

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVI

2

ISSN 2038-0712

**MARZO - APRILE
2012**

 **IPASVI**

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE**

Infermieri nel futuro

● **FOCUS**

12 maggio: le prove d'efficacia a sostegno dell'azione

Infermieri: la forza di una nuova cultura per il sistema salute

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

Classificazione delle diagnosi infermieristiche di NANDA International secondo le componenti dell'assistenza infermieristica di base di Henderson: uno strumento per l'insegnamento del processo di assistenza infermieristica
di Nadia Colombo, Monica Casati, Elena Marcellini, Laura Saladino, Maria Antonia Mosconi, Renzo Zambelli, Maria Irene Milesi, Pasqualina Colleoni, Simonetta Cesa, Giuseppe Lazzari

L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza
di Ermellina Zanetti, Anna Castaldo, Rosalba Miceli, Miriam Magri, Luigi Mariani, Monica Gazzola, Paola Gobbi, Giorgio Carniel, Nicola Capodiferro, Giovanni Muttillo

● **CONTRIBUTI**

L'utilizzo delle carte di controllo nel monitoraggio dei processi clinici presso l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro (Ist)
di Francesca Vassallo, Claudio Bonifazzi, Catia Maura Bonvento

Le narrazioni di malattia come strumento infermieristico per interpretare la percezione e la soggettività del bisogno
di Cristina Antognozzi

● **ESPERIENZE**

Il Servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio: punti di forza e di debolezza di un nuovo percorso per la non autosufficienza
di G. Macherelli, A. Di Costanzo, A. Pecchioli, R. Bartolini, A. Sergi, S. Cecchi, L. Roti

● **Scaffale**

Frammenti di quotidiana assistenza

Il bambino e il dolore. Come valutare, capire e trattare
di Leora Kuttner



EDITORIALE

Infermieri nel futuro

*Il Consiglio nazionale del 18 maggio ha approvato il programma di lavoro per il triennio 2012-2014. Riportiamo una sintesi dei punti illustrati nella Relazione della presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi **Annalisa Silvestro**.*

- Diffondere il paradigma assistenziale infermieristico strutturato sulla centralità della persona e dei suoi bisogni espressi ed inespressi nei processi di cura e di assistenza.
- Sostenere il ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, nel territorio e fra ospedale e territorio.
- Orientare l'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'assistenza d'iniziativa, dell'infermieristica di famiglia, del case management, dell'integrazione e socio sanitaria.
- Sostenere l'organizzazione ospedaliera per complessità assistenziale infermieristica e valorizzare la direzione e il coordinamento infermieristico in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private.
- Strutturare un network per sostenere e sviluppare la scelta di esercizio libero professionale.
- Delineare e strutturare un "luogo virtuale di pensiero" in cui infermieri, filosofi, antropologi, giuristi e cultori di ulteriori discipline possano contribuire all'approfondimento ed allo sviluppo dell'infermieristica nelle sue molteplici manifestazioni professionali.
- Perseguire e valorizzare l'autonomia della direzione, della docenza e del tutoraggio infermieristico nei processi di formazione accademica.
- Sostenere i percorsi di educazione continua anche attivando e implementando una specifica piattaforma FAD per l'acquisizione, il mantenimento e l'innovazione delle competenze professionali.
- Promuovere la ricerca, la sperimentazione, la cultura della valutazione e la diffusione dei dati per lo sviluppo e l'innovazione della disciplina infermieristica.
- Mettere a disposizione dell'intera collettività professionale l'accesso ad una banca dati internazionali.
- Mantenere e rafforzare le relazioni con il ministero della Salute e dell'Università, le Istituzioni e con le forze sociali.
- Implementare la collaborazione con l'Enpapi e con le Associazioni professionali infermieristiche nazionali e internazionali.
- Sostenere Cives e le sue attività.
- Dare evidenza al ruolo e alle funzioni dell'infermiere anche per rafforzare l'immagine del gruppo professionale.
- Consolidare il rapporto di fiducia e l'alleanza con i cittadini e le loro rappresentanze.
- Implementare e rendere proficua la relazione tra i Collegi provinciali, i Coordinamenti regionali e Federazione nazionale Ipasvi.

Il nuovo Comitato centrale Ipasvi

ANNALISA SILVESTRO

E' presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi dal 2000.

Direttore del SATeR (Servizio assistenziale tecnico-sanitario e riabilitativo) dell'Azienda Usi di Bologna; è docente del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche delle Università di Ferrara e Bologna.

E' componente del Consiglio superiore di sanità ed è vicepresidente nazionale del Comitato Unitario delle Professioni (Cup)

E' componente della Delegazione italiana presso l'Oms.

GENNARO ROCCO

E' vicepresidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi dal 2000.

E' presidente del Collegio Ipasvi di Roma ed è membro della Fepi (Federazione Europea degli Enti regolatori delle Professioni Infermieristiche).

E' direttore del Centro di formazione dell'Idi e insegna ai corsi di Laurea e di Laurea specialistica dell'Università Tor Vergata di Roma.

E' Direttore del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca infermieristica.

BARBARA MANGIACAVALLI

E' segretaria della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi dal 2006.

E' direttore del SITRA (Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale) della Fondazione Irccs "Policlinico San Matteo" di Pavia ed è componente del Nucleo di valutazione di due Aziende sanitarie pubbliche.

FRANCO VALLICELLA

E' tesoriere della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi dal 2000.

E' presidente del Collegio Ipasvi di Verona.

E' direttore del SITRA (Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale) dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova. Ha all'attivo numerose esperienze di docenze universitarie (Verona, Tor Vergata e Cattolica di Roma – sede di Brescia) .

CIRO CARBONE

E' stato riconfermato per il secondo mandato consigliere del Comitato centrale della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi.

E' presidente del Collegio Ipasvi di Napoli.

E' direttore del Servizio infermieristico aziendale dell'Aorn "Santobono Pausilipon" di Napoli.

Fa parte della Commissione centrale esercenti le professioni sanitarie del ministero della Salute e insegna Infermieristica generale all'Università di Napoli Federico II.

BEATRICE MAZZOLENI

Dal 2003 ricopre la carica di Presidente del Collegio Ipasvi della Provincia di Bergamo ed è al suo primo mandato nazionale.

E' Presidente del Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi della Regione Lombardia.

Lavora presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Bergamo.

MARIAADELE SCHIRRU

Presidente del Collegio Ipasvi di Torino dal 2009, è al suo primo mandato nazionale.

E' direttore del SITRA (Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale) dell'Azienda Ospedaliera "Cto/Maria Adelaide" di Torino.

Il Collegio dei Revisori dei conti Ipasvi

PIERPAOLO PATERI (Presidente)

E' presidente del Collegio Ipasvi di Cagliari.

E' direttore del Servizio delle professioni sanitarie in staff alla Direzione generale dell'Asl Sanluri.

MARIA GRAZIA BEDETTI

E' presidente del Collegio Ipasvi di Bologna; presidente del Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi della Regione Emilia Romagna e componente del Cup provinciale .

E' coordinatrice dell'area assistenziale pediatrica del Distretto Città di Bologna.

E' docente di Pedagogia al Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna.

SALVATORE OCCHIPINTI

E' presidente del Collegio Ipasvi di Agrigento.

Lavora presso l'UO di Rianimazione del Presidio ospedaliero Sciacca (Ag) e, come infermiere a prestazione, presso il Cmr del Sues 118, postazione di Sciacca.

IRENE ROSINI (Revisore supplente)

E' presidente del Collegio Ipasvi di Pescara ed è presidente del Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi d'Abruzzo.

E' responsabile infermieristica dell'Unità Operativa di Ematologia e Oncoematologia pediatrica dell'Ospedale civile "Santo Spirito" di Pescara.



FOCUS

12 maggio: le prove d'efficacia a sostegno dell'azione

a cura della Redazione

Il Consiglio Internazionale delle Infermiere/i – CII, (ICN) nel messaggio proposto in occasione della *Giornata Internazionale degli Infermieri* ogni anno mette a fuoco le questioni chiave della professione. L'International Council of Nurses, fondato nel lontano 1889, oggi raccoglie 128 Paesi. L'Italia vi è rappresentata dalla CNAI (Consociazione nazionale delle Associazioni Infermiere/i).

Gli infermieri italiani hanno arricchito tale tradizione celebrando la ricorrenza con iniziative di comunicazione al cittadino, finalizzate ad evidenziare il consolidato orientamento della professione verso la tutela e l'assistenza delle persone sane e malate, singole o in collettività, nelle varie fasi della vita e nei diversi momenti di cura.

A dimostrazione di come la comunicazione professionale sia sempre un riflesso dell'evoluzione professionale, si pone il tema scelto dall'ICN per la Giornata dell'Infermiere 2012: *Colmare il divario: dalle prove di efficacia all'azione*. Alla parola d'ordine si accompagna un corposo documento che ne articola il significato.

Negli ultimi 20 anni è andato crescendo l'interesse verso l'Evidence-Based Medicine, recepita nell'ambito disciplinare sotto il termine Evidence-Based Nursing (ora finalmente Evidence-Based Practice), quale espressione terminologica che indica come questo approccio metodologico sia necessario nei diversi ambiti disciplinari sanitari e sociali, in quanto facilitatore nell'indirizzare la pratica assistenziale verso standard operativi che meglio permettono di evitare danni ai pazienti e di migliorare le condizioni di salute delle persone malate, aiutando a preservarla in quelle sane.

La CNAI si è fatta carico di rendere disponibile in italiano il documento con la traduzione di Donatella D'Accolti ed Elisa Vitale e la revisione di Cecilia Sironi. Il testo è scaricabile online dal sito www.cnai.info a fronte di un piccolo contributo. Ne consigliamo a tutti la lettura e l'analisi. Il materiale può arricchire le nostre conoscenze sull'argomento e contestualmente fornisce un punto di reperi comune alla comunità professionale infermieristica mondiale, rafforzando l'univocità dell'approccio disciplinare e favorendo il consolidamento strutturale di questo approccio nel patrimonio metodologico professionale più globalmente inteso.

L'Evidence-Based Practice ci rafforza nel percorso decisionale che ciascun paziente richiede al fine di disporre in modo appropriato delle informazioni utili per gestire le relazioni causali tra gli interventi che vengono effettuati e gli esiti raggiunti, ovviamente insieme agli elementi di contesto, alla disponibilità di risorse e, ovviamente non per ultimo, alle dimensioni individuali e soggettive del singolo individuo o della singola collettività.

Siamo consapevoli infatti che assistendo ogni giorno i pazienti, in base a cosa facciamo e a come lo facciamo, possiamo fare la differenza.

www.ipasvi.it



Venti di cambiamento

12 maggio 1992-2012

Giornata internazionale dell'infermiere



Verso altri vent'anni di impegno
degli infermieri italiani
per i nuovi diritti dei cittadini





FOCUS

Infermieri: la forza di una nuova cultura per il sistema salute

Relazione introduttiva della Presidente Annalisa Silvestro al XVI Congresso Ipasvi, Bologna 22-24 marzo 2012

Care Colleghe, Colleghi e Amici

grazie per essere venuti anche quest'anno così numerosi al nostro congresso nazionale.

Un congresso che cade ancora una volta in una situazione molto particolare per la sanità italiana.

ATTORNO A NOI

In copertina c'è senz'altro la crisi.

Una crisi economica internazionale che coinvolge tutti i Paesi europei e tra questi certamente l'Italia. Una crisi alla quale questo Governo, come il precedente, ha risposto con provvedimenti importanti di contenimento della spesa pubblica e in questa è inserita, ovviamente, anche la spesa sanitaria.

L'insieme delle manovre messe a punto dal Governo Berlusconi, e confermate nelle sue disposizioni anche dal Governo Monti, incidono sulla sanità pubblica per circa 8 miliardi di euro da qui al 2014.

Quegli ulteriori otto miliardi vanno ad aggiungersi ai tagli che erano già stati decisi negli anni precedenti e la situazione complessiva che ne deriva ha indotto i Presidenti di tutte le Regioni italiane – da nord a sud, quelle governate dal centro-destra e quelle governate dal centro-sinistra – a dire che la sanità pubblica potrebbe arrivare a un punto di non ritorno.

Ma cosa può significare un “non ritorno” per la nostra sanità pubblica?

Non ci sono molte analisi da fare per capire cosa potrebbe accadere se anche le Regioni fino ad oggi considerate virtuose – cioè con i conti in pareggio, con servizi efficienti e con un accettabile livello di soddisfazione dei cittadini – andassero in crisi come è successo a quelle che vivono la durezza dei piani di rientro.

Se anche le Regioni considerate virtuose come la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, e la Toscana – tanto per indicare le più citate – dovessero prendere atto di non essere più in grado – per mancanza di adeguati finanziamenti – di garantire gli attuali livelli di assistenza con carichi di lavoro sostenibili per i propri operatori, non potrebbero che prendere un'unica strada: diminuire l'offerta sanitaria e razionare i servizi.

Il che significa non solo ridimensionamento o riconversione degli ospedali, ma anche diminuzione delle prestazioni e delle attività sanitarie.

Razionamento, infatti, significa dire: meno prestazioni, minore o addirittura nessun ammodernamento strutturale e tecnologico, inasprimento delle situazioni lavorative a causa del blocco del turn over e poche possibilità negoziali nella contrattazione decentrata.

Un “fermo di sostanza” dell'intero sistema in una situazione già pesantemente in affanno e che delinea davvero la possibilità di giungere al già richiamato “punto di non ritorno”.

E' evidente che, alla luce di questi elementi, la definizione del nuovo Patto per la Salute – che dovrà essere sancito entro il prossimo 30 aprile – sia particolarmente difficile perché non potrà occuparsi solo di razionalizzazione della rete territoriale, di riammodernamento degli ospedali, di sviluppo delle politiche di prevenzione o di altri provvedimenti di carattere generale legati alla programmazione.

Questa volta il *Patto per la salute* dovrà farsi carico di quegli ulteriori otto miliardi che mancano all'appello.

Ed è possibile, di conseguenza, che per superare quel “gap” vengano introdotti nuovi ticket, definite nuove modalità di erogazione del farmaco e nuove discipline per gli acquisti dei dispositivi medici, dei beni e servizi e anche, forse, ulteriori e nuovi interventi sul personale.

Insomma una partita complessa e difficile che mi porta a chiedere a me stessa e a tutti voi: ma ha senso reale che la sanità venga vista solo come un costo o ci sono elementi oggettivi che possono farla vedere anche come un volano di sviluppo per il Paese?

La nostra sanità garantisce ogni giorno assistenza a tutti gli italiani, offre sostegno a chi ne ha bisogno, contribuisce a mantenere coesione sociale, è un luogo di elaborazione di saperi e di innovazione ed è un comparto produttivo di beni e servizi.

Un dato: se da un lato la spesa sanitaria pubblica incide attorno al 7% del PIL, contemporaneamente la sanità con tutto il suo insieme di variegate attività, fornisce quasi il 13% del prodotto interno lordo.

Mi pare evidente, quindi, che la sanità non è solo un costo, anzi.

Il saldo tra quanto costa in termini di spesa pubblica e quanto produce in termini di ricchezza per il Paese, è decisamente in attivo.

Visti i dati, mi aspetterei dal Governo e da tutta la Classe politica l'inserimento della sanità nell'agenda delle iniziative di promozione in quanto ritenuta una delle grandi questioni nazionali in cui ci deve essere rilancio delle infrastrutture, degli investimenti e della ricerca per contribuire in tal modo alla promozione della crescita, al sostegno dell'occupazione e della produttività.

La tecnologia italiana nella realizzazione dei grandi ospedali, infatti, resta all'avanguardia a livello internazionale come pure la nostra ricerca in campo clinico e assistenziale che presenta condizioni eccezionali per competenza, know-how, distribuzione sul territorio e capacità di fare équipe.

E non voglio dimenticare la capacità e la forza d'intenti che la sanità ha dimostrato, rispetto ad altri Settori pubblici: ha messo in discussione le proprie scelte, si è rinnovata nella gestione e nell'organizzazione e ha ridefinito spazi e ambiti evolutivi.

Comunque e in ogni caso, dobbiamo chiederci quale scenario si prospetta per il prossimo futuro dei servizi sanitari anche alla luce dell'attuale contesto economico e sociale.

Al di là di qualsiasi ragionamento ed analisi, è indubbio che il tema della sostenibilità – e cioè della capacità di continuare a garantire un servizio sanitario universale, solidale e di qualità in tutto il Paese – si pone oggi con ancora maggiore attualità di quanto non sia avvenuto negli anni passati.

E qui credo sia davvero opportuno fare una profonda e intellettualmente onesta disamina.

In molti dibattiti e in altrettanto tante analisi che tutti ascoltiamo sul “mali”, sui “problemi” e sulle “ricette” risolutive che riguardano la sanità, spesso si sente affermare da esperti di diversa estrazione e formazione culturale e politica, che non sarà più possibile o meglio, che non possiamo più permetterci di dare “tutto a tutti” e che il sistema deve diventare “più leggero”.

Il “tutto a tutti” è un concetto chiaro e suggestivo, ma – voglio permettermi di affermare – molto demagogico.

Credo sia bene capirci: intanto non è vero che si dà “tutto a tutti”.

Riflettiamo su ciò che sta dietro al “tutto”.

In Italia la garanzia costituzionale del diritto alla salute prevede che vi sia una lista di livelli essenziali di assistenza – i famosi LEA – dove non c'è “tutto”.

Ci sono le prestazioni e i servizi che sono stati ritenuti essenziali per la tutela della salute. E quei livelli di assistenza possono essere rivisti – e sappiamo che abbastanza presto verranno rivisti – e riadattati ai bisogni emergenti della popolazione.

E' pertanto possibile che all'interno dei futuri LEA, non ci saranno più alcune prestazioni che ci sono attualmente, perché ritenute non più essenziali.

Si vede bene, quindi che dietro al “tutto” ci stanno cose ben diverse da quelle comunemente sbandierate.

Vediamo ora cosa analizzare rispetto al “a tutti”.

Sì. In Italia il Servizio sanitario nazionale garantisce a tutti i cittadini le prestazioni previste dai LEA. Riflettiamoci però; ciò avviene perché “tutti” i cittadini, secondo le loro possibilità e proporzionalmente ad esse, finanziano il servizio sanitario nazionale. Il servizio sanitario non è finanziato da un signor “nessuno”; è finanziato dai cittadini italiani che ne sono, in quanto tali, i titolari e i primi proprietari.

Per il Servizio sanitario spendiamo meno di altri Paesi europei e otteniamo migliori risultati.

Il vero dato è che, semmai, il Servizio sanitario è sotto finanziato perché non possiamo metterci altri soldi – anzi.

E non possiamo permetterci di metterci altri soldi perché una parte degli italiani non contribuisce secondo le sue reali possibilità al sostentamento del Servizio sanitario, evadendo le tasse.

Il dato vero non è che spendiamo troppo per il Servizio sanitario; il dato vero è che spendiamo male. C'è tanta cattiva gestione, doppioni, mantenimento di strutture scorrelate ai bisogni veri, inappropriatezza, arroganza organizzativa e quant'altro ben conosciamo.

Si abbia il coraggio di tagliare lì, per dare forza e vita vera nella sua interezza ad un sistema che i cittadini italiani vogliono – e lo rileviamo continuamente – pur con una grande libertà nei modi di erogare e nei modi di gestire i servizi offerti.

Quindi parlare di “tutto a tutti” può ingenerare e ha ingenerato, più o meno volutamente, equivoci che è bene sgombrare subito dal campo della riflessione e del dibattito.

Voglio però ritornare al vero punto: ossia la **sostenibilità** o meno dell'attuale Servizio sanitario nazionale.

Certamente la sanità – anche una sanità ben organizzata e appropriata nelle risposte – è destinata a veder crescere le proprie necessità finanziarie; e questo sembra essere un elemento – non solo nazionale – sul quale tutti concordano.

Crescerà il costo dell'innovazione, che si spera possa portare a farmaci sempre più efficaci e a tecnologie e terapie cliniche ed assistenziali sempre più appropriate e pertinenti.

Cresceranno i bisogni della gente come conseguenza di una straordinaria evoluzione demografica, perché viviamo sempre più a lungo ma anche, inevitabilmente, accompagnati dalla cronicizzazione di molte malattie.

Malattie che non sono più mortali ma certamente invalidanti e che producono il bisogno di un'assistenza estensiva e continuativa.

Se questo è quanto, potremo continuare a far fronte ai costi che ne deriveranno?

E ancora: il finanziamento attualmente erogato grazie alla fiscalità generale, nazionale e locale, potrà essere ancora sufficiente o dovranno essere trovate altre strade, incrementando, ad esempio, forme di *copayment*, di partecipazione del privato con programmi di *project financing* oppure sviluppando forme di assistenza integrativa con cui garantire le risposte che il servizio sanitario non riesce a garantire completamente?

In tutte queste fondamentali questioni, sulle quali è necessario aprire una vera, profonda e trasparente discussione, noi dobbiamo farci coinvolgere e sentirci coinvolti sia per il contributo che la nostra esperienza e la nostra cultura possono portare al dibattito e alle relative decisioni, sia per verificare se costituiscono ancora punto di riferimento tre principi per noi fondamentali e che, non a caso, sono inseriti anche nel nostro Codice deontologico.

Mi riferisco ai principi di universalità, equità e qualità.

Il nostro pensiero

Noi continuiamo a ritenere che il Servizio sanitario nazionale debba essere **universale**; ossia rivolto a tutti i cittadini a cui va mantenuto il diritto di avere un equo accesso a prestazioni e servizi che vorremmo fossero di qualità omogenea in ogni Regione del Paese.

L'aver una sanità pubblica – e ancora di più in un momento, come l'attuale, di forte crisi economica – è una garanzia.

La sanità pubblica è diritto di cittadinanza, è una rete che può fungere – anche se indirettamente – da ammortizzatore sociale ed è una forma rilevante di tutela.

Rimane però sul tavolo una grande questione che si intreccia col tema della sostenibilità e che, a mio avviso, ha una sua valenza, indipendentemente da altre considerazioni.

E' la grande questione del governo o meglio, come si usa dire oggi, della *governance* del sistema salute.

È indubbio che in tutti questi anni, dalla nascita del Servizio sanitario nazionale ad oggi, si sono articolate e sviluppate molteplici tipologie di gestione e di organizzazione dei servizi. E questo non è strano; anzi.

Le diverse modalità di affrontare l'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria – se ben governate - possono diventare ricchezza di conoscenza e scambio virtuoso di esperienze in nome delle buone pratiche.

Però in questo ambito c'è ancora molto da fare.

Soprattutto sul piano dell'efficienza, ossia sul piano del rapporto costi-benefici, che troppo poco viene esaminato nelle sue diverse articolazioni.

L'innovazione sanitaria è una delle caratteristiche del sistema salute e l'innovazione non può essere solo nelle terapie farmacologiche o nelle terapie chirurgiche.

L'innovazione ha un suo forte peso anche nelle modalità dell'assistenza, nelle modalità con cui viene organizzato un reparto o un servizio ospedaliero, nelle modalità con cui viene organizzata la medicina e l'assistenza territoriale, nelle modalità con cui vengono gestite e orientate le diverse professionalità che operano nel Servizio sanitario nazionale.

In questo senso noi infermieri abbiamo molto da dire: ci riteniamo, infatti, portatori di una ricca e peculiare cultura.

E' dimostrato, che dove la professione Infermieristica è stata valorizzata appieno, il sistema funziona meglio, ci sono maggiori sinergie tra i diversi professionisti e tra le équipes. E' più armonico il rapporto tra struttura e cittadino e scorrono meglio le molte dinamiche sottese all'erogazione dei servizi.

Eppure, il riconoscimento dell'infermiere come una delle figure di spicco nel servizio sanitario, arranca, stenta ancora ad affermarsi.

E dove si afferma, sembra quasi che ciò avvenga non tanto come conseguenza di una rilevata e scientemente scelta e utilizzata potenzialità culturale e professionale, ma quasi

come conseguenza di qualcosa di inarrestabile, inevitabile e a cui possono anche non seguire riconoscimenti di ruolo, di funzioni e di prerogative professionali.

Ma il dato su cui ancora e di più dobbiamo riflettere è quello delle realtà – e purtroppo non sono poche – dove le potenzialità della nostra professione non vengono né rilevate, né considerate.

Forse perché in quei luoghi – e anche in tanti altri esterni ai luoghi di cura e assistenza – si vuole mantenere antiche e supposte primazie, modelli organizzativi più che datati e si vuole, ostinatamente, continuare a sostenere che l'unica vera professionalità sanitaria è quella espressa dal medico.

- forse perché non si considera o si vuole misconoscere l'evoluzione formativa e professionale degli infermieri;
- forse perché si vuole ostinatamente insistere nel dubitare che esistano una Disciplina e una Scienza infermieristica;
- forse ancora perché si non si vuole dare atto dell'efficacia, pertinenza e appropriatezza dell'azione Infermieristica su specifici e fondamentali aspetti di tipo curativo e assistenziale.

Ma il mondo va avanti.

L'attualità

Stiamo interagendo e lavorando su alcuni tavoli tecnici attivati dal Ministero della Salute in cui è strutturata – ovviamente – anche la presenza delle Regioni.

Pare si voglia davvero definire e condividere una diversa ed evoluta rappresentazione dell'Infermieristica, dei suoi contenuti professionali e delle competenze che potranno agire nei prossimo futuro gli infermieri, anche delineando specifici e ulteriori interventi formativi.

Interventi formativi, però – e noi siamo fermamente schierati su questo – impostati su base disciplinare Infermieristica; correlati a processi e percorsi in aree di bisogno assistenziale in cui la nostra cultura e operatività ha già dimostrato – e potrà ancora di più e strutturalmente dimostrare – efficacia nell'intervento, efficienza nelle modalità di risposta ed eccellenza nei risultati.

Non è facile stare su quei tavoli; bisogna combattere con stereotipi, superare resistenze, minimizzare paure.

Non so se può essere di giovamento per superare quelle resistenze e minimizzare quelle paure, affermare in maniera forte, chiara e pubblica che non rientra nei nostri obiettivi e non è nostra ambizione togliere ruoli e funzioni professionali – **realmente specifiche** – ad altri.

Noi vogliamo approfondire ed innovare i ruoli e le funzioni che abbiamo, che il nostro percorso formativo e di professionalizzazione ci disegna e che **l'evolversi scientifico, epidemiologico, socio economico e fattuale ci richiede**.

Nei confronti di resistenze e fantasmagoriche paure, il nostro atteggiamento sarà quello di sempre: pacata fermezza e decisa volontà.

Oltre al mondo, anche noi andiamo avanti.

Saremo conseguenti ad una sana determinatezza: dare risposte assistenziali solide, certe, sicure ed evolute a tutti coloro che ci coinvolgono come liberi professionisti o che utilizzano i servizi sanitari in cui siamo diuturnamente inseriti.

Ma comunque: anche se riuscissimo, e ci fosse una presa d'atto delle innovate competenze infermieristiche e dei risultati ottenuti attraverso la loro proattiva declinazione nei servizi sanitari, dovrà parimenti esserci una nostra – corale e orgogliosa – spinta in avanti.

Una spinta in avanti basata sulla consapevolezza di quello che abbiamo costruito in questi ultimi decenni e che ci ha permesso di conquistare traguardi quasi insperabili in ambito assistenziale, formativo e gestionale.

Una spinta che ci ha permesso di professionalizzare il nostro lavoro, qualificare i percorsi di cura e dare palese e oggettiva dimostrazione del nostro status di professionisti della salute.

E la consapevolezza di quello che siamo stati capaci di fare, deve continuare ad essere coltivata ed irrobustita, deve diventare intimamente nostra e deve connotarsi come un nostro segno distintivo.

E per questo il nostro agire non può che completarsi ed arricchirsi attraverso l'evidenza dei risultati raggiunti, la conquista della fiducia dei nostri assistiti, l'impegno costante affinché i cittadini percepiscano l'infermiere come un professionista a cui rivolgersi perché capace di dare loro risposte peculiari, specifiche, distintive e costantemente rimodulabili.

Per arrivare a tutto questo è fondamentale porre in essere azioni solide, rispettose, eticamente salde e armoniose nella modulazione delle relazioni.

Azioni improntate ad accompagnare le persone a vivere al meglio con le conseguenze di un disequilibrio di salute magari cronicizzato, ad aiutarle a raggiungere il massimo di autonomia e di proattività possibile.

Un terreno di vasto impegno in cui la Rappresentanza professionale – ossia tutti i colleghi che hanno scelto di mettersi al servizio della collettività Infermieristica – dovrà agire nella consapevolezza di costituire un punto di aggregazione e di orientamento su diversi piani: quello delle *relazioni*, quello della *comunicazione* e quello del *lavoro*.

E quest'ultimo è un piano particolarmente importante, non tanto e non solo per quanto attiene la componente contrattuale, ma anche e soprattutto perché nel mondo del lavoro può fortemente definirsi ed essere declinato il riconoscimento della nostra specificità professionale ed essere valorizzato il peculiare contributo garantito dagli infermieri, **anche rispetto alle altre famiglie professionali sanitarie**.

Ed il riconoscimento della specificità e peculiarità del contributo garantito dagli infermieri è di particolare rilevanza perché ne può derivare il coinvolgimento nelle scelte aziendali per l'organizzazione del lavoro e dell'assistenza con definizioni coerenti e organiche alla tipologia dei diversi servizi e ai bisogni delle persone.

Ma oltre alla rappresentanza professionale, anche ognuno di noi dovrà fare la sua parte.

La cultura che abbiamo elaborato collettivamente e di cui ognuno di noi è portatore, può divenire ed essere considerata un valore aggiunto per il sistema e da cui il sistema può trarre linfa vitale per promuovere e realizzare una modernizzazione "etica" dei processi sanitari.

Il futuro

Nel corso di questo nostro XVI Congresso nazionale vengono presentate le riflessioni, i saperi, i progetti e le sperimentazioni di cui è ricco il nostro gruppo professionale.

L'obiettivo dichiarato è quello di rilevare – insieme a coloro che ci accompagnano con modalità simpatetiche nel nostro viaggio – se il cammino intrapreso è fruttuoso e se su quella strada potremo davvero raggiungere orizzonti di luce.

Nelle relazioni congressuali presentate dai nostri colleghi emergerà quanto i contenuti espressi costituiscono e rafforzano la nostra cultura intesa come "*... quanto concorre alla formazione dell'individuo sul piano intellettuale e morale e all'acquisizione della consapevolezza del ruolo che gli appartiene come singolo e come appartenente ad una collettività*".

Ed alla nostra cultura vogliamo richiamarci per delineare i campi e i punti di riflessione e dibattito che dovranno accompagnarci da domani e aiutarci a compiere – insieme – le scelte migliori.

Si tratta di scelte che dovranno permettere ai giovani infermieri e agli studenti in Infermieristica di proseguire a testa alta nel viaggio intrapreso dalle nostre generazioni e con l'intima convinzione di far parte di una collettività professionale ricca di idee, valori e capace di effettuare processi di lavoro di qualità e di garantire risultati assistenziali di eccellenza.

Se l'Infermieristica è davvero centrale per il futuro del sistema sanitario – come non solo noi riteniamo – non possiamo sottrarci al confronto con tutti i soggetti che partecipano al sistema salute; ossia i cittadini, gli altri professionisti sanitari, gli *stake holder* e gli *opinion maker*.

Recentemente ci sono stati momenti di tensione inter professionale che potevano portarci ad un deleterio scontro inter categoriale. Le tensioni erano conseguenti ad alcune sperimentazioni organizzativo assistenziali innovative basate su una ridefinizione di competenze e responsabilità. Le azioni infermieristiche che ne derivavano sono state ritenute da alcuni medici esclusive e giuridicamente proprie.

In sintesi i colleghi infermieri impegnati in quei percorsi innovativi, abusavano di professione medica.

Parlo – e richiamo solo le situazioni più note – dei “*fast track*” e del “*see & treat*”, su cui si è appuntata l’attenzione e su cui – parimenti – avrebbe dovuto calare la scure dell’ipotetico abuso di professione medica.

Ma sono sotto lente di ingrandimento anche i team PICC, l’Infermieristica perioperatoria, il case management territoriale, il counseling professionale, i servizi di consulenza Infermieristica, l’assistenza di iniziativa, gli ambulatori infermieristici, l’Infermieristica di famiglia o di comunità, i reparti a gestione Infermieristica, le piattaforme degenziali organizzate e gestite per complessità assistenziale infermieristica ... e mi fermo qui.

La Federazione è stata più volte invitata a riflettere su quanto stava e sta accadendo, non tanto per quanto si sta facendo “oltre” nell’ambito delle prestazioni tecniche o per l’utilizzo di tecnologie ad ampio spettro o di *devices* tendenzialmente utilizzati da altri gruppi professionali , quanto sull’ampliamento di processi e di percorsi assistenziali su cui abbiamo assunto la piena, autonoma e responsabile gestione.

Ma qual è la paura? Forse la paura è che quanto sta avvenendo possa scardinare gli attuali equilibri nelle relazioni professionali e la mai discussa potestà organizzativa e gestionale di alcuni.

La scelta

Ma adesso noi ci troviamo di fronte ad un bivio.

Ciò che già ora facciamo utilizzando le nostre capacità tecnico-scientifico – che si traducono anche, come prima dicevo, nell’effettuazione di prestazioni tecniche avanzate nell’utilizzo di tecnologie ad ampio spettro in ambito diagnostico e terapeutico – può costituire la base dell’attesa evoluzione e dell’ulteriore passo in avanti della nostra professione?

Oppure, dobbiamo considerare quella tipologia di prestazioni tecniche – ancorché necessitanti una importante preparazione – come attività complementari al “core” dell’***Infermieristica intesa come la capacità di rispondere ai bisogni che un disequilibrio di salute o una patologia conclamata producono sulla persona?***

Nel prossimo decennio l’anomalia della sanità italiana che evidenzia un numero di medici per abitanti superiore alla media europea, verrà superata.

Il cosiddetto *shortage* dei medici impatterà inevitabilmente sull’andamento dell’intero sistema sanitario.

Qualcuno lancia grida di alta preoccupazione per la salute degli italiani.

Qualcuno pensa che non ci saranno problemi perché si potranno utilizzare le competenze degli infermieri perché, “... *in fondo l’offerta sanitaria dovrà spostarsi verso la prevenzione e sul territorio. Questo consentirà di puntare, con effetti sicuramente positivi sia per la qualità dell’offerta che per il grado di copertura della domanda, sull’upgrading della professione infermieristica. Vale a dire sull’attribuire e riconoscere agli infermieri ruoli e funzioni che sicuramente sono in grado di svolgere con efficacia...*”.

E a questo secondo pensiero che punta sulla valorizzazione degli infermieri, diversi osservatori dell'andamento del sistema sanitario aggiungono una constatazione: dove gli infermieri hanno assunto ruoli e funzioni ricchi di responsabilità nell'area organizzativo-gestionale e didattico-formativa, sono stati raggiunti concreti risultati di razionalizzazione, pertinenza, innovazione, oltre che di riproducibilità, scientificità, culturalizzazione e ricerca.

Ma ancora.

Numerosi studiosi delle organizzazioni sanitarie discutono su come ammodernare l'organizzazione delle Aziende ospedaliere e su come dare corpo alle Aziende territoriali. Tali studiosi, tra l'altro, ragionano sull'impatto che assume la dimensione "operativa" rispetto a quella "professionale" nell'efficientamento dell'organizzazione sanitaria in senso lato e dell'organizzazione ospedaliera specificamente.

Pare decisamente più produttivo, ad esempio, organizzare gli ospedali su due dimensioni distinte: da una parte le "piattaforme operative" ordinate per tipologie di processi assistenziali e dall'altra la tradizionali aggregazioni professionali, ossia basate sulle discipline cliniche.

Se passasse l'ipotesi dell'organizzazione per processi produttivi – ossia l'idea delle piattaforme operative – **noi infermieri saremmo i candidati naturali ad esserne i protagonisti e i gestori.**

Siamo, infatti, considerati forza competente, esperta oltre che prevalente dei processi produttivi ed in grado di realizzare nuove modalità organizzative legate finalmente non più alle discipline cliniche ma ai processi assistenziali.

Mi riferisco, ad esempio, all'organizzazione per livelli di complessità assistenziale o alla gestione di piattaforme tecnologiche per linee produttive prestazionali come, ad esempio, le piattaforme costituite dalle sale operatorie o le piastre ambulatoriali.

Ma allora, se questi sono alcuni dei principali elementi del dibattito in corso per quanto attiene il sistema salute del Paese e il nostro ruolo all'interno di tale sistema, qual è l'orientamento che pensiamo di voler assumere?

A quale componente connessa **attualmente (Dm 739/94)** alla nostra struttura professionale vogliamo dare **prevalenza**?

- A quella che ci instrada verso l'effettuazione di prestazioni tecniche o vero l'utilizzo di tecnologie ad ampio spettro, di *devices*, di emogasanalizzatori avanzati, di tecnologia miniaturizzata da adoperarsi al letto del paziente o a domicilio e di quant'altro rilevante per il buon andamento del processo diagnostico e terapeutico?
- A quella orientata al "core" dell'Infermieristica ovvero alla capacità di **rispondere ai bisogni** che un disequilibrio di salute o una patologia conclamata producono sull'assistito sviluppando e approfondendo altresì e contemporaneamente competenze e capacità nella pianificazione, supervisione e verifica delle attività demandate agli operatori che supportano i processi di assistenza?

Le nostre scelte sono di primaria importanza perché ne conseguiranno decisioni che impatteranno fortemente sulle attività professionali, sulle azioni della Rappresentanza professionale in relazione alle richieste nei confronti dei gestori organizzativi e formativi e – cosa di indubbia rilevanza – sul ri-orientamento dell'intero sistema sanitario.

Quale organizzazione del lavoro ne deriverà?

Quali percorsi formativi saranno necessari e con quali obiettivi e contenuti?

LE DECISIONI PROGETTUALI

L'orientamento e le scelte – quali che siano – non potranno che scaturire da un dibattito forte, serrato e che tenga conto del fatto che intorno a noi tutto si muove rapidamente e che ci saranno spinte e pressioni opportunistiche.

Il nostro profilo professionale ci offre ancora un forte sostegno per ogni tipologia di scelta e di orientamento che vorremo intraprendere.

Possiamo dare prevalenza all'ambito, che voglio definire semplicisticamente "tecnico", così come già indicato dal comma d) dell'art. 2 del Dm 739/94 *"l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche"*.

Oppure dare prevalenza all'ambito assistenziale, che voglio definire "classico", così come indicato dal comma b) e c) dell'art. 2 del Dm 739/94 *"l'infermiere identifica i bisogni di assistenza Infermieristica e della collettività e formula i relativi obiettivi" ... e ... "pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico"...* Ed in quest'ultimo ambito privilegiare la parte educativo-relazionale, demandando l'effettuazione dell'assistenza di medio bassa complessità agli Operatori socio sanitari e mantenendo la supervisione e la responsabilità del processo, così come già reso possibile dal comma e) ed f) dell'art. 2 del Dm 739/94 *"l'infermiere agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali" ... e ... "per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto"*.

E' evidente che all'orientamento che sceglieremo dovranno correlarsi azioni e un forte impegno perché vi sia un costante riposizionamento in ambito formativo, organizzativo e assistenziale sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale.

Ma è anche evidente:

- che le scelte dovranno derivare da un subitaneo e serrato dibattito che dovrà svilupparsi dentro e fuori la professione;
- che quelle scelte dovranno essere accompagnate e sostenute da uno strutturato progetto professionale;
- che il progetto professionale dovrà essere collettivo;
- che il progetto professionale dovrà essere attuato con l'impegno degli infermieri tutti indipendentemente dalla funzione svolta e dallo specifico campo di operatività da ognuno.

E allora, in tutto questo, mi pare ineludibile la necessità di sostenere la nostra Rappresentanza professionale e la trasformazione dei Collegi in Ordini che siano modernamente strutturati attraverso una ridefinizione dell'ordinamento giuridico in modo che possano avere sistematiche e istituzionali interlocuzioni in ogni luogo di decisione politica, organizzativa e formativa.

Nel frattempo i nostri attuali Collegi Ipasvi devono essere sostenuti e stimolati con una costante partecipazione alla vita professionale affinché:

- rafforzino le loro azioni;
- sostengano i professionisti iscritti ai loro albi;
- si rendano realmente garanti di fronte ai cittadini ed allo Stato della qualità, serietà, onestà e professionalità dei loro iscritti.

Insieme potremo far sentire la voce del nostro mondo ovunque:
in Parlamento, nei Ministeri, nelle Regioni, nelle Aziende, nelle Università.

Perché siamo consapevoli che le nostre non sono iniziative di rivendicazione corporativa, ma battaglie di civiltà e di progresso per fare grande la Sanità italiana e perseguire il bene dei cittadini.

Tutti insieme ce la possiamo davvero fare!

Grazie dell'attenzione, un buon congresso e un augurio di buon futuro a tutti!

XVI Congresso Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

Mozione conclusiva

Bologna, 24 marzo 2012

Gli infermieri italiani, riuniti a Bologna dal 22 al 24 marzo 2012 per il XVI Congresso Nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi, consapevoli del loro essere professionisti della salute e dell'assistenza, a cui ogni cittadino e ogni assistito può rivolgersi in un rapporto diretto e deontologicamente strutturato:

si impegnano: al rafforzamento del rapporto di fiducia con l'assistito per dare risposte peculiari, appropriate e pertinenti alle esigenze di cura e ai bisogni di assistenza, attraverso la "presa in carico" e la garanzia di una continuità assistenziale che si estenda e valorizzi anche la dimensione territoriale;

sollecitano: una profonda revisione dell'assetto del sistema sanitario, che faccia perno sulla centralità del cittadino-paziente;

rivendicano: il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo degli infermieri a fronte delle competenze e delle responsabilità già acquisite, a partire da una nuova definizione di "governo clinico e assistenziale" quale strumento di orientamento e governo della sanità;

sottolineano: la necessità di incidere sulla programmazione universitaria e di riconoscere la funzione peculiare della docenza infermieristica al fine di assicurare la reale e competente trasmissione del sapere disciplinare proprio della professione;

ribadiscono: che l'infermiere deve vedere finalmente definiti e riconosciuti diversi e progressivi sviluppi di carriera e diversi e progressivi profili retributivi, corrispondenti alla articolazione del suo lavoro e alle specifiche attribuzioni di responsabilità;

offrono al Sistema sanitario e al Paese: il proprio contributo di cultura e progettualità documentato dalla molteplicità di idee ed esperienze presentate nell'ambito del XVI Congresso Nazionale.

Tenuto conto:

- dell'evoluzione del Sistema sanitario e del mercato del lavoro;
- delle nuove normative in materia pensionistica;
- della diminuzione del numero dei medici;
- dell'upgrading delle competenze infermieristiche;

chiedono:

- la valorizzazione del paradigma assistenziale infermieristico strutturato sulla centralità della persona e dei suoi bisogni espressi e inespressi nei processi di cura e di assistenza;
- la ridefinizione e il riconoscimento del ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio;
- l'orientamento all'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia, dell'integrazione socio-sanitaria e della complementarità dell'esercizio libero professionale infermieristico;
- il superamento dell'attuale settorializzazione – su base esclusivamente medica – delle degenze ospedaliere a favore dell'aggregazione per complessità assistenziale infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione della direzione e del management infermieristico in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private;
- il riconoscimento della rilevanza della direzione, della docenza e del tutoraggio infermieristico per la preparazione dei futuri professionisti infermieri;
- la rimodulazione dei processi formativi orientati alla valorizzazione delle competenze;
- il riconoscimento della rilevanza della ricerca e della sperimentazione nell'ambito dell'assistenza infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze infermieristiche esperte, specialistiche e della consulenza infermieristica;
- una peculiare, strutturata e specifica progressione di carriera collegata alla ridefinizione globale dei processi di cura ed assistenza ed alla correlata specificità assistenziale infermieristica in ambito ospedaliero e territoriale.

Classificazione delle diagnosi infermieristiche di NANDA International secondo le componenti dell'assistenza infermieristica di base di Henderson: uno strumento per l'insegnamento del processo di assistenza infermieristica

Nadia Colombo¹, Monica Casati², Elena Marcellini³, Laura Saladino⁴, Maria Antonia Mosconi⁵, Renzo Zambelli⁶, Maria Irene Milesi⁷, Pasqualina Colleoni⁸, Simonetta Cesa⁹, Giuseppe Lazzari¹⁰

¹Coordinatore didattico di Sezione, ^{3,4,5,6}Tutor professionali, ¹⁰Tutor professionale coordinatore delle attività teoriche e di tirocinio, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Sezione di Corso A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo; ²Responsabile Ricerca, Formazione e Sviluppo, Direzione delle Professioni Sanitarie, ⁷Dirigente, Formazione Universitaria delle Professioni Sanitarie, ⁸Staff Ricerca, Formazione e Sviluppo, Direzione delle Professioni Sanitarie, ⁹Dirigente, Direzione delle Professioni Sanitarie, A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo

Corrispondenza: ncolombo@ospedaliriuniti.bergamo.it

RIASSUNTO

Introduzione Il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, Sezione di Corso Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, adotta da tempo l'elaborazione teorica di Henderson, successivamente sviluppata da Adam e Bizier, e la tassonomia della North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) nell'insegnamento del processo di assistenza infermieristica. Nel 1996 il gruppo di infermieri tutor e docenti ha strutturato un elenco dei titoli diagnostici NANDA-I secondo il modello concettuale utilizzato per l'accertamento, aggregandoli sulla base dei 14 bisogni fondamentali di Henderson a partire da una classificazione elaborata nel 1993 dal Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire francese. L'elenco, già aggiornato negli anni in base alle classificazioni NANDA-I 2005-2006 e 2007-2008, necessita oggi di una revisione. Si è quindi realizzato un percorso che consentisse di: a) verificare la presenza in letteratura di una aggregazione ufficiale dei titoli diagnostici NANDA-I secondo le componenti dell'assistenza infermieristica di base di Henderson e/o aggiornamenti della classificazione francese del 1993; b) aggiornare, anche in mancanza di ulteriori indicazioni dalla letteratura, l'elenco dei titoli in uso con la classificazione NANDA-I 2009-2011.

Materiali e metodi Nel settembre 2011 è stata effettuata una ricerca bibliografica nelle banche dati MEDLINE e CINAHL. La pertinenza delle citazioni identificate è stata determinata indipendentemente da due valutatori mediante analisi del titolo, dell'abstract e del full text, se reperibile. In assenza di nuovi riferimenti, si è proceduto all'aggiornamento dello strumento attraverso un'analisi comparativa dei titoli diagnostici della classificazione NANDA-I 2009-2011 con quelli inseriti nell'elenco precedentemente rivisto in base alla classificazione 2007-2008. L'afferenza dei 21 nuovi titoli diagnostici individuati al bisogno di riferimento è stata quindi valutata considerando i domini, le classi e le diagnosi infermieristiche, il sistema multiassiale e gli elementi che descrivono ciascuno dei bisogni secondo Henderson. Tale valutazione, che ha interessato anche i titoli diagnostici rimasti invariati rispetto alla classificazione precedente, è stata effettuata in maniera indipendente da due coppie di revisori; le classificazioni proposte da ognuno dei due gruppi sono state poi confrontate e discusse fino ad arrivare all'assegnazione definitiva dei titoli al bisogno di afferenza.

Risultati Sono state identificate 320 citazioni bibliografiche. Dei 42 riferimenti rimasti dopo l'esclusione delle citazioni doppie e degli abstract giudicati non pertinenti, 41 riguardavano *case reports*, piani di assistenza e percorsi clinici elaborati secondo Henderson e NANDA-I. Per impossibilità di reperimento, solo 11 full text sono stati valutati, ma successivamente esclusi perché non riportavano esplicitamente la classificazione utilizzata. Non è stato inoltre possibile recuperare il full text dell'unico documento ritenuto potenzialmente rilevante. Nonostante la mancanza in letteratura di una nuova classificazione delle diagnosi infermieristiche secondo Henderson, confermata dal NANDA-I Education and Research Committee, l'elenco in uso presso la sede formativa è stato aggiornato con la tassonomia II 2009-2011.

Conclusioni La strutturazione di un elenco di titoli diagnostici secondo il modello teorico utilizzato per organizzare i dati, con aggregazione delle diagnosi tra loro correlate, fornisce uno strumento che può aiutare gli studenti infermieri nella scelta del titolo ritenuto più adeguato per il problema assistenziale identificato, facilitando l'utilizzo del sistema tassonomico NANDA-I e lo sviluppo della capacità di pensiero critico.

Parole chiave: NANDA International, Virginia Henderson, processo di assistenza infermieristica, diagnosi infermieristica, formazione infermieristica di I livello

Classification of NANDA International nursing diagnoses according to Henderson's components of basic nursing care: a tool for teaching nursing process

ABSTRACT

Introduction The Nursing School of the Hospital of Bergamo, University of Milano-Bicocca, uses Henderson's theoretical framework, revised by Adam and Bizier, and North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) taxonomy in teaching the nursing process to students. In 1996 the nursing faculty developed a list of NANDA-I diagnoses organized according to Henderson's 14 fundamental needs, following the conceptual model adopted for data collection and analysis. The list, which was compiled on the basis of a classification developed in 1993 by the French Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, was updated according to the NANDA-I classifications 2005-2006 and 2007-2008 but now needs to be further reviewed. This paper describes the steps taken in order to: a) verify the availability of other classifications of NANDA-I nursing diagnoses according to Henderson's basic components and/or of more recent versions of the 1993 French classification; b) update the list in use according to the classification 2009-2011.

Materials and methods A literature search was performed in September 2011 using MEDLINE and CINAHL databases. Titles, abstracts and full texts (if available) of the retrieved citations were independently evaluated by two reviewers. The existing list was updated taking into account the domains, the classes and the nursing diagnoses, the multiaxial system and the elements that describe each of Henderson's needs. The evaluation, which included both the 21 new NANDA-I diagnostic titles and the labels from the earlier classification, was conducted independently by two groups of reviewers; the classifications proposed by each group were then compared and discussed until a consensus was reached.

Results The literature search identified 320 citations. Of the 143 unique references, 101 were excluded after abstract screening, while 41 were about case reports, nursing care plans or clinical pathways based on Henderson's model and NANDA diagnoses. Eleven studies which underwent full text review were excluded because the classification used was not explicitly stated. The full texts of the remaining publications, which included a reference considered potentially relevant, were not available. The list of the diagnostic titles was therefore updated according to the taxonomy II 2009-2011 in the absence (confirmed by the NANDA-I Education and Research Committee) of a new official classification of nursing diagnoses based on Henderson's 14 items.

Conclusions The compilation of a list of nursing diagnoses according to the theoretical model used to organize the data provides a tool that can help the students in choosing the appropriate diagnostic title for the problem identified, facilitating the use of NANDA-I taxonomy and the development of critical thinking skills.

Key words: NANDA International, Virginia Henderson, nursing process, nursing diagnosis, nurse education

INTRODUZIONE

L'insegnamento del processo di assistenza infermieristica, l'apprendimento di ogni sua fase e del suo insieme e le diverse strategie tutoriali messe in campo per potenziare il ragionamento diagnostico rappresentano, pur nella eterogeneità degli ordinamenti didattici, un contenuto centrale dei curricula dei corsi di laurea in infermieristica nei diversi contesti formativi universitari italiani. Saper condurre un ragionamento diagnostico caratterizzato da oggettività scientifica e rigore logico, saper elaborare ipotesi plausibili e formulare diagnosi infermieristiche, per poter prendere decisioni che migliorino le condizioni di salute e di vita degli assistiti, costituiscono ormai un'abilità professionale irrinunciabile e uno standard formativo fondamentale.

Essere professionista richiede infatti competenza sia nel ragionamento clinico sia nell'uso delle categorie diagnostiche. Ma la capacità diagnostica senza la terminologia adatta è paragonabile alla capacità di parlare senza conoscere un linguaggio:

disporre di un linguaggio univoco è una precondizione per poter dare un titolo ai giudizi clinici e individuare i problemi di salute di pertinenza infermieristica (Gordon, 1987, 2009; Gordon et al., 1994). Oggi sono disponibili numerosi sistemi di classificazione dell'assistenza infermieristica; l'esigenza di fare riferimento a tali sistemi si sta sempre più sviluppando e consolidando, allo scopo di condividere etichette comuni per definire in maniera omogenea le conoscenze sui fenomeni di interesse specifico. La North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) è unanimemente considerata come pioniera nel processo di ordinamento dei concetti diagnostici in ambito infermieristico, con la classificazione più frequentemente implementata a livello internazionale (ICN, 2004; Oud et al., 2005). In questa direzione, la diagnosi infermieristica rappresenta un giudizio clinico sulle risposte date dalla persona, dalla famiglia o dalla società ai problemi di salute e ai processi vitali, reali o potenziali, ed è la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici

volti a raggiungere risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità.

La diagnosi infermieristica costituisce una fase determinante del processo assistenziale: tutte le attività che la precedono sono dirette alla sua identificazione, mentre le attività successive di pianificazione dell'assistenza si basano sulla diagnosi formulata (Wilkinson, 2003, 2009), evidenziando così una visione d'insieme coerente (Johnson et al., 2006) tra l'enunciato diagnostico NANDA-I, gli obiettivi e le classificazioni degli interventi (Nursing Interventions Classification, NIC; Dochterman, Bulechek, 2004) e degli esiti (Nursing Outcomes Classification, NOC; Moorhead et al., 2003).

Le diagnosi infermieristiche sono ormai oggetto di studio approfondito e di implementazione a livello internazionale in ambito sia organizzativo sia formativo. In ambito formativo i contributi apportati concernono, tra gli altri, l'uso delle diagnosi infermieristiche da parte degli studenti e le loro opinioni a riguardo (Bryśiewicz, Lee, 2009; Erdemir et al., 2003; Lopes et al., 1997; Yönt et al., 2009), l'impiego del linguaggio standardizzato NNN (NANDA, NIC, NOC) per insegnare agli studenti il processo decisionale in ambito clinico (Garcia et al., 2006) e il grado di utilizzo da parte degli stessi (Kautz et al., 2006), l'impatto dell'insegnamento del processo di assistenza basato sulla tassonomia NANDA-I (Palese et al., 2009) e i suoi effetti sulla capacità degli studenti di condurre un ragionamento clinico (da Cruz, Arcuri, 1998).

Il contesto

Dal 1995 il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo afferente all'Università degli Studi di Milano-Bicocca adotta l'elaborazione teorica dei bisogni di assistenza infermieristica di Virginia Henderson (1969), successivamente sviluppata in chiave concettuale e metodologica da Evelyn Adam (1989) e Nicole Bizier (1990, 1993), come orientamento teorico a sostegno del curriculum formativo. Tale scelta confermava un approccio già iniziato nella prima metà degli anni ottanta nell'ambito del programma triennale di studio per infermieri professionali (Giunta Regionale della Lombardia, 1978). L'insegnamento del processo di assistenza infermieristica avviene durante il primo anno di corso, in linea con la tendenza nazionale, e prevede l'approfondimento della fase di raccolta dati mediante lezioni teoriche in aula, simulazioni ed esemplificazioni in gruppo, l'applicazione su un assistito durante l'esperienza di tirocinio e attività tutoriali di *briefing* e *debriefing*.

Gli studenti imparano a raccogliere sistematica-

mente, convalidare, registrare e organizzare i dati in categorie predefinite. Lo strumento utilizzato orienta l'accertamento strutturandolo in 14 bisogni indagati nella dimensione biofisiologica, psicologica e socioculturale (Bizier, 1990, 1993) e consente agli studenti di identificare il livello di autonomia dell'assistito nel soddisfacimento di questi bisogni fondamentali definendo l'esistenza di un problema di dipendenza, la sua natura, i fattori che lo hanno generato e la sua manifestazione. Alle 14 categorie utilizzate per l'organizzazione dei dati è stata aggiunta, per la sua rilevanza, anche quella relativa a "Famiglia/persona di riferimento/comunità", includendo nell'accertamento gli elementi da considerare quando l'obiettivo è una famiglia (Adam, 1989).

Da più parti viene suggerita l'adozione di un modello concettuale dell'assistenza infermieristica che fornisca le categorie per analizzare la situazione dell'assistito e funga da struttura per l'accertamento (Alfaro-LeFevre, 2002; Cassie, 1985; Gordon, 1987, 2009; Lunney, 2010; Rubinfeld, Scheffer, 1999; Wilkinson, 2009). A tale proposito Bizier (1993, p. 41) sostiene che "i dati di dipendenza devono essere suddivisi, raggruppando quelli che sono in relazione diretta con il soddisfacimento di un bisogno fondamentale. I gruppi di dati sono sottoposti ad analisi, per identificare la natura del problema di dipendenza e i fattori che lo hanno generato. Questa operazione consente di stabilire una diagnosi infermieristica. Raggruppando i dati di dipendenza o i dati di dipendenza potenziale legati al medesimo bisogno, è possibile identificare una serie di circostanze o fattori che contribuiscono alla comparsa del problema di dipendenza". È quindi la struttura a fornire il focus per il processo diagnostico (Alfaro-LeFevre, 2002; Gordon, 1987, 2009).

Durante il secondo anno gli studenti approfondiscono, attraverso lezioni teoriche in aula, simulazioni, esemplificazioni e attività tutoriali di *debriefing* in piccoli gruppi, il ragionamento diagnostico, formulano le diagnosi infermieristiche (tipologia, titolo diagnostico, fattori correlati, caratteristiche definenti) secondo il modello PES (Problema, Eziologia, Segni e Sintomi) (Gordon, 1987, 2009; Gordon et al., 1994), utilizzano i titoli diagnostici della tassonomia NANDA-I, apprendono le modalità di identificazione delle priorità, di definizione degli obiettivi, di pianificazione degli interventi e di valutazione. La definizione degli interventi e dei risultati non segue ancora le classificazioni NIC e NOC.

Gli studenti individuano inoltre i problemi collaborativi secondo il modello bifocale dell'attività clinica di Carpenito (1996, 2001, 2006, 2009) per definire le complicitanze che saranno trattate in collaborazione

con altri professionisti. L'identificazione dei problemi collaborativi avviene mediante l'utilizzo di una struttura di accertamento basata sui sistemi corporei (Alfaro-LeFevre, 2002; Wilkinson, 2009).

L'insegnamento dei moduli teorici di infermieristica clinica in ambito medico, chirurgico generale e specialistico del secondo e terzo anno è strutturato interamente sulla tassonomia NANDA-I. Questi aspetti vengono mantenuti anche per il tirocinio, durante il quale gli studenti elaborano alcune pianificazioni assistenziali.

La scelta di aderire all'elaborazione teorica di Henderson e alle diagnosi infermieristiche NANDA-I ha fatto nascere nel 1996 l'esigenza di coniugare i titoli diagnostici con il modello concettuale adottato dalla sezione di corso. In assenza di indicazioni da parte di Bizier, che pur prevedendo la diagnosi infermieristica come fase del processo di assistenza riconduce i bisogni ai titoli diagnostici senza però specificarne l'aggregazione (Bizier, 1993; Manara, 2000), è sembrato efficace strutturare un documento con l'elenco delle diagnosi NANDA-I secondo il modello utilizzato per l'accertamento al fine di elencare insieme i titoli diagnostici tra loro correlati e aiutare gli studenti nella scelta.

L'aggregazione dei titoli è stata effettuata a partire dalla classificazione realizzata dal Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire francese (1993) che aveva proceduto, attraverso un'apposita commissione, a classificare le diagnosi sulla base dell'elaborazione teorica di Henderson, molto diffusa nei paesi francofoni. Lo strumento a uso didattico è in adozione dall'anno accademico 1996-1997, è stato aggiornato in funzione delle classificazioni NANDA-I 2005-2006 e 2007-2008 (NANDA International, 2005, 2007) e necessita oggi di una revisione. Si è voluto quindi attuare un percorso in due fasi che consentisse di:

- verificare l'esistenza di una aggregazione formalmente riconosciuta dei titoli diagnostici NANDA-I secondo le 14 componenti dell'assistenza infermieristica di base di Henderson e/o aggiornamenti della classificazione francese del 1993, per procedere alla revisione di quella ora utilizzata (fase 1);
- aggiornare, in caso di non disponibilità di indicazioni della letteratura, l'elenco dei titoli diagnostici in uso con la classificazione NANDA-I 2009-2011 (NANDA International, 2009) (fase 2).

MATERIALI E METODI

Per la realizzazione della fase 1 è stata effettuata una ricerca bibliografica (9 settembre 2011) con la consultazione delle banche dati MEDLINE e CINAHL. La strategia di ricerca prevedeva l'utilizzo di termini sia controllati (MeSH Terms, CINAHL Headings) sia liberi combinati con l'operatore booleano AND (**Tabella 1**). Non sono stati posti limiti. Per essere considerati pertinenti e quindi eleggibili per la revisione, i documenti dovevano riguardare la disponibilità di una classificazione esplicita dei titoli diagnostici NANDA-I secondo le 14 categorie previste dall'elaborazione teorica dei bisogni di assistenza infermieristica di Henderson (criterio di inclusione). I titoli e gli abstract sono stati valutati indipendentemente da due lettori che hanno selezionato gli articoli da reperire in versione full text, anche questi valutati indipendentemente in base al criterio di inclusione.

La fase 2 prevedeva l'aggiornamento dell'elenco dei titoli diagnostici esistente attraverso un'analisi comparativa delle diagnosi infermieristiche NANDA-I 2009-2011 e di quelle già contenute nell'elenco in uso. Ciò ha permesso di verificare la presenza di nuovi titoli diagnostici e l'eventuale esclusione di altri. I criteri alla base dell'afferenza delle nuove diagnosi al bisogno di assistenza infermieristica di riferimento verranno commentati nella sezione successiva.

Tabella 1. Strategie della ricerca bibliografica

| Banca dati | Strategia di ricerca (nessun limite) |
|------------|---|
| MEDLINE | <ul style="list-style-type: none"> • "Nanda" [TIAB] AND "Nursing Diagnosis" [majr] AND "Model*" [All Fields] • "Henderson" [TIAB] AND "Nursing Diagnosis" [majr] • "Henderson" [All Fields] AND "Nursing Diagnosis" [All Fields] • "Henderson Model" [All Fields] • "Nanda" [TIAB] AND "Nursing Models" [All Fields] • "Henderson V" [All Fields] AND "Nursing" [All Fields] AND "Diagnosis" [All Fields] |
| CINAHL | <ul style="list-style-type: none"> • (MM "Nursing Diagnosis") AND (MM "NANDA International") • TX Henderson Nursing Model • TX Nanda AND TX Henderson AND TX Model* • TX Nanda AND TX Henderson AND TX (assistance OR care) |

RISULTATI

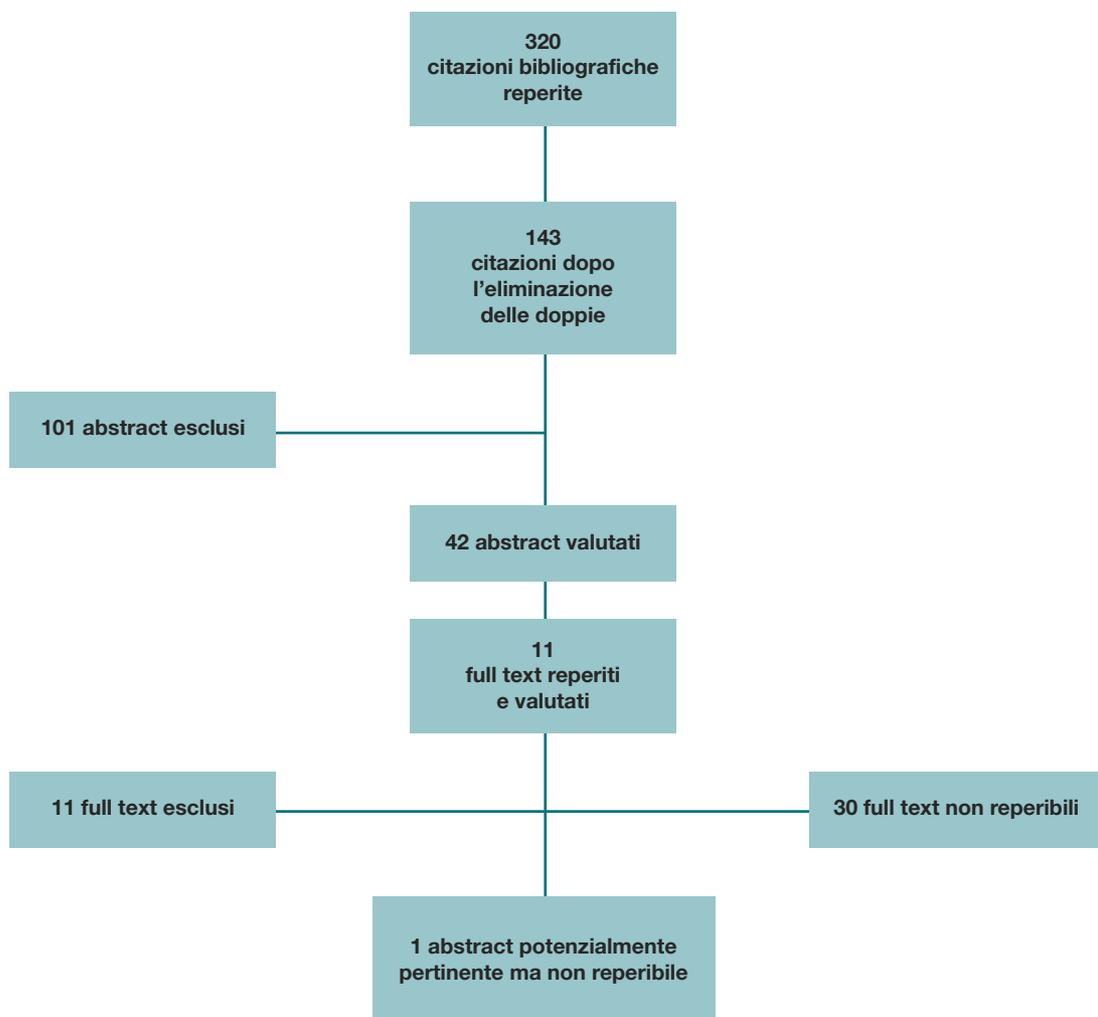
Come indicato nella **Figura 1**, la ricerca bibliografica ha individuato 320 citazioni, ridotte a 143 dopo l'esclusione delle citazioni doppie reperite in entrambi i database; 101 abstract sono stati esclusi in quanto ritenuti non pertinenti. Dei rimanenti 42 articoli, 41 riguardavano *case reports*, piani di assistenza e percorsi clinici elaborati secondo il modello teorico di Henderson e le classificazioni NANDA, NIC e NOC. Per impossibilità di reperimento, solo 11 full text sono stati valutati ed esclusi perché, pur rimandando a Henderson e NANDA-I, non riportavano esplicitamente la classificazione dei titoli diagnostici NANDA-I secondo le componenti dell'assistenza infermieristica di base. Considerato che un solo documento è stato ritenuto potenzialmente pertinente (Muranaka et al., 2000) e che non è stato possibile recuperare il full text

dello stesso, sono stati contattati gli autori ma senza esito positivo.

Visto il risultato della ricerca bibliografica e l'impossibilità di attivare un canale di confronto diretto con gli autori della pubblicazione identificata, è stato contattato il NANDA-I Education and Research Committee, che ha confermato la non disponibilità di una classificazione delle diagnosi infermieristiche secondo Henderson e ha suggerito la struttura per l'accertamento dei modelli funzionali della salute di Gordon per l'aggregazione dei titoli diagnostici (Carpenito-Moyet, 2009). In assenza di indicazioni derivanti dalla letteratura si è quindi provveduto ad avviare la fase 2, con l'aggiornamento della classificazione già in uso.

Al fine di verificare la presenza di nuove diagnosi infermieristiche e l'eventuale esclusione di altre, due

Figura 1. Flow-chart della ricerca bibliografica



valutatori hanno provveduto in maniera congiunta all'analisi comparativa dei titoli diagnostici della classificazione NANDA-I 2009-2011 con quelli previsti dalla classificazione 2007-2008. Per l'analisi è stato utilizzato il manuale di riferimento (NANDA International, 2009). Sono stati individuati 21 nuovi titoli diagnostici; l'afferenza di questi titoli al bisogno di assistenza di riferimento è stata successivamente valutata considerando:

- gli elementi e le esemplificazioni dei dati correlabili a ciascuno dei 14 bisogni secondo Henderson, come indicati da Adam (**Tabella 2**);
- la tassonomia II e la sua struttura a tre livelli costituita da domini, classi e diagnosi infermieristiche e il sistema multiassiale;
- la definizione delle diagnosi infermieristiche e le relative caratteristiche definenti maggiori e minori.

L'analisi è stata effettuata da due coppie di valutatori che hanno successivamente classificato i nuovi titoli diagnostici. Le classificazioni proposte da ciascuno dei due gruppi di revisori sono state poi comparate e discusse fino ad arrivare, anche grazie al *feedback* del gruppo di formatori della sezione di corso, all'assegnazione definitiva dei titoli al bisogno di afferenza. Tale valutazione è stata estesa anche alle diagnosi infermieristiche già in precedenza aggregate. Se spesso dominio, classe, enunciazione del titolo, definizione della diagnosi e caratteristiche definenti potevano comunicare un abbinamento diretto con il bisogno di riferimento, a volte è stata la valutazione individuale di alcuni di questi elementi, come la classe e la definizione della diagnosi, a determinare la coniugazione con il bisogno. Per esempio, il dominio 2 "Nutrizione" (attività dell'assumere, assimilare

e utilizzare i nutrienti allo scopo di mantenere e riparare i tessuti e di produrre energia) include tra le sue cinque classi la classe 1 "Ingestione" (introdurre cibo o nutrienti nell'organismo) che comprende cinque titoli diagnostici. Valutando principalmente l'asse 1, che corrisponde ai concetti diagnostici "Nutrizione" e "Deglutizione", ossia le radici dell'enunciazione diagnostica che descrive le "risposte umane" che sono il nucleo delle diagnosi, le definizioni delle diagnosi e le relative caratteristiche definenti, è possibile fare afferire i titoli diagnostici al bisogno "Bere e mangiare" in cui sono inclusi tutti gli aspetti biofisiologici, psicologici e socioculturali correlabili all'alimentazione. Nel caso di "Deficit nella cura di sé: alimentazione", si è deciso invece di ricondurre il titolo diagnostico a "Bere e mangiare" anche se tale diagnosi afferisce al dominio 4 "Attività/riposo", classe 5 (capacità di svolgere le attività di cura del proprio corpo e delle sue funzioni). Questa scelta è stata effettuata in base alla definizione della diagnosi e alle relative caratteristiche definenti, che rimandano la causa del problema di dipendenza alla mancanza di forza come descritto da Henderson (1969), Adam (1989) e Bizier (1990, 1993).

Si è giunti così alla costruzione della nuova classificazione in cui compaiono le colonne seguenti:

- bisogni di assistenza infermieristica secondo Henderson (inclusa la categoria "Famiglia/persone di riferimento/comunità")
- elenco delle diagnosi infermieristiche NANDA-I 2009-2011 aggregate per bisogno;
- codice, dominio e classe delle diagnosi infermieristiche;
- note.

A titolo esemplificativo viene riportata nella **Tabella 3** l'aggregazione delle diagnosi NANDA-I relative al bisogno "Eliminare".

Tabella 2. I bisogni fondamentali dell'essere umano secondo Virginia Henderson (modificato da Adam, 1989)

1. Respirare
2. Alimentarsi e bere
3. Eliminare
4. Muoversi e assumere posizioni adeguate
5. Dormire e riposare
6. Vestirsi e spogliarsi
7. Mantenere la temperatura corporea
8. Igiene e protezione dei tessuti
9. Evitare i pericoli
10. Comunicare
11. Agire secondo le proprie convinzioni e valori
12. Occuparsi allo scopo di realizzarsi
13. Partecipare ad attività ricreative
14. Apprendere

DISCUSSIONE

La scelta di escludere le pubblicazioni di cui non è stato possibile recuperare la versione completa, unitamente all'impossibilità di reperire l'unico riferimento bibliografico potenzialmente rilevante, ha ridotto la possibilità di analisi della letteratura e, di conseguenza, la possibilità di confronto e verifica della validità della presente classificazione con altre eventualmente disponibili.

L'indicazione di utilizzare un modello concettuale – quello usato per organizzare i dati – in modo da elencare insieme i titoli diagnostici tra loro correlati trova riscontro in letteratura (Alfaro-LeFevre, 2002; Wilkinson, 2009). Sono infatti disponibili strutture di accertamento congruenti con i modelli di Roy, Rogers, Orem e Johnson (Gordon, 1987, 2009) nonché espe-

Tabella 3. Diagnosi infermieristiche della classificazione NANDA-I 2009-2011 (©2009 CEA, Milano) afferenti al bisogno "Eliminare"

| Bisogno di assistenza infermieristica | Diagnosi infermieristiche NANDA-I tassonomia II 2009-2011 | Codice, dominio e classe delle diagnosi infermieristiche NANDA-I tassonomia II 2009-2011 |
|---------------------------------------|--|---|
| Eliminare | Eliminazione urinaria Compromessa eliminazione urinaria Ritenzione urinaria Incontinenza urinaria funzionale Incontinenza urinaria da sforzo Incontinenza urinaria da urgenza Incontinenza urinaria riflessa Rischio di incontinenza urinaria da urgenza Incontinenza urinaria da rigurgito Disponibilità a migliorare l'eliminazione urinaria | 00016 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria 00023 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria 00020 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria 00017 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria 00019 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria 00018 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria 00022 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria 00176 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria 00166 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 1 Funzione urinaria |
| | Eliminazione intestinale Incontinenza fecale Diarrea Stipsi Rischio di stipsi Stipsi percepita Deficit nella cura di sé: uso del gabinetto Rischio di disfunzionale motilità gastrointestinale Disfunzionale motilità gastrointestinale | 00014 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 2 Funzione gastrointestinale 00013 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 2 Funzione gastrointestinale 00011 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 2 Funzione gastrointestinale 00015 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 2 Funzione gastrointestinale 00012 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 2 Funzione gastrointestinale 00110 Dominio 4 Attività/riposo; Classe 2 Attività/esercizio fisico 00197 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 2 Funzione gastrointestinale 00196 Dominio 3 Eliminazione e scambi; Classe 2 Funzione gastrointestinale |

rienze di classificazione delle diagnosi infermieristiche secondo questi ultimi (Dimonte 1998; Gordon, 1987). Il dibattito relativo al processo di validazione delle diagnosi infermieristiche, al tentativo di conciliare l'approccio induttivo con quello deduttivo e alla necessità di coniugare le diagnosi con i modelli concettuali dell'assistenza infermieristica dura ormai da molti anni ed è ancora in corso (Bernareggi et al., 1997; Dimonte, 1998; Lunney, 2008; Manzoni, 1994; Parker, Lunney, 1998; Simon, 1998; Whitley, 1999). Gebbie e Lavin (1974) sostengono che la struttura della classificazione NANDA-I dovrebbe essere ateorica e quindi comprendere le diagnosi generate dai diversi modelli concettuali. La varietà di classificazione a partire dagli stessi titoli diagnostici NANDA-I potrebbe quindi significare che questi possono essere utilizzati con modelli concettuali differenti e che le "risposte" della persona, della famiglia o della società ai problemi di salute e ai processi vitali, che rappresentano il focus del giudizio clinico identificabile con le diagnosi infermieristiche, possono essere intese in un senso così ampio da comprendere tutti i riferimenti ai vari modelli teorici relativi ai bisogni della persona (Henderson), al *self care* (Orem), all'adattamento (Roy), alle attività di vita (Roper) e così via (Di-

monte, 1998). In merito a questo ultimo aspetto rimane ancora forte la necessità di creare e potenziare i contatti a livello nazionale e internazionale tra coloro che adottano il medesimo modello, così da classificare in modo collegiale i titoli diagnostici e verificare la loro congruenza sia con il costrutto teorico sia con la prassi (Casati, 2005).

Nonostante il limite sopra descritto viene comunque confermata la rilevanza didattica dello strumento. La classificazione delle diagnosi NANDA-I secondo i 14 bisogni fondamentali di Henderson, pur includendo un certo numero di diagnosi per bisogno, riduce infatti il numero delle possibilità al momento della scelta del titolo diagnostico da parte dello studente, che altrimenti dovrebbe procedere valutando singolarmente i 214 titoli disponibili. Il *feedback* informale degli studenti che utilizzano lo strumento conferma che risulta più semplice individuare nell'elenco una diagnosi che, a prima vista, corrisponde al significato attribuito ai dati rilevati per ciascun bisogno assistenziale, come evidenziato da una simile esperienza condotta in ambito formativo (McHolm, Geib, 1998). Per aiutare lo studente a focalizzare meglio i dati rilevabili durante l'accertamento per ciascuna delle categorie definite dall'elaborazione teorica di riferi-

mento, e per accompagnarlo durante il ragionamento diagnostico e nella scelta delle diagnosi infermieristiche, sono state elaborate nell'anno accademico 1996-1997 due guide che orientano nell'utilizzo dello strumento di raccolta dati e del piano di assistenza infermieristica, inclusa la classificazione dei titoli diagnostici NANDA-I secondo i bisogni. Le due guide sono state sottoposte a revisione nel corso dell'anno 2011.

Al fine di avvicinare la classificazione al contesto professionale frequentato dagli studenti, è stato necessario un adattamento nell'utilizzo dei titoli diagnostici NANDA-I. Le diagnosi infermieristiche, nate nella cultura statunitense, risentono infatti della cultura professionale di quel contesto (Manzoni, 1994), del tipo di abilitazione all'esercizio e dell'evoluzione delle competenze infermieristiche. Situazioni definite da alcune diagnosi NANDA-I, come per esempio "Rischio di compromissione della funzionalità epatica", "Riduzione della gittata cardiaca", "Rischio di instabilità glicemica" o "Disfunzionale motilità gastrointestinale" non prevedono, in particolare nella realtà professionale italiana, che l'infermiere possa prescrivere in maniera autonoma il trattamento primario per il raggiungimento degli esiti. Tali situazioni possono essere quindi identificate come problemi collaborativi, così come indicato da Carpenito (2006, 2009, 2010).

L'avvicinamento tra formazione e organizzazione è stato favorito dalla scelta della Direzione Infermieristica dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo di seguire, già dal 2003, l'elaborazione teorica di Henderson e le diagnosi infermieristiche NANDA-I classificate secondo i bisogni come base per la pianificazione assistenziale e struttura per la cartella infermieristica. Tale scelta è stata confermata anche negli anni successivi. A breve l'azienda avrà una nuova struttura (il Nuovo Ospedale "Papa Giovanni XXIII") e l'evoluzione del sistema documentale prevede l'adozione di un Dossier Aziendale Sanitario Elettronico che, mantenendo per la sezione infermieristica l'impostazione basata sui bisogni di Henderson, introdurrà le diagnosi infermieristiche secondo la classificazione presentata in questo lavoro. La collaborazione tra la Direzione delle Professioni Sanitarie e il Corso di Laurea in Infermieristica si è palesata in un progetto che contempla la futura applicazione della tassonomia NNN, in cui le classificazioni NANDA-I, NIC e NOC verranno messe in relazione tra loro attraverso un sostegno informatico adeguato. Ciò consentirà, tra gli altri vantaggi, anche di utilizzare un linguaggio comune nel percorso formativo per insegnare agli studenti infermieri il processo decisionale in ambito clinico.

CONCLUSIONI

Secondo Henderson (1969) la funzione dell'infermiere è quella di assistere la persona sana o malata in tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione che compirebbe da sola se disponesse della forza, della volontà e delle conoscenze necessarie, e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarla a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza. Il nucleo su cui si fonda la teoria di Henderson, rivista e sistematizzata da Adam (1989) e Bizier (1990, 1993), si basa sostanzialmente su un assunto funzionalista relativo alla definizione di assistenza infermieristica e di ciò che l'infermiere deve fare, inquadrando metodi e strumenti sull'infermiere che eroga il servizio e spostando il destinatario dalla centralità dell'evento assistenziale (Manzoni, 1996). Nonostante questo e altri limiti (George, 1995; Manzoni, 1996; Manara, 2000), emerge da tale definizione la valenza fondamentale del concetto di indipendenza e l'importanza che assume l'infermiere nel soddisfare i bisogni fondamentali della persona.

Ciò può rendere esplicito il contributo peculiare dato dall'assistenza infermieristica, offrendo agli studenti un'identità professionale e un punto di partenza concettuale. La scelta di mantenere un simile orientamento deriva anche dalla consapevolezza che gli infermieri che operano nell'azienda, sede del corso di laurea, sono stati formati in base a questo modello e lo utilizzano nella prassi, seppure in forma semplificata.

Gli infermieri aiutano le persone nelle loro risposte ai problemi di salute e ai processi di vita e le diagnosi infermieristiche consentono di dare un titolo ai giudizi clinici e di individuare i problemi di salute di pertinenza infermieristica. Se poniamo le diagnosi alla base dell'assistenza infermieristica, è necessario che la competenza nell'uso delle categorie diagnostiche venga sviluppata già durante il percorso formativo. Il ragionamento diagnostico e l'accuratezza nel diagnosticare le risposte umane rimangono abilità complesse. Le attività tutoriali occupano un ruolo rilevante nel processo di apprendimento del ragionamento diagnostico e nel miglioramento della capacità di valutazione e di pensiero critico degli studenti. Presso la sezione di corso le attività tutoriali dedicate al ragionamento diagnostico precedono il tirocinio e vengono gestite dai tutor della sede formativa. Le stesse continuano durante le esperienze di apprendimento clinico con il supporto degli assistenti di tirocinio e si concludono presso la sede formativa dopo ciascuna esperienza con la discussione del piano assistenziale elaborato dallo studente. Restano tuttavia da valutare l'impatto dell'insegna-

mento del processo di assistenza basato sulla tassonomia NANDA-I e i suoi effetti sulla capacità degli studenti di condurre un ragionamento clinico, nonché l'efficacia delle attività tutoriali svolte, come già effettuato in alcune realtà formative (da Cruz, Arcuri, 1998; Palese et al., 2008, 2009). Ciò suggerisce la possibilità di una revisione delle attività tutoriali condotte attualmente in termini di focus, strategie, frequenza e rapporto tutor/studente.

La strutturazione di un elenco di titoli diagnostici NANDA-I secondo i bisogni di Henderson può supportare gli studenti nella scelta del titolo ritenuto più adeguato per il problema assistenziale identificato, e unitamente ad attività tutoriali finalizzate può contribuire a favorire la conoscenza, l'abilità di pensiero critico e l'utilizzo del sistema tassonomico NANDA-I. La capacità di pensiero critico è essenziale per interpretare correttamente i dati relativi alle persone assistite e per fare una corretta selezione di interventi e di risultati. Di conseguenza l'uso di un modello di riferimento e delle diagnosi infermieristiche non deve rimanere fine a se stesso ma essere un mezzo per facilitare l'agire professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Adam E (1989) *Essere infermiera*. Vita e Pensiero, Milano.
- Alfaro-LeFevre R (2002) *Applying nursing process: promoting collaborative care*. Lippincott, Philadelphia.
- Bernareggi S, Colleoni P, Peroni A (1997) *Limiti e opportunità nell'uso delle diagnosi infermieristiche*. Neu, 1, 45-47.
- Bizier N (1990) *Dal pensiero al gesto*. Prima edizione. Edizioni Sorbona, Milano.
- Bizier N (1993) *Dal pensiero al gesto*. Seconda edizione. Edizioni Sorbona, Milano.
- Bryiewicz P, Lee MB (2009) *Nursing students' evaluation of the introduction of nursing diagnosis focused tutorial in a university degree programme*. Curationis, 32 (1), 20-24.
- Caissie MM (1985) *Le diagnostic infirmier: son fondement réside dans un modèle conceptuel*. L'infirmière canadienne, 5, 30-32. Traduzione italiana a cura di Cotone F (1986) *Diagnosi infermieristica. Le sue fondamenta risiedono in un modello concettuale*. Professioni infermieristiche, 4, 347-353.
- Carpenito LJ (1996) *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. Prima edizione. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Carpenito LJ (2001) *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. Seconda edizione. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Carpenito-Moyet LJ (2006) *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. Terza edizione. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Carpenito-Moyet LJ (2009) *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. Quarta edizione. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Carpenito-Moyet LJ (2010) *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. Quinta edizione. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Casati M (2005) *La documentazione infermieristica*. Seconda edizione. McGraw-Hill, Milano.
- da Cruz Dde A, Arcuri EA (1998) *The influence of nursing diagnosis on information processing by undergraduate students*. Int J Nurs Terminol Classif, 9 (4), 93-100.
- Dimonte V (1998) *Tipologia, struttura e sistemi di classificazione delle diagnosi infermieristiche*. Infermiere Informazione, 1, 29-34.
- Dochterman J, Bulechek G (2004) *Nursing interventions classification (NIC)*. Mosby, St Louis.
- Erdemir F, Altun E, Geckil E (2003) *Nursing students' self-assessments and opinions about nursing diagnosis in clinical practice*. Int J Nurs Terminol Classif, 14 (4), 3.
- Garcia T, Hansche J, Lobert JH (2006) *A user's guide to operationalizing NANDA, NIC, and NOC in a nursing curriculum*. Int J Nurs Terminol Classif, 17, 33-34.
- Gebbie K, Lavin MA (1974) *Classifying nursing diagnoses*. American Journal of Nursing, 74 (2), 250-253.
- George JB (1995) *Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale*. UTET, Torino.
- Giunta Regionale della Lombardia - Assessorato alla Sanità (1978) *Contributo alla pianificazione del programma triennale di studio per infermieri professionali*.
- Gordon M (1987) *Nursing diagnosis. Process and application*. McGraw-Hill, New York.
- Gordon M (2009) *Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Gordon M, Murphy CP, Candee D et al. (1994) *Clinical judgment: an integrated model*. Adv Nurs Sci, 16 (4), 55-70.
- Henderson V (1969) *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. A cura del Comitato per i Servizi Infermieristici del Consiglio Internazionale delle Infermiere, traduzione italiana a cura di Pettini F, pubblicazione Consociazione Nazionale Infermiere/i e altri operatori Sanitario Sociali (ora CNAI), XIII edizione.
- ICN, International Council of Nurses (2004) *Leading nursing diagnosis organization to collaborate with the International Classification of Nursing Practice*. Press release presented at the NANDA-NIC-NOC Conference Chicago, International Council of Nurses, Geneva.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H et al. (2006) *NANDA, NOC, and NIC linkages: nursing diagnoses, outcomes and interventions (2nd ed.)*. Mosby, St. Louis.
- Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ et al. (2006) *Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model*. Int J Nurs Terminol Classif, 17 (3), 129-138.
- Lopes MH, do Vale IN, Barbosa M (1997) *Opinion of alumni*

- about the teaching of nursing diagnosis according to North American Nursing Diagnosis Association. *Rev Esc Enferm USP*, 31 (1), 80-88.
- Lunney M (2008) *The need for international nursing diagnosis research and a theoretical framework*. *Int J Nurs Terminol Classif*, 19 (1), 28-34.
- Lunney M (2010) *Il pensiero critico nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Manara D (2000) *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Lauri Edizioni, Milano.
- Manzoni E (1994) *Diagnosi infermieristiche e cultura professionale italiana*. *Professioni Infermieristiche*, 47 (1), 21-25.
- Manzoni E (1996) *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Masson, Milano.
- McHolm FA, Geib KM (1998) *Application of the Neuman System Model to teaching health assessment and nursing process*. *Nurs Diagn*, 9 (1), 23-33.
- Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, Direction des Hôpitaux (1993) *La démarche pédagogique pour l'apprentissage et l'enseignement des diagnostic infirmiers*. Série Soins Infirmiers n.15, Paris. Il processo pedagogico per l'apprendimento e l'insegnamento delle diagnosi infermieristiche, traduzione e pubblicazione a cura del Collegio IPASVI di Torino.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M (2003) *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Mosby, St Louis. Edizione italiana a cura di Rigon LA (2007) *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Muranaka Y, Akiba K, Esaki F et al. (2000) *Development of nursing diagnoses based on Henderson's 14 fundamental human needs*. In: *Nursing Informatics 2000. The Evolution of Technology and Nursing*. Proceedings of the 7th IMIA International Conference on Nursing Use of Computers and Information Science, Auckland, New Zealand.
- NANDA International (2005) *Nursing diagnoses: definitions and classifications 2005-2006*. Edizione italiana a cura di Calamandrei C (2006) *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2005-2006*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- NANDA International (2007) *Nursing diagnoses: definitions and classifications 2007-2008*. Edizione italiana a cura di Calamandrei C (2008) *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2007-2008*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- NANDA International (2009) *Nursing diagnoses: definitions and classifications 2009-2011*. Edizione italiana a cura di Calamandrei C (2009) *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2009-2011*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Oud N, Sermeus W, Ehnfors M (2005) *ACENDIO 2005*. Huber, Bern.
- Palese A, Saiani L, Brugnolli A et al. (2008) *The impact of tutorial strategies on student nurses' accuracy in diagnostic reasoning in different educational settings: a double pragmatic trial in Italy*. *Int J Nurs Stud*, 45 (9), 1285-1298.
- Palese A, De Silvestre D, Valoppi G et al. (2009) *A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy*. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20 (2), 64-75.
- Parker L, Lunney M (1998) *Moving beyond content validation of nursing diagnoses*. *Nurs Diagn*, 9 (4), 144-150.
- Rubenfeld MG, Scheffer BK (1999) *Critical thinking in nursing. An interactive approach*. Lippincott, Philadelphia.
- Simon JM (1998) *Nursing theories and nursing diagnoses: how are they related?* *Nurs Diagn*, 9 (1), 3-4.
- Whitley GG (1999) *Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses*. *Nurs Diagn*, 10 (1), 5-14.
- Wilkinson JM (2003) *Processo infermieristico e pensiero critico*. Prima edizione. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Wilkinson JM (2009) *Processo infermieristico e pensiero critico*. Seconda edizione. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Yönt GH, Khorshid L, E er I (2009) *Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinion about nursing diagnoses*. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20 (4), 162-168.

L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza

Ermellina Zanetti¹, Anna Castaldo², Rosalba Miceli³, Miriam Magri², Luigi Mariani³, Monica Gazzola⁴, Paola Gobbi², Giorgio Carniel², Nicola Capodiferno⁵, Giovanni Muttillio²

¹Collegio IPASVI Brescia; ²Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza; ³Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori; ⁴Collegio IPASVI Aosta; ⁵Azienda Ospedaliera di Legnano, Presidio di Abbiategrasso

Corrispondenza: info@ipasvibs.it; info@ipasvimi.it; aosta@ipasvi.legalmail.it

RIASSUNTO

Introduzione Nel loro Codice deontologico (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2009) gli infermieri italiani si impegnano "affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali". Sulla scorta di questa premessa i Collegi IPASVI di Aosta, Brescia e Milano-Lodi-Monza e Brianza hanno promosso una ricerca multicentrica con l'obiettivo di valutare la prevalenza della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani.

Materiali e metodi Il disegno applicato è di tipo osservazionale *cross-sectional*. All'indagine, condotta nel mese di giugno 2010, ha partecipato un campione di convenienza costituito da 39 presidi ospedalieri (per un totale di 2.808 pazienti ricoverati in unità di chirurgia, geriatria, medicina, ortopedia e terapia intensiva) e 70 RSA (6.690 ospiti in nuclei ordinari e Alzheimer).

Risultati Nel periodo di rilevazione risultavano sottoposti a contenzione fisica il 15,8% dei degenti nelle diverse unità operative ospedaliere e il 68,7% dei residenti nelle RSA. La prevenzione delle cadute, da sola o associata ad altre motivazioni, era indicata come causa della contenzione nel 70% dei casi in ospedale e nel 74,8% dei casi nelle RSA. Le spondine al letto erano il presidio più utilizzato (rispettivamente il 75,2% e il 60% dei mezzi di contenzione usati in ospedali e RSA).

Conclusioni I risultati ottenuti documentano le dimensioni del fenomeno della contenzione fisica negli ospedali e nelle RSA che hanno partecipato all'indagine. La numerosità del campione e la concordanza con altri studi analoghi fanno presupporre che si tratti di una fotografia realistica: un quadro da cui partire per introdurre percorsi di miglioramento mirati a ridurre la frequenza e la durata dell'uso dei mezzi di contenzione, attraverso l'implementazione di interventi alternativi di efficacia provata per raggiungere gli obiettivi – come la prevenzione delle cadute e la gestione dell'agitazione psicomotoria – per i quali, seppure con molte incertezze, ancora oggi si ricorre alla contenzione.

Parole chiave: contenzione fisica, prevalenza, ospedale, RSA, assistenza infermieristica

Physical restraint use in hospitals and nursing homes: a multicenter prevalence survey

ABSTRACT

Introduction In their Deontological Code (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2009), Italian nurses agree that "the use of physical restraints should be an extraordinary event, supported by medical prescription or documented evaluations". On the basis of this premise, the IPASVI Colleges of Aosta, Brescia and Milano-Lodi-Monza and Brianza promoted a multicenter research to assess the prevalence of restraints in hospitals and in nursing homes for the elderly.

Materials and methods The study used an observational cross-sectional design. The survey was conducted in June 2010 on a convenience sample consisting of 39 hospitals (with a total of 2808 patients in surgical, geriatric, medical, orthopedic and intensive care units) and 70 nursing homes (6690 residents in ordinary and Alzheimer nuclei).

Results During the survey period, 15.8% of hospital patients and 68.7% of nursing home residents were restrained. The prevention of falls, alone or in combination with other reasons, was given as a reason for restraint in 70% of hospital patients and in 74.8% of nursing home residents. Side rails were the most used means of restraint (75.2% of restraints in hospitals and 60% in nursing homes).

Conclusions The results document the extent of the problem of physical restraint in hospitals and nursing homes. Given the size of the sample and the correlation with other similar studies, these data presumably provide a realistic picture: a starting point for interventions aimed at reducing the frequency and duration of restraint use by implementing evidence-based alternatives to achieve the objectives – as prevention of falls or management of agitated behaviors – for which, even if with many uncertainties, restraint is still used.

Key words: physical restraint, prevalence, hospital, nursing home, nursing

INTRODUZIONE

La pratica clinica e numerose ricerche sull'argomento indicano che in generale la contenzione fisica non è efficace rispetto alle principali motivazioni per le quali è applicata (Capezuti et al., 1996, 1998, 2002; Evans et al., 2002). Le possibili conseguenze del suo utilizzo sono ampiamente descritte in letteratura: la loro gravità e le ripercussioni sulla qualità della vita sono tali da scoraggiarne l'uso (Dube, Mitchell, 1986; Evans et al., 2002; JCAHO, 1998; Karger et al., 2008; Langslow, 1999; McLardy-Smith et al., 1986; Miles, Irvine, 1992; Parker, Miles, 1997; Scott, Gross, 1989). Secondo gli articoli 13 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana (1947), un trattamento sanitario deve essere sempre incentrato sul rispetto della dignità e della libertà della persona: la contenzione fisica si configura quale intervento in antitesi a questi principi. Gli infermieri italiani, nel loro Codice deontologico di recente revisione (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2009), si impegnano "affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali" (articolo 30).

I dati riportati da studi condotti in altri paesi mostrano che per i pazienti ricoverati in ospedale l'utilizzo

della contenzione risulta compreso tra il 4% e il 22% (de Vries et al., 2004; Irving, 2004; Minnick et al., 1998), ma aumenta fino al 68% quando si considerano anche le spondine per il letto (Gallinagh et al., 2002a; Irving, 2004) (vedi **Box 1**) e fino al 100% nei reparti di terapia intensiva (Benbenbishty et al., 2010). Per le *nursing homes* (corrispondenti alle nostre Residenze Sanitarie Assistenziali, RSA) la letteratura evidenzia un intervallo molto ampio, che oscilla fra il 3% e l'83% (de Vries et al., 2004; Feng et al., 2009; Karlsson et al., 2001; Ljunggren et al., 1997) e arriva fino al 98% includendo le spondine, il mezzo di contenzione più frequentemente utilizzato sia nelle *nursing homes* sia negli ospedali (Hamers et al., 2004; Hantikainen, 1998; Meyer et al., 2009).

In Italia il ricorso ai mezzi di contenzione nelle RSA varia dal 41,7% dell'Emilia-Romagna al 17,5% dell'Abruzzo al 25% del Veneto (Costantini, 1996). In uno studio condotto nel 1999 in 68 RSA del Comune di Milano, risultava contenuto (spondine escluse) il 21% degli ospiti (Sirchia et al., 2001). Più recentemente, in ospedale si è rilevata una prevalenza di contenzione pari al 15,8% (Degan et al., 2004).

Le ragioni che inducono ad applicare un mezzo di contenzione sono principalmente la prevenzione

Box 1. Approfondimento sull'uso delle spondine a fini di contenzione

La Food and Drug Administration definisce mezzo di contenzione ogni dispositivo applicato al corpo del soggetto che è destinato a scopi medici e che limita i movimenti del paziente nella misura necessaria per il trattamento, l'esame o la protezione del paziente o di altri. Non cita i mezzi adiacenti al corpo, ma facendo riferimento alle spondine invita a non utilizzarle quale mezzo di contenzione (FDA, 1995).

Secondo la definizione ampiamente accettata della Health Care Financing Administration, sono da considerarsi mezzi di contenzione fisici e meccanici tutti i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari (HCFA, 1992). Tali dispositivi includono quindi corpetti, bende per polsi e caviglie, cinghie, bardature e lenzuola usate per legare parti del corpo, vesti per tutto il corpo, sedie geriatriche con piano d'appoggio fisso, reti e spondine per il letto che ne coprono l'intera lunghezza. Non risultano invece inclusi gessi ortopedici, bracciali che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa, sistemi d'allarme al letto o alle porte, protezioni in velcro, serrature speciali a scatto e spondine che proteggono solo metà o tre quarti del letto.

Fryback (1998) suggerisce di utilizzare due semplici domande per discriminare che cosa è o non è contenzione:

- il dispositivo limita il movimento individuale?
- l'individuo ha difficoltà a rimuovere/aggirare il dispositivo?

Se la risposta è sì a entrambe le domande, il dispositivo può essere considerato un mezzo di contenzione. Appare evidente che secondo quanto proposto da Fryback le spondine che lasciano libera metà o tre quarti della lunghezza del letto non sono da ritenere un mezzo di contenzione. Tuttavia è importante sottolineare come nella pratica clinica a questa considerazione debba seguirne un'altra, riferita alle capacità cognitive del soggetto: ovvero la persona potrebbe non avvedersi della possibilità di scendere dal letto utilizzando lo spazio non protetto dalle spondine e tentare comunque di scavalcarle esponendosi al rischio di caduta. Ciò sottolinea la necessità di condurre una valutazione accurata della persona prima di prendere qualsiasi decisione assistenziale.

delle cadute e, nelle *nursing homes*, la gestione e il controllo dell'agitazione (de Vries et al., 2004; Hamers et al., 2004; Hantikainen, 1998; Karlsson et al., 2001), mentre negli ospedali i motivi più spesso indicati includono la protezione dei presidi medicali, al fine di prevenire la loro rimozione e l'interruzione di terapie, e il controllo della confusione e dell'agitazione (de Vries et al., 2004; Irving, 2004).

L'età avanzata, la compromissione della mobilità, la dipendenza dovuta all'invalidità a eseguire autonomamente le attività di vita quotidiana, la presenza di deficit cognitivi e il rischio di cadute sono alcuni tra i fattori che predicano un maggior ricorso alla contenzione (Feng et al., 2009; Gallinagh et al., 2002b; Karlsson et al., 2001; Hamers et al., 2004; Irving, 2004; Ljunggren et al., 1997; Meyer et al., 2009).

Nelle case di riposo un elevato carico di lavoro, per la presenza e la gravità della disabilità fisica e cognitiva dei residenti, è associato a un ricorso frequente alla contenzione (Gallinagh et al., 2002a; Karlsson et al., 2001). Studi condotti in ospedali non hanno riscontrato una correlazione significativa tra lo standard di personale e l'utilizzo della contenzione, anche se è dimostrata un'associazione laddove i pazienti contenuti abbiano un'età molto avanzata (Irving, 2004) e in alcune fasce orarie (pomeriggio e notte) in cui notoriamente il personale di turno è ridotto (Gallinagh et al., 2002b).

L'influenza delle caratteristiche organizzative, come per esempio il numero di posti letto nelle unità operative ospedaliere o il numero di residenti nelle *nursing homes*, è controversa e differisce tra i vari paesi. Feng e collaboratori (2009) hanno riscontrato un minor utilizzo della contenzione fisica nelle *nursing homes* di grandi dimensioni in Canada e in Finlandia, ma non negli altri paesi coinvolti nell'indagine. Hantikainen (1998) invece ha osservato che il personale che lavorava in nuclei con più di 25 ospiti (26-30 residenti) riportava un più frequente ricorso a mezzi di contenzione rispetto al personale di nuclei più piccoli (dai 10 ai 25 residenti). Risulta inoltre associata a un minor utilizzo della contenzione fisica la presenza di norme specifiche atte a regolamentarne l'impiego (de Vries et al., 2004; Feng et al., 2009; Ljunggren et al., 1997).

Con questa indagine ci siamo proposti come obiettivo generale di stimare la prevalenza della contenzione fisica in un campione di ospedali (limitatamente ai reparti di chirurgia, geriatria, medicina, ortopedia e terapia intensiva) e RSA di 2 regioni italiane. Lo studio è stato realizzato sulla base dell'ipotesi che l'applicazione della contenzione fosse sovrapponibile a quella riportata dalla letteratura per i paesi in cui non esiste una normativa specifica sul suo utilizzo.

MATERIALI E METODI

Per realizzare la presente indagine è stato individuato un campione di convenienza: ospedali e RSA con almeno 2 unità operative/nuclei per struttura hanno aderito volontariamente su invito. Dato l'obiettivo di stima della prevalenza della contenzione fisica, il disegno applicato è di tipo osservazionale *cross-sectional*. L'indagine è stata condotta in tutti gli ospedali e RSA partecipanti in una giornata compresa fra l'8 e l'11 giugno 2010.

La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso una scheda strutturata, differenziata per ospedali e RSA. Si è pensato di scegliere come rilevatori gli infermieri, coordinati da un infermiere referente per ciascuna struttura: tali figure hanno partecipato a un corso della durata di 4 ore, svolto in più edizioni presso la sede di ciascun collegio promotore dello studio, durante il quale si è illustrato il progetto di ricerca inerente l'indagine e sono state date indicazioni per la rilevazione. Per i rilevatori erano disponibili una guida appositamente redatta e un numero telefonico attivo per tutta la durata dell'indagine, a cui rispondevano per risolvere eventuali dubbi i componenti del comitato scientifico e un gruppo di collaboratori volontari. Hanno partecipato all'indagine 39 ospedali (aziende e/o presidi aziendali) – di cui 21 della Provincia di Milano, 3 della Provincia di Lodi, 4 della Provincia di Monza, 9 della Provincia di Brescia e 2 della Provincia di Aosta – e 70 RSA – di cui 28 della Provincia di Milano, 7 della Provincia di Lodi, 2 della Provincia di Monza, 18 della Provincia di Brescia e 15 della Provincia di Aosta. Per quanto riguarda gli ospedali si tratta complessivamente di 127 unità operative: 31 di chirurgia, 4 di geriatria, 39 di medicina generale, 27 di ortopedia e 26 di terapia intensiva; per le RSA, di 289 nuclei ordinari e 23 nuclei Alzheimer.

Le stime della prevalenza sono state ottenute come rapporti percentuali tra numero di soggetti contenuti e numero totale di soggetti presenti al momento della rilevazione. Sono state eseguite analisi descrittive della prevalenza, separatamente per ospedali e RSA, in relazione a provincia di appartenenza (Milano, Lodi, Monza, Brescia, Aosta) e tipologia di unità/nucleo (unità di chirurgia, geriatria, medicina, ortopedia o terapia intensiva per gli ospedali, nuclei ordinari o Alzheimer per le RSA). Un'analisi più complessa, volta a esaminare più approfonditamente la relazione tra la prevalenza e le variabili provincia e tipo di unità/nucleo, è stata eseguita utilizzando modelli logistici multivariati di tipo misto.

Sono state inoltre indagate altre 2 variabili di interesse: la percentuale di ore aggiuntive prestate dal personale rispetto allo standard e un "indicatore di qualità" delle procedure per l'applicazione della con-

tenzione, basata sulle informazioni relative alla presenza di un protocollo, di una valutazione infermieristica o di una prescrizione scritta. Per calcolare la percentuale di ore aggiuntive è stato determinato l'ammontare delle ore effettive prestate nel periodo di riferimento dal personale all'interno di un'unità (infermieri, coordinatori infermieristici, operatori socio-sanitari, ausiliari socio-sanitari/operatori tecnici addebi all'assistenza); quindi è stata calcolata la percentuale rispetto al numero di ore previsto dalla normativa della regione di appartenenza dell'unità, troncando a 100% qualora la percentuale ottenuta superasse questo valore. L'indicatore di qualità è stato costruito come variabile categorica a 3 livelli: 0/1 fattore presente, 2 fattori presenti, tutti e 3 i fattori presenti. La variabile dipendente dei modelli è stata costruita come rapporto tra numero di soggetti contenuti entro unità e numero totale di soggetti presenti; il modello permette di tener conto della correlazione entro unità. La percentuale di ore aggiuntive è stata analizzata come variabile continua utilizzando una trasformazione *spline* cubica ristretta con 3 nodi (Durrleman, Simon, 1989), mentre le altre variabili sono state analizzate come categoriche. Il *likelihood ratio test* è stato utilizzato per saggiare la significatività dell'associazione tra prevalenza e le variabili di cui sopra.

Ulteriori analisi, riguardanti per esempio numero e tipologia dei mezzi di contenzione, motivi addotti per giustificarne l'uso, periodicità della contenzione o altre informazioni relative alle procedure di contenzione (come figure partecipanti al processo decisionale, presenza di prescrizione, valutazione infermieristica), sono di tipo descrittivo.

RISULTATI

Prevalenza della contenzione fisica

Negli ospedali che hanno partecipato all'indagine, alla data della rilevazione i pazienti sottoposti a contenzione fisica erano complessivamente 445 (il

15,8% del totale dei pazienti ricoverati, vedi **Tabella 1**), con un'età mediana di 82 anni (Range Interquartile, RI: 75-87 anni). L'età mediana dei degenti contenuti era elevata in tutti i tipi di unità operativa – 85 anni in chirurgia (RI 76-89 anni), 85 anni in geriatria (RI 82-90 anni), 82 anni in medicina (RI 77-87 anni) e 83 anni in ortopedia (RI 77-88 anni) – con l'eccezione delle unità di terapia intensiva, in cui era pari a 62 anni (RI 46-75 anni). In generale la prevalenza di contenzione più alta si è riscontrata nelle unità di geriatria (31,8%), seguite da quelle di terapia intensiva (27,9%), medicina (20,5%) e ortopedia (15,5%); nei reparti di chirurgia era contenuto il 6,2% dei ricoverati. Nella Provincia di Aosta, dove nessuno dei 41 degenti in unità di geriatria era sottoposto a contenzione, la prevalenza totale dei pazienti contenuti era pari al 2,1%, mentre la prevalenza maggiore si è rilevata nella Provincia di Lodi (35,7%).

Nel modello logistico multivariato si conferma la *trend* evidenziato dalle analisi descrittive mostrate nella **Tabella 1**; la prevalenza di contenzione varia significativamente in funzione della provincia ($p=0,0002$) e della tipologia di unità ($p<0,0001$). In particolare, prendendo come riferimento la Provincia di Aosta, in cui la prevalenza risulta minore, nella Provincia di Monza si osservano prevalenze non significativamente diverse, mentre in quelle di Milano e Brescia si hanno prevalenze simili tra loro e significativamente maggiori rispetto ad Aosta. La Provincia di Lodi è quella con prevalenza significativamente più alta.

Nelle RSA gli ospiti contenuti alla data di rilevazione erano 4.599, pari al 68,7% del totale, con un'età mediana di 86 anni (RI 81-90 anni). L'età mediana dei residenti contenuti era più elevata nei nuclei ordinari: 86 anni (RI 81-91 anni) vs 84 anni (RI 78-88 anni) nei nuclei Alzheimer. La Provincia di Aosta si conferma la realtà con la prevalenza di contenzione più bassa (58,6%) anche per gli ospiti delle RSA; in questo caso la prevalenza più alta si è riscontrata nella Pro-

Tabella 1. Prevalenza dei pazienti contenuti negli ospedali in relazione a provincia e tipo di unità operativa

| | Chirurgia | | | Geriatria | | | Medicina | | | Ortopedia | | | Terapia Intensiva | | | TOTALE | | |
|---------------|-------------------|-----------|--------------------|-------------------|-----------|--------------------|-------------------|------------|--------------------|-------------------|-----------|--------------------|-------------------|-----------|--------------------|-------------------|------------|--------------------|
| | Pazienti presenti | | Pazienti contenuti | Pazienti presenti | | Pazienti contenuti | Pazienti presenti | | Pazienti contenuti | Pazienti presenti | | Pazienti contenuti | Pazienti presenti | | Pazienti contenuti | Pazienti presenti | | Pazienti contenuti |
| | N | N | % | N | N | % | N | N | % | N | N | % | N | N | % | N | N | % |
| Milano | 397 | 17 | 4,3 | 27 | 16 | 59,3 | 562 | 96 | 17,1 | 246 | 57 | 23,2 | 77 | 25 | 32,5 | 1.309 | 211 | 16,1 |
| Lodi | 14 | 7 | 50,0 | - | - | - | 39 | 11 | 28,2 | 15 | 6 | 40,0 | 2 | 1 | 50,0 | 70 | 25 | 35,7 |
| Monza | 146 | 8 | 5,5 | - | - | - | 152 | 30 | 19,7 | 114 | 1 | 0,9 | 5 | 1 | 20,0 | 417 | 40 | 9,6 |
| Brescia | 255 | 20 | 7,8 | 17 | 11 | 64,7 | 343 | 97 | 28,3 | 208 | 28 | 13,5 | 47 | 10 | 21,3 | 870 | 166 | 19,1 |
| Aosta | 29 | 0 | 0,0 | 41 | 0 | 0,0 | 45 | 0 | 0,0 | 22 | 2 | 9,1 | 5 | 1 | 20,0 | 142 | 3 | 2,1 |
| TOTALE | 841 | 52 | 6,2 | 85 | 27 | 31,8 | 1.141 | 234 | 20,5 | 605 | 94 | 15,5 | 136 | 38 | 27,9 | 2.808 | 445 | 15,8 |

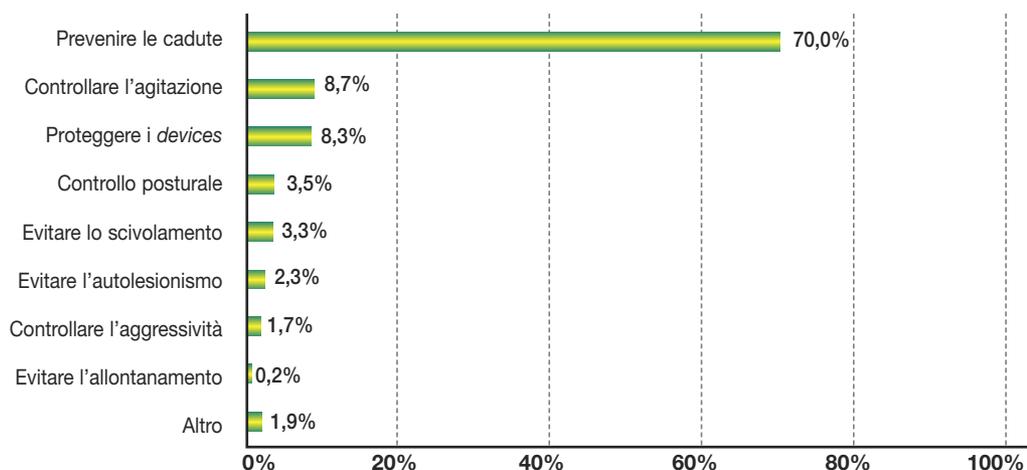
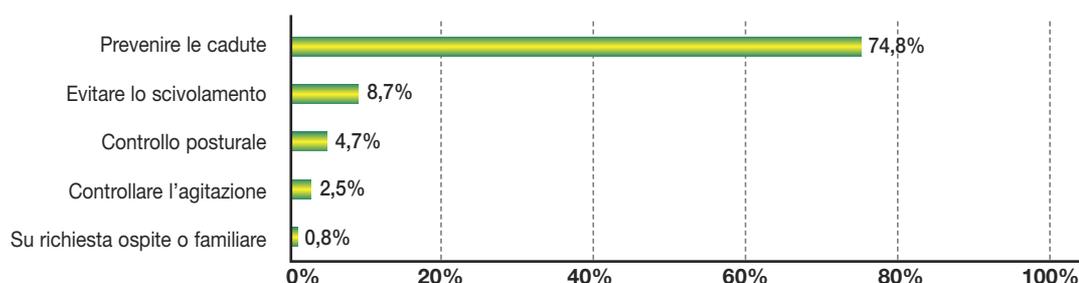
Tabella 2. Prevalenza degli ospiti contenuti nelle RSA in relazione a provincia e tipo di nucleo

| | Nuclei ordinari | | | Nuclei Alzheimer | | | TOTALE | | |
|---------------|-----------------|------------------|------|------------------|------------------|------|-----------------|------------------|------|
| | Ospiti presenti | Ospiti contenuti | | Ospiti presenti | Ospiti contenuti | | Ospiti presenti | Ospiti contenuti | |
| | N | N | % | N | N | % | N | N | % |
| Milano | 3.681 | 2.491 | 67,7 | 290 | 183 | 63,1 | 3.971 | 2.674 | 67,3 |
| Lodi | 522 | 414 | 79,3 | 18 | 6 | 33,3 | 540 | 420 | 77,8 |
| Monza | 162 | 132 | 81,5 | 20 | 18 | 90,0 | 182 | 150 | 82,4 |
| Brescia | 1.095 | 817 | 74,6 | 121 | 80 | 66,1 | 1.216 | 897 | 73,8 |
| Aosta | 764 | 450 | 58,9 | 17 | 8 | 47,1 | 781 | 458 | 58,6 |
| TOTALE | 6.224 | 4.304 | 69,2 | 466 | 295 | 63,3 | 6.690 | 4.599 | 68,7 |

vincia di Monza (82,4%). Se si considerano le 2 tipologie di nucleo si osserva una minore prevalenza di residenti contenuti nei nuclei Alzheimer, anche se la differenza non è significativa: 63,3% vs 69,2% nei nuclei ordinari (**Tabella 2**). Nel modello logistico multivariato, la prevalenza di contenzione varia significativamente in funzione della provincia ($p=0,0002$) ma non del tipo di nucleo ($p=0,146$).

La principale motivazione addotta per giustificare il ricorso alla contenzione fisica era la prevenzione delle

cadute, indicata da sola o associata ad altre ragioni rispettivamente per il 70% e per il 74,8% dei degenti contenuti in ospedali e RSA. Oltre che allo scopo di ridurre il rischio di cadute, negli ospedali si conteneva per controllare agitazione e aggressività, per evitare autolesionismo e allontanamento volontario, per proteggere i presidi medicali (**Figura 1**); nelle RSA le motivazioni più frequenti includevano la prevenzione dello scivolamento, il controllo posturale e la gestione dell'agitazione (**Figura 2**).

Figura 1. Motivazioni addotte a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica negli ospedali**Figura 2.** Motivazioni addotte a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica nelle RSA

Il mezzo di contenzione più utilizzato, prevalentemente per evitare le cadute (nel 96% dei casi in ospedale e nel 95,1% dei casi in RSA), erano le spondine al letto, che rappresentavano il 75,2% dei mezzi di contenzione applicati negli ospedali e il 60% nelle RSA. In 30 unità operative (pari al 23,6% del campione, di cui 12 di medicina, 9 di ortopedia, 8 di chirurgia e 1 di geriatria) e in 13 nuclei (12 nuclei ordinari e 1 nucleo Alzheimer) le spondine erano l'unico dispositivo impiegato per la contenzione. Negli ospedali le polsiere, usate nel 72,2% dei casi per proteggere i *devices*, corrispondevano al 13,7% dei mezzi di contenzione utilizzati, mentre nelle RSA si faceva ricorso a cinture pelviche o addominali e a tavolini per carrozzina rispettivamente nel 12,2%, 9,7% e 7,9% delle situazioni.

Per l'84% dei pazienti ricoverati in ospedale e il 50,7% degli ospiti di RSA veniva applicato un solo mezzo di contenzione, nella maggior parte dei casi spondine bilaterali. Due dispositivi erano utilizzati per il 15,7% dei degenti in ospedale (spondine bilaterali e polsiere nel 41,4% dei casi, spondine bilaterali e cintura addominale nel 20%) e per il 38,2% dei residenti in RSA (spondine più altro mezzo). Per un solo paziente ospedaliero si è riscontrato l'uso di 3 mezzi di contenzione, mentre nelle RSA 3 o 4 mezzi di contenzione erano applicati rispettivamente nel 9,9% e nell'1,2% dei casi.

La contenzione era permanente, ossia applicata ogni giorno, per il 79,3% e il 98,1% dei degenti contenuti in ospedali e RSA. Negli ospedali la contenzione era occasionale nell'11,8% dei casi, limitata a situazioni di emergenza nel 6,2% dei casi; circa la metà dei mezzi di contenzione (48,9%) risultava applicata per 18-24 ore al giorno. Nelle RSA i mezzi di contenzione erano utilizzati nel 64,1% dei casi per 6-12 ore al giorno e nel 22,1% per 12-18 ore. Per 250 ospiti (5,4%) lo stesso mezzo di contenzione era applicato per 18-24 ore al giorno. Non si è rilevata una relazione tra i motivi della contenzione e la sua periodicità.

Standard assistenziali

È opinione comune che il ricorso alla contenzione fisica sia determinato da un insufficiente numero di infermieri e operatori. Si è quindi provveduto a valutare la relazione tra le ore aggiuntive prestate rispetto allo standard e la prevalenza della contenzione. I reparti ospedalieri e i nuclei delle RSA sono stati classificati in base alla percentuale di ore aggiuntive prestate dal personale, calcolata come descritto nella sezione Materiali e metodi; per esempio, 10% vuol dire che le ore prestate erano il 10% in più rispetto a quelle previste come standard dalla normativa di riferi-

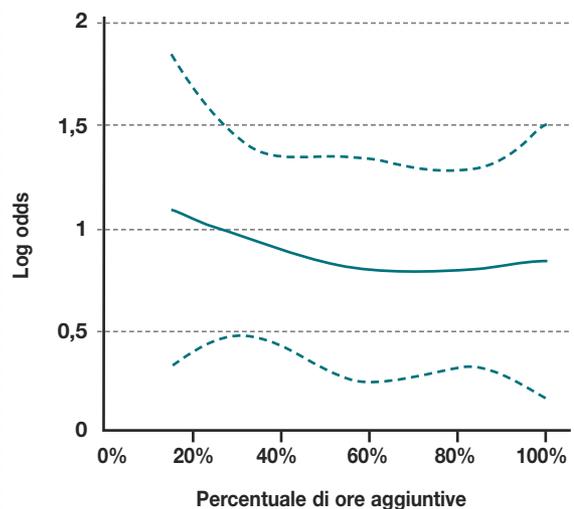
mento delle 2 regioni in cui è stata condotta la ricerca.

Per gli ospedali, nel modello logistico multivariato la percentuale di ore aggiuntive ha ottenuto un valore di p ben al di sopra del livello di significatività del 5% ($p=0,244$). Tuttavia, come mostra la **Figura 3**, si è osservato che al crescere della percentuale la prevalenza di contenzione decresce, per poi assestarsi dal 60% circa. Per le RSA, sebbene il 78% dei nuclei ordinari e l'87% dei nuclei Alzheimer risultassero sopra standard, non si è riscontrata alcuna associazione significativa tra ricorso alla contenzione fisica e percentuale di ore aggiuntive prestate rispetto allo standard ($p=0,759$).

Procedure in uso

Nella metà delle unità operative ospedaliere e nel 94% dei nuclei di RSA che costituivano il campione era presente un protocollo o una procedura di regolamentazione del ricorso alla contenzione fisica. Nell'87,4% delle unità e nell'83,7% dei nuclei era sempre eseguita una valutazione infermieristica prima di applicare la contenzione fisica, mentre era prassi informare i familiari della necessità di utilizzare mezzi di contenzione nel 67% delle unità e nel 92% dei nuclei. La prescrizione scritta della contenzione era effettuata sempre nel 57,4% delle unità e nel 96,5% dei nuclei, saltuariamente nel 33,9% delle

Figura 3. Relazione tra prevalenza di pazienti contenuti in ospedale e ore aggiuntive prestate dal personale rispetto allo standard*



* Nel grafico è mostrata una funzione della prevalenza, cioè la stima del log odds tramite il modello logistico a effetti misti, come descritto in Materiali e metodi. La linea continua rappresenta la relazione tra log odds e ore aggiuntive, mentre le linee tratteggiate ne rappresentano i limiti di confidenza.

unità e nel 3,5% dei nuclei. A prescrivere la contenzione era quasi sempre il medico: in 91 unità su 116 dove la prescrizione era sistematica o saltuaria e in 296 nuclei su 301 dove la prescrizione era sistematica; in 22 unità (17,3%) e 48 nuclei (15,3%) la prescrizione era una decisione condivisa da medico e infermiere. Nel 58% delle unità e nel 94,2% dei nuclei la prescrizione veniva riportata nei documenti clinici del paziente: in cartella clinica (82% delle unità e 62% dei nuclei), cartella infermieristica (14% e 18%) o in documenti *ad hoc* (4% e 20%).

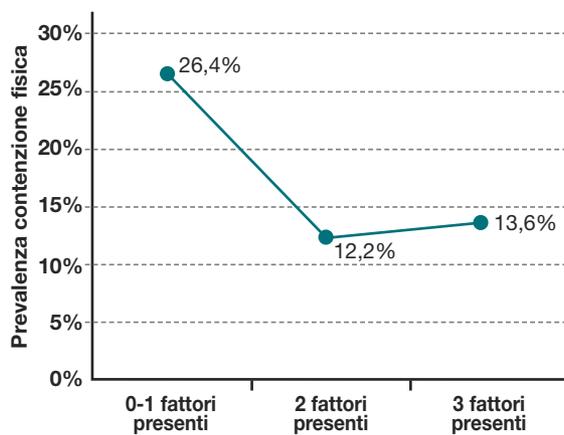
Si è ipotizzato che la presenza di protocolli o procedure, della valutazione infermieristica o della prescrizione scritta si potesse associare a una maggiore attenzione al problema della contenzione e a un suo uso più limitato. Utilizzando il modello logistico multivariato, per le unità ospedaliere si è osservato che, pur non ottenendo la significatività statistica per l'indicatore di qualità ($p=0,075$) in relazione ai 3 fattori che lo definivano (presenza di un protocollo, presenza di una valutazione infermieristica, presenza di una prescrizione scritta della contenzione), l'assenza di tali fattori o la presenza di uno solo di essi era associata a un maggiore ricorso alla contenzione fisica: 26,4% rispetto a 12,2% se presenti 2 fattori e 13,6% se presenti 3 fattori (Figura 4). La stessa associazione non si è osservata per i nuclei delle RSA ($p=0,828$).

DISCUSSIONE

La prevalenza di contenzione fisica rilevata negli ospedali e nelle RSA che hanno partecipato all'indagine è sovrapponibile a quella riportata negli studi condotti in Italia e in altri paesi (Degan et al., 2004; de Vries et al., 2004; Irving, 2004; Minnick et al., 1998). Similmente ad altri studi, per gli ospedali abbiamo riscontrato un maggiore ricorso alla contenzione fisica nelle unità di geriatria, di terapia intensiva e di medicina rispetto a quelle di ortopedia e chirurgia (Benbenishty et al., 2010; Degan et al., 2004; Irving, 2004; Minnick et al., 1998).

La differenza significativa tra le province in termini di pazienti e ospiti contenuti, osservata sia in ospedale sia in RSA, può essere solo in parte spiegata considerando più concause: per esempio, l'assenza di contenzione nelle unità di geriatria degli ospedali di Aosta è in parte determinata dal fatto che in tali reparti sono in dotazione spondine che coprono solo tre quarti della lunghezza del letto, spondine che come proposto in letteratura non sono state considerate nel nostro studio mezzi di contenzione (vedi **Box 1**). In generale è possibile ipotizzare che la differenza riscontrata possa essere dovuta a fattori culturali, alle dimensioni e alla localizzazione delle strut-

Figura 4. Relazione tra prevalenza di pazienti contenuti in ospedale e indicatore di qualità (presenza di protocolli o procedure, valutazione infermieristica o prescrizione scritta)



ture, come osservato in altri studi (Phillips et al., 2000). Questa ipotesi deve però essere confermata da ulteriori indagini.

Nonostante l'età delle persone contenute fosse elevata, con il presente studio non è possibile affermare che i più anziani sono più a rischio di essere contenuti, non disponendo dell'età degli altri pazienti/ospiti non contenuti.

La motivazione principalmente addotta a giustificazione della contenzione fisica, analogamente a quanto riportato in letteratura (de Vries et al., 2004; Gallinagh et al., 2002b; Hamers et al., 2004; Hantikainen, 1998; Irving, 2004; Karlsson et al., 2001; Minnick et al., 1998), è la prevenzione delle cadute, indicata per il 70% dei pazienti contenuti negli ospedali e per il 74,8% nelle RSA. Tuttavia molti studi hanno dimostrato l'inefficacia della contenzione nel prevenire le cadute (Capezuti et al., 1996, 1998, 2002; Evans et al., 2002) e altri confermano che la contenzione è essa stessa fattore di rischio di cadute traumatiche (Ejaz et al., 1994; Neufeld et al., 1999; Werner et al., 1994).

Nelle RSA non si sono riscontrate differenze significative per le motivazioni addotte in relazione alla tipologia di nucleo, ordinario o Alzheimer: unica eccezione è rappresentata dal fatto che nei nuclei ordinari era maggiore il ricorso alla contenzione per evitare che l'ospite scivolasse dalla sedia o dalla poltrona. Contrariamente a quanto da noi osservato, Luo e collaboratori (2011) riportano che per le persone affette da demenza (inclusa la malattia di Alzheimer) risultavano maggiormente utilizzati mezzi di contenzione per tronco e arti o sedie contenitive (9,99% vs 3,91%, $p<0,001$) e in misura minore le

spondine al letto (35,06% vs 38,43%, $p < 0,001$). In un altro studio non si sono invece rilevate differenze significative nell'uso della contenzione per gli anziani residenti in nuclei Alzheimer (Phillips et al., 2000).

La motivazione "su richiesta del paziente/ospite per maggior sicurezza", sovente riferita da infermieri e operatori, risulta scarsamente riportata nel nostro studio: solo per 4 pazienti ospedalieri e 36 ospiti di RSA erano state applicate 2 spondine indicando come motivazione principale "su richiesta del paziente/ospite", e solo per un ospite di una RSA si è segnalato che la richiesta di applicare le spondine al letto era stata espressamente formulata dai familiari. Ciò suggerisce la necessità di considerare con prudenza l'affermazione che la contenzione è una risposta a una precisa richiesta degli utenti.

Le spondine al letto si confermano, anche nel nostro studio, il mezzo di contenzione maggiormente utilizzato: ulteriori studi sono necessari per valutarne l'appropriatezza, soprattutto in relazione alle caratteristiche funzionali e cognitive delle persone sottoposte a contenzione. Per 5 pazienti ricoverati in ospedale insieme alle spondine era impiegato allo scopo di contenere un lenzuolo; anche se si tratta di una prevalenza esigua (1,1%) va evidenziato che l'uso di mezzi impropri per contenere è fortemente sconsigliato e non privo di rischi.

Nel 79,3% dei pazienti contenuti in ospedale e nel 98,1% degli ospiti contenuti in RSA la contenzione era permanente, ovvero era applicata ogni giorno per tutto il periodo di degenza, e non vi era relazione tra il motivo per cui si applicava e il tempo di utilizzo. Ciò fa presupporre che la contenzione sia considerata un intervento ordinario, piuttosto che una misura straordinaria a cui ricorrere in situazioni di urgenza o in stato di necessità. Il dato da noi osservato è riportato anche in letteratura: Irving (2004) ha documentato che in ospedale, laddove si decide di utilizzarla, la contenzione viene normalmente applicata per tutta la durata della degenza.

L'associazione tra standard di personale e contenzione è controversa; alcuni autori hanno riscontrato nelle *nursing homes* una discreta associazione tra elevati carichi di lavoro, disabilità fisica e cognitiva dei residenti e un maggior ricorso alla contenzione (Gallinagh et al., 2002b; Karlsson et al., 2001). Nel nostro studio, sia in ospedale sia in RSA, sebbene sia stata osservata limitatamente all'ospedale una relazione tra le ore di assistenza e la prevalenza di

contenzone, detta relazione non è né significativa né esponenziale.

La presenza di un maggior rapporto infermieri/residenti è associata a una riduzione della contenzione (Gallinagh et al., 2002b): questo aspetto, non indagato nel nostro studio, potrebbe essere oggetto di ulteriori ricerche.

Anche se sono necessarie valutazioni più approfondite, la relazione, debole per gli ospedali e del tutto assente per le RSA, tra la presenza di protocolli, della valutazione infermieristica o della prescrizione scritta e un utilizzo più limitato della contenzione fisica potrebbe essere spiegata con la presenza di una prescrizione normativa per le RSA della Lombardia (DGR 14 dicembre 2001, n. 7435)¹ che impone alle strutture di dotarsi di alcuni protocolli/procedure, tra cui anche il protocollo per l'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica, quale requisito per l'accreditamento. Pertanto, in alcune situazioni, il protocollo potrebbe essere presente ma non implementato. Questa imposizione non si estende alle strutture ospedaliere, anche se tra gli standard della Joint Commission International (2011)², scelta dalla Regione Lombardia come sistema di accreditamento per le strutture sanitarie, è prevista la presenza di "politiche e procedure che guidano il ricorso alla contenzione e l'assistenza ai pazienti sottoposti a contenzione".

CONCLUSIONI

I nostri risultati pongono in luce, pur con le dovute cautele, le dimensioni del fenomeno della contenzione fisica in ospedali e RSA. La numerosità del campione e la concordanza con altri studi analoghi ci fanno presupporre che si tratti di una fotografia realistica e rappresentativa, che mostra un dato di fatto da cui partire per introdurre percorsi di miglioramento volti a ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione, anche attraverso l'adozione di misure alternative di efficacia provata per raggiungere gli obiettivi per i quali, e con molte incertezze, ancora oggi si utilizza la contenzione. La presente indagine, documentando che la prevenzione delle cadute è la principale causa di impiego della contenzione in entrambi i *setting*, seguita dalla gestione dell'agitazione psicomotoria, indica che la possibile strada da perseguire per limitarne l'uso è l'implementazione di interventi più appropriati per diminuire il rischio di cadute e controllare l'agitazione. I limiti dello studio sono essenzialmente riconducibili

¹ Regione Lombardia, Decreto della Giunta Regionale 14 dicembre 2001, n. 7435: "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della l. r. 11 luglio 1997, n. 31: Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A.)".

² Joint Commission International Accreditation Standards For Hospitals, 4th Edition, 2010, effective 1 January 2011.

li all'adesione volontaria delle strutture e al fatto che la rilevazione è basata su *self report* piuttosto che sull'osservazione diretta dei ricercatori. I risultati relativi alla prevalenza della contenzione fisica potrebbero essere pertanto sottostimati: non sappiamo se tra le strutture che non hanno potuto o voluto partecipare all'indagine l'utilizzo della contenzione sia sovrapponibile a quello riscontrato. La rilevazione, eseguita da infermieri interni alle strutture, prevedeva l'acquisizione dei dati riferiti a una giornata. Gli infermieri hanno quindi effettuato un'osservazione diretta parziale, generalmente in un arco di 7 o 8 ore, rilevando gli altri dati grazie alle testimonianze o all'aiuto dei colleghi presenti negli altri turni o attraverso la documentazione clinica, con il conseguente rischio dell'incerta attendibilità dei dati. Ciononostante, è possibile affermare che i risultati ottenuti siano abbastanza affidabili e che gli infermieri abbiano rilevato la situazione reale, indicando puntualmente tutte le persone contenute al momento dell'indagine, evidenziando un'ampia adesione al presente progetto. A tale proposito è stata essenziale la fase di preparazione, in particolare la formazione degli infermieri impegnati nella rilevazione e la consulenza dei componenti del comitato scientifico dello studio durante tutto il periodo di indagine.

Il comitato scientifico che ha promosso lo studio si propone di elaborare e diffondere un documento in cui riassumere e illustrare gli interventi che sono stati implementati e descritti in letteratura per ridurre il ricorso alla contenzione fisica che, sebbene ancora molto diffusa, è priva di qualsiasi evidenza di efficacia e non è esente da complicanze.

BIBLIOGRAFIA

- Benbenbishty J, Adam S, Endacott R (2010) *Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study*. Intensive Crit Care Nurs, 26 (5), 241-245.
- Capezuti E, Evans L, Strumpf N et al. (1996) *Physical restraint use and falls in nursing home residents*. J Am Geriatr Soc, 44 (6), 627-633.
- Capezuti E, Strumpf N, Evans L et al. (1998) *The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 53 (1), M47-52.
- Capezuti E, Maislin G, Strumpf N et al. (2002) *Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents*. J Am Geriatr Soc, 50 (1), 90-96.
- Costantini S (1996) *L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani*. In: Anzivino F, Bonati PA, Il demente nelle istituzioni: le realtà e le prospettive, Atti Congresso SIGG, Piacenza.
- Costituzione della Repubblica Italiana. Gazzetta Ufficiale n. 298 del 27 dicembre 1947 e successive modifiche.
- de Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T (2004) *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59 (9), M922-923.
- Degan M, Iannotta M, Genova V et al. (2004) *Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute*. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 23 (2), 44-47.
- Dube A, Mitchell E (1986) *Accidental strangulation from vest restraints*. JAMA, 256 (19), 2725-2726.
- Durrleman S, Simon R (1989) *Flexible regression models with cubic splines*. Stat Med, 8 (5), 551-561.
- Ejaz FK, Jones JA, Rose MS (1994) *Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs*. J Am Geriatr Soc, 42 (9), 960-964.
- Evans D, Wood J, Lambert L et al. (2002) *Physical restraint in acute and residential care: a systematic review*. Joanna Briggs Institute, Adelaide.
- FDA, Food and Drug Administration (1995) *FDA Safety alert: entrapment hazards with hospital bed side rails*. US Department of Health and Human Services, disponibile all'indirizzo: www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/PublicHealthNotifications/ucm062884.htm
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009) *Codice deontologico dell'infermiere*. Disponibile all'indirizzo: www.ipasvi.it
- Feng Z, Hirdes JP, Smith TF et al. (2009) *Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study*. Int J Geriatr Psychiatry, 24 (10), 1110-1118.
- Fryback J (1998) *Counting, using and reducing physical restraints*. Wisconsin Department of Health Services, disponibile all'indirizzo: www.dhfs.state.wi.us/ri_ds1/NHs/NH98-003.htm
- Gallinagh R, Slevin E, McCormack B (2002a) *Side rails as physical restraints in the care of older people: a management issue*. J Nurs Manag, 10 (5), 299-306.
- Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D et al. (2002b) *The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study*. Int J Nurs Stud, 39 (2), 147-156.
- Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W (2004) *Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents*. J Adv Nurs, 45 (3), 246-251.
- Hantikainen V (1998) *Physical restraint: a descriptive study in Swiss nursing homes*. Nurs Ethics, 5 (4), 330-346.
- HCFA, Health Care Financing Administration (1992) *Proposed changes to the long term care facility (SNF and NF) requirements*. Federal Register 57 (24), 4517.
- Irving K (2004) *Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals*. Aust J Adv Nurs, 21 (4), 23-27.
- JCAHO, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1998) *Preventing restraint deaths*. Sentinel Event Alert, Issue 8.

- Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H (2008) *Fatalities related to medical restraint devices – asphyxia is a common finding*. *Forensic Sci Int*, 178 (2-3), 178-184.
- Karlsson S, Bucht G, Eriksson S et al. (2001) *Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings*. *J Am Geriatr Soc*, 49 (12), 1722-1728.
- Langslow A (1999) *Safety and physical restraint*. *Aust Nurs J*, 7 (2), 34-35.
- Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A (1997) *Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries*. *Age Ageing*, 26 (Suppl 2), 43-47.
- Luo H, Lin M, Castle N (2011) *Physical restraint use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia*. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 26 (1), 44-50.
- McLardy-Smith P, Burge PD, Watson NA (1986) *Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hand: a hazard of physical restraint*. *J Hand Surg*, 11 (1), 65-67.
- Meyer G, Köpke S, Haastert B et al. (2009) *Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study*. *J Clin Nurs*, 18 (7), 981-990.
- Miles SH, Irvine P (1992) *Deaths caused by physical restraints*. *Gerontologist*, 32 (6), 762-766.
- Minnick AF, Mion LC, Leipzig R et al. (1998) *Prevalence and patterns of physical restraint use in the acute care setting*. *J Nurs Adm*, 28 (11), 19-24.
- Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ et al. (1999) *Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents*. *J Am Geriatr Soc*, 47 (10), 1202-1207.
- Parker K, Miles SH (1997) *Deaths caused by bedrails*. *J Am Geriatr Soc*, 45 (7), 797-802.
- Phillips DM, Wesley RM, Kruse JE et al. (2000) *Health status, staffing, and medicaid reimbursement in nursing homes: 1985 to 1995*. *J Am Med Dir Assoc*, 1 (6), 253-257.
- Scott TF, Gross JA (1989) *Brachial plexus injury due to vest restraints*. *N Engl J Med*, 320 (9), 598.
- Sirchia G, Trabucchi M, Zanetti E et al. (2001) *Un modello per la rilevazione della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali*. *Tendenze Nuove*, 1, 4-19.
- Werner P, Cohen-Mansfield J, Koroknay V et al. (1994) *The impact of a restraint-reduction program on nursing home residents*. *Geriatr Nurs*, 15 (3), 142-146.

Conflitti di interesse

Il progetto è stato promosso, realizzato e finanziato dai Collegi IPASVI di Milano-Lodi-Monza e Brianza, Brescia e Aosta.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento alle direzioni generali, sanitarie e infermieristiche, ai rilevatori, ai referenti e al personale amministrativo delle strutture – ospedali e RSA – che hanno partecipato all'indagine.



CONTRIBUTI

L'utilizzo delle carte di controllo nel monitoraggio dei processi clinici presso l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro (Ist)

di **Francesca Vassallo (1)**, **Claudio Bonifazzi (2)**, **Catia Maura Bonvento (3)**

(1) Infermiera addetta al controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali, Istituto nazionale per la ricerca sul cancro (GE)

(2) Ricercatore confermato, Dipartimento di Scienze biomediche e terapie avanzate, Università di Ferrara (FE)

(3) Responsabile S. S. Professioni sanitarie, Istituto nazionale per la ricerca sul cancro

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: francesca.vassallo@virgilio.it

La premessa

La Clinical governance pone al centro la responsabilità delle organizzazioni sanitarie, verso i risultati raggiunti e le performances complessive. L'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova, nel perseguire la Mission che si è proposto, ha scelto ed introdotto un sistema di gestione della qualità in conformità alla normativa Uni En Iso 9001, con riferimento ai concetti principali della *governance*:

- l'orientamento al cliente, la disposizione alla leadership;
- il coinvolgimento del personale;
- l'approccio sistematico basato sul monitoraggio dei processi con il fine di generare il miglioramento continuo dei medesimi.

La scelta è stata quella di implementare un modello di osservazione costante e continuo degli *outcomes* clinici che utilizzi le carte di controllo, strumento di monitoraggio statistico che è largamente utilizzato per valutare l'affidabilità e la performance nel tempo di percorsi terapeutici e/o diagnostici (Dossier 66 2002, Carey 2003).

È recente l'adozione in ambito sanitario delle carte di controllo, per osservare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, avendo come obiettivo un interesse globale della qualità assistenziale. Gli *outcomes* rappresentano la conseguenza diretta o gli effetti delle prestazioni fornite a diverso titolo dai professionisti coinvolti nella prestazione sanitaria. Da un'indagine bibliografica fatta sui vari modelli di categorizzazione degli *outcomes*, il modello di Doran e Pringle (2011), costituito da tre classi principali: eventi avversi, soddisfazione del paziente e benessere del paziente, è sembrato essere il più indicato per gli scopi del percorso realizzato.

Le carte di controllo utilizzate sono strumento di monitoraggio e di previsione degli eventi avversi, e forniscono "in tempo reale" un'indicazione della prestazione erogata che merita di essere meglio studiata (*alert*). Ulteriore fattore a favore della introduzione delle carte di controllo è la possibilità di valutazione dell'efficacia del percorso sanitario.

Il percorso: obiettivi e metodologia

Gli obiettivi di questo percorso sono stati i seguenti:

- l'implementazione di uno strumento che possa identificare gli eventi avversi attraverso un monitoraggio costante e un ritorno informativo tempestivo;
- valutare la performance del team degli operatori in riferimento al contesto socio-sanitario in cui si opera e le caratteristiche delle strutture clinico-sanitarie coinvolte;
- valutare la soddisfazione dei pazienti per un ritorno informativo sulla struttura, sul personale, sulle prestazioni erogate e sulla percezione del rischio.

Le strutture coinvolte sono strutture cliniche afferenti all'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro: il Dipartimento di Oncologia chirurgica integrata e di Oncologia medica integrata. La popolazione che è stata coinvolta comprende tutti i pazienti degenti dal 2006 sino a marzo 2011 presso le strutture sopra citate (**Tabella 1**); per il Day hospital dal 2008 sino al 1° marzo 2011 è stato considerato il numero di terapie somministrate. Il periodo considerato per il monitoraggio degli eventi avversi è maggiore rispetto a quello del monitoraggio della soddisfazione del paziente (considerati i degenti presenti nel mese di marzo del 2011) per rispettare i vincoli imposti dall'utilizzo della carta di controllo scelta per il monitoraggio.

Tabella 1 – Numero giornate di degenza media, peso medio, numero pazienti degenti e terapie somministrate in Day Hospital.

| Anno | Giornate di degenza media | Peso medio | Numero pazienti degenti | Numero terapie somministrate in Dh |
|------------------------------|---------------------------|------------|-------------------------|------------------------------------|
| 2006 | 6,14 | 1.34 | 2992 | |
| 2007 | 6,29 | 1.34 | 2048 | |
| 2008 | 6,62 | 1.35 | 2859 | 9105 |
| 2009 | 6,60 | 1.29 | 2881 | 9496 |
| 2010 | 7,45 | 1.28 | 2935 | 10164 |
| 2011 (gennaio-marzo inclusi) | 7,51 | 1.29 | 683 | 2243 |

Le variabili monitorate per la **sicurezza del paziente** sono state: cadute, batteriemie e lesioni da pressione (Ldp). Per la raccolta di questi eventi si è definita una scheda di rilevazione e gli eventi rilevati dal monitoraggio sono stati rappresentati su scala temporale mensile. Per rappresentare detti fenomeni sono state utilizzate le carte di controllo: strumento della statistica descrittiva e inferenziale indicata come Controllo di processo statistico (Statistical process control o Spc), che basa la sua efficacia sull'apprendimento attraverso i dati ed è incentrato sull'individuazione delle cause, *naturali* o *attribuibili* a ragioni esterne al processo, che generano variabilità nel processo esaminato (Thor e Lundberg et al. 2007). La carta di controllo scelta per monitorare il numero di eventi avversi in rapporto al numero di opportunità è la *carta di controllo per attributi* nota come U-Chart (Hart 2002). La carta di controllo U-Chart evidenzia il valore medio atteso della probabilità che avvengano eventi avversi per il numero di opportunità prese in esame nel periodo osservato. L'asse X (orizzontale) è calibrato in unità di tempo, sull'asse Y (verticale) sono riportati il numero di eventi per numero medio di pazienti o frequenza relativa; la linea centrale rappresenta la media di tutti i valori della frequenza relativa. Le linee orizzontali inferiore e superiore sono i limiti di controllo, inferiore (Lcl) e superiore (Ucl), della carta U e individuano l'area entro la quale la frequenza relativa al processo è in controllo. Il limite di controllo superiore Ucl varia in base al numero di pazienti presente nel

mese esaminato (sottogruppo). Se un punto cade al di fuori dei limiti Ucl e Lcl (quadrato rosso) è definita causa speciale, se cade all'interno del limite (punto nero) il processo è in controllo. Il livello inferiore di controllo è ovviamente uguale a zero.

Le variabili monitorate per la **soddisfazione del paziente** vanno intese come risultato di un'interazione fra le sue attese rispetto alle cure infermieristiche e la soggettività delle risposte emozionali e cognitive. Per misurarle è stato somministrato un questionario già strutturato e validato dalla Regione Liguria (Apicella e Cipolla et al. 2009), nel quale sono state inserite alcune domande relative alla sicurezza, al fine di verificare se il paziente percepisce il rischio di evento avverso e per quale si sente più o meno sicuro/garantito. Per identificare e validare la tipologia di domande da inserire relativamente alla percezione del rischio clinico, prima di somministrare il questionario, è stato fatto un focus group con un numero di pazienti rappresentativi della popolazione di interesse, condotto con la supervisione del referente del Servizio di psicologia dell'Istituto.

Al fine di coinvolgere un campione di pazienti rappresentativo della popolazione del nostro istituto, la somministrazione è iniziata il 1° marzo e si è conclusa il 15 marzo 2011.

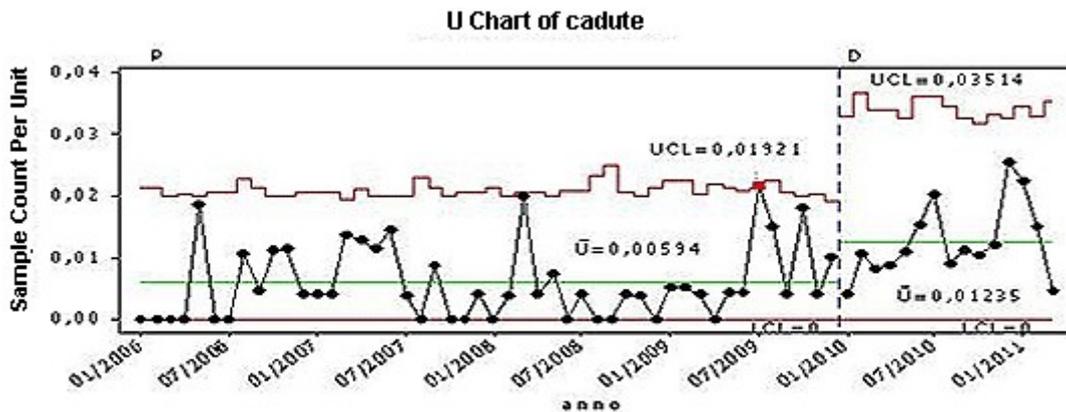
L'evoluzione temporale degli eventi avversi tramite carte di controllo

Le analisi statistiche sia per la descrittiva che per le carte di controllo sono state realizzate con il software di analisi statistica MINITAB© V15.

Il numero medio dei pazienti ricoverati presso le strutture prese in esame e per ciascun mese monitorato è stato pari a 250. I giorni medi di degenza per paziente sono stati pari a 7.3, il peso medio (rapporto tra i punti del Drg prodotti nella specifica disciplina della struttura ospedaliera considerata e i dimessi della stessa) dei pazienti è stato di 1.31 (media dei pesi medi, **Tabella 1**). Il numero di chemioterapie somministrate mensilmente nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2008 e il 1° marzo 2011 è stato in media di 790. Le carte di controllo sono state introdotte in tempi successivi, il periodo d'inizio del monitoraggio è variato in relazione agli eventi considerati: le cadute sono state monitorate a partire dal 2006; le sepsi e gli stravasali dal 2008. Infine, le lesioni da pressione dal giugno 2009. Questa differenza temporale è stata programmata sulla base della dimensione minima del campione analizzato richiesta dall'utilizzo delle carte di controllo.

Le carte di controllo utilizzate per l'analisi sono riportate nelle Figure 1-4 e sono separate in due fasi distinte, corrispondenti al periodo precedente (prima, P) e successivo (dopo, D) alla formazione degli operatori e all'opera di sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi.

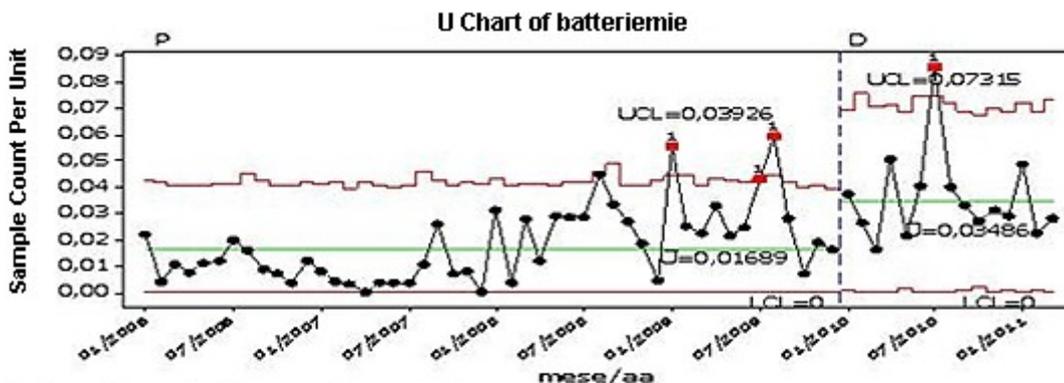
Figura 1 - Monitoraggio delle cadute tenuta sotto controllo del processo prima (P) e dopo (D)



Tests performed with unequal sample sizes

Periodo P= 0.006*250 media pazienti=1.5 valore medio atteso: 3 pazienti ogni 2 mesi
 Periodo D= 0.012*250= 3 valore medio atteso: 3 pazienti al mese

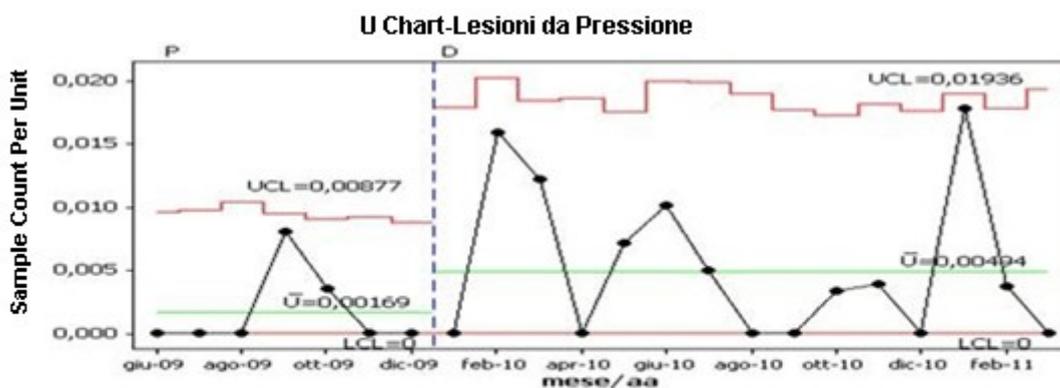
Figura 2 - Monitoraggio delle batteriemie prima (P) e dopo (D)



Tests performed with unequal sample sizes

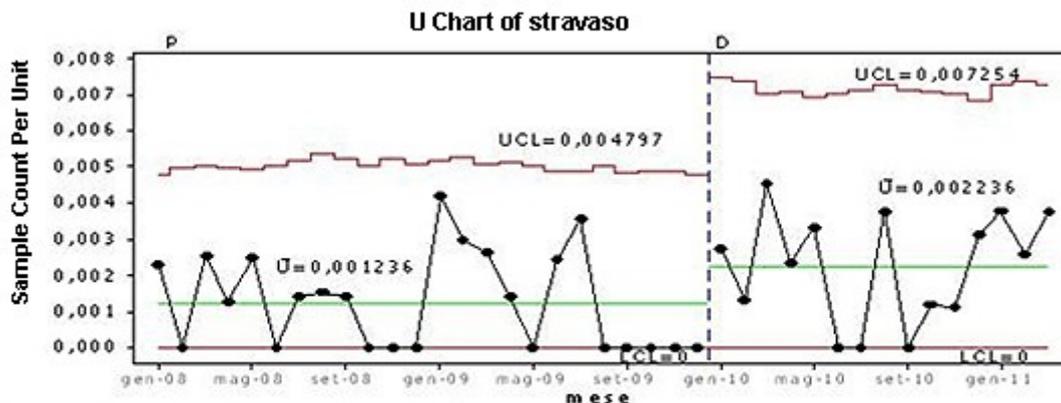
Periodo P=0.016*250= 4 valore medio atteso per mese
 Periodo D= 0.035*250=8.75 9 valore medio atteso per mese

Figura 3 - Monitoraggio delle lesioni da decubito prima e dopo (D)



Tests performed with unequal sample sizes

Periodo P=0.002*250= 0.5 1 valore medio atteso ogni 2 mesi
 Periodo D=0.005*250=1.25 3 valore medio atteso ogni 2 mesi

Figura 4 - Monitoraggio degli stravasi prima (P) e dopo (D)

Tests performed with unequal sample sizes

Periodo P= $0.0012 \cdot 790 = 0.94$ 1 valore medio atteso al mese

Periodo D= $0.0022 \cdot 790 = 1.73$ 3 valore medio atteso ogni 2 mesi

Osservando il periodo D è facile notare che il numero medio è aumentato così come il numero di segnalazioni degli eventi avversi. Questo dato è riconducibile alla sensibilizzazione dei professionisti.

Per rendere il risultato di questa analisi più comprensibile, gli eventi indesiderati (le cadute, le batteriemie, le lesioni da pressione e gli stravasi) sono stati correlati in rapporto al numero dei pazienti/degenti che potenzialmente potevano esserne soggetto.

Com'è possibile notare, nella **Figura 1**, che riporta la U-Chart del numero delle cadute, la frequenza relativa media attesa per numero di opportunità nel periodo P (prima) è di 1.25, dunque il valore medio atteso che l'evento avverso si verifichi è di 3 cadute ogni 2 mesi: nel luglio 2009 si ha un picco (messo in evidenza dal quadrato rosso) che è al limite della linea superiore, mentre per il periodo D (dopo) non ci sono stati eventi allarmanti ma il minimo atteso è variato a 3 cadute per mese.

Il valore medio atteso si calcola a partire dal numero medio dei pazienti degenti in un arco di tempo prestabilito; la scelta è stata quella di utilizzare la media mensile di 250 pazienti degenti, moltiplicato per la media calcolata dalla carta U-Chart. Il risultato di questo calcolo è il numero di eventi avversi attesi (3 cadute) in un mese: esempio cadute periodo P= $0.006 \cdot 250 = 1.5$ valore atteso medio 3 al mese; periodo D= $0.012 \cdot 250 = 3$ valore minimo mensile.

Nel monitoraggio delle batteriemie (**Figura 2**), nel periodo P si osservano 3 quadrati rossi che superano il valore di Ucl con un valore medio atteso del numero degli eventi indesiderati che per il numero di opportunità considerate è pari a 4 episodi per mese. Come osservato per le cadute, nel periodo D il valore medio atteso aumenta a 9 per mese con un picco accentuato a luglio 2010.

Per le lesioni da pressione (**Figura 3**), nel periodo P il tempo minimo di atteso che si verifichi una lesione ad un paziente è ogni 2 mesi, nel periodo D sale a 3 lesioni ogni 2 mesi ed il processo rimane nei limiti calcolati.

Per gli stravasi (**Figura 4**), si ha 1 evento avverso come minimo atteso al mese che aumenta a 3 eventi avversi ogni 2 mesi. Si può osservare che nel periodo D si è verificato un aumento di casi per ciascuno degli eventi controllati, questo può essere messo in relazione col fatto che gli operatori sono stati sensibilizzati a segnalare gli eventi che prima potevano non essere ritenuti rilevanti perché non avevano esiti sul paziente (esempio caduta senza danno). Si è circoscritta meglio la definizione di stravasamento, si è migliorata la trasmissione dei dati (esempio tra il laboratorio di microbiologia e le strutture) e la

compilazione delle schede per le ulcere da pressione, situazioni che certamente hanno indotto un aumento degli eventi.

Il questionario per la soddisfazione del cliente

L'implementazione di questo strumento di monitoraggio ed un'attenzione maggiore verso il rischio ha portato a riflettere sulla sicurezza percepita dal paziente all'interno della nostra struttura, ciò anche alla luce del lavoro di monitoraggio e di gestione degli eventi avversi. Utilizzando il questionario sulla *custode satisfaction*, che la Regione Liguria aveva precedentemente somministrato nelle strutture sanitarie, è stata inserita l'area riguardante il tema della sicurezza rispetto ad alcune attività.

Il questionario, composto da 6 aree (**Tabella 2**), è stato somministrato nel mese di marzo 2011, periodo nel quale era attivo il monitoraggio degli eventi avversi secondo le modalità che contraddistinguono lo stadio denominato D.

Tabella 2 – Questionario sulla soddisfazione del paziente: aggregazione delle risposte per Aree indagate.

| | Per nulla soddisfatto (%) | Nulla soddisfatto (%) | Poco soddisfatto (%) | Abbastanza soddisfatto (%) | Molto soddisfatto (%) | Moltissimo soddisfatto (%) | Non so (%) | Non risposto (%) |
|--|---------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|------------|------------------|
| Valutazione del personale del reparto | 2(0,1%) | 5(0,2%) | 31(1,5%) | 513(26,5%) | 569(29,3%) | 583(30,06%) | 141(7,27%) | 95(5%) |
| Valutazione degli aspetti organizzativi | 14(1,5%) | 8(1%) | 36(4%) | 276(31,4%) | 197(22,4) | 239(27,1%) | 25(2,8%) | 85(9,6%) |
| Valutazione degli ambienti | 14(0,9%) | 7(0,4%) | 46(2,9%) | 616(38,9%) | 399(25,2%) | 348(22%) | 19(1,2%) | 135(8,5%) |
| Valutazione dei servizi alberghieri | 4(0,5%) | 8(0,8%) | 40(4,5%) | 364(40,9%) | 171(19,2%) | 110(12,4) | 27(3%) | 166(19%) |
| Valutazione della privacy | 1(1%) | 2(1%) | 3(2%) | 83(46%) | 45(26%) | 27(15%) | 15(9%) | |
| Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero e cura in ospedale | 0 | 1(0,4%) | 4(1,7%) | 68(29,3%) | 84(36,2%) | 47(20,3%) | 15(6,5%) | 13(6%) |

Sono stati distribuiti n. 180 questionari con un ritorno del 97.7% e nell'indagine sono state incluse le strutture degenziali ed il Day hospital dell'Istituto. Considerando le percentuali di ciascuna risposta, è possibile pensare di prendere come soglia di soddisfazione la parte della scala di valutazione associata alle risposte abbastanza-molto soddisfatto.

Dalla somma dei singoli valori percentuali si evince che il paziente è maggiormente soddisfatto per gli aspetti che riguardano la privacy 72%, la valutazione degli ambienti 64%, gli aspetti alberghieri 60%; mentre l'organizzazione è 54% ed il personale 56%. Le ultime due aree organizzazione e personale sono più facilmente correlabili agli *outcomes* che, come noto, si tengono monitorati poiché possono essere influenzati dall'aspetto organizzativo e dalle competenze del personale. La parte del questionario relativo alla sicurezza (**Tabelle 3 e 4**) evidenzia che il paziente ricoverato nella nostra struttura si sente sicuro 74%, il 2% non si sente sicuro, mentre il numero di coloro che non ha risposto è pari al 24%.

Tabella 3 – Questionario sulla soddisfazione del paziente - Area Sicurezza - % di Risposte alla domanda: All'interno del reparto dove è stato ricoverato si è sentito sicuro?

| Si (%) | No (%) | Non risposte (%) |
|-----------|--------|------------------|
| 129 (74%) | 4(2%) | 43(24%) |

Tabella 4 – Questionario sulla percezione del rischio - % di Risposte alla domanda: Quanto si è sentito sicuro nello svolgimento delle attività qui sotto elencate?

| | Per nulla sicuro (%) | Nulla sicuro (%) | Poco sicuro (%) | Abbastanza sicuro (%) | Molto sicuro (%) | Moltissimo sicuro (%) | Non so (%) | Non risposto (%) | Totale |
|---|----------------------|------------------|-----------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------|------------------|--------|
| Somministrazione della terapia | 1(1%) | 0(0%) | 7(4%) | 47(27%) | 70(39%) | 29(16%) | 1(1%) | 21(12%) | 176 |
| Identificazione corretta della persona/paziente | 0(0%) | 0(0%) | 3(2%) | 45(26%) | 71(40%) | 30(17%) | 2(1%) | 25(14%) | 176 |
| Procedure relative all'intervento chirurgico | 1(1%) | 1(1%) | 3(2%) | 30(17%) | 55(30%) | 31(18%) | 12(7%) | 43(24%) | 176 |
| Manovre a rischio di caduta | 3(2%) | 1(1%) | 2(1%) | 29(17%) | 47(30%) | 27(18%) | 13(7%) | 54(24%) | 176 |
| Prevenzione delle ulcere da decubito | 4(2%) | 0(0%) | 4(2%) | 21(12%) | 29(16%) | 17(10%) | 41(23%) | 60(35%) | 176 |
| Totale | 9 | 2 | 19 | 172 | 272 | 134 | 69 | 203 | 880 |

Alla domanda: "Quanto si è sentito sicuro nello svolgimento delle attività qui sotto elencate?", osservando la tabella 4 (prendendo sempre come riferimento del valore soglia accettabile la somma delle percentuali riscontrate nell'intervallo: Abbastanza sicuro-Molto sicuro), si evince che il paziente si sente sicuro nelle attività di *somministrazione della terapia e identificazione corretta della persona/paziente* per il 66%, nelle *procedure relative all'intervento chirurgico e manovre a rischio di caduta* il 47%, per le *lesioni da pressione* il 28% con una percentuale di non risposta del 35%. Questi items di fatto descrivono come il paziente percepisce l'attenzione dei professionisti ad alcune tematiche assistenziali.

Alcune considerazioni

L'utilizzo delle carte di controllo ha portato alla revisione della modalità con cui erano raccolti i dati relativi agli indicatori utilizzati nella nostra struttura. Dove necessario, sono stati definiti nuovi protocolli di raccolta dati. A priori è stato chiarito cosa si intende per cause naturali e cause speciali di variabilità. In pratica si è esplicitato quali valori della frequenza degli eventi avversi per opportunità erano dovuti a fattori esterni o alla normale conduzione del processo sanitario. Tutto questo ha portato a porre attenzione sul valore atteso degli eventi avversi accettabili rispetto ad un totale di opportunità pari a 250 degenti. In altri termini, il numero degli eventi avversi è conforme/accettabile in relazione al contesto assistenziale.

Il periodo di osservazione è stato suddiviso in due tempi, prima P e dopo D partendo dal 2010. Come conseguenza del periodo P, è stato implementato un programma di formazione e di educazione alla cultura del rischio a tutti i professionisti, rivedendo le procedure che governano i processi coinvolti. Per alcuni fenomeni si è impiegata la tecnica

di *Root cause analysis*, al fine di individuare le possibili variabili su cui agire per attivare progetti di miglioramento. La valutazione da proporre riguarda la misura del cambiamento sul processo ottenuto con questo percorso. Se si osservano le figure delle carte di controllo (1 – 4) si può notare che nel periodo definito D, si ha un aumento di segnalazioni degli eventi avversi dal quale consegue un cambiamento della predittività dell'evento stesso. Per comprendere la lettura dello strumento introdotto ed osservare quali informazioni si possono ottenere può essere presa come esempio la Figura 1 Monitoraggio delle cadute. Il valore standard atteso definito "accettabile" si basa sullo storico dell'Istituto. Il monitoraggio è iniziato nel 2006, il fenomeno è sempre stato nei limiti di controllo con una predittività ed accettabilità di 3 cadute ogni 2 mesi sino al 2009. Non va dimenticato che non è possibile evitare che i pazienti cadano ma è possibile contenere il numero di cadute mettendo in atto azioni di prevenzione (Arthur, 2004). Nel luglio del 2009 si denota un picco (quadrato rosso), in questo caso è stato valutato il problema nello specifico e si è osservato che il picco corrispondeva all'apertura di una nuova struttura che accoglie pazienti particolarmente critici. L'aumento del carico assistenziale ha comportato un cambiamento del processo e dell'organizzazione. La rivalutazione dell'expertise dei professionisti ha determinato un'integrazione dei processi di formazione specifica per la prevenzione delle cadute.

In questo momento non è ancora possibile valutare se l'intervento di formazione è stato efficace.

Questa considerazione può essere applicata a tutti gli eventi monitorati, infatti osservando l'andamento delle carte di controllo dal 2010, è possibile affermare che il processo risulta in controllo. Il limite è dato dal numero dei valori, almeno 20, che bisogna avere per individuare ragionevolmente una causa speciale. Per alcuni indicatori questo parametro non è ancora stato raggiunto. Un altro esempio, sono le batteriemie, dove si può osservare la presenza di un picco nel luglio 2010 (quadrato rosso). Si è indagato per verificare se fosse presente una causa correlabile al fenomeno oppure se questo andamento potesse rappresentare una situazione ciclica, di conseguenza naturalmente attribuibile al percorso assistenziale. Ad oggi è verosimile presupporre che questo episodio può essere dovuto alla criticità dei pazienti ricoverati in quel periodo presso la struttura (aumento delle degenze medie, del case mix) ma non si hanno ancora dati sufficienti per escludere la possibile ciclicità del fenomeno.

Rispetto ai dati relativi dall'analisi del questionario sul paziente, aggregati per area, emerge che il paziente è soddisfatto della struttura dove è degente: l'area che incontra maggiore soddisfazione risulta essere quella della privacy (72%) con un livello minimo nell'area dell'organizzazione (54%). Particolare attenzione deve essere fatta sull'area della sicurezza, in quanto il paziente si sente sicuro nel 74% dei casi, mentre il 24% non risponde. Una riflessione su questo risultato deve essere fatta poiché la % degli omissis risulta abbastanza significativa, questo può essere dovuto al fatto che la domanda così formulata è stata considerata troppo generica oppure che il paziente ritiene di non esprimere opinione in merito a questo argomento o ancora non ritiene opportuno segnalare la reale percezione, che nei fatti sarebbe critica. L'elemento merita di essere ulteriormente approfondito.

Se si osservano le percentuali delle attività che sono state indagate si evince che il paziente si sente sicuro dove, ad oggi, non si ha attivo un sistema di monitoraggio completo. Per somministrazione della terapia (66%) e identificazione corretta della persona/paziente (66%). Le procedure relative all'intervento chirurgico e manovre a rischio di caduta la % decresce al 47%, arrivando ad un minimo del 28% rispetto alle lesioni da pressione. Tutti fenomeni monitorati dal sistema e pertanto definibili sotto controllo.

In realtà i dati in nostro possesso non vengono resi pubblici all'utenza ma solo agli operatori, occorrerà pensare a modalità comunicative efficaci allo scopo e rivalutare se si osservano cambiamenti significativi nella percezione.

Le conclusioni

L'implementazione del controllo della qualità rappresenta il principale approccio per la gestione del miglioramento e cambiamento all'interno dell'organizzazione. Ma il cambiamento può non incentivare il miglioramento. Per discriminare questo, un approccio può essere lo Statistical process control: basato sull'apprendimento attraverso i dati e fondato sulla teoria della varianza. Lo strumento utilizzato sono le carte di controllo: la loro efficacia è legata alla possibilità di valutare la performance del processo, analizzando i fenomeni, definendo una condizione di stabilità degli stessi in conformità al contesto nel quale sono impiegate, alla capacità predittiva delle transizioni verso uno stato non stazionario. Forniscono un'indicazione della prestazione erogata in rapporto al contesto assistenziale in modo rapido permettendo a chi deve prendere delle decisioni di farlo in *tempo reale*. In questo contributo è stata descritta solo una parte degli eventi che vengono tenuti sotto controllo utilizzando la U-Chart. Altre carte vengono utilizzate all'interno dell'Istituto scelte in relazione alle caratteristiche degli *outcomes* da valutare. Molte regole sono state definite per rilevare la presenza o meno di scostamento del fenomeno. La nostra scelta è stata quella di definire come causa speciale quando un punto (quadrato rosso) va al di sopra del Ucl e quando un trend di sei o più valori di una riga sono in costante aumento o in diminuzione. Altro concetto, per una corretta interpretazione delle carte, è che bisogna avere almeno 20 sottogruppi/valori per stabilire se il processo è tenuto sotto controllo e se vi è stato un miglioramento rispetto alle attività che si sono implementate. Ad oggi osservando le figure 1-4 è possibile dire che il processo è sotto controllo e che con un monitoraggio protratto si arriverà ad un numero sufficiente di sottogruppi per stimare in maniera corretta il risultato dei cambiamenti implementati. La domanda nata nell'osservare un aumento di sensibilità da parte del professionista a segnalare l'evento avverso ha mosso la curiosità di conoscere quanto percepito dal paziente.

Da questo, è nata l'esigenza di sapere se il paziente si sente sicuro all'interno della nostra struttura e se percepisce l'attenzione dei professionisti relativamente ad alcuni aspetti assistenziali in particolare. I dati hanno evidenziato che si sente sicuro ma rispetto ad alcuni items la percezione dimostrata ci preoccupa. I limiti di questo progetto sono che il campione di piccole dimensioni degli eventi avversi ha determinato un inizio di monitoraggio differente per ciascuna variabile. La popolazione coinvolta è stata scelta non con un campionamento statistico, ma casuale rispetto alla presenza in istituto nel mese considerato e non sono stati definiti criteri di esclusione perché si è ritenuto che tutti i pazienti avessero uguale possibilità di incorrere in un evento avverso.

Nonostante questi limiti, non è stata trovata corrispondenza tra evento tenuto sotto controllo e percezione del paziente. La tematica necessita di ulteriori studi. In sintesi, è possibile ritenere che sviluppando un sistema quantitativo (carte di controllo) e qualitativo (questionario) si possa descrivere il contesto visto da differenti punti di vista e che da questi si possa procedere ad una integrazione per un ulteriore miglioramento della qualità ed un aumento della percezione di sicurezza all'interno dei processi assistenziali.

BIBLIOGRAFIA

- Apicella A, Cipolla C, Vigna S (2009). Regione Liguria - Assessorato alla Sanità –Settore Controllo di Qualità delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie. *Costruzione, sperimentazione e validazione di strumenti per la rilevazione della qualità percepita secondo una metodologia integrata quali -quantitativa. Questionario di valutazione della qualità percepita dei servizi di degenza –Day hospital – Day surgery*
- Arthur J (2004). *SPC Simplified Book*. Lifestar Publishing.
- Doran D M, Pringle D (2011). *Patient Outcomes as an Accountability*. In: Doran D M, editor. *Nursing Outcomes The State of the Science*. United States of America: Jones & Bartlett Learning, 1-27.
- Grant E L, Leavenworth RS (1996). *Statistical Quality Control* (5th ed.). Boston: McGraw-Hill. *Statistical Process Control for Health Care*. University of Wisconsin, Oshkosh: Duxbury. U Charts, P Charts and I Charts (Internet). Consultato il 04 aprile 2011 disponibile all'indirizzo: http://www.statit.com/support/quality_practice_tips/ucharts_pcharts_icharts.shtml
- Hart M K, Hart R F (2002). *Statistical Process Control for Health Care*. University of Wisconsin, Oshkosh: Duxbury. u Charts, p Charts and i Charts (Internet). Consultato il 05 aprile 2011 disponibile all'indirizzo: http://www.statit.com/support/quality_practice_tips/ucharts_pcharts_icharts.shtml
- Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale (2002). *Le carte di controllo - Strumenti per il governo clinico*. SSN 1591-223X; DOSSIER 66.
- Spence Laschingr H K, Gilbert S, Smith L (2011). *Patient Satisfaction as a Nurse- Sensitive Outcome*. In: Doran D M, editor. *Nursing Outcomes The State of the Science*. United States of America: Jones & Bartlett Learning, 359-408.
- Thor J, Lundberg J et al (2007). *Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review*. *Quality safe Health Care*, 16, 387-399.



CONTRIBUTI

Le narrazioni di malattia come strumento infermieristico per interpretare la percezione e la soggettività del bisogno

di *Cristina Antognozzi*

Casa di riposo Sassatelli, Fermo

Corrispondenza: *crisrinaanto@hotmail.it*

Le narrazioni di malattia (*Narrative based medicine*) da tempo rappresentano la dimensione qualitativa e valoriale che integra quella della Ebm (*Evidence based medicine*). La centralità del racconto nella rappresentazione del proprio stato di salute, del proprio percorso di vita, o meglio di malattia, ha iniziato a farsi strada a partire dai primi studi condotti da Rita Charon (2001) della Columbia University, fino all'antropologia medica di Byron Good (1999). Sul tema non si possono trascurare gli scritti di Ivan Illich (2005) e la stessa denuncia sollevata da Susan Sontag (1992) che afferma: "La malattia non è una metafora, ma la maniera più corretta di considerarla – e la maniera più sana di essere malati – è quella più libera e aliena da pensieri metaforici".

Quelle citate sono solo alcune delle opere che conducono ad una revisione antropologica e sociologica dello stesso concetto di salute, che fino alla seconda metà del XX secolo aveva dominato il panorama sanitario, con la esorbitanza delle dimensioni gerarchica, direttiva e lineare. In questo scenario non si prendeva in considerazione la tridimensionalità (fisica, psicologica e sociale) della salute, la globalità e l'unitarietà della persona umana cui essa faceva riferimento. Sano o malato, vivo o morto erano le visioni medico-lineari dominanti, che non potevano essere funzionali ad un approccio olistico alla malattia, ad un'assistenza *patient centered*. Ed è proprio nello sviluppare questa visione della centralità della relazione di cura, del rapporto che si viene ad instaurare, in particolare fra assistito ed assistente, paziente ed infermiere, che iniziano a farsi strada i lavori infermieristici di due studiose statunitensi: Josephine Paterson e Loretta Zderad. Le due autrici prendono in considerazione il vissuto esperienziale che scaturisce dalla condivisione di una stessa dimensione spaziale e temporale proprio da parte del paziente e dell'infermiere, e considerano l'infermieristica come "*an experience lived between human beings*", come pure "*science may provide the nurse with knowledge on which to base her (his) decision, but it remains for the arts and humanities to direct the nurse toward examination of value underlying her practice*" (Paterson, Zderad, 1976). Una prospettiva che riprende le teorie assistenziali della transculturalità di Madeleine Leininger (2002) e della globalità della persona di Martha Rogers e che sottolinea l'irrinunciabile multidimensionalità della costruzione del processo di aiuto, dove le rappresentazioni, le percezioni e i vissuti di malattia dei soggetti interessati, e dei relativi 'altri significativi' (i caregiver in particolare), diventano elementi imprescindibili di conoscenza e analisi per la costruzione e la valutazione degli interventi da parte dell'infermiere.

L'uso delle narrazioni comincia a diffondersi in maniera strutturata all'interno della medicina e lentamente si fa strada nella stessa disciplina infermieristica, in modo tale da poter assumere la definizione di Nbn (*Narrative based nursing*). In Italia la Nbn si è evoluta negli ultimi dieci anni, in particolare nel campo della ricerca qualitativa, nella valutazione della dimensione emica della malattia da parte del paziente. La prospettiva narrativa diventa strumento dell'infermieristica, introducendo nell'universo disciplinare e pratico con ancora maggiore forza la dimensione *illness* della salute, oltre quella classica relativa al guasto bio-meccanico propria del *disease* o quella socio-istituzionale della *sickness*. In tal modo riesce a definirsi come strumento non solo di ricerca ed elaborazione teorica, ma anche e soprattutto come strumento per la valutazione e la ridefinizione stessa dell'infermieristica. Un'ottica lungo la quale è stato condotto il presente lavoro con l'obiettivo di valutare l'intervento infermieristico attraverso le storie di vita e di malattia.

Esperienze di *Narrative based nursing* in Italia

Al fine di applicare l'Nbn, si sono condotte due distinte ricerche, che hanno utilizzato lo strumento delle narrazioni di malattia: uno studio di caso in tema di malattie rare e una survey sui processi di continuità delle cure nelle gravi cerebrolesioni acquisite (Gca).

Nel primo caso si è preso in esame un nucleo familiare composto da 3 persone (i due genitori ed il figlio), il cui bambino è affetto dalla nascita da una grave malattia invalidante che è presente in forma inedita anche in uno dei due genitori. La narrazione, orientata alla conoscenza ed alla ricostruzione della trama narrativa della malattia, si è estrinsecata in tre distinte fasi. La prima ha portato alla scelta, attraverso la conoscenza diretta, del nucleo familiare da intervistare. La fase successiva è stata caratterizzata dalla ricerca bibliografica inerente alla malattia del bambino, per costruire il quadro clinico di riferimento della complessità assistenziale. Nell'ultima fase i due genitori hanno raccontato la loro storia, registrata attraverso un'intervista narrativa, grazie alla quale si sono ottenuti dati qualitativi in relazione alla dimensione percettiva del vissuto di malattia da parte del nucleo familiare.

L'altro report di riferimento del presente lavoro è quello derivato da una ricerca condotta in una regione italiana su un campione di pazienti colpiti da Gca.

Entrambi i lavori sono stati realizzati negli ultimi quattro anni e nello stesso contesto socioculturale di riferimento. I risultati sono stati letti quali indicatori qualitativi della percezione dell'assistenza infermieristica erogata e dalla continuità delle cure sul territorio. In entrambe le ricerche si è riscontrato un quadro di cronicità sostenuto con difficoltà per i pazienti e le rispettive famiglie (esclusi ovviamente i quadri clinici di recupero funzionale parziale e/o totale), in particolare sul piano sociale e relazionale (progressivo senso d'isolamento e di abbandono). Il fluire delle narrazioni ha rivelato momenti di criticità, punti di rottura assistenziale in cui è venuta a mancare la continuità delle cure, rilevando in alcuni casi un'assenza di protocolli strutturati di intervento e di un vero e proprio organico lavoro progettuale a lungo termine da parte delle varie équipe multidisciplinari. Rilevante è stata la punteggiatura dei racconti attraverso la presenza di stereotipi, pregiudizi o, al contrario, mitizzazioni di sorta stigmatizzanti singole relazioni e comportamenti del personale infermieristico.

Quello che si è presentato non è un quadro correlato necessariamente a comportamenti negativi ascrivibili all'infermiere. Tutt'altro. In molte situazioni, in particolare nei resoconti dei pazienti colpiti da Gca, si sono registrati atteggiamenti, relazioni e interventi professionali utili e funzionali ai bisogni delle famiglie. Molto spesso questi erano legati alle istruzioni date al familiare, al momento della dimissione, su come assistere il paziente, monitorare la funzionalità del catetere vescicale a permanenza o le precauzioni da seguire nell'aiutarlo nell'assunzione di cibo o medicinali.

Un dato che non può essere letto in modo negativo sul piano relazionale e professionale per la professione, ma che indubbiamente suggerisce una carenza a livello di sistema, dove all'ultimo minuto si deve provvedere ad istruire il *caregiver* all'assistenza familiare. È un segno che rivela la mancanza di programmi strutturati di addestramento, istruzione e educazione terapeutica, sovrastati molto spesso dal fai da te improvvisato che, in qualche caso, può creare importanti complicazioni, in molti altri crea comunque uno stato di permanente di angoscia da parte del paziente e del familiare, che peggiora ulteriormente il quadro assistenziale di fondo.

In determinate situazioni si sono rilevati elementi negativi di sistema palesi: all'affermazione del familiare che elogiava l'assistenza erogata a livello domiciliare dall'infermiere della Asl, non risultava sul versante conoscitivo la comprensione di acronimi quali Adi, Umea e così via, rivelando una presenza del sistema e del servizio frammentaria e occasionale. Un dato alquanto discutibile, ma che comunque mette in evidenza aree grigie assistenziali sul territorio, non ben definite, dove prevale il volontarismo e la bontà dei professionisti, più che la pianificazione e la competenza. Le narrazioni relative alle Gca forniscono un quadro delle criticità in cui la professione infermieristica si viene a trovare ogni giorno, situazioni di incertezza se non di conflittualità vera e propria: dimensione individuale vs. lavoro multidisciplinare, necessità di una lettura globale del bisogno vs. rotture della continuità dei percorsi assistenziali e terapeutici.

Nell'una come nell'altra ricerca non sono mancati momenti che hanno registrato conflittualità all'interno del sistema, sfiducia, rinuncia, ma il sentore globale è quello già citato di un livello di assunzione del peso assistenziale in cui le famiglie principalmente rimangono da sole nei confronti della malattia, della disabilità.

In diverse interviste è stato denunciato, da parte di pazienti o familiari, come le informazioni necessarie per poter ottenere un presidio medico o un sussidio (es. il cosiddetto assegno di accompagnamento previsto per la legge 104/92) non siano state fornite né dal medico né dall'assistente sociale o dall'infermiere, ma da quella rete informale che è l'associazionismo dei familiari e dei pazienti, che si forma molto spesso nelle sale di attesa di ambulatori e servizi diagnostici, nei quali ci si scambia esperienze, paure, dubbi, speranze. La trama delle narrazioni alla fine ricostruita dona un panorama assistenziale ricco di fragilità ed eroismi, di solitudini e di rabbia, punteggiati di quando in quando da qualche elemento di iniquità socio-economica, specie nei casi in cui le prestazioni ambulatoriali (es. fisioterapie) sono garantite non dall'accesso ai servizi ma dalle dinamiche di mercato. L'umore degli attori del sistema, attraverso il fluire delle parole, restituisce tutte le criticità su cui intervenire e le risorse, poche, da cui ripartire.

Conclusioni

I dati emersi hanno evidenziato i limiti dei servizi nel diagnosticare prima e seguire poi i pazienti colpiti da una patologia rara, sul piano sanitario, socio-economico e relazionale. Fatto compensato dal sostegno fornito sia dai singoli professionisti, sia dalle reti sociali, mettendo in rilievo come congressi di associazioni di malati, blog, siti web, incontri informali diventano risorse spazio-temporali di circolazione e scambio di informazioni importanti. La complessità assistenziale correlata alle malattie rare sottolinea la necessità di sviluppare una capacità di lettura del bisogno, specie da parte infermieristica, che va oltre lo stesso paziente pediatrico. Se questi è il principale soggetto delle cure, anche i genitori devono essere al centro dell'attenzione, come potenziali malati in caso di patologie congenite e quali necessarie risorse di sistema da mobilitare, ma da preservare e potenziare innanzitutto.

Le testimonianze ci dicono le potenzialità del servizio, i luoghi professionali da ricoprire e al tempo stesso la dimensione valoriale della professione.

Non si vuole considerare l'infermiere in termini stereotipati, né santo né farabutto, ma quale professionista portatore di conoscenze, competenze ma anche sensibilità e valori che debbono essere riconosciuti al pari di quelli che compongono le rappresentazioni di malattia. In questa prospettiva, che può dirsi paritetica, la possibilità di approccio, relazione, presa in carico e costruzione di un rapporto terapeutico di fiducia diventa uno strumento centrale nell'assistenza, della prospettiva contemporanea e avanzata dell'assistenza *patient centered*. Insomma, attraverso le narrazioni di malattia si esprime un "raccontami la tua storia, non solo per farti aiutare, ma per capire di più anche chi sono e chi posso essere io, l'infermiere".

BIBLIOGRAFIA

- Charon R (2001), *Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust*. JAMA, 286.
- Good B J. *Narrare la malattia, Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Edizioni di Comunità, Torino, 1999.
- Illich I. *Nemesi medica, L'espropriazione della salute*. Boroli, Milano, 2005.
- Leininger M, McFarland (2002). *Transcultural Nursing*. McGraw-Hill, Medical pub.
- Paterson J G, Zderad L T (1976). *Humanistic nursing*. New York: John Wiley and Sons, pag. 3 et pag. 87.
- Rogers M E. *An Introduction to the Theoretical Basic of Nursing*. F A Davis Company, Philadelphia 1970.
- Sontag S. *Malattia come metafora. Aids e cancro*. Einaudi, Torino, 1992, pag. 77.



ESPERIENZE

Il Servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio: punti di forza e di debolezza di un nuovo percorso per la non autosufficienza

di G. Macherelli (1), A. Di Costanzo (2), A. Pecchioli (3), R. Bartolini (4), A. Sergi (5), S. Cecchi (6), L. Roti (7)

- (1) Infermiera, Rsa "Opera Pia Vanni", Impruneta (FI)
- (2) Infermiera coordinatrice, Azienda Usl 4 Prato
- (3) Medico U. F. Assistenza primaria, Azienda Usl 4 Prato
- (4) Medico U. F. Assistenza primaria, Azienda Usl 4 Prato
- (5) Direttore presidio ospedaliero, Azienda Usl 4 Prato
- (6) Direttore delle Professioni infermieristiche, Azienda Usl 4 Prato
- (7) Medico dirigente di settore, Regione Toscana

Corrispondenza: giulia.macherelli@virgilio.it

A partire dal 1° febbraio 2010, nelle Unità operative di geriatria, medicina 1, medicina 2 e ortopedia dell'ospedale "Misericordia e Dolce" di Prato è stato introdotto il Servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio (Scaht). Si tratta di un servizio la cui attività viene svolta prevalentemente attraverso una figura infermieristica che prende il nome di *Infermiere della continuità assistenziale*. Questo ha un ruolo centrale: si occupa di supportare il personale della degenza nell'identificazione dei soggetti con bisogno di continuità di cure (indice di Brass); esegue una prima valutazione dei bisogni dei pazienti segnalati dal team della degenza; contatta i Mmg per segnalare l'attivazione del servizio e, in quanto facilitatore dell'intero percorso, rappresenta un punto di riferimento per pazienti e *caregiver*. L'attività dell'Infermiere dello Scaht viene coadiuvata da un assistente sociale, nel caso di un bisogno complesso (socio-sanitario) e da un medico di comunità per la valutazione multidimensionale.

La funzione ultima del servizio è l'individuazione del percorso da attivare al momento della dimissione: si tratta di un progetto personalizzato che viene proposto all'assistito e che può comprendere tutta una serie di risposte assistenziali, quali l'inserimento in Rsa o centro diurno, l'assistenza domiciliare, l'erogazione di contributi di cura, altro.

Quale bilancio?

Trattandosi di una prima sperimentazione, a distanza di sei mesi dall'attivazione dell'infermiere di continuità, si è proceduto ad un bilancio valutando la soddisfazione degli operatori sanitari e dell'utenza per elaborare proposte di miglioramento. L'indagine qualitativa è stata effettuata mediante un approccio partecipativo ovvero una metodologia che implica il coinvolgimento attivo degli attori che hanno preso parte alle diverse fasi di un percorso, nel nostro caso quello della Continuità assistenziale. Un approccio "dal basso" si dimostra efficace nel migliorare la qualità dei progetti per due ragioni principali: da un lato appare chiaro che per individuare le reali esigenze dell'utenza occorre prima di tutto comprenderne il punto di vista; dall'altro lato l'approccio partecipativo crea tra gli attori un senso di appartenenza al progetto, incrementando la percezione della sua utilità e la volontà di impegnarsi per migliorarlo, fornendo ognuno il proprio contributo. Si tratta quindi di suscitare la condivisione di informazioni, percezioni,

esigenze, visioni per farle diventare 'patrimonio di progetto'. Il percorso porta, in sintesi, da un primo allineamento delle visioni ad una vera progettazione partecipativa delle strategie di intervento.

Per condurre il nostro bilancio sono stati organizzati due incontri così strutturati: il primo ha visto lo svolgimento di un focus group con alcuni infermieri dello Scaht; il secondo richiedeva la partecipazione dei *caregiver* di pazienti per i quali era stato attivato il servizio, strutturato sul modello del metaplan di Schnelle. La scelta del metaplan come modalità operativa è stata dettata dalla necessità di utilizzare un metodo snello e facilmente comprensibile per gli utenti chiamati ad intervenire.

Focus Group

Sono stati invitati a partecipare infermieri provenienti dalle unità operative in cui è attivo lo Scaht.

La discussione è stata guidata da due moderatori (due medici di comunità), moderatamente strutturata così da incoraggiare il libero flusso delle idee e la condivisione delle informazioni. Gli argomenti sono stati trattati in un gruppo interattivo, in cui i partecipanti erano liberi di comunicare con gli altri membri del gruppo.

Nel corso del focus group è stato chiesto agli operatori sanitari intervenuti di riferire gli aspetti positivi del nuovo servizio e di far emergere i punti per i quali la procedura risultava ancora carente: nello specifico se a loro parere il servizio appariva efficiente; come veniva percepita la figura dell'infermiere della continuità assistenziale e quali sono stati i reali cambiamenti avvenuti dall'introduzione dello Scaht.

Infine è stato chiesto se ci sono stati dei riscontri provenienti dai familiari dei pazienti, soprattutto in termini di soddisfazione e interessamento.

Metaplan

Sono stati invitati a partecipare i *caregiver* di sei pazienti presi in carico dallo Scaht. Essendo il metaplan una tecnica di discussione visualizzata, è stata messa a disposizione dei partecipanti una serie di materiali di lavoro: figure geometriche piane di carta, di diverso colore e dimensione, pennarelli colorati, bollini adesivi. Tutti sono stati fatti sedere in semicerchio, intorno ad un pannello di lavoro.

Il moderatore della discussione ha inizialmente spiegato la motivazione dell'incontro e definito gli obiettivi da raggiungere ovvero la necessità di conoscere il punto di vista degli utenti riguardo al nuovo percorso di continuità assistenziale nel quale sono stati inseriti, con l'intento finale di migliorare il servizio. Quindi si è occupato di illustrare ai partecipanti il percorso e di gestire il gruppo di lavoro durante tutto il percorso.

Per prima cosa i partecipanti sono stati esortati a condividere in gruppo la loro esperienza personale relativa al Servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio, esprimendo le proprie idee ed impressioni generali a riguardo. Contemporaneamente il moderatore si è occupato di trascrivere brevemente i concetti principali espressi e le parole chiave emerse dal dibattito su dei cartoncini, affissi poi sul pannello di lavoro.

Successivamente è stato chiesto loro di concentrare la propria attenzione prima sui punti in cui la procedura dello Scaht risulta ancora carente, in modo da far emergere gli aspetti migliorabili del percorso, poi sugli aspetti ritenuti positivi del percorso. Quindi i familiari sono stati invitati a trascrivere brevemente tali aspetti su cartoncini colorati e ad attaccarli al pannello centrale, così da renderli visibili a tutti. A questo punto si è proceduto ad aggregare le opinioni espresse in tre gruppi, attribuendo a ciascuno un titolo appropriato. Questo ha reso possibile l'individuazione delle più importanti categorie di problematiche riscontrate dall'utenza.

L'uso del pannello quale strumento di visualizzazione ha in effetti permesso al gruppo di avere sempre visibile il percorso logico della trattazione.

Dati emersi dal focus group

Dal dibattito condotto all'interno del focus group, al quale, come ricordiamo, hanno preso parte i rappresentanti degli infermieri provenienti dalle unità in cui è presente lo Scaht, sono emersi i seguenti fattori positivi:

- la velocità con la quale il servizio interviene dopo la segnalazione è buona: viene svolta rapidamente la valutazione del caso e viene individuata subito la soluzione che più si adatta alla persona;
- il progetto viene portato avanti con molta professionalità dagli operatori preposti. La figura dell'infermiere della continuità assistenziale è molto presente;
- dall'attivazione del servizio si sono ridotte le giornate di degenza dei pazienti con necessità di continuità assistenziale;
- mentre in passato era tutto lasciato in sospeso, non si sapeva a chi era affidato il paziente né a chi ci si doveva rivolgere, ad oggi lo Scaht funge da mediatore nel percorso;
- si è ridotto il carico di lavoro degli infermieri della degenza, che non devono più occuparsi personalmente di seguire il percorso di continuità delle cure;
- gli operatori dello Scaht agiscono da collante tra i vari professionisti, soprattutto tra il medico ospedaliero ed il medico di base;
- il tempo impiegato per compilare l'indice di Brass è di pochi minuti.

I fattori negativi riscontrati sono stati:

- non vi è stata risposta dalle strutture esterne per mancanza di disponibilità di posti letto e, quando queste rappresentano la migliore opzione per il paziente preso in carico, quest'ultimo si trova a dover rimanere in degenza a lungo, in attesa;
- nonostante le indicazioni, l'indice di Brass viene utilizzato solo per pazienti selezionati e non viene applicato a tutti: ciò comporterebbe, a parere degli operatori sanitari, un'eccessiva dispersione.

Dati emersi dal Metaplan

Il Servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio è stato valutato globalmente in maniera positiva: i partecipanti al Metaplan hanno riconosciuto la validità del progetto e la reale utilità del servizio relativamente ai loro casi.

Hanno espresso la loro soddisfazione circa:

- la figura dell'infermiere dello Scaht;
- l'assistenza domiciliare;
- le strutture di accoglienza;
- i servizi sociali;
- la capacità di ascolto degli operatori del servizio;
- la disponibilità e la professionalità con la quale svolgono la loro attività.

In questo ambito si è delineata tuttavia una richiesta di maggiore disponibilità oraria e telefonica da parte del servizio e una certa insofferenza per la modalità "su appuntamento" poiché, come affermato da un utente "i problemi non vengono su appuntamento". Le maggiori problematiche segnalate riguardano invece quella che potremmo definire "la terra di passaggio" tra l'ospedale ed il territorio, o meglio la fase di attivazione del servizio di continuità dell'assistenza.

Le principali criticità segnalate dai partecipanti sono state:

- difficoltà ad ottenere informazioni univoche sullo Scaht in ospedale;
- mancanza di comunicazione tra gli operatori ospedalieri e quelli del servizio;
- scarsa sensibilità degli operatori ospedalieri, che non hanno tenuto in considerazione l'aspetto psicologico della malattia e le problematiche organizzative dei familiari di persone con problemi di salute.

I dati emersi dal Metaplan sono stati raccolti interamente nel pannello di lavoro utilizzato come strumento di visualizzazione per tutta la durata dell'incontro (Figura 1).

Figura 1 - Pannello di lavoro



Conclusioni

Preoccupandoci di creare servizi, di valutare gli esiti degli interventi, di monitorare i bilanci, si rischia di mettere in secondo piano che i servizi dovrebbero essere costruiti intorno ai cittadini, tenendo conto delle loro esigenze e non sulla base dell'organizzazione aziendale o delle modalità operative correnti.

Interpellare i familiari ha reso possibile osservare lo Scaht da tutt'altra prospettiva rispetto a quella tradizionale, ha fatto emergere questioni non considerate in precedenza nell'analisi del servizio.

Il vero punto di forza dello Scaht, ribadito più volte dai caregiver interpellati, è la capacità di ascolto degli operatori del servizio, specialmente della figura dell'infermiere di riferimento (Infermiere della continuità assistenziale). I familiari hanno enfatizzato soprattutto l'importanza di una comunicazione chiara e di una relazione basata sulla fiducia con professionisti competenti e disponibili.

Merita una riflessione il confronto fra i punti di debolezza riconosciuti distintamente dai familiari convocati per il Metaplan e gli infermieri partecipanti al focus group: questi ultimi hanno riferito, come principale punto debole del processo di continuità delle cure, la costante indisponibilità di posti letto in struttura extraospedaliera per i pazienti che hanno terminato il loro percorso di cura in ospedale e dovrebbero essere dimessi; i familiari invece hanno fatto emergere la loro insoddisfazione circa una carente capacità empatica degli stessi operatori ospedalieri, conferendo, come si poteva presumere, maggiore importanza agli aspetti relazionali. A favore degli operatori sanitari ospedalieri si deve evidenziare che, svolgendo la loro attività in un setting così complesso, hanno un carico di lavoro notevole e possono avere difficoltà a seguire il percorso della continuità assistenziale proposto dallo Scaht con lo stesso interesse dei diretti interessati, cioè dei pazienti e dei familiari.

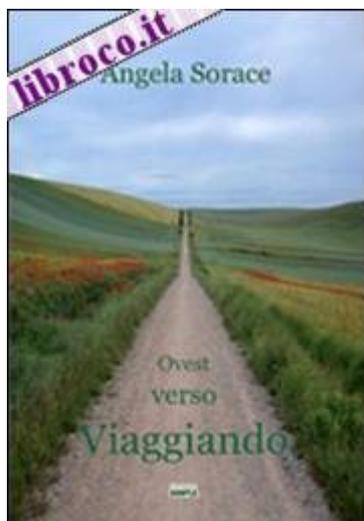
Bisognerebbe lavorare per convincere gli operatori, coinvolti in vario modo nel nuovo progetto, che impegnarsi per raggiungere la continuità assistenziale non è fine a se stesso, ma porterà ad un miglioramento della qualità della vita dei pazienti, una riduzione delle disabilità, una maggiore qualità percepita, un'aumentata soddisfazione dell'utenza in relazione al mantenimento o miglioramento dello stato di salute, un sensibile decremento dei costi, una diminuzione degli accessi in ospedale e una riduzione del carico di lavoro per coloro che vi operano.

BIBLIOGRAFIA

- Bauer M et al. *Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence*, J Clin Nurs. 2009 Sep;18(18):2539-46. Epub 2009 Apr 3.
- Deliberazione n. 8 del 24 febbraio 2009, Giunta della Società della Salute dell'Area Pratese.
- Legge regionale 18 dicembre 2008 n. 66. *Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza*, Bollettino ufficiale della regione Toscana N. 44.
- Swinkels A et al. *Delayed transfer from hospital to community settings: the older person's perspective*, Health Soc Care Community. 2009 Feb;17(1):45-53. Epub 2008 Jun 17.
- Zanetti E. *Qualità, continuità e complessità nell'assistenza all'anziano*, Bollettino Nursing, Bollettino S.I.G.G., Anno VII numero 8-9 agosto-settembre 2010.

SCAFFALE

Frammenti di quotidiana assistenza



In questo testo, Angela Sorace, partendo dalla sua prima esperienza accanto a una persona malata racconta, con un preciso intento di condivisione, le sensazioni e le emozioni che hanno accompagnato giorno per giorno ogni gesto di cura. L'autrice avverte da subito il lettore che con il suo scritto non vuole dire nulla che non sia già stato detto, analizzato, discusso e approfondito in molte occasioni e in diversi contesti da chi magari ha competenze specifiche per farlo. Non intende nemmeno fare inferenze su tematiche così difficili come quelle dell'assistere, soprattutto in alcune circostanze, in cui gli interrogativi sul "senso del fare o del continuare a fare" emergono prepotentemente più che in altre, e generano in chi assiste dubbi, disagio, riflessioni, inquietudini e spesso anche frustrazione.

Vuole piuttosto esprimere la relazione tra "... ciò che è necessario fare e lo "stato d'animo" con il quale ogni professionista è chiamato a operare accanto a chi combatte una durissima e spesso impari battaglia con la malattia ..." (pag. 8).

Narrando la storia della signora Clotilde affetta da neoplasia del seno e assistita a domicilio, l'autrice evidenzia come la relazione faciliti l'attenzione verso l'altro e quindi una presa in carico vera e come, aggiunga se buona o tolga quando non adeguata, valore ad ogni gesto tecnico. Questo, anche e soprattutto, nei casi in cui la guarigione è improbabile. Ecco una delle riflessioni dell'autrice:

"Noi operatori sanitari abbiamo un'enorme responsabilità, non limitata soltanto a fare diagnosi infermieristiche, somministrare terapie, alleviare sofferenze; alla nostra professione si innesca un compito ulteriore, un potere, che spesso non viene preso nella giusta considerazione non per superficialità o noncuranza, ma perché è radicata in noi l'idea che come sostenitori della salute il nostro campo d'azione è limitato e circoscritto soltanto alla vita. Capita spesso purtroppo di avere in reparto un paziente in fase terminale e non sentirsi in grado di relazionarsi con lui soprattutto quando lui è consapevole del suo stato ..." (pag. 61).

Angela Sorace

Viaggiando verso Ovest

Edizioni Simple – Agosto 2011

€11,50 acquistabile anche online all'indirizzo www.edizionisimple.it

Le royalties del libro verrà devoluto all'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro



Lucia Fontanella, docente di Didattica dell'italiano all'Università di Torino racconta la sua esperienza in ospedale, dove vive direttamente la condizione di disegualianza dei rapporti. Da questo e con la sua osservazione del mondo sanitario, pone l'attenzione sui modi di essere delle persone regalando al lettore oltre alle sue riflessioni linguistiche, una diversa chiave di lettura della comunicazione in alcuni ambiti in particolare.

Ma perché comunicazione diseguale?

"... I linguisti la chiamano comunicazione diseguale. Si trova soprattutto in certi ambienti: l'ospedale, la scuola, il tribunale. Ma anche in tante famiglie in cui le cose non vanno come dovrebbero. Diseguale perché in quegli ambienti le persone non hanno lo stesso potere, e tutto ciò che accade ne risente. Anche quello che viene detto. E fatto..." (pag. 7).

L'autrice sottolinea come, a caratterizzare questo tipo di comunicazione, sia uno sbilanciamento nel possesso dello spazio, del tempo e della lingua. Sono molti gli spunti di riflessione che offre in ogni pagina di questo suo breve saggio sulla comunicazione. Altrettanto numerose sono le domande o le affermazioni che aprono ogni passaggio spalancando le porte alle molte considerazioni possibili. Eccone alcune: *Di chi è l'ospedale? Curare le persone o le malattie? Attenzione ai modi di dire. Tutto, davvero tutto, è comunicativo. Informare: come, quando, quanto, perché. A volte non basta informare, occorre anche motivare. Siamo tutti piuttosto diversi, e tutti piuttosto fragili.*

Parlare semplice. (dall'indice)

E sul parlare semplice fa delle interessanti osservazioni: *"... Essere capiti in ospedale (e in particolare in terapia intensiva) è fondamentale. Lo sappiamo. Ma magari pochi riflettono sul fatto che proprio in ospedale si ha l'abitudine di usare parole che pochi, davvero pochi, in Italia sentono, abitualmente, leggono e ancora meno usano. Diagnosi e prognosi non possono neanche essere fraintese. Non si capiscono e basta, come succede alla gran parte di tecnicismi che arrivano dal greco.*

La prognosi infausta non spaventa troppo, perché o non si capisce o si pensa a un possibile Fausto che, chissà cosa centra, magari un turno in reparto.

Ogni tanto la prognosi si scioglie, dunque ci si orienta a pensare che sia qualcosa di materiale perché siamo abituati a veder sciogliere i gelati, il sale nell'acqua o altro ancora. Che stazionario voglia dire che si sta come il giorno prima, nulla lo lascia pensare. Sforzandosi alcuni potrebbero ricollegarlo a stazione ma farebbero male. Il consiglio è di dire che il paziente sta come il giorno prima, e se poi si ha la didattica nel sangue si potrebbe aggiungere "cioè stazionario".

Le patologie, le terapie, le stabilizzazioni, le acuzie (forse al primo posto per incomprensibilità) non sono un iceberg in un mare di trasparenza linguistica. Sono, in compagnia di tanti altri, chicchi di grandine sulla testa dei malcapitati che non capiscono..." (pagg.28 e 29).

Lucia Fontanella

La comunicazione diseguale

Il Pensiero Scientifico Editore – Febbraio 2011

€10 – Le royalties del volume verranno devolute al Reparto di Terapia Intensiva dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino.

Marina Vanzetta

SCAFFALE

Il bambino e il dolore. Come valutare, capire e trattare

di **Leora Kuttner**

Edizioni Artestampa, 2011
pagine 474, euro 20,00



Esplorare e conoscere il dolore in ambito pediatrico in tutte le sue implicazioni, non soltanto a livello fisico ma anche sull'impatto totale che esso ha sul benessere e la salute del bambino e della famiglia: questo è l'intento riuscito dell'autrice di questo volume, che consegna all'editoria un'opera importante per aiutare i professionisti della salute nell'arduo compito di assistere i bambini e adolescenti che presentano dolore. Attraverso la lettura del libro di Leora Kuttner, infatti, i medici e gli infermieri, ma anche i genitori, possono migliorare la propria comprensione e le proprie abilità su come riconoscere, misurare e trattare il dolore nei bambini, aiutandoli a dare un senso alle loro sofferenze.

L'autrice, psicologa infantile clinica specializzata nel trattamento del dolore pediatrico all'Università della *British Columbia* in

Canada, riassume in questo testo le più innovative conoscenze ed applicazioni pratiche e cliniche per una corretta gestione, valutazione e comprensione del dolore nei bambini che si trovano a subire procedure dolorose in seguito al loro stato di salute. In quanto ricca di esempi, spunti e tecniche spiegate con esattezza e precisione, l'opera è consigliata a tutti coloro che per motivi professionali o personali affrontano quotidianamente le vicissitudini che coinvolgono i bambini nelle varie branche della medicina pediatrica. Trattare una tematica così importante in modo semplice ed esaustivo non è compito da poco.

La paura del dolore e l'ansia che il bambino avverte in modo crescente, se non affrontate e non trattate adeguatamente, rendono più complessa la gestione del dolore e del relativo recupero. Uno dei temi centrali di questo libro è proprio l'esame delle ansie e delle paure associate al bisogno di alleviare il dolore, nonché l'analisi dei metodi e degli strumenti di comunicazione verbali e non verbali che quietano e leniscono tali paure.

Il volume è organizzato in tre sezioni:

- la prima esplora la conoscenza scientifica del dolore come parte dello sviluppo infantile, dove con molta perizia vengono argomentate tutte le tematiche essenziali per una corretta comprensione e conoscenza fisiopatologica del dolore in età pediatrica;
- la seconda indaga i trattamenti del dolore, la loro efficacia e come combinarli tra loro per un effetto terapeutico. Questa parte, oltre a fornire un contributo utile e preciso sul trattamento farmacologico del dolore, illustra una serie di tecniche non farmacologiche essenziali per l'assistenza infermieristica durante le procedure dolorose;
- la terza parte utilizza queste acquisizioni per tradurre la teoria in pratica clinica.

Il libro contiene anche contributi di altri esperti: la neuroanatomia e neurofisiologia del dolore (Jonathan Kuttner), la valutazione del dolore (Carl von Baeyer), il trattamento farmacologico del dolore (Stefan Freidrichsdorf e Helen Karl). Sono da segnalare infine: la preziosa postfazione che completa l'edizione italiana del testo, in cui la traduttrice descrive i criteri che hanno guidato il lavoro di traduzione; l'ampia bibliografia che correda il testo, in cui vengono anche segnalati i riferimenti di maggior rilievo; l'utilissimo indice analitico che permette di individuare agevolmente la collocazione dei singoli temi di interesse.

Senza dubbio questo libro rappresenta uno strumento essenziale per chi si trova a dover gestire il dolore in ambito pediatrico, sia a livello ambulatoriale che ospedaliero; è indicato anche quale utile fonte di approfondimento per sostenere la formazione degli operatori sanitari su tema centrale dell'assistenza al bambino.

Gaetano Ciliento

Infermiere coordinatore, Coordinamento infermieristico qualità assistenziale
Direzione Sanitaria Irccs Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

Ciro Carbone, Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Gennaro Rocco, Annalisa Silvestro, Maria Adele Schirru, 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