

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LV

4

**LUGLIO - AGOSTO
2011**



ISSN 2038-0712

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

La progettualità infermieristica come risorsa per l'innovazione del sistema, la razionalizzazione dei servizi e l'ottimizzazione dei percorsi di cura
di Annalisa Silvestro

● FOCUS

Infermieri: modificazioni dell'ambiente e sviluppo della professione
di Mario Del Vecchio

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Applicazione di un percorso per le cure di fine vita per pazienti oncologici terminali in una unità di Medicina Interna
di Gabriella Bordin, Alice Baldissera, Monica Borsato, Cinzia Bernardi, Elisabetta Cavallin, Luigi Lusiani, Lorena Sandonà

Successo e insuccesso accademico degli studenti infermieri, tendenze internazionali e nazionali: revisione della letteratura
di Angelo Dante, Alvisa Palese, Loreto Lancia

● CONTRIBUTI

L'E-learning in sanità: vantaggi e limiti
di Pietro Dri

● ESPERIENZE

Assistiti e consenso informato in ambito chirurgico
di Marina Vanzetta

Errore terapeutico in neonatologia: si può limitarlo con la gestione informatizzata del processo farmacologico?
di Salvatore Muscolo, Laura Plevani

I PICC per i pazienti oncologici
di Sergio De Nardi, Michela Bandiera Infermieri, formatori impianto e gestione PICC

La violenza verso gli operatori del Pronto soccorso
di Luigi Desimone

● Norme e Codici

Che cos'è il Codice per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno?
di Luisa Mondo

Linee guida in ambito sanitario e colpa professionale
di Giannantonio Barbieri, Elisabetta Palma

● Scaffale

Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche
di Claudia Caula e Alberto Apostoli

Il sistema qualità in pedagogia medica a cura
di Enrico Malinverno

Una lettera nella testa
di Andrea Pagani

Sono pronta
di Amalia Scoppola

Mani sul mio corpo. Diario di una malata di cancro
di Luciana Coèn

Dall'altra parte
di Sandro Bartoccioni, Gianni Bonadonna, Francesco Sartori



EDITORIALE

La progettualità infermieristica come risorsa per l'innovazione del sistema, la razionalizzazione dei servizi e l'ottimizzazione dei percorsi di cura

di Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi

Nel corso dell'anno abbiamo assistito a tanti e complessi accadimenti che hanno coinvolto il nostro Paese e l'intera collettività internazionale. I mesi trascorsi non sono stati facili e tante sono ancora le tensioni e le preoccupazioni per l'andamento dell'economia, per ciò che ne potrà derivare e per la tenuta sociale del nostro Paese.

Viviamo tutti con preoccupazione eventi complessi e difficili che impattano non solo sulla quotidianità di vita, ma anche sulle prospettive di mantenimento dei sistemi di garanzia sociale che ritenevamo certi e solidi nel loro divenire.

Tante sono le cose che vediamo messe in discussione nel proseguo del dibattito e del confronto che frequentemente assume toni aspri, senza offrire scenari in cui ritrovare il senso di un impegno forte di rinascita valoriale e operativa.

Anche il sistema salute è segnato, e in maniera significativa, dagli accadimenti economici. E' diffusa la preoccupazione per il mantenimento dell'attuale rete dei servizi e il confronto su come ridelineare, da una parte, l'offerta sanitaria per garantire la logica solidaristica che ha caratterizzato il nostro servizio sanitario per lunghi decenni e su come, dall'altra, perseguire la sostenibilità economica del sistema stesso.

Non è certo più il tempo di pensare che sia solo di altri – i decisori politici e i diversi stakeholder – la responsabilità di trovare risposte adeguate e corrispondenti alle aspettative di chi ha la necessità di utilizzare l'offerta sanitaria e di chi riempie di contenuti professionalmente alti i processi e i percorsi di cura e assistenza.

Da tempo sosteniamo che la nostra collettività professionale ha contenuti e progettualità che possono costituire un rilevante valore aggiunto per l'innovazione e la razionalizzazione della rete dei servizi sanitari e per l'ottimizzazione dei percorsi e dei processi di cura ed assistenza.

E' il momento di proporci e di cercare spazi di progettualità e di operatività che rendano fruibili al sistema ed alla collettività nazionale le nostre proposte, le nostre innovate ed evolute capacità e competenze professionali.

Sappiamo che un percorso proattivo e comunque fiducioso nelle prospettive future non è facile, come non è facile mantenere coerenza tra le asserzioni proclamate e la quotidianità dei comportamenti, degli atteggiamenti e delle azioni.

Ma sappiamo anche di essere fortemente sostenuti dai principi, dai valori e dalla nostra deontologia professionale così profondamente proiettata al bene e alla salvaguardia degli assistiti.

Non dobbiamo aver paura di dire, schierarci, proporre, fare.

Ci vengono pubblicamente riconosciuti serietà ed impegno; continuiamo ad agirli, mantenerli ed accrescerli in egual misura.



FOCUS

Infermieri: modificazioni dell'ambiente e sviluppo della professione

di Mario Del Vecchio

*Professore associato Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Firenze
Direttore Master in Management della sanità, Scuola di direzione aziendale, Università Bocconi*

Professioni e organizzazione

Definire cosa sia esattamente una **professione** non è semplice, ma in termini molto generali alcuni elementi possono essere presi a riferimento, quali:

- a) un corpo sufficientemente consolidato e distinguibile di saperi in grado di connotare l'unicità della professione in relazione alle funzioni svolte;
- b) un meccanismo formalizzato di trasmissione dei saperi e delle competenze ai nuovi membri, meccanismo che rappresenta anche la base per l'esercizio di un certo grado di monopolio da parte della professione (solo i membri *certificati* possono eseguire certi atti e assumere certi ruoli);
- c) l'esistenza di un apparato giuridico in grado di tutelare e rafforzare il monopolio dal punto di vista legale (l'esistenza di una fattispecie configurabile come 'esercizio abusivo della professione');
- d) la possibilità per i membri della professione nei differenti contesti nei quali operano di applicare effettivamente e in autonomia le proprie conoscenze e competenze;
- e) un certo grado di riconoscimento sociale.

Evidentemente non tutte le dimensioni citate devono essere ugualmente sviluppate, ma dal punto di vista del funzionamento delle organizzazioni e dei sistemi una professione è tale quando riesce posizionarsi adeguatamente rispetto all'insieme di questi elementi. È bene sottolineare che questo modo di intendere la professione supera il mero aspetto formale (i titoli e l'esclusività giuridicamente tutelata di cui ai punti b e c) per comprendere aspetti di natura più sostanziale (contenuti distintivi, pratica effettiva, status), frutto di processi spesso complessi che si articolano su orizzonti temporali non brevi.

Il richiamo al concetto di professione è necessario in quanto le professioni e le loro reciproche relazioni giocano nel campo sanitario un ruolo di fondamentale importanza. I contenuti e l'organizzazione dei saperi, i confini che tra questi si stabiliscono, le modalità di trasmissione alle persone che hanno una *esclusiva* sulla concreta applicazione del sapere stesso, il modo in cui nelle organizzazioni i compiti vengono distribuiti tra gli appartenenti alle diverse comunità professionali sono tutti elementi che concorrono a definire non solo i risultati complessivi dei processi di cura in termini di efficacia ed efficienza, ma anche la nozione stessa di salute.

Per lungo tempo le strutture che producono servizi sanitari sono state caratterizzate da una predominanza della professione medica. Il loro intero funzionamento, dagli assetti

organizzativi alla distribuzione delle responsabilità, dava per scontato e sorreggeva una visione che vedeva nella professione medica l'unica professione cui fare riferimento. Le dinamiche rilevanti ai fini del funzionamento erano quindi quelle che animavano la professione medica al suo interno e che avevano come attori principali le diverse specialità e sub-specialità.

Il progressivo consolidamento della professione infermieristica, anche attraverso il fondamentale passaggio rappresentato dai titoli universitari, sta modificando profondamente il quadro e il tema di come costruire e fare funzionare un'organizzazione effettivamente multi-professionale è all'ordine del giorno. Da questo punto di vista, nonostante gli innegabili - e oggettivamente rapidi in relazione ai tempi di cui hanno usufruito altre professioni - progressi nel riconoscimento di un ruolo diverso alla professione infermieristica, appare sempre più evidente la necessità di rendere più robusto e rapido un processo di cui tutto il sistema e le singole aziende potranno avvantaggiarsi.

Il modello infermieristico e l'ambiente

Il punto critico è come la descrizione di un ruolo, su i cui contorni e contenuti non sembrano esservi molti dissensi espliciti, possa trovare concreta applicazione nel funzionamento dei servizi, nella loro organizzazione, nei processi decisionali e, in ultima analisi, nello status che alla professione viene riconosciuto. È evidente che gli ostacoli che rallentano l'evoluzione nella direzione desiderata, così come le leve che potrebbero essere utilizzate, sono molteplici e molte di esse sono al di là del perimetro esclusivo della professione. Ma è altrettanto evidente che alcune sono nella disponibilità degli infermieri, dipendono dalle scelte che la professione - implicitamente o esplicitamente - deciderà di operare.

Di fronte al tema di come contribuire attivamente ai processi di cambiamento in atto in relazione alle diverse dimensioni che caratterizzano una professione e alle loro reciproche interrelazioni, sono potenzialmente disponibili due approcci molto diversi che in una versione drammaticamente semplificata possono essere descritti come segue. Una prima posizione disegna ruoli e contenuti della professione a partire dal *sapere infermieristico* e dai suoi costanti e progressivi sviluppi. In questa prospettiva contribuire al processo di cambiamento significa creare o sfruttare le occasioni perché un modello ideale, preventivamente ed esogenamente determinato, possa trovare una sua coerente realizzazione. Un secondo approccio, pur tenendo fermi alcuni principi che la disciplina sviluppa, disegna ruoli e contenuti (il modello) anche in relazione alle occasioni che l'evoluzione dell'ambiente offre. In altri termini, ciò che gli infermieri dovrebbero fare e il ruolo che dovrebbero assumere dipendono anche dalle trasformazioni in atto o prevedibili nei contesti operativi e organizzativi in cui questi professionisti stessi operano. L'adozione dell'uno o dell'altro approccio produce differenze apprezzabili non tanto sul piano delle scelte di breve periodo e di natura essenzialmente tattica, quanto sulle prospettive che la professione assume e sulle priorità di medio periodo. Questioni di grande impatto e che si sviluppano su archi temporali relativamente lunghi come il tipo di specializzazioni da perseguire, la loro numerosità e quindi ampiezza in termini di aree coperte, la natura delle responsabilità gestionali e organizzative che agli infermieri devono essere assegnate, l'estensione dello spettro di competenze che caratterizzano la professione ed eventuali segmentazioni della categoria possono ricevere risposte molto diverse a seconda dell'approccio adottato.

In questa sede non si intende discutere delle ragioni che possono essere portate a sostegno dell'una o dell'altra posizione, quanto stimolare un dibattito segnalando due aree di cambiamento che stanno interessando le aziende sanitarie del nostro paese. Si tratta di

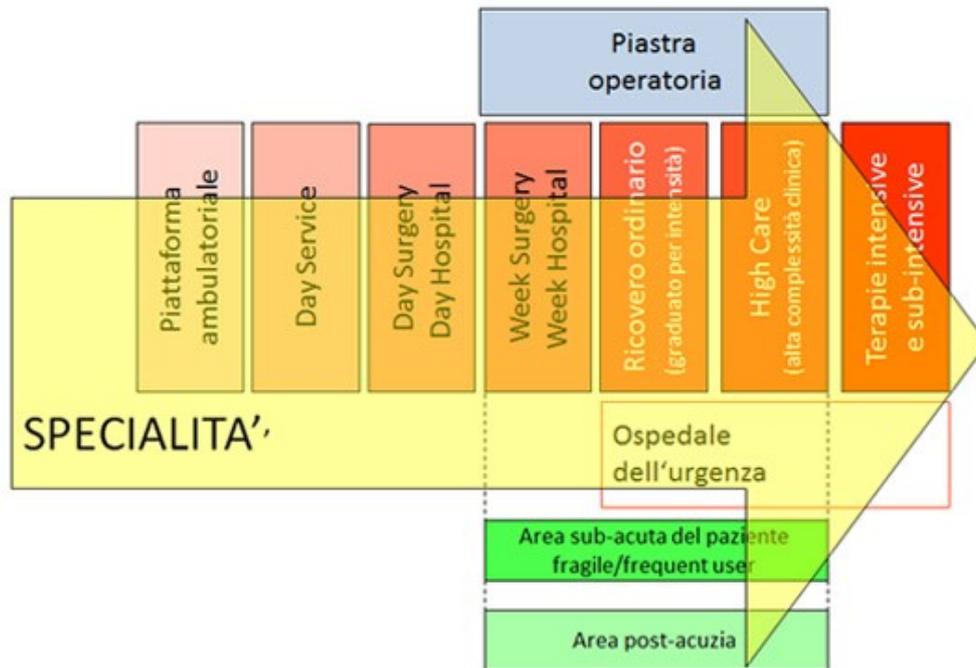
fenomeni che possono avere riflessi rilevanti sulla *questione infermieristica* e rispetto ai quali opportunità e minacce possono configurarsi in maniera profondamente diversa a seconda della prospettiva adottata. Infatti, considerare l'ambiente come il luogo dove un disegno deve realizzarsi o considerarlo, anche, come uno degli elementi che legittimamente concorre a definire il disegno stesso conduce a immaginare priorità e strategie diverse.

L'emergere della dimensione operativa

Le aziende a elevata intensità professionale, e quelle sanitarie in particolare, tendono fisiologicamente ad assumere le partizioni dei saperi e delle competenze come mappa di riferimento per la definizione degli assetti organizzativi e gestionali. Così, come già accennato, per lungo tempo le unità operative, soprattutto negli ospedali, sono state definite in relazione ai saperi e alle discipline che dei saperi erano espressione. L'emergere di nuove discipline o nuove professioni doveva, quindi, trovare puntuale riferimento nella creazione di nuove partizioni organizzative. Così è stato per le nuove specialità mediche, per le professioni che entravano negli ospedali (es. psicologi) e gli stessi infermieri hanno spesso perseguito una strategia di separazione organizzativa come condizione per il riconoscimento professionale. Anche la spinta alla dipartimentalizzazione, che ha caratterizzato le dinamiche organizzative di molte aziende nell'ultimo decennio e che ha rappresentato una risposta alla frammentazione prodotta dalle pressioni per un riconoscimento professionale, non è riuscita a modificare le logiche di fondo. I dipartimenti hanno sì aperto alcune prospettive, ma non sembrano nelle loro logiche avere rotto con il modello etnico su base professionale.

Sembra, invece, iniziare a emergere e progressivamente consolidarsi una tendenza di natura diversa. Di fronte alle pressioni che l'ambiente esercita, da molte parti si guarda con maggiore attenzione alla dimensione strettamente operativa rispetto a quella professionale. Ci si rende conto che il buon funzionamento di un'organizzazione sanitaria dipende dalle competenze, ma anche dalla razionalità dei processi operativi, dalla organizzazione di quella che può essere vista come una vera e propria 'catena produttiva'. In questa prospettiva l'ospedale tende a organizzarsi su due dimensioni distinte: da una parte le piattaforme operative, ordinate per tipologia di processi assistenziali svolti e dall'altra i tradizionali saperi (**figura 1**).

Fig. 1 L'organizzazione dell'ospedale



Un ragionamento per certi versi analogo, ma sicuramente più complesso e articolato, potrebbe essere svolto per l'area territoriale rispetto ai percorsi del paziente, che attraversano necessariamente i diversi servizi e le diverse competenze.

Questo cambiamento di orizzonte apre, indubbiamente, nuove prospettive e opportunità per la professione infermieristica. Se l'attenzione si sposta sui processi produttivi, se questi vengono assunti come dimensione prevalente per la strutturazione dell'organizzazione, gli infermieri sono i candidati naturali a diventarne i protagonisti, in quanto essi rappresentano la componente prevalente e fondamentale di tali processi. Sono loro che animano e governano l'infrastruttura - ora resa autonoma - che rende possibile l'esercizio degli atti clinici di natura medica.

L'opportunità di fondo è abbastanza evidente ed è quella di autonomizzare la dimensione assistenziale e di supporto, tradizionalmente assorbita nelle responsabilità gestionali e organizzative della professione dominante, e far valere la peculiare posizione degli infermieri nei processi assistenziali per assicurare adeguate prospettive di sviluppo alla professione, anche attraverso l'assunzione di maggiori responsabilità organizzative e gestionali.

Il perseguimento della prospettiva appena delineata pone però alcune questioni rispetto al **modello di professione**, prima fra tutte quella relativa alla natura e contenuti dei percorsi di specializzazione. L'identificazione delle 'piattaforme operative' come occasione di sviluppo professionale non può essere infatti priva di riflessi sul tema di quali siano gli assi e i confini di riferimento per la crescita di competenze degli infermieri. In termini molto concreti si tratta di capire se e come il modello per intensità di cure, o forme simili, possa convivere con le più consolidate traiettorie di specializzazione legate alle aree cliniche. Legata a questa vi è poi la questione relativa al rapporto che la professione immagina vi debba essere tra crescita professionale, ruoli di responsabilità sui processi operativi e assunzione di responsabilità manageriali. Il tema è particolarmente complesso e non può essere qui affrontato, ma potrebbe essere sufficiente ricordare come l'assunzione di

responsabilità gestionali e organizzative può aiutare o essere un segnale di crescita nello status di una professione, ma l'obiettivo primario non può che essere collegato alle competenze specifiche (professionali) e al loro effettivo utilizzo. Ciò si riflette nella definizione dei percorsi di carriera e nell'equilibrio tra percorsi legati al coordinamento e alla direzione e percorsi strettamente professionali.

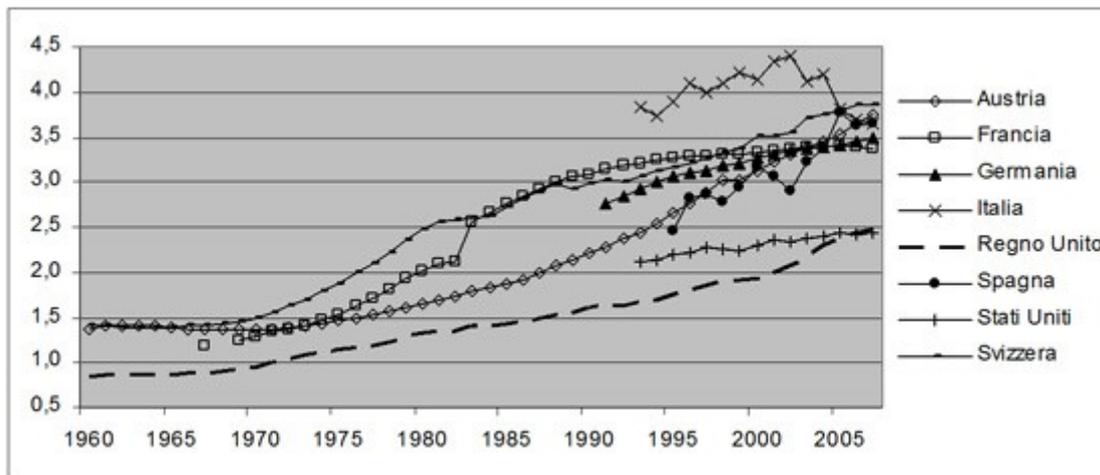
È importante altresì sottolineare come la responsabilità sulla organizzazione dei processi operativi (supervisione sulla produzione) è cosa diversa dalla responsabilità manageriale (più ampia e riferita ai risultati complessivi). In tal senso, le trasformazioni in atto potrebbero portare alla diffusione di modelli manageriali puri, in cui le responsabilità gestionali sono sganciate da ogni riferimento professionale. I temi di riflessione sarebbero a questo punto due: da una parte gli effetti di una funzione manageriale pura sull'estensione e sull'autonomia delle funzioni di supervisione operativa, e in ultima analisi sull'autonomia della professione; dall'altra quali possano essere le azioni che aiutino gli infermieri a candidarsi con successo per le posizioni manageriali.

La demografia delle professioni

Una seconda area di cambiamento i cui effetti tendono a sovrapporsi e a rinforzare quelli indotti dal mutamento delle logiche organizzative è quella che riguarda la demografia ovvero la numerosità e la struttura per età e sesso, che caratterizza ogni professione. Si tratta di una variabile il cui impatto nel definire i contenuti delle professioni e i reciproci confini viene spesso sottovalutato, essendo largamente implicito. La numerosità relativa delle diverse popolazioni professionali, infatti, da una parte riflette e, dall'altra, condiziona i ruoli che le diverse professioni assumono nel funzionamento delle organizzazioni sanitarie.

Da questo punto di vista è difficile pensare che la strutturale abbondanza di medici che ha tradizionalmente caratterizzato il contesto italiano non sia il risultato di una concezione del ruolo che tale professione doveva assumere rispetto alle altre e non abbia condizionato la ripartizione delle attività e responsabilità nel concreto funzionamento dei servizi sanitari. Se ciò è vero, se la disponibilità di medici ha condizionato le possibilità e i modelli di sviluppo della professione infermieristica, mutamenti nelle rispettive dinamiche demografiche rappresentano il quadro di riferimento per la diffusione di un modello di professione infermieristica (primo approccio) e un eventuale aggiustamento del modello in relazione alle opportunità che il quadro stesso potrebbe offrire (secondo approccio). Se si guarda al numero di medici in relazione alla popolazione, le statistiche mostrano chiaramente come l'anomalia italiana sia finita a metà degli anni duemila (**figura 2**)

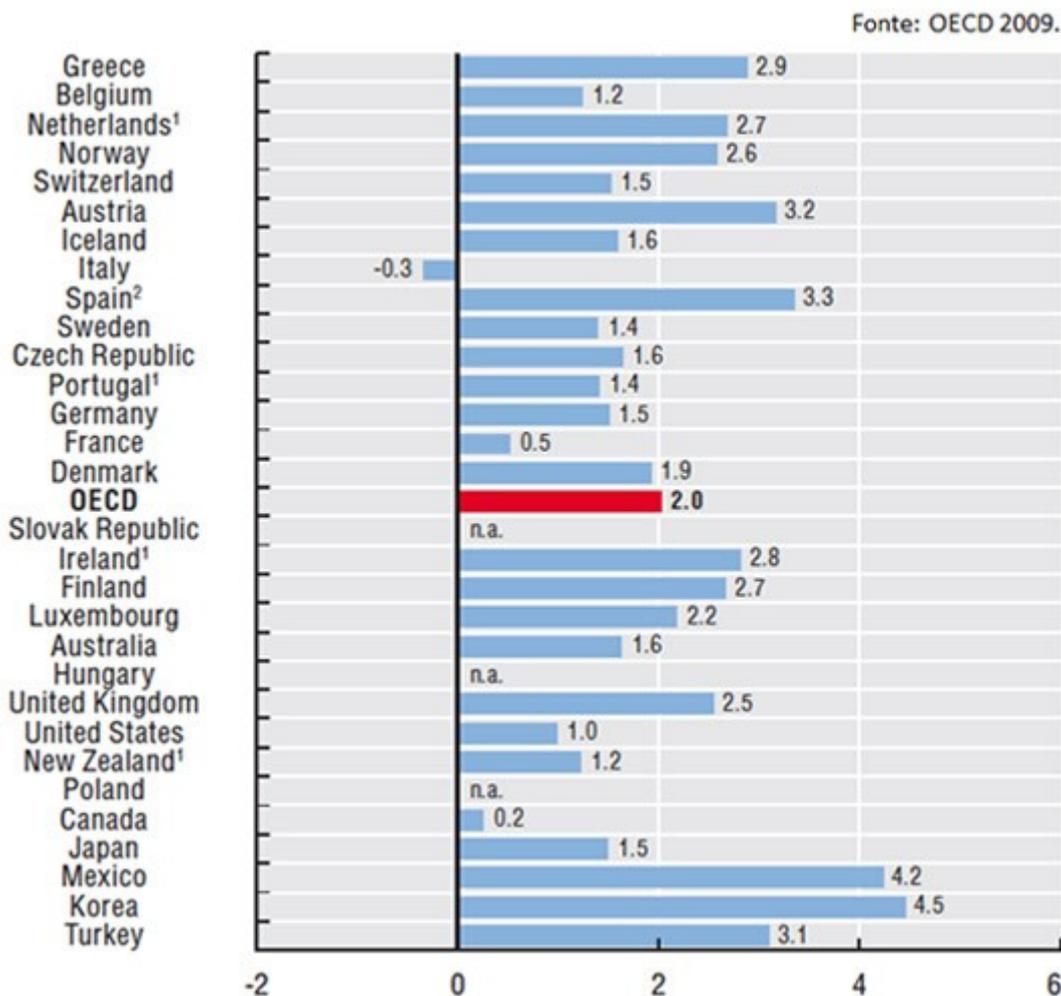
Fig.2. Medici praticanti per 1.000 abitanti



Fonte: OECD 2009.

e come l'Italia sia l'unico paese che, in virtù della brusca diminuzione registrata negli ultimi anni, abbia nel 2007 un numero di medici in rapporto alla popolazione inferiore a quello che aveva nel 1990 (figura 3).

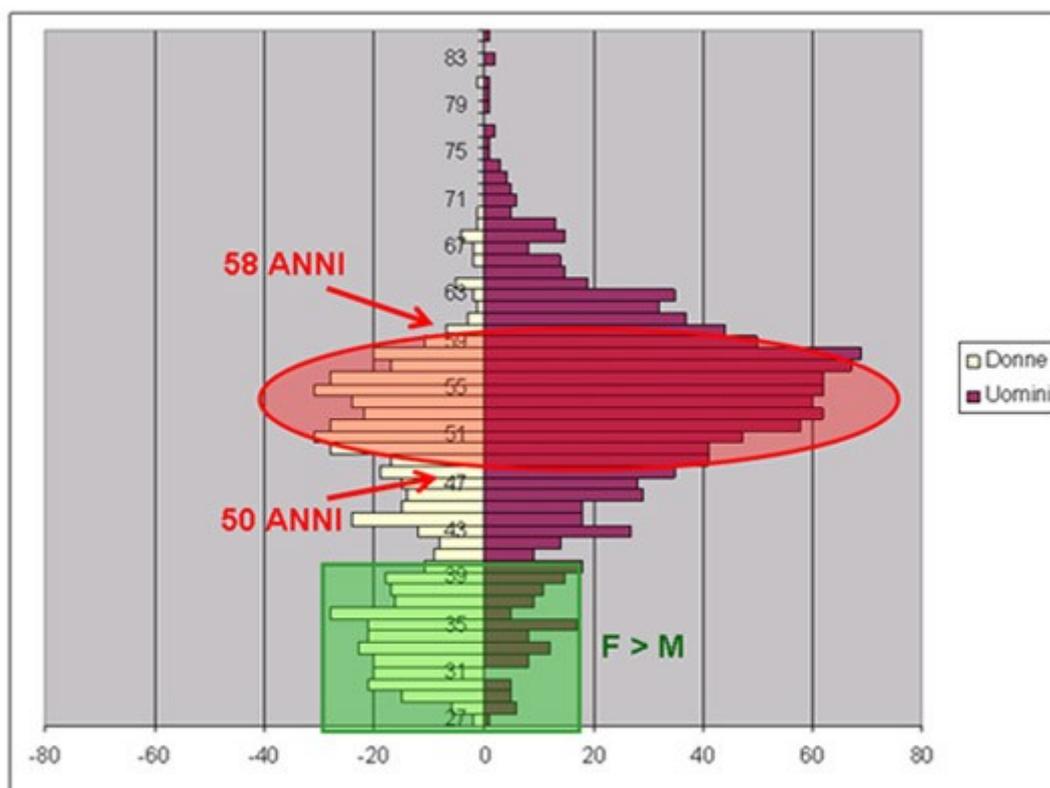
Fig.3 Tassi crescita densità medica 1990-2007



Fonte: OECD 2009.

Tali risultati sono il frutto di politiche prolungate di restrizione di accesso alla professione (numero chiuso) che nella loro azione hanno inevitabilmente influenzato profondamente la composizione per età della professione. In termini molto semplificati, una diminuzione sistematica dell'accesso, intesa a porre rimedio alla sovrabbondanza, ha creato una "bolla" che ha lentamente attraversato la piramide di età.

Fig. 4 Distribuzione per età e sesso nefrologi



Fonte: elaborazioni CeRGAS-Bocconi su dati SIN

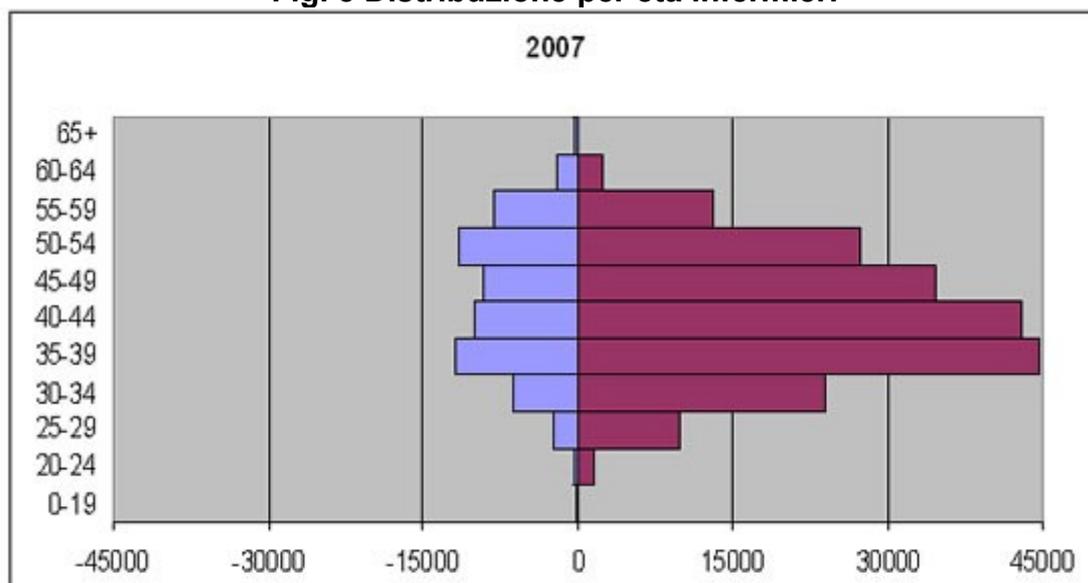
La **figura 4** - relativa ai nefrologi, ma sostanzialmente sovrapponibile all'insieme della professione medica - mostra i termini del fenomeno, per cui nell'arco di un decennio una parte consistente dei medici avrà raggiunto l'età della pensione. Tale dinamica acquista significato solo se considerata congiuntamente alla circostanza per cui la formazione di un medico richiede in media più di dieci anni. In pratica, anche se si decidesse ora di incrementare il numero dei medici per mantenere stabile il rapporto con la popolazione i risultati si vedrebbero solo dopo un decennio.

L'effetto combinato delle due dinamiche descritte produrrà per i prossimi anni una difficoltà di rimpiazzo dei medici in uscita dalle organizzazioni sanitarie, difficoltà accentuata dagli ineliminabili squilibri di natura geografica o legati alle specialità. Una diminuzione anche moderata del numero complessivo dei medici può, infatti, produrre scarsità anche rilevanti rispetto ad aree del paese meno attrattive per la professione o a specialità che sperimentano tassi di crescita della domanda più elevati rispetto alla media. Bisogna inoltre considerare che le attese della professione sono state per lungo tempo modellate su una crescita costante del numero di medici, crescita legittimata e sostenuta da un aumento della domanda di servizi e da spinte verso un miglioramento degli standard - fenomeni entrambi che non sono venuti meno. È probabile quindi che la percezione di una carenza di medici sarà amplificata da un sistema di attese che necessiterà di tempo per

essere riaggiustato. Una riflessione a parte meriterebbe poi il fenomeno della femminilizzazione (come mostra la figura 4 le nuove entrate sono prevalentemente donne), che secondo molti osservatori è destinato a modificare profondamente comportamenti e strategie effettive della professione e, in ultima analisi, i modelli di ruolo prevalenti.

In questo scenario la situazione degli infermieri in termini di demografia è molto diversa da quella dei medici (**figura 5**).

Fig. 5 Distribuzione per età infermieri



Gli infermieri, infatti, rappresentano una popolazione molto più giovane e relativamente più equilibrata nella distribuzione per età. Se poi si considera che il tempo di formazione di un infermiere è attualmente di tre anni, risulta evidente la diversa rapidità di possibile aggiustamento delle due professioni a fronte di mutamenti nella domanda. Una popolazione più giovane ha inoltre maggiore flessibilità e quindi capacità di adottare più rapidamente nuovi modelli di ruolo rispetto a quelli tradizionali.

È evidente che lo scenario disegnato dalla demografia delle professioni per il prossimo decennio offre agli infermieri un quadro unico di opportunità per modificare il proprio ruolo. Le organizzazioni sanitarie sperimenteranno difficoltà anche solo nel rimpiazzo dei medici in uscita e ciò imporrà un ripensamento nei modelli organizzativi e nella distribuzione dei compiti tra le diverse componenti professionali. È altrettanto evidente, però, che si tratta di opportunità che nascono da specifiche necessità che le aziende sanitarie dovranno fronteggiare e che esse saranno tali nella misura in cui gli infermieri riusciranno a essere e a farsi percepire come una risposta. In tal senso sarà fondamentale la capacità della professione di proporre e sperimentare modelli che offrano soluzioni ai problemi così come essi si configurano in una realtà necessariamente variegata, il che impone una certa attenzione nel disegno di modelli troppo generali che possono coerentemente rispondere alle attese della professione, ma non riuscire a essere una opzione praticabile e desiderabile a livello locale.

Alcune riflessioni conclusive

Spesso chi è protagonista del cambiamento ed è costretto a guardare avanti non riesce a misurare compiutamente il cammino percorso. Ciò che gli infermieri hanno fatto negli ultimi due decenni, come hanno trasformato la loro professione e le loro prospettive, è, per certi versi, sorprendente. Si avverte ora, però, l'urgenza di un salto di qualità nel percorso intrapreso. La professione ha costruito una base sufficientemente solida di competenze ed esperienze alla quale attingere e l'ambiente offre opportunità uniche. Se queste non saranno sfruttate, vi è il rischio concreto che il sistema sanitario e le sue aziende guardino altrove per cercare la soluzione ai propri problemi.

Come già detto, la possibilità che questo salto di qualità avvenga è in parte in mano alla professione stessa. Si tratta, innanzitutto, di riuscire a individuare le questioni critiche, i temi che più di altri possono fare la differenza, porsi, insomma, le domande giuste. Alcuni sono già stati menzionati e altri potrebbero essere presi in considerazione. La selezione non è semplice e andrà comunque fatta, ma bisognerà riuscire a salvaguardare l'esigenza di operare su più piani contemporaneamente. È difficile, infatti, immaginare che un'azione efficace si possa limitare allo sviluppo della professione esclusivamente nei contesti di lavoro senza toccare la creazione del sapere (ricerca) e i modelli e condizioni per la sua trasmissione (didattica universitaria).

Alle questioni individuate bisognerà poi saper dare le risposte adeguate. Adeguate in questo caso non significa soltanto coerenti con le esigenze di sviluppo della professione, ma anche funzionali rispetto alle necessità e ai problemi delle aziende. Non sempre sviluppo della professione e razionalità aziendale possono essere immediatamente sovrapponibili e in tal caso la capacità di salvaguardare le prospettive della professione con i necessari gradi di flessibilità risulterà fondamentale. In altri termini, senza una robusta alleanza con le aziende e le loro ragioni, difficilmente vi potranno essere solidi e significativi progressi nelle condizioni complessive della professione.

Da ultimo vi è la questione degli interlocutori. Finora, per motivi diversi, il dibattito sulle scelte e il futuro della professione è rimasto sostanzialmente circoscritto alla professione stessa. Gli infermieri hanno discusso tra infermieri sul futuro degli infermieri per poi aprire un'interlocuzione con gli altri soggetti. Lo schema sembra avere fin qui funzionato, garantendo al tempo stesso l'unità della categoria e la sua capacità di dialogo con gli altri soggetti. Nella fase che si apre, ciò potrebbe non essere più sufficiente: se la questione infermieristica è davvero centrale per il futuro del sistema sanitario, soprattutto di quello pubblico, le scelte attorno alla professione sono e saranno troppo importanti per essere dominio esclusivo della professione stessa. La partecipazione vera e appassionata di altri soggetti al dibattito, lungi da rappresentare un'intromissione, sarà il segno che un significativo passo in avanti è stato compiuto.

Applicazione di un percorso per le cure di fine vita per pazienti oncologici terminali in una unità di Medicina Interna

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

¹Infermiere, Coordinatore Medicina Interna; ²Infermieri, Medicina Interna; ³Medico, Direttore Medicina Interna; ⁴Medico, Dirigente Direzione Medica

Azienda ULSS 8 Asolo, Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto, Treviso

Corrispondenza: gabriella.bordin@ulssasolo.ven.it

RIASSUNTO

Introduzione Sono molte le indagini che sottolineano la scarsa appropriatezza delle cure spesso erogate al paziente morente in ospedale. Uno studio precedente, volto a descrivere la pratica assistenziale nei malati oncologici terminali ricoverati presso la nostra unità di Medicina Interna (Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto, Treviso), ha confermato i dati della letteratura, evidenziando la necessità di attuare percorsi assistenziali maggiormente orientati ai reali bisogni dei pazienti nell'ultima fase di vita. In collaborazione con la Fondazione Sue Ryder, lo staff del reparto è stato quindi coinvolto in un progetto formativo a cui ha fatto seguito l'implementazione di un percorso di cure di fine vita, basato sul Liverpool Care Pathway for the Dying Patient, che prevede la definizione di criteri di selezione, la pianificazione di obiettivi e interventi assistenziali finalizzati al *comfort* dei pazienti e la valutazione sistematica degli esiti.

Materiali e metodi Allo scopo di verificare gli effetti del programma di assistenza adottato, con particolare riferimento al controllo dei sintomi, in questo studio osservazionale abbiamo analizzato le cartelle per le cure di fine vita di 27 malati neoplastici terminali (14 maschi e 13 femmine) ricoverati presso il nostro reparto dal maggio 2009 al marzo 2011.

Risultati L'analisi dei dati mostra che gli obiettivi assistenziali sono stati raggiunti nella gran parte dei casi. Gli ambiti in cui si è registrato con maggiore frequenza un mancato raggiungimento dell'obiettivo (riportato come "variante") includevano il dolore, l'agitazione, le secrezioni respiratorie, la dispnea e le disfunzioni intestinali. L'individuazione sistematica dei sintomi ha tuttavia permesso di attuare interventi correttivi precoci, con conseguente riduzione della loro persistenza.

Conclusioni I risultati ottenuti indicano che questo percorso di cure di fine vita può essere un approccio efficace per migliorare la qualità dell'assistenza erogata ai malati neoplastici terminali nei reparti ospedalieri.

Parole chiave: morire in ospedale, cure di fine vita

Implementation of an end-of-life care pathway for terminal cancer patients in an Internal Medicine unit

ABSTRACT

Introduction Many studies show the lack of appropriateness of the care often provided to dying patients in hospital. A previous study, aimed to describe the practice of care for terminal cancer patients in our Internal Medicine Unit at the Presidio Ospedaliero of Castelfranco Veneto (Treviso), confirmed the literature data, highlighting the need to implement care pathways more focused on the real needs of patients in the terminal phase of life. Therefore, in cooperation with the Sue Ryder Foundation, the ward staff has been involved in a specific educational program; this was followed by the implementation of an end-of-life care pathway, an adaptation of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient, which includes the definition of criteria for patients' selection, a comfort-oriented care plan and a systematic evaluation of the outcomes.

Material and methods To verify the effects of this care pathway, with special regard to symptom control, we analyzed the clinical records of 27 oncologic patients (14 males and 13 females) admitted to our ward between May 2009 and March 2011.

Results The analysis of the data shows that the clinical goals have been achieved in most cases. Recordings of goals not achieved (coded as "variances") were highest for pain, agitation, respiratory tract secretions, dyspnea and intestinal dysfunctions. However, the systematic assessment of patients' conditions allowed for early corrective interventions which reduced the persistence of these symptoms.

Conclusions The results obtained indicate that this end-of-life care pathway can be an effective approach to improve the quality of the care provided to terminal neoplastic patients in hospital wards.

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

INTRODUZIONE

Il tema della qualità delle cure di fine vita è molto sentito dalla comunità scientifica e dagli operatori che quotidianamente assistono il paziente morente ricoverato in ospedale. In un'indagine precedente, svolta per valutare la qualità dell'assistenza fornita ai malati oncologici terminali presso la nostra Unità Operativa di Medicina Interna, abbiamo rilevato la generale inadeguatezza delle cure prestate al paziente nell'ultima fase di vita (Bordin et al., 2011). Le nostre conclusioni risultavano in linea con l'ampia letteratura sull'argomento; sono infatti numerosi gli studi, condotti anche nel nostro paese, che riportano dati sia quantitativi, sottolineando il numero rilevante di pazienti neoplastici deceduti in ospedale (Beccaro et al., 2007; Regione Veneto, Coordinamento regionale per le cure palliative e per la lotta al dolore, 2006), sia qualitativi, documentando aspetti quali la persistenza di modelli di cure per pazienti acuti, il protrarsi di trattamenti invasivi associati a scarsi benefici (Toscani et al., 2005), l'insufficiente attenzione al controllo dei sintomi che maggiormente contribuiscono alla sofferenza dei pazienti, l'incapacità e la resistenza ad affrontare esplicitamente il tema della morte che ostacolano una corretta comunicazione tra i vari soggetti coinvolti (Beccaro et al., 2006).

Con lo scopo di dare una risposta più adeguata ai bisogni dei malati e dei loro familiari, abbiamo quindi sviluppato un progetto di miglioramento dell'assistenza attraverso l'adozione di un percorso di cura specifico per il paziente nella fase terminale di vita. Il progetto è stato condotto in collaborazione con la Fondazione Sue Ryder (FSR) Onlus di Roma, un'associazione di volontariato per l'assistenza dei malati oncologici attiva in molti paesi europei ed extraeuropei. Inizialmente è stato costituito un gruppo di lavoro composto da un *tutor* della FSR, un esponente della Direzione Medica di Ospedale, il medico responsabile dell'Unità Operativa di Terapia del Dolore e Cure Palliative aziendale, il direttore e l'infermiera coordinatrice dell'Unità Operativa di Medicina Interna. Tale gruppo ha seguito il progetto nelle 3 fasi di sviluppo:

1. *Formazione* - Un primo momento formativo ha coinvolto 2 medici e l'infermiera coordinatrice, che hanno affiancato l'équipe Cure Palliative durante l'attività operativa presso la sede della FSR. Successivamente è stato costituito un gruppo di facilitatori (3 medici e 10 infermieri), che sono stati esposti a 20 ore di formazione tenuta dallo staff della FSR presso la nostra sede, mentre gli altri operatori coinvolti (10 medici e 11 infermieri) hanno partecipato a un corso di 2 lezioni frontali per un totale di 8 ore. Durante il periodo di formazione si sono approfonditi temi quali: il concetto di

terminalità, la diagnosi di morte imminente, i segni e i sintomi chiave, le cure palliative, il trattamento farmacologico e non farmacologico dei sintomi (con particolare riguardo alla gestione del dolore), tecniche di comunicazione delle cattive notizie.

2. *Definizione del percorso assistenziale* - Dopo la fase di formazione il gruppo di lavoro ha elaborato un percorso di cure di fine vita (PCFV) basato sul Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP) (Eilershaw, Ward, 2003; Murphy et al., 2004). Il protocollo originario è stato tradotto e verificato mediante *back translation* e adattato alle esigenze locali con la metodica del *focus group*.

In sintesi, gli elementi costitutivi fondamentali del PCFV, illustrati più dettagliatamente nel **Box 1**, sono i criteri per la selezione dei pazienti, la valutazione iniziale, la pianificazione degli obiettivi e degli interventi assistenziali (orientati al *comfort* del paziente) e la valutazione sistematica degli esiti degli interventi effettuati. Questi elementi sono formalizzati in una "cartella per le cure di fine vita", strumento creato al fine di documentare l'attività clinica e assistenziale erogata al morente (**Allegato 1**). Dal momento dell'inizio dell'applicazione del PCFV tale documentazione sostituisce completamente quella abitualmente in uso, e fornisce una guida per tutti i professionisti che hanno in carico il paziente nella programmazione degli interventi e nella verifica dei risultati, focalizzando l'attenzione sul raggiungimento degli obiettivi.

3. *Attuazione del percorso assistenziale* - A partire dal maggio 2009 tutti i pazienti neoplastici terminali ricoverati presso la nostra unità operativa sono stati valutati per l'eventuale inserimento nel PCFV.

Con questo studio osservazionale ci siamo proposti di valutare i risultati ottenuti dopo l'adozione del PCFV in un gruppo di malati neoplastici terminali ricoverati nel nostro reparto, verificando il grado di raggiungimento degli obiettivi assistenziali definiti dal percorso soprattutto per quanto riguarda il controllo dei sintomi.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto attraverso l'analisi delle cartelle per le cure di fine vita di 27 pazienti oncologici terminali, ricoverati nel reparto di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto nel periodo compreso tra il 1° maggio 2009 e il 31 marzo 2011.

Sono state esaminate le seguenti variabili: dati anagrafici, durata del ricovero e del PCFV, segni/sintomi presenti all'inizio del PCFV, modalità di somministrazione dei trattamenti, raggiungimento degli obiettivi assistenziali, aspetti psicologico-relazionali (consa-

Box 1. Componenti essenziali del PCFV

1. *Criteri di reclutamento* - Dopo aver considerato tutte le possibili cause reversibili delle condizioni attuali e aver escluso possibilità di intervento correttivo, devono risultare soddisfatti almeno 2 criteri su 4, per giudizio concorde di un medico e un infermiere:

- il paziente è quasi completamente allettato;
- il paziente è sonnolento, tendenzialmente soporoso;
- il paziente è in grado di assumere solo liquidi a piccoli sorsi;
- il paziente non è più in grado di assumere terapie per bocca.

2. *Valutazione iniziale* - Viene registrato se il paziente è cosciente, in grado di deglutire, in grado di esprimersi verbalmente, visibilmente sofferente, confuso, agitato, smanioso/irrequieto, dolente, dispnoico; affetto da nausea/vomito, stipsi, problemi urinari, secrezioni respiratorie; portatore di catetere vescicale. Per i pazienti coscienti e i familiari si valuta l'abilità di comunicare in lingua italiana, la consapevolezza della situazione circa diagnosi e morte imminente e le modalità di comunicazione del decesso ai familiari.

3. *Pianificazione degli interventi assistenziali*

- Revisione della terapia e sospensione dei trattamenti non essenziali.
- Sospensione delle procedure mediche inappropriate (esami ematochimici, idratazione/terapia se non minima, monitoraggio strumentale, pratiche rianimatorie).
- Prescrizione di terapia al bisogno (AB) per dolore, dispnea, secrezioni respiratorie, agitazione, nausea/vomito. Il controllo farmacologico dei sintomi è pianificato per ogni paziente sulla base delle linee guida della Società Italiana di Cure Palliative e del protocollo LCP. I farmaci vengono somministrati preferenzialmente per infusione continua sottocute. La terapia è rivista ogni 24 ore; se il giorno precedente sono state somministrate più di 2 dosi AB viene pianificato un trattamento a dosi fisse. La terapia si basa sull'uso di oppioidi per dolore e dispnea, di anticolinergici per le secrezioni respiratorie, di aloperidolo e midazolam per agitazione/delirium, di anticolinergici, desametazone e octreotide per nausea/vomito.
- Rimodulazione degli interventi infermieristici per la mobilitazione e la gestione delle lesioni da pressione, le cure igieniche, la gestione di problemi urinari e intestinali, la somministrazione e gestione della terapia. La motivazione a una eventuale deroga per quanto riguarda la tipologia o i tempi di attuazione degli interventi viene registrata.

4. *Valutazione continua* - Ogni 4 ore viene valutato il raggiungimento del controllo di dolore (scala NRS), dispnea, secrezioni respiratorie, agitazione/delirium, nausea/vomito, altri sintomi, igiene orale, funzioni urinarie (ritenzione o incontinenza come fattori di disturbo). Ogni 12 ore si valutano le funzioni intestinali (stipsi o diarrea come fattori di disturbo), la necessità di mobilitazione passiva o di altri presidi a prevenzione delle lesioni da pressione, la necessità di supporto psicologico e religioso/spirituale. Il mancato raggiungimento dell'obiettivo assistenziale viene registrato come "variante"; l'intervento correttivo posto in atto viene riportato nel diario clinico, e ne viene verificato l'esito in tempi adeguati.

pevolezza della diagnosi e della morte imminente, capacità di comunicare e di comprendere il progetto assistenziale, accettazione del percorso, modalità di comunicazione del decesso ai familiari), informazione al medico di medicina generale.

RISULTATI

Il campione è costituito da 27 pazienti (14 maschi e 13 femmine, età media 74 anni), pari al 32,1% dei pazienti con diagnosi principale di neoplasia che sono deceduti nel nostro reparto durante il periodo di studio. La durata media del ricovero è stata di 20 giorni, con una media di 12 giorni di assistenza ordinaria e

5 giorni di PCFV. In 25 casi il percorso si è concluso con il decesso in ospedale; un paziente è deceduto a casa dopo 24 giorni con una dimissione in regime di ospedalizzazione domiciliare per cure palliative, mentre un altro è stato trasferito nell'unità di lungodegenza dove è deceduto dopo 4 giorni, mantenendo lo stesso protocollo assistenziale.

Per quanto riguarda il processo di selezione, la maggior parte dei pazienti reclutati presentava più criteri per l'applicazione del PCFV (vedi **Box 1**): tutti risultavano completamente allettati, 23 erano soporosi, 24 riuscivano a deglutire solo piccoli sorsi d'acqua e non erano in grado di assumere terapie per bocca.

La **Figura 1** riporta i sintomi di maggior rilievo riscontrati nel corso della valutazione iniziale, che corrispondevano al quadro tipico della terminalità e includevano visibile sofferenza (55,5% dei pazienti), stipsi (51,8%), dispnea (48,1%), confusione (44,4%), dolore (40,7%), irrequietezza (40,7%), secrezioni respiratorie (40,7%). Solo 9 pazienti (33,3%) erano coscienti, con 8 (29,6%) in grado di verbalizzare i propri bisogni.

Per tutti i pazienti sono stati rivalutati i trattamenti in atto, sospendendo quelli ritenuti inappropriati e sostituendo la somministrazione per via orale o endovenosa con l'infusione sottocutanea; a tutti sono state inoltre prescritte terapie al bisogno per la gestione dei sintomi maggiormente disturbanti quali dolore, agitazione, dispnea e secrezioni respiratorie, nausea e vomito. In tutti i casi sono state sospese anche le procedure diagnostiche e assistenziali di routine, che sono state rimodulate in base alle necessità individuali; per tutti i pazienti è stata documentata la volontà di non procedere a pratiche rianimatorie.

Per pazienti e familiari è stata valutata la capacità di parlare e comprendere la lingua italiana, come pure la consapevolezza rispetto alla diagnosi e all'imminenza della morte e le preferenze circa le modalità di comunicazione del decesso ai familiari. Solo 2 dei pazienti coscienti e in grado di verbalizzare le proprie scelte sono stati pienamente informati e coinvolti nel processo decisionale. Infine, per quanto riguarda l'informazione al medico di medicina generale, soltanto in 4 casi è avvenuta una comunicazione formale.

Complessivamente i 27 pazienti inclusi nello studio sono stati seguiti per 135 giorni. La **Figura 2** rias-

sume i risultati di 5.664 attività di valutazione documentate durante l'applicazione del PCFV, con 516 registrazioni per ogni sintomo (valutazioni previste ogni 4 ore) e 204 registrazioni per le altre componenti assistenziali considerate (valutazioni previste ogni 12 ore). Come mostrano questi dati, l'attuazione del percorso ha permesso di raggiungere gli obiettivi assistenziali prefissi nella gran parte dei casi. Gli ambiti in cui si è rilevato il maggior numero di obiettivi non raggiunti, riportati come "varianti" nella cartella per le cure di fine vita (vedi **Allegato 1**), includevano il dolore (73 registrazioni, 14,1%), l'agitazione (49 registrazioni, 9,4%), le secrezioni respiratorie (48 registrazioni, 9,3%), la dispnea (7 registrazioni, 1,3%), le disfunzioni intestinali (6 registrazioni, 2,9%) e il supporto ai familiari (4 registrazioni, 1,9%).

L'individuazione sistematica del persistere dei sintomi ha però consentito di attuare interventi correttivi precoci, con conseguente riduzione della loro frequenza rispettivamente al 2,5% per quanto riguarda il dolore, all'1,3% per agitazione e secrezioni bronchiali, allo 0% per dispnea e disfunzioni intestinali; inoltre, solo nell'1% dei casi il supporto ai familiari è alla fine risultato inadeguato (**Figura 3**). Per la maggior parte dei pazienti il decesso è quindi avvenuto in assenza di sintomi e con adeguato sostegno.

DISCUSSIONE

Il miglioramento della qualità dell'assistenza ai malati terminali ricoverati in reparti di Medicina Interna è un'esigenza avvertita a ogni livello (pazienti e loro familiari, medici, infermieri) ma deve fare i conti con barriere e resistenze di diversa natura, tra cui la

Figura 1. Risultati della valutazione iniziale

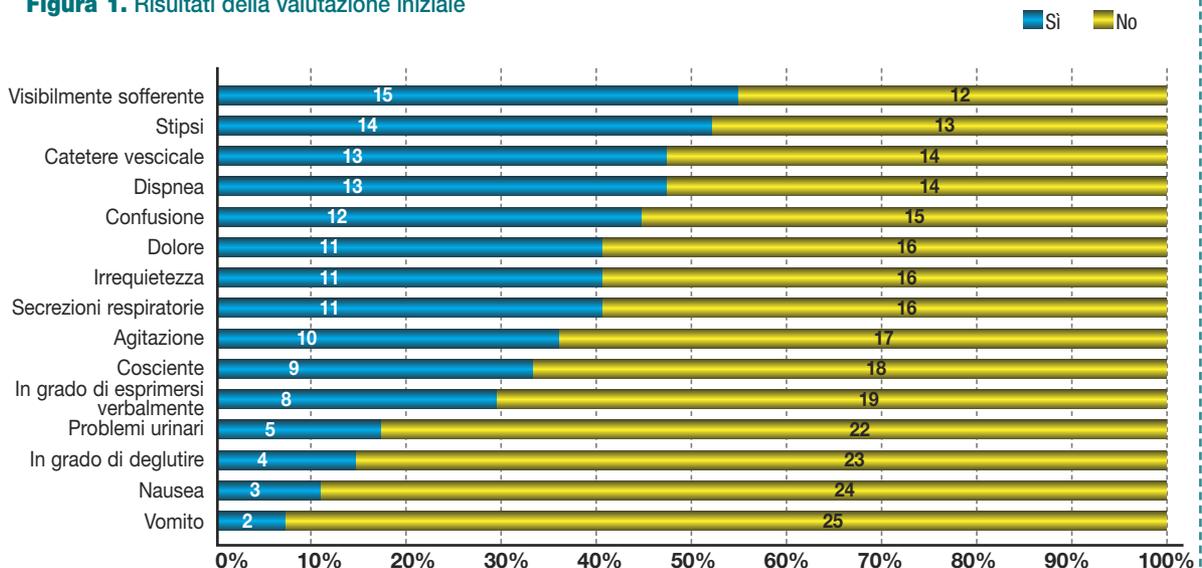
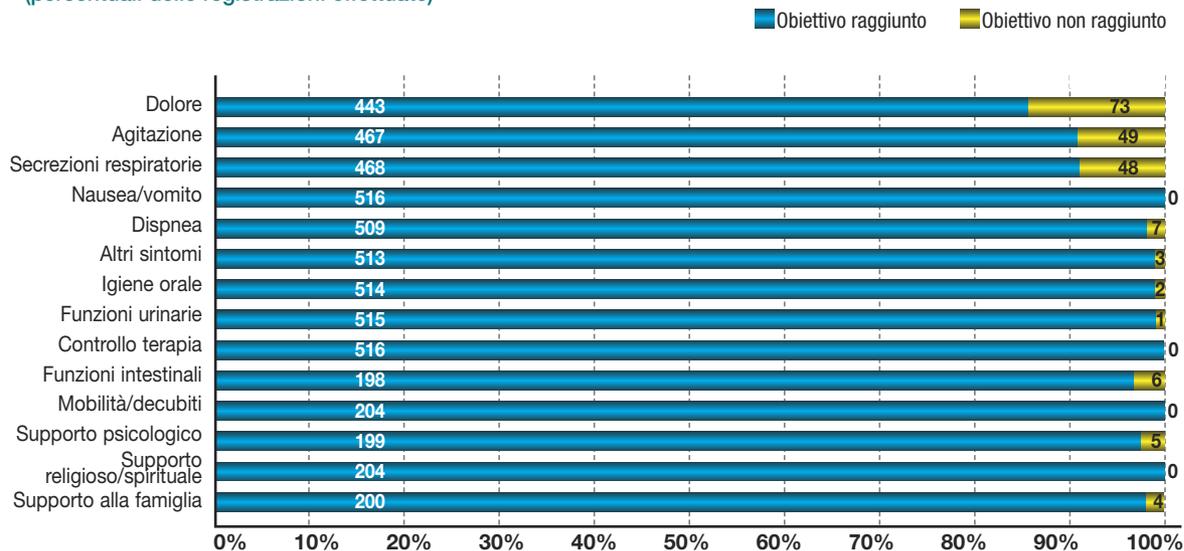


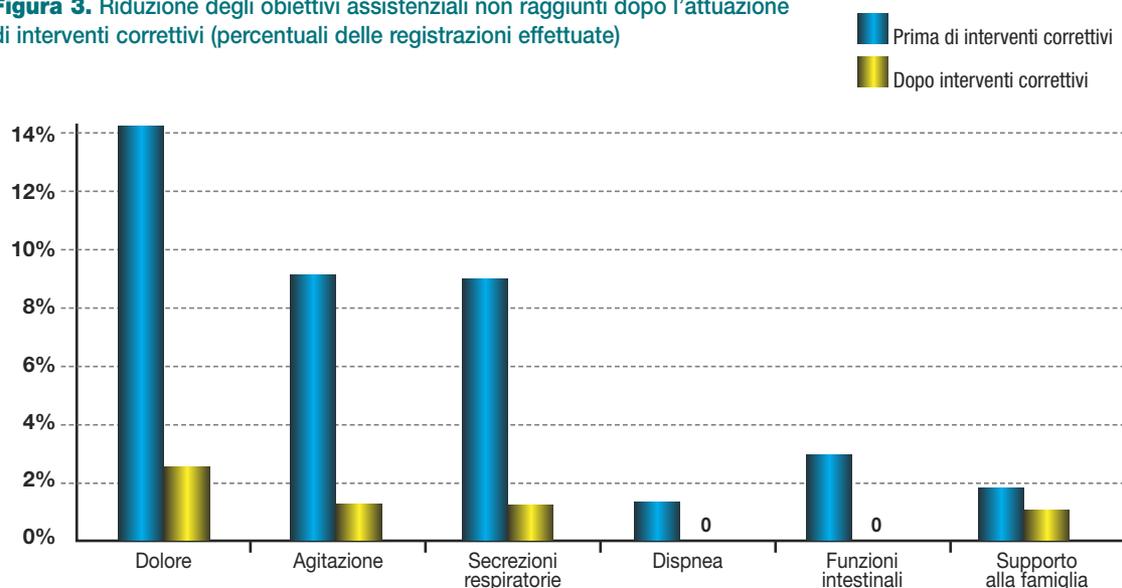
Figura 2. Raggiungimento degli obiettivi assistenziali (percentuali delle registrazioni effettuate)



scarsa preparazione specifica degli operatori e la mancanza di programmi *ad hoc* e di modelli organizzativi di riferimento (Ellershaw, Ward, 2003). Per questo motivo abbiamo sentito la necessità di stabilire una collaborazione con un'organizzazione professionale come la Fondazione Sue Ryder, riconosciuta nel campo della medicina palliativa a livello internazionale, che ci ha sostenuto nella fase di formazione del personale e nella progettazione di un programma di cure più adeguato ai bisogni dei pazienti neoplastici terminali.

Il percorso elaborato è un adattamento alla nostra realtà ospedaliera del Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP) (Ellershaw, Ward, 2003; Murphy et al., 2004) originariamente sviluppato in Inghilterra per contesti assistenziali anche di tipo territoriale. Si tratta di un percorso che guida i professionisti nella valutazione iniziale e continua del paziente e nelle scelte terapeutiche e assistenziali, orientate principalmente al *comfort* e al controllo dei sintomi che caratterizzano le ultime ore di vita del morante. Poiché la diagnosi di morte imminente può non es-

Figura 3. Riduzione degli obiettivi assistenziali non raggiunti dopo l'attuazione di interventi correttivi (percentuali delle registrazioni effettuate)



sere ovvia in molti pazienti, è necessario innanzitutto fare riferimento a criteri definiti e condivisibili, per evitare decisioni frettolose e rinunciarie (Morita et al., 1999; Tanneberger et al., 2002; Tassinari et al., 2002; Viganò et al., 2000). I pazienti inclusi nello studio sono stati attentamente valutati dal gruppo multidisciplinare coinvolto, con esclusione di ogni potenziale causa reversibile delle condizioni terminali. Per la maggior parte di loro risultavano soddisfatti tutti i criteri di selezione definiti dal protocollo. Di fatto, il PCFV non è stato applicato per tutti i pazienti neoplastici considerati per un possibile reclutamento, e quelli reclutati hanno trascorso in media 12 giorni di ricovero ordinario prima di iniziare il percorso, a testimonianza di come non sia stato favorito alcun atteggiamento sbrigativo o rinunciatario. Il PCFV non rappresenta una sorta di abbandono del paziente, quanto piuttosto un intervento attivo, orientato a risultati che sono il *comfort*, la qualità di vita e la dignità della persona. Di questo può essere confermata la costante attività di valutazione effettuata, con le numerose registrazioni documentate.

Un indicatore della qualità delle cure erogate al momento è costituito dal controllo dei sintomi che, se presenti, contribuiscono ad aumentare lo stato di sofferenza complessiva del malato. I risultati di alcune indagini (SUPPORT, 1995; Toscani et al., 2005) indicano come nelle realtà ospedaliere spesso si presti scarsa attenzione a tale aspetto, con alte percentuali di pazienti (dal 40% al 50%) che presentano dolore e dispnea; questi studi sottolineano inoltre che in generale pazienti e familiari desiderano una migliore qualità di vita piuttosto che un suo semplice prolungamento. In un'indagine retrospettiva precedente condotta su un gruppo di pazienti neoplastici deceduti nel nostro reparto, nella maggior parte dei casi avevamo riscontrato durante le ultime 48 ore di vita uno o più sintomi tra cui dolore, incontinenza urinaria, dispnea, agitazione, nausea (Bordin et al., 2011). La formazione del personale e l'adozione, nel quadro del PCFV, di una cartella per le cure di fine vita hanno consentito di rilevare costantemente le problematiche prioritarie per il paziente morente e di attuare interventi mirati e rapidi atti alla loro soluzione, con un controllo dei sintomi che in questo studio risulta raggiunto nella quasi totalità del campione esaminato. Nella nostra esperienza, la comunicazione rappresenta un nodo problematico. Mentre nel rapporto con i familiari non si osservano incongruenze, la discussione del piano assistenziale con il paziente è stata attuata solamente in 2 casi (su 9 pazienti coscienti all'inizio del percorso). Da parte degli operatori sanitari persiste quindi la tendenza a eludere il

tema morte con i pazienti coscienti, considerando la reticenza come una "premurosa protezione", in questo spesso sollecitati dagli stessi familiari. In questo ambito è massimo il margine di sviluppo di competenza da parte dei professionisti e si rileva l'esigenza di un'ulteriore formazione specifica. Anche nel rapporto con il medico di famiglia vi è spazio di miglioramento: la comunicazione con tale figura è stata quasi sistematicamente trascurata, non tanto per difficoltà psicologiche quanto per aspetti di tipo organizzativo.

CONCLUSIONI

Dato il disegno esplorativo e osservazionale e la bassa numerosità del campione in esame, questo studio non può essere considerato come una validazione del PCFV; fornisce tuttavia l'evidenza di come sia possibile ottenere miglioramenti concreti, oggettivi e misurabili nell'assistenza dei malati terminali, anche in una unità di Medicina Interna. Il percorso di formazione e l'introduzione del PCFV per i pazienti oncologici ha consentito infatti di sensibilizzare al problema la totalità dei medici e infermieri del reparto, uniformando le modalità di approccio a questo tipo di malati. Ambiti di ulteriore sviluppo sono rappresentati da:

- l'approfondimento, da parte degli operatori, delle competenze comunicative nei confronti del paziente;
- l'elaborazione di procedure più operative per gli interventi attribuiti a operatori sociosanitari non coinvolti nel processo di formazione;
- la valutazione dei risultati in termini di gradimento e vissuto dei familiari;
- il trasferimento dell'esperienza a pazienti terminali con altre patologie.

Sarebbe auspicabile, infine, poter condividere l'esperienza con altre realtà italiane ed effettuare uno studio multicentrico, allo scopo di studiare gli effetti del PCFV su un campione maggiormente rappresentativo.

BIBLIOGRAFIA

- 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, Baldissera A, Borsato M et al. (2011) *La pratica assistenziale nei pazienti oncologici terminali: studio osservazionale retrospettivo in una unità di Medicina Interna*. *L'Infermiere*, 48, e14-e19.
- Ellershaw J, Ward C (2003) *Care of the dying patient: the last hours or days of life*. *BMJ*, 326, 30-34.
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S et al. (1999) *Survival prediction of terminally ill cancer patients by clinical symptoms: development of a simple indicator*. *Jpn J Clin Oncol*, 29, 156-159.
- Murphy D, Ellershaw J, Jack B et al. (2004) *The Liverpool Care Pathway for the rapid discharge home of the dying patient*. *Journal of Integrated Care Pathways*, 8, 127-128.
- 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*.
- 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.
- Tanneberger S, Malavasi I, Mariano P et al. (2002) *Planning palliative or terminal care: the dilemma of doctors' prognoses in terminally ill cancer patients*. *Ann Oncol*, 13, 1320-1322.
- Tassinari D, Maltoni M, Amadori D (2002) *Prediction of survival in terminally ill cancer patients: why we cannot avoid an evidence-based palliative medicine*. *Ann Oncol*, 13, 1322-1323.
- 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.
- Viganò A, Dorgan M, Buckingham J et al. (2000) *Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature*. *Palliat Med*, 14, 363-374.

Allegato 1. Estratto della cartella per le cure di fine vita

| DATA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|---|----|----|----|----|---|---|----|----|----|----|---|---|----|----|----|----|
| | ORA | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 |
| Ulss8 veneto Regione del Veneto - AZIENDA U.L.S.S. N. 8 ASOLO ospedale di Castelfranco Veneto e Montebelluna dipartimento medicina clinica – sede di Castelfranco Veneto unità operativa medicina interna – direttore: dott. Luigi Lusiani | Paziente _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registrare "S" = sì (obiettivo raggiunto) o "V" = variante (in tal caso registrare la variante riportandone il motivo nella tavola apposita) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOLORE: il p. non ha dolore - valutazione verbale se cosciente - non dolore al movimento - considerare riposizionamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGITAZIONE: il p. non è agitato - non delirio, angoscia, irrequietezza - escludere ritenzione urinaria - considerare riposizionamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECREZIONI RESPIRATORIE: il p. non è disturbato da secrezioni - trattare tempestivamente - discutere del sintomo con i familiari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAUSEA E VOMITO: il p. non ha nausea/vomito - valutazione verbale se cosciente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DISPNEA: il p. non ha dispnea - valutazione verbale se cosciente - considerare riposizionamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALTRI SINTOMI (edema, prurito, sudorazione, etc.): il p. non ha altri sintomi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IGIENE ORALE: cavo orale umido e pulito - valutazione ogni 4 ore - coinvolgimento assistenza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNZIONI URINARIE: benessere - CV se ritenzione - CV o pannolone se incontinenza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTROLLO TERAPIA: accuratezza e sicurezza - controllo effettiva somministrazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNZIONI INTESTINALI: il p. non è disturbato da stipsidiarrea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOBILITA'/DECUBITI: benessere - valutare integrità cute, necessità materasso antidecubito, riposizionamento catetere, igiene personale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUPPORTO PSICOLOGICO: Paziente: il p. è consapevole (se cosciente) - continua informazione sulle pratiche assistenz. Famiglia: serenità e accettazione - verificare comprensione e consapevolezza - illustrare le misure adottate - spiegare attuale irrilevanza alimentazione - considerare aspetti psicologici e sociali | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUPPORTO RELIGIOSO/SPIRITUALE: viene offerto quanto appropriato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUPPORTO ALLA FAMIGLIA: i bisogni sono soddisfatti - considerare necessità, - illustrare agevolazioni disponibili | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Successo e insuccesso accademico degli studenti infermieri, tendenze internazionali e nazionali: revisione della letteratura

Angelo Dante¹, Alvisa Palese², Loreto Lancia³

¹Dottorando di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Università dell'Aquila

²Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università di Udine

³Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università dell'Aquila

Corrispondenza: loreto.lancia@cc.univaq.it

RIASSUNTO

Introduzione In Italia l'insuccesso accademico degli studenti infermieri (35-37%), pur essendo uno dei fattori che contribuiscono a determinare la nota carenza infermieristica, non è sistematicamente documentato come, invece, accade da tempo a livello internazionale. Tale fenomeno sta diventando oggetto di crescente attenzione nel sistema universitario perché può rappresentare un valido indicatore di qualità. Scopo di questo studio è documentare e discutere: a) la natura e i possibili determinanti del successo/insuccesso accademico degli studenti infermieri; b) le strategie per la prevenzione dell'insuccesso.

Materiali e metodi È stata condotta una revisione narrativa della letteratura pubblicata negli ultimi 15 anni, attraverso la consultazione della banca dati Medline.

Risultati Dall'analisi della letteratura emerge una costante e rilevante attenzione all'effetto di alcune caratteristiche intrinseche dello studente sul successo/insuccesso accademico; minore appare invece l'attenzione posta allo studio dei fattori organizzativi, politici e professionali e delle relative strategie di intervento per contenere l'insuccesso evitabile.

Conclusioni Oltre alla sperimentazione di possibili strategie per prevenire l'insuccesso accademico degli studenti infermieri, è necessario giungere a una definizione condivisa di tale insuccesso per misurare e comparare sistematicamente i risultati prodotti dalle ricerche in questo ambito. Sarà inoltre necessario sviluppare e validare strumenti utili all'identificazione precoce degli studenti a rischio di insuccesso, e identificare le strategie attivate dagli studenti che pur essendo a rischio completano con successo il percorso di studi.

Parole chiave: studenti infermieri, successo accademico, insuccesso accademico

Nursing students' academic success or failure, international and national trends: a literature review

ABSTRACT

Introduction Although it represents a significant contribution to the already chronic nursing shortage, in Italy the nursing students' academic failure (rate 35-37%) is not well documented as in other countries. This phenomenon is becoming important for the university system because it represents a good indicator of quality. The purpose of this paper is to document and discuss: a) the nature and the possible determinants of nursing students' academic success or failure; b) the strategies to prevent the academic failure.

Materials and methods A narrative review of the literature published in the last 15 years was conducted by consulting the Medline database.

Results With regard to academic success or failure, the analysis of the literature reveals a great attention to the effect of nursing students' intrinsic characteristics; less attention is paid to the study of organizational, political and professional factors and to the intervention strategies which can be used to contain avoidable failure.

Conclusions In addition to testing possible strategies to prevent academic failure of nursing students, it is necessary to reach a shared definition of failure in order to measure and compare systematically the results of research in this area. It is also necessary to develop and validate tools for early identification of students at risk of academic failure, and to define the strategies activated by students who, despite being at risk, complete successfully their studies.

Key words: nursing students, academic success, academic failure

INTRODUZIONE

In Italia l'insuccesso accademico degli studenti infermieri non è ancora sistematicamente documentato così come accade da molto tempo a livello internazionale (Cameron et al., 2011a), dove il fenomeno suscita interesse sin dagli anni cinquanta (Cross, Hall, 1954). Tuttavia, i preoccupanti tassi di insuccesso e di abbandono degli studi, assieme alla ormai cronica carenza infermieristica, stimolano la necessità di una profonda e urgente riflessione.

Il tasso medio di abbandono degli studi è pari al 19-20% (Destrebecq et al., 2008), mentre secondo stime recenti della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (2010) il tasso complessivo di insuccesso accademico (che comprende l'abbandono) si attesterebbe intorno al 35-37%. Non tutti coloro che si immatricolano al Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) completano infatti il percorso o acquisiscono i 180 Crediti Formativi Universitari (CFU) entro i 3 anni previsti dal Decreto Interministeriale *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie* del 2 aprile 2001. Con il Decreto Ministeriale n.17 del 22 settembre 2010 l'insuccesso accademico è divenuto criterio di misurazione dell'efficienza universitaria. Il decreto prevede, infatti, che la valutazione della regolarità dei percorsi formativi sia effettuata esaminando il tasso di abbandono tra primo e secondo anno, il numero medio annuo di CFU acquisiti per studente e la percentuale annua di laureati nei tempi previsti dal corso di studio.

Considerata la complessità delle misure di efficienza ed efficacia universitaria verso le quali vi sarà una progressiva tendenza, questo studio si propone di documentare da un lato la natura e i possibili determinanti del successo/insuccesso degli studenti infermieri, dall'altro le possibili strategie per prevenire l'insuccesso.

MATERIALI E METODI

Abbiamo condotto una revisione narrativa della letteratura attraverso la consultazione della banca dati Medline. Le strategie di ricerca utilizzate hanno combinato le seguenti parole chiave: "students, nursing", "attrition", "achievement", "academic success", "academic failure". Sono stati considerati gli articoli originali pubblicati negli ultimi 15 anni, e disponibili nella versione full-text, che hanno documentato la relazione tra una o più variabili e il successo/insuccesso accademico degli studenti infermieri; sono stati esclusi gli articoli attinenti alla formazione avanzata (Master/PhD).

I fattori determinanti il successo/insuccesso, analogamente alle strategie da adottare per prevenire l'insuccesso evitabile, sono stati categorizzati secondo

la rappresentazione concettuale elaborata da Urwin e collaboratori (2010), che ipotizzano un'organizzazione strutturata su 3 livelli:

- livello micro - fattori soggettivi associati allo studente;
- livello meso - fattori istituzionali e organizzativi associati ai corsi di studio;
- livello macro - fattori politici e professionali.

RISULTATI

In letteratura sono ampiamente documentati i fattori associati all'insuccesso accademico, nonché le strategie per prevenirlo, come mostra il contenuto dei numerosi articoli esaminati in questa revisione. L'analisi di queste pubblicazioni evidenzia una maggiore attenzione verso lo studio di caratteristiche intrinseche dello studente infermiere (come dati socio-anagrafici); meno considerati risultano i fattori organizzativi e strutturali dei corsi di studio o i fattori politici e professionali che rappresentano il contesto in cui questi si sviluppano (**Tabella 1**).

In riferimento agli eventi misurati come *outcome* delle indagini condotte in questo ambito, si può affermare che, purtroppo, non è ancora disponibile una definizione condivisa di "insuccesso accademico" (Glossop, 2001). Ad esempio, la definizione fornita da Taylor (2005), che contempla gli studenti che per qualsiasi motivo lasciano il corso di laurea, sembra stimare prevalentemente l'abbandono; quella fornita in precedenza da Glossop (2002), invece, si focalizza sulla differenza tra il numero di studenti iscritti al corso e il numero di coloro che lo completano nei tempi previsti, avvicinandosi maggiormente al concetto di insuccesso accademico. Quest'ultima definizione permette, infatti, di includere nel tasso di insuccesso non solo gli studenti che abbandonano, ma anche quelli che non completano entro i termini previsti pur rimanendo iscritti come "fuori corso". Nel nostro contesto, sulla base della normativa vigente, l'insuccesso dovrebbe esprimere la proporzione di studenti che non hanno raggiunto i 180 crediti (CFU) a 3 anni dall'immatricolazione, comprendendo quindi anche coloro che hanno abbandonato il corso (Dante et al., 2011).

Le diverse definizioni dei concetti di successo/insuccesso accademico possono modificare sostanzialmente le stime e rispondere a obiettivi diversi. Ad esempio, potrebbe verificarsi che su 100 studenti immatricolati al primo anno, 20 abbandonano il corso e altri 20 vanno fuori corso. Se il nostro interesse fosse documentare solo il tasso di abbandono (20%), la definizione di Taylor (2005) risulterebbe più appropriata e ci porterebbe a considerare il restante 80% degli iscritti come tutti potenziali laureandi, senza considerare il tempo impiegato per giungere

Tabella 1. Fattori associati a successo (S) o insuccesso (I) accademico degli studenti infermieri secondo il modello di Urwin et al. (2010)

| Livello micro - Fattori soggettivi associati allo studente | | |
|--|---|--|
| S | Età (≥ 26 anni) | El Ansari, 2002; Houltram, 1996; Kevern et al., 1999; McCarey et al., 2007; Mulholland et al., 2008; Ofori, 2000; Salamonson, Andrew, 2006; Pryjmachuk et al., 2008; Van Rooyen et al., 2006 |
| S | Genere (femminile) | Ali, Naylor, 2010; Kevern et al., 1999; McCarey et al., 2007; McLaughlin et al., 2010; Mulholland et al., 2008 |
| S | Etnia (appartenenza al gruppo etnico della nazione in cui si svolge il corso) | Salamonson, Andrew, 2006 |
| S | Ansia (bassi livelli) | McEwan, Goldenberg, 1999 |
| S | Personalità (<i>locus of control</i> esterno) | McLaughlin et al., 2008 |
| S | Graduatoria ammissione (punteggi alti) | Dante et al., 2011; Stickney, 2008 |
| S | Studi precedenti (medie elevate) | Ali et al., 2007; Houltram, 1996; McCarey et al., 2007; Pryjmachuk et al., 2008; Ofori, 2000; Van Rooyen et al., 2006; Wharrad et al., 2003 |
| S | Metodo di studio (profondo) | Wood et al., 2009 |
| S | Frequenza lezioni (assidua) | McCarey et al., 2007 |
| I | Stress (percezione livelli elevati) | Deary et al., 2003 |
| I | Immagine infermiere (stereotipata) | Harvey, McMurray, 1997; O'Donnell, 2011; Spouse, 2000; Wilson et al., 2010 |
| I | Etnia (appartenenza a un gruppo etnico diverso da quello della nazione in cui si svolge il corso) | Fraher et al., 2010 |
| I | Impegni economici | Fraher et al., 2010; Glossop, 2002 |
| I | Carico familiare | Dante et al., 2011; Glossop, 2002 |
| I | Metodo di studio (superficiale) | Leung et al., 2008; Mansouri et al., 2006 |
| I | Lavoro contestuale alla frequenza (≥ 16 ore/settimana) | Salamonson, Andrew, 2006 |
| Livello meso - Fattori istituzionali e organizzativi | | |
| I | Numerosità studenti in aula | Gibbs et al., 1997 |
| Livello macro - Fattori politici e professionali | | |
| S | Scarsa disponibilità di lavoro nel contesto | Lipley, 2000 |

alla laurea. Se l'obiettivo è invece valutare nella sua complessità il fenomeno dell'insuccesso al fine di ricercare strategie efficaci per sostenere gli studenti in difficoltà, tale definizione sarebbe inadeguata perché fornirebbe una sottostima del fenomeno, in quanto sommando gli abbandoni ai fuori corso solo 60 dei 100 aspiranti infermieri iniziali giungerebbero alla laurea nei tempi previsti dal piano degli studi.

Vi possono essere ragioni concrete per studiare esclusivamente il fenomeno dell'abbandono; ad esempio, per migliorare le strategie di reclutamento dei candidati o per comprendere i fattori che spingono potenziali talenti ad allontanarsi dall'infermieristica. Analogamente, vi possono essere ragioni altrettanto importanti per studiare l'insuccesso; ad esempio, per stimare la proporzione di studenti che non riesce a sostenere l'impegno di studio nei 3 anni

previsti, ed eventualmente iniziare a riflettere su una formazione minima di 4 anni di studio come nella vicina Spagna. Interessante può essere infine studiare i 2 fenomeni in modo integrato, per comprenderne ad esempio gli effetti su alcune dinamiche sociali: abbandonare o studiare per un numero di anni superiore a quelli previsti può rappresentare un costo per il singolo studente, per la sua famiglia, per il corso di laurea e per l'intera collettività.

Fattori determinanti il successo/insuccesso accademico

Come riportato nella **Tabella 1**, per quanto riguarda la sfera soggettiva dello studente infermiere – il livello micro di Urwin e collaboratori (2010) – molti autori (El Ansari, 2002; Houltram, 1996; Kevern et al., 1999; McCarey et al., 2007; Mulholland et al., 2008; Ofori,

2000; Prymachuk et al., 2008; Salamonson, Andrew, 2006; Van Rooyen et al., 2006) hanno rilevato maggiori probabilità di successo accademico per gli studenti maturi (di età pari o superiore ai 26 anni), mentre altri (Ali, Naylor, 2010; Kevern et al., 1999; McCarey et al., 2007; McLaughlin et al., 2010; Mulholland et al., 2008) hanno riscontrato maggiori probabilità di successo tra gli studenti di genere femminile. I fattori di rischio per insuccesso accademico includono invece sia mantenere un'attività lavorativa (≥ 16 ore settimanali) contestuale al corso di studi (Salamonson, Andrew, 2006), sia gestire un carico familiare (bambini o altri familiari di cui prendersi cura) (Dante et al., 2011; Glossop, 2002).

Tra i fattori organizzativi (livello meso), sembra importante la numerosità degli studenti in aula: nei corsi tenuti in aule affollate si registrano maggiori tassi di insuccesso perché le occasioni di relazione con il docente sono limitate, come pure le opportunità di sviluppare alti livelli di abilità di pensiero critico e studio (Gibbs et al., 1997).

Infine, a livello macro, un determinante dell'insuccesso appare collegato all'economia locale in cui le università sono immerse: dove sono presenti opportunità di lavoro alternative alla professione infermieristica si rilevano tassi di insuccesso più alti (Lipley, 2000). Tale dato potrebbe in parte spiegare il diverso rapporto candidati/posti disponibili (5,0 vs 2,1) registrato in Italia nelle regioni meridionali e in quelle centro-settentrionali (Mastrillo, 2010).

Raccomandazioni di intervento

Alcuni stati europei si sono fatti promotori della produzione di linee guida finalizzate a ridurre l'abbandono degli studi tra gli studenti infermieri (Department of Health, 2006), ma non sono ancora disponibili ricerche che ne confermino l'efficacia.

Come emerge dalla **Tabella 2**, le strategie individuate per affrontare questo problema non sono molte. Quelle documentate (Department of Health, 2006), affrontano il problema dallo *start point* (reclutamento e selezione) proseguendo con i possibili interventi su specifici fattori personali, organizzativi e istituzionali:

1. *Reclutamento* - Nelle giornate dedicate all'incontro con gli studenti delle scuole secondarie, le università dovrebbero garantire un'elevata qualità delle informazioni inerenti il Corso di Laurea in Infermieristica al fine di determinare, nei possibili soggetti interessati, prospettive e aspettative realistiche. Molti studenti falliscono negli studi perché non riescono a soddisfare le aspettative che hanno sviluppato (Harvey, McMurray, 1997; O'Donnel, 2011; Spouse, 2000; Wilson et al., 2010).

2. *Selezione* - In accordo con alcuni autori (Dante et al., 2011; Stickney, 2008) che hanno documentato una relazione positiva tra un punteggio elevato nella graduatoria di ammissione e il successo accademico, per ridurre i tassi di insuccesso potrebbe essere utile: valorizzare il voto di maturità, che quando è alto si associa a maggiori probabilità di successo; affinare le strategie di selezione integrando i test (che operano prevalentemente a livello cognitivo) con un colloquio individuale finalizzato a esplorare anche altre dimensioni "psicoattitudinali" (Ali et al., 2007; Houltram, 1996; McCarey et al., 2007; Ofori, 2000; Prymachuk et al., 2008; Van Rooyen et al., 2006; Wharrad et al., 2003).

Tabella 2. Possibili strategie per ridurre l'insuccesso accademico degli studenti infermieri secondo il modello di Urwin et al. (2010)

| Livello micro - Fattori soggettivi associati allo studente | |
|--|--|
| Valutazione delle capacità di autoapprendimento | Cadorin et al., 2011; Watts, 2011 |
| Valutazione del grado di soddisfazione | Department of Health, 2006 |
| Monitoraggio della qualità dell'ambiente di tirocinio | Bradbury-Jones et al., 2007 |
| Livello meso - Fattori istituzionali e organizzativi | |
| Adozione di metodologie tutoriali | McGann, Thompson, 2008; Morgan, 2006; Ofori, Charlton, 2002; Palese et al., 2007 |
| Livello macro - Fattori politici e professionali | |
| Valorizzazione del voto di maturità nella selezione | Ali et al., 2007; Houltram, 1996; McCarey et al., 2007; Ofori, 2000; Prymachuk et al., 2008; Van Rooyen et al., 2006; Wharrad et al., 2003 |
| Valutazione psicoattitudinale (colloquio di selezione) | Ali et al., 2007; Houltram, 1996; McCarey et al., 2007; Ofori, 2000; Prymachuk et al., 2008; Van Rooyen et al., 2006; Wharrad et al., 2003 |

3. *Tutorato personale* - L'adozione di metodologie tutoriali, anche quando offerte in modo intensivo soprattutto agli studenti del primo anno, sembra influenzare il successo accademico (McGann, Thompson, 2008; Morgan, 2006; Ofori, Charlton, 2002; Palese et al., 2007).

4. *Valutazione delle capacità di autoapprendimento* - Visto l'attuale Decreto Interministeriale del 19 febbraio 2009 che prevede, a parità di impegno orario per CFU, un incremento del numero di ore riservate allo studio individuale e considerato che così come per l'assistenza anche nella formazione universitaria le risorse a disposizione non sono illimitate, potrebbe essere utile differenziare il sostegno tutoriale offerto agli studenti, supportando i più fragili (Cadorin et al., 2011; Watts, 2011).

5. *Qualità dell'ambiente di tirocinio clinico* - È largamente documentato che l'ambiente di tirocinio clinico può condizionare gli esiti dell'apprendimento (Bradbury-Jones et al., 2007). Il mancato raggiungimento degli obiettivi di competenza clinica attesi determina, infatti, il non superamento degli esami. Il monitoraggio sistematico della qualità dell'ambiente di tirocinio potrebbe essere una strategia utile per gestire al meglio le possibilità di apprendimento proposte agli studenti e sostenere lo sviluppo delle loro capacità cliniche.

6. *Valutazione del grado di soddisfazione* - L'insoddisfazione rispetto agli insegnamenti ricevuti nell'ambito del corso o alle relazioni con i *tutors* è un fattore associato all'insuccesso (Department of Health, 2006). Il monitoraggio sistematico dei livelli di soddisfazione consentirebbe di apportare i correttivi necessari.

DISCUSSIONE

Le ragioni che sottendono alla costante produzione scientifica sull'insuccesso accademico per lo più tramite studi circoscritti, raramente di rilevanza nazionale o internazionale, sono da ricercarsi essenzialmente nella complessità dei fattori coinvolti e nella definizione non sempre condivisa dei concetti di successo e insuccesso accademico. Malgrado la riconosciuta multifattorialità del fenomeno (National Audit Office, 2007; Urwin et al., 2010) gli studi si concentrano quasi sempre sulla verifica di un'unica variabile (per esempio, "studenti lavoratori") quale possibile determinante di successo o insuccesso (Fowler, Norrie, 2009). Questo procedere per fattori specifici, probabilmente rilevanti a livello locale (per la singola istituzione o area geografica) ammettendo una variabilità dei corsi di laurea nonostante il Processo di Bologna abbia creato le basi per una maggiore comparabilità degli stessi, non aiuta a svilup-

pare raccomandazioni internazionali utili alle componenti interessate (Fowler, Norrie, 2009).

L'insuccesso accademico, quando non presidiato, è un fattore che contribuisce sostanzialmente alla riduzione dell'organico infermieristico disponibile. Visti i dati evidenziati nel presente studio e considerando che nel 2010 in Italia, sulla base del fabbisogno infermieristico dichiarato dalle Regioni, sono stati immatricolati nei rispettivi corsi di laurea 16.336 studenti (Mastrillo, 2010), potremmo ragionevolmente attenderci, per lo stesso anno, una possibile perdita di infermieri che si attesterebbe tra le 5.717 e le 6.044 unità (35-37%) (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2010). Proiettando le stime a 10 anni il problema assumerebbe caratteristiche drammatiche, con una perdita variabile tra i 57.170 e i 60.440 potenziali infermieri. Aumentare il numero di studenti iscrivibili, così come sta accadendo progressivamente nel nostro paese (11.793 nel 2003 contro i 16.336 del 2010, $\Delta +4.543$) (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2004; Mastrillo, 2010), potrebbe non essere dunque sufficiente se non si attuano contestualmente strategie di prevenzione e riduzione dell'insuccesso accademico. Già oggi, secondo le stime dell'OCSE, in Europa il numero medio di infermieri/1.000 abitanti si attesta a 9,6 contro il 7 per 1.000 dell'Italia, che mostra una carenza infermieristica stimata superiore alle 100.000 unità (OECD, 2009).

Alti tassi di insuccesso accademico non solo contribuiscono a mantenere elevata la carenza infermieristica, ma potrebbero anche rappresentare a loro volta un effetto della carenza medesima: l'insuccesso è per sua natura un fenomeno complesso che sembra collocarsi in un circolo vizioso. All'aumento del numero di pazienti gestiti da ciascun infermiere (Aiken et al., 2002, 2003), infatti, corrisponde anche una diminuzione della disponibilità degli infermieri a seguire gli studenti. Tirocini di scarsa qualità e strutture non in grado di accogliere adeguatamente gli studenti aumentano i tempi necessari per l'apprendimento delle competenze minime e riducono la possibilità di incrementare i posti a disposizione dei corsi di laurea.

CONCLUSIONI

Nonostante il fenomeno dell'insuccesso accademico degli studenti infermieri rappresenti un'area di notevole interesse per molti ricercatori e per il sistema universitario, rimane ancora aperto il dibattito sul livello accettabile di tale insuccesso, il cui azzeramento non sarebbe tuttavia né possibile, né auspicabile. Perdere studenti non motivati nei confronti di una disciplina non è di per sé un insuccesso se questo li aiuta a trovare uno sviluppo professionale più

consono ai loro talenti; come pure assicurare più tempo agli studenti che ne hanno bisogno per raggiungere un adeguato standard di conoscenze e di competenze non deve essere considerato un indicatore negativo ma solo l'espressione massima della personalizzazione di un percorso formativo (Department of Health, 2006).

Oltre alla sperimentazione di possibili strategie per prevenire l'insuccesso evitabile (determinato da fattori su cui è possibile intervenire) e a monitorare/contenere l'insuccesso fisiologico (studenti che interrompono il percorso perché la scelta intrapresa non è congruente alle loro attese), sarà necessario nel futuro giungere a una definizione condivisa di insuccesso accademico, per poter misurare e comparare sistematicamente i risultati delle ricerche condotte in questo ambito. Sarà inoltre necessario definire e validare strumenti utili all'identificazione precoce degli studenti a rischio di insuccesso (Fowler, Norrie, 2009) e orientare la prospettiva di studio del fenomeno in senso positivo (Cameron et al., 2011b) al fine di individuare le strategie utilizzate dagli studenti che, pur essendo a rischio, completano con successo il percorso di studi.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM et al. (2002) *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. JAMA, 288 (16), 1987-1993.
- Aiken LH, Clarke SP, Silber JH et al. (2003) *Hospital nurse staffing, education, and patient mortality*. LDI Issue Brief, 9 (2), 1-4.
- Ali PA, Gavino MI, Memon AA (2007) *Predictors of academic performance in the first year of basic nursing diploma programme in Sindh, Pakistan*. J Pak Med Assoc 57 (4), 202-204.
- Ali PA, Naylor PB (2010) *Association between academic and non-academic variables and academic success of diploma nursing students in Pakistan*. Nurse Educ Today, 30 (2), 157-162.
- Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F (2007) *The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study*. J Adv Nurs, 59 (4), 342-351.
- Cadorin L, Suter N, Saiani L et al. (2011) *Self-Rating Scale of Self-Directed Learning (SRSSDL): preliminary results from the Italian validation process*. Journal of Research in Nursing, 16 (4), 363-373 (published online September 3, 2010; DOI 10.1177/1744987110379790).
- Cameron J, Roxburgh M, Taylor J et al. (2011a) *Why students leave in the UK: an integrative review of the international research literature*. J Clin Nurs, 20 (7-8), 1086-1096.
- Cameron J, Roxburgh M, Taylor J et al. (2011b) *An integrative literature review of student retention in programmes of nursing and midwifery education: why do students stay?* J Clin Nurs, 20 (9-10), 1372-1382.
- Cross KW, Hall DL (1954) *Survey of entrants to nurse training schools and of student-nurse wastage in the Birmingham region*. British Journal of Preventive & Social Medicine, 8 (2), 70-76.
- Dante A, Valoppi G, Saiani L et al. (2011) *Factors associated with nursing students' academic success or failure: a retrospective Italian multicenter study*. Nurse Educ Today, 31 (1), 59-64.
- Deary IJ, Watson R, Hogston R (2003) *A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students*. J Adv Nurs, 43 (1), 71-81.
- Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*. Roma 2001.
- Decreto Interministeriale 19 febbraio 2009 *Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie*. Roma 2009.
- Decreto Ministeriale 22 settembre 2010 n. 17 *Requisiti necessari dei corsi di studio - Allegato a*. Roma 2010.
- Department of Health (2006) *Managing attrition rates for student nurses and midwives: a guide to good practice for strategic health authorities and higher education institutions*. Consultato il 23 febbraio 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_073226.pdf
- Destrebecq A, Destefani C, Sponton A (2008) *Abandonment of nursing courses: a survey regarding the motivations which lead the students to the abandonment of the nursing degree course*. Prof Inferm, 61 (2), 80-86.
- El Ansari W (2002) *Student nurse satisfaction levels with their courses: Part I - effects of demographic variables*. Nurse Educ Today, 22 (2), 159-170.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2004) *Indagine sulla formazione universitaria degli infermieri. Rapporto 2003/2004*. Consultato il 23 febbraio 2011, disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/content/osservatorio/Indagine%202003-2004.pdf>
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2010) *Indagine sulla formazione universitaria degli infermieri. Rapporto 2007/2008*. Consultato il 23 febbraio 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/62/Indagine%202007-2008.pdf
- Fowler J, Norrie P (2009) *Development of an attrition risk prediction tool*. Br J Nurs, 18 (19), 1194-1200.
- Fraher E, Belsky DW, Gaul K et al. (2010) *Factors af-*

- fecting attrition from associate degree nursing programs in North Carolina. *Cah Sociol Demogr Med*, 50 (2), 213-246.
- Gibbs G, Lucas L, Spouse J (1997) *The effects of class size and form of assessment on nursing students' performance, approaches to study and course perceptions*. *Nurse Educ Today*, 17 (4), 311-318.
- Glossop C (2001) *Student nurse attrition from pre-registration course: investigating methodological issues*. *Nurse Educ Today*, 21 (3), 170-180.
- Glossop C (2002) *Student nurse attrition: use of an exit-interview procedure to determine students' leaving reasons*. *Nurse Educ Today*, 22 (5), 375-386.
- Harvey VC, McMurray NE (1997) *Students' perceptions of nursing: their relationship to attrition*. *J Nurs Educ*, 36 (8), 383-389.
- Houltram B (1996) *Entry age, entry mode and academic performance on a Project 2000 common foundation programme*. *J Adv Nurs*, 23 (6), 1089-1097.
- Kevern J, Ricketts C, Webb C (1999) *Pre-registration diploma students: a quantitative study of entry characteristics and course outcomes*. *J Adv Nurs*, 30 (4), 785-795.
- Leung SF, Mok E, Wong D (2008) *The impact of assessment methods on the learning of nursing students*. *Nurse Educ Today*, 28 (6), 711-719.
- Lipley N (2000) *Analysis a class above*. *Nursing Standard*, 14 (26), 12.
- Mansouri P, Soltani F, Rahemi S et al. (2006) *Nursing and midwifery students' approaches to study and learning*. *J Adv Nurs*, 54 (3), 351-358.
- Mastrillo, A (2010) *Lauree triennali delle professioni sanitarie. Dati sull'accesso ai corsi e programmazione posti nell'anno accademico 2010-11*. Il notiziario AITN, 3.
- McCarey M, Barr T, Rattray J (2007) *Predictors of academic performance in a cohort of pre-registration nursing students*. *Nurse Educ Today*, 27 (4), 357-364.
- McEwan L, Goldenberg D (1999) *Achievement motivation, anxiety and academic success in first year master of nursing students*. *Nurs Educ Today*, 19 (5), 419-430.
- McGann E, Thompson JM (2008) *Factors related to academic success in at-risk senior nursing students*. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 5 (1), 19.
- McLaughlin K, Moutray M, Muldoon OT (2008) *The role of personality and self-efficacy in the selection and retention of successful nursing students: a longitudinal study*. *J Adv Nurs*, 61 (2), 211-221.
- McLaughlin K, Muldoon OT, Moutray M (2010) *Gender, gender roles and completion of nursing education: a longitudinal study*. *Nurse Educ Today*, 30 (4), 303-307.
- Morgan R (2006) *Using clinical skills laboratories to promote theory-practice integration during first practice placement: an Irish perspective*. *J Clin Nurs*, 15 (2), 155-161.
- Mulholland J, Anionwu EN, Atkins R et al. (2008) *Diversity, attrition and transition into nursing*. *J Adv Nurs*, 64 (1), 49-59.
- National Audit Office (2002) *Staying the course: the retention of students in higher education*. The Stationery Office, London 2007. Consultato il 23 febbraio 2011, disponibile all'indirizzo: <http://www.nao.org.uk>
- O'Donnell H (2011) *Expectations and voluntary attrition in nursing students*. *Nurse Educ Pract*, 11 (1), 54-63.
- OECD (2009) *Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing*. Consultato il 23 febbraio 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
- Ofori R (2000) *Age and 'type' of domain specific entry qualifications as predictors of student nurses' performance in biological, social and behavioural sciences in nursing assessments*. *Nurse Educ Today*, 20 (4), 298-310.
- Ofori R, Charlton JP (2002) *A path model of factors influencing the academic performance of nursing students*. *J Adv Nurs*, 38 (5), 507-515.
- Palese A, Saiani L, Brugnolli A et al. (2007) *The impact of tutorial strategies on student nurses' accuracy in diagnostic reasoning in different educational settings: a double pragmatic trial in Italy*. *Int J Nurs Stud*, 45 (9), 1285-1298.
- Pryjmachuk S, Easton K, Littlewood A (2009) *Nurse education: factors associated with attrition*. *J Adv Nurs*, 65 (1), 149-160.
- Salamonson Y, Andrew S (2006) *Academic performance in nursing students: influence of part-time employment, age and ethnicity*. *J Adv Nurs*, 55 (3), 342-349.
- Spouse J (2000) *An impossible dream? Image of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses*. *J Adv Nurs*, 32 (3), 730-739.
- Stickney MC (2008) *Factors affecting practical nursing student attrition*. *J Nurs Educ*, 47 (9), 422-425.
- Taylor R (2005) *Creating a connection: tackling student attrition through curriculum development*. *Journal of Further and Higher Education*, 29 (4), 367-374.
- Urwin S, Stanley R, Jones M et al. (2010) *Understanding student nurse attrition: learning from the literature*. *Nurse Educ Today*, 30 (2), 202-207.
- Van Rooyen P, Dixon A, Dixon G et al. (2006) *Entry cri-*

- teria as predictor of performance in an undergraduate nursing degree programme.* Nurse Educ Today, 26 (7), 593-600.
- Watts TE (2011) *Supporting undergraduate nursing students through structured personal tutoring: some reflections.* Nurse Educ Today, 31 (2), 214-218.
- Wharrad HJ, Chapple M, Price N (2003) *Predictors of academic success in a Bachelor of Nursing course.* Nurse Educ Today, 23 (4), 246-254.
- Wilson A, Chur-Hansen A, Marshall A et al. (2010) *Should nursing-related work experience be a prerequisite for acceptance into a nursing programme? A study of students' reasons for withdrawing from undergraduate nursing at an Australian university.* Nurse Educ Today, 31 (5), 456-460.
- Wood AM, Saylor C, Cohen J (2009) *Locus of control and academic success among ethnically diverse baccalaureate nursing students.* Nurs Educ Perspect, 30 (5), 290-294.



CONTRIBUTI

L'E-learning in sanità: vantaggi e limiti

di *Pietro Dri*

Direttore Zadig Editore

La novità di questi ultimi anni nel campo della formazione continua degli operatori sanitari è senza dubbio l'avvento dell'e-learning. Tutti ne sventolano ora il vessillo dopo che per diverso tempo la formazione a distanza è stata considerata la Cenerentola degli strumenti di formazione: “non è efficace e utile quanto la formazione residenziale”, “isola lo studente invece di coinvolgerlo”, “riduce il ruolo del docente”, “è un fatto puramente tecnologico”, “si perde l'essenza del rapporto diretto tra discente e docente”. Sono solo alcune delle critiche o pregiudizi piovute addosso alla formazione a distanza (Fad) nell'ultimo quinquennio. Ciononostante, la forza di questo nuovo modo di apprendere è stata tale da superare tutte le osservazioni negative, smentendole e affermandosi come un importante strumento per oggi e per il futuro.

Sgombriamo subito il campo dall'idea che la Fad possa sostituire la formazione residenziale. Questa idea, fatta propria oggi da molti (capovolgendo i pregiudizi degli ultimi anni e privilegiando la Fad rispetto alla formazione tradizionale) affonda le proprie radici nel terreno di un semplice sillogismo: gli operatori sanitari sono molto impegnati, hanno poco tempo per frequentare corsi residenziali, la Fad può essere fatta in qualunque momento e in qualunque luogo, quindi la Fad sarà lo strumento della formazione degli operatori sanitari in futuro, in sostituzione della formazione residenziale. Le premesse sono entrambe corrette, ma la conclusione del sillogismo non è condivisibile. Nella tabella è riportato un sintetico confronto tra i due metodi di formazione, da cui si coglie immediatamente la complementarità di formazione residenziale e formazione a distanza e si evidenzia quando è efficace l'una o l'altra.

Tabella – Sintesi di confronto tra formazione residenziale e formazione a distanza

| | Formazione residenziale | Formazione a distanza |
|--------------------|--|--|
| Numero destinatari | Da 10 a 100 | Da 100 a 100.000 |
| Interazione | ** nella lezione ex cathedra *** nel lavoro in piccoli gruppi | * ** se con metodi interattivi |
| Vantaggi | <ul style="list-style-type: none"> • contatto diretto con il docente • discussione con i propri colleghi | <ul style="list-style-type: none"> • tempo: può essere fatta in qualunque momento • luogo: può essere fatta ovunque • omogeneità • minor inquinamento • controllo delle informazioni evidence based |

| | | |
|------------------|--|---|
| Svantaggi | <ul style="list-style-type: none"> • obbliga alla presenza in un luogo a una data ora • non consente il controllo delle informazioni evidence based • ha costi di spostamento • è omogenea solo su pochi destinatari | <ul style="list-style-type: none"> • non consente il contatto diretto viso a viso (ma può averlo a distanza) • non ha un contatto diretto con i colleghi (salvo in caso di comunità virtuale) |
|------------------|--|---|

Atemporalità, utopia, ecosostenibilità e democrazia

Certo, la Fad ha radicalmente mutato due capisaldi dei metodi tradizionali: ha cancellato la dimensione spazio-tempo. Mentre per una formazione residenziale occorre essere presenti in un dato luogo e in una data ora, con gli spostamenti del caso, la Fad è fruibile tranquillamente da qualunque computer in qualunque luogo della terra e nel momento in cui ciascuno è più disposto a impegnarsi per il proprio aggiornamento (questo vale almeno per tutte le attività asincrone a distanza, che non richiedono cioè la contemporanea presenza di docente e discente). Questa atemporalità (il tempo non è più un limite) associata all'utopia (il luogo non ha più rilevanza) dà ragione di un ulteriore vantaggio della Fad rispetto alla formazione residenziale: l'ecosostenibilità. A parità di operatori sanitari formati, infatti, la Fad incide molto meno sull'equilibrio ambientale, non obbligando all'uso dei mezzi di trasporto (automobile, aereo, treno, etc.) per raggiungere la sede del corso o convegno. Insomma, la Fad non è del tutto "CO2 free", ma quasi, poiché l'unico fattore inquinante è l'energia elettrica consumata dal computer e, al più, la necessità di smaltimento del computer quando viene dismesso.

Infine la Fad ha una caratteristica preziosa: la democraticità. Raggiungendo ovunque e allo stesso modo i possibili utilizzatori, non distingue tra operatori sanitari delle grandi città e operatori sanitari dei piccoli paesi, offre a chiunque la possibilità di formarsi nello stesso identico modo e tra l'altro consente a costi ridotti (rispetto alla residenziale) di provvedere al proprio aggiornamento continuo.

La svolta della nuova norma

Che la formazione a distanza abbia finalmente assunto un ruolo primario nell'ambito della sanità italiana è dimostrato a chiare lettere anche dalla nuova normativa Ecm entrata in vigore il primo gennaio 2010 (Dri, 2010). Fino ad allora i programmi di formazione a distanza erano stati accreditati solo in via sperimentale (a partire dal 2004). Era stata infatti considerata indispensabile una fase di prova sul campo per valutare quanto questo tipo di formazione fosse gradito e fruibile da parte degli operatori sanitari italiani. Non bisogna d'altra parte dimenticare che uno dei fattori limitanti, temuto soprattutto agli inizi e ormai superato, è la connettività, cioè la possibilità per gli operatori sanitari di accedere a Internet in maniera agevole e rapida.

La sperimentazione ministeriale, con una quarantina di progetti erogati, ha dato ottimi risultati (Naldi, Manfrini et al., 2006) e sull'abbrivio di questa esperienza la Fad è diventata ora primadonna del campo formativo. Basti pensare che tutti e 50 i crediti Ecm annui che un professionista sanitario deve ottenere per la propria formazione continua possono essere realizzati via Fad, con un'unica eccezione: la categoria degli infermieri ha un limite posto al 60%. Ciò significa che un infermiere può ottenere al massimo 30 crediti Ecm all'anno via Fad per soddisfare i propri bisogni formativi. Al riguardo va sottolineato, senza alcuna possibilità di smentita, che la categoria degli infermieri è quella che ha risposto

meglio ai progetti di formazione a distanza fin qui realizzati.

Ne è un esempio ormai storico il progetto di formazione a distanza Ecce dell'Agencia italiana del farmaco, iniziato nel 2005 per i medici e successivamente aperto agli infermieri (Ecce-InfAD) con corsi specifici. Ebbene dei quasi 150.000 iscritti alla piattaforma (il progetto è stato sospeso nel novembre 2008 e mai più ripreso) 110.000 erano infermieri, nonostante il progetto fosse partito per loro un anno dopo. Il timore iniziale che gli infermieri potessero avere un gap tecnologico rispetto ai medici non solo è stato rapidamente smentito, ma è emerso l'esatto opposto (Scarpa, Di Giulio et al., 2008).

L'importanza del modello

I risultati del progetto Ecce hanno confermato non solo l'apprezzamento per la Fad, ma hanno sottolineato soprattutto il successo di uno specifico metodo di formazione a distanza. E qui occorre fare un po' di chiarezza sui metodi di Fad per i sanitari, professionisti che vogliono formarsi in maniera attiva e non passiva, che sono disposti a impegnarsi a condizione che vengano loro forniti materiali e nozioni applicabili nella pratica quotidiana. Per questo nel progetto Ecce è stato scelto il modello andragogico del caso come strumento per aggiornarsi: tutti i giorni i professionisti sanitari si confrontano con i pazienti, ecco quindi che il paziente con la sua storia deve essere anche il fulcro delle loro attività formative. La Fad centrata sul caso sceneggiato, nella quale si ha a che fare non con semplici dati ma con un paziente, ancor meglio con una persona, è per di più l'unico modello che in letteratura scientifica internazionale abbia dimostrato la propria efficacia in termini di acquisizione delle conoscenze e modifica dei comportamenti dei sanitari (Fordis, King, et al., 2005; Cook, Levinson, et al., 2008).

Occorre ricordare infatti che non tutti i modelli di formazione a distanza hanno un'efficacia dimostrata e occorre anche chiarire che fare formazione a distanza non significa riprendere un evento residenziale e ritrasmetterlo in maniera sincrona o asincrona a distanza. Questo al massimo può essere etichettato come "formazione residenziale a distanza", ma nulla ha a che fare con la Fad, che richiede invece la preparazione di materiali ad hoc per l'uso via web e un progetto didattico specifico (ben diverso da quello di un corso residenziale, proprio per le diverse caratteristiche dei due strumenti).

Tecnologia come mezzo

Nello stesso modo non si deve pensare alla Fad come a un luogo ideale per mostrare effetti speciali, per stupire l'utente. È vero, la tecnologia consente oggi di realizzare attività formative a effetto, ma quello che deve colpire l'utente sono i contenuti che devono sempre essere evidence based (Moja, Moschetti et al., 2007), come peraltro sottolinea anche la nuova norma Ecm. Devono essere quindi i contenuti a dominare, contenuti costruiti ad hoc e somministrati secondo un piano didattico coerente e stimolante per l'operatore sanitario. Questa osservazione porta a fare piazza pulita di un'altra convinzione purtroppo ancora diffusa sulla Fad, e cioè che Fad significhi tecnologia, che la tecnologia sia il cuore della formazione a distanza. Non è assolutamente così: la tecnologia è semplicemente il mezzo, non il fine. Il paragone che viene spontaneo è con un libro: si acquista un libro per l'autore o perché l'editore è un editore di qualità, non certo perché è stato stampato da un tipografo o da un altro. Ecco, la tecnologia per la Fad è come lo stampatore per il libro, un mezzo per poter far arrivare le informazioni ai destinatari. Con ciò non si vuole sminuire il ruolo della tecnologia, che ha consentito alla Fad di spiccare un balzo in avanti impensabile anche solo agli inizi del Duemila. L'evoluzione del Web da Web 1.0, in cui l'utente era passivo, al Web 2.0 con tutte le sue potenzialità

(forum, chat, blog, social network, wiki, app, etc) e interattività ha aperto le porte a molte nuove possibilità di costruzione di percorsi formativi, trasformando sempre più il discente da passivo in attivo, fino a diventare egli stesso parte delle fasi di costruzione della propria conoscenza. E il futuro prossimo sarà il Web 3.0, il web semantico che farà da ponte verso il web 4.0 e le funzioni di intelligenza artificiale.

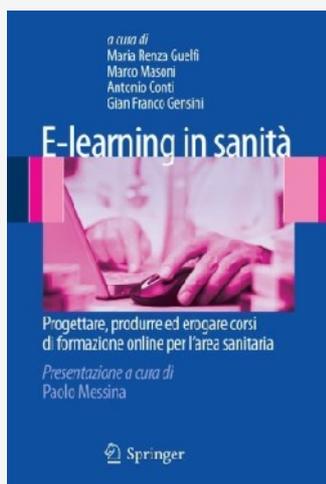
I programmi in corso

Nell'attesa dei continui progressi tecnologici e della diffusione di smartphone e tablet che consentiranno nuove forme di formazione a distanza (*mobile*), sono numerosi i progetti di Fad destinati agli infermieri attualmente in corso. La Federazione Ipasvi, insieme alla Fnomceo, con il sostegno del Ministero della salute, ha fatto partire a dicembre 2010 il nuovo portale FadInMed (www.fadinmed.it, con accesso per chi non si è ancora iscritto dal portale dell'Ipasvi, www.ipasvi.it) con la pubblicazione di un primo corso sulla *Root Cause Analysis* e la successiva recente messa online di un pacchetto formativo sull'audit clinico. Seguiranno in autunno corsi sulla gestione del rischio clinico. Nell'arco di soli 7 mesi, si sono iscritti a questo programma formativo 34.700 tra infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari, con l'erogazione a oggi di oltre 244.000 crediti Ecm. I corsi di FadInMed sono del tutto gratuiti per gli iscritti ai collegi Ipasvi.

Molte altre iniziative di Fad (corsi Co.In.Re, corsi Nursing Fad, etc) rivolte agli infermieri sono in essere o sono in fase di progettazione, a dimostrazione dell'interesse della categoria.

Il rischio da evitare, come spesso capita, è che il proliferare di proposte vada a discapito della qualità dei corsi realizzati e della loro indipendenza. Saranno i destinatari a dover acquisire nel tempo le capacità critiche per giudicare un buon programma Fad e saperlo distinguere da uno di scarsa qualità o influenzato da pesanti conflitti d'interesse.

Recensione



E-learning in sanità.

Progettare, produrre ed erogare corsi di formazione online per l'area sanitaria

Maria Renza Guelfi, Marco Masoni, Antonio Conti, Gian Franco Gensini

Springer 2011

pagine 242 , euro 34,95

È appena stato pubblicato per i tipi di Springer un libro dedicato all'e-learning in sanità.

Ricco di informazioni, riporta anche alcune esperienze italiane (tra le quali ampio spazio è dedicato proprio al Progetto Ecce) e fornisce indicazioni anche rispetto alla nuova norma Ecm.

Più che di Fad per gli operatori sanitari, nel volume si parla di e-learning per piccoli gruppi, per esempio corsi di laurea o master, attività cioè che coinvolgono le decine o centinaia di persone, non certo le migliaia o decine di migliaia cui si rivolge la Fad in ambito Ecm. Ciò

è dovuto all'impostazione universitaria degli autori e alla loro grande esperienza nella realizzazione di corsi pluriennali di e-learning per gli studenti.

Destinatari del libro sono coloro che intendono cimentarsi con la costruzione di un programma di formazione a distanza e non hanno alcuna preparazione al riguardo. Troveranno riunite le informazioni necessarie per impostare un progetto e i suggerimenti per come strutturarne ed erogarlo.

BIBLIOGRAFIA

- Dri P (2010). *The new Cme system*. Epidemiol Prev, 34, 138-9.
- Naldi L, Manfrini R, Martin L, Deligant C, Dri P (2006). *Feasibility of a web-based continuing medical education program in dermatology: The DermoFAD Experience in Italy*. Dermatology, 213, 6-11.
- http://ape.agenas.it/documenti/2.criteri_per_assegnazione_crediti_e_fsc.pdf
- Scarpa N, Di Giulio P, Manfrini R, Liberati A, Addis A, Dri P (2008). *Il web come strumento per rendere accessibile a tutti gli infermieri la formazione evidence based*. Abstract al XIV Congresso Nazionale Sipem (Società italiana di pedagogia medica, Rimini, 22 febbraio).
- Fordis M, King JE, Ballantyne CM, Jones PH, Schneider KH, Spann SJ, Greenberg SB, Greisinger AJ (2005). *Comparison of the instructional efficacy of internet-based Cme with live interactive Cme workshops. A randomized controlled trial*. JAMA, 294, 1043-51.
- Cook AD, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM (2008). *Internet-based learning in the health professions. A meta-analysis*. JAMA, 300, 1181-96.
- Moja L, Moschetti I, Liberati A, Manfrini R, Deligant C, Satolli R, Addis A, Martini N, Dri P (2007). *Using Clinical Evidence in a national continuing medical education program in Italy*. PLoS Med, 4, e113.doi:10.1371/journal.pmed.004011.



ESPERIENZE

Assistiti e consenso informato in ambito chirurgico

di *Marina Vanzetta*

Infermiere, Coordinatore Otorinolaringoiatra, Ospedale S. Cuore di Negrar, Verona

marina22@libero.it

Sia nell'infermieristica che in altri ambiti clinico-professionali, il principio portante che guida le cure alla persona è il riconoscimento della sua autonomia e per aiutarla ad essere autonoma l'informazione risulta basilare. L'informazione, un tempo intesa come esclusivamente medica, oggi va considerata come clinica, ovvero comune a molte professioni, integrata e centrata sui percorsi clinico-assistenziali, anziché sulla singola prestazione (D'Addio et al., 2010). Ogni professione sanitaria ha un proprio ambito di informazione verso la persona, con contenuti propri e specifici (Rodriguez, Aprile, 2004): la diagnosi infermieristica, le prescrizioni relative alle attività di vita a seguito dell'insorgere di una specifica patologia, l'orientamento della persona a pratiche di salute positive sono parte irrinunciabile delle informazioni cliniche necessarie all'assistito.

Di consenso informato (c.i.) ormai si parla comunemente: è citato da molti documenti, è una pratica diffusa in diverse realtà, è oggetto di alcune procedure aziendali. Molto spesso, per differenti ragioni, ne viene enfatizzato l'aspetto legale e messo in secondo piano il valore deontologico.

Nel nostro servizio di Orl si è voluta analizzare l'opinione delle persone assistite relativamente ad alcuni aspetti del c.i.: valore attribuito, comprensibilità delle schede informative, necessità della presenza dell'infermiere per l'esplicitazione del percorso assistenziale.

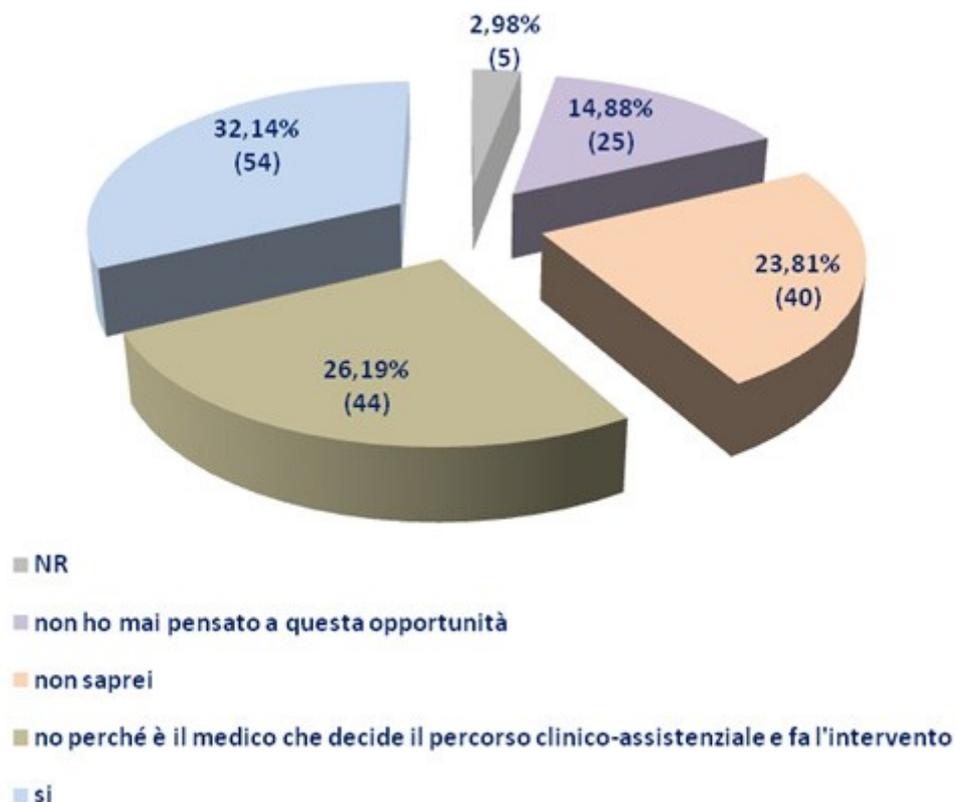
Cosa ne pensano gli operandi

Tra gennaio e marzo 2010 sono stati interpellati, tramite un questionario anonimo, tutti i pazienti della degenza e del day hospital, per esplorare la loro opinione relativamente al c.i. Nel nostro servizio, i moduli di consenso (all'anestesia e all'intervento chirurgico) vengono consegnati al paziente prima del colloquio con i relativi medici, mentre l'adesione del paziente al trattamento proposto viene acquisita separatamente da ciascun professionista. Attualmente l'infermiere non partecipa all'acquisizione del consenso esplicitando il percorso assistenziale: si limita a consegnare i moduli al paziente prima e a controllarne la presenza in cartella clinica dopo.

Il linguaggio (chiarezza, semplicità, comprensibilità) dei moduli è stato considerato buono dal 65% dei nostri pazienti, sebbene il 39% abbia avuto bisogno di ulteriori chiarimenti sui contenuti dei moduli durante il colloquio con il chirurgo e con l'anestesista; il 59% (99) non ha ritenuto necessario approfondire ulteriormente i contenuti. Il 33% ritiene il c.i. una forma di tutela dell'assistito, altri (33%) lo interpretano come una forma di partecipazione e scelta del suo percorso clinico-assistenziale. Il 19% lo considera una forma di tutela del sanitario, il 10% sia una forma di tutela del sanitario che dell'assistito.

L'infermiere dovrebbe partecipare all'acquisizione del c.i. per esplicitare il percorso assistenziale della persona assistita solo per il 32% degli interpellati: una percentuale limitata se si considera che in ambito chirurgico la presa in carico dell'assistito e il suo monitoraggio sono ugualmente basilari rispetto al trattamento chirurgico in sé.

Figura 1 – La partecipazione dell'infermiere all'acquisizione del consenso informato



La maggior parte degli interpellati (79%) afferma di aver letto completamente i moduli di c.i., giudicandone buono il livello di chiarezza, semplicità e comprensibilità del linguaggio (65%) e non ha necessitato di ulteriori approfondimenti e precisazioni da parte del medico (59%).

Questi dati sono da un lato in linea con uno scenario e un clima culturale che vedono e vogliono il cittadino che si avvicina ai servizi sempre più e meglio informato, attento a ciò che gli viene prospettato e proposto, capace e portatore di interessi, quindi competente e in diritto di esprimere scelte. Dall'altro, si contrappongono con il pensiero diffuso tra la maggior parte degli operatori dell'unità operativa che ritiene i moduli di consenso eccessivamente lunghi, relativamente semplici nel linguaggio, graficamente poco accattivanti (caratteri piccoli e uniformi, scarso spazio tra un riga e l'altra, pagine troppo fitte) e con la convinzione che per queste motivazioni la maggior parte degli assistiti non li leggano completamente e che alcuni addirittura vi appongano una firma in calce come atto dovuto.

Un'eguale percentuale di persone (33%) reputa il c.i. una forma di tutela dell'assistito e una forma di partecipazione al proprio percorso clinico-assistenziale. Una percentuale contenuta (19%) giudica il c.i. una forma di tutela del sanitario: ciò conferma la deriva legalistica in cui, per molti aspetti, il c.i. è scivolato nei decenni scorsi.

Per quanto riguarda la partecipazione dell'infermiere all'acquisizione del c.i. per esplicitare il percorso assistenziale, i risultati fanno emergere due posizioni opposte: da una parte coloro che la ritengono opportuna (32%) e dall'altra coloro che non la trovano necessaria

(26%) perché è il medico che decide il percorso clinico-assistenziale e che poi gestisce l'intervento.

Tra questi due estremi, che comunque esprimono un'opinione precisa e inequivocabile, si colloca una significativa percentuale di persone (39%) che invece non ha un parere certo, di cui una parte (24%) non sa che dire e una parte (15%) non ha mai pensato a questa possibilità. È possibile ipotizzare che chi si esprime in senso favorevole abbia sperimentato la presenza dell'infermiere e considerato l'importanza di poter disporre di un quadro globale del proprio percorso clinico-assistenziale; chi al contrario non è di questo avviso, forse non ha mai vissuto esperienze in tal senso, oppure ha una visione medico-centrica dei percorsi sanitari.

Le ragioni sottese alla mancanza di opinione da parte di alcuni potrebbero essere riconducibili a un'immagine dell'infermiere ancora di sfondo e con un ruolo laterale rispetto a quello del medico o ancora a limitate conoscenze relativamente alle competenze e alle responsabilità dell'infermiere. Ad influenzare queste convinzioni sembrano essere più i vissuti esperienziali, il sistema di valori, le aspettative personali, la conoscenza in senso lato dei diversi professionisti e dei servizi che non altro (es. età, malattia, etc.).

Conclusioni

È senza dubbio necessaria una discussione intorno al c.i. infermieristico. La situazione italiana è infatti caratterizzata da un silenzio sul tema, con riferimento sia a un bilancio generale sulla sua realizzazione, sia allo specifico c.i. infermieristico, oggi sottodimensionato da parte dei professionisti stessi.

A fronte di un'implementazione del c.i. infermieristico ancora scarsa quantitativamente e limitata qualitativamente (Vanzetta, 2010), questa indagine mette in evidenza l'impreparazione dei nostri assistiti sul c.i. infermieristico. Così, mentre in altri Paesi si ha già il superamento dell'approccio monoprofessionale del consenso, a favore di quello multidisciplinare, con un'informazione integrata che supera la frammentazione e duplicazione, in Italia siamo ancora alle prese con un consenso centrato sulla specifica prestazione piuttosto che sul consenso di percorso clinico-assistenziale, come se fosse una questione matematica: 10 prestazioni a cui sottoporre l'assistito, 10 informazioni+consensi.

È il momento quindi di rilanciare e supportare un piano di comunicazione integrata nei servizi che comprenda una considerazione nuova delle relazioni sanitarie, ripensate in una chiave strategica di responsabilità sociale, d'integrazione, di ascolto e d'interattività.

BIBLIOGRAFIA

- D'Addio L, Vanzetta M, Mochi Sismondi C (2010). *Il consenso informato in infermieristica*. Milano, McGraw-Hill.
- Rodriguez D, Aprile A (2004). *Medicina legale per infermieri*. Roma, Carocci Faber.



ESPERIENZE

Errore terapeutico in neonatologia: si può limitarlo con la gestione informatizzata del processo farmacologico?

di *Salvatore Muscolo (1)*, *Laura Plevani (2)*

(1) *Infermiere pediatrico, Uo Neonatologia e terapia intensiva neonatale*

(2) *Referente infermieristico, Area neonatologia del Sitra*

Fondazione Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico IRCCS Milano

laura.plevani@mangiagalli.it

Il tema dell'errore si pone come problematica di rilevanza nazionale: l'errore, oltre ad essere una componente ineliminabile della realtà umana, è da considerarsi come fonte di conoscenza e miglioramento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare, al fine di mettere in atto iniziative che riducano la sua incidenza. Secondo la definizione del *National coordinating council for medication error reporting and prevention* (www.nccmerp.org), "l'errore è un danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia: per sua natura è indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente, ma è tuttavia prevenibile".

L'errore terapeutico in ambito pediatrico

L'errore terapeutico è la risultanza di mancanze/omissioni nelle diverse fasi del processo: prescrizione, preparazione, somministrazione.

In ambito pediatrico il tema degli errori farmacologici ha una rilevanza notevole; si calcola che un bambino sia esposto tre volte di più di un adulto ad errori terapeutici potenzialmente dannosi. Una recente review, comprendente 16 aree di specialità mediche, ha dimostrato che la pediatria, pur avendo una numerosità di specialisti che la fanno classificare al sesto posto, è in realtà al secondo posto per l'incidenza di errori terapeutici evidenziati: in altre parole, un errore compare in pratica 12 volte più spesso che per ogni altra branca specialistica (Buck, 1999).

Inoltre una ricerca svolta in ambito ospedaliero ha dimostrato che l'errore terapeutico avviene in ambito pediatrico 3 volte più frequentemente che per l'adulto (Kaushal et al., 2001).

La popolazione pediatrica comprende in effetti gruppi molto eterogenei, che vanno dal neonato all'adolescente: di conseguenza le dosi di uno stesso farmaco possono variare fino a dieci volte. In neonatologia questo fenomeno è ancora più complesso e pericoloso, data la scarsa capacità che il neonato ha nel tamponare l'evento avverso da farmaci. La situazione diventa ancora più critica se si tiene conto che in media il 45-60% dei farmaci in Tin sono *off-label* e la somministrazione deve essere preceduta da calcoli e diluizioni, per il rispetto del rapporto dose/kg di peso: tutto questo incentiva il rischio di errore.

Il Sistema informatizzato NeoCareTM

Il sistema informatizzato di gestione della cartella clinica *NeoCareTM* è stato introdotto

nella nostra Uo nel 2006; si tratta di una cartella medico-infermieristica, che si interfaccia con i servizi dell'azienda ospedaliera. Le diverse componenti hardware necessarie alla realizzazione del progetto sono disponibili dovunque queste si rendano necessarie nell'ambito dell'Uo: nelle sale di degenza (con disponibilità differenziata in relazione alla complessità assistenziale dell'area), negli studi medici e in altri ambiti utili. Tale sistema si caratterizza per la gestione della terapia farmacologica, concepita e sviluppata in modo tale da rappresentare uno strumento utile ai fini della limitazione dell'errore iatrogeno, quindi del rischio clinico associato alla terapia farmacologica. Il sistema consente, infatti, di operare un controllo e una tracciabilità in ogni fase del processo terapeutico (prescrizione, preparazione, somministrazione).

Processo terapeutico: la prescrizione

Il medico accede alla sezione specifica degli interventi terapeutici della cartella informatizzata e digita alla voce *Intervento* il principio attivo del farmaco che deve prescrivere:

Programmazione TX

Data compilazione * 19/10/2004 17:24 Programmazione SI Data programmazione * 19/10/2004 17:24

Intervento * AMPICILLINA 500MG

Problema * FREMATURITA' MAGGIORE O UGUALE A 28 SETTIMANE

Somministrazione

Usa modalità... Tipo EV Infusionale SI in ore e 15 min. Continuo

| Farmaco/Soluzione/Emoderivato | Quantità dose | Totale somm. | Totale diluito |
|-------------------------------|---------------|--------------|----------------|
| AMPICILLINA 500mg | 50.0 mg/kg | 54.0 mg | 2.2 mL |
| Acqua Distillata | 0.0 | 0.0 | 0.0 mL |

Dettaglio

Posologia: Profilassi e terapia delle infezioni e sepsi: Peso <2000 g: < 1 sett: 25 mg/Kg per due somministrazioni die. > 1 sett: 25 mg/Kg per tre somministrazioni die. Peso >2000 g: < 1 sett: 25 mg/Kg per tre somministrazioni die. > 1 sett: 25 mg/Kg per quattro somministrazioni die

Ultimo peso registrato: 1080 totale da somministrare 2.2 ml. Vel.: 8.8 ml/h

Ripetizione

n.ro volte per 1 giorno/i

Controllo con il relativo intervento di monitoraggio

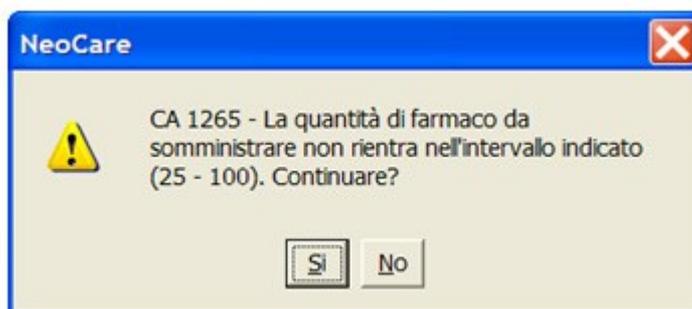
Note

È possibile anche selezionare il farmaco da prescrivere accedendo all'elenco dei farmaci utilizzati e disponibili nel servizio.

Per ogni prescrizione viene riportato:

- *tipo di farmaco* (principio attivo e relativa concentrazione);
- *dose* (espressa come quantità/dose con relativa unità di misura): la dose da somministrare viene calcolata automaticamente dal sistema in base al peso del neonato;
- *via e durata di somministrazione* di default secondo la configurazione di sistema;
- *numero di somministrazioni/die e durata prevista della terapia* in giorni;
- per i farmaci in infusione continua vengono calcolati automaticamente, oltre alla dose/kg, anche il *volume di farmaco* corrispondente e la *velocità oraria* di impostazione della pompa di infusione, sulla base della diluizione del farmaco e della durata della somministrazione riportata nella configurazione del sistema.

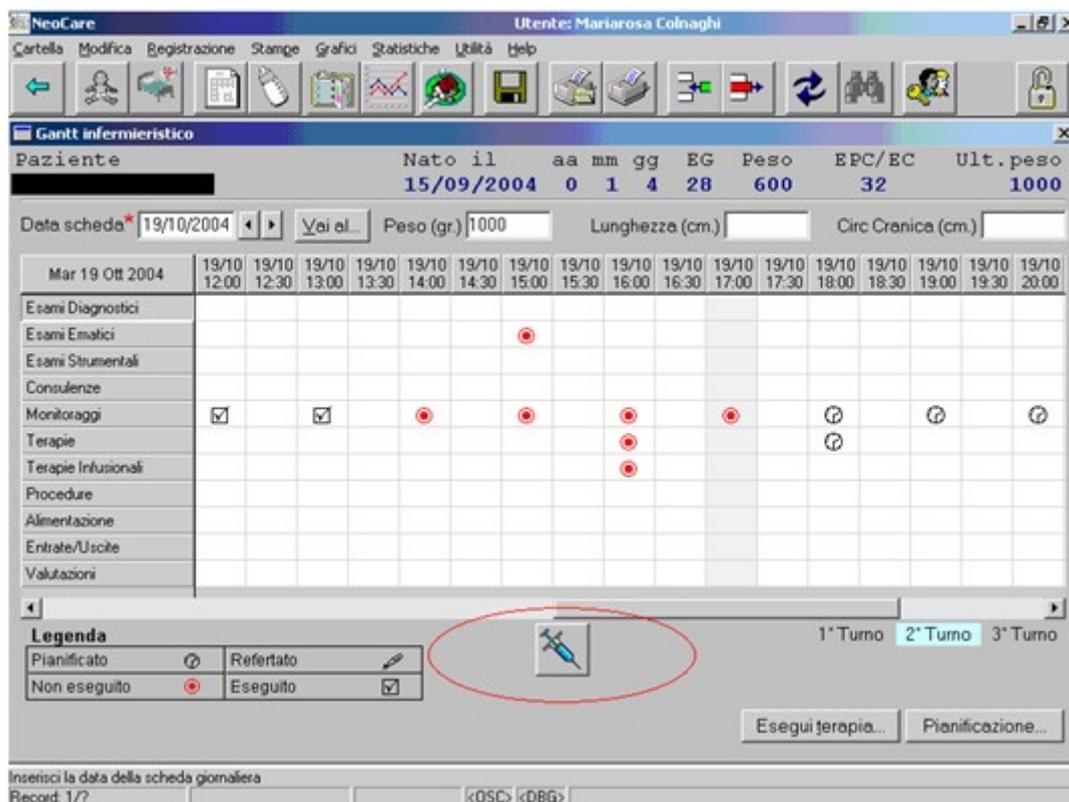
La modifica della dose del farmaco rispetto al range terapeutico impostato attiva un sistema di allerta, per cui è richiesta una conferma da parte dell'operatore per il completamento della prescrizione. Questa operazione soddisfa uno dei punti della Regola delle 6G, regola riconosciuta internazionalmente come guida per la corretta somministrazione della terapia farmacologica (giusta persona, giusto farmaco, giusta dose, giusto orario, giusta via, giusta registrazione), assicurando così la giusta dose di farmaco prescritto.



Una volta effettuata la prescrizione, l'infermiere riceve una segnalazione sul foglio di lavoro infermieristico nell'orario in cui deve essere effettuata la somministrazione terapeutica.

Processo terapeutico: la preparazione

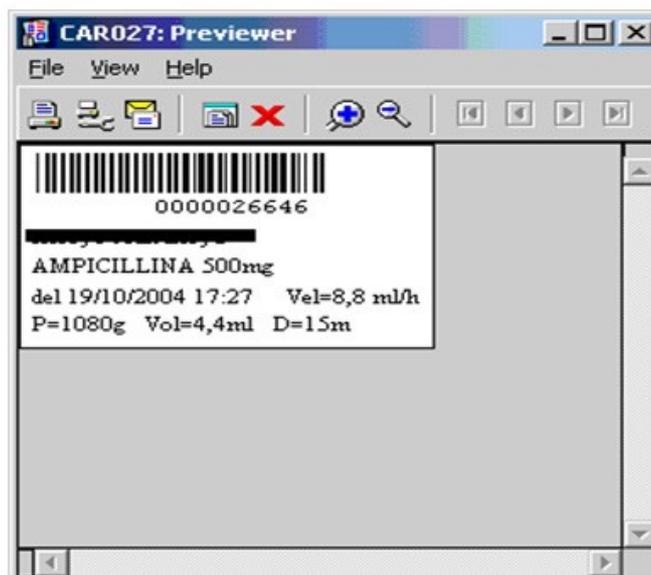
L'infermiere accede alla sezione di lavoro della cartella di propria competenza (Gantt infermieristico) e richiama il foglio di preparazione della terapia (icona con il simbolo della siringa):



La prima fase del processo di preparazione consiste nella verifica, mediante lettura del codice a barre presente sulla confezione del farmaco, della corrispondenza tra il farmaco scelto e quello prescritto. In questo modo vengono soddisfatti due dei punti della Regola delle 6G: *giusto farmaco* e *giusto paziente*.



In caso di corrispondenza tra il farmaco scelto e quello prescritto, nella schermata relativa alla preparazione del farmaco, alla sezione *Dettaglio*, compare il nome commerciale del farmaco corrispondente al principio attivo prescritto, con relativo codice a barre. L'infermiere prepara la dose prescritta di farmaco da somministrare e stampa l'etichetta, da apporre sulla siringa che conterrà il farmaco, in cui è riportato nome, cognome e peso del neonato, dose del farmaco, velocità oraria e durata della somministrazione; in caso di farmaci infusionali, compare anche ora l'ora di somministrazione e il codice a barre che identifica il singolo neonato.

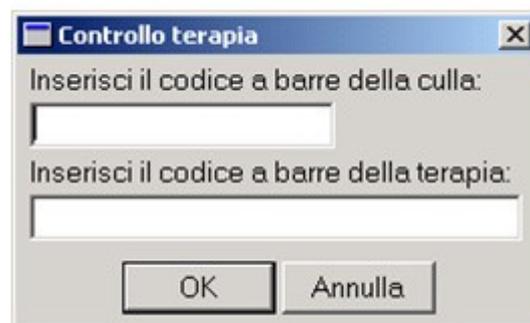


Per i farmaci per i quali è prescritto un doppio controllo (un controllo effettuato da due Infermieri), compare nella schermata di preparazione la scritta in rosso *Necessità del doppio controllo per la preparazione*. Nella schermata relativa alla preparazione dei farmaci è presente un campo a tendina per selezionare il nome dell'infermiere che esegue il doppio controllo: questo campo è un passaggio obbligatorio per poter procedere con la preparazione della terapia. Di conseguenza è un modo per confrontarsi sulle modalità di diluizione e somministrazione riguardanti molti farmaci potenzialmente pericolosi in neonatologia e non solo, se somministrati a dosaggi sbagliati (es. potassio cloruro, stupefacenti, inotropi). Il doppio controllo è un vincolo già presente al momento della prescrizione medica; anche il medico quindi, al momento della prescrizione di tali farmaci, farà controllare la propria prescrizione ad un collega. In questo modo un altro punto della Regola delle 6G è rispettato: *giusta dose*.

Processo terapeutico: la somministrazione

Prima di somministrare un farmaco deve essere verificata l'identità del neonato per il quale è stata effettuata la prescrizione farmacologica. Per questo l'infermiere richiama, al letto del paziente, la sezione di propria competenza della cartella informatizzata (Gantt infermieristico) e procede alla verifica della corrispondenza tra il farmaco preparato e il neonato al quale deve essere somministrato. Ecco ulteriormente rispettati due punti della Regola delle 6G: giusto farmaco, giusto paziente.

Compare infatti la seguente schermata, che consente all'infermiere di verificare la corrispondenza tra codice a barre riportato nell'etichetta del farmaco preparato e quello riportato sul cartellino identificativo del neonato presente sulla culla. In questo modo l'infermiere è certo di somministrare la giusta terapia al giusto neonato.



Solo se c'è corrispondenza tra i due codici (corretto farmaco per corretto neonato), si accede direttamente alla schermata relativa all'esecuzione della terapia. In caso di farmaco prescritto ad un dosaggio che non rientra nel range definito in configurazione, l'infermiere viene avvisato con la comparsa della scritta in rosso *la dose prescritta non rientra nell'intervallo definito*. È dunque ulteriormente rispettato uno dei punti della Regola delle 6G: *giusta dose*.

Le indicazioni specifiche da seguire nella somministrazione dei diversi farmaci sono riportate nelle Schede farmaco.

Le Schede farmaco

Per tutti i farmaci utilizzati nell'Uo è predisposta una Scheda farmaco redatta dal personale medico e infermieristico ed elaborata in accordo al *Manual of drugs used in neonatal care "Neofax"* (Mangum e Young, 2010). La Scheda farmaco prevede informazioni come le

indicazioni d'uso, le interazioni farmacologiche, la conservazione e la preparazione del farmaco, oltre che note riguardanti l'attività pre/durante e post somministrazione.

| AMPICILLINA 500mg | |
|--|--|
| Principio attivo: | Ampicillina |
| Forma farmaceutica: | Una confezione contiene un flacone da 500 mg |
| Attività farmacologica e indicazioni: | - Profilassi delle infezioni del neonato a rischio: sepsi e meningiti - Infezioni da Streptococco di gruppo B e D (Enterococco) - Infezioni da Listeria monocytogenes |
| Posologia: | Profilassi e terapia delle infezioni e sepsi: Peso <2000 g: < 1 sett: 25 mg/Kg per due somministrazioni die. > 1 sett: 25 mg/Kg per tre somministrazioni die. Peso >2000 g: < 1 sett: 25 mg/Kg per tre somministrazioni die. > 1 sett: 25 mg/Kg per quattro somministrazioni die |
| Interazioni farmacologiche: | - NPT - Emulsioni di lipidi - Plasma e derivati - Soluzioni alcaline - Aminoglicosidi - Fluconazolo (Diflucan) - Midazolam (Ipnoval) - Eritromicina lattobionato |
| Effetti collaterali: | - Dolori addominali, vomito e diarrea - Reazioni di ipersensibilità, rash e convulsioni - Anemia emolitica, neutropenia, trombocitopenia - Allungamento del tempo di sanguinamento - Sovrainfezioni da Candida |
| Conservazione: | |
| Vie di somministrazione: | - E.V. - I.M. (su indicazione medica) |
| Preparazione: | - Diluire il contenuto di un flacone (=500 mg) con 20 ml d'acqua distillata. Si ottiene così una soluzione contenente: 25 mg / ml |
| Nursing: | durante la somministrazione: - Somministrare in pompa in 15 minuti |
| Note: | - stabile per 1h dopo la ricostituzione (non utilizzare in caso di cambiamento di colore e/o presenza di precipitati) - Poiché il farmaco viene eliminato per via renale è bene controllare la diuresi - il farmaco viene rimosso da emodialisi |

L'informazione dettagliata per ciascun farmaco ha consentito di migliorare la metodologia di lavoro:

- medici e infermieri, disponendo di tutte le informazioni relative al farmaco da utilizzare, sono maggiormente responsabilizzati e competenti nell'utilizzo dei farmaci;
- il rischio di errore si è ridotto per la parte relativa ad una non adeguata conoscenza del farmaco, alla errata posologia, alle modalità di conservazione, di preparazione, di diluizione e di somministrazione;
- i neo-inseriti, grazie alla Scheda farmaco, riescono più rapidamente ad uniformarsi alle procedure in uso presso l'Uo, e con la necessaria competenza.

Conclusioni

L'introduzione di una nuova tecnologia in una realtà altamente complessa come quella della Terapia intensiva neonatale va realizzata con particolare attenzione, in quanto l'informatizzazione non elimina del tutto gli errori.

Per modificare i comportamenti è necessario agire sulla componente umana e non solo su quella informatica, quindi risulta di particolare importanza l'addestramento degli utilizzatori con una formazione mirata sul campo.

L'informatizzazione può migliorare la sicurezza del paziente, a condizione che ciò avvenga all'interno di una programmazione ben strutturata, ma nel contempo flessibile alle problematiche che si presentano.

BIBLIOGRAFIA

- Buck ML (1999). *Preventing medication errors in children*. Pediatric Pharmacotherapy, 5 (10).
- Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, Goldmann DA (2001). *Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients*. JAMA, 285:2114-2120.
- Mangum B, Young TE (2010). *Manual of drugs used in neonatal care "Neofax"*. 23a edizione, PDR Network, Montvale NJ.



ESPERIENZE

I PICC per i pazienti oncologici

di Sergio De Nardi (1), Michela Bandiera (2) Infermieri, formatori impianto e gestione PICC

(1) UO di Oncologia D.H. Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto, Azienda sanitaria Ulss 7 Veneto

(2) UO di Medicina, Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto, Azienda sanitaria Ulss 7 Veneto

s.denardi65@gmail.com

La gestione degli accessi venosi è clinicamente rilevante, considerando che oggi si ricorre all'utilizzo di aghi cannula periferici per la somministrazione di qualsiasi farmaco. Il risultato di questa scelta terapeutica determina spesso la rapida riduzione di vie venose agibili, con conseguente incremento delle venipunture, del disagio del paziente nonché del rischio di possibili danni. In particolare ciò comporta la riduzione della possibilità di portare a termine le terapie indicate nei tempi e nei modi prescritti e corretti. L'utilizzo continuativo e reiterato di vasi periferici aumenta peraltro il rischio di stravasamento di farmaci potenzialmente pericolosi (ad esempio vescicanti).

Le linee guida mirate indicano che la via periferica, con ago cannula o Midline, può essere usata solo per infusione di farmaci non vescicanti ovvero di farmaci con pH compreso tra 5 e 9 e farmaci non iperosmolari (Bard Access Systems, 2003; Registered Nurses Association of Ontario, 2004). L'uso di Midline o Picc (vedi box) è raccomandato anche con farmaci che teoricamente possono essere infusi per via periferica, se è previsto un tempo di infusione superiore a 6 giorni (Centers for Disease Control and Prevention, 2002).

Nel servizio di Oncologia del Presidio ospedaliero di Vittorio Veneto fino al 2007 venivano impiantati solo cateteri venosi centrali (Cvc) tunnellizzati o totalmente impiantati (*port-a-cath*) per le terapie oncologiche che comportano l'uso continuativo di un accesso venoso, o in quei pazienti con scarsissimo letto venoso in cui si può arrivare fino a 3 o 4 tentativi di incannulamento a seduta. Negli altri casi si ricorreva invece ad un accesso venoso periferico. I Cvc erano posizionati dai medici del servizio anestesia, che garantiva, e tuttora garantisce, due impianti alla settimana per il servizio.

Dal 2000 al 2007 si sono registrati:

- media annua di nuovi pazienti visitati: 770;
- media annua di nuove terapie chemioterapiche antitumorali (comprese terapie con chemioterapici orali): 315;
- media annua di Cvc impiantati: 83 (26% di nuovi pazienti che iniziano chemioterapie annualmente, considerando un campione di 100 cartelle annuali visionate).

Si può fare meglio col Picc team

Nel 2008 un gruppo di infermieri ha iniziato a mettere a fuoco le esperienze dei Picc team (Pt) italiani, in particolare quelle dei colleghi di Roma e Modena, tenendo anche presenti

gli studi pubblicati dalla Infusion [Nursing Society \[1\]](#) e dalla [Vascular Access Society \[2\]](#). Il gruppo ha quindi analizzato la situazione all'interno delle unità di degenza di Medicina e di Oncologia per quanto riguardava la gestione della terapia infusione in genere, mettendo in rilievo i molti limiti operativi derivanti dall'utilizzo di accessi venosi periferici con aghi e aghi cannula tradizionali. Da questa serie di discussioni e approfondimenti si è consolidato il progetto di un Pt per il nostro ospedale, composto da infermieri e medici.

Il team è stato addestrato da un istruttore esterno esperto delle metodiche di posizionamento di Picc e Midline. La formazione, teorica ma soprattutto pratica, è durata 3 mesi. Dal 2009 i professionisti formati, 3 infermieri nella UO di Oncologia e 4 infermieri ed 1 medico nella UO di Medicina, hanno iniziato a tenere corsi rivolti a tutto il personale infermieristico dell'Ulss 7; altri 6 infermieri si sono poi aggiunti al team aziendale. Nel 2009 il nostro Pt ha gestito impianti per i servizi dell'ospedale, per le case di riposo, per l'assistenza domiciliare integrata e per il nucleo di cure palliative. Nel 2010 la richiesta di impianti è ulteriormente aumentata (Tabella 1).

Nel 2010 il numero di nuovi pazienti e di nuove terapie è rimasto pressoché invariato, ma sono stati impiantati 170 Cvc/Picc (50% circa di nuovi pazienti che iniziano chemioterapie annualmente).

Questi risultati sono stati possibili grazie all'introduzione dei Picc ed al loro posizionamento da parte degli infermieri.

Il percorso, costruito e condiviso con i medici dell'UO di Oncologia, si è sviluppato in vari punti:

1. individuazione del problema (flebiti, stravasi, non allineamento alle linee guida internazionali);
2. identificazione della soluzione (aumento degli impianti di Cvc con l'utilizzo dei Picc, affidato agli infermieri per ridurre le liste di attesa);
3. addestramento degli infermieri;
4. aggiornamento dei medici, con il contributo degli infermieri esperti, sulle caratteristiche e potenzialità dei Picc;
5. identificazione integrata (medici ed infermieri) dei pazienti candidati al Picc: pazienti con prescrizione di terapie con vescicanti, in particolar modo con micine; pazienti con scarso letto venoso periferico candidati a terapie di durata attesa di 6 mesi o meno.

La gestione del patrimonio venoso è gestita in modo integrato con i medici ed è così articolata:

MEDICO

- richiede valutazione letto venoso, se possibile durante lo svolgimento della visita nella quale viene spiegata la terapia, o richiede direttamente l'impianto Picc se il paziente rientra già nella categoria di paziente candidato secondo quanto sopra descritto.

INFERMIERE

- prende in carico il paziente, se possibile già a partire dalla visita medica;
- si occupa dell'informazione al paziente, integrandosi con il medico, in merito a: motivazioni della necessità di utilizzo di un accesso venoso centrale; caratteristiche del Picc; motivazioni della proposta e possibili alternative; modalità di impianto e possibili complicazioni di un Cvc/Picc durante e dopo l'impianto; modalità di

- gestione del presidio. Assicurandosi della comprensione dei messaggi forniti, si procede alla sottoscrizione del consenso informato;
- programma ed effettua l'impianto del Picc; esegue i controlli post-impianto e documenta tutti i dati relativi all'impianto; registra i dati pertinenti a fine statistico;
 - illustra la gestione domiciliare al paziente e/o al caregiver;
 - gestisce il presidio e le eventuali complicanze;
 - rimuove il presidio quando indicato.

Conclusioni

L'esperienza è stata fino ad ora più che positiva, l'utilizzo di questi presidi ha portato molti benefici:

- una maggior sicurezza nella somministrazione dei farmaci antitumorali;
- una notevole riduzione delle venipunture ripetute ai pazienti;
- la conseguente riduzione di lesioni cutanee e di flebiti superficiali;
- la riduzione di flebiti chimiche da farmaco;
- la riduzione dei disagi causati al paziente.

È anche migliorato il lavoro in equipe con i medici, con il riconoscimento delle specificità dell'infermiere nella scelta e gestione della corretta via di somministrazione e del corretto presidio.

Dai nostri dati in merito alle cause di rimozione dei Picc impiantati nel 2009 nei pazienti oncologici si evince la quasi assenza di infezioni (Tabella 2).

I prossimi step che ci ripromettiamo consistono in:

- pubblicazione di un protocollo;
- verifica del gradimento del paziente;
- formalizzazione del Pt in Azienda.

NOTE

[1] <http://www.ins1.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>

[2] <http://www.vascularaccesssociety.com/>

Cosa sono i Picc e i Midline?

Il Picc (*Peripherally Inserted Central Catheters*) è un catetere venoso centrale a inserzione periferica: in ordine di priorità, basilica, brachiale, cefalica. L'estremità interna viene posizionata in prossimità della giunzione tra vena cava superiore ed atrio destro. Come gli altri Cvc, può essere in silicone o poliuretano, a punta aperta o a punta chiusa ed a uno o più lumi (1).

Vantaggi e Svantaggi dei Picc versus Cvc

| Vantaggi dei Picc | Svantaggi dei Picc |
|---|--|
| - Minore incidenza di complicanze meccaniche all'inserzione | - Necessità di vene periferiche agibili |
| - Minore incidenza di complicanze infettive | - Esperienza specifica degli operatori (impianto/gestione) |

| | |
|--|---|
| - Maggiore facilità di medicazione | - Aumento del rischio di mal posizionamenti primari (punta in giugulare, in succlavia contro laterale) e tromboflebiti locali |
| - Ideali nel paziente con tracheostomia (exit site allontanato dalle secrezioni) | - Non sostituibili su guida (se punta chiusa) |
| - Minori costi di inserzione (inserzione infermieristica) | - Durata limitata nel tempo* - Flusso limitato (alta resistenza) |

*3/6 mesi, anche se tale limite è in revisione

Il **Midline** è un catetere periferico e quindi non arriva in una vena centrale (vena cava) come il Picc (Bard Access Systems, 2003). Per il resto ne assume le stesse caratteristiche tecniche ma ha ovviamente un tempo di permanenza inferiore.

Le tecniche di impianto sono praticamente le medesime per entrambi i presidi, con la differenza che il Picc necessita di una misurazione per determinarne la lunghezza e di un controllo con Rx torace per valutare la posizione della punta.

L'utilizzo di Picc 4 french monolume a punta chiusa ha permesso nella nostra esperienza la gestione della terapia infusiva in sicurezza, anche laddove svolta a domicilio dal paziente o dal caregiver.



Picc



Midline



Picc

Tabella 1 - Impianti effettuati nel 2009-2010 dal wPicc team

| Unità operativa | Impianto | 2009 | 2010 |
|------------------------|----------|------|------|
| Medicina | Picc | 5 | 11 |
| | Midline | 109 | 152 |
| Oncologia | Picc | 65 | 96 |
| | Midline | | 1 |
| Orl | Picc | | 2 |
| | Midline | 1 | 2 |
| Pneumologia | Picc | 1 | 4 |
| | Midline | 2 | 4 |
| Medicina riabilitativa | Midline | 2 | 5 |
| Casa riposo/Rsa/Adi | Picc | | 8 |
| | Midline | 1 | 4 |
| Anestesia | Picc | 0 | 2 |
| Totale | Picc | 71 | 123 |
| | Midline | 115 | 168 |

Tabella 2 - Cause di rimozione dei Picc impiantati in oncologia nel 2009 (dati al 31 dicembre 2010)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Totale impiantati | 65 |
| Totale rimossi | 57 |
| Fine terapia | 32 |
| Paziente deceduto | 18 |
| Altro | 7 (2 rimozioni accidentali, 2 ostruzioni, 2 rotture (in 214gg, in 154gg), 1 allergia statlock |
| Persi | 7 (non seguiti da noi) |
| In uso | 1 |
| Media giorni di permanenza | 117 |

BIBLIOGRAFIA

- Bard Access Systems (2003). *Vascular Access Device Selection, Insertion and Management*. Salt Lake City, Utah: Bard Access Systems; 2003:35.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51 (RR-10), 1-29.
- Registered Nurses Association of Ontario (2004). *Assessment and Device Selection for Vascular Access*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario
http://www.rnao.org/Storage/39/3379_Assessment_and_Device_Selection_for_Vascular_Access_with_2008_Supplement.pdf.



ESPERIENZE

La violenza verso gli operatori del Pronto soccorso

di Luigi Desimone

Infermiere, Pronto soccorso di Borgosesia - Asl di Vercelli

desimone.l@teletu.it

Durante il proprio servizio, gli operatori sanitari sono esposti a numerosi fattori dannosi sia per la salute che per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione o altro evento criminoso tale da portare a lesioni personali importanti o al decesso. Il National institute of occupational safety and health (Niosh) definisce la violenza sul posto di lavoro come *ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro*. Una stima del Bureau of labor statistics statunitense indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3/10.000, contro un valore di 2/10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato. Gli episodi di violenza verso gli operatori sanitari possono essere considerati degli eventi sentinella: si tratta infatti di segnali indicativi di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. Il problema è insorto anche nell'ambito del Pronto soccorso dell'Asl di **Vercelli**, presso i presidi di **Borgosesia** e di **Vercelli**. Recenti episodi di aggressione sia fisiche che verbali a danno degli operatori sanitari del servizio e la mancanza di documentazione e letteratura di riferimento nazionale ci hanno stimolato ad approfondire il fenomeno. Inoltre dai dati Inail risulta che la maggioranza degli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane siano rivolti agli infermieri: nel 2005 si è trattato di 234 infermieri rispetto a soli 7 medici.

Gli episodi di violenza: la nostra realtà

Abbiamo messo a confronto la casistica dei Pronto soccorso della nostra Azienda: a Vercelli non risultano segnalati episodi di aggressioni, siano queste fisiche (con l'apertura di una denuncia di infortunio presso l'Inail) che verbali (rilevate tramite la compilazione di una scheda anonima). Invece nel Pronto soccorso di Borgosesia risultano segnalati diversi episodi di aggressione, sia fisica che verbale: dal settembre 2008 fino all'agosto 2009 risultano compilate 12 schede di segnalazione di aggressione verbale, oltre a 2 referti per l'autorità giudiziaria con giorni di prognosi (3-5) e relativa richiesta di infortunio sul lavoro. *A Vercelli davvero non ci sono episodi, o piuttosto non si segnalano attraverso la scheda anonima per le aggressioni verbali?*

Per rispondere a questo dubbio abbiamo somministrato agli operatori dei nostri Pronto soccorsi un questionario sul problema delle aggressioni: a quelli di Vercelli (70 questionari, restituiti 50), come a quelli di Borgosesia (50 questionari, restituiti 40). Gli operatori che hanno maggiormente risposto sono stati gli infermieri (il 52% del campione). La maggior parte di loro si dichiara preoccupato (33%) o abbastanza preoccupato (22%) o molto preoccupato (22%) per gli episodi di violenza. Il 40% è a conoscenza che esistono delle procedure per la denuncia della violenza sul posto di lavoro, ma il 60% non sa come attivarle. Solo l'11% ha dichiarato di essere stato aggredito fisicamente negli ultimi due

mesi (Figura 1), mentre quasi l'80% è stato aggredito verbalmente (Figura 2).

Figura 1 – Aggressioni fisiche subite nei Pronto soccorsi della Asl

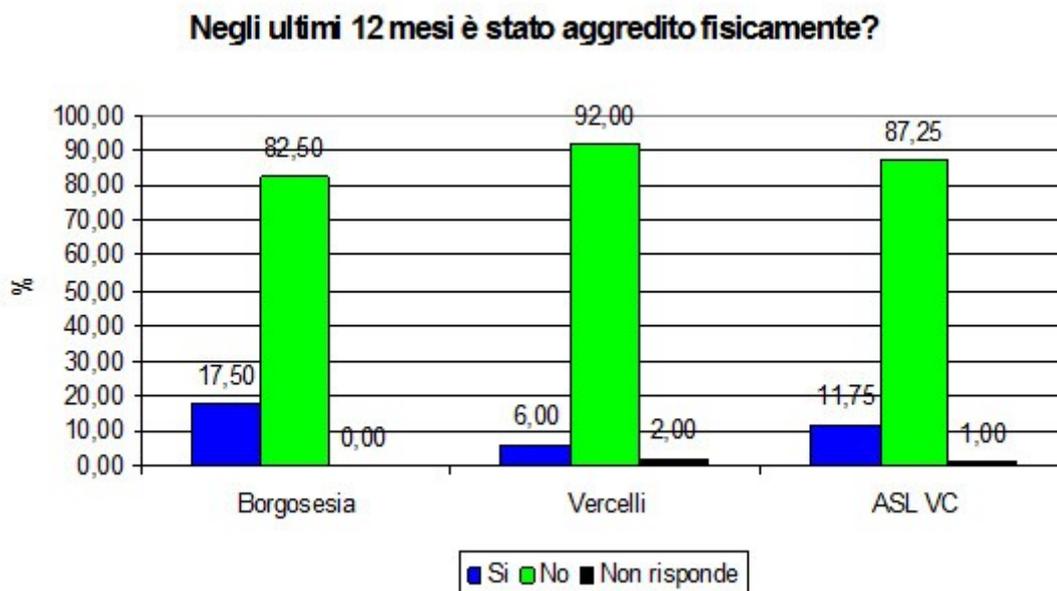
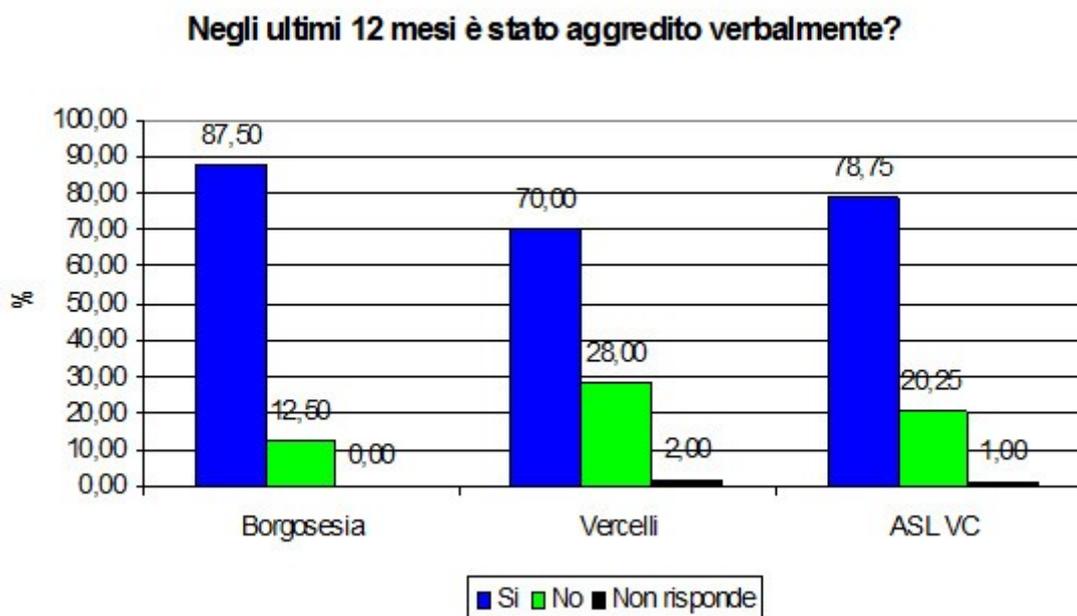
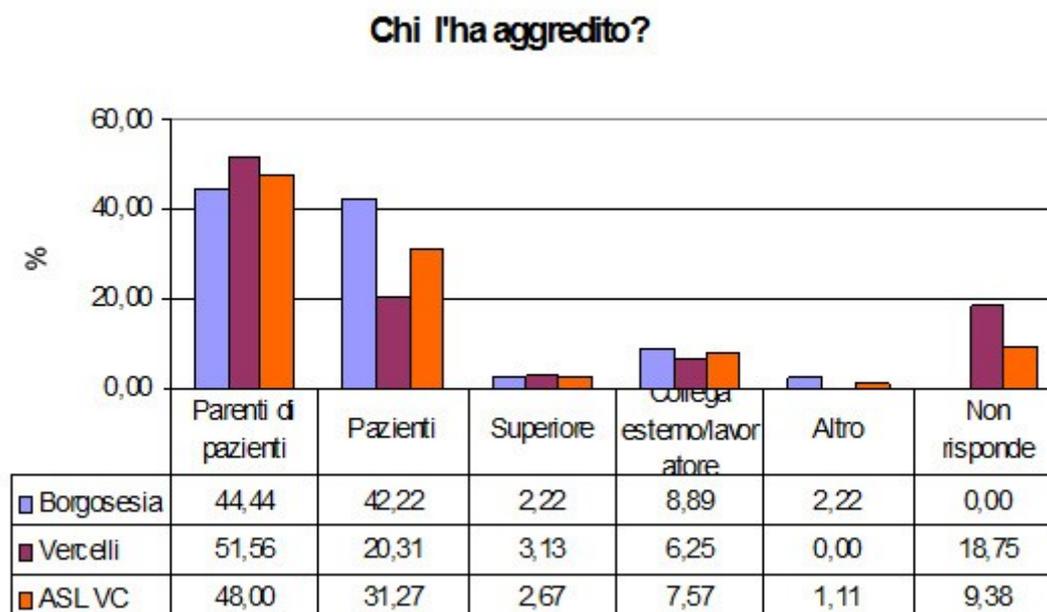


Figura 2 – Aggressioni verbali subite nei Pronto soccorsi della Asl



Il 90% dei rispondenti ritiene che le aggressioni fisiche e/o verbali siano un rischio occupazionale tipico del proprio lavoro. In genere le aggressioni sono da messe in atto dai pazienti o dai loro parenti (Figura 3).

Figura 3 – Aggressori nei Pronto soccorsi della Asl



Il 4% degli aggrediti ha tentato di difendersi e solo il 5% ha esposto denuncia, mentre il 25% ha riferito l'episodio a un collega o a un amico (5%) o ad altre persone (12%). Infine, il 14% dichiara di aver preso provvedimenti.

Cosa accade dopo l'aggressione?

Il 4% ha avuto necessità di cura per le lesioni subite, anche se solo il 3% (2% Vercelli vs 5% Borgosesia) ha avuto la necessità di assentarsi dal lavoro dopo l'episodio di violenza. Inoltre il 17% ne riporta ricordi inquietanti o si è sentito successivamente in *super-allerta* (36%). Alcuni addirittura preferiscono evitare di pensarci o parlarne (4%): nel presidio di Borgosesia questo viene lamentato in modo più netto (circa 10% in più rispetto a Vercelli). Infine quasi tutti dichiarano di non essere in grado (19%) o poco in grado (17%) o appena in grado (45%) di gestire un'aggressione, tanto che ritengono utile (15%) o molto utile (45%) una formazione *ad hoc* sul tema.

Conclusioni

Le aggressioni da parte dei pazienti, dei loro parenti e/o accompagnatori sono messe in atto solo in qualche caso da soggetti con alterate condizioni psichiche (etilismo acuto, turbe psichiatriche, etc.); nella maggior parte dei casi, invece, l'aggressione rappresenta l'acme di una situazione di conflitto e tensione, indicativa di un più complessivo quadro di malessere delle persone e d'inadeguatezza dell'organizzazione.

L'infermiere di *triage* rappresenta il primo momento di interfaccia tra l'utente, che non sempre riesce a valutare adeguatamente l'entità del suo problema, e il servizio, che questo problema deve prendere in carico, se non risolvere. Ciò può provocare nel paziente e nei suoi accompagnatori un atteggiamento contrattualista, che da un lato coglie correttamente la funzione di *gatekeeper* svolta dall'infermiere addetto al *triage*, dall'altro lo porta ad ottenere/strappare il massimo, ovvero l'accesso subitaneo all'iter diagnostico-terapeutico. Da questo può derivare una frustrazione per il mancato riconoscimento della serietà/gravità della propria situazione, che può trasformarsi in ostilità verso gli operatori. Nel valutare l'effetto delle aggressioni, va ricordato che quelle verbali possono assumere

toni di grande violenza e sono assai più frequenti di quelle fisiche.

Quanto finora esposto evidenzia che il team del Pronto soccorso di ambedue i presidi dell'Asl di Vercelli è esposto ad aggressioni sia fisiche che verbali; lo scarso numero di segnalazioni dipende principalmente dalla disinformazione sulle procedure. Pertanto l'informazione e la formazione del personale al riguardo risultano un aspetto cruciale.

BIBLIOGRAFIA

- New York Committee for Occupational Health and Safety (1995). *Violence in the workplace: The New York State experience*. (Available from Service Employees International Union, 13 L. Street, NW, Washington, DC 2005).
- The Joint Commission (2006). *Sentinel Event Statistics - Type of Sentinel Event*. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>.
- Inail: <http://www.inail.it/cms/statistiche/DatiInail/osservatorio2007/DATI012007.pdf>.
- Ministero della salute (2007). *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Raccomandazione n.8, novembre 2007.



NORME E CODICI

Che cos'è il Codice per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno?

di Luisa Mondo

Epidemiologa, Servizio regionale di epidemiologia, Asl TO 3 - Regione Piemonte, Ibfan Italia

Il *Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno* è una convenzione internazionale approvata nel 1981 dall'Assemblea mondiale della sanità. Inizialmente costituito da 11 articoli, viene aggiornato circa ogni 2 anni, con risoluzioni necessarie a chiarire dei punti, fronteggiare nuove strategie commerciali o aggiornare i relativi dati scientifici.

È *internazionale* ovvero ha valore universale anche se nato per tutelare l'allattamento nei paesi in via di sviluppo: l'Oms stima che ogni 30 secondi muoia un bambino a causa dell'uso del biberon in condizioni non igieniche, poiché spesso l'acqua utilizzata per diluire il latte artificiale (La) non è potabile e non è possibile sterilizzare biberon e tettarelle. Inoltre, le confezioni di La hanno un costo altissimo e le madri, nel tentativo di far durare di più il barattolo, diluiscono troppo la polvere, cosicché il bebè finisce per non ricevere tutto il nutrimento di cui ha bisogno.

Il Codice si riferisce alla *commercializzazione* poiché uno dei principali ostacoli all'allattamento al seno è rappresentato dalle sconsiderate politiche di marketing messe in atto dalle ditte produttrici di alimenti per l'infanzia, che effettuano campagne pubblicitarie rivolte alle famiglie e anche agli operatori sanitari (tramite donazioni di materiale e forniture di latte in polvere per i servizi ospedalieri).

Il Codice si applica a tutti i *sostituti* del latte materno, inclusi i cosiddetti latti speciali, di proseguimento e di crescita, alimenti e bevande complementari se indicati per un'età inferiore ai 6 mesi, biberon e tettarelle. È importante ricordare che il Codice non vieta l'uso né la vendita di tali prodotti, ma pone delle restrizioni alla loro commercializzazione, in modo che nessun sostituto sia reclamizzato o promosso mediante sconti, offerte speciali, campioni omaggio, forniture gratuite agli ospedali, etc. Gli articoli e le risoluzioni del Codice sono frutto di trattative con le aziende produttrici di sostituti del latte materno che hanno partecipato alla stesura del Codice accettandolo come standard minimo universale.

Come è stato recepito il Codice dalla legislazione italiana?

In Italia il Codice non è recepito completamente, ma solo nelle sua parti essenziali, sia per volontà dei legislatori nazionali, sia in relazione alle precedenti direttive europee in merito. La normativa vigente vieta esplicitamente la pubblicità di alimenti per bambini di età compresa tra 0 e 6 mesi, che possono essere reclamizzati, invece, su riviste dedicate agli operatori sanitari solo a patto che abbiano carattere scientifico e riportino notizie basate su informazioni chiaramente documentate. È in ogni caso vietato offrire campioni omaggio.

Per i latti di proseguimento è permessa la pubblicità solo se concepita in modo da non causare danno all'allattamento al seno, riportando chiaramente l'indicazione dell'età da cui si possono utilizzare e specificando che questo vale nei casi in cui il bambino non sia più allattato al seno (poiché l'Oms consiglia l'allattamento al seno fino ai due anni e oltre se la mamma e il bambino lo desiderano, tenendo conto dei vantaggi del medesimo anche dopo l'inizio dell'alimentazione complementare). Le ditte devono specificare che il latte di proseguimento non è equivalente al latte materno. La réclame non deve riportare diciture o immagini riferite alla gravidanza e all'alimentazione dei neonati (comprese foto o video di bambini al di sotto dei 6 mesi).

La normativa italiana permette la pubblicità di biberon e tettarelle (che il Codice proibisce essendo strumenti atti alla somministrazione del La) e pappe o bevande per bambini piccoli. Inoltre, le etichette dei latti 1, cioè quelli indicati per i primi 6 mesi di vita, devono essere ben differenziate da quelle dei latti di proseguimento. È vietato riportare affermazioni che pongano il La come uguale o superiore all'allattamento al seno. Infine, devono precisare che i sostituti vanno introdotti dietro indicazione del pediatra, illustrare come preparare il La, spiegare la difficoltosa reversibilità della scelta di passare al La ed i rischi legati all'introduzione di sostituti del latte materno prima del 6° mese.

Che cosa chiede il Codice agli operatori sanitari e in particolare agli infermieri?

Come detto, la legge italiana prevede che il materiale informativo rivolto agli operatori sanitari debba essere limitato all'ambito scientifico, basato su evidenze documentate e documentabili. Inoltre, la normativa prescrive che le strutture e il personale sanitario promuovano l'allattamento al seno e contrastino ogni forma di pubblicità di La. Le neomamme non possono ricevere in omaggio prodotti in grado di interferire con l'allattamento al seno e alle dimissioni dei neonati non dev'essere indicato alcun La. La legge vieta che nelle cartelle di dimissioni sia previsto uno spazio apposito per la prescrizione, che va fatta invece su base individuale solo se il pediatra lo ritiene necessario.

Per quanto riguarda la sponsorizzazione di congressi ed altri eventi, è parzialmente permessa solo per quelli promossi da società scientifiche nazionali che si siano distinte per la promozione dell'allattamento materno e della corretta alimentazione del lattante e del bambino.

Cosa può fare un infermiere che osserva delle violazioni del Codice?

Innanzitutto tutti dovrebbero leggere il Codice e parlarne con i colleghi. È importante segnalare eventuali violazioni riscontrate nel proprio servizio, violazioni che talvolta possono essere addirittura involontarie tanto è radicata l'abitudine di ricevere doni ritenuti innocenti dalle ditte (poster, calendari, penne). Gli infermieri possono segnalare ai propri dirigenti eventuali violazioni, cogliendo l'occasione per chiedere che venga svolto un momento di formazione ed informazione sul tema. Le violazioni riscontrate nei luoghi di lavoro, ma anche dove si fa la spesa o su riviste, possono essere segnalate all'Associazione Ibfan Italia [\[1\]](http://www.ibfanitalia.org) direttamente dal sito o tramite mail all'indirizzo violazioni@ibfanitalia.org. Per l'efficacia della segnalazione, è consigliabile inviare un campione del prodotto o una foto o una fotocopia o una scansione digitale della presunta violazione con una breve descrizione (eventuali slogan o titoli del materiale prodotto dalle compagnie), indicazione della data in cui è stata rilevata la violazione e luogo. Se possibile chiediamo di indicare il proprio indirizzo (postale o elettronico, con l'autorizzazione ai sensi delle norme sulla privacy), per essere eventualmente contattati per ulteriori informazioni

(mentre la segnalazione resterà anonima per quando riguarda la registrazione del monitoraggio). Tutte le segnalazioni, se confermate e catalogate come violazione del Codice, sono utilizzate per informare chi di dovere (Ministero, direttori sanitari, garante per la pubblicità, garante per la comunicazione, associazioni di commercianti, editori, ditte), per far pressione sulle compagnie affinché allineino le loro strategie di marketing ai dettami del Codice e per la stesura periodica de *Il Codice Violato*.

Per saperne di più

Sul sito dell'Ibfan Italia [2] si può trovare la versione integrale del Codice, le pubblicazioni de *Il Codice Violato* (raccolta delle violazioni più significative), le pubblicazioni *Occhio al Codice*, numeri monografici del Codice Violato che illustrano violazioni importanti intercorse tra la pubblicazione di un Codice Violato e l'altro. Numerosi esempi di quanto sopra sono contenuti nelle edizioni de *Il Codice Violato e Occhio al Codice*, pubblicate periodicamente da Ibfan Italia. Lo scopo di Ibfan – la Rete internazionale di azioni per l'alimentazione infantile, di cui l'associazione fa parte - è proprio quello di contrastare queste pratiche scorrette, vigilando sull'attuazione del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno Oms/Unicef.

Note

[1] Ibfan Italia è un'associazione senza fini di lucro, indipendente da ogni movimento politico e confessionale, impegnata ad agire nel rispetto del vigente ordinamento giuridico e dei valori sanciti dalla Costituzione italiana attraverso l'utilizzo di metodi non violenti. L'Associazione si propone di promuovere miglioramenti duraturi nelle pratiche alimentari di neonati e bambini.

[2] <http://www.ibfanitalia.org/>. Altri documenti sul tema sono disponibili sul sito: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/596>, sezione del sito SaperiDoc (centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva) dedicata alla protezione dell'allattamento al seno.



NORME E CODICI

Linee guida in ambito sanitario e colpa professionale

di **Giannantonio Barbieri (1)**, **Elisabetta Palma (2)**

(1) *Avvocato, Esperto in Diritto sanitario e Bioetica, Professore a contratto di diritto pubblico presso l'Università degli Studi di Firenze*

(2) *Infermiera, esperta in Metodologia e analisi della responsabilità professionale in ambito infermieristico; dottoranda di ricerca, Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti-Pescara, Ce.S.I.*

Corrispondenza: studiobarbieri@iol.it

Il rispetto scrupoloso delle Linee guida (Lg) da parte del sanitario non è sufficiente a scongiurare l'ipotesi di colpa professionale; va infatti dimostrata l'incompatibilità delle Lg rispetto ai canoni di diligenza, prudenza e perizia che si richiedono in chi esercita una professione sanitaria. E' questo, seppure in estrema sintesi, il principio espresso recentemente dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 8254 del 2 marzo 2011. L'esame della sentenza offre notevoli spunti in tema di linee guida, di sicuro interesse per la professione infermieristica.

La decisione in esame, al di là del caso specifico che in realtà ha riguardato profili di colpa di un medico, offre lo spunto per una serie di osservazioni e considerazioni in tema di Lg e responsabilità professionale da un punto di vista prettamente infermieristico, tenuto conto che attualmente il concetto di responsabilità infermieristica si è allineato a quello di responsabilità medica, entrambi appartenenti alla grande famiglia della responsabilità sanitaria, oggi sempre più immanente nei contesti assistenziali. E se è vero che alcuni principi generali possono essere traslati da una professione all'altra, allora vale anche per la professione infermieristica quanto affermato nella sentenza (che riguarda un medico, NdA), ossia come *i principi fondamentali che regolano, nella vigente legislazione, l'esercizio della professione sanitaria richiamano, da un lato, i principi dell'autonomia e della responsabilità dell'infermiere e del medico che di quel diritto si pone quale garante, nelle sue scelte personali.*

Il caso ha riguardato un medico ospedaliero che, secondo l'orientamento della Suprema Corte, non poteva essere assolto dalla condanna per omicidio colposo. Il professionista in questione si era trovato ad occuparsi di un paziente (fumatore ed iperteso) colpito da infarto miocardico acuto (Ima) e grave insufficienza respiratoria; questi, arrivato in urgenza per essere sottoposto a coronarografia, riceveva una angioplastica coronarica con l'applicazione di uno *stent* medicato. Sei giorni dopo veniva trasferito dal reparto di terapia intensiva a quello di cardiologia con diagnosi di edema polmonare e Ima, dove venivano effettuati diversi accertamenti, tra cui un Ecg Holter. Pochi giorni dopo veniva registrato in cartella clinica che il paziente risultava *"asintomatico, obbiettività negativa, con scomparsa dell'eritema che in precedenza aveva manifestato; l'ecocardiodoppler aveva mostrato una moderata ipertrofia ventricolare sinistra, acinesia antero-settate e laterale sinistra medio apicale, restrittività diastolica"*. Nel pomeriggio dello stesso giorno, e quindi in nona giornata di degenza, il medico *"addetto alle cure e alle terapie postoperatorie del paziente,*

decideva di dimettere il paziente con diagnosi di infarto al miocardio acuto anteriore esteso, edema polmonare, con prescrizione di terapia farmacologica. Giunto il paziente a casa e colto da dispnea e tosse veniva immediatamente trasportato dai familiari in ospedale dove vi giungeva in arresto cardiocircolatorio”.

Il Tribunale condannava il sanitario a otto mesi di reclusione e al risarcimento del danno per omicidio colposo, riconoscendo la colpa del medico nell'aver dimesso un paziente che presentava ancora fattori di rischio tali che consigliavano la prosecuzione della degenza. Al contrario, la Corte d'Appello assolveva il medico richiamando le considerazioni del perito che aveva sostenuto come fossero inesistenti indici obiettivamente contrari alla dimissione del paziente, che era in compenso cardiocircolatorio e non faceva prevedere l'insorgenza di complicanze. La Corte di Cassazione – che rinvia al giudice di legittimità – ritiene invece che la condotta del sanitario dovrà essere valutata non in conformità alle Lg, ma in base alle reali condizioni del paziente, per verificare se la decisione di dimettere il paziente non sia stata affrettata e - quindi – sbagliata.

La Suprema Corte mette in evidenza come i principi fondamentali che regolano l'esercizio della professione medica (valendo il principio, *mutatis mutandis*, anche per l'infermiere) sono innanzitutto il rispetto del diritto del malato ad essere curato e rispettato come persona e, dall'altro, il principio di autonomia e di responsabilità del sanitario, che di quel diritto si pone quale garante nelle sue scelte professionali. Dato che il diritto del paziente ad essere curato e rispettato è un diritto assoluto e tutelato dalla Carta Costituzionale, il sanitario dovrà utilizzare tutti i mezzi a disposizione (presidi diagnostici e terapeutici) senza farsi condizionare da esigenze di natura diversa, da disposizioni, valutazioni e direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti che gli sono affidati dalle legge e alle relative responsabilità.

Ecco che allora, prosegue la Corte, il "semplice" rispetto delle Lg non è sufficiente a salvare il medico dai profili di colpa, soprattutto se le Lg corrispondono a esigenze "mercantili" e a logiche di economicità di gestione, la cui adesione potrebbe, come nel caso in esame, porsi in contrasto con le esigenze di cura del paziente.

In altre parole, affermano i giudici di Piazza Cavour, la scelta di dimettere il paziente andava rapportata non alle Lg, ma alla complessiva condizione del paziente, alla luce del quadro clinico e delle riconosciute criticità, al fine di verificare se le dimissioni fossero giustificate oppure affrettate. Se in passato la medicina si basava sull'esperienza e l'autorità, oggi gli strumenti operativi (procedure, protocolli, linee guida) caratterizzano l'attuale approccio sanitario basato sulle prove di efficacia, proponendo criteri che guidano il professionista nella gestione e nel trattamento in aree specifiche dell'assistenza sanitaria.

Le Lg non prevedono - come i profili di cura - un processo o una pianificazione per l'esecuzione di servizi medici, e non rappresentano percorsi di trattamento individuale. Esse vengono redatte solitamente da un *panel* di esperti, i quali esprimono anche dichiarazioni di consenso rispetto alle indicazioni derivanti dalla letteratura scientifica, identificano, riassumono e valutano le migliori prove di qualità e i dati più aggiornati su prevenzione, diagnosi, prognosi e terapia (compreso il dosaggio dei farmaci, il rapporto rischi/benefici e l'economicità). Le Lg rispondono alle domande più importanti e identificano tutte le possibili opzioni di decisione - e relativi risultati – magari classificando i pazienti o il problema in classi di gravità. A volte sono presenti alberi decisionali e algoritmi.

Le Lg possono essere definite raccomandazioni, come tali dunque non vincolanti, che vanno implementate a livello locale attraverso attività di *audit* (metodo Agree) e monitoraggio della pratica clinica. Esse tendono ad uniformare e standardizzare l'approccio clinico, terapeutico e assistenziale, implementando la qualità delle cure, per ridurre i diversi tipi di rischio (per il paziente, i sanitari, il sistema sanitario) e ottenere il miglior equilibrio tra costi e parametri come l'efficacia.

Per quanto concerne nello specifico l'ambito cardiologico, esistono molti e differenti documenti di riferimento. Nel sito della *National Guideline Clearinghouse* (la più importante fonte elettronica di Lg) sono raccolte 448 Lg relative alle malattie cardiovascolari; di queste 166 sono relative all'Ima. In Italia esistono diverse Lg a carattere cardiologico, redatte dall'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco), dalla Società italiana di cardiologia (Sic), ma anche da Agenzie regionali sanitarie.

Quale strumento utilizzare, dunque? E come?

Dal punto di vista medico-legale si registra una sorta di accordo generale circa il valore non impositivo delle Lg, che non possono avere carattere tassativo per ogni paziente. Occorre anche tener conto della loro relativa provvisorietà, tanto che, periodicamente, e spesso in tempi ravvicinati, esse vengo corrette ed aggiornate sulla base dell'esperienza acquisita dopo la loro applicazione e della nuova evidenza scientifica. Quindi le Lg potranno essere un riferimento per valutare la condotta professionale dei sanitari, ma sempre con prudenza ed equilibrio, non dimenticando che il punto fermo dovrà essere indicato dal principio di discrezionalità e di autonomia dei professionisti, principio che richiederà a volte al sanitario di discostarsi dalla Lg ed avvalersi di scelte e di strumenti alternativi.

In conclusione, è indubbio che la codificazione del sapere, medico o infermieristico che sia, rappresenta certamente un importante e indispensabile momento di sintesi operativa, tuttavia non va dimenticato come non sia esente da limiti intrinseci ed estrinseci. Questi limiti, che sono rappresentati dalla lettura scientifica, vengono descritti come degli ostacoli che si frappongono fra la teoria del *corpus* delle Lg e l'attuazione della pratica medica o infermieristica. Ad esempio, D.L Sackett ha individuato:

- il *barrier*, ossia un ostacolo di carattere organizzativo, legale, geografico;
- il *burden*, cioè il carico di malattia in termini di frequenza e gravità, che si realizza in rapporto alla condizione patologica specificamente affrontata nella Lg;
- il *belief*, ossia l'aspettativa che i pazienti e gli operatori sanitari si sono creati sui risultati degli interventi terapeutici proposti dalle Lg;
- il *bargain*, che corrisponde all'affare, inteso come potenziale strumento di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Sul piano giudiziale le Lg, come peraltro anche i protocolli, presentano una portata sempre maggiore, nel senso che ormai è frequente l'impiego giurisprudenziale delle raccomandazioni cliniche e ciò rende ormai impossibile ignorare i riflessi che la violazione di una raccomandazione comporterà ai fini del riconoscimento della colpa sanitaria. Tuttavia la semplice violazione della Lg non necessariamente può costituire, da sola, motivo di censura della condotta del sanitario. E questo anche in relazione alla sentenza in commento. La regola, ovvero la Lg, non ha valore assoluto e ogni caso deve essere studiato, valutato e discusso singolarmente.

SCAFFALE

Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche

di **Claudia Caula e Alberto Apostoli**

Maggioli Editore, Rimini, 2010
pagine 430, euro 42,00



C'è ancora qualcosa da dire sulla gestione delle lesioni cutanee? Il volume di Caula e Apostoli, infermieri esperti in *wound care*, ci dimostra di sì. Nasce infatti con l'evidente intento di offrire ai professionisti sanitari le conoscenze, le evidenze e le tecniche per una gestione ottimale delle ulcere cutanee di varia natura. Attraverso una impostazione ben articolata, chiara e scorrevole vengono ripercorsi argomenti delle scienze di base e cliniche fino a fornire spunti essenziali, pratici, immediati, sulla base delle più recenti evidenze e tecnologie. La struttura del testo, la cui consultazione risulta *user-friendly* grazie alla presenza di tabelle esplicative e tavole sinottiche che descrivono l'utilità clinica (*evidence based*) degli interventi terapeutici, è articolata in due parti.

La prima illustra i fondamenti necessari per la gestione del paziente con ulcere, dall'inquadramento diagnostico alla cura, con riguardo anche ai principali problemi clinici e alle complicazioni che possono interferire con il processo di guarigione. Da evidenziare l'attenzione prestata a popolazioni fragili come gli anziani e i neonati. Di particolare interesse sono i capitoli che guidano il lettore all'inquadramento diagnostico dell'ulcera, utili, come gli autori stessi indicano, per *leggere l'ulcera*. Va sottolineato che il volume aiuta il lettore anche nell'affrontare una delle difficoltà più lamentate dai professionisti, ovvero la scelta del trattamento idoneo, data la possibilità di scegliere attualmente tra circa 3000 prodotti presenti in commercio, suddivisi in più classi. Un capitolo in particolare è dedicato alla descrizione accurata dei fattori a cui fare riferimento per la scelta delle medicazioni, oltre alle principali classi di medicazioni. Infine, si tratta anche la possibile associazione di medicazioni per il miglior trattamento delle lesioni cutanee di varia tipologia.

La seconda sezione affronta le varie tipologie di ulcere: ulcere da pressione, ulcere vascolari, diabetiche, ustioni, ferite chirurgiche e traumatiche. Vi è da sottolineare che in questa rassegna non vengono trascurate le ulcere di *altra natura*: per esempio le ulcere neoplastiche e quelle di origine reumatologica. Nei capitoli tematici si ritrova una puntuale descrizione anatomica e funzionale del distretto interessato dall'ulcera, importante premessa all'illustrazione dei meccanismi fisiopatologici che sottendono alla formazione delle ulcere e alla definizione degli strumenti più idonei per la classificazione, il monitoraggio e il trattamento.

Questo testo rappresenta un prezioso contributo per molti possibili destinatari: professionisti che vogliano aggiornare le proprie conoscenze sull'argomento; studenti che

abbiano la necessità di acquisire nuove competenze. Va sottolineato in proposito che stanno abbattendosi nell'editoria le compartimentazioni di un tempo, con dei libri destinati a medici e altri destinati agli altri professionisti sanitari: un volume come questo, per esempio, si presta ormai allo studio e all'approfondimento per molte categorie di soggetti interessati. Da porre in luce è anche il fatto che gli autori forniscono un test di autovalutazione per l'apprendimento, peraltro ben fatto.

Per la completezza dei temi trattati, frutto di un'aggiornata revisione della letteratura, e la scelta di offrire un metodo per affrontare non tanto la gestione dell'ulcera teoricamente, ma *quel singolo paziente affetto da ulcera*, questo testo rappresenta una novità dell'offerta editoriale che vale la pena di leggere e utilizzare.

Laura Rasero

Professore associato in Scienze infermieristiche, Università degli Studi di Firenze

SCAFFALE

Il sistema qualità in pedagogia medica a cura

di **Enrico Malinverno**

*SIPeM, Roma, 2010
pagine 192, euro 18,00*



Questo libro, a cura di Enrico Malinverno, edito dalla Società italiana di pedagogia medica (SIPeM), è il frutto del contributo di un folto gruppo di autori qualificati e competenti, impegnati a diverso titolo nella formazione universitaria delle professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica.

Il testo vuole stimolare la riflessione sulle metodologie di valutazione e miglioramento della qualità della formazione, sia nel contesto universitario - per la formazione di base e post-base - sia negli ambiti di formazione aziendale continua.

L'attenzione alla qualità della formazione è un'importante esigenza, non solo in relazione alla soddisfazione del fornitore/cliente, ma anche in funzione dell'importanza strategica dello sviluppo di determinate competenze professionali in un contesto in cui la domanda di salute assume una crescente complessità.

Il testo è costruito con una prima parte descrittiva dei presupposti teorici e metodologici, completata da una seconda parte in cui si presentano alcune esperienze di applicazione dei sistemi di valutazione della qualità in ambito formativo.

Il testo può essere quindi un utile strumento per coloro che sono coinvolti a vario titolo nei processi di valutazione della formazione, ma anche per quelle persone che desiderano approfondire i concetti generali sulla qualità, sugli strumenti utili a promuoverla, al fine di migliorare la propria pratica professionale.

SCAFFALE

Una lettera nella testa

di **Andrea Pagani**

Edizione Lupetti, Milano, 2011
pagine 144, euro 14,00



Una questione a sé questo libro del collega Andrea Pagani, classe 1977, infermiere verosimilmente da oltre un decennio, che esercita la professione che ha decisamente scelto, in una Rianimazione del nord Italia.

Promiscuamente personale e professionale, realistico e immaginifico, crudo e dolce, vicino e distante, questo libro offre più piani di vissuto, che arrivano al lettore con uno stile che si modifica di capitolo in capitolo.

Le persone di questo libro sono di diversa specie, con diverso ruolo e destino rispetto all'autore che affronta domande molto personali, quali il perché fare l'infermiere, come vive il suo compleanno, come andò con la francesina al suo primo bacio, perché con suo padre ha

avuto un rapporto caratterizzato da una 'disarmonica cicatrizzazione'.

Parla dei genitori con un amore immenso, dei suoi pazienti con un dissacrante distacco difensivo e profonda umanità, parla di morte vista, prevista, imprevista e percepita; parla dei doni fisici e morali possibili nella morte; anche i funerali e le brutte notizie non mancano di analisi approfondite; parla ricorrentemente di rimorsi e rimpianti possibili, dopo la morte.

Ma parla anche di una lettera da scrivere, che in questo libro trova la sua trionfale concretizzazione, ancorché pubblica, seppur molto intima e privata. Questo libro, infatti, è probabilmente per comunicare ai genitori, alla compagna, ai colleghi, al resto del mondo, ma ancor più a sé stesso, il suo vivere e la sua gratitudine per quanto condiviso.

Affronta innumerevoli questioni quali le donazioni d'organo, i trapianti, gli errori di terapia, i turni di lavoro, gli spazi e i tempi dei parenti, i cartelli ospedalieri; molti sarebbero gli spunti di confronto e gli elementi dai quali si potrebbero prendere distanze, ma il libro non ha questo scopo.

Il libro, va segnalato, racconta molto ai colleghi della famiglia professionale, dello speciale legame tra vita personale e professionale. Narra anche del privilegio dell'esistere per l'uomo.

Questo libro senza indice mi ha coinvolto: l'ho avuto, letto e commentato nelle ultime dodici ore e mi capita di rado. Chissà se l'autore si aspettava una recensione così personale; d'altra parte questo è il piano che propone.

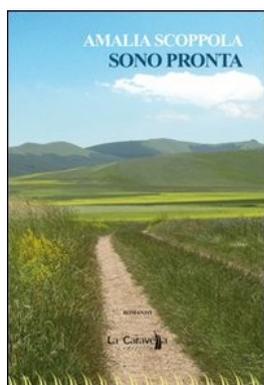
Monica Casati

SCAFFALE

Sono pronta

di **Amalia Scoppola**

*La Caravella Editrice, Capranica (VT), 2010
pagine 154, euro 12,00*



Il libro di Amalia Scoppola *Sono pronta*, ti emoziona. Ti emoziona quando lo leggi di getto e pensi a tante immagini a volte scontate ma così piene di significato, da *entrambi i fronti*.

Ti emoziona anche quando lo leggi con la razionalità necessaria alla produzione di un'analisi critica.

Il filo rosso che probabilmente lega i diversi capitoli del libro è la *condivisione*.

Amalia ha voluto coraggiosamente condividere il suo doloroso percorso di malattia e lo ha fatto:

- probabilmente per sé, perché, come lei ci racconta, lo scrivere l'ha aiutata anche nei momenti più duri e l'ha aiutata dopo, per ripercorrere a ritroso la strada fatta, per ritrovare le energie per riprendere a farne altra;
- sicuramente per le tante persone che si trovano nella stessa o analoga situazione di salute che ha vissuto lei, in cui la morte non è più un pensiero così lontano nel tempo, né l'idea di lasciare le persone che sono a ognuno più care;
- forse per noi infermieri, ma sicuramente con gli occhi di chi legge l'effetto è efficace, perché ci aiuta con semplicità a capire il senso di tanti gesti quotidiani a volte considerati da noi stessi banali, ma che fanno invece la *differenza* nel modo in cui vengono svolti, per le persone su cui vengono svolti.

Il titolo *Sono pronta* offre già un interessante punto di vista su come si possa prendere il duro inizio di un ciclo di chemioterapia, Amalia racconta: *Sono pronta! Sono riuscita a farmi la doccia senza allagare il piccolo ma gradevole bagno dell'ospedale. Mi sono messa la crema, mi sono pettinata e mi sono guardata allo specchio (...) Oggi devono iniziare la chemioterapia: sto aspettando con ansia che questa pozione magica entri dentro di me e raggiunga ogni cellula anche la più nascosta. (...) Avevo "detto" a me stessa di accogliere quell'acqua con gioia, tutte le cellule erano sveglie, recettive. Di fronte a una prospettiva dolorosa, ognuno di noi per istinto può essere portato all'opposizione e alla difesa. Amalia ci propone che la sua miglior difesa è stata l'accettazione, partendo dalla consapevolezza del male, della cura, delle sue conseguenze e dalla fiducia nella sua validità. Sarebbe da chiedersi quali e quanti sono i pazienti che giungono all'inizio di una chemioterapia con questo grado di consapevolezza e cosa facciamo noi curanti, per facilitarlo.*

Amalia racconta del suo *viaggio*, al quale cerca di prepararsi, accettare e percorre non senza fatica, argomentando su aspetti diversi, partendo dall'esperienza di persone a lei

care, come lo zio. Lo zio, che prima di lei aveva avuto un tumore, l'ha aiutata a capire che qualcosa si poteva costruire, nonostante tutto: il dolore è piccola cosa, rispetto a tanto dolore nel mondo, il dolore ci rende trasparenti e permette momenti di intimità e tenerezza con chi ci ama, bisogna combattere il dolore fisico che abbrutisce e accettare quello che umanizza, apprezzando di sentirsi amati.

Il suo viaggio è fatto di cure, cure che lei ha spesso, per professione, elargito ad altri, altri ancora più sensibili e fragili, i bambini e che ora toccano a lei stessa. Propone allora una profonda e incisiva riflessione sugli occhi e la mani degli infermieri, i suoi colleghi, con tutto ciò che possono trasmettere quando si prendono cura del corpo: attenzione, calore, sicurezza. Amalia scrive: *un gesto necessario per una manovra assistenziale può trasformarsi in una carezza, questo potere magico hanno gli infermieri ma spesso non ne "siamo" consapevoli.* Il tema del corpo, del corpo ferito, del corpo che cambia, del corpo che si risveglia è centrale in più passaggi ed è probabilmente la centralità della dimensione corporea di ognuno di noi, che l'autrice ci invita a valorizzare, in quanto gli infermieri hanno il privilegio di esserne così vicini e di prendersene cura, dagli aspetti più quotidiani a quelli più tecnici e specialistici.

D'altro canto l'autrice sottolinea con la sua esperienza la complessità della presa in carico della persona malata, da tutti i punti di vista, e della necessità di un'efficace integrazione professionale, specie per una malattia che colpisce il corpo così duramente. Amalia ha trovato da diversi professionisti della salute risposte importanti: dai medici che si sono occupati della diagnosi e della terapia oncologica prima e chirurgica dopo; dai colleghi infermieri che l'hanno assistita; dalla dietista che l'ha aiutata ad alimentarsi nonostante un nuovo esofago e a riprendere un approccio equilibrato e sociale con il cibo; dalla sua psicologa, che, dalla disperazione iniziale, le ha permesso di riconoscere e mantenere la forza per far fronte alla realtà che aveva davanti. Sarebbe effettivamente da chiedersi quanto queste risposte le abbia cercate in modo autonomo l'autrice, e quanto siano parte di un'offerta attiva rivolta a pazienti così complessi da parte del sistema sanitario. Ciò diventa ancora più pertinente, considerando gli effetti della chemioterapia ed il loro decorso. Se il paziente ne è a conoscenza, ha probabilmente delle possibilità in più di tenerli sotto controllo e ciò ancora una volta ci riporta a sottolineare l'importanza di un'informazione e un'educazione su questo tema che vada anche oltre gli aspetti scontati ed esteriori. In tal senso Amalia ci racconta di come aveva imparato ad accettare la totale mancanza di energie dei primi giorni dopo ogni ciclo e di come poi la ripresa arrivava puntuale, come un *risveglio* e con sé la voglia di farcela. Era pronta alla caduta dei capelli, eppure all'inizio non le è stato facile, in quanto aspetto esteriore del tumore che mette a rischio la sua vita, ma poi, anche la parrucca scelta, non le sembrava tanto male (*avevo i capelli sempre puliti, pettinati, in ordine e tinti... la parrucca non ha capelli bianchi!*) Non sapeva invece (*non me lo avevano detto e ingenuamente non lo avevo pensato*) che con la chemio non cadono solo i capelli, ma anche quei peli simbolo di femminilità ed erotismo, senza i quali ci si può sentire veramente nudi, infantili e imbarazzati.

Inoltre, al di là della cura offerta dai diversi professionisti della salute, Amalia ci ricorda che da soli non si combatte e lei ha incontrato la calda solidarietà delle compagne di viaggio, le altre malate, con le quali ha condiviso i racconti, i timori, le sofferenze, le speranze e le piccole conquiste, con le quali, insieme, sembra ci si possa sentire più forti. E poi, la famiglia, che ti accompagna in un viaggio così duro, e che rappresenta un puntello fondamentale, quello degli affetti, che dovrebbero aver modo e spazio di esprimersi, non solo perché a volte sono funzionali alle attività degli infermieri, ma anche e soprattutto perché sono importanti per le persone assistite. Questo è uno spunto interessante nel ripensamento generale allo spazio che noi sanitari diamo alla famiglia di esprimere il suo

massimo potenziale per sostenere e accompagnare i propri cari nei diversi percorsi di malattia.

Infine, Amalia parla di *tasche* piene degli strumenti che ognuno di noi può avere per far fronte alla vita e di come farli emergere per renderli utili a sé e agli altri. Ebbene, probabilmente questo testo offre dei nuovi strumenti anche per le nostre *tasche*, per questo la lettura di un libro di questo genere, come quelli che vi presentiamo di seguito, possono essere veramente un'interessante proposta non solo per coloro che assistono quotidianamente persone in condizioni di salute analoghe, ma anche per l'ambito della formazione di base. Partire alle volte da ciò che sa, sente l'altro rappresenta il modo migliore per essergli accanto in modo professionalmente pieno. Ognuno di noi, probabilmente, dovrebbe chiedersi: ma se fossi dall'altra parte, dall'altra parte dello *specchio amico e nemico*, come scritto nel libro, cosa desidererei per me? Amalia ci offre così, l'opportunità di acquisire un prezioso punto di vista dell'altro.

Immacolata Dall'Oglio

SCAFFALE

Mani sul mio corpo. Diario di una malata di cancro

di **Luciana Coèn**

Il Punto d'Incontro, Vicenza, 2008
pagine 186, euro 13,90



Il diario di una malattia non "combattuta", ma vissuta quasi come un viaggio all'interno del corpo, che cambia e fa cambiare l'immagine di sé, come momento della vita in cui riflettere e ricostruire, come un cammino nella consapevolezza, verso l'accettazione della malattia come parte di sé. Scrivere diventa allora un modo di reagire all'evento-malattia che improvvisamente piomba nella propria quotidianità: giorno dopo giorno razionalità ed emotività si alternano, domande e tentativi di risposte prendono forma. Un diario per ricostruire il senso della propria esistenza e un dono per gli altri, per testimoniare che la vita, nonostante la malattia, è ancora vita, e continua. Alla fine del percorso la propria esistenza ne esce ridefinita, con i limiti che la malattia e la cura impongono, ma con la certezza e il desiderio che la vita continui.

La lettura ci offre anche un viaggio all'interno della sanità vista dalla parte dei malati, nello stesso ambiente di lavoro in cui l'autrice, infermiera e formatrice, opera da quasi trent'anni, osservato con occhio critico e talvolta impietoso, che rivela quanto sia importante ascoltare e credere al malato, rispettare la sua autonomia decisionale per facilitarne il processo di guarigione.

SCAFFALE

Dall'altra parte

di **Sandro Bartoccioni, Gianni Bonadonna, Francesco Sartori**

BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, 2006
 Pagine 249, euro 9,90



Cosa accade quando è proprio un medico, ovvero colui che in genere cura, a dover essere curato? Lo racconta il libro di Bartoccioni, Bonadonna e Sartori, significativamente intitolato *Dall'altra parte*, a cura di Paolo Barnard. Ognuno dei tre medici vi riassume la propria esperienza di malattia, soprattutto la paura, la sofferenza e la lotta per sopravvivere. In queste pagine, con un salto di prospettiva da curanti a curati, tre grandi clinici italiani di fama internazionale raccontano la loro inversione di ruolo.

Le storie sono raccontate in prima persona con rara schiettezza, fra autoironia e tragedia, in un'altalena di rivelazioni e denunce talvolta scioccanti contro l'attuale organizzazione della Sanità, ormai troppo lontana dal dolore dei malati. Si arriva anche a proporre l'istituzione di una Consulta nazionale composta da grandi medici passati in

prima persona da esperienze di malattia, che raccolga i suggerimenti di centinaia di loro colleghi, anch'essi affetti da patologie gravi, per delineare una riforma della sanità partendo dal decalogo che i tre autori hanno elaborato per una medicina rimodellata a partire dalle sofferenze dei pazienti e non da interessi diversi da questi.

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

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

Coordinamento

Emma Martellotti

Redazione

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

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

EDS - Ennio De Santis

EDS - Vladislav Popov

Editore

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

Internet

www.ipasvi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

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

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

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

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