

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVI



ISSN 2038-0712

**GENNAIO - FEBBRAIO
2012**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE**

Cure primarie e ospedali per intensità di cura
di Annalisa Silvestro

● **SPECIALE IMMIGRAZIONE**

Migrazione e salute: non sempre accessibilità fa il paio con integrazione
di Marina Vanzetta

Gli infermieri stranieri in Italia: quanti sono, da dove vengono e come sono distribuiti
di Ennio Fortunato

I bisogni socio-sanitari degli immigrati

di Maria Grazia Proietti , Manuela Ricci , Enzo Buldrini , Maria Marano

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

Ictus cerebrale: studio qualitativo su esperienze e bisogni dei caregivers informali
di Paola Montanari, Valerio Dimonte

Indagine osservazionale sui bisogni educativi dei pazienti asmatici
di Livia Pisati

● **CONTRIBUTI**

Certificazione Iso 9001:2008 del Corso di laurea in Infermieristica

di Giuseppina Ledonne, Angelini Cristina, Bonetti Loris, Cattalani Manuela, Evicelli Ernesto, Pacciani Angela, Spotti Daniela

● **ESPERIENZE**

Propensione degli infermieri all'utilizzo del Piano di risposta alle emergenze mediche intraospedaliere (Premi)

di L. Barca, A. Adduci, G. Alpe, L. Rivolta, C. Sabatino, R. Galliazzo, A. Valentino, F. Talpo

L'assessment del dolore in Pronto soccorso: l'impatto sugli infermieri preposti al triage

di Amaducci Giovanna, Bagattoni Valerio, Pocaforza Maurizio, Mecugni Daniela

● **Norme e Codici**

L'obbligo dell'Ecm non è a carico dell'Azienda. Una recente sentenza della Corte di Cassazione ribadisce che l'aggiornamento è un dovere preciso e permanente per ogni professionista

di Giannantonio Barbieri

La difficile morte dei certificati

di Carlo Mochi Sismondi

● **Scaffale**

La gestione del rischio clinico

di Mauro Martini e Cristiano Pelati

La McGill ingestive skills assessment (Misa-I) Versione italiana. Manuale per l'esaminatore

di Heather C. Lambert

L'empowerment nei servizi sanitari e sociali. Tra istanze individuali e necessità collettive

di Maria Augusta Nicoli, Vincenza Pellegrino



EDITORIALE

Cure primarie e ospedali per intensità di cura

La clinica solo ai medici, i percorsi assistenziali agli infermieri. In questo modo non c'è più alcuna sovrapposizione, ma vera integrazione tra professionisti. Ed è questa la vera novità – positiva – su cui le Regioni stanno lavorando nella bozza di Patto per la salute che, apocrifia o meno che sia, ha messo nero su bianco le ipotesi allo studio dei tecnici dei governatori.

Un percorso che secondo gli infermieri è l'unico possibile per poter coniugare efficienza ed economicità del sistema. E che va comunque a favore dei cittadini.

L'unica cosa di cui aver paura a questo punto è che, poste le migliori premesse per una reale reingegnerizzazione del sistema fermo di fatto a 30 anni fa, il coraggio di portarle avanti e di trasformarle in atti concreti non ci sia.

E' ben impostato il ragionamento sul riordino delle cure primarie in cui finalmente si comincia a parlare non solo del medico di medicina generale che sembrava l'unica figura su cui dovessero ruotare le cure primarie, ma si comincia a parlare di team, di équipe, di ambulatori infermieristici e di medicina di iniziativa, di riconversione dei piccoli ospedali per dare risposte ai bisogni di salute primari alla popolazione.

Va benissimo anche – e spero si vada in quella direzione – quando si parla del rapporto Ssn- Università dire che l'Università deve smetterla di fare autoreferenzialità e collegarsi con i bisogni della popolazione nel definire i percorsi formativi dei professionisti sanitari.

Per gli infermieri è un messaggio forte, anche quando si dice che c'è bisogno di una formazione specialistica e che sia correlata alla necessità delle strutture di orientarsi ai bisogni del paziente: formare e dare competenze diverse non ha neppure sblocchi lavorativi.

Anche l'idea di promuovere la valorizzazione di alcune professioni sanitarie è un punto a favore. Si dice che questa deve avvenire per campi di attività o per percorsi diagnostico-terapeutici: è una novità positiva, significa che la smetteremo di fare formazione alle professioni sanitarie su base clinica, una formazione che non serve.

Su questa linea si ha finalmente il coraggio di dire che la riorganizzazione della rete ospedaliera dovrà essere fatta in base alla complessità assistenziale dei pazienti e non più per reparti, che comunque resterebbero sempre del tutto scollegati tra di loro.

In questa ottica è giusto anche riorganizzare i piccoli ospedali che così come sono non solo non garantiscono qualità, ma disperdono professionalità costrette a operare in situazioni che non portano vantaggio a nessuno: si devono trasformare in ospedali di

comunità, nursing home, residenze sanitarie.

Il paziente è ricoverato e assistito secondo il livello della sua patologia o pluripatologia e alla continuità ci pensa l'infermiere e i medici vanno al suo letto in base alla specialità per assisterlo nei singoli bisogni e dettare tutto ciò che riguarda diagnosi, clinica e terapia.

Intervista rilasciata a *Il Sole 24 ore sanità* (n. 6, 14-20 febbraio 2012)

Annalisa Silvestro
Presidente Federazione Nazionale Collegi Ipasvi



SPECIALE IMMIGRAZIONE

Migrazione e salute: non sempre accessibilità fa il paio con integrazione

di Marina Vanzetta

Nel nostro Paese...

Gli stranieri regolari e non presenti al 1° gennaio 2011 erano 5,4 milioni, solo 70 mila in più rispetto al 2010 anno in cui l'aumento era stato pari a mezzo milione di persone. Nell'anno appena trascorso l'aumento dei flussi è stato basso come non mai negli ultimi otto anni in cui l'incremento medio stimato è stato di circa 430 mila persone/anno. I Paesi di provenienza sono per la maggior parte (circa il 95%) quelli a forte pressione migratoria. La comunità più numerosa è quella rumena seguita da quella marocchina, albanese, cinese e ucraina.

Per contro, nello stesso periodo si è registrato un aumento delle persone straniere residenti (gli iscritti in anagrafe sono passati da 4 milioni e 235 mila a 4 milioni e 570 mila) ovvero un maggiore radicamento della popolazione sul territorio. Diminuito è anche il numero degli stranieri irregolari che da 454 mila del 2010 sono passati a 443 nel 2011. Il numero delle famiglie straniere è aumentato significativamente (1,6 milioni nel 2009 rispetto a 127 mila nel 1991) così come sono aumentate le famiglie con almeno un membro straniero. Anche gli studenti stranieri nati in Italia sono più numerosi: essi rappresentano il 42% (299.565) del totale degli studenti stranieri con cittadinanza non italiana che sono circa 711.064 (Fondazione ISMU 2012).

Il profilo di salute della persona migrante...

A migrare, indipendentemente dalla motivazione, sono perlopiù persone giovani adulte che nel loro Paese appartengono alle classi sociali meno disagiate, con un grado di istruzione medio e in buona salute. Essere sano e in buona salute facilita l'inserimento sociale non facile soprattutto all'inizio, e permette di cogliere, in un mercato del lavoro sempre più difficile e sempre più in crisi, opportunità di impiego caratterizzate da attività usuranti e faticose dal punto di vista fisico (effetto migrante sano). Accanto a quello descritto va però considerato anche il delinearsi di un profilo di salute differente condizionato dalla diversificazione dei flussi migratori, dall'invecchiamento della popolazione migrata, dai ricongiungimenti familiari e quindi anche dal probabile ingresso di componenti il nucleo familiare più fragili, dall'adozione di stili di vita non sovrapponibili a quelli del Paese di provenienza (Marceca et al. 2006).

Migrazione e salute: alcune considerazioni di fondo

La riflessione che fa da sfondo a tutte le altre è quella sui cui pongono l'accento Marceca et al. (2006) e cioè la possibile relazione tra le caratteristiche di salute dei membri di una comunità protagonista di una migrazione e quelle dei componenti della comunità autoctona.

L'attenzione e il dibattito in ambito scientifico si focalizzano su alcuni elementi che potrebbero essere esplicativi delle possibili diseguaglianze nella salute tra gli uni e gli altri (incidenza di una malattia, mortalità ecc.): la presenza di un'effettiva relazione causale, la condizione socio - economica, la discriminazione razziale.

Alcune diseguaglianze in salute possono essere ascrivibili a fattori propri della comunità migrante considerata, altre però, sono innegabilmente riconducibili alla discriminazione razziale e alla condizione socio – economica.

La discriminazione razziale

Secondo alcuni sarebbe capace di acuire e superare le diseguaglianze determinate dalla condizione socio – economica. È del dicembre scorso l'esempio più recente. Il fatto, accaduto a Torino ha visto coinvolta una ragazza che sarebbe stata violentata da due persone straniere. *“Mette in fuga i due rom che violentano sua sorella”* è il titolo dell'articolo riportato dal quotidiano La Stampa: *“violentata dietro un cespuglio, vittima una sedicenne ad aggredirla sarebbero stati due rom. ... Le famiglie si sono mobilitate per protestare contro i rom che vivono nella zona. È prevista una fiaccolata contro la violenza ma anche di denuncia.”*

La protesta annunciata è in realtà degenerata e un gruppo di residenti incappucciati, armati di bastoni e mazze ha dato l'assalto al campo nomadi abusivo dandogli fuoco. Successivamente la ragazza ha smentito quando dichiarato precedentemente e ammesso di essersi inventata tutto. Al di là della cronaca, sono molto significativi i risvolti dell'intera vicenda e, allo stesso modo, fa molto riflettere e soprattutto non ha bisogno di essere commentato quanto riportato, sempre su *La Stampa* il giorno successivo dal giornalista Guido Tibergha.

“Il titolo sbagliato. Il razzismo di cui più dobbiamo vergognarci è quello inconsapevole, irrazionale, che scatta in automatico anche quando la ragione, la cultura, le convinzioni più profonde dovrebbero aiutarci a tenerlo lontano. Ieri, nel titolo dell'articolo che raccontava lo stupro delle Vallette abbiamo scritto: “Mette in fuga i due rom che violentano sua sorella”. Un titolo che non lasciava spazio ad altre possibilità, né sui fatti né soprattutto sulla provenienza etnica degli stupratori. Probabilmente non avremmo mai scritto: mette in fuga due torinesi, due astigiani, due romani, due finlandesi. Ma sui rom siamo scivolati in un titolo razzista. Senza volerlo, certo, ma pur sempre razzista. Un titolo di cui oggi, a verità emersa, vogliamo chiedere scusa. Ai nostri lettori e soprattutto a noi stessi.”

La condizione socio – economica

Anche se sono numerose le famiglie (miste e di soli stranieri) a possedere un'abitazione di proprietà, secondo i dati del XVII Rapporto sulle migrazioni 2011, il 20% delle persone straniere vive in condizioni d'insufficienza di spazio abitativo e, quasi il 15% si trova in una condizione di grave deprivazione abitativa ovvero una situazione di sovraffollamento unita ad altri gravi problemi correlati all'abitazione.

Altrettanto numerose sono le famiglie composte da soli stranieri a vivere in condizioni di difficoltà: ogni otto famiglie, tre si trovano in uno stato di deprivazione materiale^[1] altre, anche se in percentuale minore, vivono in condizione di deprivazione materiale grave^[2]. Tra le famiglie in grave deprivazione materiale le prime sono quelle marocchine seguite da quelle tunisine, indiane e cinesi. Ad aumentare il rischio di deprivazione materiale è la presenza dei figli. Il tasso di disoccupazione delle persone straniere, che costituiscono il 10% degli occupati totali, è pari al 12,1%, il numero dei denunciati stranieri è diminuito mentre è aumentato il numero dei reati contro la persona imputati agli stranieri (Fondazione ISMU 2012).

Accessibilità e integrazione

La discriminazione razziale, così come le condizioni socio – economiche, secondo quanto sostenuto da alcuni autori, possono essere ritenute espressione dei limiti dell'integrazione tra culture diverse e conseguenza delle difficoltà di relazione dei differenti gruppi con i servizi sanitari.

La difficoltà di relazione con i servizi sanitari e quindi l'accessibilità agli stessi può essere condizionata da molteplici fattori: il costo dei servizi, le possibili barriere fisiche (distanza dei servizi dall'abitazione, poco collegamento con i mezzi di trasporto pubblico, assenza di mezzi di trasporto propri), lo stato giuridico della persona straniera (regolare o irregolare), l'organizzazione del servizio (orari, giornate di apertura), la diversità nell'informazione di tipo sanitario. Questi fattori sono considerati fortemente dipendenti dal tipo e dalle caratteristiche dell'organizzazione sociale della comunità e dal grado di integrazione nella rete locale.

Applicare le norme finalizzate a facilitare l'accesso ai servizi sanitari e promuovere l'integrazione all'interno del più ampio e complesso sistema sanitario, per assicurare a tutte le persone assistite risposte mirate, qualitativamente elevate e ridurre così le diseguaglianze nella salute, è condizione necessaria, ma da sola non sufficiente. Non sempre, infatti, accessibilità e integrazione intese nel senso più generale del termine fanno il paio nel contribuire a correggere tali diseguaglianze. Anzi, in talune situazioni, per il coincidere di più fattori tra quelli fin qui considerati, concorrono a mantenerle. È difficile e alquanto improbabile l'integrazione all'interno dei servizi se il contesto in cui l'intero sistema sanitario è inserito, non fa della stessa un elemento trasversale e irrinunciabile a fronte delle caratteristiche culturali diversificate della popolazione. Molto però possono fare i professionisti, fuori dal sistema sanitario come cittadini e dentro il sistema come operatori sanitari. In questo ruolo, in particolare:

- Promuovere e partecipare all'identificazione di modalità di analisi dei sistemi sanitari che facilitino il riconoscimento delle potenziali diseguaglianze nella salute e delle ragioni delle stesse.
Codice Deontologico, art. 4. - L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.
Art. 47. - L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.
- Favorire la formazione continua in quanto strumento di sviluppo e mobilitazione di competenze finalizzate a operare una mediazione tra "sistema" e diversità culturali per garantire le stesse opportunità a tutte le persone assistite.
CD art. 11. - L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.
- Sviluppare e implementare modalità di presa in carico transculturali che facilitino il superamento delle possibili diseguaglianze attraverso un approccio mirato, equilibrato e capace di cogliere il valore aggiunto della diversità culturale.
CD art. 20. - L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarli nell'esprimere le proprie scelte.
Art. 21. - L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.

- Promuovere l'integrazione, a tutti i livelli di responsabilità del sistema, di operatori sanitari stranieri per favorire una risposta assistenziale sempre più transculturale e capace di appianare le diseguaglianze nella salute.

CD art. 14. - L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

“Se noi pensiamo a una scarpa come a una vera scarpa non saremo in grado di usarla come un martello (quando non ci saranno martelli intorno a noi)”

Alfred North Whitehead

Note:

[1] XVII Rapporto sulle migrazioni 2011: vivono in deprivazione materiale le famiglie che presentano almeno 3 deprivazioni tra le seguenti: 1) non riuscire a sostenere spese impreviste di 750 euro; 2) non potersi permettere una settimana di vacanza l'anno lontano da casa; 3) trovarsi in arretrato sui pagamenti (utenze, mutuo, ecc.); 4) non potersi permettere un pasto adeguato; 5) non potersi permettere di riscaldare adeguatamente l'abitazione; non potersi permettere: 6) lavatrice; 7) TV a colori; 8) telefono; 9) automobile.

[2] Ibidem: vivono in grave deprivazione materiale le famiglie che presentano almeno quattro tra le deprivazioni citate.

BIBLIOGRAFIA

- Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Codice deontologico dell'Infermiere 2009

- Fondazione ISMU (Iniziative e studi sulla multi etnicità). XVII Rapporto sulle migrazioni 2011 (2012).

www.ismu.org

- Marceca M, Geraci S, Martino A. Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze. In A caro prezzo, Le disuguaglianze nella salute, 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale; Pisa, Edizioni ETS, 2006, pagg. 292 – 306.

www.simmweb.it

www.integrazionemigranti.gov.it



SPECIALE IMMIGRAZIONE

Gli infermieri stranieri in Italia: quanti sono, da dove vengono e come sono distribuiti

di Ennio Fortunato

Dirigente di ricerca EPR

Gli infermieri stranieri costituiscono una componente importante del gruppo professionale e, in effetti, i numeri sono indiscutibili: 38.000 (più del 10%) su 375.000. I dati analizzati evidenziano poi delle differenze tra gli infermieri italiani e quelli stranieri. In particolare, emerge che questi ultimi lasciano prima la professione, hanno una minore esperienza professionale, la maggior parte di loro ha conseguito il titolo abilitante nel proprio Paese.

Numeri e percentuali non devono però colpire solo dal punto di vista quantitativo o lasciare spazio a considerazioni sommarie, vanno piuttosto interpretati nell'ottica dell'integrazione tra diverse culture.

In un sistema sanitario attento alle diversificate caratteristiche culturali della popolazione, l'integrazione deve essere il filo rosso dell'articolazione della risposta ai bisogni degli assistiti. La presenza, perciò, di infermieri stranieri, qualora ben inseriti nel contesto, aiuta i colleghi italiani nell'individuazione degli aspetti culturali peculiari da considerare per favorirli. Una lettura superficiale di numeri, percentuali e differenze, può far sì che il lettore attribuisca agli stessi un valore e una connotazione negativi o parziali e che venga adombrata la visione sulle differenze culturali.

I colleghi stranieri sono prevalentemente romeni e albanesi e, questo dato è sostanzialmente in linea con quello più generale relativo ai flussi migratori: la comunità più numerosa presente nel nostro Paese è quella rumena seguita da quella marocchina e albanese.

La riflessione su questo dato porta quanto meno a una considerazione tra quelle possibili: il valore aggiunto del contributo dei colleghi stranieri nella costruzione di una prospettiva equilibrata ovvero capace di non sopravvalutare o sottovalutare la diversità culturale a favore di un approccio transculturale e di un appianamento delle diseguaglianze nella salute. Non è più possibile, infatti, ritenere qualitativamente elevata e risultato di una presa in carico vera e quindi personalizzata e mirata, una risposta assistenziale che non sia anche sempre più transculturale.

*Dubitare di tutto o credere a tutto,
ecco due soluzioni ugualmente comode per non riflettere.*

Henry Poincaré

Gli stranieri costituiscono ormai una componente importante degli infermieri. Alla fine del 2010 ne risultavano iscritti agli albi provinciali IPASVI più di **38.000**, su una popolazione complessiva di **375.000** unità (**tavola 1**).

Tav. 1 - Infermieri per Regione e cittadinanza - Anno 2010

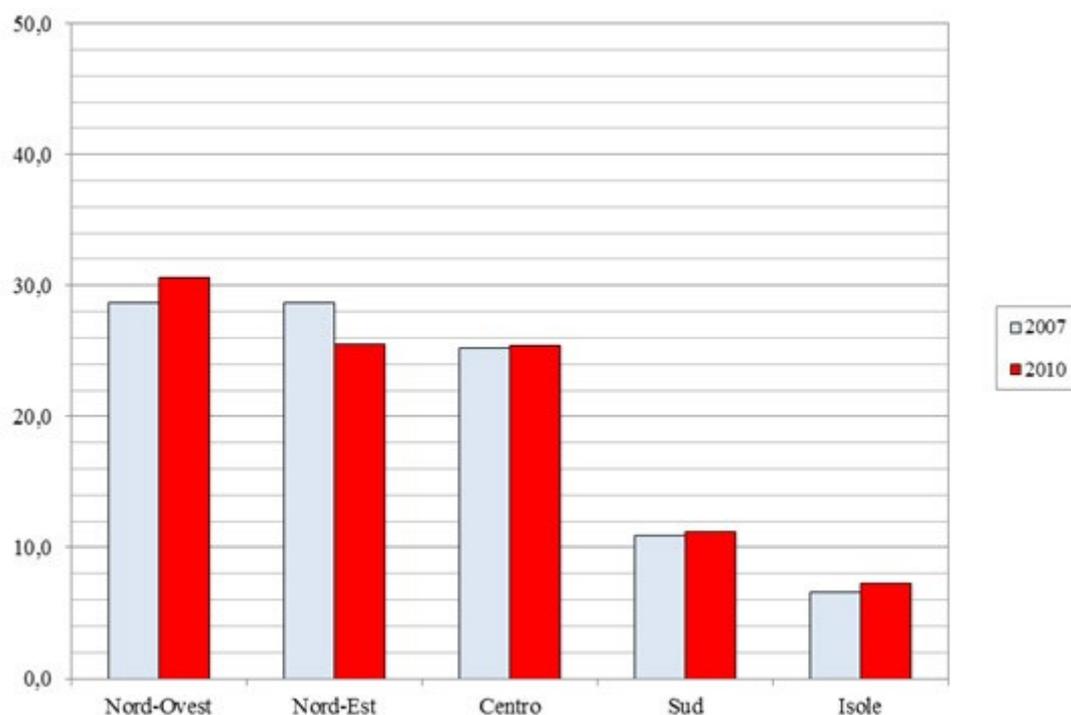
	Iscritti				
	totale	italiani	%	stranieri	%
Liguria	12.595	11.060	87,8	1.535	12,2
Lombardia	55.011	48.692	88,5	6.319	11,5
Piemonte	26.212	22.516	85,9	3.696	14,1
Valle d'Aosta	891	737	82,7	154	17,3
Nord-Ovest	94.709	83.005	87,6	11.704	12,4
Emilia Romagna	29.415	25.354	86,2	4.061	13,8
Friuli Venezia Giulia	8.778	7.373	84,0	1.405	16,0
Trentino Alto Adige	8.441	7.357	87,2	1.084	12,8
Veneto	32.065	28.780	89,8	3.285	10,2
Nord-Est	78.699	68.864	87,5	9.835	12,5
Lazio	38.790	32.670	84,2	6.120	15,8
Marche	9.002	8.038	89,3	964	10,7
Toscana	24.743	22.534	91,1	2.209	8,9
Umbria	5.803	5.380	92,7	423	7,3
Centro	78.338	68.622	87,6	9.716	12,4
Abruzzo	9.537	8.686	91,1	851	8,9
Basilicata	3.932	3.799	96,6	133	3,4
Calabria	11.470	10.888	94,9	582	5,1
Campania	30.980	29.622	95,6	1.358	4,4
Molise	2.688	2.457	91,4	231	8,6
Puglia	25.061	23.933	95,5	1.128	4,5
Sud	83.668	79.385	94,9	4.283	5,1
Sardegna	11.156	9.606	86,1	1.550	13,9
Sicilia	28.615	27.388	95,7	1.227	4,3
Isole	39.771	36.994	93,0	2.777	7,0
Italia	375.185	336.870	89,8	38.315	10,2

Gli stranieri costituiscono quindi oltre il **10%** degli infermieri che lavorano in Italia. La percentuale tocca tuttavia il **12-12,5%** nel Centro-Nord, arrivando a superare il **16-17%** in

alcune Regioni, come la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia-Giulia e il Lazio. A riprova della notevole variabilità territoriale, la presenza di stranieri nel Mezzogiorno, anche se in aumento, è invece ancora poco significativa, con Regioni come la Basilicata, la Campania, la Puglia e la Sicilia, nelle quali gli stranieri non rappresentano più del **3-4%** degli infermieri in attività.

In termini assoluti (**grafico 1**), gli infermieri stranieri si concentrano soprattutto nel Nord-Ovest (**30,7%**), ma anche Nord-Est e Centro ne denunciano una buona presenza (poco più del **25%**).

Grafico 1 - Infermieri stranieri per ripartizione (valori percentuali) - confronto 2007-2010



Lombardia e Lazio, insieme, ne assorbono quasi un terzo (**32,8%**).

Una conferma del peso crescente degli stranieri viene dagli ultimi dati sulle iscrizioni agli Albi provinciali Ipasvi. Sebbene il fenomeno della "immigrazione infermieristica" si sia ultimamente alquanto affievolito (nel 2007 era attribuibile a stranieri il **30%** delle nuove iscrizioni), in solo in soli tre anni, dal 2007 al 2010, il numero di infermieri stranieri in Italia è aumentato del **25%** (quasi **8.000** unità). Più di un quinto delle iscrizioni registrate nel 2010 (il **21,9%**, poco meno di **2.800** unità sulle **12.600** totali) è ancora relativo a stranieri (**tavola 2**).

Tav. 2 - Infermieri nuovi iscritti, per cittadinanza - Anno 2010

	Nuovi iscritti stranieri						
	Totale nuovi iscritti	totale	%	comunitari	%	extra comunitari	%
Nord-Ovest	3.225	744	23,1	380	51,1	364	48,9
Nord-Est	2.838	609	21,5	326	53,5	283	46,5
Centro	3.527	697	19,8	415	59,5	282	40,5
Sud	2.046	463	22,6	263	56,8	200	43,2

Isole	1.028	263	25,6	150	57,0	113	43,0
Italia	12.664	2.776	21,9	1.534	55,3	1.242	44,7

In alcune regioni, come la Liguria, il Friuli-Venezia-Giulia e la Puglia, la percentuale di stranieri tra i nuovi iscritti arriva a sfiorare il **30%**. In questa crescita, un contributo importante è fornito dagli extracomunitari, che nel 2010 costituivano il **45%** circa dei nuovi iscritti e il cui peso appare negli ultimi anni in continuo, leggero aumento. Il flusso di stranieri nettamente prevalente è quello proveniente dalla Romania (**tavola 3**).

Tav. 3 - Infermieri stranieri per Paese di provenienza - confronto 2006-2010

Nazione di nascita	2006			2010		
	posizione	numero	%	posizione	numero	%
Romania	1	1.584	41,8	1	1.220	43,9
India	5	96	2,5	2	282	10,2
Albania	4	165	4,4	3	188	6,8
Peru'	3	270	7,1	4	186	6,7
Polonia	2	621	16,4	5	106	3,8
Moldavia	15	39	1,0	6	59	2,1
Camerun	28	9	0,2	7	52	1,9
Brasile	12	46	1,2	8	52	1,9
Svizzera	9	58	1,5	9	49	1,8
Germania	6	86	2,3	10	47	1,7
altri		819	21,6		535	19,3

Sempre con riferimento ai dati del 2010, quasi il **44%** delle nuove iscrizioni di stranieri è relativo a cittadini romeni. Il dato è peraltro in leggero aumento negli ultimi anni. Al secondo posto gli indiani, che spiccano per la forte crescita che hanno fatto registrare negli ultimi anni (dal **2,5%** del 2006 al **10,2%** attuale). A seguire, albanesi e peruviani, con percentuali intorno al **6-7%**. Notevole, al contrario, la contrazione dei polacchi, che in pochi anni calano dal **16,4%** al **3,8%**.

Quali sono le caratteristiche degli infermieri stranieri che li differenziano dai loro colleghi italiani? Innanzitutto (**tavola 4**) una più ridotta presenza maschile, visto che tra gli stranieri iscritti nel 2010 la percentuale di uomini è di appena il **15,5%**, mentre tra gli italiani arriva al **31,2%**.

Tav. 4 - Confronti tra infermieri stranieri e italiani - indicatori

	% di maschi tra i nuovi iscritti 2010		Età media degli iscritti (anni)		Anzianità di servizio degli iscritti (anni)		Età media dei cancellati 2010 (anni)	
	stranieri	italiani	stranieri	italiani	stranieri	italiani	stranieri	italiani
Nord-Ovest	14,7	30,0	38,9	42,8	6,1	16,3	38,6	54,8
Nord-Est	17,4	30,0	40,2	43,1	7,9	16,8	43,9	56,2
Centro	15,8	32,7	40,1	42,7	7,1	15,0	42,2	57,5

Sud	14,0	31,8	40,3	42,2	11,4	14,9	42,3	53,7
Isole	14,8	31,8	38,4	44,5	8,2	16,9	38,8	53,1
Italia	15,5	31,2	39,6	42,9	7,6	15,9	41,1	55,2

In secondo luogo, si direbbe una minore esperienza professionale. Sebbene la loro età non sia molto più bassa di quella degli italiani (**39,6** anni in media, contro **42,9**), l'anzianità di servizio degli stranieri (si è assunto l'anno di iscrizione all'Albo come anno di inizio dell'attività lavorativa) risulta infatti decisamente più limitata, appena **7,6** anni contro i **15,9** degli italiani. L'**8,3%** degli infermieri stranieri (**tavola 5**) ha meno di un anno di servizio e il **24,6%**, meno di tre.

Tav. 5 - Infermieri stranieri, per anzianità di servizio (valori percentuali) - Anno 2010

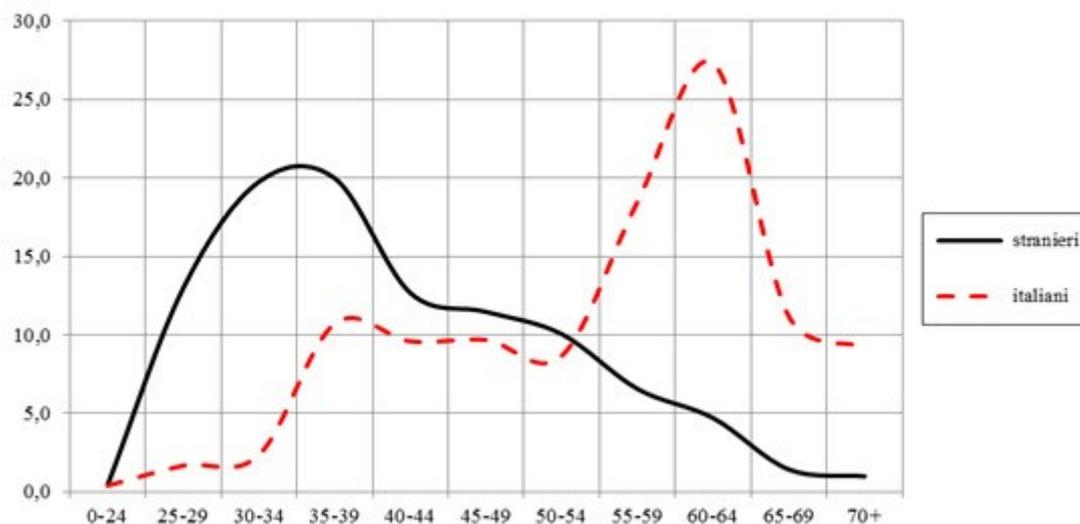
	Anzianità di servizio (anni)						
	meno di 1	1	2	3-4	5-9	10 e più	
Nord-Ovest	10,5	9,0	8,7	22,0	32,7	17,1	100,0
Nord-Est	7,4	6,7	6,9	20,7	33,5	24,8	100,0
Centro	9,0	8,6	9,2	17,6	32,3	23,4	100,0
Sud	4,6	5,6	5,2	11,7	18,4	54,6	100,0
Isole	5,4	9,3	14,2	25,4	10,0	35,8	100,0
Italia	8,3	7,9	8,4	19,7	29,5	26,2	100,0

In alcune Regioni, come Liguria, Sardegna e Valle d'Aosta, la percentuale di infermieri stranieri con meno di tre anni di servizio raggiunge il **40%**.

Un terzo dato, rilevante soprattutto per le implicazioni relative all'inserimento professionale degli infermieri e alla loro formazione *on the job*, è costituito dalla percentuale di stranieri che conseguono nel proprio Paese di origine il titolo abilitante all'esercizio della professione. Secondo i dati Ipasvi del 2010, tale percentuale è ancora particolarmente elevata (**73,5%**) anche se in calo rispetto agli anni passati.

Un ultimo, importante elemento di differenziazione, che almeno in parte spiega la bassa anzianità di servizio degli infermieri stranieri in attività, è costituito dall'età relativamente giovane degli stranieri che lasciano la professione. L'età di uscita degli stranieri (**grafico 2**) è infatti di appena **41** anni nella media nazionale (meno di **39** anni nel Nord-Ovest e nelle Isole), decisamente bassa soprattutto se confrontata con quella degli italiani (oltre **55** anni).

Grafico 2 - Infermieri per nazionalità ed età alla cancellazione - anno 2010
(val. percentuali)



Tutto questo, nonostante che negli ultimi anni si registri la tendenza ad un moderato aumento dell'età all'uscita. Di fatto, un infermiere straniero su cinque lascia la professione prima dei tre anni di lavoro; ogni anno, su 100 infermieri stranieri attivi, **2,5** lasciano la professione, evidenziando un tasso di abbandono doppio di quello degli italiani (**1,3**).



SPECIALE IMMIGRAZIONE

I bisogni socio-sanitari degli immigrati

di *Maria Grazia Proietti (1), Manuela Ricci (2), Enzo Buldrini (3), Maria Marano (4)*

(1) *Responsabile Infermieristico III Distretto Sanitario - Azienda USL Roma D*

(2) *Infermiera servizio CAD, Staff Direzione VI Distretto Sanitario - Azienda USL Roma C*

(3) *Direttore VI Distretto Sanitario - Azienda USL Roma C*

(4) *Dirigente Medico, Staff Direzione VI Distretto Sanitario - Azienda USL Roma C*

Il benessere del paziente è il principale scopo dell'assistenza infermieristica, che deve basarsi su un approccio personalizzato e rispettoso della cultura della persona assistita (Leininger, 2002). Tale esigenza è quanto mai attuale in una società che tende, anche in Italia, a divenire rapidamente multi-etnica e multiculturale e che impone agli operatori sanitari di dotarsi di uno strumentario professionale nuovo, adeguato ai bisogni di salute dei cittadini stranieri. In particolare l'infermiere deve conoscere le credenze e i valori che influenzano la relazione terapeutica per poter assicurare un'assistenza competente (Spito e Lombardi, 2008).

L'Italia continua ad accogliere persone provenienti da ogni parte del mondo e di diverso background sociale. I principali motivi che spingono all'emigrazione sono economici e politici: siamo tutti testimoni di una società globalizzata, in cui poche nazioni ricche guidano i mercati mondiali a spese di Paesi che, sempre di più, sono poveri o si stanno impoverendo. Né si può ignorare la realtà dei regimi totalitari tuttora numerosi, nei quali i diritti umani non sono riconosciuti, costringendo molti a fuggire per salvare la propria vita (*XX Rapporto Caritas-Migrantes*, 2010). Per contro nuove leggi, come quella che prevede l'obbligo di denuncia, tendono ad escludere l'immigrato rendendo irreversibile la condizione di clandestinità (D'Agostino, 2009).

Nonostante le leggi più restrittive, gli immigrati continuano però ad arrivare in Italia e a modificare il tessuto sociale, nelle variegate dimensioni della multiculturalità, con specifiche ripercussioni sulla salute e sull'assistenza. L'incontro tra operatori sanitari italiani e utenti stranieri induce reciprocamente il cambiamento di comportamenti e atteggiamenti, spesso condizionati dalla diffidenza nei confronti della 'diversità', come risultato dell'esperienza transculturale (Ciancio, 2005). Queste turbolenze da una parte determinano nel professionista la paura di perdere le proprie connotazioni culturali, dall'altra l'esigenza di una profonda riflessione sui valori dell'assistenza, per ridisegnarli in relazione ai nuovi bisogni (El-Hamad e Pezzoli, 2005). Si tratta di una sfida positiva e stimolante per l'infermiere, che comporta un arricchimento e un approfondimento delle dimensioni professionali che fanno riferimento alle scienze umane (Mottini, 2007). In Italia, soprattutto a livello di rete territoriale, da più di dieci anni si è iniziato a costruire un modello di integrazione sociale e culturale.

Quali servizi per gli stranieri? L'esperienza romana

Il servizio per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) è stato specificatamente creato per gestire il difficile approccio al sistema sanitario dei cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione Europea, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno (art. 35 del DLgs. 286/1998). Più recentemente tale diritto è stato esteso ai cittadini Europei Non Iscritti (ENI) al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Pertanto a tutti i cittadini stranieri privi

di risorse economiche sufficienti, dopo l'assegnazione di un codice STP o ENI riconosciuto su tutto il territorio nazionale, è garantito l'accesso gratuito a strutture pubbliche e private accreditate per:

- cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti (con pericolo di vita, anche per malattia o infortunio) ed essenziali (per malattie e infortuni che non siano pericolosi nell'immediato, ma che potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischio per la vita);
- interventi di prevenzione e cura relativi a
 1. tutela della gravidanza e della maternità
 2. tutela della salute dei minori
 3. vaccinazioni obbligatorie
 4. profilassi, diagnosi e cura di malattie infettive.

Negli ultimi venti anni l'Azienda USL Roma C è capofila per la Regione Lazio di vari progetti rivolti agli stranieri immigrati. L'obiettivo è quello di attivare, nell'ambito di un'efficace politica di integrazione, servizi sanitari nei quali l'utente di 'cultura altra' diventi *attore* dei servizi (Cavicchi, 2007). Il servizio STP del Distretto Sanitario VI Municipio dell'Azienda USL RM/C è all'interno del Presidio territoriale integrato "Santa Caterina della Rosa".

Per meglio gestire il fenomeno, è stata svolta un'indagine, comprensiva di un'analisi retrospettiva sulle schede cliniche degli utenti che si sono rivolti al servizio STP del Presidio Santa Caterina della Rosa nel 2009. È stata elaborata una quantità considerevole di dati riguardanti sia il numero di accessi degli utenti immigrati, sia i loro problemi di salute, al fine di valutarne le patologie prevalenti in relazione a variabili indipendenti quali il Paese di provenienza, l'età, il genere e la situazione familiare.

Da questa prima analisi è emerso che l'etnia più numerosa nel richiedere le prestazioni ambulatoriali è quella bengalese (720 utenti nel 2009), che di conseguenza è stata scelta come target per la somministrazione di un questionario, rivolto a comprendere le eventuali difficoltà incontrate nell'utilizzo dei servizi: le modalità di accesso, la soddisfazione per l'assistenza ricevuta, i problemi di comunicazione con gli operatori sanitari e i suggerimenti per risolverli, la conoscenza di qualche lingua straniera (oltre alla propria) e l'eventuale esperienza dei servizi di mediazione culturale.

Per le criticità che lo caratterizzano, al servizio STP è assegnata un'infermiera con specifiche competenze professionali e linguistiche; tuttavia anche altri operatori del poliambulatorio, a rotazione, vi effettuano sostituzioni e soprattutto assistono utenti stranieri inviati dal servizio STP alle diverse sale di medicina specialistica. Anche a questi infermieri è stato somministrato un questionario, rivolto a comprendere quanto i professionisti si sentano in grado di gestire efficacemente le problematiche di salute degli immigrati, a cominciare dalla comunicazione e dalla capacità di coinvolgere il paziente in una migliore compliance terapeutica, al fine di valutare il relativo fabbisogno formativo e progettare eventuali interventi.

La salute degli stranieri: alcuni dati

Dall'analisi retrospettiva effettuata sulle schede cliniche degli utenti che si sono rivolti al servizio STP nel 2009, si evince che l'affluenza più elevata è dei cittadini provenienti dall'Asia (Bangladesh), dall'Europa Orientale (Romania: 270; Ucraina: 96; Russia: 70), dal Sudamerica (Perù) e dal Nord Africa (Egitto).

Le principali patologie per cui si rivolgono al servizio ambulatoriale sono il diabete e l'ipercolesterolemia. La compliance a qualsiasi terapia risente fortemente della cultura

musulmana, con la tendenza a non rispettare le prescrizioni mediche e gli orari dell'ambulatorio durante determinati periodi, come quello del Ramadan. L'approccio al servizio sanitario è ostacolato anche da problemi di comunicazione, giacché la lingua prevalentemente parlata è il bengalese, per cui sarebbe opportuno l'intervento del mediatore culturale.

Per quanto riguarda gli immigrati dall' Europa dell'Est, le richieste di intervento sanitario più frequenti da parte degli uomini riguardano i traumatismi (25,9%) e le malattie dell'apparato digerente (13,8%), cardiocircolatorio (9,4%) e respiratorio (8,2%). Da parte delle donne la gravidanza, il parto e il puerperio (56,6%), le patologie a carico del sistema osteo-articolare (16,8%) e dell'apparato digerente (14,4%), oltre ai tumori (10,5%). Come per gli uomini, anche per le donne straniere, i ricoveri sono meno frequenti, ad esclusione delle malattie infettive e parassitarie, che invece colpiscono in misura maggiore le donne immigrate. Le ricerche effettuate in questo campo (Castiglioni, 2004) denotano una diversa modalità di vivere la maternità e il parto da parte delle donne migranti in Italia rispetto a quanto avviene nel paese d'origine. Soprattutto per le donne africane, infatti, a differenza delle coetanee dell'Europa dell'Est, la maternità e il parto coinvolgono la famiglia allargata e tutte le donne della comunità. Nel paese di emigrazione questi eventi, invece, vengono vissuti in solitudine, come una malattia. Il *vissuto malato* della maternità e del parto ospedalizzato incidono sulla salute della donna e del bambino, ne sono indice le nascite pretermine con neonati di basso peso (i nati prematuri nelle donne immigrate sono il doppio, circa il 10,76% contro il 4,63% delle italiane) e l'alto numero di parti cesarei. Le migranti vivono durante la gestazione ed il parto un profondo senso di inadeguatezza provocato dalla condizione dell'essere straniera, dalla mancanza della famiglia allargata e dalle difficoltà di comprensione linguistica e culturale con gli operatori dei reparti ostetrici. Questi fattori comportano ad esempio l'interruzione precoce o il non stabilirsi dell'allattamento al seno.

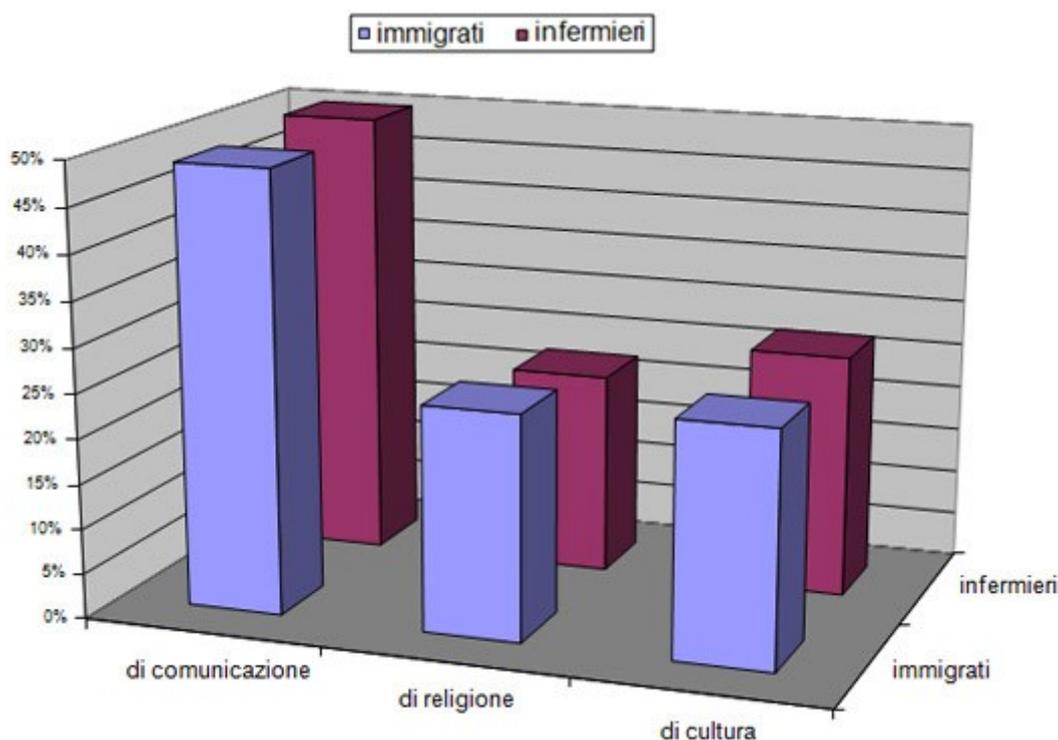
Dall'analisi dei dati del servizio STP del Distretto VI si registra un leggero incremento dei tumori, sia per i maschi che per le femmine, e delle malattie del sistema cardio-circolatorio per i maschi, confermando una tendenza, presente già da qualche anno, al viraggio epidemiologico verso malattie più comuni della società occidentale, da imputare sia all'invecchiamento progressivo della popolazione straniera, sia all'acquisizione di stili e abitudini di vita che portano con sé specifici fattori di rischio. L'elevata frequenza dei ricoveri per traumatismi, imputabili all'elevato numero di incidenti lavorativi, in particolare se si tratta di lavoro nero, e quella delle malattie infettive denotano delle aree di criticità sanitaria specifiche dei cittadini stranieri.

Dall'elaborazione dei questionari somministrati agli utenti bengalesi emerge che la maggior parte frequenta da tempo il servizio STP. Oltre ad essere la conseguenza della selezione di quelli che parlano meglio l'italiano, questo significa da una parte che i clandestini tendono a permanere in questa condizione, dall'altra che gli operatori sanitari sono riusciti ad attuare la *presa in carico* dell'utente di cultura altra e, in qualche modo, a fidelizzarlo, dando una risposta ai suoi problemi di salute e rappresentando quindi un punto di riferimento efficace.

Al primo accesso alla struttura l'utente si fa spesso accompagnare da un proprio familiare o da un connazionale che già conosce il servizio e ha una maggiore padronanza della lingua italiana.

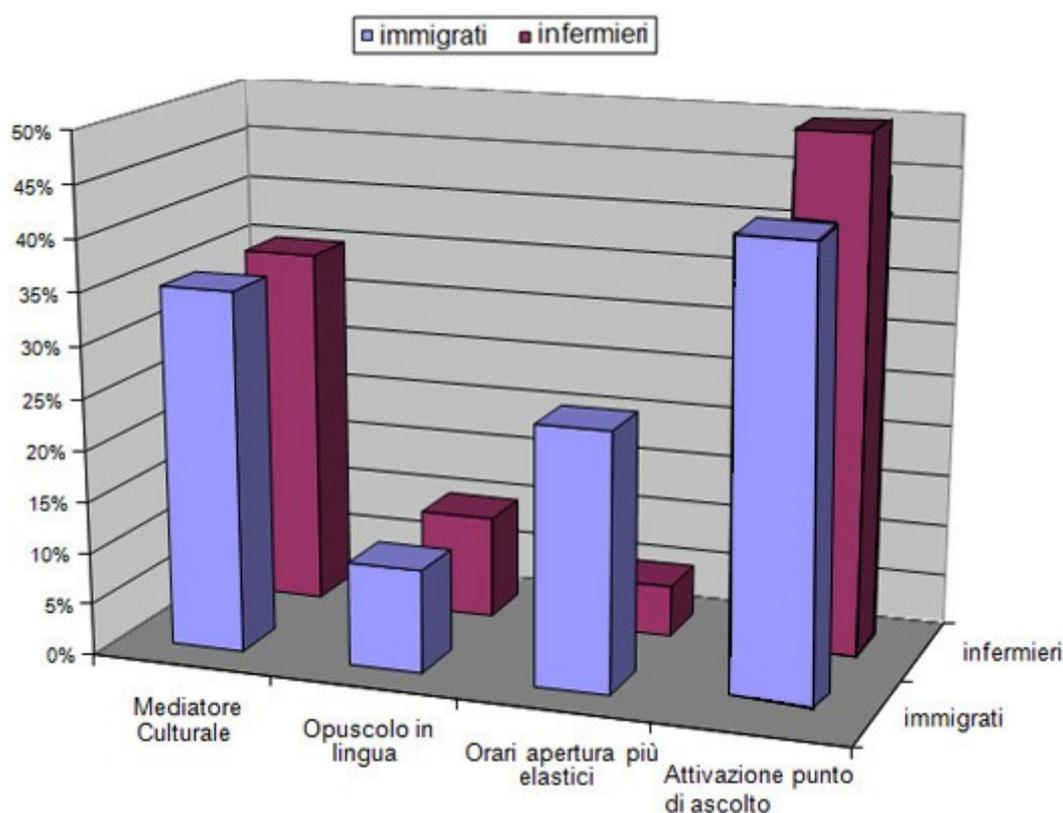
I maggiori ostacoli incontrati nell'utilizzo dei servizi sono: i problemi di comunicazione (49%), la differenza religiosa (26%) e quella culturale (25%). Confrontando tali risposte con quelle degli infermieri, possiamo constatare come il problema di comunicazione sia avvertito dal 50% degli intervistati, quello culturale dal 27% e quello religioso dal 22,5% (**Grafico 1**).

Grafico 1 - Difficoltà tra operatori e utenti stranieri



Il problema linguistico è molto sentito sia dagli utenti che dagli infermieri. D'altra parte il non condividere non solo il linguaggio verbale, ma anche quello non verbale, è un grave ostacolo alla comunicazione, sia perché un soggetto è prima visto e poi ascoltato, sia perché gesti ben accetti in una cultura possono non esserlo per altre. Segue il problema di religione: essendo per la maggior parte musulmani, durante il periodo del Ramadan, per esempio, spesso non vengono seguite correttamente le terapie farmacologiche e le raccomandazioni dietetiche. Anche il problema culturale è evidenziato da ambedue i gruppi: l'interazione che nasce dall'incontro operatore-utente non può non tener conto del fatto che la percezione della malattia, come questa viene vissuta ed espressa sotto forma di bisogni sanitari, varia a secondo della cultura di appartenenza.

A questo si aggiunge che gli infermieri ammettono una scarsa competenza nel coinvolgere il paziente e i suoi familiari e nel gestire le criticità. Tuttavia la buona disponibilità verso l'utente di *cultura altra* da un lato e, dall'altro, il bisogno sanitario urgente del paziente, fanno sì che, di fatto, si riesca ad ottenere la fidelizzazione dell'utente nel 52% dei casi. Il **grafico 2** mette a confronto le soluzioni indicate dagli utenti e dagli infermieri: in primo luogo un punto di ascolto, dotato di personale adeguatamente formato, che effettui una prima analisi della domanda dell'utente straniero e orienti all'utilizzo dei servizi. La figura del mediatore culturale assume un ruolo rilevante sia per gli utenti che per gli infermieri (35%). Anche l'introduzione di un opuscolo in lingua, in mancanza delle precedenti alternative, viene apprezzato dal 10% degli utenti e degli infermieri. Si evidenziano invece delle differenze significative circa l'opportunità di stabilire orari di apertura più flessibili (25% degli utenti e 4% degli infermieri).

Grafico 2 - Possibili soluzioni ai problemi relazionali tra operatore e immigrato

Discussione

Le differenze culturali si ripercuotono inevitabilmente anche sull'approccio ai problemi di salute: le abitudini sociali, morali e culturali, lo stress relativo alla situazione di immigrato, la povertà, i problemi di adattamento, comportano una serie di malattie che possono essere prevenute e contenute solo con un'efficace integrazione nella realtà sociale che accoglie (Scaroni, 2007). L'obiettivo di una politica di integrazione è quello di dare agli stranieri le informazioni necessarie sul funzionamento e sulle prestazioni del SSN e sulle modalità di accesso. Ci sono però due aspetti molto importanti da considerare nella progettazione di un'assistenza sanitaria efficace: da una parte, la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia, dall'altra la condizione di illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali occorre assicurare il diritto fondamentale alla salute (Bachelet, 2009).

Fra gli interventi prioritari per migliorare il servizio offerto all'utente straniero e affrontare più efficacemente le criticità, gli operatori auspicano una maggiore presenza del mediatore culturale per le diverse etnie, fin dal momento dell'accoglienza e in tutte le fasi della prestazione. Non è facile definire la funzione del mediatore culturale: si inserisce come interfaccia fra operatore e utente e proprio dalla triangolarità della comunicazione scaturisce la complessità di questa figura. Obiettivo del mediatore è quello di mettere in relazione due gruppi: la comunità di appartenenza del paziente e la società di accoglienza. Il mediatore deve rispondere contemporaneamente alle aspettative e alle esigenze di comunicazione dell'operatore italiano, incorporando e trasmettendo prescrizioni e indicazioni, e dell'utente, accogliendo e reinterpretando la diversità.

Un'altra azione di miglioramento che viene proposta è la predisposizione di materiale informativo sui percorsi sanitari e sociali nelle diverse lingue, che orientino in particolare le

donne all'accesso ai servizi per la maternità e la pianificazione familiare.

Ma il principale aspetto su cui investire per migliorare la qualità del servizio riguarda la formazione degli operatori, sia sulla conoscenza delle diverse culture con cui vengono a contatto, sia sugli aspetti relazionali e comunicativi. Di Girolamo (2008) ipotizza il ruolo di *counselor transculturale* nella presa in carico di persone di altra etnia, che risente della conoscenza delle norme, dei valori, dei significati della cultura del cliente, per cui è necessario che il professionista d'aiuto abbia una formazione antropologica. La difficoltà a relazionarsi con culture diverse mette spesso a rischio l'efficienza e l'efficacia della prestazione, o perlomeno la percezione che ne ha il cittadino straniero. Conoscere il contesto sociale e culturale dell'immigrato è un impegno deontologico per l'infermiere al fine di una gestione ottimale degli stili di vita dell'assistito. Vi è la necessità di servizi che orientino e aprano un dialogo continuativo con questo tipo di utenza, con l'obiettivo di facilitare l'utilizzo delle strutture pubbliche e fare educazione sanitaria. Per fare questo occorre conoscere la specificità dei bisogni di salute degli immigrati e individuare nuove modalità operative per soddisfare la loro domanda emergente e sommersa (Adani, 2005). Un'indagine longitudinale piuttosto ampia effettuata dal 1996 al 2002 (Tartaglioni et al, 2005) ha mostrato come tra gli operatori sanitari esistano difficoltà e pregiudizi nell'approccio al paziente immigrato, pertanto appare utile una riflessione sul significato di "competenza culturale" in ambito clinico-assistenziale, definita *come un insieme di attitudini individuali e abilità comunicative e pratiche che rendono gli operatori capaci di realizzare efficacemente il lavoro di cura incorporando i contenuti culturali degli individui assistiti*. Ciò implica la necessità di perseguire nuove strategie educative, incentrate sui valori della pace e della solidarietà, orientate ad abbattere visioni ristrette, pregiudizi e stereotipi. L'esigenza di adattamento della competenza professionale al bisogno relazionale dell'utente straniero, attraverso l'acquisizione di conoscenze mutuate dall'antropologia culturale, dal nursing transculturale e interculturale e dalla psicologia relazionale, associate alla conoscenza di specifici aspetti etico-deontologici e della normativa vigente in materia di immigrazione, è ribadita da Gambera, Marucci e Pezzino (2008), che propongono l'adozione di uno strumento per la rilevazione di tali bisogni formativi del personale infermieristico e la progettazione di un appropriato intervento di educazione continua.

BIBLIOGRAFIA

- Adani D (2005). *Ruolo dell'Infermiere Dirigente nell'organizzazione di un servizio di mediazione e accoglienza all'utenza multi-etnica*. Management Infermieristico; 11(2), 31-35.
- Andrews MM, Boyle JS (2009). *Transcultural concepts in nursing care*. Journal of transcultural nursing. 13; 178-180.
- Bachelet CM (2009). *Assistenza infermieristica a migranti*. Studio fenomenologico sull'esperienza di malattia e cura di persone migranti a Torino. NEU; 28(4), 21-32.
- Caritas-Migrantes (2010). *Immigrazione: Dossier Statistico 2010 XX Rapporto*. Roma; IDOS.
- Castiglioni A (2004). *Percorsi di cura delle donne immigrate*. Esperienze e modelli di intervento. Milano; Franco Angeli.
- Cavicchi I (2007). *Autonomia e responsabilità*. Un libro verde per medici e per operatori della sanità. Roma; Edizione Dedalo.
- Ciancio B (2005). *L'assistenza sanitaria e la diaspora sociale dell'Europa che cambia: gli infermieri e le minoranze etniche si stanno adattando?* International Nursing Perspectives; 5(1), 27-32.
- D'Agostino P (2009). *Sanità ed immigrati nel nuovo pacchetto sicurezza*. L'Infermiere; 53(4), 56-57.
- Di Girolamo G (2008). *Il counseling e la transculturalità*. NEU; 33(3), 28-45.
- El-Hamad I, Pezzoli MC (2005). *Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)*. Infermiere Oggi; 15(2), 42-54.
- Gambera AA, Marucci AR, Pezzino M (2008). *L'assistenza infermieristica su base multi-etnica*. Professioni Infermieristiche; 61(4), 223-233.
- Gradellini C, Artioli G (2006). *L'utilizzo del counseling nella gestione del pregiudizio*. Nursing Oggi; 11(3),

18-22.

- Leininger M, McFarland MR (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. New York; McGraw-Hill.
- Leininger M, McFarland MR (2005). *Diversità e universalità dell'assistenza transculturale*. Una teoria del nursing. Padova; Piccin.
- Leone N, Bonvicini F, Fornaciari R, Greci M, Manghi M, Vinceti M, Mecugni D (2008). *L'effetto di una strategia per migliorare la compliance degli immigrati "irregolari" allo screening per la tubercolosi in un ambulatorio di Reggio Emilia*. Assistenza Infermieristica e Ricerca; 27(1), 13-17.
- Mottini G (2007). *I perché e i come di una medicina transculturale*. International Nursing Perspectives; 7(1), 1-4.
- Sayad A (2002). *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'immigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Milano; Raffaello Cortina Editore.
- Scaroni C (2007). *Fenomeni migratori e problematiche socio sanitarie*. Io Infermiere; 10(1), 49-59.
- Spito L, Lombardi R (2008). *L'ospedale di più culture per una società multietnica*. Mondo sanitario; 15(7), 1-4.
- Tartaglino D, Geraci S, Piredda M, De Benedictis A (2005). *Analisi dei bisogni formativi delle professioni della salute in relazione al fenomeno immigratorio in Italia*. International Nursing Perspectives; 5(2), 61-71.
- Zanfrini L (2004). *Sociologia delle migrazioni*. Bari; Laterza.

Ictus cerebrale: studio qualitativo su esperienze e bisogni dei caregivers informali

Paola Montanari¹, Valerio Dimonte²

¹Infermiera, Presidio Sanitario San Camillo, Ospedale Specializzato in Recupero e Rieducazione Funzionale, Torino

²Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino

Corrispondenza: paola.montanar1@alice.it

RIASSUNTO

Introduzione Nel nostro paese l'ictus cerebrale rappresenta una delle principali cause di invalidità. Circa l'80% dei sopravvissuti ritorna a casa e più di un terzo di questi, a un anno dalla dimissione, è dipendente da uno o più caregivers informali. Con questo studio qualitativo ci siamo proposti di investigare le esperienze vissute dai familiari di pazienti colpiti da ictus e ricoverati presso un centro di riabilitazione, sia durante la degenza sia dopo il rientro a domicilio, al fine di identificare i loro bisogni più importanti e aspetti dell'assistenza che potrebbero essere meglio presidiati da parte degli operatori sanitari.

Materiali e metodi L'indagine è stata condotta, mediante interviste narrative, su un campione di caregivers formato da due gruppi di familiari: di pazienti in prossimità della dimissione e di pazienti dimessi da non più di sei mesi da un centro riabilitativo torinese di II livello.

Risultati Dall'analisi delle testimonianze raccolte sono emerse sette categorie tematiche che descrivono le esperienze dei familiari intervistati a partire dall'insorgenza della malattia. Bisogni impliciti ed espliciti dei caregivers sono aspetti trasversali a tutte le categorie; tra le criticità individuate risultano particolarmente rilevanti la comunicazione con il personale sanitario e la preparazione in vista della dimissione a domicilio del malato.

Conclusioni I risultati ottenuti indicano una serie di interventi che possono essere attuati per migliorare la presa in carico dei caregivers; tra questi, il monitoraggio dei bisogni specifici, la valutazione delle risorse individuali e sociali, la preparazione all'assunzione del ruolo tramite interventi educativi e supporto psicologico durante l'iter ospedaliero e l'organizzazione di un follow-up che garantisca la continuità assistenziale.

Parole chiave: ictus, disabilità, caregivers, familiari dei pazienti

Stroke survivors: a qualitative study on experiences and needs of informal caregivers

ABSTRACT

Introduction In Italy stroke is one of the major causes of disability. About 80% of survivors are discharged home, and one year after discharge more than one third of them require the assistance of one or more informal caregivers. The purpose of this qualitative study was to examine the experiences of family carers of stroke patients, both during hospitalization and after discharge, in order to identify their most important needs and key aspects of care which could be better managed by health professionals.

Materials and methods The survey was conducted, using narrative interviews, on a sample composed by two groups of caregivers: family members of patients close to be discharged and family members of patients discharged home less than six months before from a stroke rehabilitation center in Turin.

Results The analysis of the interviews led to the identification of seven main themes which highlight the difficulties experienced by the caregivers and their implicit and explicit needs. Two major problems that emerged from these themes were poor communication with medical staff and lack of preparation for the caregiving role at home.

Conclusions The results obtained indicate a number of issues that should be considered by health care professionals in order to improve the assistance provided to family caregivers of stroke survivors; they include monitoring of specific needs, assessment of individual and social resources, training for the new caring role with educational interventions, emotional support during hospitalization and follow-up plans that ensure continuity of care.

Key words: stroke survivors, disability, caregivers, family carers

INTRODUZIONE

In Italia l'ictus cerebrale è la prima causa di disabilità nella popolazione adulta e anziana. Si stima che ogni anno si verifichino più di 195.000 nuovi casi; in base a dati sulla popolazione del 2001, il numero di soggetti che hanno avuto un ictus e sono sopravvissuti con esiti più o meno invalidanti è pari a circa 913.000. A un anno dall'evento acuto, oltre un terzo dei sopravvissuti presenta ancora un grado di disabilità elevato, con una limitazione nelle attività della vita quotidiana che li rende totalmente dipendenti (SPREAD, 2007).

Al termine della degenza ospedaliera i pazienti colpiti da ictus rientrano per la maggior parte a casa, dove ad assumere l'onere dell'assistenza e il ruolo di *caregiver* sono prevalentemente i loro familiari. L'impatto del carico assistenziale su questi *caregivers* informali è dirimpente. Dopo l'insorgenza della malattia e il ricovero durante la fase acuta, che provocano chiaramente alti livelli di stress, la dimissione a domicilio è uno dei punti più critici del loro percorso (Cook et al., 2006; Grant et al., 2004; Greenwood et al., 2009a, b; Kerr, Smith, 2001; McKeivitt et al., 2004; Pringle et al., 2008; Smith et al., 2004).

L'osservazione del personale di reparto rappresenta la principale fonte di addestramento per i *caregivers*. I più giovani spesso danno inoltre inizio a un processo di autoformazione sulla malattia avvalendosi di persone reduci da esperienze simili, internet, libri o riviste, mentre i più anziani tendono a delegare la gestione delle informazioni ai figli (Brereton, Nolan, 2000, 2002; Smith et al., 2008b). La nuova condizione comporta in genere un cambiamento radicale rispetto a stile di vita e dinamiche familiari, a cui le persone anziane si possono adattare più facilmente perché vedono l'instaurarsi di condizioni di dipendenza come naturale decorso della senilità (Cook et al., 2006; Grant et al., 2004; Ostwald et al., 2009; Smith et al., 2004).

L'impegno richiesto dall'attività di *caregiving* a domicilio è comunque ingente, implicando in molti casi anche l'assunzione di ruoli che prima appartenevano alla persona malata. Prendersi cura del malato può costituire una fonte di soddisfazione e gratificazione, ma fattori come la preoccupazione per la sua salute, il carico dell'assistenza, l'incertezza rispetto al futuro o alle proprie capacità e competenze, la gestione della casa e l'isolamento sociale hanno come conseguenze comuni la mancanza di tempo libero e un marcato peggioramento della qualità della vita; possono inoltre provocare ansia, depressione, disturbi del sonno, irritabilità, con un deterioramento generale del benessere psicofisico del *caregiver* che può a sua volta ripercuotersi negativamente sulle condizioni

dell'assistito (Coombs, 2007; Draper, Broklehurst, 2007; Franzèn-Dahlin et al., 2007; Green, King, 2009; Greenwood et al., 2009b; Han, Haley, 1999). In genere si instaurano gradualmente meccanismi di adattamento, con la consapevolezza di dovere accettare il supporto di altri membri della famiglia e di dovere combattere l'isolamento sociale (Bakas et al., 2004; Mackenzie et al., 2007; Pierce et al., 2009; Wiles et al., 1998). La presenza di problemi fisici, una scarsa conoscenza dell'ictus e l'associazione di giovane età e sesso femminile sono predittori negativi della salute psichica dei *caregivers*, mentre una percezione positiva della propria salute ed età avanzata sono predittori positivi (Franzèn-Dahlin et al., 2007; Larson et al., 2008). Il deterioramento del funzionamento psicosociale del *caregiver* dal primo al terzo anno dopo la dimissione a domicilio è correlato al peggioramento delle condizioni del paziente, alla presenza di deficit cognitivi e alla presenza di figli in giovane età (Steiner et al., 2008; Suh et al., 2005; Visser-Meily et al., 2005).

Dallo scenario delineato appare evidente la necessità di considerare con grande attenzione, nel quadro generale dell'assistenza fornita ai pazienti colpiti da ictus, il ruolo svolto dai familiari e l'evoluzione dei loro bisogni (Han, Haley, 1999; McKeivitt et al., 2004). In Italia gli studi sinora pubblicati sull'argomento sono scarsi. Con questa indagine, condotta nel contesto di uno dei principali centri riabilitativi di Il livello di Torino, ci siamo quindi proposti di investigare le esperienze vissute dai familiari che assumono le funzioni di *caregivers*, allo scopo di descrivere le loro principali difficoltà ed esigenze e di identificare aspetti dell'assistenza che potrebbero essere gestiti in maniera più efficace dagli operatori sanitari.

MATERIALI E METODI

Lo studio, con disegno qualitativo, è stato condotto su un campione propositivo formato da due gruppi di *caregivers*: di pazienti in prossimità della dimissione a domicilio (gruppo 1) e di pazienti dimessi a domicilio da non più di sei mesi (gruppo 2) da un centro riabilitativo torinese di Il livello specializzato in recupero e rieducazione funzionale.

I pazienti sono stati reclutati in base alla diagnosi di ictus definita dalle linee guida SPREAD (2007), adottando i criteri di inclusione riportati nella **Tabella 1**. Per ogni paziente è stata quindi individuata la persona che, dal momento dell'insorgenza della malattia, se ne era maggiormente occupata durante il ricovero e prevedeva di farlo anche dopo la dimissione (gruppo 1) o che si era prevalentemente assunta il carico dell'assistenza dopo il rientro a domicilio (gruppo 2).

Le testimonianze di questi *caregivers* informali sono

Tabella 1. Criteri di inclusione dei pazienti

Diagnosi di ictus, definito come improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale; la definizione comprende infarto ischemico, infarto emorragico, emorragia intracerebrale primaria e alcuni casi di emorragia subaracnoidea – sono esclusi quelli che si manifestano con cefalea e <i>rigor nuchalis</i> senza o con incompleto deficit della vigilanza (SPREAD, 2007)
Assenza di ictus precedenti nell'anamnesi remota
Autonomia nelle attività della vita quotidiana prima dell'evento ictus
Assenza di patologia psichiatrica o demenza prima dell'evento ictus
Presenza di un <i>caregiver</i> informale di riferimento appartenente al nucleo familiare o amicale
Gruppo 1: dimissione a domicilio dal dicembre 2009 al marzo 2010
Gruppo 2: dimissione a domicilio dal luglio al dicembre 2009

state raccolte utilizzando un'intervista narrativa (Atkinson, 2002) che comportava una domanda di apertura, diversa per ciascuno dei due gruppi (**Tabella 2**), e una serie di domande-stimolo mirate a rendere più facile e completo il racconto delle esperienze vissute (**Tabella 3**). Durante i colloqui non sono state poste restrizioni alla partecipazione dei pazienti. Le interviste, audioregistrate e trascritte, sono state esaminate secondo il metodo di Giorgi (1985) assu-

mendo come unità di analisi le frasi degli intervistati. Il metodo prevede, esercitando il *bracketing* durante tutte le fasi: lettura e riletture delle trascrizioni, riascolto delle registrazioni per verificare la correttezza delle trascrizioni, orizzontalizzazione, creazione di una lista di unità descrittive successivamente revisionata per eliminare ripetizioni e ridondanze, raccolta delle unità descrittive in categorie tematiche, revisione delle categorie tematiche e relazione di

Tabella 2. Domande di apertura dell'intervista

Gruppo 1	Mi può raccontare come ha vissuto l'esperienza della malattia del/della Sig./Sig.ra X durante il ricovero, in particolare durante la riabilitazione e in vista della dimissione, dal punto di vista degli elementi positivi e negativi?
Gruppo 2	Mi può raccontare come ha vissuto l'esperienza della malattia del/della Sig./Sig.ra X durante il ricovero in ospedale e nel centro riabilitativo, e in particolare durante i primi mesi dopo il ritorno a casa, dal punto di vista degli elementi positivi e negativi?

Tabella 3. Domande di stimolo e supporto poste durante l'intervista

- Mi racconti come è insorta la patologia e come ha trascorso la degenza in ospedale durante la fase acuta. Quali sono stati i suoi sentimenti, angosce, paure, difficoltà, bisogni e come li ha superati o cercato di farlo?
- Mi racconti come ha trascorso la degenza presso il centro riabilitativo. Quali sono stati i suoi sentimenti, angosce, paure, difficoltà, bisogni e come li ha superati o cercato di farlo?
- Crede di avere avuto, in previsione della dimissione, bisogni per i quali non c'è stata una risposta adeguata? Se sì, quali (informazioni, supporto emotivo, addestramento)?
- Mi può dire qualcosa in merito al suo rapporto con il personale di reparto?
- Riesce a individuare alcuni aspetti positivi di questa esperienza?
- Quali risorse personali ha utilizzato per affrontare questa esperienza?
- Che cosa la preoccupa del futuro?
- Come ha/avete trascorso i primi giorni a casa? (Solo gruppo 2)
- Come ha/avete trascorso i primi mesi a casa? (Solo gruppo 2)

Tabella 4. Caratteristiche degli intervistati

	Gruppo 1	Gruppo 2
Maschi	1 (1 figlio)	2 (1 fratello e 1 marito)
Femmine	9 (4 mogli, 1 compagna e 5 figlie)	8 (7 mogli e 1 figlia)
Età media (anni)	56 (range 27-75)	64 (range 52-75)
Età media dei pazienti assistiti (anni)	73 (range 48-86)	70 (range 57-84)

ognuna con la totalità delle stesse per acquisire una panoramica generale del fenomeno in studio.

I *caregivers* sono stati reclutati fino al raggiungimento della saturazione dei dati, ottenuta con 11 interviste per il gruppo 1 e 10 interviste per il gruppo 2; le caratteristiche essenziali degli intervistati sono riassunte nella **Tabella 4**.

I contenuti emersi sono stati sottoposti all'attenzione dei partecipanti, che ne hanno confermato la congruenza con il proprio vissuto. La partecipazione all'indagine è stata di carattere volontario, con ri-

chiesta di un consenso informato scritto; i dati raccolti sono stati trattati in maniera anonima.

RISULTATI

L'analisi dei dati ha portato all'identificazione di sette categorie tematiche, elencate nella **Tabella 5** con le unità descrittive più rilevanti, che forniscono una sintesi delle complesse esperienze vissute dai familiari intervistati. I temi individuati sono emersi dai racconti di tutti i partecipanti, anche se con importanza relativa variabile, e vengono qui esposti insieme a cita-

Tabella 5. Categorie tematiche e unità descrittive

Categorie tematiche	Unità descrittive
L'ictus e la sua insorgenza	<ul style="list-style-type: none"> • Impatto iniziale dell'evento traumatico • Riconoscimento di segni e sintomi
L'esperienza ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> • Esperienza dell'evoluzione clinica dell'ictus in fase acuta • Esperienza dell'evoluzione clinica dell'ictus in fase riabilitativa • Comunicazione e relazione con il personale sanitario • Incertezze e paure prima della dimissione • Percezione dell'ambiente circostante
Il ritorno a casa	<ul style="list-style-type: none"> • Da un ambiente protetto a uno non protetto • Difficoltà pratiche e risoluzione dei problemi • Rapporti con istituzioni e servizi territoriali • Percezione del peso del ruolo e delle nuove responsabilità • Preoccupazioni per il futuro
L'impatto con il cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiamenti cognitivi/comportamentali del paziente • Problemi di comunicazione con il paziente afasico • Cambiamenti nella vita quotidiana • Perdita e cambiamento dei ruoli
I bisogni espliciti	<ul style="list-style-type: none"> • Informazione e comunicazione • Incoraggiamento e spazi personali • Preparazione alla dimissione e supporto emotivo
Il ruolo <i>in itinere</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Incoraggiamento e spinta all'autonomia • Assistenza • Protezione e organizzazione
Le risorse personali	<ul style="list-style-type: none"> • Rete familiare • Forza personale • Confronto con situazioni peggiori

zioni significative tratte dalle trascrizioni delle interviste. Le citazioni sono accompagnate da riferimenti che specificano età e gruppo di appartenenza del caregiver (1 o 2) e la sua relazione di parentela con il paziente; viene inoltre indicato, come misura del grado di disabilità del paziente, il punteggio dell'indice di Barthel (BI) al momento dell'intervista. L'indice valuta, su una scala da 0 (totalmente dipendente) a 100 (totalmente indipendente), l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane (Mahoney, Barthel, 1965); punteggi alti non escludono la presenza di deficit cognitivi che rendono comunque necessaria l'assistenza dei caregivers.

L'ictus e la sua insorgenza

In generale le testimonianze raccolte sottolineano come l'insorgenza repentina della malattia rappresenti un evento traumatico, con un forte impatto iniziale e senza il tempo necessario per adattarsi alla nuova condizione.

“È stato traumatico perché una persona che stava benissimo fino alla sera prima... Il giorno dopo non c'è più... Non è più lui. All'inizio ho pensato al peggio e mi sono augurata che non accadesse; adesso non so dire se ho fatto bene... Perché è la qualità di vita la cosa più importante e non so lui che qualità di vita abbia...” (gruppo 1, figlia, 51 anni; BI = 15).
 “Ti senti cadere addosso un masso...” (gruppo 1, compagna, 48 anni; BI = 100).

Emerge inoltre la confusione e l'ignoranza sia rispetto ai fattori di rischio sia per quanto riguarda segni e sintomi, che talvolta si sono manifestati senza essere propriamente riconosciuti.

“Per me è stato uno shock incredibile vedere mia moglie in quello stato lì... Non avrei mai pensato che l'ipertensione potesse causare una emorragia cerebrale così estesa e fare di questi danni...” (gruppo 2, marito, 63 anni; BI = 15).

“Quello che abbiamo notato è che si comportava come una persona ubriaca perché pendeva dal lato sinistro... Vedevamo che c'era qualcosa di strano, ma pensavamo che fosse un po' brillo... Così abbiamo aspettato fino al giorno dopo ad andare in Pronto Soccorso...” (gruppo 1, figlia, 27 anni; BI = 95).

L'esperienza ospedaliera

Durante l'intero percorso ospedaliero i familiari intervistati hanno dovuto fronteggiare peggioramenti e miglioramenti della situazione clinica, interagire con il personale sanitario e prepararsi alla dimissione del malato. Dai loro racconti emergono i bisogni di informazione e di assicurazione e le preoccupazioni che insorgono con l'avvicinarsi della fine della degenza.

Nella maggior parte dei casi il periodo iniziale corrisponde a quello più denso di eventi stressanti, mentre il passaggio alla degenza riabilitativa viene vissuto positivamente come una fase di rilassamento.

“I primi dieci giorni sono stati bruttissimi perché continuava a fare esami su esami ed è tutto un mistero, non sai bene che cosa succederà... Nessuno ti dice nulla... Li ho vissuti con molta ansia, di sapere che cosa fosse successo e perché, se sarebbe guarito o no, se sarebbe potuto ricapitare, mi sentivo impreparata... Cadi giù da un burrone... Uno scombussolamento unico...” (gruppo 1, figlia, 27 anni; BI = 95).

“La fase brutta è stata all'inizio, poi abbiamo visto che stava meglio e che partecipava alla riabilitazione e quindi anche noi ci siamo sentiti più tranquilli...” (gruppo 1, moglie, 71 anni; BI = 95).

Nel quadro delle difficoltà incontrate nel corso del ricovero ospedaliero assumono un'importanza rilevante la relazione e le modalità di comunicazione con il personale sanitario; appaiono evidenti sia il desiderio di vedere riconosciuto fin dall'inizio il proprio ruolo, sia l'esigenza di ricevere informazioni più chiare e complete. A questo proposito, gli infermieri vengono spesso identificati come tramite fra i familiari del paziente e i medici del reparto.

“Quando ti senti dire ‘guardi che suo marito potrebbe restare attaccato a una macchina’ sono veramente momenti terribili... Poi parli con uno e con l'altro e c'è quello che te le spiattella lì, altri che invece hanno un po' più di tatto... Anche se dicono la stessa cosa però la prendi in modo diverso...” (gruppo 2, moglie, 52 anni; BI = 80).

“Quando arriva il medico a parlare con il paziente fanno uscire la moglie o il parente, però sono io che poi lo devo guardare alla fine, quindi è con me che deve parlare...” (gruppo 2, moglie, 52 anni; BI = 80).

“Ho parlato un paio di volte con un infermiere e sono rimasto soddisfatto, anche se è stato abbastanza generico e mi ha poi inviato alla dottoressa...” (gruppo 2, fratello, 56 anni; BI = 95).

L'avvicinarsi della dimissione a domicilio alimenta poi incertezze e paure rispetto al futuro, che includono timori riguardo alla propria capacità di prendersi cura del malato; l'insicurezza risulta chiaramente più marcata nelle testimonianze dei familiari di pazienti con maggiore disabilità residua o afasia.

“Ho paura che ricapiti... Ho paura di non riuscire a tenerlo bene, di non capirlo... Io la sera quando torno a casa dopo non averlo capito sto male, non riesco a mangiare nulla e la notte non ci dormo. E io devo stare bene perché se non sto bene io dove andiamo a finire?” (gruppo 1, moglie, 75 anni; BI = 15).

Il ritorno a casa

Il ritorno a casa, con il passaggio da un ambiente protetto a un ambiente non protetto, è un momento estremamente delicato, che pone tutta una serie di difficoltà pratiche legate alla mancanza di autonomia del malato e alla necessità di affrontare e risolvere problemi ed emergenze. I *caregivers* intervistati esplicano la percezione del peso di questo nuovo ruolo e delle nuove responsabilità.

“Il rientro a domicilio è stato traumatico... Perché ci si sente meno protetti... Poi si stabilisce una routine... Sono io che ho deciso di portarlo a casa, però non è facile anche perché noi siamo ignoranti in materia...” (gruppo 2, moglie, 75 anni; BI =15).

“Un giorno si è otturato il catetere... Lui urlava e si lamentava. Era un weekend... Gli infermieri dell’ADI non c’erano, ho chiamato la Guardia Medica ma mi hanno detto di chiamare il 118. Al 118 mi hanno detto che lo avrebbero portato al Pronto Soccorso, così ho chiamato un’infermiera dell’ospedale di riabilitazione e lei ha risolto il problema. Poi il lunedì ho chiamato l’urologo che è venuto a vederlo a casa, ma non avevo capito che era una visita privata... E ho dovuto pagare...” (gruppo 2, moglie, 75 anni; BI =15).

“Lui pretende in tutto e quello alla fine mi stanca e mi stressa... Certe volte sono proprio sfinita... Devo stargli dietro in tutto; diciamo che il malato è lui, ma la più disagiata sono io...” (gruppo 2, moglie, 68 anni; BI =95).

L’impatto con il cambiamento

Il rientro a casa comporta anche la necessità di confrontarsi con le conseguenze che la malattia determina nell’andamento della vita quotidiana. In molti casi cambiano la personalità o alcuni tratti psicologici del malato, la divisione dei compiti e le relazioni all’interno del nucleo familiare, a volte con aspetti positivi.

“Io quello che ho trovato, il primo impatto di venire a casa, è stata questa diversità di vita... Abbiamo dovuto cambiare alloggio e ti scambussola un po’ tutto... Il fatto di non avere più le tue cose dove eri abituato, cambiare completamente abitudini, cambiare il proprio modo di vita...” (gruppo 2, marito, 63 anni; BI = 15).

“Adesso è diventato sensibilissimo, prima mi prendeva in giro perché a me basta vedere un film o qualcosa un po’ così che mi vengono le lacrime, adesso non mi prende più in giro...” (gruppo 2, moglie, 52 anni; BI = 80).

“Ho perso il mio cuoco... Adesso tocca fare tutto a me. Anche quello vuol dire tanto perché prima ci dividevamo un po’ i lavori, adesso ti trovi tutto sulle tue spalle e, oltre al normale, devi anche accudire un’altra persona. Ad esempio, mentre lui cucinava io fa-

cevo altre cose così poi avevamo un po’ di tempo per stare tranquilli insieme...” (gruppo 2, moglie, 52 anni; BI = 80).

“Da quando lui ha avuto questo ictus è come se fossero cambiati un attimino i rapporti tra di noi... Lui si è trovato una famiglia che non ha mai avuto...” (gruppo 2, fratello, 56 anni; BI = 95).

Riemergono implicitamente i bisogni di informazione e preparazione alle nuove circostanze. In particolare, a enormi difficoltà e grave senso di frustrazione vanno incontro i familiari che devono affrontare i problemi di comunicazione con le persone affette da afasia.

“Non è pesante fargli tutti i lavori quanto mi distrugge il fatto di non capirlo... Lui si arrabbia, io mi arrabbio, ci arrabbiamo entrambi... Quando mi vuole dire una cosa e io ne capisco un’altra... È una cosa insormontabile...” (gruppo 2, moglie, 75 anni; BI =15).

I bisogni espliciti

Tra i bisogni riferiti dagli intervistati ha una posizione preminente l’esigenza di ottenere informazioni, specialmente sulla prognosi e sulla gestione generale della persona colpita da ictus. Rispetto a questo tema è diffusa la percezione di una comunicazione non adeguata con gli operatori sanitari.

“Poi non so se a volte io lo aiuto a dirgli così... Non so lui in questo momento come è all’interno... Se ne risente, se è debole, se invece magari apprezza o se si dà forza... Non riesco a capire, forse sbaglio, dovrei forse parlargli di quello che è successo e chiedergli ‘ma tu hai capito cosa ti è successo?’... Ho paura che poi stia peggio e quindi finora non ho mai affrontato l’argomento e ho cercato di tirarlo su...” (gruppo 1, figlia, 27 anni; BI = 95).

“Poi ti parlano tutti di corsa con queste terminologie mediche... E tu capisci, che ne so, il 10% di quello che ti dicono... Ci ho messo del tempo a capire la differenza fra trombo, ictus, ischemia... Uno mi diceva una cosa, uno me ne diceva un’altra... Usare un’unica parola può invece aiutare a capire...” (gruppo 1, compagna, 48 anni; BI = 100).

“Farebbe piacere qualche parola in più anche da parte dei medici... Perché non è facile... Ti cambia tutta la vita... Quando vai a casa sei tu che devi gestire tutto: la pressione ad esempio. Anche sull’alimentazione mai nessuno mi ha detto nulla...” (gruppo 2, moglie, 52 anni; BI = 80).

Alla necessità di sapere si collega il desiderio di essere maggiormente coinvolti, rassicurati, incoraggiati, aiutati. Alcuni suggeriscono la partecipazione attiva a una preparazione graduale in vista della dimissione del malato ed esprimono il bisogno di condividere le proprie esperienze e difficoltà.

“Avrei voluto più parole di incoraggiamento... So

che avrò bisogno di un po' di spazio anche per me..." (gruppo 1, moglie, 66 anni; BI = 35).

"Magari ogni tanto fare una riunione con le persone che hanno questi problemi, con una persona che spiega e sente i problemi di uno e dell'altro... Per capire se solo la tua persona è così, se è normale o no, per confrontarsi con gli altri che sono nella tua stessa situazione... Perché io sono andata su internet, ma non è mai la stessa cosa, non è come parlare con qualcuno..." (gruppo 2, moglie, 52 anni; BI = 80).

Il ruolo in itinere

Dalle narrazioni degli intervistati traspare un ruolo attivo di sostegno e una profonda empatia nei confronti del malato, sia nel periodo della degenza ospedaliera sia dopo il ritorno a casa, con una divisione dei compiti all'interno dei nuclei familiari più ampi. La spinta verso il massimo recupero possibile rappresenta uno dei compiti principali che i *caregivers* si assumono. "Il discorso che gli faccio sempre è questo: 'non fermarti perché i miglioramenti ci sono e ci possono ancora essere, tu tentaci perché dipende anche dalla tua volontà e dalla tua forza d'animo; e fino a dove tu puoi arrivare non ti preoccupare che ci sono io, perché devi tornare a essere autonomo, devi combattere'..." (gruppo 2, fratello, 56 anni; BI = 95).

Le risorse personali

Le risorse personali a cui si ricorre per affrontare la situazione includono il supporto da parte di altri familiari, il confronto con situazioni simili o peggiori e la forza individuale, talvolta vacillante, che viene utilizzata per superare i momenti di sconforto.

"Sei tu che devi affrontare la cosa, trovare la forza dentro di te per fare coraggio alla persona che è stata colpita da qualsiasi tipo di malattia, devi dare forza; ma a volte questa forza sembra venire meno... Anche tu hai bisogno ogni tanto di qualcuno che ti dia la forza per trasmetterla all'altro..." (gruppo 1, compagna, 48 anni; BI = 100).

DISCUSSIONE

I temi emersi dai racconti dei partecipanti all'indagine riassumono gli aspetti dominanti delle loro esperienze e ne evidenziano i principali bisogni impliciti ed espliciti.

Il manifestarsi improvviso dell'ictus, paragonato a "un masso che ti cade addosso", sconvolge l'equilibrio del nucleo familiare e genera considerazioni sulla qualità della vita della persona malata e interrogativi rispetto al futuro che difficilmente trovano risposte. Risulta inoltre preoccupante il fatto che segni e sintomi tipici di un ictus o di un TIA (attacco ischemico transitorio) in alcuni casi non siano stati ri-

conosciuti, dato di cui bisognerebbe tenere conto nell'ottica della prevenzione primaria e secondaria (Smith et al., 2004).

Il ricovero ospedaliero rappresenta un evento stressante per i *caregivers* (Cook et al., 2006; Smith et al., 2004), associato a una sensazione di grande incertezza: si inizia a percepire quali potrebbero essere le conseguenze a lungo termine della malattia, ma ci si confronta con qualcosa che non si conosce. Si ricercano quindi chiarimenti e indicazioni nelle parole dei vari professionisti sanitari, che spesso vengono però percepiti come poco inclini a rispondere alle richieste dei familiari e poco disposti a coinvolgerli durante le visite e le attività assistenziali. In merito all'argomento "informazioni" si riscontra una certa eterogeneità di opinioni, che potrebbe dipendere dalle differenze rispetto alla gravità delle condizioni del paziente e dalla variabilità in termini di contesti di provenienza e aspettative degli intervistati. Il bisogno di migliorare la comunicazione con il personale sanitario emerge comunque in maniera chiara dalla maggior parte delle testimonianze raccolte, che segnalano notizie drastiche date con poco tatto, carenza di incoraggiamenti, scarsa uniformità dei ragguagli forniti dai diversi operatori; molte sottolineano anche le difficoltà derivate dalla terminologia troppo specialistica utilizzata dal personale medico e infermieristico, che può determinare una comprensione parziale di informazioni importanti (Pierce et al., 2009; Wiles et al., 1998). Il ruolo degli infermieri nell'ambito del soddisfacimento dei bisogni informativi dei *caregivers* appare in modo marginale e, in linea con la letteratura consultata, non sono riportati interventi specifici (Brereton, Nolan, 2000, 2002).

Durante la fase riabilitativa i miglioramenti divengono quotidianamente tangibili (Kerr, Smith, 2001), ma in vista della dimissione la paura di ritrovarsi da soli ad affrontare situazioni complesse è tra le principali fonti di ansia per i *caregivers*. Ritornare a casa significa rientrare nel proprio ambiente e superare ostacoli di natura pratica, organizzativa ed economica assumendosi nuove responsabilità. Gestire i problemi assistenziali e prevenire le potenziali complicanze della malattia sono fattori di primaria importanza alla luce delle difficoltà incontrate dopo il rientro a domicilio: è quindi essenziale che la pianificazione delle dimissioni tenga conto delle problematiche che si potrebbero presentare per ogni singolo paziente e preveda il coinvolgimento dei *caregivers* nella conoscenza della nuova condizione di disabilità.

Come indicano anche diversi studi condotti in altri paesi, deficit cognitivi e comportamentali sono conseguenze dell'ictus talvolta poco evidenti agli occhi dei familiari durante l'ospedalizzazione, tanto da ve-

nir definiti come “disabilità invisibile”, ma dopo il ritorno a casa possono generare la sensazione di convivere con un estraneo ed errori di gestione (Coombs, 2007; Grant et al., 2004; Kerr, Smith, 2001). Particolarmente devastante, per i *caregivers* dei pazienti che ne sono affetti, è l’impatto dell’afasia (Bakas et al., 2004; Ski, O’Connel, 2007). La malattia determina cambiamenti sostanziali all’interno delle relazioni familiari che possono avere risvolti positivi, come il rafforzamento di alcuni legami, ma che in generale sono accompagnati da una profonda sensazione di perdita, con la necessità di far fronte alla depressione e al senso di inutilità che la nuova condizione di disabile genera nel malato (Cook et al., 2006; Coombs, 2007; Green, King, 2009; Hunt, Smith, 2004; Smith et al., 2004). Molto dipende da età, supporto da parte di altri membri della famiglia, situazione lavorativa, autonomia nei trasporti e predisposizione a ricoprire il ruolo (Ko et al., 2007); tutti aspetti che dovrebbero concorrere alla valutazione globale del nucleo familiare del paziente.

I bisogni riferiti esplicitamente dai *caregivers* riguardano principalmente l’esigenza di ricevere informazioni su evoluzione della patologia, questioni di natura pratica inerenti la vita quotidiana, attività di controllo dei parametri vitali, puntualità della terapia, dieta, prevenzione secondaria, atteggiamenti da tenere con il malato. Molti sono espressi dai familiari di pazienti già rientrati a domicilio, mentre quelli del primo gruppo riportano soprattutto il bisogno di incoraggiamento. Ciò significa che chi deve ancora affrontare la dimissione potrebbe non essere pienamente consapevole della necessità di una preparazione adeguata; non significa dunque che un *caregiver* che non chiede aiuto non ne abbia in realtà bisogno.

I *caregivers* sentono la necessità di comunicare le proprie difficoltà e di essere ascoltati. In questo senso propongono possibili interventi mirati a migliorare la presa in carico delle persone che si trovano nella loro situazione: incontri con esperti pronti a rispondere alle domande dei familiari dei pazienti e dove ci si possa confrontare “tra pari” per condividere ansie, paure e dubbi, colloqui con psicologi per acquisire strategie di *coping*, preparazione graduale alla dimissione e organizzazione del follow-up con un maggiore coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari sono tutte iniziative che trovano riscontri positivi in letteratura (Pierce et al., 2004; Smith et al., 2008a; Visser-Meily et al., 2005).

Un altro aspetto importante emerso dall’analisi delle interviste condotte è il ruolo svolto in termini di spinta verso il recupero dell’autonomia; i *caregivers* devono essere incoraggiati a mantenere un atteggiamento di sostegno che sia congruente con le condizioni clini-

che del paziente, senza trasformarsi in accanimento o in completa rassegnazione e sostituzione al malato laddove non vi siano reali possibilità di recupero.

CONCLUSIONI

Il limite principale dello studio è riconducibile al fatto di aver reclutato due diversi gruppi di *caregivers*, a discapito di un disegno longitudinale (Han, Haley, 1999; McKeivitt et al., 2004); tale scelta ha comunque permesso di esplorare sia l’esperienza vissuta durante il ricovero ospedaliero del paziente (gruppi 1 e 2) sia l’esperienza del periodo immediatamente successivo al suo rientro a domicilio (gruppo 2). La presenza del malato durante la conduzione di alcune interviste potrebbe avere inficiato la completezza dei racconti. L’età dei partecipanti, come quella dei pazienti, è molto variabile e può avere influenzato la percezione dell’esperienza nella sua totalità (Smith et al., 2008b); un’altra caratteristica non omogenea è il grado di disabilità residua dei pazienti.

Le interviste esaminate contribuiscono a fornire un quadro più chiaro della situazione dei familiari che si prendono cura di una persona colpita da ictus, utile alla riflessione sugli interventi che possono essere attuati per rispondere ai loro bisogni e per alleviare il peso del ruolo che svolgono. I *caregivers* informali rappresentano una risorsa preziosa all’interno del tessuto sociale, che dovrebbe essere valorizzata sin dall’inizio del loro complicato percorso. La malattia del paziente è anche quella del suo *caregiver*, sia per l’aspetto emozionale correlato alla disabilità sia per tutte le mansioni di cui un *caregiver* si assume progressivamente la responsabilità.

Tra le maggiori criticità emerse vi sono le carenze rispetto alla relazione con il personale sanitario e alla preparazione in vista della dimissione a domicilio del malato; criticità che devono essere superate per garantire che i *caregivers* possano ricoprire il loro ruolo nel migliore dei modi. Bisognerebbe quindi riconoscere ufficialmente la necessità di prendere in carico anche le esigenze dei familiari dei pazienti, effettuando interventi educativi *in itinere* e prestando più attenzione ai processi di comunicazione, in termini sia quantitativi sia qualitativi, per evitare di peggiorare ulteriormente una situazione già di per sé traumatizzante a livello emotivo. Sarebbe inoltre necessario assicurare una maggiore continuità tra ospedale e territorio, potenziando i collegamenti tra i diversi servizi, e programmare follow-up per monitorare l’evoluzione dei bisogni dei *caregivers* e rinforzare quanto da loro appreso durante la degenza ospedaliera del malato.

Il personale infermieristico si trova in una posizione privilegiata per valutare le esigenze dei *caregivers*;

per esplorare quali siano le loro preoccupazioni nella fase che precede la dimissione del paziente, l'impatto con il cambiamento conseguente, il mutamento dei ruoli all'interno della famiglia, le risorse individuali e sociali, le conoscenze in merito alla malattia, le competenze in ambito assistenziale, le capacità di risoluzione dei problemi; per pianificare percorsi personalizzati volti ad accompagnarli nell'assunzione dei nuovi compiti. Dal momento dell'accoglienza gli infermieri dovrebbero individuare le principali persone di riferimento da coinvolgere durante l'iter del ricovero, in particolar modo quello riabilitativo; dovrebbero dedicarsi, ed essere messi nelle condizioni di farlo, alla preparazione progressiva dei familiari in vista del ritorno a casa del paziente e a favorire un confronto "tra pari". Anche incontri dei familiari con il team multidisciplinare al completo potrebbero essere un valido intervento di sostegno. Per prevenire il *burnout* dovrebbe inoltre essere offerto con tempestività un supporto psicologico.

Un *caregiver* preparato e sostenuto emotivamente sarà sicuramente una persona in grado di utilizzare in maniera più efficace i servizi disponibili sul territorio e di prendersi cura in maniera più appropriata del malato. Se il futuro dei sistemi sanitari è il potenziamento della comunità e delle sue risorse, anche chi assiste direttamente i pazienti all'interno del nucleo familiare dovrebbe essere maggiormente considerato e aiutato. Dalle interviste raccolte non sono emerse particolari aspettative rispetto a interventi specifici di presa in carico condotti da infermieri. A maggior ragione, prendere per mano i *caregivers* e accompagnarli con competenza lungo un percorso di supporto potrebbe rappresentare un nuovo ambito d'azione della professione infermieristica da rimuovere dall'elenco delle numerose azioni invisibili.

BIBLIOGRAFIA

- Atkinson R (2002) *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bakas T, Austin JK, Jessup SL et al. (2004) *Time and difficulty of tasks provided by family caregivers of stroke survivors*. J Neurosci Nurs, 36 (2), 95-106.
- Brereton L, Nolan M (2000) "You do know he's had a stroke, don't you?" *Preparation for family care-giving - the neglected dimension*. J Clin Nurs, 9 (4), 498-506.
- Brereton L, Nolan M (2002) "Seeking": *a key activity for new family carers of stroke survivors*. J Clin Nurs, 11 (1), 22-31.
- Coombs UE (2007) *Spousal caregiving for stroke survivors*. J Neurosci Nurs, 39 (2), 112-119.
- Cook AM, Pierce LL, Hicks B et al. (2006) *Self-care needs of caregivers dealing with stroke*. J Neurosci Nurs, 38 (1), 31-36.
- Draper P, Brocklehurst H (2007) *The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study*. J Clin Nurs, 16 (2), 264-271.
- Franzén-Dahlin A, Larson J, Murray V et al. (2007) *Predictors of psychological health in spouses of persons affected by stroke*. J Clin Nurs, 16 (5), 885-891.
- Giorgi A (1985) *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press, Pittsburgh.
- Grant JS, Glandon GL, Elliott TR et al. (2004) *Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge*. Int J Rehabil Res, 27 (2), 105-111.
- Green TL, King KM (2009) *Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: a descriptive qualitative study*. Int J Nurs Stud, 46 (9), 1194-1200.
- Greenwood N, Mackenzie A, Cloud GC et al. (2009a) *Informal primary carers of stroke survivors living at home - challenges, satisfaction and coping: a systematic review of qualitative studies*. Disabil Rehabil, 31 (5), 337-351.
- Greenwood N, Mackenzie A, Wilson N et al. (2009b) *Managing uncertainty in life after stroke: a qualitative study of the experience of established and new informal carers in the first 3 months after discharge*. Int J Nurs Stud, 46 (8), 1122-1133.
- Han B, Haley WE (1999) *Family caregiving for patients with stroke: review and analysis*. Stroke, 30 (7), 1478-1485.
- Hunt D, Smith JA (2004) *The personal experience of carers of stroke survivors: an interpretative phenomenological analysis*. Disabil Rehabil, 26 (16), 1000-1011.
- Kerr SM, Smith LN (2001) *Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving*. Clin Rehabil, 15 (4), 428-436.
- Ko JY, Aycock DM, Clark PC (2007) *A comparison of working versus nonworking family caregivers of stroke survivors*. J Neurosci Nurs, 39 (4), 217-225.
- Larson J, Franzén-Dahlin A, Billing E et al. (2008) *The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patients' stroke event: a longitudinal study*. Int J Nurs Stud, 45 (2), 257-265.
- Mackenzie A, Perry L, Lockhart E et al. (2007) *Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring*. Disabil Rehabil, 29 (2), 111-121.
- Mahoney FI, Barthel D (1965) *Functional evaluation: the Barthel Index*. Md State Med J, 14, 56-61.
- McKevitt C, Redfern J, Mold F et al. (2004) *Qualitative studies of stroke: a systematic review*. Stroke, 35 (6), 1499-1505.
- Ostwald SK, Bernal MP, Cron SG et al. (2009) *Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation*. Top Stroke Rehabil, 16 (2), 93-104.

- Pierce LL, Steiner V, Govoni AL et al. (2004) *Caregivers dealing with stroke pull together and feel connected*. J Neurosci Nurs, 36 (1), 32-39.
- Pierce LL, Steiner V, Pitzten H et al. (2009) *Caregivers' experience: bimonthly participation in a year-long research interview process*. J Neurosci Nurs, 41 (4), 225-232.
- Pringle J, Hendry C, McLafferty E (2008) *A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers*. J Clin Nurs, 17, 2384-2397.
- Ski C, O'Connell B (2007) *Stroke: the increasing complexity of carer needs*. J Neurosci Nurs, 39 (3), 172-179.
- Smith LN, Lawrence M, Kerr SM et al. (2004) *Informal carers' experience of caring for stroke survivors*. J Adv Nurs, 46 (3), 235-244.
- Smith J, Forster A, House A et al. (2008a) *Information provision for stroke patients and their caregivers*. Cochrane Database Syst Rev, 2, CD001919.
- Smith SD, Gignac MA, Richardson D et al. (2008b) *Differences in the experiences and support needs of family caregivers to stroke survivors: does age matter?* Top Stroke Rehabil, 15 (6), 593-601.
- SPREAD, Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (2007) *Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento*. V edizione. Consultato gennaio 2010, disponibile all'indirizzo: http://www.spread.it/files/SPREAD_ext.pdf
- Steiner V, Pierce L, Drahuschak S et al. (2008) *Emotional support, physical help and health of caregivers of stroke survivors*. J Neurosci Nurs, 40 (1), 48-54.
- Suh M, Kim K, Kim I et al. (2005) *Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross sectional survey*. Int J Nurs Stud, 42 (6), 611-618.
- Visser-Meily A, van Heugten C, Post M et al. (2005) *Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review*. Patient Educ Couns, 56 (3), 257-267.
- Wiles R, Pain H, Buckland S et al. (1998) *Providing appropriate information to patients and carers following a stroke*. J Adv Nurs, 28 (4), 794-801.

Indagine osservazionale sui bisogni educativi dei pazienti asmatici

Livia Pisati

Infermiera, Struttura Complessa di Oncologia, Ospedale Alessandro Manzoni, Presidio Ospedaliero di Lecco

Corrispondenza: latalpacesira@yahoo.it

RIASSUNTO

Introduzione Anche se numerosi studi clinici mostrano come un buon controllo dell'asma sia ottenibile per la maggioranza dei pazienti affetti dalla malattia, nella pratica questo obiettivo è lontano dall'essere raggiunto. Le ragioni possono essere molteplici, ma le cause principali includono la mancata aderenza al trattamento e una scarsa conoscenza della malattia da parte del paziente. Scopo di questa indagine è valutare il livello delle conoscenze relative alla malattia e ai suoi trattamenti in un campione di pazienti asmatici, al fine di identificarne i bisogni educativi.

Materiali e metodi L'indagine è stata condotta, utilizzando un questionario autosomministrato a risposte multiple, su un campione formato da 80 pazienti di età superiore ai 18 anni, afferiti al Servizio di Allergologia Generale dell'Azienda Ospedaliera di Lecco dal giugno al settembre 2009 per una prima diagnosi di asma o per visite di follow-up.

Risultati L'analisi delle risposte ottenute indica che per la maggior parte i pazienti inclusi nello studio sanno in generale che cos'è l'asma e che cosa avviene nelle vie aeree durante un attacco acuto; nel complesso appaiono invece carenti le conoscenze riguardo alle terapie farmacologiche fondamentali e alle loro modalità di impiego, con potenziali ripercussioni negative sulla *compliance*.

Conclusioni I dati emersi dall'indagine evidenziano la necessità di interventi educazionali mirati a fornire ai pazienti asmatici maggiori informazioni sui trattamenti utilizzati, per migliorare le loro capacità di gestione della malattia e coinvolgerli attivamente nel patto terapeutico.

Parole chiave: asma, controllo dell'asma, pazienti asmatici, bisogni educativi, interventi educazionali, assistenza infermieristica

Observational study on the educational needs of asthmatic patients

ABSTRACT

Introduction Although many studies show that good asthma control is possible for the majority of people affected by the disease, in clinical practice this goal is often not achieved. The reasons may be countless, but the most common causes include patients' lack of compliance and poor knowledge of the disease. The purpose of this survey was to evaluate the level of knowledge about the disease and its treatment among a group of asthmatic patients, in order to identify their educational needs.

Materials and methods The survey was conducted, using a self-administered multiple choice questionnaire, on a sample of 80 patients over 18 years old who attended the Allergy Department at the Hospital of Lecco between June and September 2009 for a first diagnosis of asthma or a follow-up visit.

Results The analysis of the data suggests that overall the patients enrolled knew what asthma is and what happens in the airways during an acute attack; on the other hand, many of them appeared to have inadequate knowledge of asthma medication use, with potential negative consequences on adherence to treatment.

Conclusions The results of the survey point out the need for educational interventions aimed at providing more information on asthma treatment, to improve patients' ability to participate actively in the management of the disease.

Key words: asthma, asthma control, asthmatic patients, educational needs, educational interventions, nursing

INTRODUZIONE

L'asma può essere definita come una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da un aumento della reattività bronchiale, che si manifesta con episodi ricorrenti di broncocostrizione diffusa associati a dispnea, respiro sibilante e tosse. Gli attacchi, di gravità variabile, spesso si risolvono spontaneamente o dopo terapia appropriata (GINA, 2006, 2011). L'asma costituisce un importante problema di salute pubblica a livello mondiale; si stima che ne soffrano circa 300 milioni di persone, e che le morti causate dalla malattia siano pari a circa 250.000 ogni anno (Beasley, 2004; Masoli et al., 2004).

Le linee guida internazionali per il trattamento dell'asma prevedono l'uso di farmaci "di fondo" e di farmaci sintomatici. I primi, che comprendono antinfiammatori (in particolare corticosteroidi) e broncodilatatori beta2 agonisti a lunga durata d'azione, devono essere assunti quotidianamente a lungo termine, anche in assenza di sintomi, e hanno lo scopo di mantenere la malattia sotto controllo clinico. I farmaci sintomatici, come i beta2 agonisti a breve durata d'azione, sono invece quelli da utilizzare al bisogno, che agiscono alleviando rapidamente la broncocostrizione e i sintomi acuti che l'accompagnano (GINA, 2006, 2011).

Nella maggior parte dei casi un impiego corretto dei farmaci oggi disponibili può permettere di ottenere un buon controllo della malattia, inteso sia come diminuzione delle sue manifestazioni cliniche sia in termini di riduzione del rischio di esacerbazioni, rallentamento del declino della funzione polmonare e sicurezza del trattamento (GINA, 2006, 2011). Per molti pazienti asmatici questo obiettivo rimane però lontano dall'essere raggiunto, soprattutto a causa di una conoscenza insufficiente della malattia e dei farmaci utilizzati e di una scarsa aderenza alle terapie prescritte (Bender, 2009; Kips, Pauwels, 2000; Laforest et al., 2009).

Questa indagine si è quindi proposta di valutare, mediante un questionario autosomministrato, le conoscenze rispetto alla malattia e ai principali farmaci impiegati per il suo trattamento di un gruppo di pazienti assistiti presso il Servizio di Allergologia dell'Azienda Ospedaliera di Lecco, al fine di identificare i loro bisogni educativi.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta su un campione formato da 80 pazienti adulti di ambo i sessi, alla prima diagnosi di asma o con malattia già nota, afferiti al Servizio di Allergologia dell'Azienda Ospedaliera di Lecco nel periodo compreso tra il 26 giugno e l'11 settembre 2009; sono stati arruolati nello studio solo

i pazienti che non avevano in precedenza mai frequentato corsi educativi sull'asma.

Lo strumento utilizzato è l'Asthma Behaviour Change (ABC) Questionnaire, validato da uno studio monocentrico della durata di 3 anni condotto in Francia presso l'Ospedale Universitario di Montpellier (Trebuchon et al., 2009); la versione tradotta in lingua italiana, sottoposta alla verifica di un revisore esterno, è riportata nell'**Allegato 1**. Il questionario comprende 45 domande a risposta multipla che si articolano in 9 item: 7 riguardano i comportamenti del malato di fronte a diverse situazioni cliniche, dall'assenza di sintomi all'attacco d'asma grave, mentre 2 valutano in maniera più diretta le cognizioni rispetto alla fisiopatologia e ai trattamenti farmacologici della malattia. Il questionario è stato distribuito dagli infermieri del Servizio di Allergologia, che avevano il compito di spiegare lo scopo dell'indagine ai pazienti e di raccogliergli il consenso informato. Per la compilazione i pazienti avevano a disposizione fino a 30 minuti in un ambiente confortevole e tranquillo; al termine, per rispetto della privacy i questionari sono stati imbucati in un'urna chiusa dagli stessi pazienti.

RISULTATI

Le caratteristiche generali degli 80 pazienti (43 maschi e 37 femmine) che hanno risposto al questionario durante il periodo di osservazione della durata di 15 settimane sono riassunte nella **Tabella 1**. Il campione risulta in buona parte composto da soggetti con un basso livello di istruzione, prevalentemente lavoratori dipendenti o pensionati, con un'età media piuttosto elevata; molti soffrivano d'asma già da diversi anni.

Le tabelle successive illustrano le risposte ottenute per una serie di domande tratte dal questionario e volte a verificare le conoscenze dei pazienti riguardo agli aspetti fisiopatologici basilari della malattia e alle terapie farmacologiche più comunemente utilizzate. A questo proposito, il quadro che emerge dalla **Tabella 2** indica che la grande maggioranza dei partecipanti all'indagine sa che l'asma è una malattia delle vie aeree di natura infiammatoria (80%) e di origine non infettiva (71,2%), con episodi acuti legati a una riduzione della pervietà dei bronchi (85%); correttamente, circa due terzi dei pazienti non associano inoltre gli attacchi d'asma ad altre condizioni patologiche come l'edema polmonare.

Nel complesso appare invece nettamente più basso il livello di informazione sui principali farmaci utilizzati nel trattamento della malattia (**Tabella 3**), in termini sia di modalità di impiego sia di possibili effetti collaterali. Per esempio, sono meno della metà i pazienti che escludono un rischio di dipendenza fisica

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti inclusi nello studio

Sesso (maschi – femmine)	43-37
Età media (anni)	52,5 (range 18-84)
Titolo di studio:	
• licenza scuola media inferiore	52
• diploma scuola media superiore	24
• laurea	4
Attività lavorativa:	
• disoccupato	9
• dipendente	39
• libero professionista	8
• pensionato	24
Pazienti con asma già nota	75
Pazienti con asma di nuova diagnosi	5
Durata media della malattia nei pazienti con asma già nota (anni)	12,8 (range 1-38)

Tabella 2. Conoscenza della malattia

Domande	Risposte fornite dai pazienti*		
	Si	No	Non so
L'asma è un'infezione dei bronchi?	64 (80,00%)	7 (8,75%)	9 (11,25%)
L'asma è una malattia infettiva dei bronchi?	14 (17,50%)	57 (71,25%)	9 (11,25%)
L'asma è una dilatazione dei bronchi?	13 (16,25%)	56 (70,00%)	11 (13,75%)
Durante un attacco d'asma si forma acqua nei polmoni?	5 (6,25%)	52 (65,00%)	23 (28,75%)
Durante un attacco d'asma i bronchi si restringono?	68 (85,00%)	2 (2,50%)	10 (12,50%)

*Sono evidenziate le caselle corrispondenti alle risposte corrette

Tabella 3. Conoscenza dei trattamenti farmacologici

Domande	Risposte fornite dai pazienti*		
	Si	No	Non so
Quando si usano costantemente i corticosteroidi per inalazione causano un aumento di peso?	27 (33,75%)	27 (33,75%)	26 (32,50%)
I broncodilatatori per inalazione provocano una dipendenza fisica?	13 (16,25%)	39 (48,75%)	28 (35,00%)
L'azione dei broncodilatatori per inalazione dura 8 ore?	28 (35,00%)	24 (30,00%)	28 (35,00%)
L'uso a lungo termine di corticosteroidi per inalazione è pericoloso?	35 (43,75%)	18 (22,50%)	27 (33,75%)
Un corticosteroide per inalazione dovrebbe essere usato per un massimo di 2 settimane?	19 (23,75%)	46 (57,50%)	15 (18,75%)
Un corticosteroide per inalazione dovrebbe essere usato per almeno un mese?	25 (31,25%)	35 (43,75%)	20 (25,00%)
Un corticosteroide per inalazione dovrebbe essere sempre usato prima di uno sforzo fisico?	18 (22,50%)	44 (55,00%)	18 (22,50%)
Un corticosteroide per inalazione evita l'uso ripetuto di un broncodilatatore?	43 (53,75%)	24 (30,00%)	13 (16,25%)
Un corticosteroide per inalazione dovrebbe essere usato nel caso di un attacco d'asma?	52 (65,00%)	18 (22,50%)	10 (12,50%)
Dovrei sempre avere con me un corticosteroide per inalazione per usarlo nel caso di un attacco d'asma?	55 (68,75%)	15 (18,75%)	10 (12,50%)

*Sono evidenziate le caselle corrispondenti alle risposte corrette

con i broncodilatatori beta2 agonisti o che indicano come inferiore alle 8 ore la durata d'azione del salbutamolo (assunto come farmaco esemplificativo nel questionario), mentre molti sono incerti sulle potenziali conseguenze negative correlate all'uso dei corticosteroidi per via inalatoria. Per quanto riguarda in particolare questa ultima classe di farmaci, sono relativamente pochi (31,2%) i pazienti che ritengono di doverli assumere a lungo termine, per almeno un mese, e ancora meno sono quelli che hanno le idee chiare sul loro utilizzo nel caso di un attacco d'asma. Le incertezze sulla necessità di seguire regolarmente una terapia di fondo a lungo termine con corticosteroidi per inalazione sono ribadite dai dati esposti nella **Tabella 4**, che si riferiscono ai comportamenti da tenere dopo una riacutizzazione lieve che non comporta una limitazione delle normali attività (vedi **Allegato 1**). Anche se le percentuali dei pazienti che rispondono correttamente sono alte, rimane comunque preoccupante la quota di coloro che su questo punto forniscono risposte non corrette o non sanno rispondere.

Come mostra infine la **Tabella 5**, di fronte a un attacco d'asma grave la maggior parte dei partecipanti si rivolgerebbe giustamente a un Pronto Soccorso o a un medico senza ricorrere a ulteriori somministrazioni di broncodilatatori per via inalatoria se questi si sono già dimostrati inefficaci. Sono però solo circa un terzo i pazienti che altrettanto correttamente assumerebbero corticosteroidi per bocca.

DISCUSSIONE

L'analisi dei dati raccolti nel corso dell'indagine ha evidenziato la presenza di carenze conoscitive che riguardano principalmente le proprietà e le modalità di impiego dei farmaci di uso più comune e i comportamenti volti a evitare le situazioni che determinano esacerbazioni della malattia. Queste carenze possono essere almeno in parte attribuite alle caratteristiche del campione esaminato, costituito in prevalenza da pazienti di età medio-alta con un livello culturale modesto. Più in generale una conoscenza insufficiente dei trattamenti, a cui consegue una *compliance* inadeguata, può essere legata all'andamento episodico della malattia e alla complessità della terapia, che in molti casi si basa sull'uso di più farmaci. Nell'asma fasi sintomatiche si alternano a periodi di remissione durante i quali i pazienti possono sospendere l'assunzione dei farmaci prescritti considerandosi erroneamente non più malati; oppure i pazienti possono decidere di interrompere i trattamenti perché ritengono troppo complicato il loro regime terapeutico (Bender, 2009). Un altro fattore importante è ovviamente la scarsità delle informazioni fornite dai professionisti sanitari, che spesso dedicano troppo poco tempo all'educazione dei pazienti asmatici.

Come per altre malattie croniche, un controllo ottimale dell'asma può essere raggiunto solo se i pazienti sono messi nelle condizioni di collaborare con i medici e gli infermieri che li assistono e di svolgere

Tabella 4. Comportamento dopo una riacutizzazione che non compromette le attività quotidiane

Domande	Risposte fornite dai pazienti*		
	Sì	No	Non so
Prendo il farmaco che mi è stato prescritto tutti i giorni, mattina e sera?	57 (71,25%)	7 (8,75%)	6 (7,50%)
Prendo il farmaco che mi è stato prescritto solo la sera?	18 (22,50%)	53 (66,25%)	9 (11,25%)
Prendo il farmaco che mi è stato prescritto in maniera irregolare?	19 (23,75%)	55 (68,75%)	6 (7,50%)

*Sono evidenziate le caselle corrispondenti alle risposte corrette

Tabella 5. Comportamento nel caso di un attacco d'asma grave

Domande	Risposte fornite dai pazienti*		
	Sì	No	Non so
Prendo un cortisonico in pastiglie?	26 (32,50%)	39 (48,75%)	15 (18,75%)
Vado al Pronto Soccorso o chiamo un medico?	57 (71,25%)	16 (20,00%)	7 (8,75%)
Prendo altri 2 puff del mio broncodilatatore che sicuramente mi farà stare meglio?	46 (57,50%)	22 (27,50%)	12 (15,00%)
Faccio un bagno caldo per rilassarmi?	4 (5,00%)	60 (75,00%)	16 (20,00%)

*Sono evidenziate le caselle corrispondenti alle risposte corrette

un ruolo attivo nella gestione della malattia. Ciò presuppone lo sviluppo e il rinforzo continuo della relazione tra malati e operatori sanitari. A tale scopo, questi ultimi dovrebbero indagare il grado di accettazione della malattia da parte del paziente, la sua percezione dello stato di malato, la sua capacità di monitorare l'evoluzione della malattia e le risposte ai trattamenti e di usare in maniera appropriata i farmaci, con l'organizzazione di piani di cura personalizzati. Sono infatti numerosi i pazienti in cui un atteggiamento negativo nei confronti della propria condizione si ripercuote sulla *compliance*, o quelli che valutano il controllo dell'asma come buono o discreto anche quando le sue manifestazioni cliniche sono causa di evidenti limitazioni nelle attività quotidiane. Gli operatori dovrebbero inoltre prestare attenzione alla qualità della comunicazione: una mancata comprensione delle informazioni ricevute genera frequentemente dubbi e paure sugli esiti della malattia o sui possibili effetti avversi dei farmaci, che possono agire da barriera alla ricezione di altre informazioni e ostacolare l'aderenza al trattamento. Al contrario, i pazienti a cui sono offerte indicazioni chiare e precise possono a loro volta fornire più facilmente indicazioni utili per eventuali aggiustamenti della terapia (Bender, 2009; GINA, 2006, 2011; Magar et al., 2005; van den Borne, 1998).

Per rispondere alle difficoltà e ai bisogni informativi dei pazienti asmatici è necessario attivare in maniera sistematica programmi di educazione all'asma, già avviati in diversi centri di allergologia. Nell'ambito di questi programmi gli infermieri possono assumere compiti educativi riguardo ad aspetti che comprendono: la ripresa dei concetti trattati dal medico sulle caratteristiche della malattia, sui fondamenti della terapia e su che cosa si intende per "controllo dell'asma"; l'approfondimento delle spiegazioni su quali sono i fattori scatenanti l'asma, come riconoscere le esacerbazioni della malattia, che cosa fare in caso di crisi acute, come stimare la gravità degli attacchi; l'insegnamento delle tecniche di inalazione dei farmaci e di misurazione del picco di flusso espiratorio e la verifica della loro correttezza; l'addestramento alla compilazione del diario giornaliero dei sintomi.

Interventi educazionali articolati, diretti anche ad accrescere la capacità del paziente di gestire le riacutizzazioni della malattia, possono avere effetti positivi che includono un miglioramento dell'aderenza al trattamento, dei sintomi, dei parametri clinici e della qualità della vita e una riduzione del ricorso ai servizi sanitari e dei ricoveri in Pronto Soccorso (Côté et al., 2001; GINA, 2006, 2011; Magar et al., 2005; Radeos et al., 2001).

CONCLUSIONI

I risultati di questa indagine sottolineano la necessità di implementare, presso il Servizio di Allergologia dell'Azienda Ospedaliera di Lecco come in altre strutture ospedaliere analoghe, iniziative strutturate di formazione dei pazienti asmatici. Per ottenere un buon controllo dell'asma è essenziale che i pazienti siano in grado di comprendere gli obiettivi del trattamento e le sue modalità di attuazione: emerge quindi evidente l'esigenza di organizzare programmi educazionali adeguati, all'interno dei quali il personale infermieristico può ricoprire un ruolo importante, mirati a migliorare le loro capacità di autogestione della malattia.

BIBLIOGRAFIA

- Beasley R (2004) *The global burden of asthma report, Global Initiative for Asthma (GINA)*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ginasthma.org2004>
- Bender B (2009) *Physician-patient communication as a tool that can change adherence*. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 103 (1), 1-2.
- Côté J, Bowie DM, Robichaud P et al. (2001) *Evaluation of two different educational interventions for adult patients consulting with an acute asthma exacerbation*. *Am J Respir Crit Care Med*, 163, 1415-1419.
- GINA, Global Initiative for Asthma (2006) *Strategia globale per la gestione e la prevenzione dell'asma*. Disponibile all'indirizzo: http://www.ginasthma.org/pdf/translations/GINARepor2006_Italian.pdf
- GINA, Global Initiative for Asthma (2011) *Global strategy for asthma management and prevention*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ginasthma.org>
- Kips JC, Pauwels RA (2000) *Asthma control: where do we fail?* *Eur Respir J*, 16 (5), 797-798.
- Laforest L, El Hasnaoui A, Pribil C et al. (2009) *Asthma patients' perception of their ability to influence disease control and management*. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 102 (5), 378-384.
- Magar Y, Vervloet D, Steenhouwer F et al. (2005) *Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients: "un souffle nouveau"*. *Patient Educ Couns*, 58 (1), 41-46.
- Masoli M, Fabian D, Holt S et al. (2004) *The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report*. *Allergy*, 59 (5), 469-478.
- Radeos MS, Leak LV, Lugo BP et al. (2001) *Risk factors for lack of asthma self-management knowledge among ED patients not on inhaled steroids*. *Am J Emerg Med*, 19 (4), 253-259.
- Trebuchon F, Duracinsky M, Chassany O et al. (2009) *Validation of a questionnaire for assessment of asthma patient knowledge and behaviour*. *Allergy*, 64 (1), 62-71.
- van den Borne HW (1998) *The patient from receiver of information to informed decision-marker*. *Patient Educ Couns*, 34 (2), 89-102.

Allegato 1. Questionario

Gentile Signora,
Egregio Signore,
stiamo conducendo un'indagine per esaminare e comprendere i bisogni educativi della persona asmatica. Tale indagine permetterà agli operatori sanitari dell'Ambulatorio di Allergologia dell'Azienda Ospedaliera di Lecco di preparare un corso di educazione per le persone con asma che spieghi come gestire in maniera ottimale la malattia, e quindi di migliorare i servizi e l'assistenza offerta. È infatti dimostrato che interventi educazionali possono dare al paziente motivazioni, abilità e fiducia nelle proprie capacità di mantenere sotto controllo la malattia.
Le chiediamo pertanto di aiutarci in questa indagine attraverso la compilazione del seguente questionario anonimo a risposte chiuse. Certi di una Sua preziosa collaborazione La ringraziamo per la partecipazione all'indagine.
Gli operatori sanitari dell'Ambulatorio di Allergologia

PRIMA PARTE

- Genere: Maschio Femmina
- Età:.....
- Attività lavorativa
 - Libero professionista
 - Dipendente
 - Disoccupato
 - Studente
 - Altro (specificare).....
- Titolo di studio
 - Licenza scuola elementare
 - Licenza scuola media inferiore
 - Diploma scuola media superiore
 - Laurea
 - Altro (specificare).....
- È la prima volta che fa degli accertamenti per l'asma? Sì No
- Se no, da quanto tempo sa di essere asmatica/o?.....

SECONDA PARTE

Un mese fa l'asma mi dava dei problemi e il medico mi ha prescritto un corticosteroide per inalazione da utilizzare tutti i giorni. Questo farmaco:

- Dovrebbe essere usato per un massimo di due settimane Sì No Non so
- Dovrebbe essere usato per almeno un mese Sì No Non so
- Dovrebbe essere sempre usato prima di uno sforzo fisico Sì No Non so
- È un cortisonico a basse dosi per uso locale Sì No Non so
- Evita l'uso ripetuto di un broncodilatatore (p.e. salbutamolo, Ventolin®) Sì No Non so
- Dovrebbe essere usato nel caso di un attacco d'asma Sì No Non so
- Diminuisce il numero di attacchi dopo alcune settimane di trattamento Sì No Non so
- Dovrei averlo sempre con me per usarlo nel caso di un attacco d'asma Sì No Non so

Da dieci giorni mi sento bene e l'asma non mi ha più dato problemi:

- Prendo il farmaco che mi è stato prescritto tutti i giorni, mattina e sera Sì No Non so
- Prendo il farmaco che mi è stato prescritto solo la sera Sì No Non so
- Prendo il farmaco che mi è stato prescritto in maniera irregolare Sì No Non so

Ho ripreso a svolgere attività fisica regolarmente, ma ogni tanto lo sforzo mi causa dei problemi:

- Prendo un broncodilatatore a breve durata d'azione per via inalatoria mezz'ora prima di fare esercizio fisico Sì No Non so
- Riduco l'attività fisica Sì No Non so

Da una settimana utilizzo sempre più spesso il mio broncodilatatore a breve durata d'azione per via inalatoria e la mia asma ogni tanto mi sveglia durante la notte:

- Raddoppio la dose del corticosteroide per inalazione (p.e. due puff al mattino e alla sera invece di uno) Sì No Non so
- Questi problemi sono legati alla stanchezza e alle mie preoccupazioni, passeranno Sì No Non so
- Prendo sistematicamente il broncodilatatore per inalazione all'ora di cena Sì No Non so
- Interrompo l'assunzione dei farmaci per inalazione perché sono responsabili di questi problemi Sì No Non so

I miei disturbi diventano sempre più frequenti (sia di notte sia di giorno) e decido di controllare il mio picco di flusso con un misuratore; è sotto il valore soglia indicato dal medico:

- Aumento l'uso del broncodilatatore a breve durata d'azione per via inalatoria Sì No Non so
- Aumento le dosi del corticosteroide per inalazione (p.e. due puff al mattino e alla sera invece di uno) Sì No Non so
- Non cambio il mio trattamento perché mi sento meglio Sì No Non so
- Controllo il mio picco di flusso espiratorio tutte le mattine e le sere per più giorni Sì No Non so
- Annoto il numero dei puff di broncodilatatore che uso nel corso della giornata Sì No Non so

Nonostante questi disturbi ho continuato a svolgere le mie attività, ma dato che mi mancava il fiato al minimo sforzo per avere sollievo ho dovuto prendere il broncodilatatore a breve durata d'azione per via inalatoria ogni due ore. Alla fine della giornata ho un attacco d'asma a casa:

- Mi metto a letto Sì No Non so
- Prendo il mio broncodilatatore a breve durata d'azione Sì No Non so
- Faccio delle inspirazioni più profonde per inalare aria Sì No Non so
- Mi piego in avanti Sì No Non so
- Evito qualsiasi sforzo fisico Sì No Non so
- Rallento il respiro espirando lentamente e poi uso il mio inalatore Sì No Non so

segue a pag e18

segue da pag e17

- Contatto il mio medico Sì No Non so
- Prendo un corticosteroide per inalazione Sì No Non so

Finalmente il mio attacco d'asma termina ed esausto vado a letto presto. Alle due di notte mi sveglio perché ho un altro attacco. Devo restare seduto per riuscire a respirare, ma respiro male, il mio broncodilatatore non mi aiuta a stare meglio, faccio fatica a parlare e il mio cuore batte rapidamente:

- Prendo un cortisonico in pastiglie Sì No Non so
- Vado al Pronto Soccorso o chiamo un medico Sì No Non so
- Prendo altri due puff del mio broncodilatatore che sicuramente mi farà stare meglio Sì No Non so
- Faccio un bagno caldo per rilassarmi Sì No Non so

L'asma:

- È un infiammazione dei bronchi Sì No Non so
- È una malattia infettiva dei bronchi Sì No Non so
- È una dilatazione dei bronchi Sì No Non so
- Durante un attacco d'asma si forma acqua nei polmoni Sì No Non so
- Durante un attacco d'asma i bronchi si restringono Sì No Non so

Il trattamento dell'asma:

- Quando si usano costantemente i corticosteroidi per inalazione causano un aumento di peso Sì No Non so
- I broncodilatatori per inalazione provocano una dipendenza fisica Sì No Non so
- Di solito i corticosteroidi per inalazione sono di colore blu Sì No Non so
- I broncodilatatori per inalazione allargano i bronchi Sì No Non so
- L'azione dei broncodilatatori per inalazione dura otto ore Sì No Non so
- L'uso a lungo termine di corticosteroidi per inalazione è pericoloso Sì No Non so

*Sono evidenziate le risposte corrette



CONTRIBUTI

Certificazione Iso 9001:2008 del Corso di laurea in Infermieristica

di Giuseppina Ledonne (1), Angelini Cristina (2), Bonetti Loris (3), Cattalani Manuela (4), Evicelli Ernesto (5), Pacciani Angela (6), Spotti Daniela (7)

(1) Coordinatore didattico della sezione del Corso di laurea in infermieristica, docente di Scienze infermieristiche generali e cliniche

(2) Referente interno qualità, tutor e docente di Scienze infermieristiche generali e cliniche

(3 - 7) Tutor e docente di Scienze infermieristiche generali e cliniche

Tutti gli autori lavorano presso il Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Azienda ospedaliera Polo Universitario Luigi Sacco

Corrispondenza: bonetti.loris@hsacco.it

Tutte le aziende che vogliono mantenersi competitive sul mercato devono puntare alla qualità: questo concetto è trasferibile in toto anche nel contesto sanitario, dove per natura le aziende erogano servizi essenziali e le risorse umane costituiscono l'elemento fondamentale (Lett, 2000). Quando si parla di qualità si rischia sempre di divagare e di attribuire ad essa i più diversi significati; in questa sede ci vogliamo riferire ad un processo:

- che miri a garantire la soddisfazione del cliente-utente;
- che incentivi un sistema di miglioramento continuo, nonché la verifica dei risultati;
- che nasca su base volontaria, in cui i dipendenti siano coinvolti in prima persona e quindi responsabili e responsabilizzati;
- che sia valutato da un ente riconosciuto (Baccillieri, 1999).

Il concetto di qualità per la formazione infermieristica rappresenta una novità nella forma ma non certo nella sostanza, in quanto fin dalla nascita delle scuole per infermieri esistevano già criteri di natura strutturale, filosofico-assistenziale e filosofico-educativa. Come affermano Boggio Gilot e Marmo (1999), le ragioni che spingono alla certificazione di qualità della formazione dei futuri professionisti della salute sono essenzialmente due: innanzi tutto una ragione economica, che trova le sue origini nel fatto che i sistemi sanitari sono costosi e devono funzionare con risorse limitate. È perciò importante garantire la qualità della formazione di coloro che andranno ad assistere perché la qualità dei professionisti diventa un investimento per la qualità dei servizi (Boggio Gilot, Marmo, 1999). La seconda ragione è invece di tipo sociale, in quanto nel panorama sanitario attuale il servizio pubblico è sempre più sollecitato a rendere conto ai suoi utenti di ciò che fa ed è quindi importante definire quali sono gli standard di prestazione professionale che ci si deve attendere da un nuovo professionista.

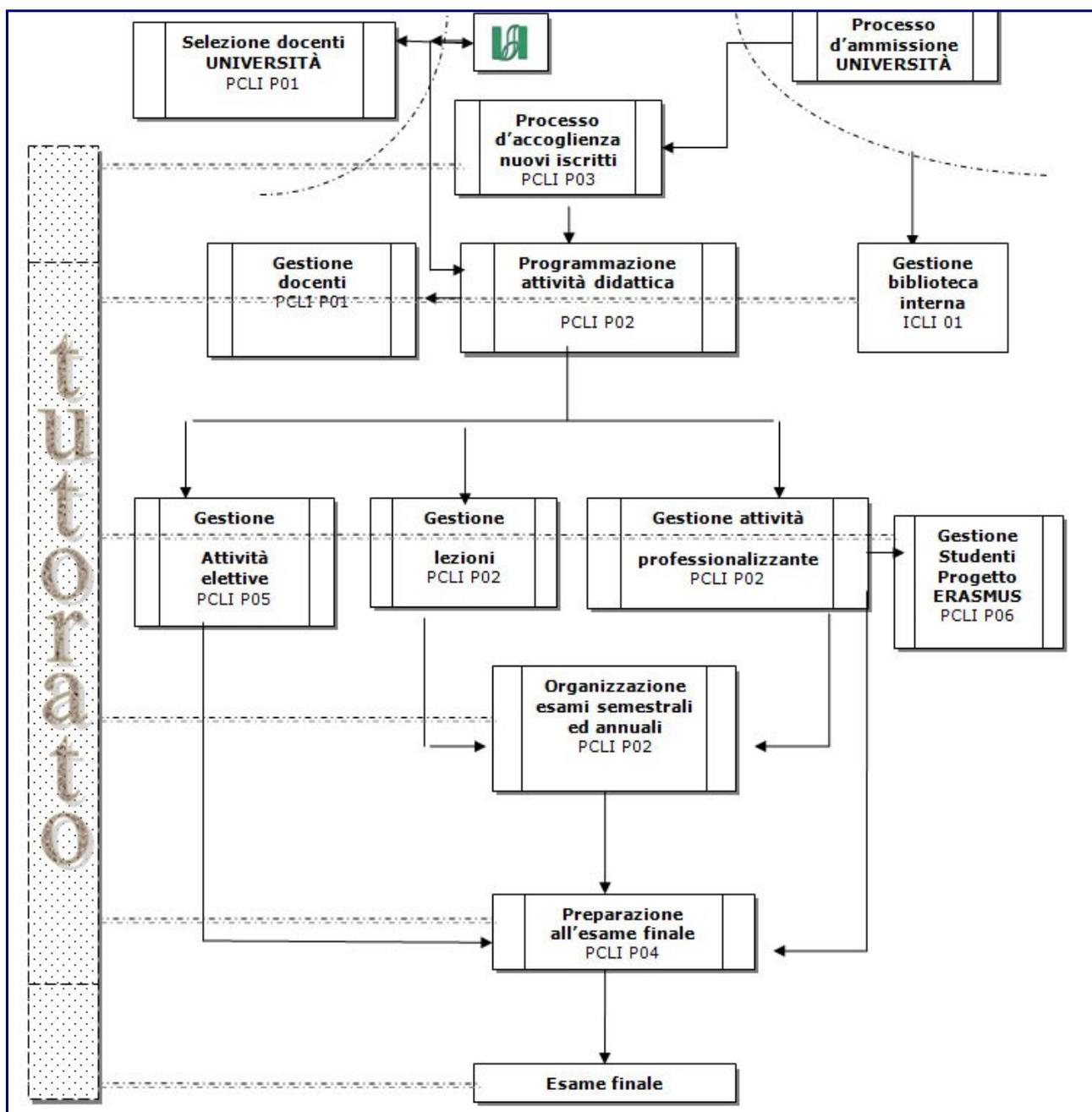
Lett (2000) sottolinea, in relazione a un'esperienza di certificazione di un Corso di laurea in infermieristica in Australia, come la certificazione Iso 9000 dia visibilità alla struttura che si certifica, poiché il sistema Iso è riconosciuto a livello mondiale come garanzia di una gestione di qualità dei servizi. Galletti e Rega (2008) pongono in primo piano come la certificazione Iso 9001:2000 dia l'opportunità di superare la logica dell'autoreferenzialità

poiché, prevedendo la valutazione di un ente esterno, si è in grado di attestare e garantire che il proprio prodotto didattico formativo viene messo in essere in un sistema di valutazione del percorso formativo che gode di una credibilità internazionale, che è confrontabile (Galletti, Rega, 2008). Sono in effetti molti i vantaggi offerti dai sistemi di certificazione Iso 9001:2000, unico riferimento di qualità accettato a livello internazionale: permettono di identificare la responsabilità degli operatori, rendendo espliciti gli impegni assunti con i loro clienti; garantiscono la standardizzazione dei processi e quindi un'erogazione controllata dei servizi; rendono evidenti le criticità, permettendo azioni correttive; danno la possibilità di evidenziare le eccellenze; sono strumenti di confronto e condivisione sia tra gli operatori che tra gli operatori e i loro clienti (Baranghini et al., 2002). Tutti questi vantaggi sono sottolineati da diverse esperienze in letteratura (Baccillieri, 1999; Baranghini, Trevisani et al., 2002; Galletti, Rega, 2008). In quest'ottica la sezione di Corso di laurea in infermieristica (Cli) dell'Università degli Studi di Milano, sede Azienda ospedaliera Polo Universitario L. Sacco, ha deciso di iniziare nel febbraio 2008 il percorso di certificazione Iso 9001:2000. Nel processo di certificazione intrapreso si è cercato di mettere al centro lo studente, con i suoi bisogni formativi e la soddisfazione delle sue attese, aspetto sicuramente importante, come suggerito da alcuni studi (Bernardi, Scalorbi et al., 2007). Lo scopo finale è garantire alti standard qualitativi nella formazione per assicurare agli utenti delle cure un professionista competente e preparato, quindi un servizio di qualità (Boggio Gilot, Marmo, 1999). Questo articolo ha lo scopo di presentare l'andamento degli indicatori costruiti per il processo di certificazione a due anni dalla stessa e sottolineare quali siano stati gli elementi di positività e le criticità incontrate.

Il nostro percorso

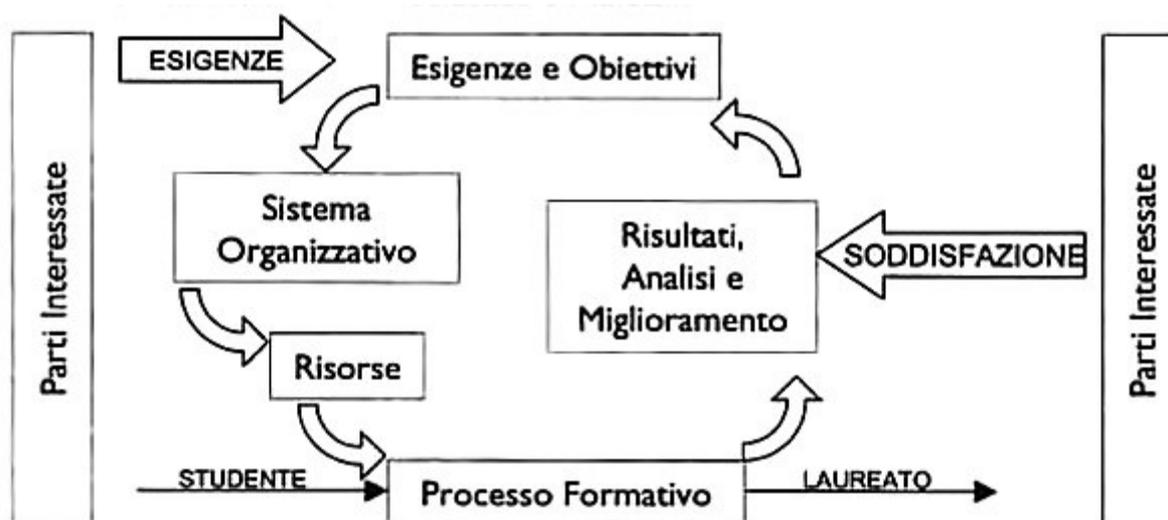
Il progetto di implementazione del Sistema di gestione per la qualità è stato attuato secondo una precisa pianificazione delle attività e delle responsabilità, con il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe e con il supporto dell'Uo Sistema qualità aziendale (con cui sono stati organizzati incontri di pre-audit) e con la verifica del Responsabile qualità aziendale. È stata implementata una mappatura dei processi principali di cui l'Uo è responsabile, con l'identificazione delle attività e delle specifiche responsabilità nelle diverse fasi, come descritto in procedure specifiche (**Figura 1**).

Figura 1 – Mappa dei processi primari



È stata attuata l'analisi del *sistema cliente-fornitore* con identificazione da un lato delle esigenze degli studenti quali *clienti primari* del Cli cui si deve rispondere, dall'altro dei requisiti che devono essere richiesti ai docenti e ai servizi centrali universitari quali *fornitori di prestazioni* fondamentali per garantire la qualità del servizio globale (**Figura 2**).

Figura 2 – Sistema di gestione per la qualità



Alla luce di queste analisi sono stati individuati indicatori specifici per il controllo e la gestione dei processi e il monitoraggio del servizio offerto. Il 1° dicembre 2008 è stata rilasciata la certificazione dall'ente esterno preposto, che ha suggerito di rivedere gli indicatori e precisare i processi con alcune istruzioni operative. A giugno 2009 vi erano già rilevazioni semestrali, che testimoniavano il buon andamento dei processi. Nel corso del 2009 sono stati individuati i piani di miglioramento che sarebbero andati ad incidere sulle non conformità individuate e sono state effettuate le prime rilevazioni degli indicatori che hanno portato alla verifica della loro utilità. Sono stati così introdotti nuovi concetti quali il miglioramento continuo e il monitoraggio della soddisfazione del cliente/studente ovvero, in sintesi, maggiori vantaggi interni e migliore gestione complessiva.

I quattro processi presenti nel nuovo approccio sono:

1. responsabilità della direzione: sancisce l'importanza che la direzione deve attribuire al Sistema qualità (Sq);
2. gestione delle risorse. Intesa come forte orientamento al personale, attenzione alla selezione, alle qualifiche e alla professionalità, allo sviluppo interno, allo studio delle potenzialità;
3. gestione dei processi. Il nuovo approccio, basato sui processi anziché sulle responsabilità gerarchiche, offre maggiore flessibilità all'organizzazione ed un maggiore coinvolgimento;
4. misurazioni, analisi e miglioramento: viene maggiormente evidenziata la logica del miglioramento continuo.

Sulla base di queste premesse sono state identificate le macroaree che rappresentano tutto l'ambito organizzativo ed operativo del Cli; per ogni area sono stati identificati degli indicatori che permettevano un monitoraggio costante del livello di raggiungimento degli obiettivi: nel 2010 abbiamo ottenuto un cruscotto di 29 indicatori. Le macroaree sono sei: attività svolte, apprendimento, organizzazione, qualità percepita, esito, monitoraggio post-laurea. La documentazione è stata aggiornata secondo le norme Uni En Iso 9001:2008 ed è stata confermata la certificazione il 13.10.2010.

Nel corso dell'anno 2010 è stato svolto un duplice lavoro:

- un'analisi della significatività e rappresentatività di ogni singolo indicatore, che ha portato alla eliminazione di alcuni di questi in quanto non rispondenti ai requisiti stabiliti;
- un confronto tra il target da noi identificato in letteratura e i dati in possesso dell'Università per le altre sezioni di Corso.

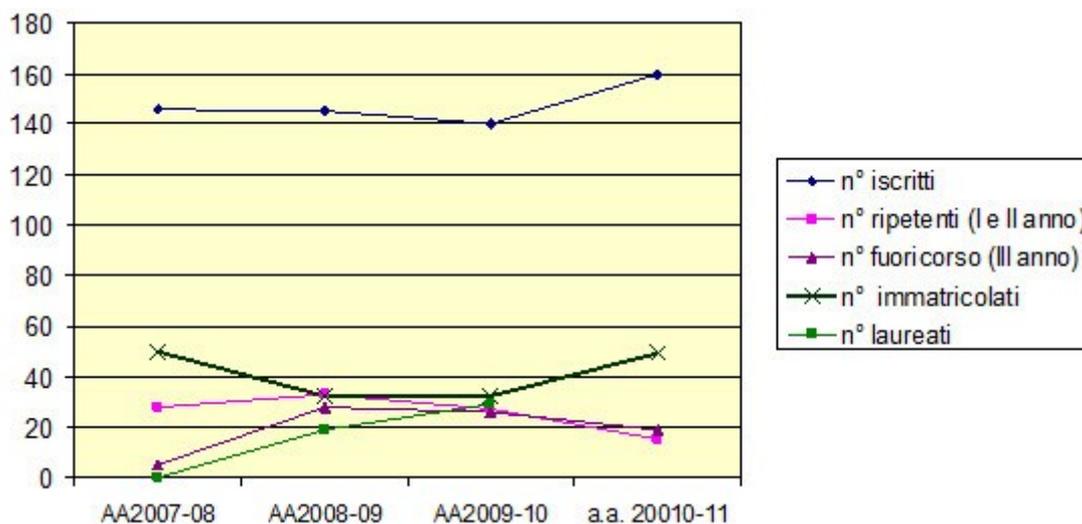
Tutta l'équipe si è attivata per tale obiettivo, partecipando ad un gruppo di miglioramento per la qualità dell'attività organizzativa e didattica interna al Cli, ricercando standard di riferimento cui tendere, più oggettivi e meno basati sullo storico, in quanto il nostro patrimonio si basava solo su valori riferiti a precedenti rilevazioni. Sono stati ricercati ed ottenuti dati sulla valutazione della didattica nelle altre sezioni di corso, grazie ai sistemi informativi universitari e ad un questionario somministrato ai Coordinatori delle altre 13 sezioni del Cli dell'Università degli Studi di Milano, consentendo un costruttivo confronto.

Risultati

Le rilevazioni semestrali ed annuali degli indicatori permettono di verificare l'andamento dei processi, segnalando i punti di forza e le eventuali criticità per le quali è opportuno un intervento.

Tale monitoraggio aveva evidenziato un trend in aumento del numero di iscritti, con un importante numero di ripetenti al I e II anno e fuori corso del III anno. L'attività dei tutor si è quindi concentrata su tale fenomeno e, grazie all'impegno costante nei confronti degli studenti, si è cercato di aiutarli a risolvere le criticità, con interventi mirati quali organizzazione di gruppi di pari (tra studenti) per lo studio e simulazioni d'esame. L'impegno ha dato buoni risultati con una riduzione del numero dei ripetenti e dei fuori corso nel 2010 (**Grafico 1**)

Grafico 1 – Indicatori di attività



Gli indicatori di *efficacia di apprendimento* (**Tabella 1**) considerano: la *media dei promossi agli esami*, che registra un miglioramento nell'a.a. 2009/10 e una lieve flessione nell'a.a. 2010/11, mantenendo una votazione media pari a 24/30; il *numero degli appelli sostenuti prima di superare l'esame* che risulta pari a 1,2 appelli (media sui tre anni di corso).

Tabella 1 – Indicatori di efficacia di apprendimento

INDICATORE	TARGET	AA 2008-09	AA 2009-10	AA 2010-11
Media dei promossi agli esami	≥ 60%	1° anno=62% 2° anno=84% 3° anno=92%	1° anno=91% 2° anno=95% 3° anno=90%	1°=84% 2°=87% 3°=78%
Votazione media riportata	≥ 23/30	24	24	24
Percentuale ripetenti (I e II anno)	≤ 40 %	33%	19%	16%
Media attesa per superare esami	≤ 3	1,6	1,7	1.2

Per quanto riguarda gli **indicatori di efficacia organizzativa**, visti i diversi eventi critici creati da taluni docenti fornitori di prestazioni di docenza (es. tempestività di avviso di rinvio di lezioni ed esami), sono stati creati indicatori specifici che hanno reso possibile monitorare nel tempo l'esito di interventi migliorativi tesi a ridurre i problemi. Gli indicatori *n. esami rinviati e n. lezioni rinviate senza preavviso* hanno registrato una diminuzione negli ultimi anni. Un indicatore denominato *efficacia docenti* valuta, attraverso una scheda elaborata appositamente con una scala da 1 a 10, la partecipazione a riunioni, la compilazione di documenti ed altri item ritenuti importanti. Altri indicatori valutano il *rispetto dei tempi di comunicazione ai docenti* da parte della sede formativa, il *n. medio di incontri tutoriali/studente*, quest'ultimo positivamente elevato (**Tabella 2**).

Tabella 2 – Indicatori di efficacia organizzativa

INDICATORE	TARGET	AA 2008-09	AA 2009-10	AA 2010-11
Reclami dagli studenti	≤ 1%	1%	0%	0%
Incontri tutoriali individuali per studenti	≥ 5	1° sem=5 2° sem=5	1° sem=5 2° sem=6	1° sem=4.3 2° sem=6
Esami rinviati senza preavviso	≤ 1	1° sem=0 2° sem=0	1° sem=0 2° sem=1	1° sem=0 2° sem=0
Lezioni rinviate senza preavviso	≤ 2	1° sem=0 2° sem=0	1° sem=1 2° sem=2	1° sem=2 2° sem=3
Incontri individuali per laureandi	≥ 1	2	2	1° sem=1 2° sem=2
Efficacia docenti	≥ 95%	92%	98%	98%
Rispetto tempi di comunicazione ai docenti	≥ 100%	1° sem=100% 2° sem=100%	1° sem=100% 2° sem=100%	1° sem=100% 2° sem=100%

Gli **indicatori di qualità percepita** vengono calcolati utilizzando i risultati ottenuti da apposite schede/questionari con una scala di valutazione da 1 a 10; tali indicatori riguardano la *valutazione del tirocinio* da parte degli studenti, che risulta positiva (valore medio 8/10) in tutti e tre gli anni di corso; la *valutazione dell'accoglienza al I anno*, con una valutazione positiva (8,5/10) costante negli anni. La valutazione della didattica effettuata dall'Università ha evidenziato un ottimo risultato per la sezione Cli Sacco a.a. 2009/10 pari a 7,42/10, rispetto alla media delle sezioni Cli pari a 7,17/10.

La valutazione espressa dagli studenti in merito all'insegnamento con la *teledidattica* è variabile, ma tendente a valori piuttosto negativi negli anni (valore medio di soddisfazione dell'apprendimento nell'ultimo anno pari a 5). Il monitoraggio effettuato ha permesso di chiedere ai docenti di ampliare il monte orario dedicato alla presenza dell'insegnante in aula; la valutazione di fatto è migliorare in quei corsi in cui tale presenza è aumentata. Anche la valutazione dell'*inglese*, che dall'a.a. 2009/10 è erogato con un corso on-line, è negativa.

Alcuni **indicatori di esito (Tabella 3)** valutano aspetti inerenti gli studenti, quali il *voto medio di laurea e il tasso di abbandono*, i cui valori si attestano su quelli del target da noi stabilito, ma sotto la media rispetto ai dati nazionali reperiti.

Tabella 3 – Indicatori di esito

INDICATORE	TARGET		AA2008-09	AA2009-10	AA2010-11
Tasso abbandono	≤ 18%	n° abbandoni/n° iscritti AA x 100	12%	18%	8%
Voto di laurea medio/AA	≥ 92/110	Σ voti di laurea/n° laureati	86	92	92
Valutazione tutor novizio	≥ 66%	N° tutor inseriti/ n° tutor esaminati x100	90%	100%	100%

A livello nazionale si registra un voto medio di laurea di 101/110 per le lauree di infermieristica e un tasso di abbandono universitario al primo anno di corso (su tutti i corsi di laurea) di 20,8 % (Miur, 2010). Un indicatore relativo *al processo di inserimento del tutor neo-inserito* valuta la percentuale di tutor che hanno avuto una valutazione positiva del percorso di inserimento, rispetto al totale dei tutor che hanno effettuato il percorso di inserimento.

Il **monitoraggio post-laurea** utilizza indicatori quali la *percentuale di laureati che continuano gli studi universitari* dopo la laurea triennale. A livello nazionale gli infermieri che proseguono gli studi sono il 10%; gli infermieri che si sono laureati negli ultimi tre anni presso la sezione del Cli Sacco e che proseguono gli studi rappresentano il 7%. Altro indicatore è il *tempo medio di attesa per il primo impiego*: dall'indagine presso le altre sezioni di corso è mediamente di 60 giorni dopo il conseguimento della laurea, mentre per gli studenti del Cli Sacco è pari a 25 giorni.

Il Cli e gli indicatori

Gli indicatori creati hanno permesso di monitorare i principali processi formativi ed organizzativi presenti nel Cli e quantificare l'andamento, la qualità del servizio erogato e il conseguimento o meno degli obiettivi. Come citato in letteratura, ciò ha permesso di monitorare l'efficacia e l'efficienza organizzativa, garantire la trasparenza verso l'utenza, garantire che il know how all'interno dell'organizzazione non andasse perso, in quanto tutte le attività sono descritte in procedure facilmente accessibili anche al tutor neo-inserito, che riuscirà perciò a diventare un tutor autonomo in minor tempo (Baccillieri, 1999; Lett, 2000; Galletti, Rega 2008).

Gli indicatori di efficacia dell'apprendimento permettono di quantificare alcune variabili del percorso formativo e consentono di mettere in atto prestazioni per migliorare questo aspetto, che è il core dell'attività del Cli.

Un problema largamente diffuso nei Cli è l'elevato numero di ripetenti e fuori corso; l'attuazione di interventi mirati per questi studenti ha portato ad una costante diminuzione

della loro percentuale negli anni, passando da un 40% iniziale ad un 19% nell'a.a. 2009/10. È migliorata anche la percentuale media di studenti promossa agli esami, soprattutto durante il primo anno.

Avere presidiato con indicatori specifici l'efficacia organizzativa ha reso espliciti molti obiettivi: ad esempio quale tipo di servizio era nostra intenzione erogare, oppure quali comportamenti erano ritenuti negativi e quindi andavano modificati. La scheda menzionata nei risultati ha permesso di individuare quei docenti che non avevano un comportamento adeguato, dando la possibilità di capire le difficoltà da entrambe le parti e porre quindi dei correttivi, attraverso un dialogo franco e aperto. In relazione a questo particolare indicatore (*efficacia docenti*), possiamo notare come esso sia migliorato negli anni, sino ad arrivare quasi ad un valore del 100%.

Interessante notare come non vi siano stati reclami da parte degli studenti in alcun campo, dato intrinsecamente collegato alla qualità percepita, che è perciò molto buona. Particolare attenzione va data alla frequenza degli incontri tutoriali individuali, che mette in evidenza il grande lavoro eseguito dai tutor e l'importanza che questa attività ricopre nel favorire il percorso di apprendimento dello studente. La qualità percepita dagli studenti è elevata, come abbiamo detto, in alcuni casi superiore alle altre sezioni del Cli dell'Università degli Studi.

Data la sua importanza ai fini dell'apprendimento dello studente, grande rilievo è stato dato al tirocinio: da anni la nostra sezione di corso ha instaurato una stretta collaborazione con gli infermieri delle unità operative sedi di tirocinio, che si occupano di seguire lo studente durante le attività cliniche. Sono stati formati più di 100 assistenti di tirocinio attraverso corsi organizzati da chi scrive, permettendo una condivisione di obiettivi ed intenti. Questo ha portato negli anni ad un'ottima valutazione della qualità del tirocinio, che è attentamente pianificato e monitorato, dando allo studente l'opportunità di avere una visione chiara di ciò che ci si aspetta da lui e quali sono gli obiettivi che dovrà raggiungere. Valutazioni meno positive le hanno avute invece la teledidattica e il corso di inglese telematico; questi due aspetti non sono però gestiti direttamente dalla sezione e quindi non è possibile incidere su di essi in modo significativo, con interventi correttivi, ma semplicemente riportare i dati raccolti al Coordinatore del corso.

Per quanto riguarda il proseguimento degli studi, esso rimane ancora purtroppo basso rispetto allo standard stabilito. Il dato estremamente positivo, viste anche le problematiche economiche e di occupazione attuali, è che gli studenti in molto meno di 60 giorni riescono ad accedere ad un impiego.

Conclusioni

Gli indicatori definiti durante il processo di certificazione rappresentano un valido strumento che consente all'équipe di ottenere una valutazione oggettiva sull'andamento dell'attività didattica, del tirocinio, dell'organizzazione, dei risultati conseguiti dagli studenti. Permette di non fondare l'analisi del proprio operato solo sul percepito dal gruppo, ma di considerare dei criteri oggettivi, quantificabili e confrontabili. In primo luogo, consente di verificare l'evoluzione dei dati nel tempo: ponendo a confronto i valori degli anni accademici, è possibile valutare il miglioramento o il peggioramento di un indicatore, specchio di un evento, un processo, una risorsa.

Molto importante è risultato il confronto con le altre sezioni Cli dell'Università degli Studi di Milano: anche se non tutte le sezioni sono state in grado di fornire i dati richiesti, la quantità di informazioni raccolte ha consentito ai tutor, al referente e al Coordinatore didattico di sezione di riflettere su alcuni dati, che sono apparsi significativamente differenti. Ad esempio, il dato elevato rispetto alle altre sedi formative, riferito ai ripetenti e fuoricorso, ha stimolato a presidiare maggiormente le situazioni di criticità legate ad esami più ostici per alcuni gruppi di studenti: sono stati organizzati percorsi di studio ed

approfondimenti mirati. La riflessione sull'analisi dei risultati è decisamente costruttiva, anche se complessa: riconoscere eventuali aspetti da migliorare ha obbligato l'équipe a mettersi in discussione. Ha stimolato la crescita ed il miglioramento, incrementando quindi la soddisfazione del gruppo tutoriale e del Coordinatore di sezione Cli.

A fronte di questi aspetti positivi, un elemento da non trascurare è rappresentato dalle risorse temporali e personali messe in gioco. L'allestimento semestrale degli indicatori e la successiva analisi (recuperare i dati, elaborare le valutazioni, calcolare i valori relativi ai risultati conseguiti dagli studenti per semestre) comportano un significativo impiego di tempo da parte dei tutor.

In conclusione, l'elaborazione di indicatori rappresenta sicuramente un percorso impegnativo che grava su tutti i personaggi coinvolti, facendo pensare a volte di lavorare per la qualità fine a se stessa. Ricercare, definire gli indicatori e confrontarsi in modo assiduo e costante ha rappresentato fino ad oggi comunque un valido strumento: ha consentito di identificare alcuni punti di criticità dell'organizzazione e del percorso formativo, permettendo così di porre in atto dei correttivi di miglioramento. Ha reso inoltre possibile riconoscere e valorizzare i punti di forza quali incontri tutoriali per studenti, valutazione della qualità del tirocinio, tempo medio di attesa *per* primo impiego. Ha portato ad operare non più solo per la qualità ma *con* qualità, al fine di dare maggiore visibilità e trasparenza ad una professionalità competente e organizzata per la formazione.

BIBLIOGRAFIA

- Baccillieri C (1999). *Certificazione Uni En Iso 2002, procedure e protocolli*. Prof. Inferm., 52(4), 217-18.
- Baranghini G, Trevisani B, Roli L. (2002). *Le Iso 9000 in sanità/ La vision*. Per governare bisogni e richieste. Milano, Franco Angeli.
- Bernardi M G, Scalorbi S, Burrai F (2007). *Progettazione e applicazione di una metodologia di valutazione, all'interno del sistema qualità Uni En Iso 9001:2000, per l'analisi del livello di soddisfazione dello studente del terzo anno, Università di Bologna Laurea in Infermieristica, Sezione formativa CriScuola Infermieri*. Prof. Inferm., 60(2), 99-106.
- Boggio Gilot C, Marmo G (1999). *Proposte di criteri di accreditamento per la formazione infermieristica universitaria*. Prof. Inferm., 52(2), 109-117.
- Galletti C, Rega M L (2008). *La formazione universitaria infermieristica di "qualità"*. Nursing Oggi, 1, 19-28.
- Lett M (2000). *The process of implementing an Iso 9001 quality management system in a School of nursing*. Aust J Adv Nurs, 17(3), 13-17.
- Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (Miur) (2010). *Indagine sull'istruzione universitaria - L'abbandono universitario*. Consultato il: 23.11. 2011 Disponibile al sito: http://statistica.miur.it/scripts/IU/IU_abbandono.asp



ESPERIENZE

Propensione degli infermieri all'utilizzo del Piano di risposta alle emergenze mediche intraospedaliere (Premi)

di L. Barca (1), A. Adduci (2), G. Alpe (3), L. Rivolta (1), C. Sabatino (1), R. Galliazzo (1), A. Valentino (1), F. Talpo (3)

(1) Cpsi Pronto soccorso anestesia rianimazione Aou San Giovanni Battista di Torino

(2) Dirigente medico Pronto soccorso anestesia rianimazione Aou San Giovanni Battista di Torino

(3) Cpse Pronto soccorso anestesia rianimazione Aou San Giovanni Battista di Torino

Corrispondenza: lbarca@molinette.piemonte.it

Il Piano socio sanitario regionale 2007-2010 della Regione Piemonte ha individuato l'emergenza clinica intraospedaliere e l'arresto cardiaco quali aree su cui intervenire prioritariamente per approntare strategie e interventi coordinati e condivisi di miglioramento della qualità d'assistenza. L'Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino si è quindi impegnata a costituire un gruppo di lavoro con lo scopo di elaborare delle raccomandazioni sui modelli organizzativi per la gestione delle Emergenze cliniche intraospedaliere.

La gestione delle urgenze e delle emergenze cliniche all'interno del Presidio ospedaliero Molinette, per tradizione consolidata, è sempre stata demandata agli operatori di Pronto soccorso; con l'istituzione del Premi (Piano di risposta alle emergenze mediche intraospedaliere) si è voluto fornire un metodo con cui valutare la persona assistita in modo tale da identificare precocemente segni e sintomi che possono precedere un evento critico, al fine di attivare un servizio di risposta rapida che prevenga questo evento. Da una analisi condotta nel 2009 (**Tabella 1**) risultava un apparente diffuso utilizzo di metodiche ben codificate per l'attivazione di uno strumento quale il Premi (il 62% degli intervistati dichiarava di conoscere protocollo per l'allertamento del sistema di emergenza intraospedaliere e l'86% era a conoscenza delle disposizioni aziendali per l'allestimento del carrello delle emergenze).

Tabella1 - Indagine Premi

Sei a conoscenza di un Piano per la gestione delle emergenze mediche?	Si 62% No 38%
Segui dei protocolli per il riconoscimento dei pazienti critici?	Si 54% No 36%
Sei a conoscenza di un protocollo per l'allertamento intraospedaliere?	Si 69% No 31%
Quali sono le figure che allerti nel caso in cui si verifichi una urgenza nel tuo ambito lavorativo?	Medico reparto 68% Anestesista 27% Altro 5%

Come giudichi la risposta alle urgenze intraospedaliere organizzata dalla Nostra azienda?	Molto efficiente/efficiente 82% Poco/nulla efficiente 17%
Conosci le disposizioni aziendali per l'allestimento del carrello delle emergenze?	Si 86% No 13%
Sei coinvolto nella gestione dell'urgenza?	Si 87% No 12%
Se sì, come giudichi l'efficacia del tuo intervento durante la gestione di una urgenza?	Ottima /buona 49% Sufficiente 43% Insufficiente 2%
Hai la certezza di ottenere un intervento rapido all'occorrere di un'urgenza?	Si 69% No 31%
A quali dei seguenti corsi aziendali hai partecipato?	BLS/BLSD 78% ALS 5% ACLS 9%

Questi dati si scontrano però alla verifica dei fatti poiché dalle rilevazioni registrate emergeva una percentuale molto alta di criticità nell'allestimento dei carrelli dell'urgenza e della gestione dei presidi dell'emergenza (assenza o mal funzionamento di aspiratori, laringoscopi, palloni ventilatori ed altro) (**Tabella 2**).

Tabella 2

Rilevazione interventi Met 2010	Si	No
Presenza Dae	54%	46%
Carrello in ordine	29%	41%
Presenza aspiratore	46%	54%

A questo punto si è proceduto ad un'indagine più puntuale su attese e resistenze da parte del personale infermieristico all'attivazione del Met (Medical emergency team); si è indagato inoltre il grado di propensione all'utilizzo del Premi, al fine di ricercare le criticità che potessero compromettere la buona riuscita di un intervento. In particolare ritardi di attivazione o resistenze nel richiedere supporto a figure esterne alla propria unità operativa, dovute alla consuetudine di attenersi alle tradizionali gerarchie mediche senza prendere in considerazione criteri codificati per il riconoscimento di situazioni cliniche che possano giustificare la diretta attivazione di figure specialistiche dedicate alla gestione dell'emergenza.

L'indagine è stata realizzata con la supervisione del Sitra (Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale) dell'Aou San Giovanni Battista di Torino, utilizzando un questionario anonimo basato su una scala tipo Likert composta di sedici item. Il nostro questionario ha ricalcato uno studio australiano del 2006².

La rilevazione è svolta nel periodo dal 20/04/10 al 10/05/2010. L'indagine ha preso in esame un campione disomogeneo secondo età, anzianità di servizio, realtà lavorativa e tipo di formazione, in modo tale da essere il più rappresentativo possibile di una realtà così eterogenea come quella dell'Aou San Giovanni Battista di Torino.

Benefici del sistema Premi

Dalla maggioranza degli intervistati emerge che l'intervento del Met incide direttamente sul decorso di un degente critico (**Tabella 3**, item 2, 4) ed il sistema Premi è percepito come

risorsa per la gestione del malato critico, al fine di prevenire l'evoluzione verso una condizione clinica urgente (Tabella 3, item 3). Il 70,6% è d'accordo o completamente d'accordo sul fatto che il sistema Premi permette d'intercettare i segni di un aggravamento delle condizioni cliniche dei degenti, in modo tale da permettere un intervento che prevenga l'instaurarsi di un quadro critico (Tabella 3, item 12, 14).

Tabella 3

Risposte questionario "Propensione degli infermieri all'utilizzo del Premi"	Com pletamente in disac.	Disac cordo	Incerto	D'accordo	Com pletamente d'accordo
1. I pazienti ricoverati presso la nostra Azienda hanno complessità clinico assistenziali di grado elevato	4,4%	2,9%	8,8%	58,1%	25,7%
2. L'intervento del Met (1) impedisce ai pazienti critici di evolvere verso l'arresto	1,5%	9,6%	24,3%	50,0%	14,7%
3. Il Premi (2) permette di chiedere aiuto per i pazienti quando sono preoccupato per loro	11,8%	20,6%	22,1%	41,9%	3,7%
4. Il Met non è utile nel trattamento dei pazienti critici in reparto	18,5%	35,3%	18,4%	22,1%	5,1%
5. Quando un paziente si aggrava chiamo abitualmente il medico di guardia prima di allertare il Met	3,7%	11,0%	16,2%	50,7%	18,4%
6 Se non riesco a contattare il medico di guardia circa i pazienti clinicamente instabili chiamo il Met	7,4%	16,2%	26,5%	38,2%	11,8%
7. L'intervento del Met è necessario perché la gestione del paziente da parte dei medici di guardia può essere stata inadeguata	4,4%	27,9%	17,6%	37,5%	11,8%
8. L'intervento del Met è necessario perché la gestione del paziente da parte degli infermieri può non essere stata adeguata alla sua criticità	9,6%	28,7%	16,9%	41,2%	3,7%
9. Non mi piace chiamare il Met perché potrei essere criticato per il difetto di sorveglianza/assistenza sul paziente	41,2%	40,4%	11,8%	4,4%	2,2%

10. L'utilizzo del Premi comporta la riduzione delle mie competenze nella gestione di pazienti critici	30,1%	44,9%	13,2%	11,0%	0,7%
11. Utilizzando il sistema Premi aumenta il mio carico di lavoro nell'assistenza a un paziente critico	27,2%	42,6%	18,4%	10,3%	1,5%
12. Il sistema Premi può essere utilizzato per prevenire l'evoluzione di una condizione clinica moderatamente grave a una critica	5,9%	7,4%	16,2%	56,6%	14,0%
13. Se le condizioni del paziente soddisfano i criteri per l'allertamento del Met, ma, alla mia valutazione, non appare una condizione di grave compromissione, non consulterei il Met	14,7%	38,2%	30,1%	11,8%	5,1%
14. Il sistema Premi può coadiuvarmi nel gestire al meglio il paziente critico in corsia	5,1%	13,2%	18,4%	52,2%	5,1%
15. Penso che il ricorso al Met sia abusato nella gestione dei pazienti ospedalizzati	10,3%	36,8%	41,9%	9,6%	10,3%
16. Vorrei consultare il Met per un paziente che mi preoccupa anche se le sue condizioni cliniche non rispondono ai criteri di allestimento Premi	16,2%	27,9%	31,6%	22,1%	16,2%

Resistenze all'utilizzo del Premi da parte degli infermieri

Dall'analisi dei questionari non si evidenziano particolari resistenze a collaborare con il Met o a adoperare il metodo Premi, ma emergono, comunque, alcuni elementi di riflessione. All'affermazione che l'intervento del Met è necessario a causa dell'inadeguata gestione infermieristica (Tabella 3, item 8) si dichiara d'accordo il 44,9% degli intervistati, mentre il 38,3% non lo è; il resto invece non prende posizione. Stesso giudizio critico è espresso a carico dei medici: in questo caso il 49,3% è d'accordo o completamente d'accordo con l'affermazione che l'intervento del Met è necessario perché la gestione del paziente, da parte dei medici, può essere inadeguata rispetto alle sue esigenze di salute (Tabella 3, item 7).

Persistono consuetudini ormai radicate nella pratica quotidiana. Quasi l'80% del campione è d'accordo o completamente d'accordo nell'allertare in prima istanza il medico di guardia prima di effettuare la chiamata al Met (Tabella 3, item 5) quando il paziente si aggrava. Gli infermieri non temono critiche (Tabella 3, item 9) da parte della squadra d'intervento Met, mentre l'81,6% degli intervistati è in disaccordo o completamente in disaccordo con l'affermazione: "non mi piace chiamare il Met perché potrei essere criticato per un difetto di sorveglianza/assistenza al paziente".

Interazione tra Met e infermiere nella gestione del paziente critico

Il 75% degli infermieri intervistati ritiene che l'utilizzo del sistema Premi non comporti un aggravio del carico di lavoro (Tabella 3, item 11) e l'80% ritiene che tale metodica non influenzi negativamente le proprie competenze nella gestione del paziente critico (Tabella 3, item 10). Circa il 53% è concorde nel basare la richiesta d'intervento Met su criteri ben codificati e, quindi, non su valutazioni personali (Tabella 3, item 13).

Conclusioni

Il Met è considerato una risorsa affidabile e di pratico utilizzo da parte degli infermieri nella nostra azienda. Dall'analisi dei questionari è emersa una valutazione sostanzialmente positiva del Premi, riconoscendogli la capacità di apportare benefici all'utenza. Non sono riscontrate resistenze nel suo utilizzo, per gli infermieri non comporta un sovraccarico di lavoro, ma offre l'opportunità di avere uno strumento per valutare in maniera precisa la gravità delle condizioni cliniche dei propri assistiti, al fine di prevenire eventi critici e poter attivare, all'occorrenza, in maniera autonoma la risorsa Met. Il servizio fornito dal Met è apprezzato dal personale infermieristico per la sua efficacia e perché si sente partecipe al gruppo di gestione dell'emergenza, anche se continuano ad attenersi a tradizionali modelli d'allerta che sono all'origine dei cosiddetti cicli clinici futili (l'infermiere allerta il medico di guardia che a sua volta richiede una consulenza specialistica e via dicendo), i quali possono rallentare la risposta all'emergenza e così condizionare negativamente il decorso clinico del paziente critico.

I dati rilevati da questa indagine ricalcano quelli rilevati da studi simili svolti in paesi esteri². Il dato che discosta maggiormente il nostro campione dalla letteratura sul tema² è relativo al fatto che da noi gli infermieri non si fanno influenzare dal proprio giudizio clinico nel decidere se attivare o meno il Met, mentre in Australia gli infermieri sottopongono al proprio giudizio clinico la decisione di attivare la risorsa Met.

BIBLIOGRAFIA

- Babak S et al. (2009). *Resident and RN perception of the impact of medical emergency team on education and patient safety in an academic medical center*. Critic Care Med, vol. 37, n. 12.
- Jones D, Baldwin I et al. (2006). *Nurses' attitudes to a medical emergency team service in a teaching hospital*. qshc.bmj.com on May 16, 2006.
- Salamonson Y et al. (2006). *Voice from the floor: Nurses' perceptions of medical emergency team*. Intensive and critical Care Nursing 22, 138-143.
- Galhotra S et al. (2006). *Medical emergency teams: strategy for improving patient care and nursing work environments*. Issues and innovation in nursing practice Ltd, Blakwell Publishing.



ESPERIENZE

L'assessment del dolore in Pronto soccorso: l'impatto sugli infermieri preposti al triage

di *Amaducci Giovanna (1), Bagattoni Valerio (2), Pocaforza Maurizio (3), Mecugni Daniela (4)*

(1) Tutor-Docente Infermiere Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia

(2) Infermiere Dipartimento Emergenza Urgenza, Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

(3) Infermiere Dipartimento Emergenza Urgenza, Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

(4) Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia

Corrispondenza: amaducci.giovanna@asmn.re.it

La natura multidimensionale e soggettiva della sintomatologia dolorosa dovrebbe predisporre i professionisti sanitari, come ricorda Bible (2006), ad affrontare l'assessment del dolore in modo formale e strutturato. Vi è evidenza, invece (Colley e Crouch, 2000), dell'inconsistenza di una raccolta dati relativa al paziente, spesso associata ad una mediazione, cioè ad una valutazione personale e soggettiva del professionista. In assenza di strumenti utili all'assessment, il professionista prova a conciliare le espressioni del paziente con la propria intuizione e sensibilità. Ne consegue che i professionisti sanitari tendono a sottostimare e sottotrattare il dolore (Bible, 2006).

Nell'ambito dell'emergenza-urgenza il dolore rappresenta la causa più frequente per la quale un paziente decide di rivolgersi al Pronto soccorso (Teanby, 2003; Puntillo & Neighbor, 2003) individuando che circa 15 milioni di persone attendono in un reparto di Pronto soccorso ogni anno. Di questi 15 milioni, si stima che tre quarti probabilmente manifesti dolore (Audit Commission, 2011). Per l'Italia c'è una carenza di dati significativi, fenomeno da ascrivere, verosimilmente, alla mancanza di un metodo sistematico e rigoroso di rilevazione e registrazione della sintomatologia dolorosa.

Il nostro contributo alla questione

Abbiamo pensato opportuno individuare gli atteggiamenti (cosa pensa), i comportamenti (cosa dichiara di fare), l'adesione e le proposte derivanti dall'utilizzo della Scala di valutazione numerica del dolore (Nrs) informatizzata da parte degli infermieri di triage, al fine di realizzare un assessment adeguato ovvero formale, strutturato e documentato in modo oggettivo (Bible, 2006).

Nel periodo giugno-agosto 2010 è stata introdotta in via sperimentale la Nrs informatizzata, identificata dalla preliminare revisione della letteratura (Williamson & Hoggart, 2005) come strumento ottimale per l'accertamento del dolore nel contesto di emergenza-urgenza.

L'informatizzazione della Nrs è avvenuta utilizzando la piattaforma share di Microsoft, chiamata SharePoint Server 2007, disponibile nell'area intranet dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Lo strumento è stato presentato a tutto il personale infermieristico del Pronto soccorso, a mezzo mail e attraverso l'area intranet, nonché negli

incontri periodici/riunioni del personale infermieristico. Al termine del periodo di sperimentazione è stato costruito un questionario *ad hoc* per indagare la valutazione degli infermieri.

L'accertamento del dolore è considerato un aspetto centrale dell'attività di triage (**Figura 1**), al pari di raccolta dati, anamnesi, allergie e rilevazione dei parametri vitali. Il 97% dei rispondenti dichiara il proprio accordo sulla necessità di ri-valutare il dolore percepito dal paziente durante l'attesa al Pronto soccorso, così come gli altri parametri vitali od altri segni e sintomi (**Figura 2**).

Figura 1 – Considerazione circa l'importanza dell'accertamento del dolore

L'accertamento del dolore è un aspetto centrale dell'attività di triage al pari della raccolta dell'anamnesi, delle allergie e della rilevazione dei parametri vitali. L'accertamento del dolore è un aspetto centrale dell'attività di triage al pari della raccolta dell'anamnesi, delle allergie e della rilevazione dei parametri vitali

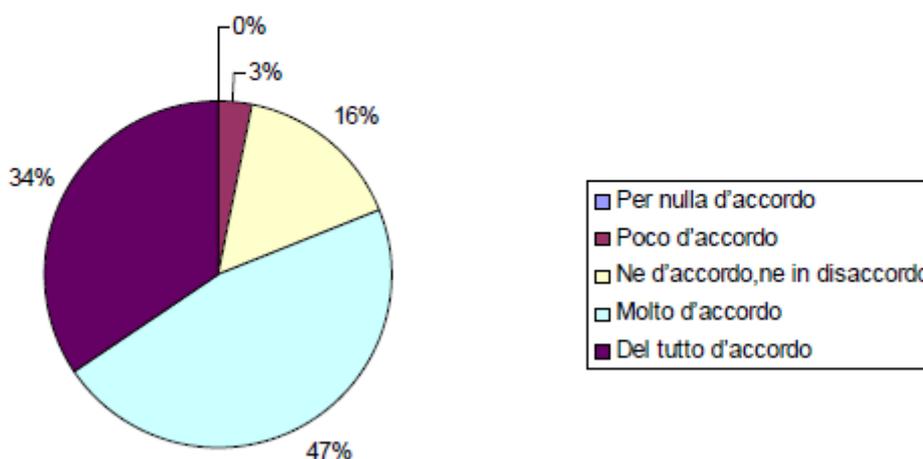
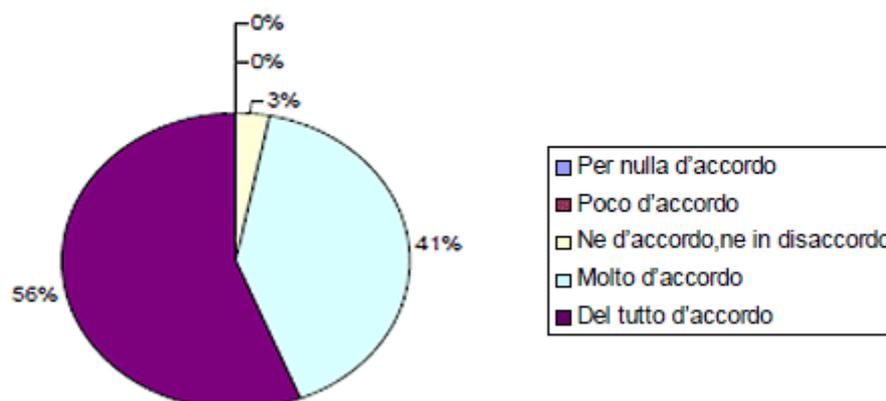


Figura 2 – Necessità di ri-valutare, se presente, il dolore durante l'attesa al triage

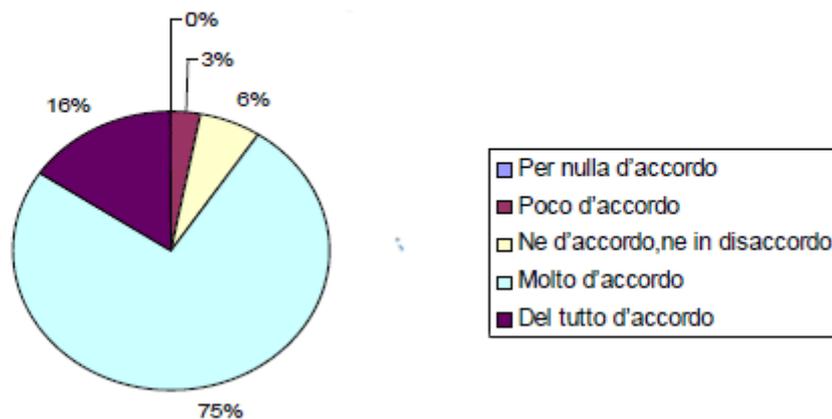
Il dolore, se presente, è un parametro che merita di essere rivalutato, durante il periodo di attesa, al pari degli altri parametri vitali, segni e sintomi raccolti



È pratica consolidata e costantemente messa in campo (91%) la rilevazione del dolore a tutti i pazienti sofferenti, attraverso una descrizione qualitativa. Per il 75% dei rispondenti il dolore descritto come intenso o molto intenso orienta verso una gestione dell'attesa ridotta (ingresso in ambulatorio anticipato) (**Figura 3**), sebbene solo il 55% pensi che il dolore debba essere accertato su tutti i pazienti (quelli che lamentano dolore e quelli che non lo riportano), mentre il 63% del campione tenderebbe a sovrastimare il proprio livello di dolore.

Figura 3 – Percentuale di infermieri di triage che rilevano il dolore, attraverso descrizione qualitativa

Durante la attività di triage, rilevo il dolore a tutti ai pazienti attraverso una descrizione qualitativa (es: avvalendomi dell'OPQRST o di descrittori qualitativi forniti dal paziente (trattativo, puntarlo, intermittente, etc.)



Interessante è il fatto che il 53% sostenga di aver dovuto ridimensionare il punteggio riferito dal paziente, valutandolo non congruente con gli altri dati (oggettivi e soggettivi) raccolti al triage; in particolare esprimono questa valutazione 10 dei 14 infermieri che svolgono triage da più di 5 anni (infermieri abili-esperti).

Il 63% dei rispondenti afferma che le proprie conoscenze permettono di somministrare la Nrs secondo le indicazioni della letteratura, ma tale percentuale scende al 50% quando si chiede se si sentono a proprio agio nella somministrazione della scala, a cui si somma il 25% di indecisi e il 22% in disaccordo. Inoltre il 53% ha dichiarato di aver utilizzato la scala Nrs solo per pazienti visibilmente sofferenti e non su tutti i pazienti.

Cosa propongono gli infermieri di triage?

Il questionario ha anche indagato le proposte per un più agevole utilizzo dello strumento, che evidenziano la sensibilità degli infermieri di triage circa la valutazione del dolore:

- l'88% suggerisce che il futuro programma di triage sia sviluppato prevedendo un unico spazio dedicato alla valutazione del dolore, con l'integrazione di tale spazio al software di triage;
- la quasi totalità concorda su uno spazio per segnalare l'impossibilità di rilevazione del dolore attraverso la scala Nrs, come ad esempio in caso di pazienti pediatrici, con deficit cognitivi o altro;
- il 50% ritiene importante la presenza di un promemoria visivo in caso di mancata valutazione del dolore durante l'attività di triage.

Liu, So & Fong (2008) indica che la gestione del dolore come uno degli aspetti più importanti della presa in carico dei pazienti, dunque aspetto fondamentale per tutti gli infermieri. Sebbene lo staff medico sia responsabile per la prescrizione di analgesia, gran parte della responsabilità per il comfort del paziente è, e resta, degli infermieri, tanto da essere definito il quinto parametro vitale (Fosnocht, Swanson, Barton, 2005; Lord, 2009), rinforzando così la necessità di indagare, monitorare e trattare il dolore in ogni paziente. Con un assessment accurato del dolore, gli infermieri di triage avranno la possibilità di implementare protocolli condivisi che facilitino la somministrazione di analgesia precoce al triage stesso, aumentando così la soddisfazione del paziente (Lewén, Gardulf, Nilsson, 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Audit Commission (2001). *Acute Hospital Portfolio: Review of natural findings, Accident and emergency*. Sito web: <http://www.audit-commission.gov.uk/products/national-report/aande.pdf>, ultima consultazione: maggio 2006.
- Bible D (2006). *Pain assessment at nurse triage: a literature review*. *Emergency Nurse*, 14, 26-29.
- Colley R, Crouch R (2000). *Pain assessment tools*. *Emergency Nurse*, 8(6), 16-21.
- Fosnocht D E, Swanson E R, Barton E D (2005). *Changing attitudes about pain and pain control in emergency medicine*. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23 (2), 297-306.
- Lewén H, Gardulf A, Nilsson J (2010). *Documented assessment and treatments of patients seeking emergency care because of pain*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 764-71.
- Lord B (2009). *Paramedic assessment of pain in the cognitively impaired adult patient*. *BMC Emergency Medicine*, 6, 9-20.
- Lui Y Y L, So K W W, Fong Y T D (2008). *Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units*. *Journal of Clinical Nursing*, 17:2014-2021.
- Puntillo K, Neighbor M (2003). *Accuracy of emergency nurse in assessment of patients' pain*. *Pain Management Nursing*, 4, 171-175.
- Teanby S (2003). *A literature review into pain assessment at triage in accident and emergency departments*. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 12-17.
- Williamson A, Hoggart B (2005). *Pain: a review of three commonly used pain rating scale*. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 798-804.



NORME E CODICI

L'obbligo dell'Ecm non è a carico dell'Azienda. Una recente sentenza della Corte di Cassazione ribadisce che l'aggiornamento è un dovere preciso e permanente per ogni professionista

di Giannantonio Barbieri

Avvocato

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Ad affermarlo è in primo luogo l'art. 11 del Codice deontologico degli infermieri: l'aggiornamento dei propri saperi e delle proprie competenze è, prima di tutto, un valore etico e un obbligo di natura deontologica, poi un dovere giuridico. E ciò in quanto il sapere, ossia la conoscenza, costituisce lo strumento prioritario per raggiungere gli obiettivi principali di quella che Florence Nightingale ha definito un'arte, anzi, come aggiungeva, la "più bella delle arti", ossia la professione infermieristica; uno degli obiettivi fondamentali, forse il primo in assoluto, è rappresentato dal tendere a una professione orientata al servizio della persona, nel rispetto dei suoi diritti fondamentali, dove la salute è il bene supremo mediante un'assistenza diretta al bene della persona assistita. Questo, indubbiamente, richiede un impegno, a volte anche gravoso, totale e continuo, teso all'aggiornamento delle proprie competenze tecniche, educative e relazionali. In altre parole, la formazione permanente e l'aggiornamento professionale sono strumenti indispensabili alla e nella professione infermieristica.

Questa breve premessa vuole fungere da introduzione ad una sintetica disamina di una recente sentenza della Corte di Cassazione, la n. 21817 del 20 ottobre 2011, che affronta in maniera approfondita ed esauriente il tema della formazione da parte dei professionisti sanitari. Nonostante il caso giudiziario abbia avuto come protagonista un medico, ritengo che le indicazioni tratte dalla motivazione della sentenza possano costituire un indubbio insegnamento ed anche costituire un rilevante stimolo per la professione infermieristica. E ciò in quanto la decisione della Suprema Corte sgombra il campo da una serie di errati convincimenti, annienta false convinzioni e affloscia tante quanto errate certezze e attese, destinate in partenza alla inevitabile delusione sul tema dell'aggiornamento professionale personale.

Questi i fatti. Un medico ospedaliero, appartenente al 1° livello della dirigenza (i fatti sono risalenti nel tempo), ricorre al Tribunale del lavoro convenendo in giudizio l'Asl alle cui dipendenze svolge la propria attività, lamentando che, a partire da una certa data, non aveva avuto la possibilità di conseguire alcuna progressione economica e di carriera e come tale situazione fosse da ricondurre all'inerzia della propria azienda, che non si era mai attivata per organizzare e proporre ai dipendenti percorsi di aggiornamento e formazione. Aggiungeva che tale situazione, non avendogli permesso di arricchire il proprio *curriculum*, lo aveva penalizzato nei concorsi per l'accesso alle qualifiche professionali superiori. Quindi, il medico chiedeva che il Tribunale dichiarasse in prima battuta l'inadempimento dell'Asl, ossia l'essere venuta meno ad un presunto obbligo di

predisporre percorsi di aggiornamento professionale nei confronti dei propri dipendenti, e in seconda battuta chiedeva il risarcimento dei danni che tale inadempimento gli avrebbe provocato, danni consistenti nelle differenze retributive tra l'incarico attuale e gli incarichi a cui, a suo dire, avrebbe avuto diritto in presenza di un diverso *curriculum*, oltre ai danni per la lesione della sua professionalità.

Ovviamente la domanda e il principio sotteso, che il medico ostinatamente ha portato avanti, vengono decisamente e definitivamente rigettati dai giudici della Corte di Cassazione, dove la causa approda dopo due gradi di giudizio, tribunale e corte d'appello. Infatti, è abbastanza frequente la immotivata ed erronea convinzione che le Asl abbiano l'obbligo, contrattualmente assunto con i propri dipendenti, di curare direttamente il loro aggiornamento professionale mediante la realizzazione di iniziative formative specifiche per i vari profili e ruoli professionali. Ed è altrettanto frequente il falso convincimento secondo il quale, in assenza dell'impegno formativo da parte del datore di lavoro, possa scaturire una sorta di diritto all'esenzione dalla formazione Ecm.

Al contrario, i giudici romani, proponendo in maniera esaustiva una limpida disamina delle norme che, nel nostro ordinamento, si occupano della formazione continua (Ecm), muovendo dall'art. 16-*bis* del Dlgs 502/1992, il quale, in particolare, ha previsto e in parte disciplinato la formazione continua in ambito sanitario, che a sua volta comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente continua, giungono correttamente a sostenere come la disciplina del sistema della formazione continua in sanità veda interagire lo Stato e le Regioni, ma non attribuisce direttamente alle Asl alcuna autonoma titolarità, autoreferenziale, in ordine alla promozione di iniziative idonee ad essere ricomprese nella formazione, partecipando invece le stesse, che costituiscono strumento attraverso il quale le Regioni provvedono all'erogazione dei servizi sanitari nell'esercizio delle competenze in materia di tutela della salute ad esse attribuite dalla Costituzione, ad un più articolato percorso procedimentale, che coinvolge, a diverso titolo, una pluralità di enti e di organismi. Pertanto, proseguono i giudici della Suprema Corte, non è possibile configurare l'esistenza, a carico delle Asl, di un obbligo di predisporre e organizzare specifici e determinati corsi di aggiornamento e/o di formazione per i propri sanitari; conseguentemente non può ravvisarsi l'esistenza, in capo ai sanitari stessi, di uno specifico diritto di ottenere direttamente dall'Asl di appartenenza la promozione e l'organizzazione di iniziative formative e/o di aggiornamento professionale. Ciò non significa che le Asl possano, senza giustificato motivo, impedire od ostacolare i propri dipendenti nell'esercizio del loro diritto/dovere di aggiornarsi e di partecipare a iniziative formative promosse da altri enti, quali ad esempio Università, Irccs, oppure Ordini e Collegi professionali o, più in generale, produttori di formazione nell'ambito del sistema c.d. Ecm, purché, ovviamente, accreditati secondo il sistema di educazione continua in medicina.

Non va dimenticato, da ultimo, come l'impegno formativo non sia appannaggio esclusivo del professionista sanitario dipendente, pubblico o privato che sia, ma anche di colui che esercita la libera professione sanitaria che, come ricorda il Tar del Lazio in una recente pronuncia, "è assoggettabile all'obbligo di formazione continua prevista dall'art. 16-*bis* e *quater* del Dlgs n. 502 del 1992, che non è riservata solo al personale sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale, atteso che l'indipendenza e l'autonomia della professione riguardano il suo svolgimento, ma non interferiscono con i livelli di preparazione che un ordinamento richiede che siano costanti nel tempo per il corretto esercizio della professione e che riguardano la qualità soggettiva degli operatori professionali, senza distinzione alcuna tra quelli pubblici e quelli privati" (Tar Lazio, Roma, n. 2038/2007). La sentenza in esame permette, dunque, di riflettere sul fatto che il livello qualitativo e la consistenza della domanda che scaturisce dal bisogno sociale, dai problemi di salute che il cittadino e la comunità esprime nei confronti del professionista sanitario, richiede sempre

di più al professionista competenze tali da fornire risposte adeguate attraverso la manutenzione, aggiornamento e completamento del proprio livello di conoscenze, abilità e comportamenti. Pertanto, la formazione, in tutte le sue modalità, fasi e sedi, tenuto conto di quanto stabilisce la legge 42/99 circa il “campo di attività e di responsabilità” dei professionisti sanitari, che deve essere individuato anche mediante la formazione di base e post-base, rappresenta un elemento costitutivo della professionalità diretta ad assicurare un servizio adeguato ed esauriente al cittadino e, come tale, diventa dovere preciso e permanente per il professionista. È importante, quindi, un’ulteriore riflessione sulla responsabilità formativa e di aggiornamento professionale, che non potrà e non dovrà fare affidamento unicamente sull’acquisizione di nuovi saperi scientifici e di nuove abilità tecnico-operative, ma dovrà fare essenzialmente riferimento agli strumenti di riflessione e decisione etica rilevanti per la professione. Oggi una formazione che pretenda di fare a meno dell’offerta formativa costituita dai percorsi della bioetica risulterebbe essere incompleta e certamente anche pericolosa: un errore grossolano in ambito di etica clinica non sarebbe più facilmente scusabile, come non sarebbe altrettanto scusabile un errore dovuto a mancanza di saperi.



NORME E CODICI

La difficile morte dei certificati

di Carlo Mochi Sismondi

Presidente FORUM PA

“Entro massimo due anni spariranno certificati e anche autocertificazioni, a tutto vantaggio del tempo e delle tasche di cittadini e imprese”. “È vietato per tutte le amministrazioni chiedere ai cittadini ed alle imprese dati già in loro possesso”. “I certificati richiesti dalle amministrazioni ai cittadini certificano solo la loro incapacità di scambiarsi i dati”. “Basta ai cittadini-fattorini”.

Non si tratta di dichiarazioni del nuovo Governo sulla semplificazione, si tratta invece di titoli e di virgolettati di Bassanini sulla stampa della primavera del 2001, dopo l'entrata in vigore del testo unico sul documento amministrativo (Dpr 445/00). Oltre dieci anni fa quindi.

Ora una nuova legge pare definitivamente segnare la sorte di questi pezzi di carta che hanno accompagnato tutte le date importanti delle nostre vite. Dal 1° gennaio 2012 infatti i certificati hanno validità solo nei rapporti tra i privati e le amministrazioni non potranno più chiedere ai cittadini certificati o informazioni già in possesso di altre pubbliche amministrazioni.

Le nuove norme - ci dice il sito del Ministro Patroni Griffi - hanno come obiettivo la completa "de-certificazione" del rapporto tra Pubblica amministrazione e cittadini e l'attuazione di queste disposizioni richiede un profondo cambiamento nei comportamenti quotidiani delle amministrazioni.

Ecco le principali novità:

1) le certificazioni rilasciate dalle Pa in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della Pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi, tali certificati sono sempre sostituiti dalle

dichiarazioni sostitutive di certificazione o dell'atto di notorietà. Dal 1° gennaio 2012 le amministrazioni e i gestori di pubblici servizi non possono più accettarli né richiederli;

2) i certificati devono riportare, a pena di nullità, la frase: "il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi". Le amministrazioni devono adottare le misure organizzative necessarie per evitare che, dal 1° gennaio 2012, siano prodotte certificazioni nulle per l'assenza della predetta dicitura;

3) le amministrazioni sono tenute a individuare un ufficio responsabile per tutte le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto agli stessi da parte delle amministrazioni precedenti; tale adempimento risulta indispensabile, anche per consentire "idonei controlli, anche a campione" delle dichiarazioni sostitutive, a norma dell'articolo 71 del Testo Unico in materia di documentazione amministrativa;

4) le amministrazioni devono individuare e rendere note, attraverso la pubblicazione sul proprio sito istituzionale, le misure organizzative adottate per l'efficiente, efficace e tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati e per l'effettuazione dei controlli medesimi, nonché le modalità per la loro esecuzione;

5) la mancata risposta alle richieste di controllo entro trenta giorni costituisce violazione dei doveri d'ufficio e viene in ogni caso presa in considerazione ai fini della misurazione e della valutazione della performance individuale dei responsabili dell'omissione;

6) le pubbliche amministrazioni possono acquisire senza oneri le informazioni necessarie per effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni e per l'acquisizione d'ufficio, con qualunque mezzo idoneo ad assicurare la certezza della loro fonte di provenienza.

Sin qui la norma: funzionerà questa volta e assisteremo veramente alla sparizione dei certificati? Non ne sono così convinto e un qualche visita-campione in un ufficio anagrafico del Comune di Roma aiuta il mio scetticismo. In realtà gli impiegati fanno il loro dovere e, dopo aver chiesto a cittadini piuttosto stupiti a cosa serve il certificato richiesto, li informano che no, non possono farlo se il destinatario è un'amministrazione. La risposta è scontata e banale: "ma me l'hanno richiesto loro!". Che succede allora? che l'impiegato comprensivo fa in generale l'unica cosa che può fare: emette il certificato, sia pure con la dicitura che non può essere usato verso amministrazioni pubbliche e il cittadino se ne va tranquillo con il suo pezzo di carta e anche, in caso fosse proprio vero, con l'atto notorio: due pezzi di carta invece di uno, ma sempre meglio che tornare due volte! Ma perché la norma di semplificazione potrebbe non funzionare questa volta come non hanno funzionato sino ad ora i tanti provvedimenti che vietavano alle amministrazioni di chiedere dati che la Pa nel suo complesso avesse già?

Credo che siamo stati sconfitti (sino ad ora... la speranza è l'ultima a morire e magari questa è la volta buona!) nella lotta alla "burocrazia dei certificati" da due diverse e avventate speranze: la prima, la più facile a raccontare, è quella che immaginava che l'innovazione, una volta innescata, avrebbe prodotto da sola il consenso all'interno delle amministrazioni (un errore simile all'esportazione della democrazia in Iraq per intenderci). Non è stato così, né così poteva essere: l'innovazione tecnologica, quella che allora chiamavamo "la rivoluzione digitale", avrebbe avuto bisogno di robuste iniezioni di organizzazione, di cure da cavallo di meritocrazia, di abbondanti aggiunte di personale specializzato e qualificato, di solidi accompagnamenti di "vademecum" e provvedimenti attuativi. In una parola di "cura" e di attenzione. Non ci sono state e la controffensiva l'ha avuta vinta quasi dappertutto, lasciando qua e là sacche di resistenza capeggiate da testardi innovatori, ormai un po' sfiduciati anch'essi.

La seconda illusione era che si potesse decertificare senza una efficiente e affidabile rete per lo scambio dei dati tra le amministrazioni. Non che non si sia fatto nulla: alla Rupa (Rete unitaria della Pa) è succeduto l'Spc (Sistema pubblico di connettività), ma in realtà pochi se ne sono accorti e la tensione fattiva che ne aveva accompagnato i primi passi si è spenta da tempo. Il più è ancora da fare e lo dimostra l'insistenza con cui le leggi anche degli ultimi anni impongono (grida manzoniane!) di aprire le grandi basi di dati: gridando sempre più forte ad amministrazioni sorde. Che non sia un problema tecnologico ormai lo sanno anche i bambini, che invece sia qualcosa che riguarda potere, privilegi, rendite di posizione e non bit è qualcosa di cui spesso, più o meno ingenuamente, ci dimentichiamo.

SCAFFALE

La gestione del rischio clinico

di **Mauro Martini e Cristiano Pelati**

Mc Graw Hill, Milano, 2011
pagine 503, euro 38,00



Questo libro, a cura di Martini e Pelati, è il frutto del contributo di un folto gruppo di collaboratori qualificati e competenti, impegnati a diverso titolo nella gestione del rischio clinico, che assieme affrontano la tematica in una logica di sistema, illustrando l'esperienza della Regione Emilia-Romagna.

Il testo esplora una tematica importante e vuole stimolare la riflessione sulla necessità di integrare le metodologie di analisi degli eventi avversi e le azioni preventive e correttive, finalizzate alla progettazione e attivazione di processi assistenziali appropriati, efficaci e sicuri; dedica inoltre attenzione al crescente contenzioso in ambito sanitario e conseguentemente alla crisi assicurativa, quindi alla necessità di garantire percorsi rapidi per il risarcimento del danno ai cittadini e garantire maggiore serenità ai professionisti sanitari.

Nella presentazione del libro, a cura di Alessandro Ghirardini, si evidenziano alcune considerazioni che ben inquadrano la rilevanza prioritaria del Sistema sanitario nei confronti della qualità e sicurezza dei pazienti e delle cure e della gestione del rischio clinico, nell'ambito dell'esercizio della professione sanitaria, per la realizzazione delle politiche di governance sanitaria.

L'attenzione allo sviluppo di competenze professionali, che determinano modifiche dei comportamenti dei sanitari (indipendentemente dai vincoli strutturali ed organizzativi), miglioramento della comunicazione all'interno del team multidisciplinare, coinvolgimento e partecipazione dei pazienti, rappresenta un'importante esigenza non solo in relazione alla gestione del rischio clinico, ma anche in funzione dell'importanza strategica del governo clinico in un contesto in cui la domanda di salute assume una crescente complessità. Il testo, nell'ottica dell'approccio sistemico alla sicurezza dei pazienti, affrontando tale tematica con un approccio multidisciplinare, integrando la parte teorica con molteplici esemplificazioni pratiche, può costituire sia uno strumento didattico che un manuale d'uso, un utile strumento per coloro che sono coinvolti a vario titolo nel processo della gestione del rischio; rappresenta anche un prezioso contributo per coloro che desiderano approfondire o rafforzare le proprie conoscenze sull'argomento, sui concetti generali e sugli strumenti utili a promuovere tale gestione al fine di migliorare la pratica clinica, generare miglioramenti di sistema e promuovere un cambiamento culturale nell'ambito della sicurezza.

La struttura del testo, sostanzialmente articolata in due parti, propone una rassegna sistematica dell'evoluzione dei contenuti, della metodologia e degli strumenti; si può trovare dapprima una parte descrittiva dei presupposti introduttivi e metodologici, relativi alla gestione del rischio clinico, completata poi da una seconda parte in cui si presenta la gestione del rischio nelle aree specialistiche.

Nella prima parte, costituita da 9 capitoli, si trovano approfondimenti sulla natura e la specificità metodologica e strumentale della gestione del rischio; vengono qui presentati in modo esaustivo e dettagliato i più comuni strumenti di analisi e valutazione dei rischi, di prevenzione, nonché i modelli organizzativi finalizzati alla riduzione dell'errore e alla compressione del rischio, attraverso la costruzione di un sistema per la gestione del rischio.

Nella seconda parte, che contempla 11 capitoli (dal capitolo 10 al capitolo 20), si affrontano gli ambiti applicativi di tale metodologie e strumenti, in particolare vengono presentate le problematiche relative alla gestione del rischio nelle seguenti aree specialistiche: Farmacologica, Chirurgica (contemplando anche le procedure invasive), di Emergenza, di Anestesia e Rianimazione, Ostetrica, Pediatrica, Geriatrica, Radiologica, Psichiatrica, Riabilitativa e di Laboratorio.

Gli autori sottolineano che gli operatori sanitari hanno un ruolo chiave nell'identificare, valutare, verificare e restituire i risultati raggiunti attraverso la realizzazione di sistematici report aziendali relativi ai problemi emersi. Sostengono inoltre che l'approccio multidisciplinare organizzativo rappresenta la risposta più adeguata sia nella progettazione che nella realizzazione di un piano di gestione del rischio all'interno di un'Azienda sanitaria, finalizzato alla progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci e sicuri, alla promozione del ridisegno dell'organizzazione e della ricerca. La bibliografia, ricca ed aggiornata, dimostra la rilevanza di tale tematica.

Barbara Mangiacavalli

SCAFFALE

La McGill ingestive skills assessment (Misa-I) Versione italiana. Manuale per l'esaminatore

di Heather C. Lambert

Franco Angeli Editore, 1a edizione 2011
pagine 64, euro 15,00



La disfagia è relativamente comune nella popolazione, ma la prevalenza aumenta con l'età e pone particolari problemi nei pazienti più anziani, nei quali può compromettere lo stato nutrizionale, complicare la somministrazione di farmaci per via orale, aumentare il rischio di polmonite da aspirazione ed impattare negativamente sulla qualità della vita.

La letteratura suggerisce che il 40%-60% dei residenti nelle strutture residenziali per anziani abbia un certo grado di disfagia. Molte sono le possibili cause, tra le quali l'ictus e la malattia di Alzheimer. In generale la disfagia è un segnale di avvertimento che richiede ulteriori indagini. La gestione è multidisciplinare, a seconda della causa sottostante, dell'estensione della disfagia e della prognosi.

Per la valutazione della capacità di deglutizione Heather Christine Lambert, terapeuta occupazionale e dottore in scienza

riabilitativa, ha proposto e validato la *McGill ingestive skills assessment* (Misa). La Misa è una scala osservazionale finalizzata a valutare gli aspetti funzionali della fase orale di ingestione, costituita da 43 item suddivisi in 5 scale (posizionamento, abilità nell'alimentarsi, movimenti orali per l'ingestione di cibi solidi, movimenti orali per l'ingestione di cibi liquidi, gestione delle consistenze solide e liquide); ad ogni item è assegnato un punteggio da 1 (peggiore) a 3 (migliore). I punteggi attribuiti ad ogni item sono sommati per ottenere un punteggio per ciascuna della 5 scale e successivamente per ottenere un punteggio complessivo. La Misa è stata progettata allo scopo di valutare individui adulti e anziani con perdita della capacità di deglutizione di origine neurologica, chirurgica e neoplastica, con l'obiettivo di fornire all'esaminatore informazioni inerenti la capacità di ingestione in modo efficace ed affidabile e identificare le abilità compromesse allo scopo di pianificare gli interventi.

In Italia la Misa è stata validata dal Gruppo di studio sulla disfagia dell'Istituto Santo Stefano di Porto Potenza Picena (MC).

Nei primi due capitoli il manuale contiene informazioni relative alla costruzione della scala e i risultati dei test psicometrici utilizzati per testarne l'affidabilità. Viene discussa anche la validità e la capacità predittiva di questo strumento, che indicano come la Misa dia luogo a risultati prevedibili per soggetti appartenenti a gruppi specifici: soggetti adulti e anziani degenti in servizi per acuti, strutture di lungodegenza o centri di riabilitazione. La validità predittiva è stata studiata unicamente nei soggetti ospiti in strutture di lungodegenza. I rimanenti 2 capitoli descrivono dettagliatamente le istruzioni per l'uso e i criteri di assegnazione dei punteggi per ciascun item delle 5 scale in cui è suddivisa la Misa.

Il manuale non riporta lo strumento, che può però essere scaricato dal sito dell'editore inserendo il codice EAN che si trova sotto il codice a barre sull'ultima pagina di copertina del libro.

Sebbene lo strumento sia principalmente rivolto e utilizzato da professionisti sanitari dell'area della riabilitazione, può comunque fornire all'infermiere utili informazioni per quanto attiene la gestione dell'alimentazione (consistenza dei cibi) e la prevenzione della malnutrizione e della polmonite *ab ingestis* in soggetti con perdita della capacità di deglutizione.

Tuttavia, la valutazione dello stato nutrizionale e del rischio di malnutrizione richiede all'infermiere di integrare le informazioni ottenute dalla Misa con informazioni in merito alle preferenze di cibo personali o ad eventuali limitazioni della dieta per la presenza di patologie concomitanti, quali diabete o nefropatie, intolleranze alimentari o interazioni con i farmaci prescritti.

Non meno importanti sono gli aspetti organizzativi che possono condizionare, modificando l'apporto di cibo, l'alimentazione dei soggetti anziani in ospedale e nelle strutture residenziali: piccole modifiche all'organizzazione degli aspetti alberghieri associati all'offerta dei pasti, come per esempio adottare uno stile familiare, dedicare attenzione alla preparazione delle sale da pranzo o altri, possono migliorare l'apporto di cibo nei soggetti a rischio di malnutrizione.

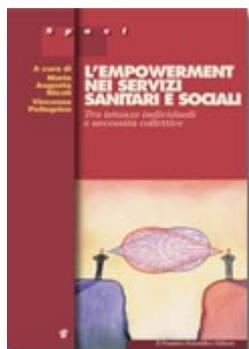
Ermellina Zanetti
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

SCAFFALE

L'empowerment nei servizi sanitari e sociali. Tra istanze individuali e necessità collettive

di **Maria Augusta Nicoli, Vincenza Pellegrino**

Il Pensiero Scientifico Editore
pagine 280, euro 18,00



Benché ancora orfana di una adeguata e condivisa traduzione in lingua italiana, la parola *empowerment* è entrata ormai a far parte del linguaggio comune di coloro che si occupano di sanità e assistenza nel quotidiano, così come di coloro che promuovono progetti di ricerca condivisi. L'etimologia della parola suggerisce una suddivisione in tre distinte sezioni: em-power-ment. Il prefisso *em* viene utilizzato con il significato di "mettere nella condizione di" o anche di "andare verso", riferendosi quindi ad un movimento propositivo verso qualcosa. Il sostantivo *power* viene in genere tradotto letteralmente come "potere", "essere in grado di", "potere di".

Infine, il suffisso *ment* definisce al tempo stesso sia un processo, sia un risultato. L'empowerment - proprio per questa sua quasi-impossibile traduzione che i termini capacitazione, accrescimento, concessione di potere certo non soddisfano - è diventato un contenitore ampio, alimentato da diverse e variegata esperienze.

In generale, le attività di empowerment si caratterizzano per essere dinamiche e non definite temporalmente, mirate al singolo soggetto ma anche alla collettività, sempre comunque finalizzate ad un percorso condiviso, di scambio e di partecipazione. In un panorama così variegato e stimolante, questo libro di Nicoli e Pellegrino rappresenta un riferimento significativo per diverse ragioni.

Innanzitutto il libro parte da un'esperienza concreta - il progetto avviato da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) - svolta in collaborazione con diverse realtà regionali e articolato con un focus particolare in Emilia-Romagna, durante la quale, partendo dalla definizione e dallo schema teorico dell'empowerment, si è arrivati alla raccolta e diffusione di esperienze sviluppatesi sul campo, che rappresentano la base per una riflessione più ampia sul tema.

A seguire, il libro vuole sottolineare le molte facce dell'empowerment. Nell'esperienza di chi scrive l'empowerment riguarda il singolo paziente/cittadino nel suo rendersi informato e consapevole e si riverbera sulla collettività, in particolare le associazioni di tutela di cittadini e pazienti, nel rendersi capaci di entrare con maggior appropriatezza e incisività nel dibattito sulla salute. Il libro allarga questo orizzonte e presenta l'empowerment come un momento di completo coinvolgimento di tutti coloro che sono partecipi in un percorso in sanità: i cittadini/pazienti certo, ma anche tutti gli operatori e i dirigenti.

Percorsi e scambio di conoscenze sono i traccianti per la lettura dei vari contributi, nei quali la riflessione si concentra sul concetto di empowerment (come lo definisco i vari attori), ma arrivando alla concretezza delle pratiche e degli strumenti da utilizzare per agire veramente l'empowerment, quindi definizioni, presentazione concreta di tecniche e strumenti, consigli operativi.

Il volume si articola in dieci capitoli affidati a diciotto diversi autori, a dimostrazione della ricchezza di punti di vista e di esperienze differenti offerte dal volume; si procede dalla presentazione di che cosa si intende per empowerment attraverso vari riferimenti teorici, per dettagliare poi anche sulla nascita, sviluppo e definizione del termine, ricordando che le prime teorie sull'empowerment risalgono al 1981. Il concetto viene discusso in riferimento al contesto sociale contemporaneo e viene sottolineata la circolarità del concetto e dell'esperienza di empowerment: il singolo protagonista – qualsiasi sia il suo ruolo – una volta empowered diventa parte di un sistema che a sua volta necessita di empowerment da trasferirsi nel percorso di cura e nell'organizzazione. L'empowerment in buona sostanza cambia la prospettiva nella quale muoversi e le esigenze per le quali si cercano risposte.

Si prosegue interrogandosi poi sul senso dell'empowerment tra autonomia, ruoli e quotidianità organizzativa, arrivando a descrivere esperienze concrete di attività di empowerment che possono essere da traccia e stimolo per concretizzare altre esperienze sulla base di questa lettura. Vengono in particolare approfondite tre tecniche: il teatro dell'Oppresso, l'Open space technology e i Laboratori narrativi.

Gli ultimi capitoli sono quindi dedicati alla lettura e alla riflessione su alcuni percorsi effettivamente sviluppati e al loro monitoraggio. L'attenzione riservata nell'opera alla valutazione continua dei risultati è un aspetto fondamentale per verificare il risultato dell'esperimento di empowerment: anche questo è un aspetto assolutamente condivisibile nell'impostazione data a questo libro.

In una società e sanità che sempre più frequentemente metterà al centro il cittadino (e tutti siamo cittadini) nella condivisione di percorsi e nel processo/percorso decisionale, l'empowerment - chiamiamolo ancora così fino a quando non verrà condivisa una traduzione convincente - gioca un ruolo importante e di stimolo, sia per gli operatori sanitari sia per la collettività. Non può essere casuale d'altra parte il forte richiamo alla centralità del paziente nei Piani sociali sanitari: per la realizzazione di questa centralità è essenziale che i concetti che sottendono e sostengono l'empowerment siano fortemente condivisi ed applicati. È importante che di questo si continui a discutere per arrivare a percorsi e modalità condivise, superando, come si sottolinea nell'epilogo del volume, quell'occasionalità che ha caratterizzato le iniziative di empowerment di questi anni.

Paola Mosconi

*Laboratorio per il coinvolgimento dei cittadini in sanità - Istituto di Ricerche
Farmacologiche Mario Negri, Milano*

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, Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

EDS - Ennio De Santis

EDS - Vladislav Popov

Editore

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

Internet

www.ipasvi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

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

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

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

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