

# L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

**ONLINE**

Anno LV



ISSN 2038-0712

**NOVEMBRE - DICEMBRE  
2011**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

## INDICE

## ● EDITORIALE

**Al centro del Congresso di Bologna il nuovo ruolo della professione infermieristica**

*di Annalisa Silvestro*

## ● FOCUS

**Programma XVI Congresso Ipasvi**

## ● SCIENZE INFERMIERISTICHE

**L'esperienza dell'attesa in Pronto Soccorso: indagine qualitativa sui familiari dei pazienti**

*di Myriam Roxana Pariona Mollares, Tiziana Nannelli*

**Efficacia dell'uso di letti meccanici basculanti per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione meccanica: revisione della letteratura**

*di Matteo Seligardi*

## ● CONTRIBUTI

**La violenza domestica contro le donne**

*di Maria Mocali*

## ● ESPERIENZE

**La salute degli stranieri irregolari a Torino: offerta di servizi e bisogni rilevati**

*di Giulia Marietta*

**Il processo di pre-dialisi riduce i costi e i tempi d'inizio della terapia dialitica?**

*di Paola Colasanti, Stefano Lizio, Mara Battaglia*

**Complicanze infettive nel paziente dializzato portatore di Cvc: l'esperienza fiorentina**

*di Silvia Pettini, Lucia Settesoldi, Roberto Galli Anna Poli*

**La presa in carico del bambino con calcolosi urinaria**

*di Stefania Ranalli, Fatima Masucci, Livio Pompetti*

## ● Scaffale

**Così è la vita. Imparare a dirsi addio**

*di Concita De Gregorio*

**Le parole ultime. Dialogo sui problemi del "fine vita"**

*di Ivan Cavicchi, Piero Coda, Salvatore Natoli*

**Lettere dal silenzio**

**Storie di accoglienza e assistenza sanitaria di donne che hanno subito violenza**

*di Massimo Greco*



EDITORIALE

## Al centro del Congresso di Bologna il nuovo ruolo della professione infermieristica

*Gli infermieri offrono al Paese la forza di una cultura per cambiare*

Questo numero de *L'infermiere online* è pubblicato a ridosso della celebrazione del **XVI Congresso della Federazione nazionale Collegi IPASVI**.

Nell'autunno dell'anno scorso avevamo annunciato sede, date, titolo e obiettivi di questo importante evento che coinvolge non solo l'intera collettività infermieristica, ma anche tutto il sistema sanitario del nostro Paese.

Il pensiero, le progettualità, le ipotesi prospettiche e il posizionamento professionale di quasi quattrocentomila professionisti non possono che essere di estrema rilevanza per gli orientamenti futuri del sistema sanitario e del Paese nella sua interezza. Attraverso il titolo ***Infermieri. La forza di una nuova cultura per il sistema salute*** vogliamo mandare un messaggio importante e significativo.

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

In questa logica il Congresso si sviluppa attraverso numerose relazioni contenenti approfondimenti professionali, elaborazioni progettuali o sperimentazioni in ambito organizzativo gestionale e didattico formativo.

Molto attuale è la sessione dedicata al mercato del lavoro in un momento in cui si presentano particolarmente impegnative le decisioni assunte dalla compagine governativa del nostro Paese e non solo.

Di chiara fama nazionale e internazionale gli ospiti che parteciperanno ai lavori con la presentazione di relazioni oppure con il contributo al dibattito che si svilupperà in diverse tavole rotonde in cui verranno presentate e affrontate tematiche di rilievo e interesse per quanto attiene il confronto interprofessionale o le decisioni che dovranno essere assunte per il mantenimento, l'innovazione o la modernizzazione sostenibile delle strutture e dell'intero SSN.

Non sono state trascurate né la comunicazione multimediale, né l'occasione per una socializzazione musicale attraverso un concerto operistico sinfonico e una serata musicale che vedrà la presenza de i "Modà".

Con il nostro XVI Congresso nazionale vogliamo:

- presentare e diffondere i progetti, le esperienze e le sperimentazioni di eccellenza;
- dibattere su come e quanto impattano la cultura, la competenza e la responsabilità degli infermieri nella quotidianità assistenziale, nelle relazioni inter professionali e per lo sviluppo del sistema sanitario;

- effettuare un dibattito serrato nell'analisi, costruttivo nel confronto, consapevole della forza della nuova cultura degli infermieri quali professionisti fiduciosi della capacità di innovazione e del Paese.

***E per questo ti aspettiamo dal 22 al 24 marzo 2012.  
Arrivederci a Bologna!***

***Annalisa Silvestro***  
Presidente Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

# PROFESSIONISTI NEL CUORE DEL FUTURO



**INFERMIERI.**

**LA FORZA DI UNA NUOVA CULTURA**

**PER IL SISTEMA SALUTE**

**BOLOGNA  
22-23-24 MARZO 2012**

**Con l'adesione del Presidente della Repubblica**

**Se la cultura è quanto concorre alla formazione dell'individuo sul piano intellettuale e morale e all'acquisizione della consapevolezza del ruolo che gli compete come singolo e come appartenente ad una collettività, ebbene gli infermieri vogliono ora manifestare e mettere a disposizione del Paese la "loro" cultura.**

*Una cultura che può essere forza innovativa per definire e garantire nuove modalità di risposta ai bisogni di salute della popolazione che emergono in tutta la loro rilevanza; una cultura che affianca ed integra quella di altri gruppi professionali per delineare e costruire una risposta sanitaria altamente efficace, in cui sia sempre più trasparente ed integrato l'apporto di chi diagnostica e cura le patologie e di chi cura ed assiste la persona.*

*Il XVI Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi apre un'altra fase storica del cammino degli infermieri: quella della consapevolezza del proprio valore professionale e della volontà di un impegno ancor più ampio e responsabile. Fase che dovrà continuare a coniugarsi con l'orgoglio professionale, la progettualità di sistema, la valorialità e l'etica della responsabilità. Ed allora, ecco gli obiettivi congressuali:*

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

*E in tutto questo, l'auspicio dei componenti del Comitato centrale e dei Presidenti dei Collegi provinciali è che vi sia ampia presenza e il contributo di tutti per la riuscita del XVI Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. Nella certezza del senso di appartenenza alla "nostra" professione.*

**Annalisa Silvestro**

*Presidente Federazione Nazionale Collegi Ipasvi*



## SECONDO ANNUNCIO

### Giovedì 22 marzo

10.00 - 14.00 Registrazione dei partecipanti

14.30 Apertura del Congresso

15.00 **Relazione introduttiva Infermieri. La forza di una nuova cultura per il sistema salute**  
**Annalisa Silvestro**, *Presidente Federazione Ipasvi*

## PRIMA SESSIONE

### I percorsi e i paradigmi della cultura infermieristica

16.00 **Brevi riflessioni di Umberto Veronesi**  
*Direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO)*

16.30 Tavola rotonda

#### Il Comitato centrale si confronta con:

- **Evandro Agazzi**, *Epistemologo*
- **Gianluca Favero**, *Professore a contratto Corsi di laurea delle Professioni sanitarie, Università degli Studi di Firenze, Antropologo, componente Spazio Etico dell'Usl 11 Empoli*
- **Edoardo Manzoni**, *Direttore generale dell'Istituto Palazzolo di Bergamo, Docente di Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Università degli Studi Milano Bicocca*
- **Annalisa Silvestro**, *Presidente Federazione Ipasvi*

Modera: **Maria Concetta Mattei**, *Giornalista RAI*

18.00 Chiusura lavori

## CONCERTO SINFONICO

### Venerdì 23 marzo

## SECONDA SESSIONE

### La cultura degli infermieri nei progetti e nelle sperimentazioni

#### Sala A

#### I contributi e le esperienze degli infermieri

9.00 Introduzione alla sessione: indicazioni metodologiche  
**Annalisa Silvestro**

9.30 Organizzazione assistenziale per complessità: primi risultati di una sperimentazione  
**Bologna**

La tutela della salute in tirocinio. Descrizione dei vissuti e dei comportamenti degli studenti  
**Torino**

Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica  
**Pavia**

Il servizio di counseling nel paziente Hiv+  
**Sanremo**

La venipuntura tramite cute o catetere a media-lunga permanenza: il disagio del paziente  
**Modena e Carpi**

Filo di Arianna: un progetto per migliorare le capacità e le competenze dei caregiver  
**Napoli**

Un'esperienza che punta alla qualità: la valutazione delle competenze  
**Palermo**

Sanità d'iniziativa: l'infermiere, le cure primarie e l'educazione alla salute  
**Firenze**

Ambulatorio infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee  
**Bergamo**

Ascoltare il silenzio: una ricerca *narrative based* sull'assistenza alle donne vittime di violenza  
**Roma**

Qualità delle cure in Terapia Intensiva. IDEa Study (*Italian Delirium Assessment*)  
**Perugia**

Livelli di sviluppo e certificazione/abilitazione delle performance  
**Brescia**

Studio RIASI (Rischio Insuccesso Accademico Studenti Infermieri)  
**Udine**

Gli altri numerosi contributi proposti verranno distribuiti ai partecipanti al Congresso e successivamente pubblicati sul portale Ipasvi

13.30 *Pausa pranzo*

## Sala B

### I contributi e le esperienze degli infermieri pediatrici

- 9.00 Videomessaggio di  
**Fiona Smith**, *Presidente della Pnae (Paediatric Nursing Associations of Europe)*
- 9.15 Stato dell'arte della professione infermieristica in Italia e analisi della demografia professionale  
**Barbara Mangiacavalli**, *Segretaria nazionale della Federazione Ipasvi*
- 9.30 Excursus sull'educazione in ambito pediatrico in Europa e sulle implicazioni per la pratica  
**Carol Hall**, *Associate Professor, School of Nursing Midwifery and Physiotherapy, The University of Nottingham*

### 10.00 L'infermiere e il bambino nelle situazioni di emergenza ed urgenza

Il triage pediatrico: dal codice bianco al codice rosso, quali segni e quali sintomi?

**Andrea Vermena**, *Infermiere pediatrico, Pronto Soccorso Dea, Ospedale pediatrico Regina Margherita di Torino*

Presa in carico del bambino e della famiglia nelle situazioni di urgenza/emergenza

**Tiziana Zangrando**, *Infermiere pediatrica, Pediatria d'urgenza con servizio di Pronto Soccorso, Ospedale Burlo Garofalo di Trieste*

### 10.45 L'infermiere e il bambino nella comunità e nei percorsi di continuità assistenziale

L'infermiere di territorio e il bambino: la promozione e l'educazione alla salute

**Marina Remon**, *Infermiere pediatrica Territorio, Asl Torino 1*

L'assistenza centrata sulla famiglia per il bambino con bisogni speciali: strategie ed obiettivi per la continuità assistenziale

**Flaviana Tondi**, *Infermiere pediatrica, Aou Meyer di Firenze*

Lesioni da compressione, protocolli integrati di trattamento delle ferite (*Advanced wound care*)  
**Maria Grazia Barile**, *Infermiere pediatrica, Reparto Medicina subacquea ed iperbarica, Aorn Santobono - Pausillipon di Napoli*

### 11.45 Le competenze dell'Infermiere in ambito neonatologico nel Percorso Nascita

Assistenza al neonato sano (I livello) e al neonato con patologie che richiedono Terapia intensiva - Sub intensiva (II livello)

**Marta Costa**, *Infermiere pediatrica, Coordinatrice UO Anestesia e Rianimazione, Ospedale Gaslini di Genova*  
**Simona Serveli**, *Infermiere pediatrica, Coordinatrice UO Patologia e Terapia intensiva neonatale, Ospedale Gaslini di Genova*

Assistenza al neonato a rischio nei punti nascita di I livello, stabilizzazione e trasporto sicuro (Sten)

**Angela Ragni**, *Infermiere pediatrica, Terapia intensiva neonatale, Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma*

- 12.30 Un supporto in più per gli infermieri: le Associazioni Scientifiche Infermieristiche Pediatriche e di Neonatologia si presentano  
**Sisip - Aninp "Insieme per crescere" - Iaan - Sipo**
- 12.45 La parola alle Associazione dei genitori - La tutela dei diritti (Abio)
- 13.00 Prospettive future per la professione infermieristica in area pediatrica  
**Annalisa Silvestro**, *Presidente Federazione Ipasvi*
- 13.30 *Pausa pranzo*

## Sala C

### L'esercizio libero professionale nell'attuale scenario socio-economico

- 9.00 Il mercato del lavoro e l'attività libero professionale  
**Marina Calderone**, *Presidente Cup (Comitato Unitario Permanente degli Ordini e dei Collegi professionali)*
- 9.45 L'esercizio libero professionale e il sistema previdenziale  
**Mario Schiavon**, *Presidente Enpapi (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica)*
- 10.15 L'assicurazione professionale per la tutela dell'assistito e del professionista  
**Marco G. Gariglio**, *Managing Director Willis Italia SpA*
- 10.40 **Dibattito interattivo con la Presidente Annalisa Silvestro**
- 11.40 Responsabilità professionale e contenzioso: alcuni casi  
**Paolo D'Agostino**, *Docente di Diritto penale, Università degli Studi di Torino*
- 12.10 Il sistema di tariffazione degli infermieri libero professionisti  
**Gruppo di lavoro Federazione Nazionale Collegi Ipasvi**
- 12.30 Dibattito
- 13.30 *Pausa pranzo*





## TERZA SESSIONE

### La cultura, le competenze e la responsabilità degli infermieri nella quotidianità assistenziale e nelle relazioni inter professionali

- 15.00 **Brevi riflessioni di Giorgio Casati**  
*Direttore Pianificazione strategica dell'Università Cattolica Sacro Cuore*
- 15,30 Tavola rotonda  
**Silvio Brusaferrò**, *Professore ordinario di Igiene, Università degli Studi di Udine*  
**Lino Del Favero**, *Presidente Federsanità-Anci, Direttore generale dell'Ulss 7 Veneto*  
**Francesca Moccia**, *Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva*  
**Antonio Maria Leozappa**, *Professore Avvocato, Docente di Diritto commerciale dell'Università degli Studi del Salento*  
**Antonio Panti**, *Presidente dell'Ordine dei medici di Firenze, Vicepresidente del Consiglio sanitario regionale della Toscana*  
**Gennaro Rocco**, *Vicepresidente Federazione Ispasvi*  
Moderatore: **Gerardo D'Amico**, *Giornalista RAI*
- 17.00 Chiusura lavori

## SERATA MUSICALE

Sabato **24** marzo

## QUARTA SESSIONE

### Il contributo degli infermieri per l'innovazione sostenibile del sistema salute

- 9.30 Il sistema salute: principi e valori in una società responsabile e solidale  
**Ivan Cavicchi**, *Docente di Sociologia dell'organizzazione sanitaria e di Filosofia della Medicina, Università degli Studi Tor Vergata di Roma*
- 10.00 Il sistema salute: principi, valori e sostenibilità economica  
**Nerina Dirindin**, *Docente di Economia sanitaria, Università degli Studi di Torino e Coripe Piemonte*
- 10.30 Il sistema salute e gli infermieri nel futuro della società italiana  
**Carla Collicelli**, *Vicedirettore generale Fondazione Censis*
- 11.00 Gli infermieri e la cultura infermieristica per l'innovazione sostenibile del sistema salute  
**Antonietta Santullo**, *Direttore infermieristico Ausl Rimini*
- 11.45 **Mozione conclusiva**
- 12.30 Chiusura dei lavori congressuali



# Concerto sinfonico

Bologna, Teatro Auditorium Europa, 22 Marzo, ore 21.00

## VOLI PINDARICI

ARIE LIRICHE DI MOZART, ROSSINI,  
CHOPIN, VERDI

Soprano Giorgia Valbonesi  
Pianoforte Samuele Rizzi

## VITA PRIMA

OPERA DEL MAESTRO  
FRANCESCO BURRAI

per Soprano, Tenore, Coro e Video

## PROFUMI MUSICALI

ARIE LIRICHE DI BIZET,  
PUCCINI, CHOPIN

## TRAMONTI E ALBE DORATE

Voce Francesco Burrai  
Sax Soprano Valentina Micheluzzi

**INGRESSO SU INVITO**

# Serata musicale – i Modà

Bologna, Paladonna, P.zza Azzarita 8, 23 MARZO, ore 21.00

Evento della Band più seguita e amata nel panorama della musica italiana



Presenta, conduce e allietta la serata  
**PINO INSEGNO**

**INGRESSO RISERVATO  
AI PARTECIPANTI  
AL CONGRESSO IPASVI**

# L'esperienza dell'attesa in Pronto Soccorso: indagine qualitativa sui familiari dei pazienti

Myriam Roxana Pariona Mollares<sup>1</sup>, Tiziana Nannelli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Infermiera, Master in Emergenza e Urgenza Sanitaria, Fondazione Filippo Turati Onlus, Pistoia

<sup>2</sup>Dottoranda di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Firenze; Infermiera Formatrice, Azienda USL 11, Empoli

Corrispondenza: t.nannelli@unifi.it

## RIASSUNTO

**Introduzione** Molti studi, condotti per lo più su gruppi di pazienti, indicano che la percezione dell'attesa in Pronto Soccorso può essere influenzata da diversi fattori. Scopo di questa indagine è investigare l'esperienza vissuta da familiari in attesa nella sala di aspetto di un reparto di Pronto Soccorso italiano.

**Materiali e metodi** L'indagine è stata condotta, attraverso un'intervista semistrutturata a risposte aperte, su un campione di convenienza formato da 26 familiari di pazienti assistiti presso un Dipartimento di Emergenza e Accettazione di II livello.

**Risultati** L'analisi delle testimonianze raccolte mostra che l'esperienza dell'attesa in sala di aspetto è fortemente condizionata dalla qualità e quantità delle informazioni ricevute. Una comunicazione scadente con gli operatori sanitari è associata a sensazioni ed emozioni negative come frustrazione, irritazione, stress e paura.

**Conclusioni** Dai risultati ottenuti emerge la necessità di prestare grande attenzione al processo di comunicazione, cercando di ottimizzarne tutti gli aspetti. In particolare è necessario identificare i canali e le interfacce che possono rispondere in maniera più efficace ai bisogni dell'utenza in attesa, e strutturare momenti di comunicazione all'interno dei piani di lavoro.

**Parole chiave:** pronto soccorso, sala di aspetto, familiari dei pazienti, tempo di attesa

## The waiting experience in the Emergency Department: a qualitative study on patients' family members

### ABSTRACT

**Introduction** Many studies, mostly conducted on patients, suggest that the waiting experience in the Emergency Department may be affected by several factors. The aim of this survey was to explore how waits were perceived by patients' family members in an Italian Emergency Department.

**Material and methods** The survey was conducted, using an open-ended semi-structured interview, on a convenience sample composed by 26 adult family members of patients admitted to the Emergency Department of a II level hospital.

**Results** The analysis of the interviews collected shows that the waiting experience of patients' family members is strongly influenced by the quality and quantity of information received. Poor communication with the Emergency Department staff is associated to negative feelings and emotions such as frustration, anger, distress and fear.

**Conclusions** The results obtained indicate the need of paying attention to the communication process between health professionals and patients' family members, and of improving all its aspects. In particular, it is necessary to identify channels and interfaces which could better respond to the needs of accompanying persons in the Emergency Department waiting room, and to organize specific moments of communication within the work plans.

**Key words:** emergency department, waiting room, patients' family members, waiting time

## INTRODUZIONE

Per i familiari di un paziente in cura presso un reparto di Pronto Soccorso, l'esperienza dell'attesa in sala di aspetto assume una particolare valenza emotiva che è determinata principalmente dalla preoccupazione per la salute della persona cara. Questa esperienza può però essere influenzata da numerosi altri fattori. In generale, le attese in solitudine e prive di informazioni sono meno tollerate rispetto a quelle condivise con un gruppo; le attese trascorse "senza far niente", senza essere coinvolti in qualcosa, sembrano più lunghe e frustranti, e lo stesso vale per le attese avvertite come ingiuste. Al contrario, la percezione di un servizio di buona qualità risulta rassicurante e induce le persone a pazientare meglio, affrontando l'attesa con meno ansia; soprattutto, le attese nel corso delle quali si è informati sul processo di cura vengono vissute in maniera più positiva sia dai pazienti assistiti sia dai loro accompagnatori (Corbett et al., 2000; Ekwall et al., 2008, 2009; Maister, 1985; Papa et al., 2008). Diversi studi sottolineano come l'esperienza dell'attesa sia fortemente condizionata dai rapporti comunicativi che si instaurano tra i soggetti coinvolti (personale sanitario, pazienti e familiari) ma anche da stimoli interni (come esperienze pregresse, background personale) e da fattori esterni ambientali (Bruni et al., 2007; Callieri, 1981). Tuttavia, per la maggior parte le indagini pubblicate sull'argomento prendono in esame l'esperienza dell'attesa nei pazienti, mentre molto meno numerosi sono gli studi condotti sui loro familiari. Partendo dagli assunti sopra esposti, questo studio si propone di investigare la percezione dell'attesa in un gruppo di familiari di pazienti accolti nel Pronto Soccorso di un ospedale italiano, analizzando i temi dominanti dell'attesa e le variabili che li condizionano.

## MATERIALI E METODI

**Contesto** – L'indagine è stata realizzata presso la sala di aspetto del Pronto Soccorso di un ospedale provinciale di II livello dell'Area Vasta Centro della Re-

gione Toscana. Le interviste sono state condotte nel corso di un giorno feriale del gennaio 2011 (dalle 9 alle 20). La sala di aspetto, un ambiente comune di circa 70 metri quadrati, era allestita con sedute, monitor indicante i codici colore in trattamento, distributore automatico di alimenti e bevande, totem contenente opuscoli informativi e postazione di accoglienza con un operatore sociosanitario che svolgeva attività di supporto emotivo e di raccordo informativo per i familiari in attesa.

**Partecipanti** – Il campione di convenienza (disponibilità a partecipare all'indagine) era composto da familiari adulti di pazienti in cura, che si trovavano nella sala di aspetto da un minimo di 15 minuti. Sono stati esclusi i familiari di utenti pediatrici. La numerosità campionaria ottenuta durante l'unica giornata di indagine è risultata sufficiente, in quanto si è raggiunta la saturazione dei dati (ridondanza dei significati).

**Procedura** – Le testimonianze dei familiari in attesa sono state raccolte mediante un'intervista semi-strutturata a risposte aperte, audioregistrata e trascritta. La narrazione degli intervistati veniva orientata attraverso l'utilizzo di una griglia di domande, ponendo attenzione ad approfondire gli elementi ritenuti più importanti per gli obiettivi dell'indagine ma senza limitare contenuti e modalità di espressione. La prima parte dell'intervista prevedeva la richiesta di informazioni su dati personali (come età e livello di istruzione) e durata dell'attesa in sala di aspetto; nella seconda parte venivano introdotte le domande mirate a facilitare l'esposizione del vissuto esperienziale (**Tabella 1**). Per verificarne la correttezza, al termine di ogni intervista abbiamo riassunto quanto emerso nel corso del colloquio e chiesto agli intervistati di confermarne i contenuti. Per rendere più omogeneo lo svolgimento dei colloqui, abbiamo condotto congiuntamente le prime sei interviste.

**Analisi dei dati** – Il materiale raccolto è stato analizzato secondo il metodo di Van Manen (1990). Le in-

**Tabella 1. Sintesi delle domande aperte poste durante l'intervista**

<b>Domanda di invito a raccontare la propria esperienza</b>	Rispetto al momento di attesa che sta vivendo, che sensazioni prova, quali sono i suoi pensieri, che cosa maggiormente la preoccupa, la disturba, le procura disagio o ansia, in aggiunta al più che comprensibile pensiero per la salute del suo familiare? Ci racconti che cosa sta vivendo...
<b>Domande di approfondimento</b>	Nella speranza che il suo familiare si possa rimettere, e ci auguriamo che ciò possa avvenire celermente, di che cosa avrebbe bisogno durante l'attesa in sala di aspetto?  Alla luce di quello che sta vivendo, che cosa vorrebbe cambiare o proporre alla direzione ospedaliera, per poter migliorare l'esperienza dell'attesa in sala di aspetto?

**Tabella 2. Caratteristiche degli intervistati**

		Media	Range	Varianza	Deviazione standard
Età (anni)	Femmine	50	24-70	183,98	13,56
	Maschi	51	23-73	253,73	15,93
	Totale intervistati	50	23-73	207,78	14,41
		Frequenza	Frequenza percentuale	Frequenza percentuale cumulativa	
Scolarità	Laurea	1	4,00%	12,00%	
	Scuola elementare	3	12,00%	16,00%	
	Scuola media inferiore	10	40,00%	56,00%	
	Scuola media superiore	11	44,00%	100,00%	
Attività lavorativa	Libero professionista	2	7,69%	7,69%	
	Altro	3	11,54%	19,23%	
	Impiegato/a	3	11,54%	30,77%	
	Casalinga	4	15,38%	46,23%	
	Operaio/a	6	23,08%	69,23%	
	Pensionato/a	8	30,77%	100,00%	
		Media	Range	Varianza	Deviazione standard
Tempo di attesa (minuti)		136	15-390	13698,62	117,04

terviste sono state trascritte integralmente e lette in maniera approfondita; è stata poi condotta una codifica aperta dei dati ricercando le frasi idiomatiche, isolando le affermazioni tematiche ed evidenziando le ridondanze di significati (Richards, Morse, 2007). In una terza fase si è effettuata una codifica analitica: partendo da quanto emerso si sono cercate le correlazioni tra i dati (*links*), con la creazione di una rete di relazioni che ha consentito di individuare i contenuti con il maggior numero di *links*, identificandoli come “temi” e permettendo l’interpretazione e l’attribuzione di significati. In base alla rete di analisi creata si sono quindi ricercate le variabili che incidono sui temi identificati. Per garantire il rigore dell’analisi, le interviste sono state esaminate secondo questo approccio in maniera indipendente dalle due autrici, con un confronto successivo per verificare l’accordo delle valutazioni.

## RISULTATI

Il profilo dei 26 intervistati (12 maschi e 14 femmine) è riportato nella **Tabella 2**. L’età media era di 50 anni, il livello di istruzione corrispondeva prevalentemente al diploma di scuola media inferiore o superiore. Il tempo di attesa riferito al momento dell’intervista andava da 15 a 390 minuti, con una media di 136 minuti.

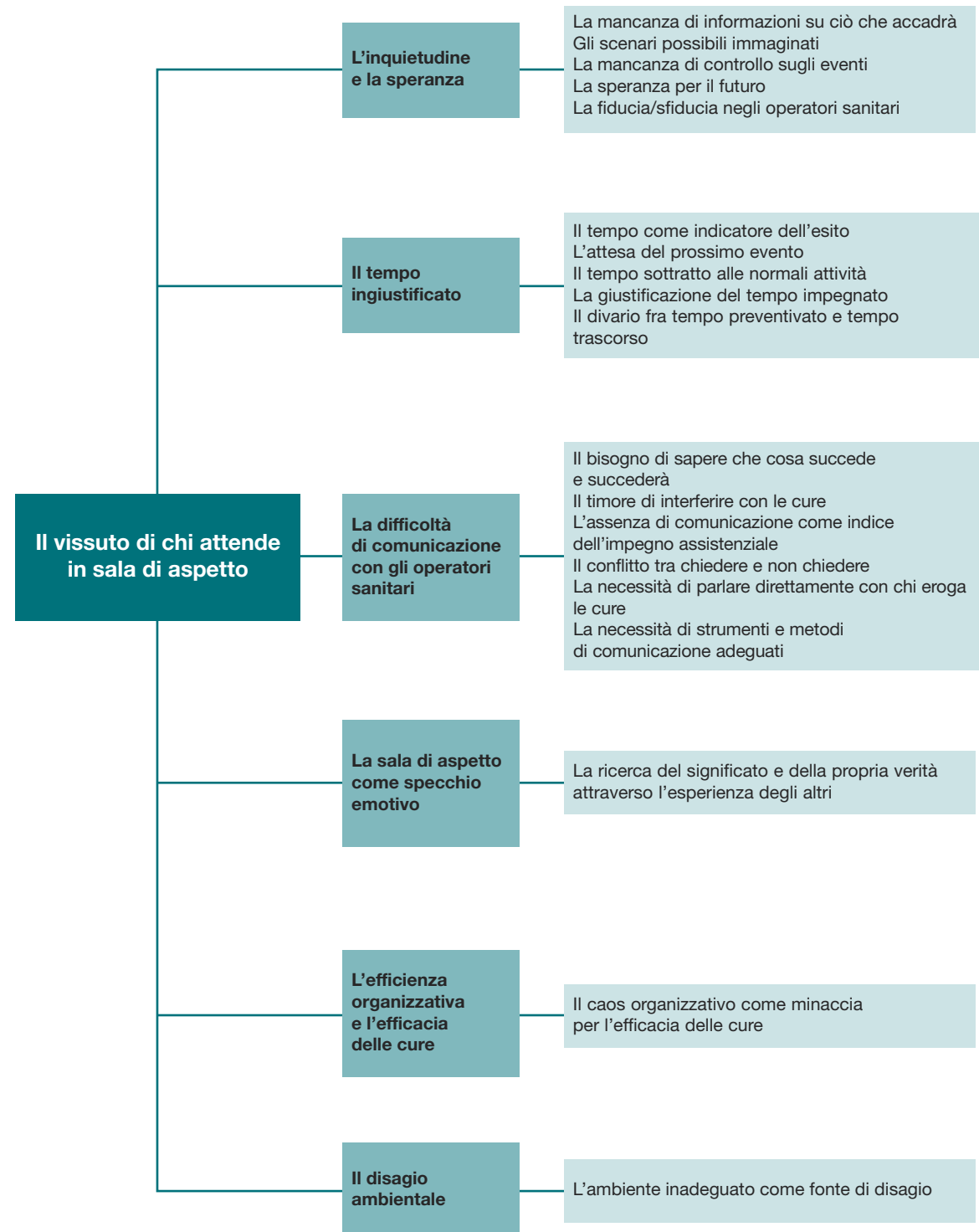
Dall’analisi delle interviste raccolte sono stati individuati 6 temi dominanti e 19 temi secondari, riassunti nella **Figura 1**.

## L’inquietudine e la speranza

“No, non so niente da quando è entrato... Ho provato a chiedere al personale ma mi rispondono che devo aspettare e non sanno quanto; spero che non sia qualcosa di grave, ho paura... Siamo in balia del destino e non so proprio come andrà a finire...”.

“Vorrei sentire per lo meno qualche notizia, sapere quanto viene fatto; penso che non sia una cosa grave, però non sapere niente... Per lo meno dire ‘lui deve fare questo o questo’, perché non lasciano entrare nessuno, o anche dire ‘aspettate sta facendo la visita, l’ecografia’ e così via... Invece non si sa niente, né di quello che verrà fatto né di quello che sarà”.

Da frasi come queste emerge come la mancanza di informazioni condizioni la percezione degli intervistati, ponendoli di fronte a disorientamento e paura. La comunicazione con gli accompagnatori in attesa è di natura occasionale o su richiesta (“Se chiedi ti rispondono... Ogni tanto escono ma non ti dicono nulla... Se ci fossero problemi lo si vedrebbe, no?”), oppure deriva da necessità degli operatori sanitari (“Ci hanno chiamato quando avevano bisogno, come per chiederci i farmaci che assumeva...”). La carenza di informazioni genera in chi attende dubbi, timori, e di conseguenza insicurezza e ansia. Il non sapere porta a ipotizzare tutta una serie di scenari possibili, più o meno positivi o negativi (“Se ci vuole molto è perché è molto grave!”), ma che in ogni caso provocano una confusione emotiva importante. Quando gli intervistati venivano interrogati specificamente su

**Figura 1.** Temi dominanti e temi secondari

che cosa immaginassero stesse accadendo all'interno del Pronto Soccorso emergevano le risposte più disparate, da "si risolverà tutto" a "potrebbe anche morire". I quadri ipotizzati tendevano inoltre a cambiare rapidamente, con un affollamento di pensieri che era causa di turbamento durante tutta l'attesa. Un altro aspetto importante è la percezione della mancanza di controllo sugli eventi ("Non ho potuto fare niente, né posso fare qualcosa, è successo tutto improvvisamente... Chi se lo poteva immaginare!"), che induce frustrazione e destabilizzazione; c'è la sensazione che tutto possa cambiare in modo negativo, e spesso anche una forma di senso di colpa legato alla possibilità di avere contribuito a determinare l'evento.

### Il tempo ingiustificato

"Sono qui da un bel po', non capisco come mai dobbiamo aspettare così a lungo, c'è gente che sta qui da questa mattina... Penso alle persone che lavorano... Come fanno? Non possono perdere una giornata di lavoro... Andrebbe gestito un po' da casa tramite il medico di famiglia, lui dovrebbe dare istruzioni, e sarebbero visitati in ambulatori aperti tutto il giorno... Ora qui devo ancora aspettare e non ho idea di quanto tempo...".

"Il fatto di poter sapere il tempo di attesa indicativo, le scadenze, se lungo oppure corto, sarebbe già un risultato; e posso dire va bene, aspetterò, che se arrivano persone più gravi avranno la precedenza è ovvio, però intanto mi posso organizzare anche a casa...". Il tempo che passa viene vissuto dai familiari come attesa del prossimo avvenimento, con la speranza che tale avvenimento si verifichi il prima possibile e abbia una valenza positiva. Il tempo trascorso viene inoltre inteso come un indice di come stanno andando le cose "dentro" ("Se ci vuole tanto è perché è grave..."), che può essere interpretato in maniera differente in base alle proprie aspettative, a quanto è successo alla persona cara, a quanto accade nella sala di aspetto o a eventuali esperienze simili precedenti ("Anche l'altra volta c'è voluto un monte di tempo..."). Diverse frasi tratte dalle interviste esaminate indicano che in generale l'attesa prolungata induce stress e irritazione, oltre che incertezza e paura. In particolare, gli accompagnatori tollerano con difficoltà il tempo non giustificato: non avendo un quadro chiaro di quanto avviene all'interno del Pronto Soccorso, non sono in grado di spiegarsi i motivi dell'attesa. Anche in questo caso la fantasia gioca un ruolo importante, perché si ipotizzano scenari a cui vengono associati tempi (per l'effettuazione di visite, esami, trattamenti) che non sempre corrispondono a quelli effettivamente necessari ("In fondo

quanto ci vorrà mai per fare un'ecografia!"). Un aspetto essenziale ulteriore è il tempo sottratto alle normali attività, attuali e future. I familiari spesso sottolineano la necessità di avere una stima della durata dell'attesa, per avere un'idea se non altro parziale su come possono riprogrammare lo svolgimento delle loro attività abituali ("Almeno mi organizzo!") che è stato alterato dall'evento.

### La difficoltà di comunicazione con gli operatori sanitari

"È quasi impossibile avere un contatto con i sanitari, perché loro sono dentro chiusi, non escono mai a dire qualcosa e quando escono non ti guardano neppure... Mentre noi qui stiamo aspettando qualche informazione; quella signora che è lì, non so se è un'infermiera, però non sa dire più di tanto... Noi abbiamo bisogno di aiuto, risposte; magari potessero mettere al suo posto un assistente sociale o un altro, per migliorare il collegamento fra noi e quelli che sono dentro... Lei è gentile, ma non può dirti tutto, mica è un medico, e non può entrare e uscire di continuo!".

Fra tutti quelli individuati, la difficoltà di comunicazione con gli operatori sanitari costituisce il tema principale emerso da questa indagine. Il binomio mancanza di comunicazione uguale a frustrazione, ansia e stress affiora in tutte le interviste, con tutta una gamma di esempi, toni, sfumature, sillogismi. Da un lato la carenza nei processi di comunicazione viene attribuita a una generale mancanza di tempo e quindi almeno in parte giustificata ("Qui è tutto pieno! Come fanno a starti dietro..."); dall'altro però la natura stessa dell'esperienza dell'attesa nella sala di aspetto di un Pronto Soccorso determina una necessità di sapere, una necessità di ascoltare ed essere ascoltati che non può essere ignorata. Molti familiari in attesa dichiarano che "anche loro" devono essere presi in carico ("Anche noi abbiamo bisogno di sapere cosa accadrà, siamo preoccupati! Qui nessuno ti considera..."). Un dato interessante è che spesso questo bisogno, che indurrebbe a domandare, entra in conflitto con un altro fattore altrettanto forte: la paura di interrompere cure importanti con le proprie richieste ("Vorrei chiedere informazioni, ma hanno tanto da fare e non vorrei distrarli..."). Un altro aspetto degno di nota è legato al fatto che nella sala di aspetto era presente un operatore sociosanitario ("quella signora che è lì") deputato all'accoglienza e al raccordo informativo. Questa figura viene pressoché unanimemente indicata come "brava e disponibile"; ciò nonostante, per la maggior parte degli intervistati risultava non adeguata come interfaccia comunicativa, fondamentalmente perché non era "dentro" ma "fuori" come loro. Alcuni considerano

questo intermediario per lo più funzionale agli operatori sanitari impegnati nell'erogazione delle cure, che così non vengono "disturbati dalle domande dei parenti" ("Hanno messo un'infermiera per le domande, così non sono disturbati mentre lavorano..."), ma avrebbero preferito parlare direttamente con chi stava assistendo il proprio caro ("Se le viene chiesto qualcosa va a dentro a informarsi, ma su alcune cose non può dare risposte perché... Non può!"). Le motivazioni sono essenzialmente due: l'operatore non aveva autorità e conoscenze sufficienti per dare informazioni complete ("mica è un medico"); l'operatore non poteva fornire informazioni adeguate perché spesso sarebbe scaturito il bisogno di altre delucidazioni o verifiche, rendendo necessario un suo ritorno all'interno del Pronto Soccorso per consultare il personale che si stava occupando del paziente. Pertanto l'operatore, se da una parte poteva essere utile, dall'altra diveniva solo un ulteriore ostacolo.

#### **La sala di aspetto come specchio emotivo**

"Mi sono sentita male quando mi hanno detto 'la sua mamma è già anziana, è messa male'... Che vuole dire? Qui quasi tutte le persone da curare sono vecchie! Tutte le persone hanno gli stessi diritti... Giovani o vecchi...".

"Ci sono familiari veramente insistenti, che chiedono di continuo al personale del Pronto Soccorso! Bisogna trovare la forma di avere un contatto... Però io mi metto al posto di queste persone che stanno aspettando chissà da quanto... Con i bimbi, o genitori che sono anziani...".

"Sarà dieci minuti fa che è uscita da dentro una signora piangendo, gridando 'è morto, è morto'... Immediatamente mi si è gelato il sangue e ho pensato a mia mamma... Potrebbe succedere anche a me... Sono situazioni difficili...".

Dai racconti degli intervistati emergono sempre elementi di confronto o immedesimazione rispetto a quanto succede alle persone che li circondano. La percezione dell'attesa quindi non è legata solo all'esperienza personale, ma anche a quanto accade intorno a loro: il significato di quanto stanno vivendo e provando viene cercato anche nelle esperienze degli altri. Si individuano similitudini o diversità: a un evento sfavorevole vissuto da un altro si reagisce negativamente, se si pensa ci siano possibili somiglianze con la propria situazione, oppure con sollievo, se ci sono delle differenze. Di fatto l'attesa collettiva in un'unica sala di aspetto porta le persone a osservare e osservarsi; attraverso la comparazione con le esperienze altrui si cerca inoltre di stabilire se l'assistenza è fornita in maniera corretta ed equa (priorità e adeguatezza nelle cure).

#### **L'efficienza organizzativa e l'efficacia delle cure**

"Sono in ansia per via della disorganizzazione del settore in generale! Manca il coordinamento fra di loro, sinceramente un qualcuno che sappia coordinare, che dica 'bisogna fare così e così'... Invece quello rimpalla a quell'altro, a quell'altro ancora e così via... Sono ognuno per sé e tutti allo sbando, ecco! Ho fatto visitare la mamma dal mio dottore... Lui cosa ha fatto? Ha rimpallato all'ospedale! L'ospedale cosa ha fatto? Ha rimpallato al mio dottore, perché hanno detto che non si faceva così... Però chi soffre le conseguenze sono i pazienti e i familiari, perché io stando qui con mia mamma prendo forse il posto di qualcun altro, che forse ha più bisogno di noi! Creo inutile disagio prima per la mia mamma, poi per loro e infine per gli altri malati...".

La questione dell'efficienza organizzativa rappresenta uno degli argomenti che sono stati più frequentemente affrontati. Il problema del funzionamento della macchina organizzativa si è proposto in maniera preponderante soprattutto nelle interviste coincidenti con il momento di massimo affollamento in sala di aspetto. Le interviste rivelano come chi attende in Pronto Soccorso spesso osservi con molta attenzione dati come ambiente, tempi, flussi, reazioni del personale, e sulla base delle informazioni raccolte formuli giudizi sulla capacità del sistema di rispondere alle proprie aspettative. Alcuni esprimono il timore che il caos organizzativo possa non solo aumentare i tempi di attesa, ma anche determinare "errori" nell'assistenza ai pazienti ("In tutto questo casino speriamo che non sbagliamo!"). L'esperienza dell'attesa è pertanto influenzata, in senso positivo o negativo, dalla percezione delle modalità con cui il reparto funziona, in quanto si attribuisce una correlazione diretta tra buona organizzazione e buone cure.

#### **Il disagio ambientale**

"Qui è pieno, pieno... Siamo troppi, la sala è piccola, come vedi non c'è più posto, qualche volta sento che mi manca proprio l'aria e quindi vado fuori...".

"Mi sento un po' a disagio per tutto, in particolare per la struttura, secondo me è piccola per l'afflusso di persone... Sì, è pulita però lì mancano i libretti di informazione, per esempio, riviste, televisori con informazioni più dettagliate... Perché quello che è in sala dice solo quanti pazienti ci sono per colore, però sinceramente non mi serve a niente, anche perché non mi hanno detto che codice colore ha mia moglie...". Il comfort ambientale rappresenta uno degli aspetti importanti nella percezione della qualità delle cure ma non solo. Gli intervistati sottolineano come l'affollamento nella sala di aspetto (in questo caso soprattutto tra fine mattinata e metà pomeriggio) sia un fat-

tore che crea ulteriore stress per gli accompagnatori dei pazienti. Chi attendeva manifestava il suo disagio lamentandosi soprattutto dell'ambiente di dimensioni troppo piccole rispetto all'afflusso e della mancanza di strumenti adeguati (come opuscoli o monitor) per fornire informazioni più dettagliate sulla situazione degli utenti in trattamento. Alcuni fanno anche notare che i sedili non permettevano di vedere la porta che separava la sala di aspetto dalle aree di cura del Pronto Soccorso; si sentivano quindi obbligati a stare in piedi per controllare quella porta, vista come una barriera. Il disagio li portava inoltre a muoversi continuamente, ricercando una collocazione nello spazio che li tranquillizzasse ("Esco ed entro continuamente, perché dentro non riesco a starci, mi manca l'aria, ma ho paura che mi chiamino e di non sentire...").

## DISCUSSIONE

In linea con quanto teorizzato da Maister (1985), dalle interviste analizzate emerge un insieme di sensazioni ed emozioni che derivano da molteplici fattori, come la mancanza di informazioni, i lunghi tempi di attesa, l'ambiente della sala di aspetto, analoghe esperienze precedenti, aspettative specifiche e background personale. Di fatto però tutti i vissuti sono riconducibili a un tema fondamentale: il bisogno di sapere. Le carenze in termini di informazione, comunicazione, relazione rappresentano l'elemento essenziale che condiziona tutta l'esperienza dell'attesa. L'ansia e la speranza, le sensazioni principali tra cui oscillano i familiari in attesa, sono onnipresenti e si manifestano in funzione della qualità delle interazioni con il personale sanitario; la comunicazione inadeguata si traduce immancabilmente in emozioni negative come rabbia e paura. Le interviste esaminate forniscono quindi indicazioni chiare sui bisogni degli accompagnatori che attendono in sala di aspetto, sottolineando la necessità di migliorare per quanto possibile il processo di comunicazione in tutti i suoi aspetti e componenti (emittente, ricevente, codice, canale, contesto e referente).

*Emittente* – Il personale del Pronto Soccorso dovrebbe essere preparato a gestire la relazione a tre operatori sanitari/paziente/familiari; la presa in carico relazionale di questi ultimi dovrebbe essere prevista come attività pianificata di assistenza. I bisogni primari espressi dai familiari in attesa segnalano in particolare la necessità di instaurare un rapporto comunicativo con interfacce ritenute effettivamente in grado di fornire risposte efficaci rispetto all'oggetto delle loro preoccupazioni. L'operatore sociosanitario deputato all'accoglienza è globalmente valutato come una figura positiva, ma nello stesso tempo non viene considerato un supporto informativo ade-

guato e sufficiente: perché non si occupa direttamente dei pazienti, o perché non lo si reputa dotato delle competenze necessarie.

*Ricevente* – I familiari dei pazienti dovrebbero essere preparati alla comunicazione. Dalla nostra indagine risulta per esempio che quasi nessuno ricordava il codice colore del malato, anche se tale codice era stato inizialmente comunicato a tutti gli intervistati. Questo dato riflette la necessità non solo di fornire informazioni, ma anche di verificare che le informazioni fornite siano comprese e non dimenticate, con l'utilizzo di tempi e strumenti adeguati.

*Codice e canale* – Il linguaggio parlato o scritto, le immagini, i toni e i tempi con cui le informazioni vengono comunicate dovrebbero essere adeguati all'utente; come riportano alcuni studi, può rivelarsi efficace anche l'uso di video (Corbett et al., 2000; Papa et al., 2008). L'importante è che le informazioni trasmesse risultino comprensibili e utili per chi le riceve. Molti dei familiari intervistati in questa indagine riferiscono per esempio come non utile il fatto di conoscere il numero dei codici colore in trattamento; al contrario, sarebbe stato per loro molto utile sapere in quale fase del percorso di cura si trovava la persona cara.

*Contesto* – L'analisi dei dati raccolti evidenzia come la situazione ambientale rappresenti una componente che incide sempre sulla sensazione di disagio dei familiari intervistati. Nelle sale di aspetto dei reparti di Pronto Soccorso si dovrebbe pertanto cercare di tutelare il comfort degli accompagnatori dei pazienti, adottando soluzioni (come ambienti multifunzionali, con spazi diversificati) che possano rendere meno gravosa l'attesa.

*Referente* – I processi di comunicazione dovrebbero essere comunque centrati su tre aspetti fondamentali, quelli che veramente sono oggetto di interesse da parte dei familiari in attesa: lo stato di salute della persona cara, le tempistiche e i possibili scenari futuri. Tutte le notizie non correlate a questo nucleo essenziale di informazioni vengono normalmente percepite solo come elementi di disturbo.

## CONCLUSIONI

I risultati ottenuti in questa indagine mostrano come l'esigenza di informazioni sia un fattore preponderante nella percezione dell'attesa vissuta dai familiari di pazienti in cura presso un reparto di Pronto Soccorso. Interazioni inadeguate con il personale sanitario alimentano ulteriormente le sensazioni ed emozioni negative che solitamente caratterizzano una simile esperienza: emerge quindi con chiarezza la necessità di migliorare, nei limiti del possibile, i processi di comunicazione con gli accompagnatori che attendono in sala di aspetto. In particolare appare ne-



cessario individuare i metodi e gli strumenti più appropriati per integrare le funzioni già svolte dagli operatori incaricati dell'accoglienza, che non possono sopperire in maniera efficace ai diversi aspetti della relazione tra il personale sanitario, i pazienti e i loro familiari.

## BIBLIOGRAFIA

- Bruni A, Fasol R, Gherardi S (2007) *L'accesso ai servizi sanitari: traiettorie, differenze e disuguaglianze*. Carocci Faber, Roma.
- Callieri B. (1981) *Fenomenologia dell'attesa*. Ricerche di psicologia, 18, 16-31. Franco Angeli, Milano.
- Corbett SW, White PD, Wittlake WA (2000) *Benefits of an informational videotape for emergency department patients*. Am J Emerg Med, 18 (1), 67-71.
- Ekwall A, Gertz M, Manias E (2008) *The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers*. J Clin Nurs, 17 (6), 800-809.
- Ekwall A, Gertz M, Manias E (2009) *Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency depart-*

*ment care: perspectives of accompanying persons*. J Clin Nurs, 18 (24), 3489-3497.

Maister D (1985) *The psychology of waiting lines*. In: Czepiel JA, Solomon MR, Surprenant CF (editors) *The service encounter: managing employee/customer interaction in service businesses*. D.C. Heath and Company, Lexington Books, Lexington.

Papa L, Seaberg DC, Rees E et al. (2008) *Does a waiting room video about what to expect during an emergency department visit improve patient satisfaction?* CJEM, 10 (4), 347-354.

Richards L, Morse JM (2007) *Readme first for a user's guide to qualitative methods* (2nd ed.). SAGE Publications, Thousand Oaks.

Van Manen M (1990) *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. State University of New York Press, Buffalo.

---

## Ringraziamenti

Si ringrazia la psicologa Dott. Barbara Pellegrini per il prezioso aiuto nell'indagine.

# Efficacia dell'uso di letti meccanici basculanti per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione meccanica: revisione della letteratura

*Matteo Seligardi*

*Infermiere, Referente per la Ricerca ed Evidence Based-Practice  
Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare-Area Critica, Unità di Ricerca Direzione delle Professioni Sanitarie  
con la collaborazione di*

*Marina Lemmi, Direttore Direzione Professioni Sanitarie  
Monica Guberti, Dirigente Professioni Sanitarie, Responsabile Unità di Ricerca & EBP  
Direzione delle Professioni Sanitarie*

*Azienda Ospedaliera IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia*

Corrispondenza: seligardi.matteo@asmn.re.it

## RIASSUNTO

**Introduzione** L'utilizzo di letti meccanici basculanti (Kinetic Bed Therapy, KBT) come presidio per ridurre l'incidenza di polmonite associata a ventilazione meccanica (Ventilator-Associated Pneumonia, VAP) è una questione assai dibattuta. Scopo di questa revisione narrativa della letteratura è inquadrare il problema e riassumere le indicazioni sull'efficacia della KBT fornite dagli studi pubblicati sull'argomento.

**Materiali e metodi** È stata condotta una ricerca bibliografica per identificare gli studi che hanno valutato l'uso della KBT rispetto all'approccio tradizionale, basato sulla mobilitazione manuale periodica da parte del personale infermieristico; sono state consultate le banche dati PubMed, CINAHL, Cochrane Library Database of Systematic Reviews, Cochrane Library Register of Controlled Trials, ClinicalTrials e Australia New Zealand Clinical Trials Registry.

**Risultati** Sono stati selezionati 6 studi controllati e randomizzati. In 5 di questi la KBT risulta più efficace del metodo di mobilitazione convenzionale nel ridurre il rischio di complicanze polmonari; uno studio riporta anche una diminuzione della durata della ventilazione meccanica e della degenza. Non sono emerse differenze significative rispetto agli altri esiti valutati, tra cui mortalità e costi sanitari.

**Conclusioni** Complessivamente, i risultati ottenuti dagli studi esaminati in termini di mortalità, durata della degenza e costi non consentono di raccomandare in modo definitivo la KBT come intervento efficace per i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica. La validità di questo approccio per ridurre il rischio di VAP dovrebbe essere confermata da ulteriori studi.

**Parole chiave:** letti meccanici basculanti, mobilitazione manuale, ventilazione meccanica, polmonite associata a ventilazione meccanica

## Efficacy of Kinetic Bed Therapy for the prevention of ventilator-associated pneumonia: a literature review

### ABSTRACT

**Introduction** The use of oscillating beds (Kinetic Bed Therapy, KBT) as an approach to reduce the incidence of ventilator-associated pneumonia (VAP) is a much debated question. The aim of this narrative review is to outline the problem and to summarize the conclusions on the effectiveness of KBT provided by the studies published on this topic.

**Material and methods** To identify the studies evaluating the effects of KBT compared with the traditional approach, based on manual intermittent turning by the nursing staff, a literature search was conducted by using the following databases: PubMed, CINAHL, Cochrane Library Database of Systematic Reviews, Cochrane Library Register of Controlled Trials, ClinicalTrials and Australia New Zealand Clinical Trials Registry.

**Results** In 5 of the 6 controlled randomized studies selected, KBT appeared to be more effective than the conventional method of patient mobilization in decreasing the risk of pulmonary complications; in one of the studies the therapy also resulted in a reduction in days of mechanical ventilation and shortened the hospital length of stay. The studies found no significant differences between KBT and standard care in other outcomes, including mortality and health care costs.

**Conclusions** Overall, the results reported by the trials examined in terms of mortality, length of stay and costs do not allow definitive recommendations to be made about the use of KBT for mechanically ventilated patients. Further studies are needed to confirm the effectiveness of this approach for reducing the occurrence of VAP.

**Key words:** oscillating beds, manual mobilization, mechanical ventilation, ventilator-associated pneumonia

## INTRODUZIONE

La polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) può essere definita come una polmonite batterica acquisita in ospedale che si manifesta ad almeno 48 ore di distanza dall'intubazione tracheale in pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva e sottoposti a ventilazione meccanica. L'incidenza esatta è difficile da stimare, a causa di diversi fattori (come la presenza di infezioni concomitanti o infezioni non diagnosticate precedenti al ricovero), e i tassi riportati sono quindi molto variabili (dal 9% al 68%); per questi pazienti, la VAP rimane comunque generalmente riconosciuta come l'evento infettivo nosocomiale con il maggiore impatto in termini di morbilità, mortalità, durata della degenza e costi sanitari (Bellani et al., 2003; Delaney et al., 2006; Dodek et al., 2004; Gillespie et al., 2009; Klompas, 2007; Lorente et al., 2010; Restrepo et al., 2010).

Nel corso degli ultimi decenni sono state proposte e valutate diverse misure preventive mirate ad arginare l'incidenza di VAP e gli esiti negativi correlati, anche se con risultati non sempre soddisfacenti (Alexiou et al., 2009; Dodek et al., 2004; Griffiths et al., 2005; Keeley, 2007; Kollef et al., 1995; Lacherade et al., 2010; Liberati et al., 2009; Lorente et al., 2010; Subirana et al., 2007). La **Tabella 1** riporta una sintesi di alcune delle principali strategie utilizzate.

Il ruolo dell'immobilizzazione prolungata come fattore

di rischio implicato nello sviluppo di VAP è da tempo accertato. Tra gli approcci considerati ha di conseguenza assunto un notevole rilievo anche l'utilizzo di letti meccanici basculanti (Kinetic Bed Therapy, KBT) come alternativa al metodo tradizionale di mobilizzazione manuale del paziente, basato sul posizionamento laterale periodico da parte del personale infermieristico con l'ausilio di cuscini o altri presidi comuni (Hewitt et al., 2008). Tali letti basculanti consentono di alternare il decubito del paziente sottoposto a ventilazione meccanica secondo programmi stabiliti dagli operatori sanitari, che definiscono tempi e gradi di inclinazione, e normalmente garantiscono una maggiore ampiezza e frequenza delle rotazioni. Come per altre tecniche di prevenzione della VAP, il ricorso alla KBT per i pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva, e più in generale per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria, è però ancora oggetto di dibattito. In assenza di indicazioni certe sull'efficacia e sul rapporto costi-benefici di questo intervento, in molti casi si preferisce continuare ad adottare il metodo di mobilizzazione convenzionale. L'obiettivo che questa revisione si propone è quindi esaminare la letteratura sull'argomento e verificare i dati disponibili sulla validità della KBT come approccio per limitare l'incidenza di VAP e ridurre gli esiti associati, in particolare in termini di mortalità, durata della degenza e costi sanitari.

**Tabella 1.** Efficacia di alcuni degli interventi proposti per ridurre l'incidenza di VAP

Intervento	Confronto	VAP	Mortalità
Posizione di Fowler (Alexiou et al., 2009)	Posizione semiseduta (45°) vs posizione supina ( $\leq 25^\circ$ )	odds ratio 0,47, IC 95% 0,27-0,82	odds ratio 0,86, IC 95% 0,54-1,37
Drenaggio delle secrezioni subglottiche (Lacherade et al., 2010)	Tubi endotracheali con dispositivo per aspirazione delle secrezioni subglottiche vs tubi tradizionali	rischio relativo 0,58, IC 95% 0,37-0,90	rischio relativo 0,85, IC 95% 0,54-1,34
Decontaminazione selettiva del tratto digerente (Liberati et al., 2009a)	Combinazione di antibiotici topici e sistemici vs nessun trattamento preventivo di decontaminazione del tratto digerente	odds ratio 0,28, IC 95% 0,20-0,38	odds ratio 0,75, IC 95% 0,65-0,87
Sostituzione non routinaria del circuito ventilatore-paziente (Kollef et al., 1995)	Sostituzione dei circuiti ventilatore-paziente solo in caso di necessità vs sostituzione ogni 7 giorni (routinaria)	rischio relativo 0,85, IC 95% 0,55-1,17	41,5% vs 32,7%, p=0,11
Tracheostomia precoce (Griffiths et al., 2005)	Tracheostomia entro il 7° giorno dall'intubazione vs tracheostomia oltre il 7° giorno	rischio relativo 0,90, IC 95% 0,66-1,21	rischio relativo 0,79, IC 95% 0,45-1,39
Sistema chiuso di broncoaspirazione (Subirana et al., 2007)	Sistema di broncoaspirazione senza deconnessione del paziente dal ventilatore (chiuso) vs sistema con deconnessione (aperto)	rischio relativo 0,88, IC 95% 0,70-1,12	rischio relativo 1,02, IC 95% 0,84-1,23

**Tabella 2. Quesito secondo la metodologia P&PICO**

<b>Popolazione &amp; Problema</b>	Tutti i pazienti, degenti in rianimazione/terapia intensiva, per i quali si prevede l'intubazione e la ventilazione meccanica per oltre 48 ore
	Efficacia dell'uso di letti meccanici basculanti per la prevenzione della VAP e in termini di riduzione di mortalità, durata della degenza in terapia intensiva, costi
<b>Intervento</b>	Rotazione alternata dei pazienti su letti meccanici basculanti
<b>Comparazione</b>	Rotazione alternata dei pazienti da parte del personale infermieristico
<b>Outcome</b>	Diminuzione di: incidenza di VAP, mortalità, durata della degenza in terapia intensiva, costi

### MATERIALI E METODI

Tra febbraio e aprile 2011 è stata eseguita una ricerca bibliografica secondo il metodo P&PICO, come illustrato nella **Tabella 2**, seguendo le strategie descritte nella **Tabella 3**. Sono state utilizzate le parole chiave: *kinetic bed therapy, lateral positioning, postural oscillating, ventilator-associated pneumonia*; sono state interrogate le banche dati: PubMed, CINAHL, Cochrane Library Database of Systematic Reviews, Cochrane Library Register of Controlled Trials, ClinicalTrials e Australia New Zealand Clinical Trials Registry, considerando studi controllati ran-

domizzati e revisioni sistematiche in lingua inglese e italiana ed escludendo letteratura grigia, lettere e *commentary*.

Gli abstract individuati dalla ricerca sono stati valutati separatamente dall'autore e da un revisore esterno per la selezione degli articoli in versione full text eleggibili secondo i criteri di inclusione ed esclusione adottati. Per la valutazione metodologica delle revisioni sistematiche e degli studi controllati randomizzati sono stati scelti a priori gli strumenti PRISMA e PRISMA Checklist (Liberati et al., 2009b) e CONSORT (Moher et al., 2010).

**Tabella 3. Strategie della ricerca bibliografica**

<b>Banca dati</b>	<b>Strategia di ricerca</b>	<b>Limiti</b>
<b>PubMed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (kinetic AND therapy AND bed AND lateral positioning)</li> <li>• (kinetic AND therapy AND VAP)</li> <li>• (kinetic AND therapy AND postural oscillating)</li> <li>• (postural oscillating AND bed AND VAP)</li> <li>• (postural oscillating AND lateral positioning)</li> </ul>	<i>Type of article:</i> meta-analysis, clinical trial, systematic review
<b>Cochrane Library Database of Systematic Reviews</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (kinetic therapy AND bed)</li> <li>• (kinetic therapy AND VAP AND mortality)</li> <li>• (lateral positioning AND VAP)</li> </ul>	Nessuno
<b>Cochrane Library Register of Controlled Trials</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (kinetic therapy AND bed)</li> <li>• (kinetic therapy AND VAP AND mortality)</li> <li>• (lateral positioning AND VAP)</li> <li>• (postural oscillating AND bed AND VAP)</li> </ul>	Nessuno
<b>CINAHL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (kinetic therapy AND bed)</li> <li>• (kinetic therapy AND VAP AND mortality)</li> <li>• (lateral positioning AND VAP AND prevention)</li> </ul>	Nessuno
<b>ClinicalTrials</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (kinetic therapy AND bed)</li> <li>• (kinetic therapy AND lateral positioning)</li> <li>• (kinetic therapy AND VAP AND mortality)</li> <li>• (lateral positioning AND VAP AND prevention)</li> </ul>	Nessuno
<b>Australia New Zealand Clinical Trials Registry</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (kinetic therapy AND bed)</li> <li>• (kinetic therapy AND VAP AND mortality)</li> <li>• (lateral positioning AND VAP AND prevention)</li> </ul>	Nessuno

## RISULTATI

La ricerca bibliografica ha individuato 57 citazioni (di cui 17 doppie pubblicazioni); 27 abstract sono stati scartati perché non pertinenti. Dei 13 articoli rimasti di cui è stata esaminata la versione full text, 2 studi controllati randomizzati sono stati esclusi in quanto non prevedevano la mobilitazione dei pazienti nel gruppo di controllo, e altri 4 perché paragonavano 2 tipi di letti meccanici. Una revisione sistematica (Delaney et al., 2006) è stata esclusa in quanto comprendeva studi altamente eterogenei in termini di *setting* clinici, popolazioni di pazienti, tipi di letti basculanti e piani di rotazione utilizzati ed esiti valutati, senza eseguire analisi per sottogruppi adeguate. La ricerca non ha identificato articoli pubblicati dopo il 2006 che potessero soddisfare i criteri di inclusione preposti; da circa 10 anni un filone di ricerca si occupa dello studio dei letti meccanici come presidio per la pronazione dei pazienti con ARDS (Sindrome da Distress Respiratorio Acuto), discostandosi dagli obiettivi di questa revisione.

La **Tabella 4** descrive sinteticamente i 6 lavori selezionati, tutti studi controllati e randomizzati che hanno confrontato la rotazione posturale mediante letti basculanti (con un angolo di inclinazione totale minimo di 60°) con il metodo tradizionale di mobilitazione manuale da parte del personale infermieristico.

Tre degli studi (Clemmer et al., 1990; Fink et al., 1990; Gentilello et al., 1988) hanno utilizzato per la KBT gli stessi presidi (KTT, Kinetic Concepts Inc), anche se con ampiezza delle rotazioni differente; simili sono anche le popolazioni esaminate (pazienti politraumatizzati). Gli altri studi hanno arruolato pazienti da ambiti clinici diversi: pazienti respiratori cronici (Kirschenbaum et al., 2002), pazienti ricoverati in una unità di terapia intensiva medica (deBoisblanc et al., 1993), pazienti postchirurgici, traumatologici e medici nell'unico studio multicentrico (Ahrens et al., 2004). Negli studi più recenti (Ahrens et al., 2004; Kirschenbaum et al., 2002) la durata della KBT non viene specificata; Fink et al. (1990) e Gentilello et al. (1990) sospendono la KBT solo alla dimissione dall'unità di terapia intensiva, mentre Clemmer et al. (1990) e deBoisblanc et al. (1993) riportano una durata rispettivamente di 8 e 5 giorni.

Cinque degli studi considerati hanno rilevato per i pazienti trattati con KBT una diminuzione significativa dell'incidenza di VAP (Ahrens et al., 2004; Kirschenbaum et al., 2002), polmonite (deBoisblanc et al., 1993; Fink et al., 1990; Gentilello et al., 1990) o infezioni delle basse vie respiratorie e complicanze polmonari in generale. Negli studi meno recenti la definizione non è specifica perché solo a partire dal 1996 le organizzazioni di riferimento (come American Tho-

racic Society o American College of Chest Physicians) hanno iniziato a indicare con maggior rigore i criteri per la diagnosi di VAP.

Un solo studio (Fink et al., 1990) ha riportato anche una diminuzione significativa della durata della ventilazione meccanica ( $p=0,05$ ) e della degenza in ospedale ( $p=0,01$ ) ma non della durata del ricovero in terapia intensiva, comunque ai limiti della significatività statistica ( $p=0,06$ ).

Tuttavia, nessuno degli studi inclusi ha riscontrato differenze significative fra i gruppi trattati con KBT e i gruppi di controllo trattati con il metodo di mobilitazione convenzionale rispetto alla mortalità. Nell'unico studio che ha indagato gli effetti in termini di spesa media per giornata di degenza (o per paziente) o costi totali per trattamento (Ahrens et al., 2004) si è rilevata una riduzione non statisticamente significativa dei costi ospedalieri per i pazienti trattati con KBT.

## DISCUSSIONE

Il grosso impatto dell'incidenza di VAP nell'area delle cure intensive ha alimentato numerose ricerche (soprattutto in ambito infermieristico) mirate a individuare e valutare misure idonee a ridurre il rischio della malattia. Tra i possibili approcci è stato proposto anche l'uso di letti basculanti, capaci di svolgere rotazioni laterali continue del paziente, in alternativa alla mobilitazione tradizionale effettuata manualmente.

In questa revisione si è cercato di sintetizzare le caratteristiche delle migliori evidenze scientifiche disponibili sulla validità della KBT come intervento per prevenire lo sviluppo di VAP e ridurre gli esiti correlati più importanti, come mortalità e durata della degenza. Molte delle pubblicazioni reperite inizialmente non soddisfacevano i criteri di eleggibilità adottati; sono stati quindi selezionati per un esame più approfondito 6 studi controllati e randomizzati: in 5 di questi studi la KBT si è dimostrata efficace nel diminuire l'incidenza di VAP o polmonite nosocomiale in pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva e sottoposti a ventilazione meccanica. Dall'analisi della letteratura sull'argomento sono però emerse diverse e sostanziali criticità di natura metodologica, già evidenziate nella revisione esclusa (Delaney et al., 2006). In particolare, fattori quali la notevole eterogeneità tra ambiti clinici, il prolungato lasso di tempo lungo il quale sono state condotte le sperimentazioni, l'ampia gamma di presidi utilizzati, la varietà in termini di frequenza e inclinazione delle rotazioni o di durata del trattamento rendono assai complessa la formulazione di una raccomandazione largamente condivisibile e applicabile.

Tabella 4. Studi controllati e randomizzati inclusi nella revisione

	Partecipanti	Esiti valutati	Intervento	Risultati	Conclusioni
<b>Ahrens et al., 2004</b>	234 soggetti in ventilazione meccanica ricoverati in unità di terapia intensiva (mediche, chirurgiche o traumatologiche) di 6 differenti ospedali: 137 soggetti trattati con metodo tradizionale (mobilizzazione manuale ogni 2 ore) e 97 trattati con KBT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VAP</li> <li>• Mortalità</li> <li>• Durata della ventilazione meccanica</li> <li>• Durata della degenza in terapia intensiva</li> <li>• Costi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotazioni laterali alternate con angolo di inclinazione totale (destra + sinistra) di 80°</li> <li>• Frequenza: ogni 30' per 18 ore su 24</li> <li>• Presidio utilizzato: Triadyne II (KCI)</li> </ul>	La KBT riduce significativamente l'incidenza di VAP ( $p < 0,01$ ); non si sono riscontrate differenze significative fra i 2 gruppi di trattamento per gli altri esiti valutati	Si raccomanda la KBT per pazienti in condizioni critiche sottoposti a ventilazione meccanica
<b>Clemmer et al., 1990</b>	49 soggetti in ventilazione meccanica ricoverati in una unità di terapia intensiva traumatologica: 26 soggetti trattati con metodo tradizionale e 23 trattati con KBT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicanze polmonari</li> <li>• Mortalità</li> <li>• Durata della degenza in terapia intensiva</li> <li>• Durata della degenza in ospedale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotazioni laterali alternate con angolo di inclinazione totale (destra + sinistra) di 144°</li> <li>• Frequenza: non riportata</li> <li>• Presidio utilizzato: KTT (KCI)</li> </ul>	Per nessuno degli esiti indagati si sono riscontrate differenze significative fra i 2 gruppi di trattamento	L'efficacia della KBT come intervento per ridurre il rischio di complicanze polmonari rimane poco chiara
<b>deBoisblanc et al., 1993</b>	120 soggetti ricoverati in una unità di terapia intensiva medica: 51 soggetti trattati con metodo tradizionale (mobilizzazione manuale ogni 2 ore) e 69 trattati con KBT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polmonite durante i primi 5 giorni di degenza in terapia intensiva</li> <li>• Mortalità</li> <li>• Durata della ventilazione meccanica</li> <li>• Durata della degenza in terapia intensiva</li> <li>• Durata della degenza in ospedale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotazioni laterali alternate con angolo di inclinazione totale (destra + sinistra) di 90°</li> <li>• Frequenza: ogni 7' per 18 ore su 24</li> <li>• Presidio utilizzato: Biodyne (KCI)</li> </ul>	Incidenza di polmonite precoce nei pazienti in ventilazione meccanica: 25% con metodo tradizionale vs 10% con KBT ( $p = 0,05$ ); non si sono riscontrate differenze significative fra i 2 gruppi di trattamento per gli altri esiti valutati	La KBT riduce il rischio di polmonite precoce in pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva per cause non traumatiche
<b>Fink et al., 1990</b>	99 soggetti traumatizzati ricoverati in una unità di terapia intensiva postchirurgica: 48 trattati con metodo tradizionale (mobilizzazione manuale ogni 2 ore) e 51 con KBT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infezioni delle basse vie respiratorie (tracheobronchiti e polmoniti)</li> <li>• Durata della ventilazione meccanica</li> <li>• Durata della degenza in terapia intensiva</li> <li>• Durata della degenza in ospedale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotazioni laterali alternate con angolo di inclinazione totale (destra + sinistra) di 80°</li> <li>• Frequenza: non riportata</li> <li>• Presidio utilizzato: KTT (KCI)</li> </ul>	Incidenza di polmonite: 39,6% con metodo tradizionale vs 13,7% con KBT ( $p = 0,005$ ); per i pazienti trattati con KBT riduzione significativa anche della durata della ventilazione meccanica e della degenza ospedaliera	La KBT riduce il rischio di infezioni delle basse vie respiratorie nei pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva per traumi non penetranti
<b>Gentilello et al., 1990</b>	65 soggetti traumatizzati ricoverati in una unità di terapia intensiva postchirurgica: 38 trattati con metodo tradizionale e 27 con KBT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicanze polmonari gravi (polmonite o atelettasia)</li> <li>• Sopravvivenza</li> <li>• Lesioni da decubito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotazioni laterali alternate con angolo di inclinazione totale (destra + sinistra) di 124°</li> <li>• Frequenza: ogni 7'</li> <li>• Presidio utilizzato: KTT (KCI)</li> </ul>	Incidenza di complicanze polmonari 65,8% con metodo tradizionale vs 33,3% con KBT ( $p < 0,01$ ), incidenza di polmonite 34,2% vs 18,5%; non si sono riscontrate differenze significative fra i 2 gruppi di trattamento per gli altri esiti valutati	La KBT riduce il rischio di complicanze polmonari gravi
<b>Kirschenbaum et al., 2002</b>	37 soggetti in ventilazione meccanica ricoverati in una unità di terapia intensiva per pazienti cronici: 20 soggetti trattati con metodo tradizionale e 17 trattati con KBT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VAP</li> <li>• Mortalità</li> <li>• Durata della ventilazione meccanica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotazioni laterali alternate con angolo di inclinazione totale (destra + sinistra) di 60°</li> <li>• Frequenza: non riportata</li> <li>• Presidio utilizzato: EFICA (Hill-Rom)</li> </ul>	Prevalenza di VAP: 50% con metodo tradizionale vs 17,6% con KBT ( $p < 0,05$ ); non si sono riscontrate differenze significative fra i 2 gruppi di trattamento in termini di mortalità e durata della ventilazione meccanica	Si raccomanda la KBT per ridurre il rischio di VAP nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica a lungo termine

## CONCLUSIONI

Questa revisione ha identificato 5 studi controllati e randomizzati in cui la KBT risulta più efficace della mobilitazione periodica da parte del personale infermieristico nel ridurre il rischio di VAP. Tuttavia, l'analisi della loro struttura metodologica induce a una cauta considerazione dei risultati. Nessuno degli studi inclusi ha inoltre rilevato differenze significative fra i gruppi trattati con KBT e i gruppi di controllo per quanto riguarda altri esiti importanti indagati dalla revisione: mortalità, durata della degenza in terapia intensiva e costi. Per poter raccomandare con più sicurezza l'utilizzo della KBT sarebbero necessari ulteriori studi con maggiore numerosità e omogeneità campionaria, sia nell'ambito dell'area critica sia in altri contesti di cura e su altre tipologie di pazienti con problemi polmonari non sottoposti a ventilazione meccanica.

## BIBLIOGRAFIA

- Ahrens T, Kollef M, Stewart J et al. (2004) *Effect of kinetic therapy on pulmonary complications*. Am J Crit Care, 13 (5), 376-382.
- Alexiou VG, Ierodiakonou V, Dimopoulos G et al. (2009) *Impact of patient position on the incidence of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of randomized controlled trials*. J Crit Care, 24 (4), 515-522.
- Bellani S, Nesci M, Celotto S et al. (2003) *La polmonite da ventilatore*. Minerva Anestesiologica, 69 (4), 315-319.
- Clemmer TP, Green S, Ziegler B et al. (1990) *Effectiveness of the kinetic treatment table for preventing and treating pulmonary complications in severely head-injured patients*. Crit Care Med, 18 (6), 614-617.
- deBoisblanc B, Castro M, Everret B et al. (1993) *Effect of air-supported, continuous, postural oscillation on the risk of early ICU pneumonia in nontraumatic critical illness*. Chest, 103 (5), 1543-1547.
- Delaney A, Gray H, Laupland KB et al. (2006) *Kinetic bed therapy to prevent nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a systematic review and meta-analysis*. Crit Care, 10 (3), R70.
- Dodek P, Keenan S, Cook D et al. (2004) *Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia*. Ann Intern Med, 141 (4), 305-313.
- Fink MP, Helmsmoortel CM, Stein KL et al. (1990) *The efficacy of an oscillating bed in the prevention of lower respiratory tract infection in critically ill victims of blunt trauma. A prospective study*. Chest, 97 (10), 132-137.
- Gentilello L, Thompson DA, Tonnesen AS et al. (1998) *Effect of a rotating bed on the incidence of pulmonary complications in critically ill patients*. Crit Care Med, 16 (8), 783-786.
- Gillespie R (2009) *Prevention and Management of Ventilator-Associated Pneumonia. The Care Bundle Approach*. Southern African J Crit Care, 25 (2), 44-51.
- Griffiths J, Barber VS, Morgan L et al. (2005) *Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation*. BMJ, 330, 1243-1246.
- Hawkins S, Stone K, Plummer L (1999) *An holistic approach to turning patients*. Nurs Stand, 14 (3), 51-56.
- Hewitt N, Bucknall T, Glanville D (2008) *Lateral positioning for critically ill adult patients (Protocol)*. The Cochrane Library, Issue 3.
- Keeley L (2007) *Reducing the risk of ventilator-acquired pneumonia through head of bed elevation*. Nurs Crit Care, 12 (6), 287-294.
- Kirschenbaum L, Azzi E, Sfeir T et al. (2002) *Effect of continuous lateral rotational therapy on the prevalence of ventilator-associated pneumonia in patients requiring long-term ventilatory care*. Crit Care Med, 30 (9), 1983-1986.
- Klompas M (2007) *Does this patient have ventilator-associated pneumonia?* JAMA, 297 (14), 1583-1593.
- Klompas M (2010) *Prevention of ventilator-associated pneumonia*. Expert Rev Anti Infect Ther, 8 (7), 791-800.
- Kollef MH, Shapiro SD, Fraser VJ et al. (1995) *Mechanical ventilation with or without 7-day circuit changes*. Ann Intern Med, 123 (3), 168-174.
- Lacherade JC, De Jonghe B, Guezennec P et al. (2010) *Intermittent subglottic secretion drainage and ventilator-associated pneumonia: a multicenter trial*. Am J Resp Crit Care Med, 182 (7), 910-917.
- Liberati A, D'Amico R, Pifferi S et al. (2009a) *Antibiotic prophylaxis to reduce respiratory tract infections and mortality in adult receiving intensive care*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J et al. (2009b) *The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration*. PLoS Med, 6 (7), 1-28.
- Lorente L, Blot S, Rello J (2010) *New issues and controversies in the prevention of ventilator-associated pneumonia*. Am J Resp Crit Care Med, 182 (7), 870-876.
- Moher D, Hopewell S, Schulz KF et al. (2010) *CONSORT 2010 Explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trial*. BMJ, 340, c869.
- Restrepo MI, Anzueto A, Arroliga AC et al. (2010) *Economic burden of ventilator-associated pneumonia based on total resource utilization*. Infect Control Hosp Epidemiol, 31 (5), 509-515.
- Subirana M, Solà I, Benito S (2007) *Closed tracheal suction system versus open tracheal suction system for mechanically ventilated adult patient*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4.



CONTRIBUTI

## La violenza domestica contro le donne

di **Maria Mocali**

Infermiera Area critica, Azienda sanitaria, Firenze

Corrispondenza: [maria.mocali@asf.toscana.it](mailto:maria.mocali@asf.toscana.it)

Come afferma Nelson Mandela, il ventesimo secolo sarà ricordato come contraddistinto dalla violenza (2002). La violenza è oggi una delle prime cause di morte e disabilità permanente nel mondo, quindi un problema di salute pubblica globale, come emerge dal rapporto Oms del 2002. Per parlare di violenza domestica contro le donne, uno dei maggiori problemi di salute di questa parte della popolazione, non basta ricorrere alla violenza in senso lato, ovvero *“l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione”* [1]. Neppure può bastare riferirsi alla violenza di genere, intesa come *“qualsiasi atto di violenza di genere che comporta, o è probabile che comporti, una sofferenza fisica, sessuale o psicologica o una qualsiasi forma di sofferenza alla donna, comprese le minacce di tali violenze, forme di coercizione o forme arbitrarie di privazione della libertà personale sia che si verifichino nel contesto della vita privata che di quella pubblica”* [2]. Piuttosto si deve fare riferimento al fenomeno specifico, cioè a *“ogni forma di violenza fisica, psicologica, sessuale che riguarda tanto soggetti che hanno avuto, o si propongono di avere, una relazione intima di coppia quanto soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo”* [3].

Dichiarare nero su bianco l'esistenza di un fenomeno che colpisce l'umanità tutta non è un punto d'arrivo, bensì un punto di partenza degno della nostra attenzione. È ampio il patrimonio di conoscenze a disposizione su aggressività e violenza, come si può evincere sin dalla *Dichiarazione universale dei diritti umani* (Onu, 1948); molte discipline se ne sono occupate, arrivando a definirne molte dimensioni. Sfrondare la violenza dai giudizi morali imposti dalle congiunture storiche che si sono avvicinate può presentare qualche difficoltà, ma supporta la costruzione di un patrimonio professionale indispensabile, che va al di là della mera dimensione tecnico-scientifica, superando i preconcetti e garantendo una professionalità a tutto tondo.

Le dimensioni del fenomeno nel mondo

Nel 2006 l'Oms ha pubblicato i dati dello studio multicentrico sulla salute della donna e la violenza domestica. Nei dieci paesi selezionati sono state intervistate 24.000 donne, residenti in aree urbane e non, ricavandone dati relativi alla violenza fisica, sessuale e psicologica e ai comportamenti violenti da parte del partner passato o attuale. È stato così possibile:

- stimare la prevalenza della violenza contro le donne, in particolare la violenza fisica, sessuale e psicologica inflitta all'interno della coppia;
- valutare il legame esistente tra la violenza all'interno della coppia e una serie di sintomi ed eventi associati alla salute;



- definire i fattori che possono proteggere la donna o esporla ad una situazione di rischio di violenza all'interno della coppia;
- documentare e comparare le strategie ed i servizi usati dalle donne per affrontare la violenza inflitta all'interno della coppia.

Di rilievo sono i dati relativi alle ripercussioni della violenza sulla salute psico-fisica della donna: il fenomeno risulta comune a tutti i paesi, con alcune differenze tra gli stessi e all'interno di questi tra aree urbane e rurali. Il dato più significativo non è relativo a variabili sia pur determinanti come l'età, il sesso, lo stato civile o il livello d'istruzione, ma al fatto che la violenza domestica contro le donne è più alta nelle zone rurali rispetto a quelle urbane in ogni paese.

La maggioranza delle donne parla della problematica per la prima volta durante l'intervista. Lo studio evidenzia la sovrapposizione tra la violenza fisica e sessuale agita dal partner, ma le donne considerano la violenza psicologica più devastante di quella fisica. Sono stati individuati fattori personali, familiari e sociali che possono esporre a rischio o proteggere la donna. Esiste un filo conduttore tra la violenza fisica subita e i sintomi psico-fisici manifestati e riferiti dalle donne che hanno subito un'aggressione fisica e/o sessuale nell'arco della loro vita. Oltre a danni fisici diretti, queste donne vivono un cattivo stato di salute: ansia emozionale, facilità al pianto, comportamenti suicidi (**Tabella 1**). Gli effetti negativi sulla salute psico-fisica sono permanenti. Risulta in generale poco frequente il ricorso a servizi pubblici, religiosi o alla comunità per denunciare la violenza, tranne che nei casi più gravi.

**Tabella 1** - Conseguenze della violenza domestica sulla salute della donna

Fisiche	Psicologiche e comportamentali
Lesioni addominali	Psicologiche e comportamentali
Lividi e frustate	Abuso di alcool e droghe
Sindromi da dolore cronico	Depressione e ansia
Disabilità	Disturbi dell'alimentazione e del sonno
Fibromialgie	Sensi di vergogna e di colpa
Fratture	Fobie e attacchi di panico
Disturbi gastrointestinali	Inattività fisica
Sindrome dell'intestino irritabile	Scarsa autostima
Lacerazioni e abrasioni	Disturbo da stress post-traumatico
Danni oculari	Disturbi psicosomatici
Funzione fisica ridotta	Fumo
	Comportamento suicida e autolesionista
	Comportamenti sessuali a rischio
Sessuali e riproduttive	Conseguenze mortali
Disturbi ginecologici	Mortalità legata all'Aids
Sterilità	Mortalità materna
Malattia infiammatoria pelvica	Omicidio
Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo	Suicidio
Disfunzioni sessuali	
Malattie a trasmissione sessuale, compreso Hiv/Aids	
Aborto in condizioni di rischio	
Gravidanze indesiderate	

### **Raccomandazioni dell'Oms**

La violenza domestica contro le donne è prevedibile ed evitabile attraverso l'analisi del contesto, concentrando l'attenzione sui gruppi più vulnerabili e valutando i fattori di rischio e protettivi. L'Oms (Who, 2006) ritiene fondamentale il coinvolgimento del settore sanitario, che rappresenta un alleato attivo e di valore nella risposta globale alla violenza, offrendo in questo campo numerosi vantaggi e pregi. Vicinanza, familiarità, possibilità di raccolta di dati inerenti il fenomeno rappresentano tre aspetti fondamentali della prevenzione della violenza domestica. Il ruolo di primo piano del settore sanitario nella prevenzione della violenza nasce dalla responsabilità nei confronti del pubblico – le persone che in definitiva pagano i servizi e le strutture governative che li organizzano. L'elaborazione e l'implementazione degli interventi possono essere migliorate mediante una stretta cooperazione dei professionisti e delle istituzioni sanitarie con altre istituzioni o settori che si occupano di violenza, con un approccio multidisciplinare e multisettoriale. È infatti giunto il momento di un'azione più decisa e coordinata, censendo, allo scopo di potenziarli, tutti i servizi sanitari, sociali e legali attualmente disponibili, anche al fine di integrare il sostegno a livello sanitario, sociale e legale (network). È inoltre essenziale migliorare la formazione dei professionisti, inserendo insegnamenti relativi alla prevenzione della violenza nel percorso di studi degli studenti di medicina e di infermieristica.

### **I dati e lo stato dell'arte in Italia**

La violenza domestica riguarda anche l'Italia, che tra l'altro è uno dei paesi europei che ha investito meno efficacemente in programmi per combattere il fenomeno. Questo è quanto è emerso nella Conferenza di New York del 2006, da cui derivano i dati appena descritti. Secondo l'indagine condotta in Italia dall'Istat nel 2006, oltre 6 milioni e mezzo di donne hanno subito violenza fisica o sessuale nella fascia d'età compresa tra 16 e 70 anni. Le vittime di violenza fisica sono stimate in 3 milioni 961 mila donne (18,8%), con il 23,7% (pari a ben 5 milioni di casi!) che ha subito violenza sessuale, mentre circa 1 milione ha subito stupri o tentati stupri (4,8%).

Le donne sono vittime di più forme di violenza, per lo più reiterata dal partner, l'autore principale di tutte le forme di violenza fisica, compresi gli stupri. Infatti il 69,7% degli stupri subiti dalle donne è opera del partner, il 17,4% di un conoscente, mentre solo il 6,2% è agito da estranei. Le donne che subiscono violenza dal partner o ex partner sono state stimate in 2 milioni 938 mila, ma va calcolato che il fenomeno è sommerso, anche se comunque è stato censito che il 68,3% delle violenze domestiche avviene tra le mura di casa.

In Italia, come nel mondo, i dati certi corrispondono al numero dei decessi. Le vittime spesso non hanno la consapevolezza del fenomeno che le colpisce: il 34,5% delle donne ha dichiarato che la violenza subita è stata molto grave, il 29,7% abbastanza grave. Il 21,3% delle donne ha avuto la sensazione che la propria vita fosse in pericolo in occasione della violenza subita, mentre solo il 18,2% di esse ha considerato che la violenza subita potesse essere reato. A quest'ultimo proposito, il 44% ha ritenuto la violenza subita un qualcosa di sbagliato, il 36% un qualcosa che è accaduto, ma soprattutto il 93% delle donne intervistate non denuncia la violenza subita. Tutto ciò che sta a monte del ciclo della violenza, caratterizzato da un andamento a spirale di gravità crescente, fa parte dell'invisibilità di una problematica sulla quale le conoscenze cui attingiamo ci dicono che niente, rispetto ai luoghi comuni utilizzati per inquadrarla, è ciò che sembra.

## **Violenza, sistema sanitario ed operatori**

In Italia la donna vittima di abuso o maltrattata ricorre ai servizi sanitari con una frequenza da 4 a 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate. Il numero di vittime che si rivolge al Pronto soccorso è nettamente superiore a quello delle donne che si recano alla Polizia, ai consultori, ai centri antiviolenza, ai servizi sociali e ai servizi messi a disposizione dal volontariato.

Il Ministero della salute (2008-a) ha stabilito che la violenza contro le donne è una priorità nelle scelte di sanità pubblica. Come prima azione strategica era stata individuata l'educazione/informazione nelle scuole e la formazione di tutti gli operatori (medici di medicina generale, infermieri, operatori socio sanitari dei servizi territoriali e ospedalieri). Successivamente dovevano essere aperti Sportelli dedicati in ogni Pronto soccorso e estesa 24 ore su 24 l'operatività dei Centri antiviolenza regionali di riferimento, attraverso il numero verde 1522. Il progetto approfondisce l'aspetto dell'accoglienza e assistenza delle vittime di violenza fisica/sexuale e domestica presso servizi ospedalieri e territoriali (Ministero della salute, 2008-b).

Attualmente, dal punto di vista infermieristico, il panorama appare disomogeneo, caratterizzato da realtà che hanno attuato il progetto efficacemente e realtà nelle quali l'approccio è lasciato all'iniziativa personale: ogni fase, dalla rilevazione al trattamento e alla riabilitazione, è scollegata, quindi di dubbia efficacia o comunque fuori controllo. All'interno dei Pronto soccorso delle più grandi città italiane sono stati istituiti punti di ascolto dedicati, nei quali sono coinvolti anche gli infermieri, ma rimane molta strada da percorrere. L'infermiere non sempre è consapevole della propria responsabilità giuridica e deontologica nei confronti della donna maltrattata.

Esistono ostacoli alla presa in carico del bisogno di salute della vittima di violenza domestica, come ad esempio:

- mancanza di competenze relazionali adeguate. Diversi studi dimostrano che esiste la paura di "*aprire il vaso di Pandora*" o insufficienti informazioni sulla rete di servizi di supporto esistenti;
- conoscenze insufficienti o non aggiornate riguardo alle cause, conseguenze e dinamiche della violenza domestica, oltre a stereotipi e stigmatizzazione;
- scarsità di strutture dedicate all'accoglienza, di tempo e di risorse umane necessari per la rilevazione dei sintomi psico-fisici, dei danni organici, per l'ascolto attivo. Il tempo investito nel supporto emozionale può essere percepito dagli operatori pressati dalle urgenze come tempo sottratto all'assistenza degli altri pazienti;
- insufficiente supporto intra-istituzionale, procedure condivise assenti, scarse conoscenze in ambito legale.

La complessità della problematica non esclude l'efficacia di interventi isorisorse (aggiornamenti interni), ben progettati con lo scopo di sensibilizzare gli operatori, primo passo verso l'emersione del fenomeno e la consapevolezza.

Consapevolezza è il termine che assume peso specifico proprio a seconda del soggetto cui si lega, infermiere, vittima, autore; essa entra sempre in gioco nella relazione di aiuto. L'ultimo documento dell'Oms pubblicato sulle evidenze in ambito di prevenzione della violenza (Who, 2010), enfatizza la promozione proprio di queste iniziative in ambito formativo, caratterizzate da impegno economico modesto e rilevante efficacia operativa.

**Note:**

- [1] World Report on Violence and Health, Who 2002 p. 21 disponibile al sito [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_ita.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf)
- [2] Conferenza mondiale delle Nazioni Unite (1993) disponibile al sito <http://www.un.org/documents/ecosoc/cn6/1995/ecn61995-1.htm>
- [3] World Health Organization. Who 1996

**BIBLIOGRAFIA**

- Istat (2006). *Indagine Istat condotta con il Ministero per i diritti e le pari opportunità*. La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori alla famiglia . Consultato 1° dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: [http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20070221\\_00/testointegrale.pdf](http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070221_00/testointegrale.pdf)
- Mandela N (2002) in Who, *World Report on Violence and Health* (pag. 7). Consultato 5 dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_ita.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf)
- Ministero della salute -a (2007). *La salute delle donne un diritto in Costituzione*. Consultato 1° dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_811\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_811_allegato.pdf)
- Ministero della salute -b (2007). *La salute delle donne un diritto in Costituzione parte II pag 222 parte III pag 333*. Consultato 1° dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_811\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_811_allegato.pdf)
- Onu (1948). *Assemblea generale delle Nazioni unite 10 dicembre 1948*. Consultato 1° dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/itn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf)
- Who (1996) *Violence against women: Who Consultation*, Geneva, 5–7 February 1996. (document FRH/WHD/96.27). Consultato 18 marzo 2005, disponibile al sito [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH\\_WHD\\_96.27.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf)
- Who (2002). *World Report on Violence and Health* . Versione in italiano: Organizzazione mondiale della sanità. *Violenza e salute nel mondo, Rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità* . Quaderni di sanità pubblica. C I S. Consultato 5 dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_ita.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf)
- Who (2006). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Consultato 1° dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/en/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/)
- Who (2010). *Violence prevention: the evidence*. Consultato 1° dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/4th\\_milestones\\_meeting/evidence\\_briefings\\_all.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf)

**Per approfondire**

- Janice Humphreys, Jacquelyn C. Campbell *Family Violence Nursing Practice* second edition Springer Publishing Company 2011
- L. Konrad, *L'aggressività*, tradotto da E. Bolla Il Saggiatore, 2000.
- L. Konrad, *Gli otto peccati capitali della nostra civiltà*, Adelphi, 1999
- Kustermann.A. e al., *Contro le donne* Editeam 2007.
- F. Zulueta, *Dal dolore alla violenza*, Raffaello Cortina, 1999.



## ESPERIENZE

## La salute degli stranieri irregolari a Torino: offerta di servizi e bisogni rilevati

di *Giulia Marietta*

*Infermiere, IRCC Candiolo*

*Corrispondenza: [giumarietta@libero.it](mailto:giumarietta@libero.it)*

Gli stranieri regolarmente presenti a Torino, stando ai dati Istat e Ismu, sono circa l'8% della popolazione; gli irregolari sono, invece, 9 ogni 1.000 abitanti e rappresentano il 13,4% degli stranieri. I migranti hanno alti tassi di occupazione e costituiscono un notevole bacino di manodopera per molte imprese: pur essendo pari a circa il 6,5% della popolazione, generano il 10% del Pil italiano. Risulta pertanto chiaro quanto il fenomeno migratorio possa rappresentare una risorsa per il Paese ospite.

A Torino si è quindi promossa una ricerca sui percorsi di salute delle persone emigrate in questa città, grazie a Ires Piemonte, organizzazioni del terzo settore quali Gruppo Abele, G.L. (Giustizia e libertà), Ufficio per la pastorale dei migranti, Sermig, Associazione Mosaico, Camminare insieme, Simm (Società italiana di medicina delle migrazioni), Gris Piemonte (Gruppo regionale immigrazione e salute), Ccm (Comitato collaborazione medica). La realizzazione del progetto è stata affidata all'associazione Il nostro pianeta. Scopo della ricerca era rilevare un eventuale allontanamento degli stranieri dai servizi sanitari pubblici e privati, dopo le innovazioni normative dello scorso 2010. Si sono anche analizzati eventuali percorsi di salute alternativi messi in atto dagli stessi soggetti per evitare il contatto con strutture pubbliche e del privato sociale.

Utilizzando le mappe grezze di rischio si è recuperata l'esperienza di chi è a stretto contatto con la popolazione straniera, soprattutto irregolare; in particolare si sono raccolte informazioni da operatori presenti nei servizi di prima accoglienza come Pronto soccorso, Centri Isi, spazi sanitari del terzo settore e servizi socio-sanitari con elevata frequentazione di migranti. Una seconda fase ha invece permesso di ascoltare la voce dei migranti, regolari e non. Le interviste sono state effettuate da mediatori culturali a persone provenienti da: Africa settentrionale, Europa dell'est, Africa sub-sahariana, America latina e Cina.

### Stranieri e servizi sanitari

Nelle strutture ospedaliere pubbliche gli operatori (2 su 10) hanno rilevato variazioni: un medico del Mi.Sa ha osservato una riduzione nella richiesta di interventi preventivi e di diagnosi precoce, con una diminuzione della compliance; un medico del Pronto soccorso ha, invece, notato una iniziale flessione degli accessi, seguita da un lento ritorno all'affluenza ordinaria. Gli operatori dei servizi pubblici territoriali rilevano soprattutto maggior tensione e paura; particolarmente viene segnalato un calo di interventi preventivi e, nel caso dei Ser.T, una maggiore difficoltà a mettere in atto progetti di ri-abilitazione e reinserimento lavorativo o sociale.

Per quanto riguarda i servizi sanitari privati, il Sermig segnala una riduzione dell'affluenza pari al 15%, mentre Camminare insieme riporta soprattutto un ribasso nell'accesso di persone con scarsa istruzione e maggiore diffidenza nei confronti delle strutture sanitarie. Particolarmente allarmante è la segnalazione di apertura di cliniche abortive illegali: si

sono riscontrati problemi post-aborto e *“le pillole abortive si vendono alla luce del sole a Porta Palazzo, con chissà quali schifezze dentro”*.

Sono state, infine, realizzate interviste presso servizi e luoghi ad elevata frequentazione di stranieri: luoghi di accoglienza prossimi a problemi di marginalità sociale, associazioni e luoghi di varia natura con alta presenza di migranti e infine sportelli, servizi di accoglienza e orientamento. Per una parte di essi è stato rilevato un moderato-lieve calo dell'utenza all'annuncio del Pacchetto sicurezza, recuperato comunque dopo breve tempo. Sottolineano, inoltre, un maggior malessere e paura nel quotidiano: sembra che ciò allontani gli stranieri dai servizi, li porti a trascurare i problemi o a trovare soluzioni alternative.

Circa la recente innovazione normativa, questa risulta conosciuta dai migranti soprattutto attraverso i media e il passaparola tra connazionali; viene vissuta come discriminatoria e non rispettosa dei diritti umani. Ciò porta alla percezione di un'Italia mutata e, secondo alcuni, xenofoba. La possibilità di essere denunciati dalle autorità sanitarie qualora ci si rechi in una struttura pubblica appare molto forte: *“se vengo fermato dalle forze dell'ordine entro pochi mesi posso essere rimpatriato, per questo motivo non vado più in nessuna struttura sanitaria pubblica per visite o cure”*. C'è un'aumentata tendenza a evitare le strutture pubbliche e cercare informazioni in contesti informali, tra conoscenti o attraverso un contatto con gli operatori fuori dagli uffici competenti. Incrementato appare il numero di persone che si spacciano per medici, nonché la vendita illegale di farmaci e l'automedicazione attraverso l'assunzione di dosi consistenti di antibiotici generici: *“molte mie amiche per paura si rifiutano di farsi visitare nelle strutture sanitarie e si arrangiano con i farmaci che si trovano a Porta Palazzo e che costano un occhio della testa”*. Si riporta infine in molte interviste il ricorso aumentato a soluzioni illegali per l'interruzione volontaria di gravidanza.

Dall'indagine appare chiaro quanto il rapporto dei migranti con i servizi sanitari sia sempre stato difficile, ancor prima del Pacchetto sicurezza: emerge una scarsa conoscenza dei servizi sanitari nonché una difficoltà nell'accesso.

Gli scenari osservati si presentano quindi diversificati: si passa da condizioni di illegalità a situazioni di irregolarità non deviante. Per gli irregolari che non vivono in ambienti criminali gli effetti della legge appaiono molto più gravi: per questi il passaggio allo status di fuorilegge, provocato dall'introduzione del reato di clandestinità è stato destabilizzante, mentre chi vive di attività delinquenziali appare meno alterato da questo nuovo stato di cose. Anche gli stranieri regolarmente soggiornanti nel nostro Paese non sono al sicuro da queste paure: in un periodo di crisi, la perdita del lavoro è un'eventualità reale e preoccupante; il rischio è quindi quello di perdere il permesso di soggiorno. Si può ben comprendere come un simile rischio influisca sulla qualità di vita di queste persone e le sue conseguenze vengano osservate e riportate da parte dei servizi in termini di diffusa presenza di problemi psicologici e psicopatologici, accompagnati dall'aumento di dipendenze da alcol e droghe.

Si è rilevata in generale una scarsa presenza di *malattie da importazione*, mentre sono molto diffuse le *malattie da adattamento* (es. stress, elementi depressivi, sradicamento, spaesamento) e le *malattie acquisite*, dovute alle diversità climatiche e nutrizionali, alla precarietà delle condizioni di vita. C'è una stretta connessione tra le patologie riscontrate e le condizioni di vita di queste persone: per esempio la malnutrizione è un chiaro indicatore di povertà e d'inadeguate abitudini alimentari, mentre molti traumi sono correlati ad incidenti sul lavoro in condizioni non sufficientemente protette.

L'indagine svolta a Torino ha inoltre permesso di evidenziare alcuni risvolti negativi derivanti dalle innovazioni normative (in particolar modo a seguito dell'introduzione della legge 94/2009). Essa ha confermato, sia da parte degli operatori sia da parte dei migranti, una maggior paura e diffidenza degli stranieri irregolari nel rivolgersi ai servizi sanitari e

non: anche l'accesso al Pronto soccorso e in pediatria appare ridotto. Altrettanto colpisce la variazione nella tipologia delle prestazioni richieste, come la riduzione degli interventi di prevenzione e diagnosi precoce: ciò è preoccupante non solo per la salute e la qualità di vita del singolo individuo, quanto per l'intera collettività, che risulta danneggiata dalla diffusione di malattie infettive non più sotto il controllo dei servizi competenti. Le alternative sanitarie scelte dai migranti comprendono da un lato ancora un ricorso, seppur non convenzionale, al Ssn, rivolgendosi, grazie alla mediazione di parenti o amici regolari, ad un medico di medicina generale per visite e ricette. Accanto a questo vi è il ricorso a farmaci del mercato illegale, le prescrizioni telefoniche da parte di medici del Paese d'origine o addirittura interventi chirurgici veri e propri – in particolare lvg – effettuati in luoghi non idonei e da persone non autorizzate, con conseguenze gravi per la salute. L'uso improprio di farmaci, inoltre, compreso l'abuso o l'assunzione inadeguata di antibiotici, può portare facilmente ad un peggioramento delle condizioni di salute o alla creazione di resistenze antibiotiche. Il ricorso a tali strategie alternative sembra essere notevolmente aumentato dopo l'introduzione della suddetta legge.

In tale contesto di paura, destabilizzante è stata sicuramente la cattiva informazione portata da passaparola e mass media: i migranti non hanno chiarezza sui rischi di denuncia e sull'obbligo di segnalazione da parte degli operatori; tutte le etnie intervistate riportano l'esigenza di poter accedere ad informazioni utili in modo semplice e uniforme, senza dover ricorrere al passaparola dei connazionali o *“correre da un servizio all'altro”*. In altre parole, è mancato un progetto integrato e coordinato in grado di raggiungere le diverse realtà in modo mirato ed univoco.

La disinformazione si allarga anche al campo della conoscenza del funzionamento del Ssn e delle modalità di accesso ai diversi servizi esistenti: per esempio sono percepite deboli le connessioni presenti tra i servizi pubblici e del privato sociale, soprattutto a livello di conoscenza delle risorse reciproche. I migranti rivelano la problematicità di una accoglienza fredda e sbrigativa da parte del personale sanitario: nello specifico si parla di *“infermieri frettolosi e sbrigativi”* e di *“accoglienza carente da parte del personale”*. Un intervistato proveniente dall'America latina sottolinea che *“c'è un grosso problema di comunicazione, non sempre dovuto alla lingua, ma spesso all'atteggiamento. I brasiliani sono orgogliosi, piuttosto che essere maltrattati rinunciano a curarsi”*.

Per i migranti originari dell'Africa sub-sahariana e della Cina, questa criticità appare comunque spesso aggravata alla scarsa conoscenza da parte del personale della lingua e della cultura. Alcuni lamentano che il percorso di cura richieda molto tempo, con conseguente paura di licenziamento esasperata dall'introduzione della nuova legge. Tutto ciò sembra spingere queste persone ad affidarsi a percorsi di cura alternativi. In alcuni servizi, comunque, in particolare i sanitari pubblici a bassa soglia, quelli appartenenti al privato sociale e i servizi non sanitari in generale, gli operatori possiedono una profonda conoscenza dei migranti che ad essi si rivolgono o che li frequentano. Grazie a ciò essi ottengono facilmente la fiducia dell'utenza straniera e rappresentano pertanto una considerevole risorsa, soprattutto in momenti di particolare diffidenza, al fine di conservare una via efficace di diffusione delle corrette informazioni di interesse sanitario e non solo. Gli stessi migranti ritengono che per alleviare la paura di denuncia sia necessario aver instaurato un rapporto di fiducia con il personale sanitario, oltre che con la struttura. L'infermiere è probabilmente il professionista sanitario che più di ogni altro si trova quotidianamente a gestire conflitti culturali con gli utenti, nonché tra gli utenti e le regole del Ssn: è fondamentale che egli ne assuma sempre maggiore consapevolezza, comprendendo che questo incontro con culture diverse modifica il suo modo di lavorare e di porsi in ambito professionale.

Per favorire l'instaurarsi di un adeguato rapporto di fiducia tra l'infermiere e il migrante può rivelarsi essenziale l'inserimento all'interno dei curricula formativi di una formazione

interculturale, complementare ad un'adeguata preparazione in counseling transculturale, al fine di entrare in relazione con il paziente con una logica di attenzione ai bisogni, all'ascolto, alla vicinanza.

## BIBLIOGRAFIA

- Bajardi M, Bertini M, Bianco A, Fossarello L, Kassambara B, Maggiorotti E, et al. (2010). *Indagine sui percorsi di salute dei migranti a Torino*. IRES Piemonte, Torino.
- Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in Provincia di Torino (2008). *Rapporto 2008*. Torino, Settore Statistica e Toponomastica.
- Hassan F, Minale L. *L'immigrazione in Italia: Risorsa o minaccia?* a cura del Progetto Quattrogatti, 11 Gennaio 2010.
- Simmweb.it (Internet). *Dossier emendamento sicurezza 2008-2009*. Documentazione consultata disponibile all'indirizzo: <http://www.simmweb.it/index.php?id=358>
- Ciammaichella M, Sposi L (2003). *Il fenomeno dell'immigrazione e le problematiche sanitarie*. Nursing Oggi; 4: 7-12.
- Piacentini EO (2007). *Le competenze culturali dell'infermiere: un progetto formativo*. Infermiere Oggi; 17(2):3-16.
- Artioli G, Gradellini C (2006). *L'utilizzo del Counseling nella gestione del pregiudizio*. Nursing Oggi; 3: 18-22.





## ESPERIENZE

## Il processo di pre-dialisi riduce i costi e i tempi d'inizio della terapia dialitica?

di Paola Colasanti (1), Stefano Lizio (2), Mara Battaglia (3)

(1) Professore associato Corso di laurea in infermieristica – Università Politecnica delle Marche – sede di Pesaro

(2) Coordinatore infermieristico Uoc nefrologia-dialisi – Ao “Ospedale San Salvatore – Pesaro”

(3) Laureanda in Scienze infermieristiche - Università Politecnica delle Marche – sede di Pesaro

L'ambulatorio di Pre-dialisi dell'Azienda ospedaliera di Pesaro prende in carico i pazienti affetti da Insufficienza renale cronica (Irc), inviati o meno dal medico curante, con un quadro clinico avanzato e contraddistinto da valori di creatinina >4-5 mg/dl e ridotta clearance della creatinina (15-20 ml/min).

Per follow-up pre-dialitico si intende il periodo di tempo durante il quale il paziente è controllato periodicamente al fine di una valutazione dello stato clinico, psicologico, sociale ed attitudinale (Hakim, 1995). Esso è utile nel determinare la scelta della terapia sostitutiva più idonea e si avvale di figure professionali quali coordinatore infermieristico, infermiere, dietista, assistente sociale, nefrologo.

Presso l'ambulatorio è stata condotta un'indagine al fine di:

1. definire il tempo che intercorre tra l'entrata del paziente nel percorso di pre-dialisi e l'inizio della terapia dialitica, correlato alla velocità del filtrato glomerulare medio (Vfg);
2. valutare la compliance al percorso da parte del paziente;
3. verificare i costi conseguenti al ritardo di inizio della terapia dialitica.

Sono state pertanto analizzate in maniera retrospettiva (2008 e 2009) tutte le cartelle dei pazienti che presentavano le seguenti caratteristiche:

- pazienti con Vfg inferiore a 15 ml/min (IRC di stadio 5°);
- pazienti con Vfg inferiore a 20 ml/min (IRC di stadio 4°);
- pazienti con Vfg compreso tra 60 e 20 ml/min (IRC di stadio 2° e 3°);
- pazienti provenienti dal Pronto soccorso (Ps) o dal 118 e pazienti inviati dai medici di medicina generale (Mmg).

La cartella integrata di pre-dialisi contiene informazioni di carattere clinico, assistenziale, lavorativo, nutrizionale, sociale, ambientale e psicologico del paziente; è uno strumento efficace che migliora la comunicazione fra gli operatori del team e consente la valutazione delle prestazioni erogate in termini di qualità, efficacia, efficienza e economicità.

### La nostra esperienza

Nel **2008** i pazienti entrati in dialisi sono stati 31: 10 hanno intrapreso il percorso di Dialisi peritoneale (Dp) e 21 di Emodialisi (Hd). Di questi, 5 erano conosciuti come pazienti acuti, 7 come pazienti acuti e provenienti dal Ps, 19 erano nel programma di pre-dialisi. Nel **2009** i pazienti entranti in dialisi sono stati 35: 14 hanno intrapreso il percorso terapeutico in Dp, 21 in Hd. Di questi, 9 erano conosciuti come pazienti acuti, 7 come pazienti acuti e provenienti dal Ps, 19 erano nel programma di pre-dialisi.

Nel 2008 l'età dei pazienti era compresa tra 65 e 28 anni (età media di 55+/-4 aa), tra 66 e 30 anni (età media di 57 +/- 6 anni) nel 2009. I pazienti del 2008/2009 sono stati stratificati in base alla terapia scelta, emodialisi (Hd) o dialisi peritoneale (Dp), all'età, al sesso e al tempo di follow up. Inoltre sono stati evidenziati i pazienti che durante il processo di follow up hanno abbandonato il programma (**Tabella 1**).

**Tabella 1**

Motivi relativi al mancato termine del percorso pre-dialisi	2008	2009
Non accettazione	3	4
Ritardo psichico	2	0
Neoplasia polmonare	1	1
Broncopneumopatia ostruttiva grave	1	2
Alzheimer	1	1
Grave cardiopatia	0	2
Totale Pazienti	8	10

È stato calcolato il tempo di durata del percorso di pre-dialisi dei 66 pazienti presi in esame nel biennio 2008/2009, correlandolo al valore del Vfg medio (**Tabella 2**).

**Tabella 2**

Valore Vfg medio	N° pazienti	Tempo di durata della pre-dialisi
Vfg = 20 ml/min	12	5 anni
Vfg = 15-19 ml/min	20	2-3 anni
Vfg = <15 ml/min	34	1 anno

Dai dati della tabella si evince che se i valori del Vfg si mantengono nel range di 20 ml/min, il periodo in cui il paziente rimane nel percorso di pre-dialisi è notevolmente superiore (5 anni) rispetto a coloro che hanno un Vfg < a 15 ml/min (1 anno). Nelle tabelle 3 e 4 sono illustrati i costi medi relativi ad un paziente per settimana di trattamento, considerando tutti i tipi di terapia dialitica (Hd, Dp) e predialitica. Tali costi sono stati calcolati in base ai dati del Censis (2007) e facendo riferimento a una pubblicazione tra quelle indicate sul sito del Centro di farmaco-economia dell'Università degli studi di Milano[1] (Szucs et al., 1997).

I risultati indicano che mettendo in atto tutte le attività presenti all'interno del percorso di pre-dialisi si può raggiungere un notevole risparmio economico.

Tabella 3

Tipo di prestazione	Emodialisi	Dialisi peritoneale automatizzata (Apd)	Dialisi peritoneale ambulatoriale continua (Capd)
Personale	92,18	17,68	16,71
Manutenzione	0,078	0,078	0,078
Service	83,43	52,11	33,57
Farmaci	25,95	7,27	5,71
Esami	6,45	3,11	2,85
Totale	208,10	80,17	58,83
Trasporti	22,55	4,74	5,93
Serv. alberg.	22,55	4,74	5,93
Serv. gener.	16,65	7,38	6,89
Totale	61,77	13,36	14,06
Costi sociali	79,19	0,66	40,45
Tot. costi dir.+ ind.	809,6	654,7	510,3

Tabella 4

Tipo prestazione	Personale	Farmacia	Esami	Visite specialistiche	Dieta ipoproteica	Totale
Pre-dialisi	17,195	25,95	6,45	10,33	36,94	96,87

### Conclusioni

Il programma terapeutico di pre-dialisi, considerando tutte le sue fasi, ha comportato fino ad oggi un considerevole investimento in termini formativi, organizzativi e assistenziali. La nefropatia cronica, infatti, risulta essere rallentata nella sua evoluzione in quanto si ha una riduzione di due anni del tempo d'inizio della terapia dialitica.

La scelta dialitica è definita con maggior responsabilità da parte del paziente attraverso le conoscenze acquisite durante il percorso, così come da una buona qualità assistenziale, garantita dalla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche (Dm 739/94).

Le criticità emerse della scarsa compliance e/o delle complicanze acute insorte sono state risolte con **azioni di miglioramento**, inserendo le attività nella scheda di budget della Dialisi:

1. raggiungimento del valore di 55% dato dal rapporto tra il numero dei pazienti programmabili che hanno seguito il programma di pre-dialisi e il numero totale dei pazienti;
2. riduzione al 20% dei pazienti non noti con inizio acuto che accedono attraverso il Ps o 118 attraverso la sensibilizzazione dei Mmg e gli specialisti rispetto al numero totale dei pazienti;
3. contenimento nella soglia del 25% dei pazienti noti con inizio acuto rispetto al totale dei pazienti trattati per quanto attiene ai pazienti già seguiti in ambulatorio pre-dialisi e divisionale.

La quantificazione dei costi medi per settimana di trattamento ha prodotto risvolti positivi per quanto riguarda la gestione dell'uremia terminale e la qualità di vita del paziente, con una riduzione dei giorni di degenza, dei costi e delle complicanze acute. I risultati ottenuti sono in linea con quelli della letteratura, che indicano (Cianciaruso, 2007): per pazienti inseriti con Vfg di 15 ml/min un guadagno di 1 anno di dialisi; per pazienti inseriti con filtrato inferiore a 25 ml/min il guadagno di 2 anni e la permanenza in pre-dialisi di 5-7 anni.

Infine si vuole sottolineare il ruolo e le responsabilità attribuiti all'infermiere nel contesto organizzativo del percorso di pre-dialisi:

1. educatore terapeutico per stipulare il contratto e concordare gli esiti da raggiungere e le modalità di questi con il paziente (Marcolongo, 2000);
2. gestore della formazione/informazione del paziente per l'avvicinamento alla terapia sostitutiva (considerando sempre il disagio psicofisico del paziente stesso). Obiettivo finale del percorso formativo/informativo è il raggiungimento, da parte del paziente, di un livello di competenze che gli permetta di evitare le possibili complicanze e/o individuarle e segnalarle il più precocemente possibile;
3. coach per il paziente verso il suo stress e i suoi problemi, sostenendolo verso benessere e accompagnandolo a sentirsi protagonista della situazione e non soggetto passivo.

È inoltre importante che l'infermiere:

- fornisca conoscenze teoriche per stimolare l'adesione alla terapia dietetica e farmacologica e per promuovere l'attività fisica;
- valuti il grado di raggiungimento delle conoscenze e i comportamenti di sicurezza rispetto la malattia.

Lo strumento della cartella integrata di pre-dialisi è di fondamentale importanza per avere una visione olistica del paziente; fornisce soprattutto la possibilità di seguire, passo per passo, le tappe del percorso compiuto da ogni paziente, registrando le eventuali complicanze insorte inerenti alla patologia o intercorrenti.

La cartella contiene informazioni riguardo il livello della qualità assistenziale erogata e permette l'individuazione di criticità a livello organizzativo, che andranno risolte attraverso l'implementazione di azioni di miglioramento (es. formazione).

---

Note:

[1] <http://www.sefap.it/farmecon/>

## BIBLIOGRAFIA

- Cianciaruso B, Manno C, Strippoli G (2007). *III Edizione Linee guida della Società italiana di nefrologia*. Giornale italiano di nefrologia; (Anno 24) S-37, / p. S1.
- Censis. *I trattamenti sostitutivi della funzione renale in Italia: aspetti clinici, economici e sociali*. Rapporto Censis 2007. Disponibili all'indirizzo [www.censis.it](http://www.censis.it)
- Hakim RM, Lazarus JM (1995). *Initiation of dialysis*. J Am Soc Nephrol ; (6-5),1319-28. Marcolongo R, Rossato E, Boffo G, Bonadiman L et al. (2000). Educazione terapeutica: una risorsa per malati e curanti. Quaderni di Etica e Medicina (7), 38-41
- Szucs TD, Mantovani LG, Belisari A (1997). *Farmacoeconomia: un approccio per la valutazione dell'efficacia della spesa per i farmaci*. Cronache Farmaceutiche, 40: 14-19.



## ESPERIENZE

## Complicanze infettive nel paziente dializzato portatore di Cvc: l'esperienza fiorentina

di *Silvia Pettini (1), Lucia Settesoldi (2), Roberto Galli (1) Anna Poli (3)*

(1) *Infermiere coordinatore emodialisi, Azienda sanitaria di Firenze*

(2) *Infermiera coordinamento aziendale infezioni ospedaliere, Azienda sanitaria di Firenze*

(3) *Direttore rischio infettivo, Azienda sanitaria di Firenze*

Corrispondenza: [lucia.settesoldi@asf.toscana.it](mailto:lucia.settesoldi@asf.toscana.it)

### Il problema

Nei pazienti in emodialisi l'accesso vascolare di scelta per il mantenimento del trattamento dialitico è costituito da fistola atero-venosa su vasi nativi. Qualora per vari motivi non sia possibile utilizzarla, i cateteri venosi centrali (Cvc) costituiscono una delle possibili modalità di accesso vascolare insieme alla fistola protesica. Nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica, il trattamento dialitico tramite Cvc è associato ad un significativo aumento del rischio di infezioni, con conseguente incremento dell'ospedalizzazione, dei costi e della mortalità.

In letteratura l'incidenza delle batteriemie varia da 1,4 a 8,3/1000 giorni catetere per i Cvc non tunnellizzati e da 1,6 a 6,18/1000 giorni catetere per i tunnellizzati, mentre per le infezioni dell'exit-site varia rispettivamente da 8,2 a 16,75/1000 giorni catetere e da 0,35 a 8,3/1000 giorni catetere (McCann, Moore, 2010). In Italia, nel 2004, i Cvc costituivano l'11,5 % degli accessi vascolari nei pazienti dializzati (Alloatti, Quarello 2007); successivamente il loro numero è cresciuto sia per l'aumento dei pazienti con insufficienza renale, sia per i tempi di sopravvivenza dei dializzati con conseguente deterioramento del letto vascolare.

Studi recenti dimostrano che una gestione ottimale dei Cvc tunnellizzati riduce l'incidenza delle batteriemie a livelli eccellenti (Albalate, 2010), anche se il tipo di medicazione (poliuretano trasparente vs garza sterile) sembra non ridurre il rischio d'infezione dell'exit-site o di batteriemia (McCann, Moore, 2010).

### L'esperienza dei Centri di emodialisi di Firenze

Nel settembre 2010 abbiamo effettuato un censimento nei servizi di emodialisi dell'Azienda sanitaria di Firenze, da cui abbiamo ricavato che il 31% dei pazienti dializzati era portatore di Cvc. Contestualmente abbiamo potuto constatare sia diversità fra i vari centri nelle modalità di gestione del Cvc, sia scostamenti fra le indicazioni della letteratura e la pratica clinica. Abbiamo ritenuto opportuno quindi raccogliere dati relativi alle complicanze infettive nelle persone sottoposte a trattamento emodialitico, portatrici di Cvc (i criteri adottati per la diagnosi di batteriemia sono stati: emocoltura positiva e/o coltura positiva della punta) e valutare le modalità di gestione del sito (antisettico utilizzato, tipo e frequenza di sostituzione delle medicazioni).

Sono stati interpellati i sette servizi di emodialisi (ospedalieri e/o Cal) dell'Azienda sanitaria di Firenze. La raccolta dei dati è stata effettuata nel periodo gennaio-aprile 2011, coinvolgendo tutti i pazienti dializzati portatori di Cvc, sia temporanei che permanenti, e coloro ai quali veniva inserito o che giungevano ad uno dei centri già con tale dispositivo.

Si è utilizzata allo scopo una scheda di rilevazione predisposta ad hoc, con 3 item specifici dialitici e due score: uno inerente il grado di flogosi (Molinari, 2006) (**Tabella 1**), l'altro il grado di sanguinamento (**Tabella 2**).

**Tabella 1** - La definizione del grado di flogosi

Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Cute sana, non segni di flogosi	Iperemia <1cm al punto di uscita, con +/- fibrina	Iperemia >1 cm e <2 cm al punto d'uscita con +/- fibrina	Iperemia, secrezione, pus, +/- fibrina

**Tabella 2** – La definizione del grado di sanguinamento

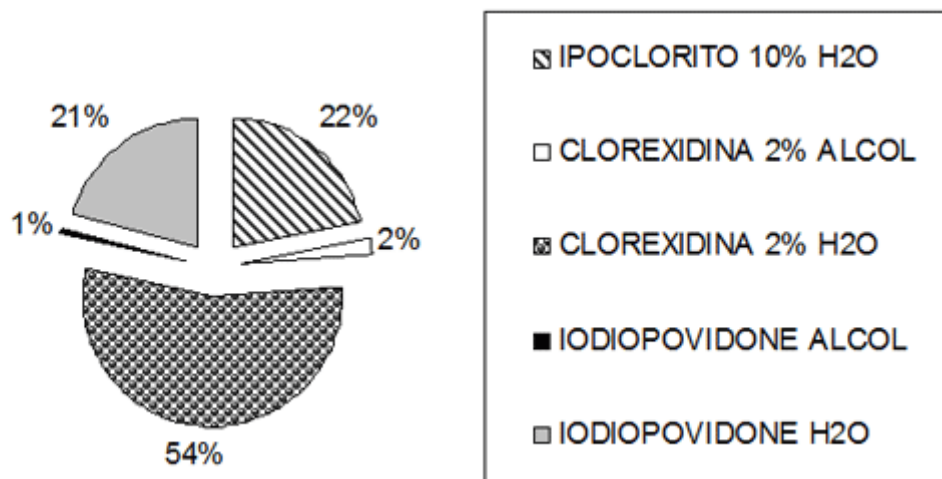
Sanguinamento 1	Sanguinamento 2	Sanguinamento 3	Sanguinamento 4
Crosta	Lievemente macchiato	Sanguinamento lieve	Sanguinamento rilevante

Dalla raccolta dati è stato escluso l'utilizzo di pomate antibiotiche, sebbene alcuni studi indichino strategie che ne includono l'applicazione e le conclusioni di una recente revisione riportino che le pomate a base di Mupirocina sull'exit-site riducono il rischio di batteriemie anche se non ovviamente la mortalità associata ad esse (McCann, Moore, 2010). Nella rilevazione, inoltre, non si è tenuto conto degli elementi indicatori dell'adesione alle procedure di corretta gestione domiciliare da parte dei pazienti portatori di Cvc e/o dei caregiver.

I dati raccolti sono relativi a 131 cateteri vascolari per trattamento dialitico. Di questi 94 (71,8%) erano permanenti (19 tunnellizzati tesio, 75 tunnellizzati non tesio) e 37 (28,2%) temporanei. I "giorni catetere" (giornate di permanenza dei cateteri durante il periodo delle osservazioni) totali sono stati 7809, con una permanenza massima di 90 giorni ed una permanenza minima di 1 giorno. La media delle giornate di permanenza dei cateteri temporanei è stata di 28,3 giorni. Di tutti i cateteri osservati, 96 (22 temporanei) erano posizionati in vena giugulare, 31 (15 temporanei) in vena femorale e 3 in vena succlavia. Complessivamente sono stati effettuati 3105 trattamenti dialitici e sono state effettuate 2488 medicazioni del sito di inserzione, di cui 1729 (69,5%) con garza sterile e 759 (30,5%) con poliuretano trasparente. Delle 2488 medicazioni effettuate, in 1356 è stato utilizzato come antisettico la clorexidina al 2% in soluzione acquosa, in 59 clorexidina al 2% in soluzione alcolica, in 538 ipoclorito di sodio al 10%, in 520 iodopovidone in soluzione acquosa e infine in 15 iodopovidone in soluzione alcolica (**Figura 1**). Il sanguinamento del sito d'inserzione è stato rilevato in 269 osservazioni (8,7%), mentre il grado di flogosi locale  $\geq 2$ , è stato evidenziato in 57 osservazioni, su 16 siti di inserzione (12% dei Cvc totali). Il tasso d'incidenza della flogosi con score  $\geq 2$  è risultato 2,1x1000 giorni-catetere pre-flogosi.

Dei 16 Cvc con flogosi, 12 erano cateteri permanenti (2 tesio e 10 non tesio) e 4 temporanei, mentre le sedi di inserimento erano 11 giugulare e 5 femorale. Solo uno dei pazienti con flogosi locale ha sviluppato batteremia. In sette casi è stata effettuata antibiotico terapia locale e in tre sistemica.

Figura 1 - Antisettici utilizzati



Le medicazioni di questi 16 Cvc erano state effettuate in 13 casi con garza e in 3 con poliuretano. L'antisettico utilizzato è stato clorexidina al 2% in soluzione acquosa (7 casi), ipoclorito di sodio al 10% (5 casi), iodopovidone 10% in soluzione acquosa (4 casi). Le batteriemie Cvc correlate osservate sono state 4: la diagnosi di infezione è stata fatta in 1 caso attraverso coltura della punta (positiva) e in 3 casi per emocoltura (positiva). Il tasso di incidenza delle batteriemie è stato dello 0,5x1000 giorni catetere.

### Come migliorarci?

Tutte le fasi della raccolta dati sono state condivise con i gruppi infermieristici di ciascun centro in incontri formativi specifici, finalizzati a promuovere la rilevazione e la raccolta corretta dei dati. In ogni centro sono stati inoltre individuati infermieri referenti con funzioni di supporto nei confronti dei colleghi. La rilevazione è stata effettuata a isorisorse. L'utilizzo di uno score clinico per la valutazione delle flogosi dell'exit-site, oltre a rendere oggettiva la rilevazione, permette il confronto con dati provenienti da altri centri. Per la determinazione del tasso d'incidenza delle flogosi sono stati analizzati i gradi  $\geq 2$ . Il grado 1 non è stato considerato poiché l'iperemia  $< 1$  cm non sempre è prognostica di un evento infettivo localizzato, ma può essere conseguente a molteplici fattori, anche meccanici. Non è stata rilevata una correlazione tra le flogosi evidenziate e la tipologia di medicazioni effettuate (poliuretano o garze sterili) e la frequenza di sostituzione. In ogni caso, la medicazione con poliuretano presenta vantaggi: riduzione delle manipolazioni del sito (ogni 7 gg e non a giorni alterni come le garze sterili), del rischio infettivo da contaminazione esogena, del tempo di lavoro infermieristico.

Per quanto attiene l'antisettico, l'utilizzo dell'ipoclorito di sodio al 10%, frequente nei centri considerati, non è supportato da studi che ne confermino l'indicazione.

I dati raccolti, oltre al confronto tra i diversi centri di dialisi, hanno consentito di modificare la pratica clinica attraverso:

- l'adozione di una scheda di gestione del Cvc comune a tutti i centri di emodialisi dell'Asf, finalizzata a registrare in modo sistematico e obiettivo le variabili - stato della cute all'exit-site, antisettici, tipologia di medicazioni, indici di batteriemia;
- la creazione di una rete fra i servizi di emodialisi aziendali come elemento di confronto e condivisione di esperienze e informazioni;
- il mantenimento di un focus sugli aspetti di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

### Ringraziamenti

Gli autori ringraziano i Coordinatori infermieristici delle dialisi aziendali: Paolo Procaccio, Silvana Luti, Stefania Ponzalli, Giovanni Ferrazzuolo, Maria Cristina Pampaloni e il personale infermieristico per il contributo dato.

### BIBLIOGRAFIA

- Albalade M, Pérez Garcia R, de Sequera P, Alcazar R, Puerta M, Ortega M, Mossè A, Crespo E (2010). *Have we forgotten the most important thing to prevent bacteremias associated with tunneled hemodialysis catheters?* Nefrologia, 30(5), 573-577.
- Alloatti S, Quarello F, Salomone M, Conte F, Schena FP (2007). *Censimento 2004 dei centri di nefrologia e dialisi italiani*. G Ital Nefrol, 24 (2), 141-150.
- McCann M, Moore ZEH (2010). *Interventions for preventing infectious complications in haemodialysis patients with central venous catheters* (Review). Cochrane Database Syst. Rev, 1.
- Molinari AC, Buffa P, Castagnola E, et al. (2006). *Le complicanze del Catetere venoso centrale in ematologia pediatrica*. Haematologica, 91 (4), 5-9.





## ESPERIENZE

## La presa in carico del bambino con calcolosi urinaria

di *Stefania Ranalli (1), Fatima Masucci (2), Livio Pompetti (3)*

(1) *Infermiera pediatrica, UO di Chirurgia Urologica*

(2) *Coordinatore infermieristico, Dipartimento di Nefrologia-Urologia*

(3) *Infermiere, UO di Nefrologia*

*Dipartimento di Nefrologia-Urologia, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

*Corrispondenza: stefania.ranalli@virgilio.it*

Obiettivo di questo articolo è descrivere come i piccoli pazienti affetti da calcolosi urinaria sono presi in carico presso il Dipartimento di nefrologia-urologia dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, che ha sviluppato un'ampia esperienza tesa al continuo miglioramento e ad una maggior efficacia ed efficienza dei relativi interventi terapeutici e assistenziali. L'urolitiasi è una condizione morbosa dovuta alla formazione di calcoli nel tratto urinario. Nella maggior parte dei casi il bambino arriva dal nefrologo con calcolosi multipla e complessa, associata a idronefrosi di grado moderato-severo, con segni di sofferenza renale e infezione delle vie urinarie.

Nell'ultimo decennio si sono profondamente modificati gli aspetti epidemiologici, l'approccio terapeutico e l'impostazione degli interventi di profilassi che richiedono cure adeguate e continue e soprattutto rendono centrale la presa in carico infermieristica.

### La continuità assistenziale nel percorso del bambino con calcolosi

L'Unità Operativa (UO) di Nefrologia, con oltre 100 pazienti all'anno con diagnosi di colica renale, riceve circa il 40% dei propri piccoli pazienti dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione. Al momento dell'ammissione nell'unità, l'infermiere, nel suo accertamento di base, procede alla rilevazione e valutazione del bilancio idrico, alla somministrazione dell'eventuale fluido-terapia prescritta, al monitoraggio delle urine tramite stick urinari e al filtraggio delle stesse per verificare l'eventuale espulsione spontanea del calcolo renale; quest'ultima attività prevede il coinvolgimento del bambino e della famiglia, opportunamente addestrati.

Particolare attenzione viene posta dall'infermiere alla gestione e valutazione del dolore tramite l'utilizzo della scala Flacc (*Face, legs, activity, cry, consolability*) e della scala Vas (Scala visiva analogica). La scala Flacc, basata sull'osservazione di segni indiretti e comportamentali, viene utilizzata per bambini di età inferiore ai 4 anni. La scala Vas si utilizza ad analogia visiva per i bambini da 4 a 7 anni e con scala numerica per i bambini con età superiore agli 8 anni.

Nei casi non risolvibili con la sola terapia medica i pazienti vengono presi in carico dall'UO di Chirurgia urologica, che dal 2003 ha sviluppato, con il "Centro per la diagnosi e la cura della calcolosi in età pediatrica", un approccio terapeutico integrato basato sull'utilizzo di tre tecniche: la *mini-invasive endourologica percutanea* (Pcni), l'endoscopica retrograda (Urt) e l'extracorporea (Eswl) (**Tabella 1**), che richiedono strumentazione adeguata ed esperienza specifica, ma garantiscono elevata efficacia e sicurezza, anche nei bambini più piccoli.

L'assistenza infermieristica si è naturalmente evoluta e specializzata al passo con le tecniche chirurgiche.

**Tabella 1**

Eswl ( <i>Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy</i> )	Si basa sull'utilizzo di onde d'urto esterne, che determinano la frammentazione del calcolo
Ult ( <i>Ureterolithotripsy</i> )	Consiste nella frammentazione del calcolo ureterale mediante visione diretta con ureteroscopio
Pcni ( <i>Percutaneous Nephrolithotomy</i> )	Permette la rimozione del calcolo, previa frammentazione, purché con diametro $\geq 2 - 2,5$

Particolare attenzione viene posta alle procedure preoperatorie: informazione al bambino e ai suoi genitori, igiene personale, digiuno pre-operatorio, compilazione della check-list infermieristica.

Subito dopo l'intervento l'infermiere prende in carico il paziente fin dalla camera operatoria, occupandosi del monitoraggio post-operatorio: controllo dei parametri vitali, valutazione e gestione degli accessi venosi e delle medicazioni, registrazione dell'evoluzione della situazione del bambino.

Le diverse tecniche d'intervento chirurgico richiedono varianti nella gestione post-operatoria. Così, per il bambino trattato con tecnica **Eswl**, l'infermiere provvede al monitoraggio della diuresi, cura con particolare attenzione il bilancio idrico, filtra periodicamente le urine per controllare l'eventuale presenza di frammenti di calcolo e monitorizza la pressione arteriosa.

Al bambino trattato con tecnica **Ult** l'infermiere garantisce il monitoraggio quali-quantitativo della diuresi attraverso il catetere vescicale, che rimane in sede almeno per le prime ventiquattro ore, oltre alla gestione del dolore associato alla permanenza dello stent. L'infermiere responsabile del bambino trattato con **Pcni** provvede al monitoraggio quali-quantitativo della diuresi dalla nefrostomia, alla rilevazione dei parametri vitali, alla medicazione del sito chirurgico. Il controllo della pressione arteriosa avviene in media ogni due ore.

In tutti i piccoli pazienti vengono inoltre valutati:

- nausea e vomito, in molti casi manifestazioni secondarie all'anestesia ma, se associati a dolore, possibili indicatori di colica renale;
- ematuria, da classificare per tipologia, colore, manifestazioni ad essa associate quali disuria, espulsione di frammenti, dislocazione dello stent ureterale;
- febbre.

L'intervento infermieristico è centrale anche nella fase della dimissione, in relazione alla continuità assistenziale che tale patologia richiede: l'infermiere in servizio presso la Nefrologia e di Chirurgia Urologica si fa carico di un'adeguata educazione del paziente e della famiglia, così da metterli in grado di adottare, anche dopo la dimissione, comportamenti volti a garantire risultati assistenziali positivi, in particolare per il riconoscimento precoce di segni e sintomi indicativi dell'evoluzione della patologia. L'infermiere, attraverso interventi educativi strutturati, fornisce informazioni e strumenti utili alla gestione della patologia anche a domicilio.

## Conclusioni

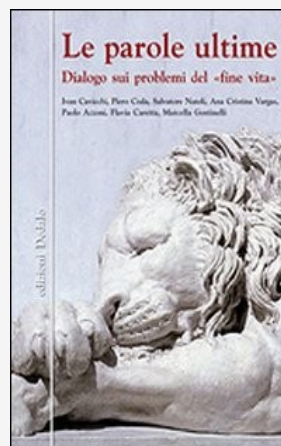
La presa in carico infermieristica del Dipartimento di nefrologia e chirurgia urologica garantisce a tutti i pazienti continuità e globalità delle cure terapeutiche/assistenziali, nel rispetto della soggettività di ogni individuo. I familiari vengono regolarmente coinvolti nel percorso assistenziale: per facilitare la loro partecipazione, ci si avvale di strumenti e presidi ad alta complessità tecnologica.

L'infermiere, attraverso l'educazione terapeutica, aiuta di fatto il paziente e la famiglia a valorizzare l'autogestione possibile per ogni gruppo familiare: saper controllare una patologia cronica renale in ambiente extraospedaliero significa garantire risultati positivi sia in termini di cura che di prevenzione, in relazione soprattutto alla possibile evoluzione in insufficienza renale cronica.

## BIBLIOGRAFIA

- Caione P, Capozza N (2005). *Retrograde ureteroscopy for distal ureteric stone removal in children*, BJU Int; 95:1049-52.
- Dogan HS, Tekgul S (2007). *Management of paediatric stone disease*, Curr Urol Rep; 8:163-73.
- Rule, AD (2011). *Chronic kidney disease in kidney stone formers*, Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology Volume: 6 Issue: 8 p. 2069-2075. ISSN: 1555-9041.
- Caione P, Matarazzo E (2008). *La calcolosi urinaria*, Consultato il 1/07/2011, disponibile all'indirizzo [www.ospedalebambinogesu.it](http://www.ospedalebambinogesu.it)

SCAFFALE

**Così è la vita. Imparare a dirsi addio***di Concita De Gregorio***Le parole ultime. Dialogo sui problemi del "fine vita"***di Ivan Cavicchi, Piero Coda, Salvatore Natoli*Giulio Einaudi Editore, 2011  
pagine 124, euro 14,50Dedalo, 2011  
pagine 291, euro 16,00

Fa pensare e guardarsi dentro l'ultimo libro di Concita De Gregorio, una giornalista che ha tradotto spesso in libri la sua capacità di osservare e stimolare riflessioni non comuni. Il libro attrae inevitabilmente, che si sia persone comuni o professionisti sanitari, e lo fa fin dalla quarta di copertina: "funerali e malattie, insuccessi, sconfitte, se osservati e vissuti con dignità e condivisione, diventano occasioni imperdibili di crescita, di allegria, di pienezza. Perché se non c'è peggior angoscia della solitudine e del silenzio, non c'è miglior sollievo che attraversare il dolore e trasformarlo in forza".

Così, lasciati da parte i gesti scaramantici delle persone comuni, che connotano i funerali e tutto quanto vi è collegato, De Gregorio ci conduce in questo evento della vita, facendocelo vedere sotto una prospettiva nuova. Certo, per un infermiere non è cosa nuova quanto si legge già dalle prime pagine: "una sottile discrezione diffusa impone che al malato non si dica cosa gli sta accadendo, che chi gli sta attorno faccia finta di non saperlo". È quanto combattiamo ogni giorno nella nostra attività clinica, spesso controcorrente rispetto ai professionisti con cui lavoriamo gomito a gomito. Proprio alle infermiere (sì, al femminile) De Gregorio dedica un passaggio del suo libro (p. 73), dopo aver richiamato una serie di figure femminili che libri e film ci hanno rese note. E dopo queste si legge: "donne sono quasi sempre le infermiere degli hospice, dove il tempo di permanenza media dei pazienti è di una settimana: sono loro che li accolgono, sono loro che li curano negli ultimi giorni chiamandoli per nome, sono loro che li assistono nel congedo favorendolo con gesti semplici, a volte. I gesti delle madri: così come aprire una finestra per cambiare aria e lavare con la spugna, nel letto, un bambino". Certo, l'immagine a cui l'autrice rimanda parlando delle cure infermieristiche è uno dei più consueti e per certi aspetti usurati, ma innegabilmente costituisce una componente essenziale dell'infermieristica, nella quale infermieri uomini e donne sono costretti, per il

loro mandato, a riscoprire e far diventare competenza professionale una serie di gesti di cura vecchi quanto il mondo e la propria infanzia.

Alcuni gesti di cura, infatti, accomunano l'inizio e la fine della vita, che non sono poi così diverse: fasi di transizione l'una e l'altra, momenti dell'esistenza individuale colmi di dinamismi importanti. La fase finale della vita è vita stessa, anzi forse più di molti altri momenti: De Gregorio non ha da raccontarci niente di nuovo su questo. È nuova però la prospettiva che fa assumere al lettore sulla necessità di remare tutti nella stessa direzione, riappropriandoci di un discorso scomparso misteriosamente dalla nostra conversazione, dal discorso pubblico: la morte, la fine della vita, la paura e la difficoltà di invecchiare. Mettendo in primo piano spesso i bambini, la loro saggezza innata e il senso ludico della vita, quindi anche della morte. Come quando una bambina di 8 anni ha letto il suo biglietto di addio al padre, in cui diceva "io nego quello che si dice. Che chi muore va in paradiso oppure dal diavolo. Mio padre non è andato né in paradiso né dal diavolo. È andato nel mio cuore" (p. 4). Oppure quando ha assistito a un dialogo tra un bambino di 5 anni, portato al funerale del nonno, e il suo amichetto, entrambi affacciati in punta di piedi alla bara col mento appoggiato al bordo di legno: "Questo è tuo nonno? - ha esclamato uno - "No, non è mio nonno. Questo è solo il suo corpo" (p. 5).

Poi, col fluire dei pensieri tipico del pensiero femminile, non lineare ma parallelo, appunto, l'autrice ci parla dell'addio con molte storie di persone, Ecco allora sfilarci davanti funerali e altri eventi di separazione, come quello da alcune parti del proprio corpo non accettate, o come dice De Gregorio, la necessità di aderire al mondo che ci circonda, tanto da assumerne le sembianze anche: "in Italia dal 2009 si è praticato un intervento di chirurgia estetica ogni due minuti. Due minuti, centoventi secondi. Una macchina in funzione giorno e notte" (p. 79).

Dei vari modi di dirsi addio si occupa anche un altro libro recente, ***Le parole ultime***, nel quale spicca un gruppo di autori che fornisce di per sé una prospettiva multidisciplinare, la più essenziale alla discussione odierna, in cui la competenza ormai raggiunta per alcuni versi si contrappone alla scarsa tolleranza tra le diverse comunità morali della nostra società. Cavicchi, Coda, Natoli, Vargas, Azzoni, Caretta e Gostinelli hanno costituito una piccola comunità, appunto, che ha integrato i rispettivi patrimoni dialogando sui problemi del fine vita: "questo libro vuole offrire alla gente, ai cittadini, ai familiari degli ammalati, agli amministratori di ogni livello, agli operatori sanitari un supplemento di riflessione sui problemi di senso (...) che vengono fuori quando ci si ammala" (p. 8). In effetti, il volume procede con una successione di parole scelte - lemmi - che gli autori hanno ricercato tra le parole *ultime*, quelle raccontate da una serie di testimonianze raccolte sul campo: "quando si parla in nome e per conto di sta male è meglio, se possibile, essere rispettosi di costoro e il modo migliore è dar loro voce, ascoltarli, farci raccontare le loro esperienze, far parlare i loro familiari" (p. 9). La gran parte del volume ospita poi un vocabolario ad uso e consumo anche dei lettori infermieri, a cui suggeriamo, fra i molti stimoli offerti, di verificare il rapporto tra paternalismo e partecipazione (e libertà, avrebbe aggiunto Gaber!) oppure la discussione dedicata a dolore e analgesia, nella quale si afferma che "la sofferenza non è mai solo una vicenda individuale, ma un fatto sociale e che si apprende a soffrire così come si apprende la lingua materna" (p. 116).

Una considerazione trasversale ai due testi è relativa alla bibliografia: mentre De Gregorio offre un'appendice con una " rassegna incompleta di libri memorabili" e con l'esplicitazione di molti dei testi stranieri citati nel volume, gli autori de *Le parole ultime* non includono alcuna bibliografia. Peccato.

**Laura D'Addio**

SCAFFALE

## Lettere dal silenzio

### Storie di accoglienza e assistenza sanitaria di donne che hanno subito violenza

di **Massimo Greco**

Franco Angeli Editore, 2011  
pagine 208, euro 20,00



Ad una prima lettura, il libro a cura di Greco sembra raccogliere delle storie di donne che hanno subito violenza, ma in realtà c'è molto di più. Attraverso un'approfondita e dettagliata introduzione e le prime due sezioni, il testo offre un interessantissimo e puntuale approfondimento a tutto tondo del fenomeno della violenza sulle donne.

“Se non vuoi vedere quello che c'è sotto i tuoi occhi, in fondo non esiste, ne esisterà mai” (p. 10): probabilmente questo è il punto centrale sul quale i diversi autori ci spingono a riflettere a più riprese nel suo testo, orientandoci ad una lettura del fenomeno sia in termini epidemiologici, come emerge dai diversi rapporti internazionali e nazionali, sia in termini umanistici. La finalità che si propone è di arrivare a delineare adeguate strategie di intervento.

Queste strategie di intervento (prevenzione primaria, secondaria e terziaria, secondo i criteri per noi più abituali in sanità pubblica) si basano sull'analisi dell'origine culturale e sociale del problema, che ha un forte impatto sulla salute delle donne coinvolte e che colpisce per “la trasversalità della classe sociale e il silenzio che le circonda” (p. 33).

E allora, qual è il ruolo del nursing su questo ambito? Greco, nel capitolo “*Intrecciare la rete dei servizi*”, ci indica alcuni esempi nei quali la funzione infermieristica è preziosa e spendibile:

- l'attivazione di interventi educativi integrati (per es. sulla qualità delle relazioni affettive tra i generi), o rivolti alla riduzione e al monitoraggio dei fattori di rischio (per es. alcolismo) - prevenzione primaria;
- l'utilizzo di strumenti che permettono di individuare precocemente il bisogno e il rischio, per esempio tramite l'uso di apposite check list o di screening di routine, sui quali ancora “non si è arrivati ad un consenso tale da stabilire precise linee guida” (p. 50), ma ad evidenziare la necessità di un impegno sistematico - prevenzione secondaria;
- le formulazione di diagnosi infermieristiche e piani di assistenza come strumenti che aiutano nella direzione di un approccio olistico, ma orientato al risultato - prevenzione terziaria.

Rimane il fatto che il percorso di guarigione e riabilitazione può essere complesso, sia per il coinvolgimento dei diversi soggetti (per es. i figli), sia per l'articolazione in rete di diversi interventi professionali, nel cui ambito può essere ben spesa la competenza organizzativa degli infermieri.

E' proprio nel secondo capitolo, in cui viene descritto il percorso di recupero delle donne che hanno subito violenza, che si accentua l'attenzione sulla qualità delle relazioni che gli operatori dei centri antiviolenza instaurano con le donne: è "attraverso la narrazione che il dolore può cominciare ad essere raccontato (...); nel colloquio la donna viene accompagnata (...) anche nel ritrovare la sua identità femminile disconosciuta o annullata negli anni" (p. 66). Queste pagine offrono peraltro alcuni *remind* sulla comunicazione efficace, utilissimi comunque a tutti. Viene descritto come il meccanismo psicologico di recupero sia complesso e l'uscita da una situazione violenta rappresenti un percorso di cambiamento a volte non breve o lineare, perché la violenza maschile agisce in quello "spazio dell'amore, per questo la ferita più grave è quella che riguarda la fiducia" (p. 71).

La difficoltà del recupero ci conferma come la violenza sulle donne sia un problema importante, che anche in modo indiretto ci riguarda tutti: anche noi sanitari, in fondo, non siamo esenti dai meccanismi sottili che lo sottendono. Ciò potrebbe probabilmente spiegare perché, come emerge anche da alcune delle narrazioni delle donne alle quali è stato chiesto di scrivere una lettera al personale sanitario incontrato nelle strutture, non si riesca sempre a dare l'aiuto concreto necessario, anche solo di carattere informativo, o che l'accoglienza e l'ascolto non siano tali da permettere alla donna di riferire il suo dramma, o che ci si limiti alla cura del danno fisico, senza approfondire le implicazioni più nascoste che comporta.

E allora, non fosse altro per l'elevata componente femminile della professione infermieristica (comune anche ad altri operatori sanitari), questa è chiamata ad esprimere un percorso di consapevolezza su questo tema, anche in relazione alle responsabilità deontologiche ed etiche, nonché ad individuare delle forme di intervento che sappiano in modo equilibrato integrare due diversi approcci. Quello efficace per alcuni aspetti, aderente al "paradigma della giustizia" (p. 83), quindi con regole, procedure, poteri (tipicamente maschile), con quello aderente al "paradigma dell'etica della cura" (p. 79), centrato sulla disponibilità relazionale (ritenuta per consuetudine caratteristica femminile). Questi approcci, coniugandosi, possono permettere una presa in carico "umana e umanizzante, anche per il personale di cura" (p. 87). In questa cornice si inserisce la raccolta della narrazione autobiografica, un approccio che secondo gli autori è un modo di esprimere la funzione di *advocacy* degli operatori, nel senso che dimostrano effettivamente attenzione, vicinanza, dignità a chi potrebbe non averle mai avute.

Molto dettagliata e precisa è poi la terza sezione del libro, centrata sul progetto di ricerca qualitativa portato avanti dal gruppo di infermieri ricercatori, che descrive gli obiettivi e la metodologia narrativa; sono anche riportati i risultati raggiunti, nei termini di una possibile interpretazione in unità di significato di quanto era narrato nelle storie delle donne. Si suggerisce vivamente la lettura delle lettere, che offrono interessanti spunti di cambiamento e di intervento.

E' da sottolineare l'originale percorso del libro, che offre ai lettori una prima "restituzione rispetto allo sforzo di scrittura compiuto da donne che hanno sperimentato su di sé la violenza" (p.155) e che per i ricercatori "sono state come un dono" (p.111). In particolare:

- la sensibilità di alcuni uomini, tra cui il curatore del libro, che si sono posti il problema della violenza sulle donne ("Associazione Plurale Maschile");

- un gruppo infermieristico di miglioramento continuo dei percorsi di assistenza rivolti alle donne che subiscono violenza, composto da uomini e donne (“Rispondere al silenzio” del Policlinico Tor Vergata di Roma);
- l’esperienza pluriennale e la collaborazione con i Centri Antiviolenza (“Associazione Differenza Donna”);
- il progetto di ricerca “Ascoltare il silenzio - il vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie”, sostenuto dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica ( Collegio Ipasvi di Roma).

In conclusione, questo testo può essere veramente un’interessante proposta per:

- chi si occupa di formazione continua, al fine di progettare percorsi ad hoc per il personale sanitario coinvolto;
- gli infermieri e gli operatori sanitari e sociali che svolgono la propria attività dove più frequentemente le donne che hanno subito violenza possono rivolgersi: Pronto Soccorso in primis, ma non solo (per es. consultori, ambulatori di ginecologia);
- gli studenti infermieri, sia generalisti che pediatrici, ricordandoci che spesso anche i bambini sono vittime indirette e inconsapevoli;
- tutte le persone che vogliono mettere delle lenti di ingrandimento per riuscire a vedere, dentro e fuori di se stessi, ciò che spesso potrebbe apparire offuscato e sfumato.

La lettura di alcune testimonianze, all’interno di un percorso strutturato e protetto, può rappresentare per gli operatori un utile trigger per indirizzare il miglioramento dell’assistenza nella direzione della consapevolezza, dell’ascolto e dell’accoglienza.

***A cura della Redazione***



## COLOPHON

**Direttore responsabile**

Annalisa Silvestro

**Comitato editoriale**

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

**Coordinamento**

Emma Martellotti

**Redazione**

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

**Segreteria di redazione**

Antonella Palmere

**Progetto grafico**

EDS - Ennio De Santis

EDS - Vladislav Popov

**Editore**

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

**Internet**

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

**Periodicità**

Bimestrale

**Registrazione**

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

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

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

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