei caregiver presenta un livello di *fatigue* intorno al valore medio di 14.4 per quanto concerne la dimensione fisica indagata dalla scala, che secondo l'interpretazione può essere considerato moderato. Riguardo il sub test psico sociale, il 21% degli esaminati presentava un livello medio di 5.4 e rispetto la sfera cognitiva il 24% presenta un punteggio medio di 6.3, considerato anch'esso moderato (**Figura 2**).

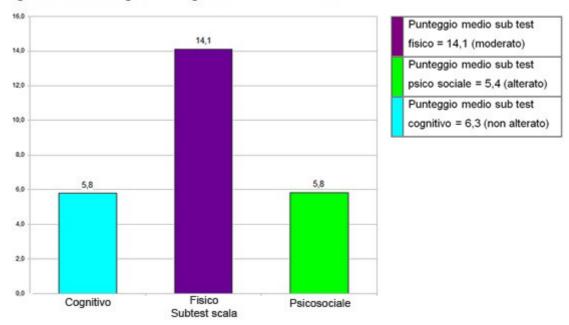


Figura 2 - Livelli di fatigue nei caregiver secondo la scala Mifs

Suddividendo poi i caregiver in base al sesso, si è evidenziato che riguardo la dimensione fisica l'alterazione è sovrapponibile, mentre vi sono differenze per gli altri aspetti: per i maschi l'alterazione è maggiormente di tipo psico sociale, per le femmine di tipo cognitivo (**Figura 3**).

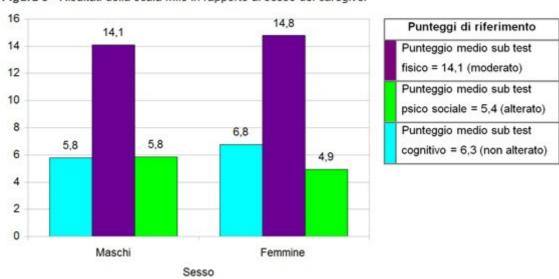


Figura 3 - Risultati della scala Mifs in rapporto al sesso dei caregiver

Il problema fatique per la dimensione fisica del caregiver emerge già all'età di 30 anni

#### (Tabella 2).

Tabella 2 - Età dei caregiver e media dei sub test indagati dalla Mifs

Età caregiver	Totale (μ)	Cognitivo (μ)	Fisico (μ)	Psico sociale (μ)
20- 29 anni	16,0	6,0	8,0	2,0
30- 39 anni	18,3	4,9	9,3	4,1
40- 49 anni	26,6	6,0	15,1	5,4
50- 59 anni	25,6	5,9	14,7	5,0
60- 69 anni	29,1	7,4	15,7	6,0
70- 79 anni	31,3	7,3	17,0	7,0

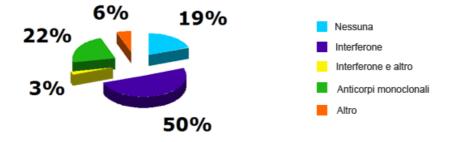
La *fatigue* fisica non si correla con la scolarità, mentre la cognitiva è inversamente proporzionale alla scolarizzazione, anche se non significativa (**Tabella 3**).

Tabella 3 - Livello di scolarità e media dei sub test indagati dalla Mifs

Scolarità caregiver	Totale (μ)	Cognitivo (µ)	Fisico (μ)	Psico sociale (μ)
Scuola elementare	31,9	8,9	17,1	5,9
Media inferiore	29,3	5,8	17,3	6,3
Media superiore	23,4	5,5	13,0	4,0
Formazione universitaria	24,8	5,6	13,6	5,6

La *fatigue* fisica aumenta anche se il caregiver è disoccupato o pensionato. Ancora, la terapia con Interferone del congiunto aumenta il livello di *fatigue* fisico percepito dal caregiver (**Figura 4**).

Figura 4 - Distribuzione percentuale della fatigue in base alla terapia degli assistiti



#### **Discussione**

Nella realtà esaminata abbiamo visto come il sintomo *fatigue* sia percepito maggiormente a livello fisico e che il suo esordio è intorno ai 30 anni. Tenendo presente la durata della malattia e il progressivo peggioramento, si può ipotizzare che anche il caregiver avrà una progressione sintomatologica. Abbiamo anche rilevato che la condizione lavorativa è un fattore che influenza positivamente il sintomo, forse perché il familiare ha nel lavoro la possibilità di distaccarsi dalla situazione stressante (Patti, 2007).

Riguardo alla dimensione cognitiva e psico sociale, abbiamo visto una differenza tra caregiver uomini e donne; queste ultime si sentono più limitate per quanto concerne memoria, concentrazione, capacità di elaborazione del pensiero, assunzione di decisioni, mentre i maschi lamentano maggiormente la partecipazione all'attività sociale e svolgere attività lontane dal proprio domicilio.

Alla luce di questi risultati appare evidente come l'infermiere debba prendersi cura non solo del paziente con Sm, ma anche del caregiver.

Al fine di ridurre la *fatigue*, si possono pianificare i seguenti interventi specifici per il caregiver:

- accertare il ritmo sonno-veglia per evidenziare eventuali privazioni di sonno;
- valutare lo stato nutrizionale in eccesso o difetto, in quanto influenza lo stato fisico e/o psicologico;
- fornire supporto alla pianificazione delle attività giornaliere, identificando delle priorità;
- aiutare a ricercare supporto nella famiglia, tra gli amici, nella rete sociale;
- incoraggiare a mantenere i ruoli rivestiti prima dell'esordio della malattia, stimolandolo nella ricerca di spazi e momenti di svago.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Danni M (2009). La gestione della fatica nella Sclerosi multipla; 4, 8 10. Edizioni Seed, Torino.
- Finlayson M, Dahl Garcia J, Preissner K (2008). *Development of an educational programme for caregivers of people aging with multiple sclerosis*. Wiley InterScience; 15 (1), 4 17.
- Millefiorini E (2009). *Il ruolo del caregiver nel supporto al paziente con Sclerosi multipla*. Multiple Sclerosis Overview; 4 5.
- Patti F, Amato MP, Battaglia MA, Picaro M, Russo P, Solaro C, Trojano M (2007). *Caregiver quality of life in multiple sclerosis: a multicentre Italian study.* Multiple Sclerosis Overview; 13, 412 419.
- Penner IK, Raselli C, Stöcklin M, Opwis K, Kappos L, Calabrese P (2009). *The Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC): validation of new instrument to assess multiple sclerosis- related fatigue.*Multiple Sclerosis Overview; 15 (12), 1509 1517.



#### **ESPERIENZE**

## Espertizzazione dell'Operatore socio sanitario (Oss) di Blocco operatorio: un'esperienza operativa

di Tatiana Bertini

Infermiera, Asf 10 Blocco operatorio, Ospedale di Borgo San Lorenzo - Firenze tatiani.bertini@asf.toscana.it; tatiana.bertini@alice.it

L'inserimento di operatori e professionisti nel Blocco operatorio necessita forse più che altrove di un percorso di espertizzazione mirato: occorre infatti individuare le competenze necessarie ad infermieri ed Oss che vi operano, aggiornandole e monitorandole costantemente, per garantire la sicurezza di assistiti e colleghi tutti, che possono e devono contare sulla collaborazione di personale orientato e competente.

Per questo il nostro gruppo ha ritenuto irrinunciabile:

- pianificare un periodo dedicato all'inserimento/espertizzazione dei neo-arrivati al servizio;
- verificare periodicamente il mantenimento delle competenze necessarie (e la compensazione di eventuali carenze);
- prevedere dei retraining per attività svolte raramente e dopo lunghe assenze dal lavoro.

Il Blocco operatorio dell'ospedale di Borgo San Lorenzo è multi specialistico, con annessa la centrale di sterilizzazione. Le sale operatorie dedicate ad interventi di chirurgia, ginecologia, urologia e angiologia vengono gestite da un team costituito da 2 Infermieri ed 1 Oss (I, II e III operatore). Questo è anche il team presente il sabato pomeriggio e reperibile di notte e nei festivi, che si occupa di urgenze ed emergenze.

Infermieri ed Oss ruotano nelle attività di rispettiva competenza; gli Oss, in particolare, trovano il loro impiego:

- in centrale di sterilizzazione, prendendo in carico: dalla decontaminazione alla sterilizzazione del materiale, le procedure di tracciabilità, il controllo funzionalità delle macchine (settimanale e giornaliero), la verifica della validità del ciclo;
- nell'accoglienza del paziente, ricevendolo dal e al nastro trasportatore del blocco o dal e all'unità di degenza la notte e i festivi, con registrazione anagrafica nel registro operatorio;
- in pre-sala, monitorizzando e compilando la check paziente di competenza;
- in sala, riordinando e sanificando tra un intervento e l'altro e a fine seduta; collaborando o col ferrista per l'apertura di materiale sterile ed eventuale sua registrazione (es. garze) o con l'anestesista per la predisposizione di campi sterili se l'infermiere di sala è occupato (es. per inserimento c.v.c.); o con l'infermiere di sala nella compilazione delle check, nel controllo luci sul campo operatorio, nel controllo del funzionamento delle apparecchiature (bisturi elettrico, colonne

endoscopiche, aspiratori), nel posizionamento del paziente sul letto operatorio per l'intervento e per l'esecuzione di anestesie periferiche;

- in sala risveglio, controllando drenaggi e parametri del paziente;
- nelle attività esterne alle camere operatorie, con lo stoccaggio di presidi (es. divise, zoccoli), front-office con l'esterno (emoteca, laboratorio, farmacia, accoglienza tecnici, accettazione ed invio esami istologici).

#### Percorso d'inserimento/espertizzazione dell'Oss

Giungendo nel Blocco operatorio, l'Oss trova un'organizzazione molto diversa da quella di altri servizi: qui infatti è fondamentale avere/acquisire competenze di assistenza diretta, logistico organizzative e collaborative.

Per assicurare questo, abbiamo individuato 3 obiettivi principali da raggiungere (illustrati in altrettante schede e comprensivi di più sotto obiettivi, come da esempio in **Figura 1**):

- 1. autonomia nelle attività/ruolo di Oss esterno:
- 2. autonomia nelle attività/ruolo di III operatore di sala;
- 3. autonomia nella centrale di sterilizzazione (dove di notte e nei festivi è l'Oss l'unico reperibile generalmente attivato).

Figura 1 - Scheda d'inserimento dell'Oss di Blocco operatorio

Obiettivo:

Al termine del periodo, l'operatore sarà in grado di svolgere le attività assegnate all'Oss di Sala operatoria Oss: Assegnare uno dei seguenti punteggi in relazione alle competenze richieste: assente Osufficiente insufficiente 6 buona scarsa Ottima Indicatori per l'attività di sala I Colloquio Dopo 3 Dopo 7 Osservazioni settimane settimane Descrive, applica, rispetta le norme di asepsi Elenca il materiale in uso, ubicazione, approvvigionamento, conservazione Applica, senza omissioni od errori, la procedura di accoglienza del cliente in S.O. Collabora correttamente ed efficacemente al posizionamento del paziente sul letto operatorio Utilizza autonomamente gli apparecchi elettromedicali più semplici: colonne endoscopiche, bisturi elettrico Collabora correttamente nelle attività di sala, integrandosi con gli altri operatori in modo critico e

Risultato minimo accettabile: sufficienza in 12/12 sotto obiettivi

#### Date ipotetiche

	I Colloquio	II Colloquio	III Colloquio	Autonomia
Data				

#### Date effettive e n.° di sotto obiettivi raggiunti

	I Colloquio	II Colloquio	III Colloquio	Autonomia
Data e n.º sotto obiettivi raggiunti				

		rm	

Tutor		 	
Neo inserito			

Il raggiungimento di questi obiettivi prende il via con una specifica scheda di autovalutazione (es. **Figura 2**), relativa al grado d'inserimento (ingresso nel blocco operatorio, autonomia come III operatore di sala, autonomia in centrale di sterilizzazione); l'autovalutazione viene ripetuta ad ogni cambiamento di setting e annualmente allo scopo di:

- evidenziare punti di forza e di debolezza di ognuno, per colmare eventuali carenze con interscambi o riunioni formative;
- sensibilizzare l'operatore all'autovalutazione, monitorandosi costantemente nelle proprie competenze e stimolandolo all'autoformazione o alla richiesta di formazione esterna.

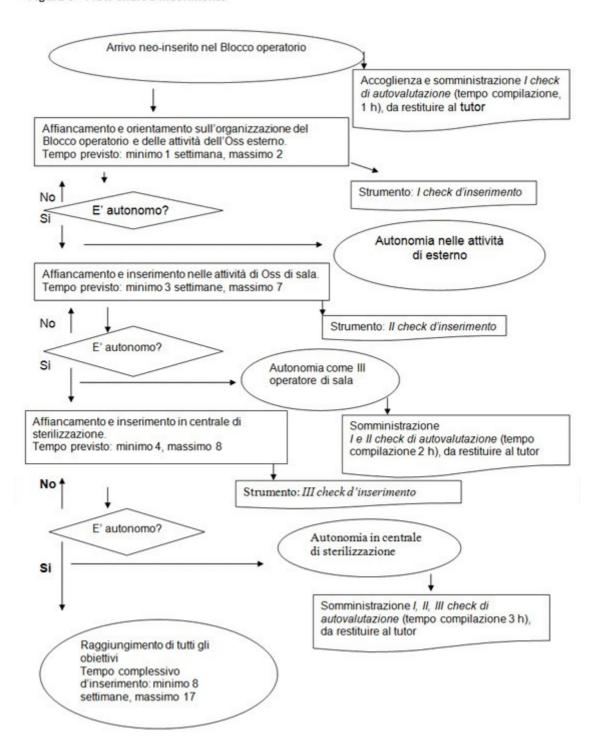
Figura 2 - Questionario di autovalutazione dell'Oss di Blocco operatorio

Competenze all'ingresso							
Oss:	:Data:						
Indica con uno dei seguenti puntego tabella qui sotto:	gi il tuo livello d	li competenza per	ciascuna di quelle indicate nell				
1 assente 2 insufficiente 3 scarsa	Ğ	sufficiente buona ottima					
Conoscenze			Commenti e proposte di miglioramento per la formazione continua				
Monitoraggio pazienti							
O2 terapia							
Cura drenaggi	Toracico	Addominale					
Tecnica lavaggio sociale delle mani							
B.L.S.	Data certificazione	Data re-training					

Tutti gli step prevedono l'affiancamento a un tutor, il quale oltre ad essere responsabile del buon inserimento dell'operatore entro i tempi previsti, con gli strumenti a sua disposizione (questionari di autovalutazione e schede d'inserimento), deve verificare e pianificare le attività svolte dal neo-inserito.

Il momento in cui vengono somministrate le check di valutazione delle competenze e i questionari di autovalutazione è illustrato in **Figura 3**.

Figura 3 - Flow chart d'inserimento



#### Dove siamo arrivati?

A parità nella media dei tempi di espertizzazione, implementando questo percorso abbiamo ottenuto una riduzione dell'ansia da prestazione e un aumento nella sicurezza delle attività del neo-inserito. Di conseguenza, la certezza di prestazioni adeguate ha determinato una riduzione di eventi critici e quindi un miglioramento verso la gestione del rischio clinico.



#### **ESPERIENZE**

## Nursing e riabilitazione nello stomacare

di Carlo Talucci (1), Armando Mottola (2), Caterina Galletti (3), Maria Luisa Rega (4)

- (1) Infermiere Dipartimento di scienze chirurgiche, Policlinico "A. Gemelli", Roma
- (2) Infermiere coordinatore Dipartimento di scienze chirurgiche, Policlinico "A. Gemelli", Roma
- (3) Coordinatore didattico del Corso di Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche e Scienze Ostetriche - Università Cattolica del S. Cuore, Roma
- (4) Infermiere coordinatore, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Tlc79@libero.it

La qualità di vita del paziente stomizzato si modifica in relazione alle difficoltà che insorgono nel post-intervento, per lo stress a cui è sottoposta la persona portatrice di stomia, sia dal punto di vista sociale (a causa delle modificazioni del proprio ruolo all'interno della famiglia, con possibile isolamento sociale e alterazioni nelle relazioni con il partner, con gli amici e con i colleghi) che psicologico (con depressioni e preoccupazioni, ansia, paure di recidive), entrambi correlati alle modificazioni della propria immagine corporea. La qualità di vita ed i sentimenti di vergogna provati da molti pazienti stomizzati (Delvin, Plant, Griffin, 1971) sembrano dipendere dal sostegno offerto dopo la dimissione dall'ospedale per facilitare il reinserimento nella comunità.

La continuità dell'assistenza è pertanto fondamentale ed è oggi garantita dai centri per la cura delle stomie; qui può essere richiesta una consulenza che agevola la persona nel riconoscimento precoce delle complicanze della stomia, nonché il relativo trattamento.

#### I centri italiani per pazienti stomizzati

Quali **servizi** hanno a disposizione gli stomizzati nel nostro Paese? Li abbiamo individuati attraverso il sito web della *Federazione Associazioni Incontinenti Stomizzati* (<u>www.fais.it</u>), per definire la geografia di questa rete; attraverso questi abbiamo indagato l'offerta agli utenti. In Valle D'Aosta e in Basilicata non risultava al momento della consultazione del sito alcun centro specializzato.

Il 93% dei centri è ubicato internamente alla struttura ospedaliera, con almeno 1 sala visita, 1 sala di attesa, 1 servizio igienico e 1 bagno medicale nel quale vengono effettuate le irrigazioni stomali. Nel 79% dei centri l'accesso del paziente è previo prenotazione attraverso lo stesso servizio. gestito dal medesimo personale sanitario, per telefono (52%) o tramite contatto diretto con l'ambulatorio (44%).

L'ambulatorio è aperto in media 3 giorni a settimana, con un orario medio di 4 ore la mattina e 3 ore nel pomeriggio,; solo 4 centri offrono 8 ore continuative mattina e pomeriggio. Il 37% dei centri tratta oltre 19 pazienti la settimana, il 28% 3-6 pazienti, il 24% 7-12 pazienti e l'11% 13-18 pazienti. Tali variazioni dipendono in genere dalla grandezza dell'ambulatorio stesso e dalla sua organizzazione (giorni ed orario di apertura, organico presente e prestazioni).

Il centro offre *visite agli stomizzati e irrigazione* dello stoma (quest'ultima non in tutti i centri). In percentuali minori sono effettuate endoscopie, eco-endoscopie e manometrie,

oltre a visite chirurgiche (29%) e medicazioni della ferita stessa (32%).

L'ambulatorio, nel 53% dei centri contattati, è collegato con altri servizi: per la consulenza alimentare col servizio dietetico (34%), per i problemi sociali con i servizi sociali (13%); per l'alterazione dell'immagine corporea che la stomia suscita e i problemi psicologici che derivano dalla sua non accettazione col servizio di psicologia (34%) e solo nell'11% dei casi ad altri servizi quali l'endoscopia e unità di degenza.

Il referente dell'ambulatorio indicato al paziente in caso di problematiche di urgenza è per il 70% dei centri l'infermiere, e per il 19% il medico dell'ambulatorio stesso o il chirurgo che ha confezionato la stomia. Questo avviene tramite contatto telefonico per il 57% dei casi e/o contatto diretto per il 38%. Le figure professionali presenti nell'ambulatorio per la maggior parte sono enterostomisti (38%), medici (34%) ed infermieri (18%); consulenti, volontari e personale di supporto sono rappresentati con percentuali minime (3,5%). L'organico infermieristico è per il 64% full time su questa attività, mentre per la restante percentuale è proveniente da unità operative affini.

Il 96%, degli infermieri ha svolto una formazione specifica: il 54% dei corsi Aioss (Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia), il 22% master dedicati e il 20% corsi formativi aziendali. Solo il 67% delle realtà indagate organizza corsi di formazione/aggiornamento sulla gestione delle stomie per il personale sanitario e/o di supporto, più o meno strutturati e con diversa periodicità.

L'attività di *stoma care* è prestata prevalentemente sulla base di linee guida e protocolli che derivano da documenti internazionali: nel 53% dei casi questi vengono elaborati dal personale infermieristico dell'ambulatorio stesso; nel 22% dei casi dai responsabili infermieristici dell'organizzazione aziendale con fonti bibliografiche; nel restante 14% sono prodotti da altre fonti mentre l'11% deriva da documenti delle case produttrici di presidi per la gestione delle stomie.

L'educazione e/o gestione della stomia viene rivolta prevalentemente al paziente e al caregiver. Al termine dell'intervento educativo l'87% dei centri rilascia un promemoria scritto (guida o opuscolo) al quale la persona può far riferimento per un'adeguata gestione della stomia e per le abitudini di vita ad essa correlate.

Tabella 1 - Centri per l'assistenza ai pazienti stomizzati che hanno aderito all'indagine

Regione	Centri esistenti	Centri contattati	Centri aderenti
Abruzzo	11	8	5
Calabria	13	10	2
Campania	5	5	3
E. Romagna	23	13	13
Friuli V.G.	5	3	2
Lazio	3	2	1
Liguria	12	5	4
Lombardia	40	30	18
Marche	8	5	5
Molise	2	0	0
Piemonte	36	20	10

Puglia	6	3	1
Sardegna	3	1	1
Sicilia	16	3	2
Toscana	16	8	4
Trentino	3	2	2
Umbria	5	3	2
Veneto	18	11	7
Totale	225	127	82

#### Conclusioni

L'addestramento alla gestione della stomia è fondamentale per favorire il ritorno della persona in comunità. L'apprendimento delle abilità pratiche per la cura della stomia migliora l'indipendenza della persona assistita e questa enfasi sull'acquisizione delle capacità pratiche riflette il desiderio di autonomia della persona (Kelly, Henry, 1992). È solo mediante un intervento educativo mirato e ben programmato, rivolto sia alla persona con stomia che alla sua famiglia, che l'infermiere riuscirà a facilitare l'acquisizione di abilità nell'adattamento e nell'autogestione della stomia, con il fine di migliorare la qualità di vita della persona stomizzata e della sua famiglia (Ferraresi, Gaiani, Manfredini, 2004). Per le persone assistite molto importanti sono delle istruzioni scritte come promemoria per la gestione della stomia (per es. nella fase di sostituzione del presidio). Queste ultime devono essere semplici e concise per facilitare l'abilità pratica, ma non sostituiscono il vero processo di insegnamento-apprendimento di cui ha bisogno l'assistito (Davenport, 2003).

Importante è la competenza degli infermieri coinvolti in questi Servizi e la relativa necessità di progettare corsi per specialisti clinici in questo ambito. Il supporto logistico offerto dai centri ai pazienti è fondamentale per garantire loro l'adeguata continuità assistenziale.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Davenport R (2003). *Post operative stoma care*. In: D.C. Elcoat, ed. Stoma Care Nursing. Hollister Ltd, Berkshire.
- Devlin HB, Plant JA, Griffin M (2001). *Aftermath of surgery for anorectal cancer*.1971. In Pringle W., Swan E., Continuing care after discharge from Hospital for stoma patients, Br J Nurs, 10(19).1275-88
- Ferraresi A, Gaiani R, Manfredini M (2004). Educazione terapeutica. Carocci Faber, Roma pag 29-63
- Kelly M, Henry T (1992). A thirst for practical knowledge: stoma patient's opinions of the service they receive. Professional Nurse 7, 350-6.



#### **ESPERIENZE**

## Il dolore nell'anziano con demenza grave: la scheda Noppain a confronto con la valutazione tradizionale

di Mario Florio (1), Franca Bilora (2)

- (1) Infermiere Clinica medica II, Dipartimento di Scienze toraciche e cardiologiche dell'Università di Padova
- (2) Medico Clinica medica II, Dipartimento di Scienze toraciche e cardiologiche dell'Università di Padova

franca.bilora@sanita.padova.it

Il dolore dell'anziano è il prodotto di più patologie croniche potenzialmente debilitanti, come quelle osteoarticolari e vascolari, e fattori psicologici e sociali che possono modulare la percezione e la risposta al dolore. Nella malattia di Alzheimer le aree somatico sensitive corticali della persona sono conservate ed è mantenuta quindi la capacità di percepire gli stimoli dolorosi acuti, anche se spesso il soggetto non riesce a esprimerlo. Nelle fasi più avanzate della demenza, i disturbi di memoria sono talmente gravi da impedire al demente il ricordo del dolore: in questi casi è impossibile il vissuto del dolore cronico e il malato di Alzheimer percepisce soltanto il dolore acuto.

L'assessment del dolore in fase avanzata rimane sicuramente difficile e il suo corretto riconoscimento rimane una sfida per chi è accanto a queste persone. Quando il paziente non è più in grado di comunicare, il dolore da sintomo diventa segno. Si assiste anche a: alterazioni autonomiche (es. modificazione della Fc e della Pa); variazioni della mimica facciale, vocalizzazioni e movimenti del corpo, modificazioni improvvise dello stato cognitivo e del comportamento; alterazione della vita di relazione.

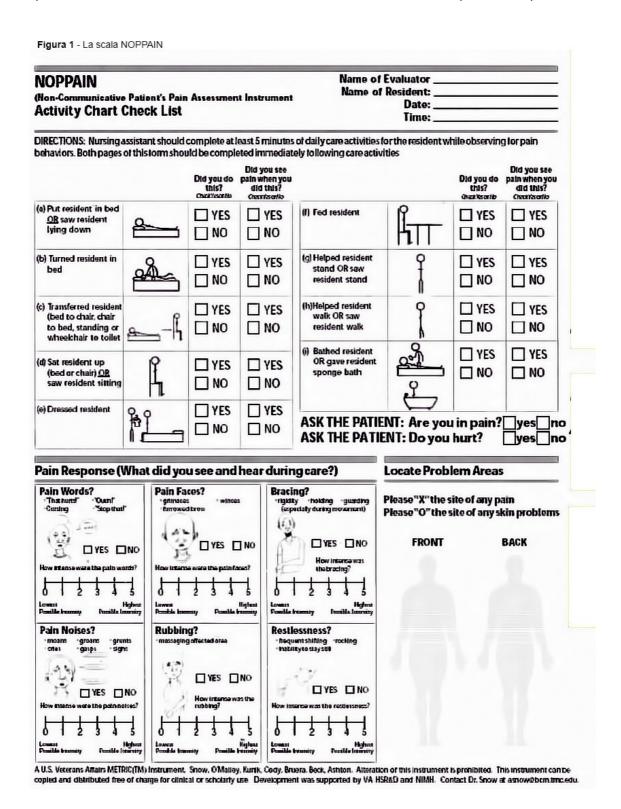
Il dolore non trattato provoca depressione e ansia, aggressività, stato confusionale, riduzione della socializzazione, disturbi del sonno, difficoltà di movimento e deambulazione e incremento dei costi di utilizzo dei servizi sanitari. Questi fattori influiscono sulla riduzione della qualità di vita, sull'aumento della disabilità e della mortalità. Negli Stati Uniti un ultra sessantacinquenne su 5 (18%) riceve terapia analgesica regolarmente e il 45% di questi sono stati visitati da 3 o più medici nell'ultimo anno a causa del dolore (Horgas et al., 2004).

Anche nel nostro Paese il problema è diffuso: su un campione di 3.046 anziani assistiti a domicilio in più di 25 Asl del territorio nazionale, più del 40% degli ultra sessantacinquenni manifestava dolore che interferiva con le attività quotidiane, come nei residenti in Rsa (33,3%) (Ferrel, 1990).

Date le dimensioni del problema, l'intervento dell'infermiere a favore della gestione del dolore è inderogabile, sebbene nell'anziano con decadimento cognitivo questo rappresenti una sfida. Gli strumenti per la valutazione del dolore non sempre permettono una rilevazione semplice e globale, pertanto il miglior compromesso consiste nell'usare più strumenti in base alle esigenze del paziente. A tal riguardo sono state messe a punto delle scale psicometriche dotate di maggior sensibilità, come la DS-DAT e la NOPPAIN.

#### Il dolore in Rsa

Adottando la scala del dolore NOPPAIN (**Figura 1**), si è valutata la sua efficacia per un gruppo di dementi anziani domiciliati presso una Rsa in provincia di Padova (Piove di Sacco), confrontandola con il metodo osservazionale tradizionale (**Tabella 1**).



**Tabella 1** – Esiti da rilevazione tradizionale del dolore e con scala NOPPAIN

Metodo di valutazione	Presenza di dolore	Intensità media dolore	Necessità di terapia antidolorifica
TRADIZIONALE	10 anziani su 26	4,1	3 anziani su 26
NOPPAIN	14 anziani su 26	5,4	22 anziani su 26

La NOPPAIN è stata utilizzata per i soggetti con Mini Mental State < 11, quindi con un'importante demenza, con 3 rilevazioni per ciascun anziano durante le cure igieniche mattutine e l'alimentazione. Contemporaneamente a questa rilevazione, un altro operatore esperto ha svolto una valutazione tradizionale del dolore per gli stessi anziani, comparando poi i risultati.

A seguito delle rilevazioni con lo strumento NOPPAIN si è verificato che:

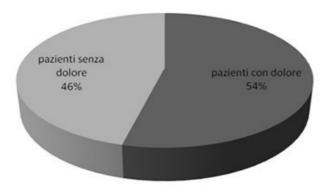
- la parte del corpo più dolente è risultata essere la zona sacrale, in 5 ospiti su 26 (tra questi solo 1 assumeva terapia antalgica periodicamente);
- il momento delle cure assistenziali in cui si è rilevata la maggior presenza di dolore è la mobilizzazione degli ospiti (vestizione, posizionamento ecc.), in 12 ospiti su 26 (e tra questi 12 solo 4 assumono terapia antidolorifica);
- il punteggio NOPPAIN per 12 anziani è risultato uguale a 0 (equivalente ad assenza di dolore), per gli altri 14 va da 9 a 28 punti.

Negli stessi soggetti la rilevazione tradizionale ha dato i seguenti esiti:

- presenza di dolore per circa 10 anziani su 26 osservati ;
- intensità media del dolore negli stessi 10 anziani rilevata con scala Vas (compilata da paziente e/o operatore sanitario) pari a 4,1 (dolore moderato);
- necessità di terapia antidolorifica a parere dell'infermiere per 4 pazienti sui 10 che presentavano dolore.

È stato interessante osservare come per molti anziani non in grado di comunicare verbalmente o di esprimere il proprio dolore, l'infermiere mediante rilevazione tradizionale, non abbia rilevato dolore, mentre per qualcuno di questi stessi anziani la rilevazione NOPPAIN ha dato dolore elevato (**Figura 2**).

Figura 2 - Rapporto pazienti-dolore nel gruppo di 26 anziani osservati con metodo NOPPAIN



Mettendo a confronto i due sistemi di valutazione, tradizionale e NOPPAIN, si è visto come quest'ultimo abbia dato luogo a riscontri del dolore diversi per quantità e qualità (presenza e intensità del dolore), di conseguenza la sua gestione con terapia antidolorifica adeguata.

#### L'organizzazione per il dolore negli anziani

Alla luce di questa esperienza, si è verificato che la valutazione del dolore in pazienti che non riescono a comunicare è difficoltosa e a volte non permette al professionista di cogliere la vera causa del problema e risolverla. Nei pazienti con decadimento cognitivo più grave la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'infermiere: spesso un'agitazione improvvisa o un comportamento insolito possono rappresentare la modalità con cui il paziente cerca di comunicare la propria sofferenza. Tuttavia resta difficile questi pazienti misurare l'intensità del in Per questo si rendono particolarmente utili delle schede infermieristiche personalizzate, in cui raccogliere tutte le informazioni dirimenti rispetto al dolore: alterazioni del comportamento (mimica facciale, andatura, postura ecc.) e loro caratteristiche (momento della variazione, possibile causa ecc.). Sarebbe utile riservarvi anche uno spazio per le osservazioni delle altre figure professionali (fisioterapista, logopedista, psicologo, educatore professionale ecc.) e trascrivere se si è ricorsi all'intervento medico e la prescrizione nel caso conseguente. Infine in ogni scheda dovrebbe essere presente la valutazione del dolore NOPPAIN, per rilevazioni periodiche e di conseguenza rivalutazioni della terapia antalgica: all'ingresso in struttura, in occasione di ogni visita, in ogni caso a cadenze regolari.

Questa esperienza vuole contribuire ad attirare l'attenzione su un fenomeno ancora sottovalutato nella clinica, per il quale la ricerca potrà dare un importante contributo, aiutando l'anziano demente a potersi comunque esprimere.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Minuzzo S (2004). Nursing del dolore. Roma, Carocci Faber.
- Horgas AL, Elliot AF (2004). *Pain assessment and management in person with dementia*. Nurs Clin North Am; 39: 593-606.
- Ferrel BA, Ferrel BR, Osterweil D (1990). Pain in the nursing home. J Am Geriatr Soc, 38:409-14.



#### NORME E CODICI

# L'esercizio abusivo di professione infermieristica. La visione poco professionale della Cassazione penale. Un caso

di Antonino Zagari (1), Chiara Caccavale (2)

- (1) Giurista esperto di Diritto sanitario
- (2) Infermiera, IRCCS "E. Medea" Bosisio Parini (LC)

La definizione dei rapporti che intercorrono tra infermiere e operatore di supporto ha rivestito in questi ultimi anni un'importanza crescente, specie in riferimento a quei momenti in cui tali figure oltre a *incontrarsi*, devono più specificatamente *integrarsi*. Questo articolo è dedicato al commento di una sentenza della Cassazione Penale[1], riguardante un operatore di supporto condannato in primo grado per **esercizio abusivo di professione infermieristica**, per aver somministrato un farmaco (il gardenale) e per aver falsificato la firma di un'infermiera sul relativo registro di carico e scarico.

La Suprema Corte ha annullato la sentenza della Corte d'Appello ritenendo che il fatto non sussista.

Al fine di comprendere i vari passaggi di quanto accaduto, si procede ad una sintesi dei fatti.

Così come detto, l'operatore di supporto veniva condannato in primo grado per il reato di esercizio abusivo della professione infermieristica, sia per aver somministrato il suddetto farmaco (gardenale) che per aver falsificato la firma sul registro di carico e scarico del farmaco. La Corte d'Appello (secondo grado di giudizio) ha ritenuto che l'esercizio abusivo della professione d'infermiere venga integrato "non già dal compimento di attività tecniche riservate esclusivamente agli abilitati, ma dalla mera apposizione di alcune firme sul registro di scarico del medicinale".

"La Corte condivide inoltre l'orientamento del primo giudice, secondo il quale rilevante ai fini dell'integrazione del delitto di cui all'art. 348 c.p. non è il fatto che l'imputato [...] abbia o meno somministrato il gardenale, visto che tale medicinale non necessita di particolare abilità infermieristica potendo anche essere *autosomministrato*, ma il fatto che l'imputato abbia svolto un'attività rientrante nella competenza degli infermieri professionali, quale lo scarico dei medicinali somministrati ai pazienti". Per questo motivo la condanna di esercizio abusivo veniva sì confermata, ma solo per aver apposto la firma e non per aver somministrato il farmaco.

La Corte di Cassazione ha stabilito che è corretta e coerente con i prevalenti indirizzi giurisprudenziali la decisione operata dalla Corte d'Appello, nella parte in cui esclude che la somministrazione del farmaco gardenale possa integrare il reato di esercizio abusivo della professione. Nel contempo, la Cassazione annullava la condanna anche per la falsificazione della firma, adducendo le seguenti motivazioni: "indipendentemente dalla natura e dalla finalità che può rivestire l'annotazione su registro dell'avvenuta somministrazione del farmaco, una simile attività non richiede particolari requisiti di

competenza tecnica tipici della professione di infermiere. L'annotazione a registro è un'attività susseguente alla somministrazione del farmaco e ad essa condizionata, per cui non è logico pretendere che essa sia effettuata da infermieri professionali, cui tuttavia non è riservato alcun compito esclusivo per la somministrazione del farmaco. Il cosiddetto 'scarico' del medicinale può quindi essere inquadrato, al più, fra quegli atti che pur difettando di tipicità nel senso sopra indicato, rientrano tuttavia fra gli atti connessi all'attività professionale".

Ne deriva che, con questa sentenza, la Cassazione ha stabilito che gli atti caratteristici strumentali appaiono comunque inidonei a configurare il reato di esercizio abusivo della professione nei casi, come quello deciso, in cui si registra l'assenza dei caratteri della continuità e della professionalità. Quindi la Corte di Cassazione ha annullato senza rinvio la condanna, perché il fatto non sussiste.

È bene chiarire da principio che il metodo di analisi del caso utilizzato dalla Suprema Corte è di tipo deduttivo. In altri termini, seguendo il ragionamento deduttivo si parte da una o più premesse teoriche di carattere generale e attraverso l'osservazione dei fenomeni si arriva a dedurre delle condizioni particolari che ne siano la logica conseguenza. Questo metodo è efficace, però, solo ed esclusivamente se l'affermazione generale di partenza è vera.

Da un'analisi delle **premesse generali** addotte dalla Cassazione troviamo due importanti affermazioni da cui la stessa deduce la nullità della sentenza impugnata:

- al punto 13 della sentenza si afferma: "[...] si è ritenuto che non debbano rispondere del delitto in esame i soggetti che [...] si limitino alla somministrazione di farmaci ed alla pratica delle iniezioni sottocutanee, non richiedendo tali operazioni specifiche nozioni o particolari abilità o conoscenze specifiche. Corretta e coerente con i prevalenti indirizzi giurisprudenziali appare [...] la decisione operata dalla Corte d'Appello di Salerno, nella parte in cui esclude che la somministrazione del farmaco gardenale potesse integrare il reato di esercizio abusivo della professione";
- al punto 15 si dice "[...] in assenza di qualsivoglia spiegazione offerta dai giudici di merito, il collegio non può esimersi dall'osservare che, indipendentemente dalla natura e dalla finalità che può rivestire l'annotazione su registro dell'avvenuta somministrazione del farmaco, una simile attività non richiede particolari requisiti di competenza tecnica tipici della professione di infermiere. L'annotazione a registro è poi un'attività susseguente alla somministrazione del farmaco e ad essa condizionata. Ora, non sembra rispondente a canoni logici pretendere che essa sia effettuata da infermieri professionali, cui tuttavia non è riservato alcun compito esclusivo per la somministrazione del farmaco, compito che esso solo potrebbe assicurare l'effettività di un controllo sulle modalità, sui tempi, e sulla correttezza della somministrazione. Il collegio ritiene pertanto che il cosiddetto 'scarico' del medicinale possa essere inquadrato, al più, fra quegli atti che, pur difettando di tipicità nel senso sopra indicato, rientrano tuttavia fra gli atti connessi all'attività professionale";
- ancora: al punto 16 si afferma che, secondo un orientamento giurisprudenziale minoritario[2], gli atti strumentalmente connessi agli atti tipici della professione (atti c.d. "caratteristici", da tener distinti dagli atti riservati) possono assumere rilievo ai fini della configurabilità del reato di cui all'art. 348 c.p. Essi, però, secondo la stessa interpretazione minoritaria qui citata, sono suscettibili di valutazione ai fini della configurabilità del reato solo a condizione che vengano compiuti in modo continuativo e professionale.

Le premesse generali addotte dalla Cassazione, necessarie per il ragionamento deduttivo

conseguente, risultano errate per i seguenti motivi:

- 1. non è vero, aldilà dei "prevalenti indirizzi giurisprudenziali", di cui si avvale la Suprema Corte a giustificazione della decisione, che la somministrazione di farmaci e la pratica delle iniezioni sottocutanee non richiedendo specifiche nozioni o particolari abilità o conoscenze specifiche. Infatti, ci duole rammentare che il profilo professionale, Dm 739/94, richiamato dalla legge n. 42 del 1999, chiarisce, senza equivoci o interpretazioni, che l'infermiere "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche", locuzione che non si rintraccia in alcun altro profilo di professioni sanitarie o socio sanitarie. L'atto del somministrare, infatti, presume sia la capacità di valutare le condizioni cliniche della persona a cui è rivolta la prescrizione, sia di decidere, per esempio, di mettere in atto altre risorse, laddove le circostanze lo richiedano. Capacità, quest'ultime, che si acquisiscono mediante lo studio di talune discipline quali la farmacocinetica e la farmacodinamica. È pertanto inaccettabile l'ipotesi secondo cui la somministrazione di un farmaco non richieda "specifiche nozioni o particolari abilità o conoscenze specifiche";
- 2. per quanto riguarda la liceità dell'annotazione sul registro di scarico da parte dell'operatore di supporto, giustamente indicata come "un'attività susseguente alla somministrazione del farmaco e ad essa condizionata", risulta inaccettabile che tale attività sia considerata solo alla stregua di una banale annotazione per gli stessi motivi di cui sopra, volendo in questo modo ricalcare la stessa deducibilità utilizzata dalla Suprema Corte. Vale la pena ricordare, che la legge n. 49/06 (si noti che la sentenza in esame è cronologicamente successiva) introduce importanti modifiche al Testo unico in materia di stupefacenti di cui al Dpr 309/90, la quale prevede l'obbligo di carico e scarico dei farmaci sostitutivi degli stupefacenti, tra cui la categoria dei barbiturici. Il registro di carico-scarico dei farmaci stupefacenti serve ad avere innanzitutto un controllo sulla quantità in giacenza, a tutela che non vengano sottratti per fini diversi. A conferma di ciò si sottolinea che l'infermiere è tenuto ad indicare le eventuali "unità di farmaco" che non risultino in giacenza perché in qualche modo inutilizzabili (per esempio in caso di rottura di una fiala o perché ne è sopravvenuta la scadenza). L'atto di controllo/verifica, affinché non si duplichi la terapia, avviene invece mediante l'apposizione della firma dell'infermiere sulla scheda di terapia (ove tra l'altro sono riportati i criteri di somministrazione del farmaco in oggetto) e non sul registro di carico-scarico. È talmente vero quanto affermato che non vi è dubbio alcuno che tale registro sia da considerarsi "atto pubblico", in quanto redatto da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie attribuzioni e vidimato dal Direttore sanitario, o da un suo delegato, che provvede alla sua distribuzione. Questa parte è stata recentemente integrata dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12 e successive circolari, che ha previsto la conservazione del registro di carico e scarico per due anni dall'ultima registrazione, in ciascuna unità operativa, a cura del responsabile dell'assistenza infermieristica;
- 3. è chiara la ratio della norma: contemperare il controllo accurato della disciplina degli stupefacenti, con la necessità, parimenti riconosciuta dallo stesso legislatore in maniera chiara, legata all'utilizzazione terapeutica delle medesime sostanze. Appare chiaro, dunque, che lo scarico di questo farmaco non rappresenta un atto formale per "evitare che gli operatori succedenti nei turni potessero duplicare la terapia", bensì un atto importante, che rientra a pieno titolo nel processo terapeutico di somministrazione e registrazione delle terapie;
- **4.** per quanto riguarda l'autosomministrabilità del farmaco, ci si chiede a quale tipo di classificazione abbia fatto ricorso la Corte territoriale nel dichiararne l'effettiva natura del gardenale. L'espressione farmaco di autosomministrazione è forse assimilabile alla

definizione farmaci di automedicazione? L'assimilazione dei due termini non è plausibile, posto che il farmaco in questione è vendibile solo previa esibizione di ricetta medica[3]. Se il termine viene dunque utilizzato nel suo significato più stretto, e cioè la possibilità da parte della persona di determinarne autonomamente la somministrazione, ne deriva come conseguenza logica che l'operatore di supporto possa somministrare la maggior parte dei farmaci e che, allo stesso tempo, possa spuntarli nei registri appositi. Affermazione quantomeno pericolosa. Sembra quasi che la Corte territoriale utilizzi il termine autosomministrabile a sinonimo di innocuo, cosa nell'eventualità contestabile, se si pensa a farmaci come la morfina, ugualmente autosomministrabili, ma non per questo innocui. Senza alcuna volontà di fare inutili ipotesi, si chiede quale sarebbe stata la posizione del giudice se la somministrazione di quella dose di gardenale avesse, per qualsivoglia motivo, cagionato la morte del paziente. L'ipotesi più probabile sarebbe stata quella di omicidio colposo causato da imperizia, poiché l'atto terapeutico (somministrazione) è stato posto in essere da un soggetto non abilitato alla somministrazione della terapia in questione.

La **perizia** è il connubio fra conoscenze teoriche e abilità pratiche. Essa è più in generale la competenza con cui si esegue un atto/prestazione. Con quali motivazioni il giudice avrebbe potuto non ritenere responsabile l'Oss, il quale in modo autonomo procede alla somministrazione delle terapie senza possedere di fatto tale competenza? Bisogna inoltre chiarire che il far assumere non equivale al somministrare (Benci, 2002). La prima attività è rivolta unicamente ad aiutare o ad accertare che il paziente assuma la terapia, mentre la seconda comporta una serie di valutazioni, relative per esempio all'appropriatezza di dosaggio, di orario, di indicazione, di eventuali effetti collaterali possibili e valutabili a volte solo successivamente l'avvenuta prescrizione medica. La seconda attività (la somministrazione) può avvenire solo da parte dell'infermiere, o sotto la sua responsabilità per alcuni casi specifici, il quale in caso di erronea valutazione delle circostanze ne sarà responsabile. Non potrebbe essere altrimenti posto che è l'infermiere che deve garantire la corretta esecuzione delle prescrizioni terapeutiche e non l'operatore di supporto.

A tal proposito si è espressa anche la giurisprudenza amministrativa così come statuito dal **Tar[4]** della Regione Toscana e dal Consiglio di Stato il quale afferma che "...la somministrazione di medicine particolari (antiepilettici, cardiotonici psicofarmaci) a soggetti disabili, richiede la valutazione del momento della loro somministrazione e perciò una qualificazione, oltre che esperienza professionale non posseduta dagli interessati (Asa). Con la conseguenza che la somministrazione di tali farmaci è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse da quelle infermieristiche, ribadendo che "se pure la somministrazione dei farmaci prescritti non richiede la qualifica di infermiere professionale, ma è pur sempre necessaria per lo meno quella di infermiere generico ai sensi del'art. 6, comma 1 punto 8), Dpr 14 marzo 1974 n. 225, che comunque non è posseduta dai ricorrenti originari[5]".

Quanto commentato è a dimostrazione del fatto che non sempre il rigore metodologico delle sentenze può essere incondizionatamente dato per scontato. Si ritiene, infatti, che le vicende oggetto di valutazione da parte della Magistratura non si possano sempre considerare una rappresentazione fedele dell'ampio problema costituito dalla responsabilità professionale degli infermieri. Esse piuttosto rappresentano la patologia della professionalità sulla quale è bene riflettere: l'insegnamento fondamentale che può derivare sta nella considerazione secondo cui la giurisprudenza può assumere un valore formativo solo se letta in modo comparato con le norme deontologiche e le competenze professionali. Qualsiasi altro modo di procedere, infatti, sarebbe privo di fondamento sostanziale: da un lato perché la realtà dei casi e dell'esperienza concreta non possono

essere ricondotti a modelli rigidi; dall'altro perché, come detto, il rigore metodologico delle sentenze non può essere incondizionatamente dato per scontato.

Certamente un valido contributo nel dirimere le controversie di carattere giuridico, circa l'effettiva sussistenza dei presupposti alla base della fattispecie di reato, riconducibile all'esercizio abusivo della professione infermieristica, potrebbe provenire dai Collegi lpasvi, i quali, come auspicabile, dovrebbero forse prendere parte ai processi in materia. In tal modo, taluni orientamenti della giurisprudenza non conformi alla realtà fattuale potrebbero essere finalmente mediati, arrivando ad esprimere giudizi più corretti.

Gli organi giudicanti, inoltre, potrebbero essere sensibilizzati circa l'opportunità e l'importanza di coinvolgere nei giudizi anche infermieri forensi, e non solo medici legali, quali periti chiamati a pronunciarsi su cause che riguardano appunto il vivere e l'agire quotidiano dell'infermiere. In considerazione, infatti ,dei presupposti secondo cui "la perizia è ammessa quando occorre svolgere [...] valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche [...]"[6] e che la nomina del perito da parte del giudice avviene tramite "gli appositi albi o tra le persone fornite di particolare competenza nella specifica disciplina"[7], ci si chiede chi, più di un infermiere, possieda le suddette particolari capacità e competenze per addurre delle valutazioni nella specifica disciplina infermieristica.

Se è vero, così come sostiene Aristotele, che "si può agire con giustizia solo se si conoscono il soggetto, i mezzi e lo scopo dell'azione" che si giudica, allora più che mai risulta indispensabile il coinvolgimento degli infermieri forensi, i quali conoscono il soggetto (la professione infermieristica), i mezzi (cioè le reali circostanze in cui l'infermiere opera) e lo scopo dell'azione (cioè le eventuali prestazioni/atti in esame ed il razionale scientifico che le sottendono). Diversamente l'agire professionale adeguato unicamente alle sentenze del giudice penale, senza una lettura critica e sistematica delle stesse, potrebbe enfatizzare la prospettiva negativa della responsabilità; prospettiva nella quale il confronto tra i professionisti resta comunque teso, poiché ciascuno cerca di giustificare il proprio comportamento censurato di inadeguatezza o illiceità, spostandone le conseguenze su altri.

Tale visione della responsabilità non risulta assolutamente in linea con quanto richiamato dal **Codice deontologico** della professione infermieristica, il quale guida ed esorta l'infermiere "nello sviluppo e nel comportamento eticamente responsabile", indicando che l'assistenza infermieristica è al "servizio alla persona e alla collettività" e precisando ancora che la responsabilità dell'infermiere consiste nel "curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo".

#### Note

- [1] Cassazione Penale sez. VI n. 26829 del 29 luglio 2006
- [2] Cassazione. n 49 Rivista 223215, 08/10/2002 08/01/2003, sezione VI, Notaristefano
- [3] Farmaci SOP (senza obbligo di ricetta medica) e OTC (Farmaci da banco o di automedicazione)
- [4] Tar Toscana, II sez., sentenza 11 giugno 1998, n. 552
- [5] Consiglio di Stato Sez. V. Sent. n. 1384 del 09.03.2010
- [6] Art. 220 comma 1 c.p.p.
- [7] Art. 221 c.p.p.



#### SCAFFALE

### Procedure infermieristiche in Pediatria

di Pierluigi Badon - Alessandra Zampieron

Casa editrice Ambrosiana, Rozzano (Mi), 2010 pagine 565, euro 44,70



Il libro presenta, in modo esaustivo e dettagliato, le più comuni **procedure infermieristiche** in ambito neonatale e pediatrico, suffragate dai recenti risultati della ricerca. La bibliografia, ricca e aggiornata, dimostra come la pratica assistenziale non possa autogiustificarsi, ma piuttosto basarsi sulle prove di efficacia.

Tali procedure sono il risultato di un lungo lavoro portato avanti da un folto gruppo di infermieri clinici esperti, con l'obiettivo di fornire concreti strumenti operativi, condivisibili a livello nazionale e facilmente verificabili, grazie a criteri validati, idonei alla valutazione della qualità assistenziale, in ambito pediatrico.

Il testo, primo e unico nel suo genere in Italia, era molto atteso dagli studenti di Infermieristica pediatrica e da tutti gli infermieri

che lavorano con i bambini, poiché risponde sia alla necessità di apprendere agevolmente le modalità per effettuare una prestazione infermieristica in modo corretto, nel rispetto della specificità dell'ambito descritto, sia a quella di standardizzare gli interventi assistenziali, basandosi sulle evidenze e coinvolgendo attivamente le famiglie.

L'impostazione è chiara e scorrevole; già il primo capitolo offre la chiave di lettura di tutto il volume e fornisce la definizione del modello assistenziale prescelto: il *Family Centered Care* (Fcc), ovvero la famiglia al centro del processo assistenziale, attivamente coinvolta e fondamentale presenza per il raggiungimento della migliore assistenza al figlio, con la dettagliata descrizione, in ogni procedura, dell'educazione terapeutica al *caregiver*.

Nel libro si distinguono due sezioni fondamentali:

- la prima dal titolo *Assistenza al bambino: considerazioni in età evolutiva*, descrive il modello Fcc, presenta gli aspetti auxologici e nutrizionali, descrive l'approccio farmacologico e non al dolore e le particolarità inerenti la somministrazione dei farmaci nelle diverse fasi dell'età pediatrica;
- la seconda, *Procedure pediatriche*, descrive mediante 112 schede le procedure più frequenti, secondo uno schema *standard*: definizione, responsabilità, contesto di esecuzione, materiale occorrente, preparazione e valutazione del bambino e della famiglia, procedura, valutazione e documentazione, assistenza al bambino e alla famiglia, situazioni impreviste, riferimenti bibliografici.

Questo schema standard è chiaramente innovativo rispetto ad altri testi di analogo argomento, poiché favorisce l'apprendimento sia in fase di formazione di base che di aggiornamento, e contribuisce alla risoluzione dei problemi nella pratica clinica, fornendo

informazioni complete, organizzate e documentate.

Assolutamente nuove e squisitamente attinenti alla realtà pediatrica le sezioni presentate in *Preparazione e valutazione del bambino e della Famiglia* e in *Assistenza al bambino e alla Famiglia*, nelle quali vengono illustrate le differenze assistenziali nelle varie fasi dell'età pediatrica, gli aspetti correlati alla sicurezza, alla mobilità, alla paura, al comfort, all'approvazione/consenso da parte del bambino alla procedura.

Soltanto alcune procedure sono corredate di disegni, fondamentali per rendere più chiaro il testo e accattivare l'attenzione del lettore; è pertanto auspicabile che, in una prossima futura edizione, possano essere estesi a tutte le schede e, magari, integrati con immagini fotografiche.

Per la completezza dei temi trattati, per gli approfondimenti offerti e per l'aderenza alle esigenze della professione infermieristica pediatrica italiana, questo testo rappresenta un reale strumento di lavoro per le attività quotidiane nelle unità operative. Ancora una volta gli autori sono riusciti a offrire all'infermiere pediatrico un'opera didatticamente aggiornata e, al contempo, uno strumento che contribuisce all'implementazione delle competenze professionali dei singoli professionisti, elementi fondamentali per assicurare la migliore assistenza al bambino malato e alla sua famiglia.

#### Giuliana D'Elpidio

Direttrice Corso di laurea per infermiere e infermiere pediatrico Sede Polo didattico Piergiorgio Frassati, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Università di Roma "Tor Vergata"



#### SCAFFALE

## L'infermiere case manager - dalla teoria alla prassi

di Paolo Chiari, Antonella Santullo

McGraw-Hill Milano, 2010 pagine 550, euro 38,00 Seconda Edizione



Il testo, alla sua seconda edizione, propone una rassegna sistematica dell'evoluzione dei contenuti e delle esperienze sull'infermiere case manager, anche attraverso il contributo di numerosi collaboratori.

Nella presentazione del libro, a cura di Annalisa Silvestro, si leggono alcune considerazioni che ben inquadrano la rilevanza dell'argomento nell'ambito dell'esercizio professionale infermieristico, ambito in cui il case management si è sviluppato in modo peculiare, anche se non esclusivo, visto che tale metodologia può essere applicata da diversi professionisti dell'ambito sociale e sanitario.

La struttura del testo, sostanzialmente articolata in due parti, propone un iniziale inquadramento concettuale e successivamente numerose esperienze di applicazione in diversi contesti di cura.

È nella prima parte, costituita da sette capitoli, che si trovano approfondimenti sulla natura e la specificità metodologica del case management e gli esiti attesi da questo tipo di presa in carico, i modelli operativi e organizzativi che ne permettono l'applicazione, i ruoli e gli strumenti utilizzabili, nonché la diversa formazione del case manager oggi possibile; chiude la prima parte un capitolo dedicato alla responsabilità professionale di coloro che applicano il case management.

Nella seconda parte, che si sviluppa dal capitolo otto al capitolo diciannove, si affrontano, sempre a cura di diversi autori, gli ambiti applicativi di tale metodologia e vengono presentate le diverse esperienze. In particolare vengono descritti i seguenti ambiti di applicazione: neurologico, chirurgico, ortogeriatrico, cardiologico, nefrologico, oncologico, pediatrico, post-acuzie, salute mentale, assistenza infermieristica di comunità, assistenza domiciliare integrata, radioterapia, cardiologia e cardiochirurgia pediatrica, grandi ustionati. Ciascuna esperienza viene presentata attraverso l'analisi del background, del modello di riferimento, del setting di applicazione, delle metodologie e degli strumenti utilizzati, dell'attuazione e delle risorse, per pervenire ai risultati conseguiti e alle criticità riscontrate.

Con il contributo di molti autori, che in diversi casi sono già da tempo punto di riferimento per tutto il mondo professionale, il libro rappresenta un preziosissimo contributo per chi volesse rafforzare le proprie conoscenze sull'argomento, anche quale riferimento per intraprendere percorsi similari, a beneficio delle persone assistite e delle loro famiglie.



#### SCAFFALE

# Manuale di Pubblicazione dell'American Psychological Association

Edizione italiana a cura di Ercole Vellone e Rosaria Alvaro Edises, Napoli, 2011 pagine 257, Euro 20,00



Sin dal 1929 il Manuale di Pubblicazione dell'*American Psychological Association* (Manuale Apa) ha rappresentato un punto di riferimento per la comunicazione scientifica. Alcuni psicologi, antropologi e manager sentirono la necessità di dettare delle "regole di stile" per la scrittura scientifica, quindi pubblicarono un articolo breve con delle indicazioni per facilitare la comunicazione. A distanza di 80 anni, il *Manuale Apa* è diventato un volume di 257 pagine ed è giunto negli USA alla sua sesta edizione. Oltre che in inglese è stato pubblicato anche in spagnolo, portoghese, coreano, cinese e molte altre lingue, fino ad essere ora disponibile anche in italiano.

Il *Manuale Apa*, che era nato come necessità di una ristretta fascia di accademici, nel tempo è stato assunto come modello per la scrittura scientifica da diverse le discipline, tra cui anche

l'infermieristica. Molte facoltà infermieristiche del Nord America e del Nord Europa indicano il *Manuale Apa* quale testo di riferimento agli studenti, sia per la redazione di elaborati in itinere sia per la stesura delle tesi di laurea. Sono anche molte, ormai, le riviste infermieristiche che per la preparazione dei manoscritti rinviano i lettori a consultarlo. In effetti, lo potremmo definire come un protocollo di scrittura scientifica che facilita e assiste nella stesura di un documento (articolo, tesi, protocolli e procedure cliniche, elaborati a carattere scientifico). In particolare:

- stabilisce le regole etico/legali per la pubblicazione e l'editoria (authorship, pubblicazione doppia e frammentata, plagio e autoplagio, diritti dei partecipanti agli studi, conflitti di interesse);
- dà indicazioni su come strutturare i vari tipi di articoli (studi empirici, revisioni di letteratura, articoli teorici e metodologici, studi di casi);
- suggerisce come strutturare i manoscritti (titoli e sottotitoli, note dell'autore, sezioni del manoscritto);
- suggerisce tecniche per rendere la scrittura chiara e concisa;
- dà indicazioni sull'utilizzo della punteggiatura ed i vari tipi di carattere, delle abbreviazioni, dei numeri e dei simboli statistici;
- fornisce regole per rendere comunicative tabelle e figure;
- fornisce regole per riportare le citazioni bibliografiche e per scrivere la bibliografia;
- dà una panoramica su tutto il processo di pubblicazione, dall'invio del manoscritto alla sua pubblicazione definitiva;

- riporta (in appendice) le *Journal Article Reporting Standards* (Jars) e le *Meta-Analysis Reporting Standards* (Mars);
- infine, sul sito web dell'editore italiano (<a href="http://www.edises.it/AllVolumi/09\_Cap9-web.pdf">http://www.edises.it/AllVolumi/09\_Cap9-web.pdf</a>) riporta preziose indicazioni per la stesura di tesi di laurea secondo lo stile Apa.

Sulla base degli argomenti trattati, il *Manuale* sarà utile a chiunque (studente, collega o studioso) abbia la necessità o il desiderio di scrivere. Come si augurano già i curatori dell'edizione italiana, anche il sottoscritto spera che "il rigore imposto da questo Manuale (...) non riduca l'entusiasmo nello scrivere, perché se non si scrive la scienza muore".

Gennaro Rocco

#### 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 Drì, 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 <a href="www.ipasvi.it">www.ipasvi.it</a>, 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: <a href="mailto:federazione@ipasvi.legalmail.it">federazione@ipasvi.legalmail.it</a>