

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVI

3

ISSN 2038-0712

**MAGGIO - GIUGNO
2012**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE**

Qualche riflessione...
di Annalisa Silvestro

● **FOCUS**

ECM: le nuove regole per i professionisti
di Gennaro Rocco e Annamaria Ferraresi

La terra trema: storie di infermieri in prima linea
di Meris Fiamminghi

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

Validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze infermieristiche del progetto Tuning Educational Structures in Europe
di Giulia Venturini, Ausilia Maria Lucia Pulimeno, Daniela Colasanti, Silvia Barberi, Silvia Sferrazza, Maria Grazia De Marinis

Livelli di autonomia dei pazienti sottoposti a impianto di pacemaker cardiaco: studio pilota sugli effetti della mobilitazione precoce
di Niccolò Simonelli, Stefania Di Mauro, Matteo Nicola Dario Di Minno, Lorena Salvini

● **ESPERIENZE**

Nutrizione parenterale totale, peso corporeo e rischio di mucosite del cavo orale nei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo e chemioterapia ad alte dosi
di Valentino Facca, Antonio Nappo

Gli indicatori di complessità assistenziale in dialisi
di Lorenzo Varesini

Trasportare un paziente in Ecmo: una nuova sfida clinica e organizzativa per l'infermiere
di Marco Costantini, Carla Molteni, Carlo Orlandi, Anne Lucie Destrebecq

● **Scaffale**

L'infermiere in Italia: storia di una professione
di Cecilia Sironi

Prima di Florence Nightingale. La letteratura infermieristica italiana 1676-1846
di Filippo Festini, Angela Nigro

Oltre l'eccesso. Quando internet, shopping, sesso, sport, lavoro, gioco diventano dipendenza
di Alfio Lucchini, Paola Emilia Cicerone



EDITORIALE

Qualche riflessione...

di **Annalisa Silvestro**

Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

Le ultime notizie che riempiono i giornali e che sono alla base di numerosi dibattiti televisivi, evidenziano che siamo entrati in una fase nuova della storia sanitaria del nostro Paese. I fatti e le notizie sono preoccupanti, sia perché potrebbero impattare sul mantenimento della qualità dei servizi sanitari, sia - e soprattutto - perché fanno dubitare sulla capacità del Servizio Sanitario Nazionale di sopravvivere. La rivisitazione della spesa pubblica e quindi della spesa sanitaria ha suscitato una levata di scudi che proviene da diverse Categorie professionali, dalle Rappresentanze sindacali del Comparto e dalle Rappresentanze sindacali della dirigenza sanitaria in generale e medica in particolare. Le "grida" più alte si sono levate dalle Rappresentanze sindacali della dirigenza medica sulla chiusura (poi rientrata in quanto di spettanza delle Regioni) dei piccoli ospedali, sulla diminuzione dei posti letto ospedalieri e sulla soppressione di qualche centinaio di unità operative complesse sia ospedaliere sia territoriali.

Anche se vado controcorrente, ritengo di dover dire che la riflessione deve essere un po' meno di pancia e molto più di raziocinio; magari anche richiamando le numerose considerazioni che sono state fatte negli ultimi anni sull'andamento dell'intero sistema salute e del Servizio Sanitario Nazionale.

Credo si debba avere l'onestà intellettuale di dire alla cittadinanza che alcuni di quei piccoli ospedali è bene che vengano chiusi, perché è molto arduo definirli ospedali secondo i canoni della moderna, scientifica e sicura medicina e assistenza.

Non si può mantenere la dizione di "ospedale" a delle aggregazioni organizzative, che fanno certamente attività importanti, assolutamente positive, di buon riscontro sui bisogni della popolazione, ma che non possono essere annoverati a ciò che deve essere garantito ad un cittadino che ricorre ad un ospedale per una situazione patologica e assistenziale di medio/alta complessità o per una subentrata acuzie clinico assistenziale.

E' corretto e responsabile dire alla popolazione che quei piccoli ospedali debbono essere riconvertiti, trasformati in residenze sanitarie assistite, in case della salute, in poliambulatori, comunque in luoghi dove le persone anziane, fragili, con patologie cronico degenerative possono trovare quello che effettivamente loro serve: supporto, presa in carico, continuità, accompagnamento ed una assistenza puntuale, corretta, di qualità. Luoghi in cui sia massiccia la presenza di infermieri.

E' questo il punto del problema; forse si fanno grida manzoniane per la soppressione di unità operative complesse e per la conseguente riallocazione o messa in mobilità di professionisti che non hanno mai lontanamente pensato che si sarebbero trovati in tali situazioni.

Ma se il sistema deve smagrire e ridefinirsi per potersi rilanciare e sviluppare sui reali bisogni della collettività nazionale, allora noi dovremmo capire e discutere sui contenuti veri della diminuzione della spesa pubblica e anche dire che noi ci stiamo a questa discussione, che siamo pronti ad un vero cambiamento di paradigma organizzativo e che chiediamo con forza che ai proclami seguano i fatti.

Ci venga data la possibilità di fare buona assistenza, di rispondere ai reali bisogni della gente.

Aumentino i livelli di assistenza e smettano di fare quadrare i conti tagliando sugli infermieri, che sono professionisti fondamentali per poter rispondere ai pazienti anziani, cronici, fragili e con problemi che richiedono un accompagnamento professionale a prolungato nel tempo e disseminato nel territorio.

E da queste considerazioni ne nascono alcune altre; la prima delle quali è quella delle **competenze**.

E' attivo un tavolo tecnico – che è al termine i suoi lavori – costituito da rappresentanti del Ministero della salute e delle Regioni. Il Tavolo ha il mandato di definire le competenze cliniche “evolute” del nostro gruppo professionale.

Quanto prodotto ad oggi da quel Tavolo non trova l'assenso del Consiglio Nazionale della Federazione.

Noi – a differenza di quanto ipotizzato dal Tavolo tecnico – chiediamo:

- che tali competenze siano specialistiche e non genericamente “evolute”;
- che tali competenze specialistiche siano acquisite attraverso l'effettuazione di moduli formativi attivati sinergicamente in parte nel Servizio Sanitario Regionale ed in parte nell'Università;
- che i moduli formativi effettuati nel Servizio Sanitario Regionale vengano agganciati a quelli effettuati in Università attraverso il sistema dei crediti universitari e concorrano al raggiungimento del titolo di specializzazione così come definito dalla legge n. 43 del 2006;
- che la formazione “specialistica” sia strutturata, riconoscibile ed omogenea su tutto il territorio nazionale;

La partita è ardua e noi, come Federazione, ci troviamo in una situazione complessa e difficile; ma non intendiamo demordere perché è in ballo non solo il futuro immediato dei nostri professionisti, ma anche l'evoluzione formativa, giuridica e sociale dei nostri giovani colleghi e di coloro che iniziano il percorso formativo in Università.

Collegata a questa problematica molto importante, c'è anche quella del reclutamento dei professori nelle scienze infermieristiche; un recente decreto del MIUR prevede norme di **reclutamento concorsuale** che penalizzano molto la categoria.

La nostra è una professione “giovane” in ambito universitario; non è ancora riuscita a costruirsi tutte le caratteristiche necessarie per avere pari opportunità di incardinamento nella docenza universitaria strutturata.

Credo sia facile comprendere che anche questa partita va giocata con molto impegno, perché è fondamentale che *gli infermieri vengano formati da infermieri* e che questi ultimi non siano solo docenti e professori a contratto, ma anche professori associati ed ordinari nelle Scienze infermieristiche.

Impegno e forza e molta attenzione agli eventi agostani; dobbiamo farcela.

Intanto, con un occhio al sito [Ipasvi](http://www.ipasvi.it)... buone vacanze a tutti !

Sintesi tratta dalla videochat del 10 luglio 2012, trasmessa su www.ipasvi.it



FOCUS

ECM: le nuove regole per i professionisti

di *Gennaro Rocco e Annamaria Ferraresi*

Obbligatoria 150 crediti formativi nel triennio, nuove Linee guida per l'accreditamento, Albo dei provider, compiti di Ordini e Collegi, obiettivi formativi, controllo della qualità, liberi professionisti.

E' stato pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* (n. 98 del 14 maggio 2012) il nuovo Accordo sul sistema di formazione continua in medicina. L'Accordo (del 19 aprile 2012) traccia nuove regole per rendere omogeneo il sistema ECM su tutto il territorio nazionale, introducendo una maggiore integrazione tra i diversi attori della formazione continua in sanità.

Il documento sancisce definitivamente il passaggio dall'accREDITamento dei singoli eventi alla situazione attuale, che prevede quello dei Provider, introducendo alcuni importanti elementi di novità soprattutto sul ruolo rivestito da Ordini, Collegi ed Associazioni.

Diversi sono i contenuti inclusi nel documento: le Linee Guida per i Manuali di accREDITamento dei Provider a livello nazionale e regionale; l'istituzione dell'Albo dei Provider; i crediti formativi richiesti per il triennio 2011-2013; le regole per i corsi tenuti da Ordini e Collegi; gli obiettivi formativi del programma ECM; il sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità e le regole per i liberi professionisti.

Il testo integrale del documento può essere consultato alla pagina:
http://ape.agenas.it/documenti/ACCORDO_19_APRILE_2012.pdf

Quanti crediti devono essere maturati nel periodo 2011-2013?

Confermati in 150 i crediti formativi richiesti complessivamente per il triennio. Per ogni anno i professionisti dovranno acquisire un minimo di 25 crediti e un massimo di 75. Si prevede la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio 2008-2010, a condizione che il professionista abbia pienamente ottemperato al debito formativo previsto per il triennio precedente di 150 crediti formativi (c.f.) oppure 90 c.f. [\[1\]](#).

Per i professionisti sanitari del territorio abruzzese colpito dal terremoto del 2009, i crediti formativi richiesti per il 2011 sono ridotti a 30, di cui 15 obbligatori.

CREDITI PER IL TRIENNIO 2011 – 2013

ANNO	CREDITI	MINIMO	MASSIMO
2011	50 (*)	25	75
2012	50 (*)	25	75
2013	50 (*)	25	75

La Commissione Nazionale ha previsto la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio precedente 2008-2010. Chi ha maturato 45 o più crediti deve conseguire solo 105; possono essere riportanti anche crediti in numero inferiore a 45: in tal caso i crediti da conseguire corrisponderanno alla differenza tra 150 e quelli riportati dal triennio precedente.

Quali modalità di formazione permettono di maturare crediti ECM?

Il nuovo accordo conferma le diverse modalità di formazione così come i criteri per l'assegnazione dei crediti, definiti dai precedenti documenti:

http://ape.agenas.it/documenti/2.criteri_per_assegnazione_crediti_e_fsc.pdf

MODALITA' DI FORMAZIONE

Formazione residenziale
Convegni, congressi, simposi, conferenze (oltre 200 partecipanti) – Workshop, seminari, corsi (anche all'interno di congressi ecc.)
Formazione residenziale interattiva
Training individualizzato
Gruppi di miglioramento
Attività di ricerca
Audit clinico e/o assistenziale
Autoapprendimento senza tutoraggio
Autoapprendimento con tutoraggio
Docenza e tutoring

Quanti crediti possono essere acquisiti tramite sponsor?

I professionisti possono conseguire al massimo 1/3 dell'intero ammontare di crediti del triennio attraverso la partecipazione ad eventi formativi su invito diretto di Sponsor (qualsiasi soggetto privato che fornisce finanziamenti, risorse o servizi a un Provider ECM mediante un contratto a titolo oneroso in cambio di spazi di pubblicità o di attività promozionali per il nome e/o i prodotti del soggetto sponsorizzante); ogni professionista sponsorizzato deve trasmettere al Provider che gestisce il corso una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito o l'autorizzazione della propria Amministrazione a partecipare in virtù dell'invito da parte dello Sponsor. Al professionista che consegue, in seguito alla sua partecipazione su invito diretto da parte delle Aziende, un numero di crediti superiore a 1/3 dell'intero ammontare di crediti del triennio, l'eccedenza non verrà considerata al fine del computo totale dei crediti necessari per il triennio.

Chi è il *Provider* di formazione ECM e quali requisiti deve possedere?

L'Accordo descrive i requisiti minimi richiesti per accreditare un soggetto organizzatore di eventi formativi, ovvero il Provider. Sono indicati i requisiti amministrativi, organizzativi e scientifici dell'aspirante Provider, le risorse finanziarie e organizzative che deve dimostrare di avere, l'indipendenza da interessi commerciali e le procedure per il controllo della qualità dell'offerta formativa.

La scelta di definire criteri comuni risponde all'obiettivo di assicurare omogeneità alla formazione continua del personale sanitario che opera e si muove su tutto il territorio nazionale.

Ogni anno il 10% dei Provider dovrà essere ispezionato dall'Ente che lo ha accreditato (Commissione nazionale, regionale o provinciale) per verificare requisiti e qualità.

Quali aree di formazione sono incluse nel sistema ECM?

Sono 29 le aree in cui si articolano gli obiettivi formativi della formazione, che vanno a comporre il "dossier formativo individuale" di ciascun professionista, che dovrà integrare obiettivi formativi di sistema (con tematiche di valore strategico aziendale), obiettivi formativi di processo (con tematiche legate al miglioramento della qualità dei processi nella specifica area sanitaria in cui si opera) e obiettivi formativi tecnico-professionali (rivolti all'acquisizione di conoscenze e competenze nel settore di attività).

Indicati come di particolare rilievo per il SSN e i SSR le tematiche legate all'umanizzazione delle cure e terapia del dolore e alla qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali.

Non potranno rientrare nel sistema ECM i corsi di formazione sulle medicine non convenzionali, che potranno essere oggetto di corsi soltanto se il programma prevede prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale.

Quali novità sono contenute nel documento in merito al ruolo di Ordini, Collegi ed Associazioni?

Gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali e le relative Federazioni rivestiranno un ruolo centrale nella certificazione della formazione svolta.

Per tale finalità è operante il CO.GE.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) deputato a gestire l'anagrafe nazionale dei crediti ECM. Quest'ultimo riceve le informazioni relative al conseguimento crediti ECM da parte dei Provider nazionali e regionali e in futuro renderà disponibili tali informazioni a Ordini, Collegi e Associazioni, affinché gli stessi possano certificare, **al termine del triennio formativo (2011 – 2013)** i crediti acquisiti. La certificazione avverrà con modalità che saranno comunicate dagli Ordini, Collegi e Associazioni ai propri iscritti.

L'Accordo riconosce, a differenza del passato, ad un ruolo decisivo nella formazione continua per Ordini, Collegi ed Associazioni in quanto la loro offerta formativa potrà consentire ai professionisti formarsi su tematiche di particolare rilevanza tecnico-professionali. Accanto alle materie "proprie" (etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese e comunicazione), il documento prevede la possibilità che Ordini e Collegi organizzino anche corsi su materie tecnico-professionali, ma in modo da non superare il 50% dell'offerta complessiva.

Quali novità per i liberi professionisti?

I liberi professionisti avranno una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali. Proprio per rispondere alle loro esigenze formative si è data la possibilità ad Ordini, Collegi e Associazioni professionali di organizzare corsi su materie tecnico-professionali, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo.

Posso essere acquisiti crediti ECM come docente?

Il docente può acquisire crediti formativi in proporzione al tempo dedicato alla lezione/relazione svolte in eventi accreditati. Per ogni mezz'ora di lezione ha diritto ad un credito formativo; 2 crediti formativi per ogni ora effettiva di docenza in ECM.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, in data 20 febbraio 2008, ha stabilito che in caso di contemporanea docenza di un'ora di due docenti deve essere assegnato 1 credito per docente. Il numero massimo dei crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo professionista. Tale misura è relativa a quelle tipologie di formazione previste dal documento sui criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM:

http://ape.agenas.it/documenti/2.criteri_per_assegnazione_crediti_e_fsc.pdf – p.17.

I docenti/relatori non possono conseguire i crediti formativi in qualità di partecipanti ad eventi nei quali effettuano attività di docenza.

I docenti o i tutor di un Corso FAD non hanno diritto ai crediti ECM.

A chi spetta il computo dei crediti?

Il computo dei crediti spetta al professionista sanitario, mentre la verifica per la certificazione dei crediti formativi spetta all'Ordine competente che utilizzerà al termine del triennio 2011 - 2013, i dati archiviati dal CO.GE.A.P.S.

Anche i nuovi iscritti hanno l'obbligo di maturare crediti ECM?

Il debito formativo per il professionista iscritto per la prima volta all'Albo professionale decorre dall'anno successivo a quello di conseguimento del titolo e dell'iscrizione all'Albo stesso.

Se la data di iscrizione all'Albo professionale non è immediatamente successiva alla data del conseguimento del titolo abilitante, è comunque legittimo ritenere l'obbligo formativo vigente dall'anno successivo a quello di iscrizione.

Quale obbligatorietà per il raggiungimento crediti ECM?

A decorrere dal 2002, è iniziata la fase a regime del Programma nazionale ECM che deve ritenersi obbligatorio per tutti i professionisti sanitari dipendenti, convenzionati o liberi professionisti. A tal proposito il Piano sanitario 2003/2005, approvato con Dpr 23 maggio 2003, ha confermato chiaramente l'obbligatorietà della formazione continua per tutti i professionisti.

Il DL 138/2011 del 13 agosto 2011 convertito in Legge n.148 del 14 settembre 2011 prevede all'art. 3, comma 5, lett. b) : "Previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM). La violazione dell'obbligo di

formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione". Il citato Decreto Legge prevede altresì che "gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore" dello stesso.

Al momento non vi sono, a questo riguardo, precise indicazioni; nel prossimo futuro la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, gli Ordini, i Collegi e le rispettive Federazioni, dovranno elaborare disposizioni ad hoc per regolamentare tale obbligo.

Chi è esonerato dall'obbligo crediti ECM?

Nella circolare del Ministro della Salute del 5/03/02 N. DIRP 3°/AG/448, al comma 15, viene chiarito che è esonerato dall'obbligo dell'ECM - per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza) - il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propria della categoria di appartenenza:

- corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del Murst del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000;
- corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Dlgs 17 agosto 1999, n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;
- formazione complementare; es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Dpr 28 luglio 2000, n. 270, Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'Aids" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990.

Sono esonerati, altresì, dall'obbligo ECM i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, nonché in materia di adempimento del servizio militare di cui alla Legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni, per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Si precisa che occorre conservare la documentazione comprovante la facoltà della fruizione dell'esonero, data l'impossibilità di frequentare i corsi.

L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni. Occorre specificare che nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore. Ad esempio: se l'astensione obbligatoria cade nel periodo da settembre 2003 a gennaio 2004, l'esenzione dall'obbligo di acquisire i crediti sarà valida esclusivamente per l'anno 2003, ossia per l'anno 2003 non si devono acquisire i crediti. Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore per le tipologie indicate precedentemente.

Sono altresì esonerati, in base alla Determina della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 13 gennaio 2010, gli operatori sanitari che assumono incarichi di alta amministrazione di natura gestionale (a titolo esemplificativo Direttori generali dei Ministeri e delle Agenzie nazionali).

Gli esoneri, le esenzioni e comunque gli istituti che concorrono a definire l'assolvimento dell'obbligo formativo saranno oggetto, nei prossimi mesi, di studio e valutazione da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua con i rappresentanti regionali e con il CTR per farne criteri omogenei su tutto il territorio nazionale e per tutti i professionisti interessati.

[1] Dal triennio 2005-2007, il professionista, che ha acquisito 60 crediti formativi può detrarli dal numero di crediti complessivo (150) relativo al successivo triennio (2008-2010) e acquisire 90 c.f. Tale misura consente di detrarre ulteriormente nel triennio in corso (2011-2013) 45 crediti formativi e quindi acquisire 105 c.f. Chi non ha acquisito i crediti formativi sulla base delle indicazioni riportate, deve per ogni periodo, acquisire 150 crediti formativi.



FOCUS

La terra trema: storie di infermieri in prima linea

di *Meris Fiamminghi*

Infermiera, Direttore Area Innovazione e Ricerca, SATeR, Ausl Bologna

A guardarla, sulla carta geografica dell'Italia, la Pianura Padana è una grande, verde mano, segnata dalle vene di fiumi che ordinatamente si raccolgono nel Delta del Po, nell'ancora selvatica foce dei Fiumi Uniti per diluire il sale dell'Adriatico. E anche da qui, dove sono io, i campi di mais ormai alto, i filari di pioppi e di platani, i campi di grano e di gialli meloni trasmettono un senso di cura paziente, operosa, produttiva. Se si osserva bene nelle aie ci sono gli animali da cortile; oche bianche dal lungo collo, cani alla catena lunga, gatti che dormono con un solo occhio chiuso e mucche ruminanti il fieno offerto in moderne mangiatoie. E' una campagna che s'estende fino all'orizzonte... la sua linea celestrina che, a pensarla, da qui si trasforma in linea d'ombra; là si mescolano le provincie di Bologna a quella di Modena e, ad est, a quella di Ferrara. Siamo nella terra la cui tenera accoglienza ha permesso che l'asfalto si sollevasse in onde; non ha opposto resistenza, s'è lasciata trasformare per giorni e giorni, è diventata un mare, ha mostrato, sulla propria superficie, l'antica sabbia da cui si era, nei millenni, generata.

Non si muove più adesso?

Chi lo sa, noi non ci pensiamo più fino a che non arriva la sera e, con la scusa che è bello godersi le ore meno calde che vanno incontro alla notte, rimandiamo l'appuntamento con il sonno e ci facciamo anche un cicchetto "ché aiuta". Non vorremmo dormire perché, la notte, aspettiamo che "venga quella buona" "quella che ci finisce tutti" tanto "i bambini son tutti al mare, al sicuro"; perché noi si era convinti che il terremoto "tocasse sempre agli altri" perché noi non eravamo "sismici", perché le nostre rocche, i campanili e i portici, i palazzi dei padroni terrieri e le nostre antiche mura, le nostre case robuste non erano mai diventate, per quelli della nostra età, polverose pietre.

Noi scherzavamo dicendo: – hai visto un asino che vola! ma non avevamo mai visto volare cornicioni, coppì, pietre che sai, non cadevano mica dritte, altro che la forza di gravità! volavano a destra e poi a sinistra, volavano oblique lì, in mezzo a Crevalcore e la gente urlava, qualcuno vomitava e noi, che avevamo appena portato i prelievi fatti a domicilio ci siamo cercate; l'una ha cercato l'altra e poi tutti, ma proprio tutti, tutta la gente a correre verso la scuola. Sì la scuola elementare e quella materna dove i maestri, i bidelli, le "dade" e tutti i bambini erano stati più bravi di noi... loro si erano messi sotto i banchi, come era stato insegnato e provato e riprovato e simulato. "Tutti fuori, son tutti fuori e tutti salvi i nostri bambini!" solo gli adulti gridano; poi, guardi lassù, davanti alle scuole, dietro le nostre spalle... i nostri colleghi della RSA – son dentro! mentre l'antico palazzo Barberini, dove ha sede il Polo Sanitario, perde intonaco e s'apre in crepe.

Ci è crepato il cuore – abbiamo urlato loro – uscite! uscite ! e loro, affacciati, dalla scala di sicurezza ci dicevano:

– No, non possiamo, non possiamo mollare! abbiamo i pazienti – adesso evacueremo... bisogna tranquillizzare i pazienti e anche i parenti perché alle 9 del mattino ce ne sono tanti. "Nessuno si è fatto male, nessuno e... adesso ci verranno a prendere e ce ne

andremo da questo posto dove s'è spostato tutto; i carrelli nei corridoi, i farmaci dagli armadi, i libri dagli scaffali, le cartelle dalla scrivania, i letti dei malati, l'intonaco dal soffitto. Nel boato ha scricchiolato tutto, e poi un tintinnio di cristalli come un lampadario mosso dal vento”.

I cellulari, prima di diventare inutili per oltre 45 minuti, ci hanno permesso di chiamare i nostri compagni perché corressero subito dai bambini – abbiamo pensato che saremmo morte serene – ma, c'è il vecchio telefono, ora che ho le mani libere e non devo aggrapparmi alla scrivania chiamo subito “quelli dell'Ufficio Tecnico e il Dott. A. Z. del Dipartimento di Cure Primarie... stanno già arrivando con le ambulanze, con i pompieri” Ce ne andremo con tutti i pazienti in una struttura così nuova che non ha neppure le lenzuola e dove poi sarebbero arrivati tanti, altri, da tutta la Provincia di Modena. Siamo tornate, veloci alla “base” dell'assistenza domiciliare – lì c'era già anche C. A. – che doveva fare pomeriggio, ma era entrata in servizio prima per capire: cosa facciamo ora? Chi ha pazienti di quelle zone? Andremo... ma da chi? Priorità, questo è stato il motto. Cernita dei casi in assistenza domiciliare: chi sta in zona rossa e si può muovere ha già accanto i pompieri, e chi sta oltre la rossa? Andremo e se sono al piano alto della casa li aiuteremo a scendere a piano terra, diremo loro di stare nei garage, nelle aie, nelle capanne degli attrezzi e lì faremo quel che c'è da fare. E tra noi? Qualcuno è già senza casa? Sì, c'è già qualcuno che, in questo poco tempo, ha una casa che non potrà abitare fino a quando non sarà ispezionata per l'agibilità. Metteremo la tenda in giardino, li ospiteremo e divideremo la cena, il difficile sonno, la paura ed il lavoro di domani. Domani andrò da M. che vive solo e poi da quelli che stanno proprio accanto alla Torre Medievale e poi dalla M. che è allettata e poi anche dalla V. E poi stanno già allestendo il campo di Crevalcore è lì, certo ci saranno i pazienti che abitano in zona rossa. Ma non solo i pazienti anche i colleghi che lavoravano al Polo Sanitario saranno tutti là ed avranno bisogno di materiali, farmaci, acqua, carta, asciugamani... andiamo ad aiutare, andiamo perché ci vuole anche l'ambulatorio infermieristico; la nostra gente ha un servizio sanitario a 5 stelle, noi ne siamo orgogliosi e non ci ferma il terremoto.

Evacuazione! No, non pensate al bisogno primario bensì al fatto che abbiamo dovuto smontare dei letti, rassicurare dei parenti che con le braccia piene di borse e abiti ci seguivano mentre, con i pompieri e i pazienti barellati si scendevano le scale di emergenza della Rsa; mettevamo i pazienti all'ombra degli alberi, in posto sicuro, in attesa del loro viaggio in ambulanza verso la nuova Casa di Navile, a Bologna. E poi ancora su, in Rsa. Anche i colleghi del Polo che, dapprima ci chiamavano dal basso, sono saliti; S. B. ed il dott. M. V., sono venuti ad aiutarci. E mentre si faceva questo, altre due scosse facevano rollare l'ambulanza e se non si stava attenti si cadeva tutti... si avvicina un'auto, è lui, mio marito ed ha le bambine, le bacio, dico che devo restare lì e che le raggiungerò a casa dei nonni a Bologna. Il nonno è già arrivato a Crevalcore, anche lui a cercarci; mio padre che mi guarda, capisce e rassicura che non andrà in vacanza all'estero, ma che porterà le bambine al mare. Alle 11 la Rsa di Crevalcore è completamente evacuata. E dentro la nuova Casa di Navile a Bologna sembra una guerra... si riempiranno, in quel giorno e fino a notte inoltrata, tutti e 100 i letti. Erano arrivati sfollati da Modena con le ambulanze e con i pullman. La gente, se pur spaventata e basita, ci osservava domandando “come fate? come fate a stare qui e non andare a casa vostra?”. La risposta: un sorriso. Loro non sapevano perché, io invece sì... ero viva, ero ancora lì a fare il mio lavoro.

E' notte fonda quando salgo in auto, mio marito mi è venuto a prendere; l'auto è piena di tutto, tutto quello che ha potuto portare fuori dalla nostra casa. Mi guarda e sorridendo mi

dice – a proposito, non possiamo tornare a casa – già, penso io, perché noi abitiamo nella zona rossa di Crevalcore e da oggi siamo sfollati. Finalmente mi escono le lacrime; ma non è perché siamo sfollati ma perché ce l'abbiamo fatta; non s'è fatto male nessuno, abbiamo accolto i modenesi, abbiamo trovato anche le lenzuola, ho spacchettato, per la prima volta nella mia vita, un carrello nuovo della terapia, ho scoperto che lavoro con gente meravigliosa in un'azienda a cui sono contenta di appartenere... andiamo dai nonni perché le bambine ci aspettano ed io non vedo l'ora di stringerle, forte, tra le braccia. Davvero, questo movimento cambia tutto, cambia la visione della vita; capisci che hai tutte le "cose" e che in 20 secondi non ci sono più neppure le tue scarpe. Sono andata a lavorare con le scarpe spaiate; sono andata lo stesso. Ho già dentro di me altre unità di misura, capisco meglio; torneremo a casa, forse; aggiusteremo o costruiremo se necessario ma andremo avanti, più ricchi di prima.

Le tende non erano piantate solo nel nostro giardino ma tutti i prati e tutti i giardini erano diventati un campeggio diffuso; la gente s'è data da fare, nessuno è stato con le mani in mano! pensavo così mentre, con la Panda dell'assistenza domiciliare, raggiungevo i pazienti in campagna, quelli fuori dalla zona rossa, che avevamo ipotizzato fossero nelle loro case. Era davvero così; chi s'era già sistemato a piano terra, chi nei garage, chi, invece, essendo la nonna impossibile da muovere confermava, senza alcun risentimento "la nonna è qui e noi stiamo qui".

Abbiamo medicato i nostri pazienti, lo abbiamo fatto in ogni luogo, anche nell'aia; il nostro zaino ha tutto ed ha contenuto anche la paura mentre, al terzo piano di una persona allettata, ci volevano 40 minuti a medicare le ulcere alle gambe. Nei gesti, negli atti non c'era nulla di diverso; solo che questo intenso e continuo movimento ci aveva pareggiato tutti! perciò era faticoso aiutare senza sentire che avresti desiderato prenderli tutti i pazienti, M. V. e M. e anche la nonna, portarli via da lì ed andare con loro. Perché sai, questa esperienza ti cambia la vita; la tua testa in zero attimi, seleziona quello che "conta" per te e rischi di chiuderti nel tuo guscio; senti la nausea, la testa che gira e non sai più se è ancora il terremoto o se è solo il caldo. Oggi non ci pensiamo quasi più, solo la sera... Dovremmo prenderci tempo e fermarci a riflettere su quanto è accaduto, su come abbiamo reagito e su come ci siamo organizzati; dobbiamo definire insieme come comportarci – cosa scegliere di fare – cosa rimandare – salire o non salire al terzo piano? – chiedere di essere sempre accompagnati dai vigili del fuoco? Andare nelle case solo quando si sia certi che sono agibili? Aggiungere alla dotazione "zaino" anche il caschetto giallo che ci protegge la testa? Ma la nostra postazione a Pieve di Cento dove le scale durante le scosse sembravano di burro è sicura? Perché sai, questa esperienza ti cambia la prospettiva; non eravamo un'area sismica, ora lo siamo. Abbiamo pensato agli incendi, alle alluvioni, al rischio chimico, al rischio biologico, a quello radiologico ma non a questo... ora dobbiamo pensarci.

E poi le scuole erano chiuse e noi mamme ci siamo organizzate; chi non andava al lavoro si prendeva cura dei bambini delle altre e ci siamo regalate il tempo l'una con l'altra. Abbiamo occupato i prati davanti alla parrocchia. Abbiamo cercato i nostri pazienti al campo sfollati, li abbiamo trovati ed assistiti nelle loro brande in palestra. Gli anziani raccontavano che il rumore che si era percepito era lo stesso dei bombardamenti ma, quelli, si poteva sperare che qualche potente li facesse finire... il terremoto nessuno lo poteva fermare. In questo raccontarsi reciproco, a volte ci "confondevamo" con loro, ma la divisa mi ha aiutato; conteneva la mia paura ed anche con il cuore crepato sapevo dove andare perché la mia casa è solida ed è ancora lì. Adesso dobbiamo prepararci per tempo all'autunno: il Polo Sanitario sarà nuovo ed attrezzato in un grande prefabbricato di 800 metri quadri, la nuova Crevalcore sarà costruita, le scuole ricominceranno... a proposito...

la settimana scorsa (fine giugno) il Sindaco di Crevalcore ha chiamato tutti i genitori perché, finalmente era riuscito a far recuperare tutti gli zainetti e le cose dei bambini. Le ha consegnate ai genitori accompagnandole con una lettera indirizzata a ciascun bambino; il contenuto? Ecco il tuo zaino. Ti chiedo scusa se sono riuscito a farlo solo ora, in ritardo. Il Tuo Sindaco.

*Grazie alle Colleghe **Cristina, Camilla, Claudia, Flavia, Stefania** dell'Assistenza domiciliare e della Rsa dell'Ausl Bologna; il Vostro raccontarvi ho cercato di renderlo più vicino possibile allo stato d'animo che mi avete trasmesso. Cercatevi nelle parole, siete lì. Perdonate se ho mancato di nitidezza in questo racconto sincero, ma ho provato a guardarvi, tutte insieme, in quel momento del nostro tempo; a volte i miei occhi si sono, di nuovo, diluiti come l'Adriatico che lambisce la nostra costa.*

Validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze infermieristiche del progetto *Tuning Educational Structures in Europe*

Giulia Venturini¹, Ausilia Maria Lucia Pulimeno², Daniela Colasanti³, Silvia Barberi⁴,
Silvia Sferrazza⁴, Maria Grazia De Marinis⁵

¹Infermiera, Fondazione Policlinico Tor Vergata, Roma; ²Vicepresidente Collegio IPASVI di Roma – Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica; ³Coordinatrice Infermieristica, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma; ⁴Infermiere, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma; ⁵Professore Associato di Infermieristica Generale e Clinica, Università Campus Bio-Medico, Roma

Corrispondenza: giuliov12@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione Il progetto *Tuning Educational Structures in Europe*, finanziato dalla Commissione Europea nel quadro del programma di apprendimento permanente e avviato nel 2000, offre una guida concreta alla realizzazione delle politiche di indirizzo del Processo di Bologna, fornendo indicazioni metodologiche per progettare, sviluppare, attivare e valutare i corsi di studio secondo la nuova riforma dei cicli. Obiettivo di questo studio è sviluppare la versione italiana del questionario di autovalutazione sulle competenze *core* identificate dal progetto *Tuning*, valutandone la validità linguistica e culturale, al fine di disporre di uno strumento che favorisca studi di analisi e di sviluppo della formazione infermieristica italiana per armonizzarla con quella degli altri paesi che hanno aderito al Processo di Bologna.

Materiali e metodi La validazione linguistico-culturale è stata condotta all'interno di un progetto più ampio del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma. La versione originale in inglese del questionario è stata tradotta e validata in italiano con un processo di *forward-backward*, verificandone la comprensibilità, la chiarezza e la conformità.

Risultati e conclusioni Il questionario è di facile comprensione e utilizzo; inoltre le competenze distintive considerate risultano riconoscibili e concettualmente calabili nella realtà formativa italiana. Per promuovere l'impiego del questionario come strumento di indirizzo nei percorsi formativi è comunque necessario ampliare la ricerca (tuttora in corso da parte del nostro gruppo di lavoro), analizzando le sue proprietà psicometriche.

Parole chiave: competenze, Tuning Project, formazione infermieristica, esiti formativi

Linguistic and cultural validation of the Italian version of the *Tuning Educational Structures in Europe* questionnaire for the evaluation of nursing specific competences

ABSTRACT

Introduction Tuning Educational Structures in Europe is a project supported by the European Commission within the framework of the Lifelong Learning Programme. Launched in 2000, the Tuning Project offers a concrete guide to implement the Bologna Process, providing a methodology to design, develop, deliver and evaluate study programmes according to the new reform of cycles. The purpose of this study is to develop the Italian version of the self-report questionnaire on the core competences identified by the Tuning Project, testing its linguistic and cultural validity, in order to provide an instrument that can be used in studies of analysis and development of our nursing education system, aimed to make it more comparable and compatible with the education systems of other countries participating in the Bologna Process.

Materials and methods The linguistic and cultural validation was conducted within a larger project promoted by the Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica of the IPASVI nursing college of Rome. The English original version of the questionnaire was translated and validated into Italian using the forward-backward method, verifying the accuracy, clarity and naturalness of the translation.

Results and conclusions The questionnaire is easy to understand and use, and the specific core competences examined are conceptually applicable in the Italian academic context. However, further research (currently in progress by our working group) is needed to assess its psychometric properties.

Key words: competences, Tuning Project, nursing education, learning outcomes

INTRODUZIONE

In un contesto economico in perenne mutazione e con cruciali problemi di occupazione, i sistemi di formazione professionale devono individuare e sviluppare nei futuri professionisti le competenze che si ritiene potranno essere richieste nella società del domani: questo è quanto sottolineato dalla Commissione Europea in occasione dell'*Anno europeo dell'istruzione e della formazione lungo tutto l'arco della vita* (Commissione Europea, 1995).

In un simile scenario, alle università è richiesto di riesaminare le loro proposte formative alla luce di un "...intreccio funzionale fra gli obiettivi formativi del corso, le attese del territorio, le competenze agite dallo studente, le esperienze didattiche da promuovere e le proposte didattiche del corpo docente" (Processo di Bologna, 1999). Inoltre, la necessità di implementare la dimensione europea della formazione sollecita gli stati coinvolti alla realizzazione decisiva di quello spazio europeo dell'istruzione superiore volto a concretizzare il processo di armonizzazione e sintonizzazione delle finalità formative che è stato intrapreso con la riforma internazionale degli istituti di istruzione nel 1999 (Eurydice, 2009). I 2 punti cardine di questo processo, sottoscritto da 31 paesi ed enti firmatari nella *Dichiarazione di Bologna*, riguardano: l'adozione di un sistema di titoli fondato su 3 cicli principali facilmente comprensibili e comparabili nelle diverse realtà nazionali e la cooperazione di tutti i paesi alla valutazione della qualità dei percorsi formativi.

Il progetto *Tuning Educational Structures in Europe*, finanziato dalla Commissione Europea nel quadro del programma comunitario nel campo dell'apprendimento permanente (*Lifelong Learning Programme*, LLP) e avviato nel 2000, offre una guida pratica alla realizzazione delle politiche di indirizzo del Processo di Bologna, fornendo una base metodologica per la progettazione, lo sviluppo, l'attivazione e la valutazione dei corsi di studio secondo la nuova riforma dei cicli (Tuning Project, 2006). Tale metodologia è stata sperimentata in diversi paesi europei, in America Latina e successivamente negli Stati Uniti (Olds, 2010; Robertson, 2009) ed è per questo considerata valida e applicabile non solo nel contesto europeo, ma anche a livello mondiale (Davies, 2008).

In concreto, il modello *Tuning* serve da piattaforma allo sviluppo di varie aree disciplinari in termini di ri-

sultati di apprendimento (*learning outcomes*) e di competenze (Lokhoff et al., 2010). I risultati di apprendimento consistono in dichiarazioni di ciò che ci si aspetta lo studente debba conoscere, comprendere ed essere in grado di dimostrare alla fine di un processo di apprendimento, mentre le competenze rappresentano una combinazione dinamica di attributi cognitivi e metacognitivi relativi alla conoscenza e alle sue applicazioni nella pratica professionale.

Nell'ambito del progetto *Tuning* a partire dal 2000 si sono costituiti vari gruppi di ricerca che hanno compiuto un'ampia consultazione volta a identificare le competenze generali e specifiche di alcune discipline pilota. Uno dei gruppi più attivi è stato quello infermieristico, coordinato da Mary Gobbi, docente presso l'Università di Southampton (Gobbi, 2009), che ha partecipato alla stesura del documento *A Tuning guide to formulating degree programme profiles* (Lokhoff et al., 2010) e all'identificazione di 40 *core competences* infermieristiche¹ generalizzabili a tutti i percorsi formativi universitari degli stati che si riconoscono nel Processo di Bologna.

Ciò ha sollecitato molti paesi a ripensare e riformare il percorso infermieristico universitario: in Spagna e in Danimarca, per esempio, le competenze indicate sono state utilizzate nella progettazione dei diversi livelli universitari in infermieristica, mentre nel Regno Unito la stessa riforma degli studi si è conclusa con l'accoglimento completo e articolato delle competenze *Tuning* nei piani di studio (Gobbi, 2009; NMC, 2004, 2010; Tuning Project, 2011; Zabalegui et al., 2006).

Contestualmente al documento *Tuning Educational Structures in Europe II* (Gonzales, Wagenaar, 2005, 2008) è stato inoltre elaborato dal gruppo infermieristico un questionario² per valutare l'importanza che i docenti attribuiscono alle 40 competenze specifiche. L'obiettivo del nostro studio è quello di sviluppare la versione italiana di tale questionario valutandone la validità linguistica e culturale, per fornire uno strumento che può facilitare studi di analisi e sviluppo della formazione infermieristica italiana mirati a renderla maggiormente comparabile e compatibile con quella degli altri paesi che hanno aderito al Processo di Bologna (Laka, 2003; Mulder et al., 2006).

¹ *Nursing – Specific competences.*

Disponibile all'indirizzo: <http://www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html>

² *Nursing – Questionnaire for academics.*

Disponibile all'indirizzo: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>

MATERIALI E METODI

Descrizione del questionario

Il questionario *self-report*, indirizzato ai formatori e docenti del settore infermieristico, è costituito da 40 item che corrispondono alle competenze specifiche individuate dal gruppo del progetto *Tuning Educational Structures in Europe*, suddivise in 6 domini diversi (vedi **Allegato 1**):

- competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere (6 item);
- competenze associate alla pratica infermieristica e al processo decisionale clinico (5 item);
- competenze associate all'uso appropriato di interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale (6 item);
- conoscenze e competenze cognitive (8 item);
- competenze comunicative e interpersonali incluse le tecnologie per la comunicazione (8 item);
- competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo (7 item).

Al termine del questionario sono presenti altri 3 item che prevedono una risposta aperta, per permettere al compilatore di indicare competenze ulteriori, oltre a quelle proposte dal gruppo *Tuning*. A ogni item è associata una doppia scala Likert che consente di assegnare un punteggio da 1 a 4 relativo all'importanza (nessuna, scarsa, considerevole, forte) che si attribuisce a ogni competenza specifica nei 2 diversi cicli di studio. Nell'ultima parte del questionario, infine, viene chiesto al compilatore di elencare le 5 competenze che considera più importanti per la professione infermieristica tra le 40 già indicate e di classificarle secondo un ordine prioritario (da 1 a 5).

Procedura di traduzione e adattamento transculturale

Per sviluppare la versione italiana del questionario sono state seguite le linee guida proposte da Beaton e collaboratori per l'adattamento transculturale dei questionari *self-report* (Beaton et al., 2000). In una prima fase la versione originale inglese del questionario è stata tradotta in italiano (*forward translation*) da 2 traduttori con buona conoscenza di entrambe le lingue; uno dei traduttori possedeva anche un background infermieristico, assicurando la padronanza della terminologia professionale. I traduttori hanno lavorato separatamente, sviluppando 2 versioni distinte del questionario e annotando le difficoltà riscontrate durante la traduzione; successivamente hanno messo a confronto le rispettive traduzioni alla presenza di un osservatore e hanno discusso le differenze riscontrate, fino ad arrivare a una versione comune. Nella seconda fase si sono

Tabella 1. Partecipanti agli incontri di consenso

Università degli Studi La Sapienza	4
Università degli Studi Tor Vergata	4
Università Cattolica – Polo Formativo Gemelli	1
Università Campus Bio-Medico	1

svolti "incontri di consenso" in cui la versione elaborata dai traduttori è stata sottoposta a un gruppo di esperti di formazione, identificati in 10 infermieri in possesso del titolo di laurea magistrale, con un'esperienza di coordinamento e di didattica superiore ai 5 anni nei corsi di I e II livello di 4 università laziali (**Tabella 1**).

Inizialmente il gruppo ha condotto una revisione formale della *forward translation*, commentando e migliorando la comprensibilità e la chiarezza linguistico-culturale di ogni singolo item. La versione che ne è risultata è stata tradotta in inglese (*back translation*) da un terzo traduttore (madrelingua inglese) ed è stata inviata per la verifica finale alla professoressa Mary Gobbi, responsabile del gruppo di studio infermieristico europeo sulle competenze professionali specifiche del progetto *Tuning*.

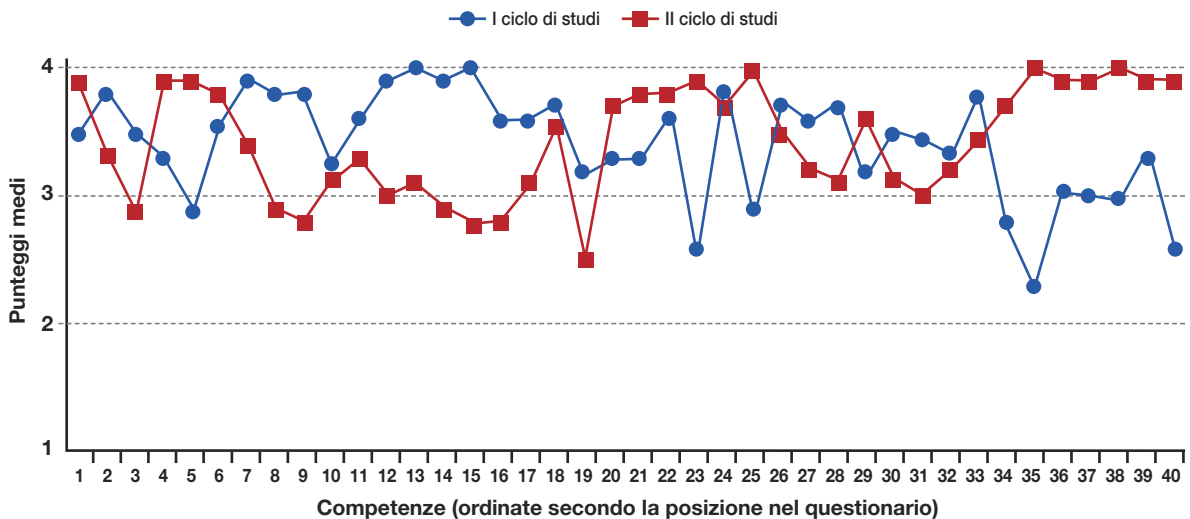
Ogni componente del gruppo ha poi compilato il questionario nella sua versione italiana, e i punteggi medi ottenuti sono stati confrontati con quelli ricavati dalla compilazione dello stesso questionario da parte di un gruppo europeo di esperti in formazione infermieristica (Laka, 2003).

RISULTATI

La versione italiana finale del questionario è riportata nell'**Allegato 1**. Durante il processo di adattamento transculturale i problemi più frequenti sono emersi dalla necessità di coniugare, nella traduzione, il significato originario dei termini inglesi con l'efficacia e l'appropriatezza culturale dei vocaboli italiani.

Ne sono alcuni esempi: il termine "regulatory" (item 1), la cui traduzione letterale "regolamentare" è stata sostituita con il termine "deontologico"; la frase "are not compromised" (item 2), il cui significato è stato espresso con l'affermazione positiva "sono rispettati"; il termine "encourage" (item 3) che è stato reso più significativo con l'uso del verbo "promuovere"; l'espressione "act to prevent abuse" (item 28), che è stata tradotta con "agire al fine di prevenire forme di maltrattamento".

Inoltre nel testo italiano sono stati utilizzati vocaboli come "distress" (item 3 e 8) e "counselling" (item 29) nella loro versione originale perché considerati ormai veri e propri neologismi, mentre sono state eliminate tutte le parole che, nel contesto della frase, co-

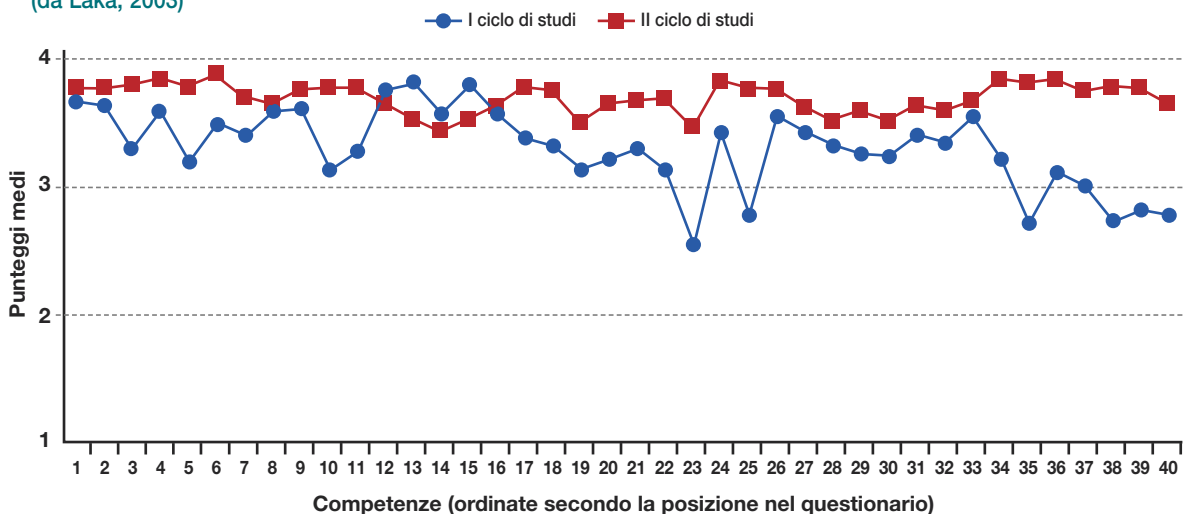
Figura 1. Risultati della valutazione delle competenze infermieristiche condotta dal gruppo di esperti italiani

stituivano ripetizioni ritenute superflue (come “emotional” nell’item 15 e “counselling” nell’item 32).

Nella fase di *back translation*, controllata dalla professoressa Mary Gobbi, sono state apportate le seguenti modifiche: i termini “safety” e “security” (item 13 e 37) sono stati sostituiti con i termini “protection” e “prevention” (“protezione” e “prevenzione”); nell’item 30, l’espressione “challenging behaviour” è stata corretta con “aggressive behaviours” (“comportamenti aggressivi”). Tutte le variazioni presenti nella versione definitiva dello strumento sono state sottoposte alla valutazione e approvazione della professoressa Gobbi, che ha accettato l’equivalenza semantica dei termini utilizzati.

La valutazione delle competenze infermieristiche specifiche effettuata mediante il questionario dai 10 esperti italiani (**Figura 1**) è stata quindi comparata con quella precedentemente condotta dal gruppo europeo (**Figura 2**). Nel complesso, il confronto dei dati ottenuti mostra che per il I ciclo di formazione le onde di distribuzione dei valori espressi dai 2 gruppi (italiano ed europeo) sono tendenzialmente sovrapponibili.

Diverso è invece quanto emerge rispetto all’importanza attribuita alle competenze per il II livello di studi: la curva del gruppo europeo si attesta, in modo uniforme, nella fascia alta dei valori per tutte le 40 competenze; leggere oscillazioni si rison-

Figura 2. Risultati della valutazione delle competenze infermieristiche condotta dal gruppo di esperti europei (da Laka, 2003)

trano solo per alcuni item (vedi **Figura 2**). Al contrario, i dati ricavati dalla valutazione del gruppo italiano evidenziano un'onda di distribuzione dei punteggi medi piuttosto disomogenea, con risultati che demarcano i valori attribuiti per il I e il II ciclo di studi (vedi **Figura 1**).

DISCUSSIONE

Questo studio descrive la validazione di carattere linguistico e culturale della versione italiana del questionario sulle competenze professionali sviluppato nel quadro del progetto *Tuning Educational Structures in Europe* allo scopo di orientare, migliorare e armonizzare l'offerta formativa e i programmi didattici dei corsi di laurea in infermieristica (Gonzales,

Wagenaar, 2005, 2008). Il percorso di validazione, che ha richiesto una riflessione approfondita sull'utilizzo di parole "culturalmente" appropriate e accettate nel nostro contesto professionale, è stato occasione di confronto tra competenze attese a livello europeo e competenze ritenute importanti nei corsi di laurea del nostro paese da parte del gruppo pilota di esperti delle 4 università laziali.

Le valutazioni delle competenze espresse da questo gruppo hanno messo in evidenza alcuni risultati degni di attenzione. Tra questi, per esempio, la concordanza che si rileva fra tali valutazioni e quelle precedentemente emerse dal lavoro di un gruppo di esperti europei (Laka, 2003) nell'attribuire il livello di importanza alle competenze infermieristiche speci-

Tabella 2. Competenze ritenute più importanti per il I ciclo di studi

Competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere	
Item 1	Capacità di esercitare nel contesto professionale, etico, deontologico e legale, riconoscendo e affrontando i dilemmi etico/morali e i problemi della pratica quotidiana.
Item 2	Capacità di esercitare la professione in modo olistico, tollerante, non giudicante, con sensibilità e cura, garantendo che vengano rispettati i diritti, le credenze e i desideri delle singole persone e gruppi.
Item 4	Consapevolezza dei differenti ruoli, responsabilità e funzioni infermieristiche.
Competenze associate alla pratica infermieristica e al processo decisionale clinico	
Item 7	Capacità di procedere a una valutazione globale e sistematica del paziente, utilizzando strumenti e sistemi adatti, tenendo conto dei fattori fisici, sociali, culturali, psicologici, spirituali e ambientali.
Item 8	Capacità di riconoscere e interpretare nella persona i segni di normalità e di cambiamento nella condizione di salute/malattia, distress o disabilità (valutazione/diagnosi).
Item 9	Capacità di rispondere ai bisogni del paziente attraverso la pianificazione, l'attuazione e la valutazione di piani assistenziali appropriati e personalizzati in collaborazione con il paziente, le famiglie, le persone a lui significative e altri operatori socio-sanitari.
Competenze associate all'uso appropriato di interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale	
Item 13	Capacità di garantire la protezione e la prevenzione del rischio correlato agli interventi di mobilitazione, controllo delle infezioni, primo soccorso e procedure di emergenza (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).
Item 15	Capacità di personalizzare l'assistenza dal punto di vista fisico e psicologico, includendo il soddisfacimento dei bisogni di comfort, alimentazione, igiene personale e consentendo alla persona di mantenere l'autonomia necessaria a svolgere le attività di vita quotidiana (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).
Conoscenze e competenze cognitive	
Item 24	Capacità di conoscere e applicare il <i>problem solving</i> e il processo decisionale.
Competenze comunicative e interpersonali incluse le tecnologie per la comunicazione	
Item 26	Capacità di comunicare efficacemente (anche attraverso l'uso della tecnologia): con pazienti, familiari e gruppi sociali inclusi coloro che hanno difficoltà nella comunicazione.
Item 33	Capacità di riportare accuratamente, registrare, documentare e riferire il processo di cura attraverso appropriate tecnologie (tecniche comunicative per promuovere il benessere del paziente).
Competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo	
Item 36	Capacità di lavorare e comunicare in modo collaborativo ed efficace con tutto il personale di supporto attraverso una efficace gestione dei tempi, nel rispetto degli standard di qualità.

Tabella 3. Competenze ritenute meno importanti per il I ciclo di studi

Competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere	
Item 3	Capacità di educare, supportare e promuovere la salute, il benessere e il comfort della popolazione, delle comunità, dei gruppi e delle singole persone sulla cui vita influiscono lo stato di salute, il distress, la malattia, la disabilità o la morte.
Item 5	Capacità di adattare il ruolo per rispondere efficacemente ai bisogni del paziente e della popolazione. Capacità di cambiare il sistema vigente, ove necessario e opportuno, per soddisfare i bisogni della popolazione/paziente.
Competenze associate alla pratica infermieristica e al processo decisionale clinico	
Item 10	Capacità di porre domande critiche, valutare, interpretare e sintetizzare una serie di fonti di informazioni e risorse al fine di facilitare le scelte dei pazienti.
Competenze associate all'uso appropriato di interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale	
Item 16	Capacità di soddisfare i bisogni della persona durante tutto il corso della vita nell'esperienza di salute/malattia (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).
Item 17	Capacità di informare, educare il paziente, i familiari e le persone a lui significative (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).
Conoscenze e competenze cognitive	
Item 23	Capacità di conoscere e applicare direttive nazionali e internazionali.
Item 25	Capacità di conoscere e applicare i principi della ricerca.
Competenze comunicative e interpersonali incluse le tecnologie per la comunicazione	
Item 29	Capacità di usare in modo appropriato le tecniche di <i>counselling</i> (tecniche comunicative per promuovere il benessere del paziente).
Competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo	
Item 35	Capacità di condurre e coordinare un gruppo, utilizzando il processo di delega in modo appropriato.
Item 38	Usare criticamente strumenti per valutare e verificare l'assistenza secondo standard qualitativi.

fiche per il I ciclo di studi. Entrambi i gruppi sembrano sottolineare la necessità di formare gli studenti del corso di laurea triennale su competenze che sviluppino la loro capacità di esercitare la professione in un contesto etico, deontologico e normativo e che li aiutino a riconoscere e affrontare i dilemmi della pratica clinica in modo olistico, globale e consapevole del proprio ruolo e di quello delle altre figure coinvolte nel processo di cura. Per gli esperti italiani ed europei gli studenti del I ciclo devono acquisire, prioritariamente, competenze di *problem solving*, presa in carico, sicurezza, personalizzazione dell'assistenza e chiarezza nella comunicazione della risposta assistenziale. Un ulteriore dato concorde riguarda la categoria "leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo", che è ritenuta importante prevalentemente nel II livello di formazione sia dal gruppo italiano sia dal gruppo europeo; fa eccezione l'item 36, che descrive una competenza considerata essenziale già dal I ciclo: la "capacità di lavorare e comunicare in modo collaborativo ed efficace con tutto il personale di supporto attraverso una efficace gestione dei tempi, nel rispetto degli standard di qualità" (vedi **Tabella 2** e **Tabella 3**).

Discordanze evidenti si riscontrano invece rispetto ai punteggi attribuiti alle competenze per il II ciclo di studi. A questo livello, il gruppo europeo attribuisce un valore alto a tutte le 40 competenze (vedi **Figura 2**). Questo fa pensare che i corsi post base siano finalizzati, nella visione europea, a un approfondimento di tutte le competenze *core* acquisite nel I ciclo. Il gruppo italiano, invece, assegna punteggi alti alle competenze relative al ruolo professionale (per rispondere in maniera prioritaria ai bisogni della popolazione), all'organizzazione e al sistema (item 4 e 5), a quelle che si riferiscono a leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo (dall'item 34 al 40), alla capacità di utilizzare le tecniche di *counselling* (item 29). Punteggi meno alti vengono attribuiti alle competenze relative al ragionamento diagnostico e all'attuazione di interventi assistenziali veri e propri, la cui importanza rimane ancorata alla formazione del I ciclo (vedi **Figura 1**).

Complessivamente, la distribuzione dei punteggi attribuiti dal gruppo italiano per il I e il II ciclo sembra rispecchiare la reale progettazione degli attuali corsi di laurea. I rispettivi obiettivi formativi sono infatti orientati principalmente alla costruzione di compe-

tenza clinica nel I ciclo di studi e di competenza manageriale nel II ciclo. Sintonizzarsi con l'Europa vuol dire avviare un confronto critico per una verifica migliore e più ampia degli orientamenti da dare alle competenze del futuro.

CONCLUSIONI

Le università devono poter definire risultati formativi comuni per consentire una libera circolazione del sapere e delle competenze su tutto il territorio europeo. Il questionario per la valutazione delle competenze professionali specifiche è uno strumento prezioso per cercare di implementare "la dimensione europea della formazione" (Tuning Project, 2006) e può divenire un supporto valido per sintonizzare i corsi infermieristici universitari del nostro paese alle richieste e alle necessità individuate dalla Commissione Europea.

Il percorso di validazione linguistico-culturale del questionario ha sollecitato riflessioni sulla formazione infermieristica italiana che sono senz'altro meritevoli di ulteriori approfondimenti. Ci sentiamo di accennare, in modo particolare, ad alcune considerazioni sulle competenze comunicative, educative e di ruolo che, pur riconosciute *core* della formazione infermieristica, non sono comunque percepite come elementi strutturanti degli attuali curricula. Secondo il gruppo di esperti consultati per il processo di validazione, tali competenze dovrebbero essere fortemente valorizzate nella formazione base e post base, negli esami di abilitazione e nei contesti lavorativi. La disponibilità della versione italiana del questionario può facilitare questo cammino e sollecitare i formatori a considerare le competenze descritte come veri e propri elementi organizzatori degli apprendimenti, delle strategie didattiche, dei contenuti disciplinari e delle modalità valutative dei percorsi formativi di I e II livello.

BIBLIOGRAFIA

- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F et al. (2000) *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. Spine, 25 (24), 3186-3191.
- Commissione Europea (1995) *Libro bianco. Insegnare e apprendere: verso la società conoscitiva*. Disponibile all'indirizzo: http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/index_it.htm
- Davies R (2008) *The Bologna Process: the quiet revolution in nursing higher education*. Nurse Educ Today, 28 (8), 935-942.
- Eurydice (2009) *Higher education in Europe 2009: developments in the Bologna Process*. Consultato il 10 Gennaio 2010, disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/education/higher-education/doc/eurydice_09_en.pdf
- Gobbi M (2009) *A review of nurse educator career pathways: a European perspective*. J Res Nurs, 14 (2), 123-124.
- Gonzales J, Wagenaar R (2005) (a cura di) *Tuning Educational Structures in Europe II. Universities' contribution to the Bologna Process*. Universidad de Deusto, Bilbao.
- Gonzales J, Wagenaar R (2008) (a cura di) *Universities' contribution to the Bologna Process. An introduction*. 2^a ed. Disponibile all'indirizzo: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
- Laka JP (2003) *Outcomes of the generic and subject specific competences questionnaires of the subject areas European studies and nursing*. Tuning II, Athens Meeting; disponibile all'indirizzo: <http://www.unideusto.org/tuningeu/presentations.html>
- Lokhoff J, Wegewijs B, Durkin K et al. (2010) (a cura di) *A Tuning guide to formulating degree programme profiles. Including programme competences and programme learning outcomes*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
- Mulder M, Weigel T, Collins K (2006) *The concept of competence in the development of vocational education and training in selected EU member states. A critical analysis*. JVET, 59 (1), 65-85.
- NMC, Nursing and Midwifery Council (2004) *Standards of proficiency for pre-registration nursing education*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nmc-uk.org/Publications/Standards/>
- NMC, Nursing and Midwifery Council (2010) *Standards for pre-registration nursing education*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nmc-uk.org/Publications/Standards/>
- Olds K (2010) *Tuning USA: echoes and translations of the Bologna Process in the US higher education landscape*. Disponibile all'indirizzo: <http://globalhighered.wordpress.com>
- Processo di Bologna (1999) Disponibile all'indirizzo: <http://www.bolognaprocess.it/>
- Robertson S (2009) *Tuning USA: reforming higher education in the US, Europe style*. Consultato l'11 Marzo 2011, disponibile all'indirizzo: <http://globalhighered.wordpress.com>
- Tuning Project (2006) *Introduzione a Tuning Educational Structures in Europa. Il contributo delle università al Processo di Bologna*. Consultato il 20 Gennaio 2010, disponibile all'indirizzo: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
- Tuning Project (2011) *Reference points for the design and delivery of degree programmes in nursing*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
- Zabalegui A, Macia L, Márquez J et al. (2006) *Changes in nursing education in the European Union*. J Nurs Scholarship, 38 (2), 114-118.

Autorizzazioni e ringraziamenti

Un ringraziamento alla professoressa Mary Gobbi, coordinatrice del gruppo di studio infermieristico europeo sulle competenze professionali specifiche del progetto *Tuning Educational Structures in Europe*.

Allegato 1. Questionario sulle competenze infermieristiche secondo il progetto *Tuning Educational Structures in Europe*

Di seguito è presentata una serie di competenze specifiche relative alla vostra area. Per ognuna di esse vi chiediamo di indicare:
 a) quanto pensate sia importante che uno studente acquisisca tale competenza nella sua formazione durante il I ciclo di studi (nel corso triennale) quando sostiene l'esame di abilitazione alla pratica professionale (Organizzazione Internazionale del Lavoro del Livello Infermieristico di Base e Direttive Europee 1977/453, 1989/595 e 2005/26);
 b) quanto pensate sia importante che uno studente acquisisca tale competenza nella sua formazione durante il II ciclo di studi.

Vi preghiamo di usare valori da 1 a 4 secondo le seguenti modalità:

1 = Per niente

2 = Poco

3 = Abbastanza

4 = Molto

COMPETENZE SPECIFICHE	Livello di importanza per il I ciclo				Livello di importanza per il II ciclo			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere								
1. Capacità di esercitare nel contesto professionale, etico, deontologico e legale, riconoscendo e affrontando i dilemmi etico/morali e i problemi della pratica quotidiana.								
2. Capacità di esercitare la professione in modo olistico, tollerante, non giudicante, con sensibilità e cura, garantendo che vengano rispettati i diritti, le credenze e i desideri delle singole persone e gruppi.								
3. Capacità di educare, supportare e promuovere la salute, il benessere e il comfort della popolazione, delle comunità, dei gruppi e delle singole persone sulla cui vita influiscono lo stato di salute, il distress, la malattia, la disabilità o la morte.								
4. Consapevolezza dei differenti ruoli, responsabilità e funzioni infermieristiche.								
5. Capacità di adattare il ruolo per rispondere efficacemente ai bisogni del paziente e della popolazione. Capacità di cambiare il sistema vigente, ove necessario e opportuno, per soddisfare i bisogni della popolazione/paziente.								
6. Capacità di accettare responsabilità finalizzate al proprio sviluppo professionale e alla propria formazione, usando la valutazione come strumento per riflettere e migliorare le performance e innalzare la qualità del servizio offerto.								
Competenze associate alla pratica infermieristica e al processo decisionale clinico								
7. Capacità di procedere a una valutazione globale e sistematica del paziente, utilizzando strumenti e sistemi adatti, tenendo conto dei fattori fisici, sociali, culturali, psicologici, spirituali e ambientali.								
8. Capacità di riconoscere e interpretare nella persona i segni di normalità e di cambiamento nella condizione di salute/malattia, distress o disabilità (valutazione/diagnosi).								
9. Capacità di rispondere ai bisogni del paziente attraverso la pianificazione, l'attuazione e la valutazione di piani assistenziali appropriati e personalizzati in collaborazione con il paziente, le famiglie, le persone a lui significative e altri operatori socio-sanitari.								
10. Capacità di porre domande critiche, valutare, interpretare e sintetizzare una serie di fonti di informazioni e risorse al fine di facilitare le scelte dei pazienti.								
11. Capacità di esprimere giudizi clinici solidi e affidabili, per garantire il rispetto di standard qualitativi e assicurare una pratica basata sulle prove di efficacia.								
Competenze associate all'uso appropriato di interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale								
12. Capacità di rispettare la dignità, la privacy e la riservatezza del paziente (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).								
13. Capacità di garantire la protezione e la prevenzione del rischio correlato agli interventi di mobilitazione, controllo delle infezioni, primo soccorso e procedure di emergenza (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).								
14. Capacità di gestire in modo sicuro i farmaci e le altre terapie (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).								

15. Capacità di personalizzare l'assistenza dal punto di vista fisico e psicologico, includendo il soddisfacimento dei bisogni di comfort, alimentazione, igiene personale e consentendo alla persona di mantenere l'autonomia necessaria a svolgere le attività di vita quotidiana (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).										
16. Capacità di soddisfare i bisogni della persona durante tutto il corso della vita nell'esperienza di salute/malattia (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).										
17. Capacità di informare, educare il paziente, i familiari e le persone a lui significative (utilizzando abilità infermieristiche, attività/interventi atti a fornire l'assistenza ottimale).										
Conoscenze e competenze cognitive										
18. Capacità di conoscere e applicare le teorie del <i>nursing</i> nella pratica infermieristica.										
19. Capacità di conoscere e applicare le scienze naturali e biologiche.										
20. Capacità di conoscere e applicare le scienze sociali, della salute e comportamentali.										
21. Capacità di conoscere e applicare principi delle scienze umane, dell'etica e del diritto.										
22. Capacità di conoscere e applicare la tecnologia e l'informatica.										
23. Capacità di conoscere e applicare direttive nazionali e internazionali.										
24. Capacità di conoscere e applicare il <i>problem solving</i> e il processo decisionale.										
25. Capacità di conoscere e applicare i principi della ricerca.										
Competenze comunicative e interpersonali incluse le tecnologie per la comunicazione										
26. Capacità di comunicare efficacemente (anche attraverso l'uso della tecnologia): con pazienti, familiari e gruppi sociali inclusi coloro che hanno difficoltà nella comunicazione.										
27. Dare la possibilità ai pazienti e alle persone per loro significative di esprimere ansie e preoccupazioni rispondendo loro efficacemente ad es.: nella dimensione emotiva, sociale, psicologica, spirituale e fisica.										
28. Capacità di tutelare in modo appropriato le aspettative del paziente e agire al fine di prevenire forme di maltrattamento.										
29. Capacità di usare in modo appropriato le tecniche di <i>counselling</i> (tecniche comunicative per promuovere il benessere del paziente).										
30. Capacità di identificare e di gestire i comportamenti aggressivi (tecniche comunicative per promuovere il benessere del paziente).										
31. Capacità di riconoscere situazioni di ansia, stress e depressione (tecniche comunicative per promuovere il benessere del paziente).										
32. Capacità di fornire un supporto emotivo e stabilire quando sono necessarie consulenze specialistiche e altri interventi (tecniche comunicative per promuovere il benessere del paziente).										
33. Capacità di riportare accuratamente, registrare, documentare e riferire il processo di cura attraverso appropriate tecnologie (tecniche comunicative per promuovere il benessere del paziente).										
Competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo										
34. Capacità di realizzare il benessere del paziente attraverso l'insieme delle risorse e delle azioni di tutti i componenti del team socioassistenziale.										
35. Capacità di condurre e coordinare un gruppo, utilizzando il processo di delega in modo appropriato.										
36. Capacità di lavorare e comunicare in modo collaborativo ed efficace con tutto il personale di supporto attraverso una efficace gestione dei tempi, nel rispetto degli standard di qualità.										
37. Capacità di valutare i rischi e di promuovere attivamente la prevenzione, il benessere e la protezione di tutto il personale lavorativo (incluso se stesso).										
38. Usare criticamente strumenti per valutare e verificare l'assistenza secondo standard qualitativi.										
39. Capacità di educare, facilitare, gestire e sostenere gli studenti e altri operatori socioassistenziali nell'erogare l'assistenza all'interno del contesto clinico.										
40. Consapevolezza dei principi di finanziamento dell'assistenza socioassistenziale e uso efficace delle risorse.										
41. Altro (specificare)										
42. Altro (specificare)										
43. Altro (specificare)										

Elencate di seguito le 5 competenze, tra quelle sopra enunciate, che secondo voi sono più importanti per la rappresentazione professionale dell'infermiere. Scrivete i numeri delle voci a cui si riferiscono all'interno dei quadrati sottostanti nell'ordine di importanza (da 1 a 5) che decidete di attribuirgli.

1. Item numero
2. Item numero
3. Item numero
4. Item numero
5. Item numero

Grazie per la collaborazione

Livelli di autonomia dei pazienti sottoposti a impianto di pacemaker cardiaco: studio pilota sugli effetti della mobilitazione precoce

Niccolò Simonelli¹, Stefania Di Mauro², Matteo Nicola Dario Di Minno³, Lorena Salvini⁴

¹Infermiere, U. O. di Aritmologia, Centro Cardiologico Monzino, Milano; ²Professore Associato, Corso di Laurea in Infermieristica, Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi di Milano-Bicocca; ³Medico, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi Federico II, Napoli; ⁴Professore a contratto, Università degli Studi di Milano-Bicocca, A. O. San Gerardo, Monza

Corrispondenza: n.simonelli1@libero.it

RIASSUNTO

Introduzione Anche se mancano in letteratura indicazioni precise sull'argomento, in molti casi ai pazienti sottoposti a impianto di pacemaker viene fatto osservare un periodo di riposo a letto di almeno 24 ore. Con questo studio pilota ci siamo proposti di valutare gli effetti di una mobilitazione precoce (3 ore dopo l'intervento) in termini di livelli di autonomia e frequenza di complicanze postoperatorie.

Materiali e metodi Lo studio è stato condotto su un campione di 32 pazienti sottoposti a impianto di pacemaker presso il Centro Cardiologico Monzino di Milano tra il settembre e il dicembre 2010. I pazienti reclutati sono stati assegnati al gruppo sperimentale di mobilitazione precoce o al gruppo di controllo di mobilitazione tardiva (36 ore dopo l'intervento) mediante randomizzazione; ciascun gruppo era composto da 16 soggetti. Il protocollo di mobilitazione precoce prevedeva l'applicazione di una medicazione elastica non adesiva sulla spalla omolaterale all'impianto. I livelli di autonomia sono stati valutati utilizzando la scala FIM® (Functional Independence Measure) al momento dell'ingresso in reparto e a 6, 12 e 36 ore dall'impianto del pacemaker. Sono state registrate sia le complicanze direttamente correlate all'impianto sia le complicanze cliniche non specifiche.

Risultati I punteggi rilevati a 6 e a 12 ore dall'intervento mostrano che per diversi indicatori della scala FIM® i livelli di autonomia erano significativamente superiori per i pazienti del gruppo di mobilitazione precoce. Nel complesso, nel gruppo sperimentale si è riscontrata una frequenza di complicanze maggiore (37,5% vs 31,3%), ma la differenza rispetto al gruppo di controllo non era statisticamente significativa.

Conclusioni La mobilitazione a 3 ore dall'impianto del pacemaker, con medicazione elastica non adesiva, è risultata associata a un ripristino più rapido dell'autonomia valutata secondo la scala FIM®.

Parole chiave: pacemaker, mobilitazione precoce, indipendenza funzionale, complicanze postoperatorie

Levels of independence after cardiac pacemaker implantation: a pilot study on the effects of early mobilization

ABSTRACT

Introduction Although there are no specific indications from the literature, in many cases patients undergoing pacemaker implantation are prescribed bed rest for at least 24 hours. The aim of this pilot study was to evaluate the effects of early mobilization (3 hours after surgery) in terms of levels of independence and rate of postoperative complications.

Materials and methods The study was performed on 32 patients who underwent pacemaker implantation at the Centro Cardiologico Monzino of Milan between September and December 2010. The participants were randomly assigned to the experimental group (mobilization 3 hours after surgery, with the application of non-adhesive elastic bandages around the shoulder ipsilateral to the implant) or the control group (mobilization 36 hours after surgery); each group was composed by 16 subjects. Patients' levels of independence were assessed on admission and 6, 12 and 36 hours after the pacemaker implantation using the Functional Independence Measure (FIM) scale®. Both direct implant-related and indirect clinical complications were recorded.

Results The scores registered at 6 and 12 hours after the intervention show that for several items of the FIM scale® the levels of independence were significantly greater among patients in the early mobilization group. Overall the postoperative complication rate was higher in the early mobilization group (37.5% vs 31.3%), but the difference was not statistically significant.

Conclusions Mobilization at 3 hours after pacemaker implantation, with non-adhesive elastic dressing, is associated with faster recovery of autonomy as assessed by the FIM scale®.

Key words: pacemaker, early mobilization, functional independence, postoperative complications

INTRODUZIONE

Ai pazienti sottoposti a impianto di pacemaker cardiaco dopo l'intervento viene normalmente prescritto un periodo di riposo a letto di durata variabile sia per permettere un recupero graduale della capacità di svolgere le normali attività sia come misura di profilassi delle complicanze a breve termine.

A questo proposito, uno studio retrospettivo condotto su 1.884 pazienti (Eberhardt et al., 2005) riporta una frequenza complessiva di complicanze del 4,5%; nel 67% dei casi queste complicanze si erano verificate entro i primi 3 mesi dall'impianto. Sulla durata ottimale del riposo a letto postoperatorio non ci sono in letteratura indicazioni precise. In uno studio sperimentale più recente, Miracapillo e collaboratori (2006) hanno confrontato la mobilitazione precoce a 3 ore dall'impianto del pacemaker con la mobilitazione a 24 ore dall'intervento. Lo studio non ha riscontrato differenze significative fra i gruppi di trattamento rispetto alla frequenza di complicanze correlate all'impianto insorte durante un periodo di follow up di 2 mesi (5,2% con mobilitazione dopo 3 ore vs 10,4% con mobilitazione dopo 24 ore).

Con questo studio pilota ci siamo proposti di valutare gli effetti di un protocollo di mobilitazione precoce – 3 ore dopo l'intervento, con l'applicazione di una medicazione elastica non adesiva in corrispondenza della spalla omolaterale all'impianto – in termini di livelli di indipendenza funzionale e frequenza di complicanze postoperatorie.

MATERIALI E METODI

Il disegno sperimentale dello studio è di tipo pretest-posttest con gruppo di controllo. Lo studio è stato condotto su un campione formato da 32 pazienti sottoposti a impianto di pacemaker presso l'Unità Operativa di Aritmologia del Centro Cardiologico Monzino di Milano tra il primo settembre e il 20 dicembre 2010. Per la selezione dei partecipanti è stato utilizzato il metodo non probabilistico di convenienza; sono stati inclusi pazienti di età compresa tra i 18 e i 90 anni sottoposti a un primo impianto elettivo di pacemaker mono o bicamerale, che presentavano un livello di autonomia ottimo secondo la valutazione condotta al momento del ricovero.

I pazienti arruolati sono stati suddivisi in 2 gruppi, sperimentale e di controllo, ciascuno composto da 16 soggetti; l'assegnazione ai gruppi è stata effettuata mediante randomizzazione¹ e comunicata solo dopo l'intervento con l'apertura di una busta sigillata.

Box 1. La scala FIM® (Functional Independence Measure) – Versione italiana

ITEM

Cura della persona

- Nutrirsi
- Rassettersi
- Lavarsi
- Vestirsi, dalla vita in su
- Vestirsi, dalla vita in giù
- Igiene perineale

Controllo sfinterico

- Vescica
- Alvo

Mobilità (trasferimenti)

- Letto – sedia – carrozzina
- WC
- Vasca o doccia

Locomozione

- Cammino – carrozzina
- Scale

Comunicazione

- Comprensione
- Espressione

Capacità relazionali-cognitive

- Rapporto con gli altri
- Soluzione di problemi
- Memoria

PUNTEGGI

- 7 Autosufficienza completa
- 6 Autosufficienza con adattamenti/ausili
- 5 Supervisione/adattamenti
- 4 Assistenza minima
- 3 Assistenza moderata
- 2 Assistenza intensa
- 1 Assistenza completa

La FIM® è proprietà intellettuale di UB Foundation, Inc., ente non-profit emanazione della State University of New York, Buffalo, NY. Tecnicamente, il sistema è gestito dallo Uniform Data System for Medical Rehabilitation, UDSMR (www.udsmr.org). Da giugno 2010 unico licenziatario per il territorio nazionale della distribuzione della scala FIM® è la Fondazione Italiana Sclerosi Multipla (FISM). www.scalafim.com

¹ La sequenza delle assegnazioni è stata creata utilizzando la pagina web: <http://www.randomization.com/> (consultata l'11 marzo 2010).

Tabella 1. Protocollo operativo dello studio

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Riposo a letto	3 ore	36 ore
Tipo di medicazione	Sopra la medicazione compressiva standard, medicazione elastica non adesiva localizzata alla spalla e al braccio omolaterale all'impianto	Medicazione compressiva standard

Come illustrato nella **Tabella 1**, la durata del riposo a letto prescritto dopo l'intervento era di 3 ore per il gruppo sperimentale e di 36 ore, secondo la procedura standard del reparto, per il gruppo di controllo; il protocollo di mobilizzazione precoce prevedeva l'applicazione di una medicazione elastica non adesiva in corrispondenza della spalla e del braccio omolaterali all'impianto.

I livelli di autonomia dei partecipanti sono stati accertati mediante la scala FIM® (Functional Independence Measure) sia al momento dell'ingresso in reparto (T0) sia nel periodo postoperatorio a 6, 12 e 36 ore dall'intervento. La scala FIM® valuta 18 indicatori dell'indipendenza funzionale in 2 aree principali, motoria (13 item) e cognitiva (5 item); per ciascun indicatore il punteggio può variare da un massimo di 7 (autosufficienza completa) a un minimo di 1 (assistenza completa). L'accreditamento all'uso della scala prevede un corso di formazione specifico (vedi **Box 1**).

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata con l'impiego del programma informatico Social Pack Statistical Software (SPSS, versione 13) e la consulenza di un esperto esterno.

La significatività delle differenze fra i gruppi di trattamento rispetto ai punteggi medi per ogni singolo item della scala FIM® è stata valutata utilizzando il test *t* di Student.

Lo studio è stato condotto con l'autorizzazione del Comitato Etico dell'ospedale e il consenso scritto dei partecipanti.

RISULTATI

Le caratteristiche principali dei pazienti inclusi nello studio sono riassunte nella **Tabella 2**. Il gruppo sperimentale era composto da 11 maschi e 5 femmine (con età media pari a 68,5 anni), il gruppo di controllo da 9 maschi e 7 femmine (età media 70 anni); la durata media del ricovero è stata di 4,31 giorni per il primo gruppo e di 4,38 giorni per il secondo. Per le variabili considerate non si sono riscontrate differenze significative fra i gruppi ($p > 0,05$), che possono quindi essere ritenuti equivalenti.

L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato una differenza percentuale tra i punteggi medi complessivi ottenuti sulla scala FIM® al momento del ricovero (T0) e a 6 ore dall'impianto del pacemaker (T6) del 17,37% (deviazione standard 8,88) per il gruppo sperimentale di mobilizzazione precoce e del 45,08% per il gruppo di controllo (deviazione standard 2,68), con una differenza fra i gruppi statisticamente significativa ($p < 0,001$).

A 12 ore dall'intervento (T12) la differenza percentuale media rispetto ai valori T0 è risultata pari al 12,04% (deviazione standard 8,44) per il gruppo sperimentale e al 43,71% (deviazione standard 3,63) per il gruppo di controllo, anche in questo caso con una differenza significativa fra i gruppi ($p < 0,001$).

I punteggi medi rilevati ai tempi T6 e T12 rispetto ai singoli indicatori della scala FIM® (vedi **Box 1**) per cui si sono riscontrate differenze statisticamente significative fra gruppo sperimentale e gruppo di controllo sono riportati nella **Figura 1** (T6) e nella **Figura 2** (T12).

Tabella 2. Caratteristiche dei pazienti inclusi nello studio

	Gruppo sperimentale		Gruppo di controllo		P
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Sesso	11	5	9	7	0,285
Età media (anni)	68,5 (DS 14,222)		70,0 (DS 11,535)		0,745
Tipo di pacemaker	Monocamerale 0	Bicamerale 16	Monocamerale 1	Bicamerale 15	1,00
Durata media della degenza (giorni)	4,31 (DS 0,619)		4,38 (DS 0,602)		0,774

Figura 1. Medie dei punteggi relativi agli indicatori della scala FIM® per cui si sono rilevate differenze significative ($p < 0,05$) fra gruppo sperimentale e gruppo di controllo a 6 ore dall'intervento (T6)

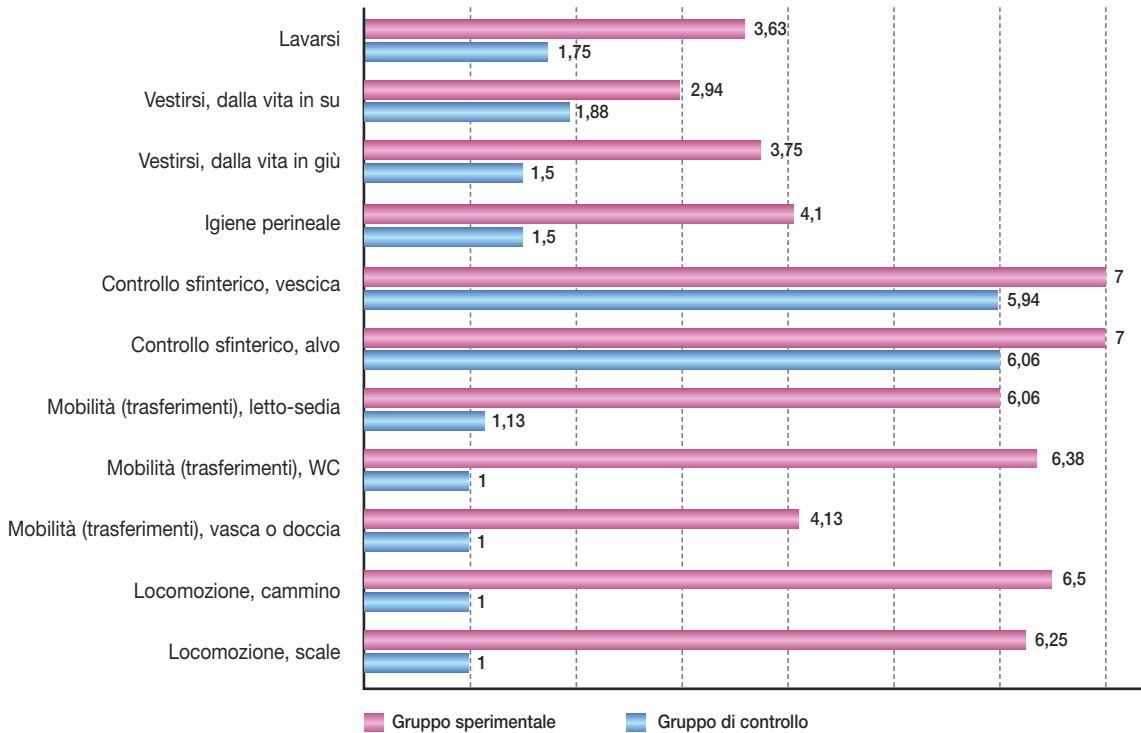


Figura 2. Medie dei punteggi relativi agli indicatori della scala FIM® per cui si sono rilevate differenze significative ($p < 0,05$) fra gruppo sperimentale e gruppo di controllo a 12 ore dall'intervento (T12)

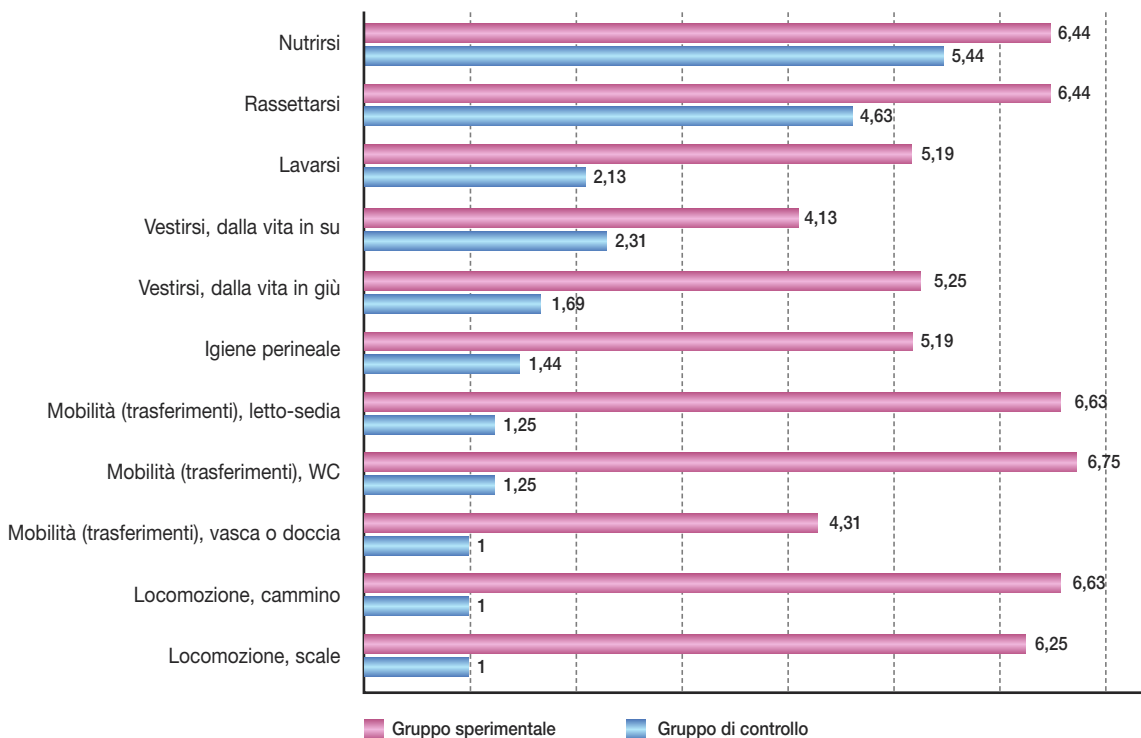


Tabella 3. Frequenza delle complicanze postoperatorie

Complicanze	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Odds ratio (IC 95%)	P
Infezione tasca pacemaker	0	0	–	–
Ematoma tasca pacemaker	2 (12,5%)	1 (6,3%)	2,14 (0,17-26,32)	1,00
Dislocazione elettrocateri	0	0	–	–
Trombosi vena elettrocateri	0	0	–	–
Difetti elettronici pacemaker	0	0	–	–
Nausea e vomito	2 (12,5%)	0	–	0,484
Necessità di antidolorifici	2 (12,5%)	4 (25%)	0,43 (0,06-2,76)	0,654

La **Tabella 3** riporta invece la frequenza assoluta e relativa delle complicanze postoperatorie registrate durante il periodo di osservazione, fino alla dimissione dall'ospedale. Sono state considerate sia le complicanze direttamente correlate all'impianto, come ematomi della tasca sottocutanea sede del pacemaker o dislocazioni degli elettrocateri, sia l'insorgenza di nausea e vomito o la necessità di ricorrere alla somministrazione di analgesici per alleviare il dolore. Nel gruppo sperimentale si sono verificate complessivamente 6 complicanze (37,5%), nel gruppo di controllo 5 (31,3%); la differenza fra i 2 gruppi non era statisticamente significativa ($p > 0,05$).

DISCUSSIONE

Durante il periodo di studio, a livello clinico si è osservato che i pazienti del gruppo di mobilitazione precoce si dimostravano relativamente indipendenti in termini di movimento e provvedevano, con adattamenti ma in piena autonomia, all'igiene personale; i pazienti che appartenevano al gruppo di controllo manifestavano invece maggiori bisogni di assistenza infermieristica sia per il movimento sia per l'igiene (Cantarelli, 2003). La quotidianità dell'assistenza diretta si è di conseguenza differenziata nell'organizzazione e nella tipologia delle prestazioni erogate, che per i pazienti del gruppo sperimentale si limitavano essenzialmente al controllo della medicazione, al monitoraggio dei parametri clinici e alla valutazione della sicurezza del movimento.

Nelle misurazioni del grado di indipendenza funzionale effettuate mediante la scala FIM® a 6 e a 12 ore dall'intervento, nel gruppo sperimentale i punteggi per gli indicatori relativi a cura della persona e mobilità/locomozione sono risultati nettamente superiori. Le differenze rilevate tra i 2 gruppi nei livelli di autonomia trovano quindi riscontro in una diversa complessità assistenziale, anche se quest'ultima non è stata valutata in maniera sistematica e con sistemi di classificazione specifici: dal punto di vista assistenziale la mobilitazione a 3 ore dall'impianto

del pacemaker sembra avere effetti positivi rispetto a una mobilitazione più tardiva. A questo proposito va sottolineato che il calcolo della potenza dello studio rispetto all'esito primario dei livelli di indipendenza funzionale ci permette di rifiutare l'ipotesi nulla: le differenze osservate ai tempi T6 e T12 sono statisticamente significative e non sono dovute al caso.

Nel complesso la frequenza di complicanze è risultata maggiore nel gruppo sperimentale, a differenza di quanto riscontrato nello studio condotto da Miracapillo e collaboratori (2006), ma in maniera non statisticamente significativa; le complicanze postoperatorie rilevate non hanno inoltre determinato un allungamento dei tempi medi di degenza rispetto al gruppo di controllo. Al termine di questo studio pilota è stata calcolata la dimensione campionaria adeguata per future ricerche sperimentali mirate a valutare gli effetti della mobilitazione precoce rispetto all'*outcome* frequenza di complicanze: considerando che in questo studio il rischio relativo per il gruppo di controllo rispetto al gruppo sperimentale è risultato pari a 0,83, per programmare uno studio prospettico con $\alpha = 0,05$ e una potenza statistica dell'80% è necessario reclutare almeno 1.110 soggetti, con un rapporto tra i gruppi di 1:1.

CONCLUSIONI

Nonostante la ridotta numerosità del campione esaminato, i risultati ottenuti nel corso di questo studio pilota indicano che rispetto alla mobilitazione a 36 ore dall'intervento la mobilitazione precoce è associata a un ripristino significativamente più rapido di ottimi livelli di autonomia, quantificati secondo la scala FIM®, in pazienti sottoposti a impianto di pacemaker cardiaco. Come in studi precedenti (Miracapillo et al., 2006), non sono inoltre emerse differenze significative tra la mobilitazione a 3 ore dall'intervento e la mobilitazione più tardiva in termini di frequenza di complicanze.

In base ai dati disponibili si potrebbe quindi ipotiz-

zare l'implementazione della mobilitazione precoce come procedura di routine per questa tipologia di pazienti. Ciò potrebbe portare a un cambiamento importante nella pratica quotidiana dell'assistenza infermieristica, con una probabile diminuzione della complessità assistenziale. La mobilitazione precoce potrebbe ridurre i tempi di assistenza diretta dedicati a questo tipo di pazienti? Potrebbe abbreviare la durata della loro degenza postoperatoria? Questi interrogativi, nati a conclusione del nostro studio pilota, sono meritevoli di ulteriori approfondimenti in ricerche sperimentali future.

BIBLIOGRAFIA

- Cantarelli M (2003) *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Seconda edizione. Masson, Milano.
- Doubavska L, Dostalova K, Fritscherova S et al. (2010) *Incidence of postoperative nausea and vomiting in patients at a university hospital. Where are we today?* Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 154 (1), 69-76.
- Eberhardt F, Bode F, Bonnemeier H et al. (2005) *Long term complications in single and dual chamber pacing are influenced by surgical experience and patient morbidity*. Heart, 91 (4), 500-506.
- Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA (2008) *ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities: executive summary*. J Am Coll Cardiol, 51 (21), 2085-2105.
- Fain JA (2004) *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*. Seconda edizione. McGraw-Hill, Milano.
- Miceli D, Tozzi Q, Di Giulio P et al. (2005) *Manuale cardio-nursing. Uno strumento per l'assistenza infermieristica*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Miracapillo G, Costoli A, Addonizio L et al. (2006) *Early mobilization after pacemaker implantation*. J Cardiovasc Med, 7 (3), 197-202.
- Pakarinen S, Oikarinen L, Toivonen L (2010) *Short-term implantation-related complications of cardiac rhythm management device therapy: a retrospective single-centre 1-year survey*. Europace, 12 (1), 103-108.
- Santullo A (2008) *Le scale di valutazione in sanità*. McGraw-Hill, Milano.



ESPERIENZE

Nutrizione parenterale totale, peso corporeo e rischio di mucosite del cavo orale nei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo e chemioterapia ad alte dosi

di *Valentino Facca (1), Antonio Nappo (2)*

(1) Infermiere, Struttura operativa complessa (Soc) di Terapia cellulare e chemioterapia ad alte dosi

(2) Infermiere, Struttura operativa complessa (Soc) di Anestesia rianimazione e terapia intensiva, Istituto nazionale tumori, Centro di riferimento tumori, Aviano (PN)

nappoantonio1977@libero.it

Il trapianto di midollo osseo (Bmt) aumenta il rischio di complicanze relative alle infezioni (gastroenteriche e sistemiche) che a loro volta sono in grado di aumentare le difficoltà di nutrizione e di gestione dei pazienti. Molti di loro presentano una significativa riduzione dell'appetito e quindi di calorie assunte, entro pochi giorni dal ricovero in ospedale, che è spesso associata con una diminuzione significativa del peso corporeo (Murray e Pindoria, 2008).

La nutrizione parenterale totale (Npt) nei pazienti sottoposti a Trapianto autologo di midollo osseo (Abmt) è una pratica diffusa e documentata in letteratura; viene impiegata come trattamento gold standard al fine di sopperire all'impossibilità di alimentarsi per vie naturali, per presenza di mucosite del cavo orale e per mantenere un'ideale apporto calorico. In letteratura non è documentata l'efficacia e/o la correlazione della Npt rispetto al mantenimento del peso corporeo ed il rischio di sviluppare mucosite del cavo orale in questo tipo di pazienti. Al contrario sono presenti molteplici studi relativi a: l'impiego della Npt versus la nutrizione enterale (Szeluga et al., 1987); il supplemento di glutamina nella Npt (Ziegler, 2001); la valutazione dell'efficacia della somministrazione a medio o lungo termine della Npt (Hwang et al., 2001); gli effetti clinici e metabolici dei differenti regimi nutrizionali parenterali totali (Muscaritoli et al., 2002).

In occasione del Master in Evidence based practice e metodologia della ricerca clinico-assistenziale all'Università di Bologna, abbiamo ritenuto utile documentare la relazione tra Npt, peso corporeo ed il rischio di sviluppo di mucosite del cavo orale, considerando inoltre, alcuni parametri ematochimici in relazione alle complicanze relative al trattamento nei pazienti in Abmt.

La nostra esperienza

È stato condotto pertanto uno studio pilota, osservazionale retrospettivo, approvato dal Comitato etico dell'Istituto nazionale tumori Cro di Aviano (Cro-2009-17).

Sono state consultate 52 cartelle cliniche dei pazienti che rispondevano ai criteri di eleggibilità (età superiore ai 18 anni, che al momento del ricovero per Abmt non erano in trattamento con Npt, con e senza infezioni correlate e patologie sistemiche di base), ricoverati dall'01/01/2008 al 31/03/2009 nella Soc di Terapia cellulare e chemioterapia ad alte dosi. Il campione è stato di convenienza.

La variabile Npt è misurata in relazione al tipo di Npt somministrata ed il corrispondente apporto calorico in Kcal. Il peso corporeo è espresso in kg. ed è stato calcolato l'indice di massa corporea (Bmi). Il grado di mucosite del cavo orale è stato misurato utilizzando la scala Radiation therapy oncology group (Rtog), che è parte della documentazione clinica della Soc. Sono stati rilevati inoltre parametri nutrizionali sia ematochimici (albumina, proteine totali, glucosio, sodio, potassio, cloro, calcio), sia relativi alle complicanze trattamento (vomito, diarrea, considerandone il numero di episodi nell'arco di tempo analizzato). I dati sono stati raccolti in quattro tempi (T) del decorso clinico del paziente, dall'accettazione alla dimissione:

T0: 1° giornata di ricovero per il condizionamento

T1: giornata dell'inizio della somministrazione della Npt

T2: 6° giornata dall'inizio della Npt

T3: 12° giornata dall'inizio della Npt

T4: giornata di dimissione dalla Soc

Esiti dell'esperienza

Sono stati arruolati 50 pazienti, le cui caratteristiche sono descritte nella **Tabella n. 1**.

Tabella 1 - Descrizione Campione

Sesso	Maschi	34 (68%)
	Femmine	16 (32%)
Età (classi Medline)	19-44	19 (38%)
	45-64	24 (48%)
	65 e oltre	7 (14%)
Patologia tumorale	NHL*	19 (38%)
	HL**	11 (22%)
	MM***	20 (40%)
Patologie concomitanti	HBV	4 (8%)
	HCV	4 (8%)
	HIV	8 (16%)
	Diabete tipo 2	0
	Cardiopatie	6 (12%)
	Ipertensione	4 (8%)
	Altro	4 (8%)

* linfoma di non Hodgkin; ** linfoma di Hodgkin; *** mieloma multiplo

La mucosite del cavo orale in tutte le variabili confrontata (Npt, peso, Bmi, patologia tumorale, e patologie concomitanti) non ha manifestato nessuna correlazione statisticamente significativa.

Nel confronto eseguito tra le diverse variabili, nei vari tempi di rilevazione dei dati, considerando un *p-value* significativo < 0.05 si osserva (**Tabella 2**):

- una riduzione statisticamente significativa del Bmi (escluso il tempo T4 nelle classi d'età ≥ 45 anni);
- una variazione statisticamente significativa della glicemia, ma clinicamente irrilevante in quanto il valore medio rientra nei limiti;
- variazioni statisticamente significative di albumina e proteine totali nei diversi tempi di rilevazione.

Tabella 2 - Variazione Bmi, glicemia, albumina e proteine totali nei T osservati

Variazione Bmi								
Bmi	Tutte le età		19-44 anni		45-64 anni		65+ anni	
	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value
T0	26,8	-	25.8	-	26.5	-	28.5	-
T1	25,4	<0.001	24.3	0.002	24.6	0.001	27.8	0.02
T2	25,3	<0.001	23.9	0.001	25.3	0.02	27.4	0.002
T3	24,6	<0.001	23.4	0.001	24.5	0.02	26.5	0.01
T4	24,5	<0.001	23.4	0.02	24.3	0.07	26.3	0.07
Variazione glicemia								
Glicemia	Tutte le età		19-44 anni		45-64 anni		65+ anni	
	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value
T0	96.1	-	92.3	-	93.3	-	104.5	-
T1	102.8	0.38	106.6	0.08	102.3	0.59	98.5	0.25
T2	106.1	0.08	97.3	0.35	118.7	0.01	103.8	0.53
T3	97.8	<0.001	100.3	0.36	102.7	0.02	88.4	0.01
T4	90.9	0.76	81.2	0.78	96.0	0.75	94.6	0.07
Variazione albumina								
Albumina	Tutte le età		19-44 anni		45-64 anni		65+ anni	
	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value
T0	4.3	-	4.3	-	4.3	-	4.2	-
T1	3.9	<0.001	3.9	0.002	3.9	0.03	3.9	0.01
T2	3.5	<0.001	3.5	0.004	3.5	0.01	3.5	0.01
T3	3.5	<0.001	3.5	0.001	3.5	0.02	3.5	0.04
T4	3.6	<0.001	3.6	0.02	3.7	0.03	3.3	-
Variazione proteine totali								
Proteine totali	Tutte le età		19-44 anni		45-64 anni		65+ anni	
	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value
T0	6.9	-	6.8	-	6.8	-	7.3	-
T1	6.1	<0.001	6.0	0.003	6.1	0.03	6.1	0.01
T2	5.7	<0.001	5.6	0.002	5.7	0.01	5.7	0.01
T3	5.7	<0.001	5.7	0.001	5.6	0.01	5.6	0.02
T4	5.8	<0.001	6.1	0.16	6.2	0.05	5.1	0.17

I test sono stati eseguiti confrontando i vari tempi con il tempo T0. Test utilizzato: Test di Wilcoxon per dati appaiati

Le correlazioni tra le complicanze relative al trattamento ed i valori ionemici (sodio, potassio, cloro e calcio) risultano essere statisticamente significative in entrambe le complicanze solo per lo ione sodio (diarrea: rho ([1])= -0.16; $p=0.02$; vomito: rho= -0.18; $p=0.01$).

Aspetti assistenziali e conclusioni

La nutrizione nei pazienti che vengono sottoposti ad Abmt è di fondamentale importanza, talvolta potrebbe essere prioritaria ai fini del successo del trattamento. Tra i motivi più importanti va ricordato l'elevato rischio di sviluppo di mucosite del cavo orale (Niscola et al., 2007), a cui questi pazienti vanno incontro durante il trattamento, come causa

strettamente correlata alla chemioterapia ad alte dosi ed alle complicanze relative ai trattamenti che non permettono un regolare assorbimento dei nutrienti a livello intestinale oltre agli episodi di emesi. Questo studio pilota suggerisce che non ci sia correlazione significativa tra le variabili principali dello studio (Npt, peso, Bmi e mucositi), anche se vanno tenuti in considerazione alcuni limiti dello stesso:

- il campione di convenienza non ha permesso una esaustiva valutazione di alcuni aspetti clinici ed analitici;
- nella raccolta dati sono state riscontrate notevoli difficoltà rispetto alla completezza, chiarezza e fruibilità della documentazione clinica, sia medica che infermieristica;
- non è stato possibile ottenere una misura precisa di alcune variabili principali dello studio (albumina e proteine totali) per tutte le classi di età in quanto nei tempi stabiliti per la raccolta dei dati questi risultavano mancanti.

Rispetto ai risultati ottenuti va sottolineato come la mucosite del cavo orale si correla alla variazione del Bmi. Nei pazienti che al ricovero presentano un Bmi vicino al limite (<20) bisogna porre attenzione dal punto di vista nutrizionale affinché il paziente non si trovi in una condizione di rischio. Rispetto all'ipotesi di correlazione degli indicatori di alcune variabili principali dello studio (albumina e proteine totali) l'analisi dei dati ha evidenziato variazioni durante il decorso clinico sia statisticamente significative sia clinicamente rilevanti, con valori che risultano inferiori ai limiti terapeutici. Pertanto il monitoraggio dell'albumina e delle proteine totali nei pazienti sottoposti ad Abmt deve essere sistematico. Inoltre, in relazione alla significativa correlazione tra le complicanze relative al trattamento (diarrea e vomito) e lo squilibrio elettrolitico relativo al sodio, anche il monitoraggio idroelettrolitico e i relativi interventi di integrazione sono fondamentali al fine di ridurre le complicanze ad esso correlato in caso di squilibrio.

In conclusione, emerge la necessità di effettuare la valutazione nutrizionale dei pazienti in Abmt in modo sistematico. Il fenomeno oggetto di studio inoltre merita ulteriori approfondimenti con altri studi anche multicentrici relativi alla prevenzione e trattamento delle mucositi.

[1] Test utilizzato: correlazione di Spearman

Ringraziamenti

Il nostro sentito ringraziamento va al Prof. Paolo Chiari e al Gruppo del Centro studi Ebn dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi per averci seguito nello studio.

BIBLIOGRAFIA

- Szeluga D J, Stuart R K, Brookmeyer R, Utermohlen V, Santos G W (1987). *Nutritional support of bone marrow transplant recipients: a prospective, randomized clinical trial comparing total parenteral nutrition to an enteral feeding program*. Cancer Res, Jun 15;47(12):3309-16.
- Hwang T L, Chiang C L, Wang P N (2001). *Parenteral nutrition support after bone marrow transplantation: comparison of total and partial parenteral nutrition during the early posttransplantation period*. Nutrition, Sep;17(9):773-5
- [Niscola P](#), [Romani C](#), [Cupelli L](#), Scaramucci L, [Tendas A](#), [Dentamaro T](#), [Amadori S](#), De Fabritiis P (2007). *Mucositis in patients with hematologic malignancies: an overview*. Haematologica, Feb;92(2):222-31
- Murray S M, Pindoria S (2008). *Nutrition support for bone marrow transplant patients*. Cochrane Database Syst Rev, Oct 8; (4)
- Muscaritoli M, Grieco G, Capria S, Iori A P, Rossi Fanelli F (2002). *Nutritional and metabolic support in patients undergoing bone marrow transplantation*. Am. J. Clin. Nutr., Feb;75(2):183-90.
- Ziegler T R (2001). *Glutamine supplementation in cancer patients receiving bone marrow transplantation and high dose chemotherapy*. J Nutr, Sep;131(9 Suppl): 2578S-84S.



ESPERIENZE

Gli indicatori di complessità assistenziale in dialisi

di *Lorenzo Varesini*

Infermiere presso la SOC Nefrologia e dialisi del Presidio ospedaliero di Casale Monferrato, Asl AL

Corrispondenza: l.varesini@libero.it

Nel corso del primo decennio del 2000 è emersa la necessità di ridefinire il carico di lavoro infermieristico sulla base delle innovazioni nei sistemi di valutazione del carico assistenziale derivante dalla casistica di un certo servizio. Si è dunque assistito alla nascita di più strumenti per la definizione della complessità assistenziale; quelli che hanno maggiormente incontrato il favore degli infermieri sono l'Indice di complessità assistenziale - Ica (Cavaliere, Snaidero, 1999) e il Modello assistenziale professionalizzante - Map (Silvestro et al., 2004).

Al fine di quantificare l'impegno professionale infermieristico in emodialisi, si è tentato di applicare a questo setting gli strumenti citati. Nel servizio di emodialisi di Casale Monferrato sono stati selezionati 30 pazienti e per ciascuno di questi è stata rilevata la complessità assistenziale per 4 dialisi consecutive da 4 infermieri diversi con entrambi gli strumenti, più un giudizio sintetico di complessità percepita, su scala Likert a 5 punti. Gli infermieri coinvolti nello studio sono stati 11 in totale.

I risultati sono stati oggetto di discussione nel gruppo di lavoro durante un focus group tenuto una settimana dopo il termine della raccolta dati. Il focus group è stato condotto al fine di far emergere le criticità legate alla rilevazione della complessità assistenziale in dialisi.

I risultati complessivi desumibili dai dati sono riassunti nella **tabella 1**, da cui si evince quanto la variabile complessità assistenziale misurata dai tre strumenti segua una distribuzione non gaussiana, decisamente spostata verso valori di bassa complessità.

Tabella 1

	LIKERT	ICA	MAP
MEDIA	1,83	16,15	24,81
ERRORE STD	0,21	0,89	5,12
SKEWNESS	4,45	5,90	12,20
CURTOSI	1,03	1,97	23,30

Quale strumento per la complessità assistenziale?

È stato quindi allestito un focus group per capire le cause sottostanti all'eterogeneità dei dati; per portare alla luce eventuali aspetti critici nella definizione della complessità assistenziale in seno al gruppo di lavoro; durante il focus group si è deciso di sottoporre i record ad un'analisi della varianza sui punteggi Likert per ogni paziente, al fine di evidenziare quelli con maggior eterogeneità, cioè quelli per cui gli infermieri compilatori sono risultati maggiormente in disaccordo.

Il focus group ha fatto emergere criticità rispetto alla cronicità degli emodializzati, che comporta una più complessa gestione della relazione d'aiuto, con conseguente difficoltà per alcuni colleghi ad accedere ad aree private dell'assistito e, in ultima conseguenza, a rilevarne la complessità assistenziale. Alcuni colleghi hanno dato alti giudizi di complessità a pazienti relativamente stabili ed autonomi, che però richiedevano counselling professionale riguardo a scelte riguardanti la propria salute; quegli stessi pazienti sono stati giudicati poco complessi dalla totalità degli altri colleghi, in quanto a loro non è stata rivolta la richiesta di counselling. Il ruolo riconosciuto a ciascun professionista è meno scontato rispetto ad altri ambiti sanitari; in dialisi, i pazienti sono consapevoli delle singolarità che caratterizzano ogni operatore ed effettuano scelte dettate dall'immagine che hanno di ciascun membro dell'équipe.

Il focus group ha inoltre fornito indizio di come né l'Ica, né il Map riescono a portare alla luce la complessità che gli infermieri affrontano in dialisi. È stato riscontrato che la gestione degli accessi vascolari, ad esempio, non è declinata su una scala sufficientemente ampia di complessità attribuibile: un paziente con una fistola non complicata e facilmente reperibile assorbe molte meno risorse professionali di uno con un catetere venoso centrale tunnellizzato parzialmente occluso.

Le discrepanze tra giudizi di complessità assistenziale dati da colleghi differenti su medesimi pazienti è stata ricondotta anche ad una diversa percezione di ruolo degli stessi infermieri; questa discrepanza è stata ricondotta alla differente cultura professionale dei vari partecipanti allo studio e alla mancata esplicitazione di una mission assistenziale del servizio di emodialisi.

Lo studio ha permesso di valutare l'implementabilità degli attuali sistemi di rilevazione della complessità assistenziale in emodialisi. Queste sono, ad oggi, poco utilizzabili; le maggiori criticità riferite dal gruppo di lavoro ed emerse dai risultati sono relative alla percezione di ruolo infermieristico in dialisi, alle specifiche competenze necessarie a lavorare in dialisi che né Ica, né Map portano alla luce, alla complessa relazione d'aiuto con i pazienti cronici e, non ultimo, dal livello di cultura professionale dell'équipe.

BIBLIOGRAFIA

- Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche Vittorio Bachelet della Libera Università degli studi sociali
- Luiss "Guido Carli" (2008). *Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale*. Roma
- Federazione dei Collegi Ipasvi (2009). *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*. Milano, McGraw-Hill Companies
- D.lgs. 29/93 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego"
- B Cavaliere, D Snaidero. *L'indice di complessità assistenziale*. Management infermieristico, 1/1999
- A Silvestro et al. (2009). *La complessità assistenziale - Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa*.



ESPERIENZE

Trasportare un paziente in Ecmo: una nuova sfida clinica e organizzativa per l'infermiere

di Marco Costantini (1), Carla Molteni (1), Carlo Orlandi (2), Anne Lucie Destrebecq (3)

(1) Terapia intensiva cardiocirurgica, Irccs Ospedale San Raffaele, Milano

(2) Servizio infermieristico, Ospedale San Raffaele, Milano

(3) Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: molteni.carla@hsr.it

I malati affetti da sindrome da distress respiratorio acuto (*Acute respiratory distress syndrome*, Ards), correlata all'infezione da virus influenzale di tipo A (H1n1), richiedono il posizionamento dell'*Extra corporeal membrane oxygenation* (Ecmo) quando i trattamenti convenzionali falliscono. Quanto più è precoce il trattamento, tanto maggiori sono le probabilità di successo terapeutico. Nel 2009, in previsione di una pandemia di influenza A (H1n1), il Ministero della salute ha individuato una rete nazionale di terapie intensive (Ti), predisposta per fornire assistenza respiratoria avanzata in tempi molto brevi. La sfida organizzativa per una Ti è rappresentata dalla necessità di attivare in tempi rapidi un'unità mobile specializzata che si occupi di recuperare i pazienti nelle strutture sanitarie nelle quali il trattamento con Ecmo non è disponibile, per poi trasportarli in sicurezza nei presidi attrezzati.

Obiettivo di questo articolo è condividere con i colleghi italiani l'esperienza di creazione di un team multidisciplinare che si occupi del trasporto protetto di pazienti in condizioni critiche ed instabili che richiedono un trattamento con Ecmo.

Cos'è l'Ecmo?

È una tecnica di supporto alle funzioni vitali: grazie alla circolazione extracorporea, permette di mantenere il cuore e/o i polmoni a riposo, consentendo così il loro recupero funzionale. L'Ecmo è indicato nel ridurre la mortalità nei pazienti con insufficienza cardiaca e/o respiratoria acuta grave, potenzialmente reversibile ma refrattaria a un trattamento medico e farmacologico convenzionale. La tecnica extracorporea viene effettuata con una pompa, che supporta la funzione contrattile del cuore, e con un ossigenatore a membrana, che integra o sostituisce temporaneamente la funzione di scambio polmonare. Questo dispositivo (il cui primo utilizzo risale al 1972) è stato inizialmente pensato per trattare neonati e bambini con insufficienza polmonare. In seguito lo si è utilizzato anche per pazienti adulti con insufficienza cardiaca acuta. Oggi il trattamento con Ecmo rappresenta un supporto molto efficace per i pazienti che, a seguito dell'influenza H1n1, sviluppano un quadro clinico di insufficienza respiratoria grave.

La costituzione della rete Ecmonet

Nel 2009 è stata costituita una rete informatizzata, denominata *Ecmonet*, che comprende tutte le 800 Ti italiane. Di queste sono poi state individuate le 14 provviste di dispositivi Ecmo ed è stato attivato un *call center* nazionale di riferimento (tel. 800.82.12.29). La rete è stata istituita proprio allo scopo di condurre nel più breve tempo possibile i pazienti candidati al trattamento con Ecmo nelle Ti dotate del dispositivo. Attualmente la rete

Ecmonet ha un sito internet <http://www.ecmonet.org/> [1].

Nel periodo agosto 2009-marzo 2010 sono stati gestiti da Ecmonet 153 pazienti critici con sospetta influenza H1n1. Di questi 82 sono stati trasportati nelle Ti della rete Ecmo, di cui 60 supportati con Ecmo. In accordo con i criteri Ecmonet, 48 sono stati trasportati e 49 avevano una diagnosi confermata di infezione da virus influenzale A (H1n1).

Il team Ecmo

Un team multidisciplinare, costituito da due cardioanestesisti, un infermiere di area critica ed un perfusionista (tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare), si occupa di recarsi nella struttura richiedente con l'attrezzatura e l'equipaggiamento portatile, in modo da garantire la stabilizzazione del paziente e il trattamento Ecmo sul posto, prima del suo trasferimento nel centro specializzato. Il team viene rapidamente attivato dietro chiamata del *call center* Ecmo. È previsto che il tempo necessario all'attivazione della squadra sia di 15 minuti durante le ore diurne (h. 8-20) e di 30 minuti durante le ore notturne (h. 20-8).

Il trasporto richiede una serie di apparecchiature: spinale, monitor/defibrillatore, ventilatore, pompe-siringa, coperta termica, Ecmo, ecocardiografo ed emogasanalizzatore portatile. Tali apparecchiature sono alloggiare secondo uno schema ben definito all'interno di una particolare struttura di metallo (detta *castello*). Essa permette un'ottima stabilità di tutto il materiale e il pronto accesso al paziente da parte di tutto il team in caso di eventuali urgenze.

Posizionare il paziente per il trasporto nel più breve tempo possibile è molto importante per poter arrivare velocemente al centro di riferimento e, allo stesso tempo, per poter garantire la stabilità emodinamica e la sicurezza del paziente, in modo da poter affrontare con tranquillità tutti gli eventuali imprevisti clinici o organizzativi.

Il trasporto sicuro è garantito con ambulanze predisposte e, nel caso di spostamenti a lungo raggio, con aerei C130 dell'Aeronautica militare italiana sui quali sono caricate le ambulanze stesse.

Responsabilità dell'infermiere del gruppo Ecmo

L'infermiere è fondamentale nel team di trasporto Ecmo; le sue responsabilità riguardano:

- l'assistenza alle funzioni vitali di base;
- la relazione d'aiuto con il paziente in ogni momento del trasporto;
- il controllo e la gestione dell'attrezzatura;
- il garantire la sicurezza nel trasferimento.

Il team di infermieri è stato selezionato dal Coordinatore infermieristico ed i criteri di scelta, oltre alle conoscenze, abilità e competenze possedute, riguardavano anche la forte capacità di controllo dello stress, che questo tipo di trasporto può indurre. Ciò è necessario in quanto si opera in una situazione *non protetta*, senza la sicurezza che l'ambito ospedaliero può offrire. Per tale motivo l'adesione al *team Ecmo* è stata su base volontaria.

Tutte le diverse attività svolte dall'infermiere sono state preventivamente analizzate e standardizzate in una procedura.

Alcune riflessioni sull'attività del Coordinatore

Le competenze richieste al Coordinatore per l'organizzazione della squadra di trasporto sono state molteplici:

- capacità di individuare criteri di scelta oggettivi per selezionare gli infermieri da inserire nel gruppo Ecmo, coinvolgendo al tempo stesso l'intera équipe assistenziale al fine di orientare tutto il gruppo allo stesso obiettivo;
- capacità di integrazione con altre figure professionali in un ambiente ad alta complessità nel quale i ruoli, le competenze e le responsabilità devono essere chiari e condivisi;
- capacità di gestione delle risorse materiali;
- capacità di pianificazione delle presenze degli infermieri per il team Ecmo, che tenga in considerazione da una parte le richieste della reperibilità per Ecmonet e dall'altra le esigenze dell'Unità operativa (Uo);
- progettazione delle attività di formazione del personale;
- capacità di standardizzare le procedure di trasporto del paziente.

Motivazione degli infermieri

La sfida iniziale, impegnativa e complessa, si è posta l'obiettivo di orientare il team infermieristico all'accettazione del progetto. La creazione di un team multidisciplinare che si occupi di trasporto extraospedaliero suscita dubbi, perplessità e interrogativi. Una buona strategia comunicativa, capace di suscitare l'interesse da parte di alcuni infermieri, si è dimostrata una leva fondamentale per far presa sull'intero gruppo.

L'adesione su base volontaria, un'adeguata informazione ed il fatto di considerare questo progetto come un'*opportunità da cogliere*, sono stati elementi essenziali per motivare gli infermieri.

La chiarezza e la trasparenza nel presentare i criteri e la condivisione di perplessità e dubbi ha portato l'équipe infermieristica ad accogliere l'intero progetto senza particolari difficoltà.

Gestione dei materiali

Uno dei principali problemi ha riguardato la disponibilità delle risorse necessarie per il trasporto. Poiché la dotazione di materiale è di importanza vitale per garantire dei trasporti in sicurezza, sono state realizzate delle *check list* che hanno guidato il personale infermieristico nella fase iniziale di attivazione del team, con riduzione del rischio di indisponibilità o di scorte insufficienti durante il trasporto.

Organizzazione dei turni

Il coordinamento della rete Ecmonet assegna ad ogni ospedale facente parte della rete dei turni di reperibilità. Durante il periodo di pandemia influenzale dell'inverno 2010-2011 l'Ospedale San Raffaele è stato reperibile mediamente una volta alla settimana, mentre gli infermieri del team di trasporto lo sono stati in media per un giorno al mese. Il giorno in cui l'ospedale è reperibile l'infermiere dedicato ai trasporti rimane di riposo e soggetto a pronta disponibilità per le 24 ore. Tuttavia è necessario prevedere anche una possibile assenza nei giorni successivi, qualora i trasporti siano su distanze lunghe o si verifichino situazioni imprevedibili (come per es. cattive condizioni metereologiche) che possano creare ritardi sul presunto orario di rientro.

A volte il calendario delle reperibilità dell'ospedale è giunto tardivamente e quindi si è reso necessario in poco tempo rimodellare la turnistica secondo le nuove necessità. Un'ulteriore difficoltà è stata rappresentata dal periodo stagionale di maggiore allarme, quello invernale: com'era lecito aspettarsi, la pandemia influenzale ha colpito anche

l'organico infermieristico e quindi si è assistito a un picco di assenze impreviste che si sono aggiunte alle assenze programmate.

La flessibilità e la disponibilità del gruppo infermieristico, l'attenzione nella pianificazione dei turni ed un'equa distribuzione sui tre turni del personale esperto hanno favorito la possibilità di garantire i trasporti senza particolari criticità.

Formazione del personale

Sono stati progettati interventi formativi per preparare il personale ad operare in condizioni differenti rispetto a quelle abituali. Questo è uno dei motivi per cui per la costituzione del gruppo dedicato ai trasporti sono stati selezionati infermieri con competenza avanzata, capaci di assumere decisioni in maniera sicura, tempestiva ed efficiente nei diversi ambiti e contesti lavorativi.

Dapprima è stato realizzato un corso teorico e pratico, ripetuto in più edizioni, indirizzato al personale medico ed infermieristico, allo scopo di fornire le conoscenze relative all'Ecmo. Sono state realizzate poi delle simulazioni per rendere fluide le manovre di assistenza al paziente e di alloggiamento delle attrezzature, evidenziando le eventuali criticità che sarebbero potute insorgere durante il trasporto.

Integrazione delle diverse professionalità

L'attività del Coordinatore infermieristico in questo ambito è fondamentale. L'integrazione all'interno del Team Ecmo è cruciale per la riuscita della missione: tutti gli operatori (infermieri, anestesisti, perfusionisti ecc.), con diversi livelli di conoscenza e di esperienza nell'utilizzo delle tecnologie, della strumentazione e delle sequenze degli interventi, devono riuscire ad amalgamare le proprie caratteristiche professionali, umane e personali, sapendo rispettare e condividere quelle di ogni componente del team. La capacità di gestire il proprio livello di stress e quello degli altri colleghi è una dote fondamentale per poter far parte del team Ecmo.

Il trasporto, durante il quale spesso si verificano imprevisti e contrattempi, rappresenta una prova di carattere: la capacità del gruppo di gestire la tensione consente di trovare la soluzione a problemi nuovi che, spesso, sono già stati affrontati e risolti in precedenza in situazioni simili, ma con persone diverse. Ogni componente del gruppo deve imparare a fidarsi dell'esperienza e delle conoscenze del professionista che gli sta di fianco, considerandolo come un collega che in questo momento ha il suo stesso obiettivo, quello di salvare la vita del paziente che si trova lì.

Infine, le problematiche affrontate, le soluzioni adottate e gli eventuali momenti di conflitto insorti durante il trasporto sono analizzati nei momenti di debriefing organizzati dal Coordinatore subito dopo il rientro in sede.

La nostra esperienza come Terapia intensiva cardiocirurgica dell'Ospedale San Raffaele

Nel periodo gennaio-marzo 2011 l'Ospedale San Raffaele è stato coinvolto, come Centro di riferimento della rete *Ecmonet*, per il trasporto di 8 pazienti (età 26-60 anni). I pazienti sono stati trasferiti al nostro Centro con l'aeromobile militare o con un'ambulanza attrezzata. Per uno dei pazienti è stato impiantato l'Ecmo nella nostra Ti, mentre per i restanti sette gli Ecmo sono stati posizionati negli ospedali di partenza. I trasporti sono avvenuti in città diverse (**Figura 1**), con una distanza media coperta di 950 km circa e con un tempo medio di trasporto di 11 ore.

Figura 1 - Cartina schematica raffigurante i trasporti di pazienti per la Terapia intensiva cardiocirurgica dell'Ospedale San Raffaele.



Tutti i trasferimenti hanno avuto esito complessivamente positivo, sebbene alcuni siano stati caratterizzati da problemi del paziente che hanno richiesto fermezza e rapidità nella loro risoluzione. I problemi che si sono dovuti affrontare sono stati: sanguinamento improvviso, edema facciale e del torace (a causa del posizionamento durante il volo), pneumotorace, funzionamento difficoltoso di un drenaggio pleurico. I pazienti hanno presentato spesso dei cali di pressione arteriosa al momento del decollo e dell'atterraggio dell'aereo.

Si sono anche verificati degli imprevisti legati alla procedura, come un *black out* dell'aereo e, di conseguenza, anche dell'ambulanza.

Un ulteriore impegno organizzativo è rappresentato dal fatto che la programmazione dei voli dipende molto dalle condizioni meteorologiche; in caso di avversità del tempo si possono verificare ritardi nel trasporto che costringono a riprogrammare le terapie e i parametri del trattamento.

Due elementi indispensabili per il trasporto sono l'ossigeno e l'energia elettrica. La maggior criticità è rappresentata dal primo: poiché la sua quantità non è infinita, le scorte vanno allestite tenendo conto anche delle ore di trasporto necessarie.

Conclusioni

L'esperienza oggi maturata ci suggerisce che in futuro il modello gestionale seguito per questa occasione potrebbe essere applicato su larga scala ed in condizioni operative diverse dalla pandemia H1n1.

La nostra esperienza è stata molto positiva: ha incrementato la collaborazione tra le diverse figure professionali ed il riconoscimento reciproco dell'importanza dei diversi operatori. Alcune difficoltà iniziali ci hanno indotto a rivedere l'elenco del materiale occorrente, ad adeguare le scorte di farmaci e a definire una procedura sull'attivazione del team. Questa procedura rientra oggi nel sistema qualità del nostro ospedale.

[1] Ultimo accesso il 4/06/2012.

BIBLIOGRAFIA

- Chenaitia H et al. *Mobile cardio-respiratory support in prehospital emergency medicine*. Eur J Emerg Med, 2010, Apr, 18(2), 99-101.
- Haneya A et al. *Extracorporeal circulatory systems in the interhospital transfer of critically ill patients: experience of a single institution*. Ann Saudi Med, 2009, Mar-Apr, 29(2), 110-4.
- Philipp A et al. *First experience with the ultra compact mobile extracorporeal membrane oxygenation system, Cardiohelp in interhospital transport*. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2011, Mar, 8.
- Staley L L et al. *Bridge to decision: Swat team approach used by Mayo Clinic Arizona's cardiac transport team*. Prog Transplant, 2010, Jun, 20(2), 118-24.
- Thalmann M, Trampitsch E, Haberfellner N et al. *Resuscitation in Near Drowning With Extracorporeal Membrane Oxygenation*. Ann Thorac Surg, 2001, 72, 607-8.

SCAFFALE

L'infermiere in Italia: storia di una professione

di Cecilia Sironi

Carocci Faber Editore
pagine 240, euro 23,00



Di fronte a momenti difficili e di evoluzione, come quello che i Paesi occidentali stanno vivendo, si è portati a sviluppare un sapere procedurale molto concentrato su mezzi e strumenti. Si riflette, si scrive, si opera per il *come* e trascurando *il cosa e il perché*. Ma proprio nei momenti di crisi sociale ed economica è essenziale soffermarsi sulla nostra identità di infermieri. Solo dal motivo per il quale esiste l'assistenza infermieristica, dall'analisi del contributo di scopo al fine dell'uomo, noi possiamo solidamente identificare l'infermiere e il cammino che egli deve compiere. In questo caso la Storia è maestra sicura. Lo studio storico, alla ricerca delle origini di

senso dell'oggi, può tracciare orme di futuro.

Cecilia Sironi, nel suo nuovo testo: *L'infermiere in Italia: storia di una professione*, Carocci, Roma, 2012, è, proprio in tale direzione, guida sicura.

Autore di chiara fama, nel suo nuovo lavoro di ricerca completa un lavoro di ricerca storica già iniziata nel 1991.

Al tempo ebbe effetto dirompente con la sua lettura della leadership infermieristica comparando mondo italiano e mondo anglosassone, oggi sistematizza la sua opera arricchendola con medesimo effetto di preziosa ricerca storica del mondo infermieristico italiano, soprattutto tra ottocento e novecento.

Il fenomeno delle congregazioni religiose femminili del XIX secolo, così importanti per la storia infermieristica italiana, troppo trascurato fino ad oggi, trova nel libro il ruolo che merita.

Sironi, tra tutti i tagli storici di indagine possibile, sceglie quello della professione e, segnatamente, della professione infermieristica.

Una professione è lo specchio tangibile – *l'hic et nunc* – di una conoscenza. La conoscenza viene generata nelle dimensioni di spazio e tempo e, nelle discipline prescrittive, proprio in queste due dimensioni si restituisce alla comunità sociale in una professione con le caratteristiche ormai abbondantemente studiate nella letteratura specifica.

L'autrice legge quindi gli attori, soprattutto a partire dalla assistenza infermieristica moderna.

Un libro necessario, che attualizza l'esperienza storica, a volte folgorante, di personaggi, gruppi e luoghi troppo spesso dimenticati. L'eccessiva esterofilia infermieristica ha a tratti fatto dimenticare il prezioso contributo italiano, soprattutto a partire dai riformatori dell'assistenza post-tridentini.

Sironi, oltre a raccontare così finemente le vicende storiche fa un passo in più: le utilizza come canone interpretativo per l'oggi.

Nel settimo capitolo del testo, formula ipotesi di studio e di ricerca sulla situazione della professione infermieristica italiana proprio a partire dalle cause storiche descritte nei capitoli precedenti.

Il risultato è veramente significativo. Si sa che la storia ha spesso bisogno di distanza, anche temporale, per essere letta senza cadere in tranelli di parte. Ma qui non è così. La lunga esperienza di Cecilia Sironi, maturata in ambienti nazionali e internazionali unita alla rigosità di studio delle fonti storiche riescono a realizzare una storia infermieristica contemporanea capace di interrogare il lettore nelle sue radici identitarie e sollevare in lui la responsabilità di produrre nuovi fecondi rami.

Il libro di Cecilia Sironi, per la sua linearità affascina e arricchisce, esso racconta la vita di una professione lasciando ben intendere che ciascuno di noi *sarà perché è stato* e che – diceva Simone Weil - *“il futuro entra in noi molto prima che accada”*.

Edoardo Manzoni

Direttore generale dell'Istituto Palazzolo di Bergamo

SCAFFALE

Prima di Florence Nightingale. La letteratura infermieristica italiana 1676-1846

di **Filippo Festini, Angela Nigro**

Editore Libreriauniversitaria.it
 pagine 96, euro 9,00



Il libro di Filippo Festini e Angelica Nigro: *Prima di Florence Nightingale. La letteratura infermieristica italiana 1676-1846* colma un'importante lacuna editoriale e di studio.

Il testo risponde a due domande molto poco frequentate dalla letteratura infermieristica: se Florence Nightingale è chiamata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, da dove ha tratto la propria conoscenza e cosa esisteva prima del suo indiscusso contributo? E ancora, come si sviluppa la conoscenza infermieristica e come ha avuto nascita la scienza infermieristica?

Bernardo di Chartres, nel XII secolo, già ricordava: *“siamo nani che stanno sulle spalle dei giganti, così che possiamo vedere più lontano di loro non grazie alla nostra statura o all'acutezza della nostra vista, ma perché - stando appunto sulle loro spalle -*

siamo più in alto di loro”.

Secondo le più accreditate correnti epistemologiche del novecento, la comprensione dei fenomeni avviene prevalentemente per accumulo. Ciò che sappiamo e che cerchiamo nasce da quanto altri hanno saputo prima di noi e le nostre radici, anche per rifiutarle, muovono dalle *spalle dei giganti*.

La nascita dell'assistenza infermieristica come disciplina scientifica viene ricondotta a Florence Nightingale. In verità, la specializzazione del concetto culturale di assistenza ha numerose concause che l'eroina appena citata ha saputo trarre in una sintesi di originale vantaggio.

La specializzazione della conoscenza della filosofia positivista, la condizione degli ospedali, i movimenti di emancipazione femminile, la ricerca di un ruolo sociale nella borghesia e nella nuova nobiltà senza lignaggio di spada e - soprattutto - la rivoluzione igienica, sono alcune delle motivazioni che consentiranno l'evoluzione del concetto di assistenza infermieristica. Dopo la scoperta del microscopio nel 1664 da parte di Hooke, il XIX secolo vede un lavoro collettivo di grandi studiosi europei che, da Pasteur, passando per Cohn e fino a Koch, stravolgeranno la concezione dell'ospedale, della salute, dell'assistenza infermieristica.

Lo stesso padre di Nightingale è un epidemiologo.

Anche nella prima metà dell'ottocento in Italia si comincia a mettere in pratica l'igiene non solo come ambito di studio in sé, bensì applicato all'architettura, alla clinica, alla assistenza.

Il clima ovunque è il medesimo, ma qualcuno arriva prima, o meglio ha strumenti editoriali e di autorevolezza più efficaci, qualcuno arriva dopo. Il testo qui in esame propone una sinossi di quattro testi che certamente arrivano prima. Tre di essi vivono appieno il clima igienistico che influenzerà la nascente assistenza infermieristica.

Sappiamo da Nightingale stessa quanto ella abbia attinto dallo studio e dall'opera *di giganti* attraverso un lungo viaggio in Europa, soprattutto in Germania e Francia. La tradizione e la conoscenza che riconduciamo alla Fondatrice deve molto a chi l'ha preceduta, e deve molto proprio alla speculazione italiana, per esempio nell'opera dei riformatori dell'assistenza (Giovanni di Dio, Camillo de' Lellis, Vincenzo de' Paoli). I preziosi documenti storici proposti e studiati da Festini e Nigro sono tra loro molto diversi. Il primo, più antico (1676), scritto da un infermiere, raccoglie la sua esperienza al fine di darne sequela ai discepoli. I successivi tre testi (1790, 1833, 1846), scritti da medici, risentono della influenza igienica e si inseriscono nel noto filone dei cosiddetti 'medici illuminati' vocati all'insegnamento.

Tutti i testi sono scritti da uomini, a confermare i tempi storici e la solidità delle fonti: abbiamo purtroppo diverse esperienze, sin a partire dai trattati di Scuola Salernitana (tra tutti l'esempio di Trotula da Ruggero), di donne costrette editorialmente a divenire uomini per dar sostegno scientifico ai loro studi.

Un ultimo cenno. Il grande valore di questo libro sta anche nel riuscire a mostrare come l'opinione (doxa) si trasforma in scienza (episteme). Come si passa dall'esperienza personale di Francesco del Bosco alla moderna scienza infermieristica costruita nei canoni epistemologici? La scienza muove sempre dalla opinione - sensata direbbe Galileo - che intraprende poi il cammino sperimentale che la conferma, o meglio, non la falsifica.

Non si sarebbe sviluppata la scienza infermieristica senza la saggia opinione di molti autori che abbiamo dimenticato. Questo libro li trae alla memoria, contribuendo così esemplarmente al nostro futuro.

Edoardo Manzoni

Direttore generale dell'Istituto Palazzolo di Bergamo

SCAFFALE

Oltre l'eccesso. Quando internet, shopping, sesso, sport, lavoro, gioco diventano dipendenza

di **Alfio Lucchini, Paola Emilia Cicerone**

FrancoAngeli Editore, Milano, 2011
pagine 144, euro 18,00



Da qualche tempo non passa lustro senza che venga indicata una nuova sindrome da dipendenza patologica. I Settanta sono stati gli anni della scoperta della dipendenza da lavoro e da sport. Negli Ottanta è la volta delle dipendenze da sesso e da shopping. Gli ultimi decenni vedono avanzare le dipendenze legate ai nuovi mezzi di comunicazione, la cosiddetta *internet addiction*. Ultimamente sta invece assumendo proporzioni quasi epidemiche il gioco d'azzardo patologico.

Siamo dunque di fronte a una vera e propria esplosione delle forme di dipendenza non legate a una sostanza. Gli autori Lucchini e Cicerone raccolgono opportunamente sotto un medesimo approccio

tutte queste forme di dipendenza. Già questa scelta di trattare in un unico libro molteplici forme di dipendenza costituisce un merito: infatti non è per niente comune trovare in letteratura un approccio unitario a forme di comportamento patologico che differiscono anche molto l'una dall'altra.

Ulteriore interesse del libro è presentare in un linguaggio facilmente accessibile i contributi di vari studiosi e professionisti che si occupano di diagnosi e cura delle dipendenze. Il libro realizza in effetti un virtuoso equilibrio fra dati scientifici ed epidemiologici, aggiornati alla più recente letteratura internazionale, e indicazioni pratiche sia per operatori socio-psicologici, che anche per persone comuni. Con l'aiuto di box specifici e la descrizione vivida di casi clinici, nonché con la chiara messa in evidenza dei tratti che rendono un comportamento consueto (come lavorare) un comportamento patologico (restare psicologicamente incatenato dal lavoro), gli autori indicano i segnali precoci che possono mettere sull'avviso le persone vicine ai pazienti, come familiari e amici. Le dipendenze di cui il libro si occupa sono comunque tutte accomunate dall'effetto assorbente e schiavizzante che un determinato comportamento assume nella vita di una persona. In effetti sarebbe interessante riflettere su come una società che elogia l'individualità sembri invece paradossalmente favorire comportamenti di estrema dipendenza da un ristretto ambito di vita. Gli autori suggeriscono come le dipendenze siano tutto sommato rassicuranti per gli individui: diventare un super esperto mondiale di giochi on line, concludere una giornata soddisfacendosi con una prostituta, tentare di 'mungere' la fortuna passando delle ore a far girare le macchinette nel bar, sono tutti a loro modo comportamenti che, restringendo in un solo punto la complessità del mondo, rende le persone meno ansiose.

Fino a un certo punto, però. Qui si aprirebbe una riflessione antropologica, nella quale giustamente gli autori non si cimentano, ma che richiamerebbe come le pur alte scariche di dopamina (il mediatore neuro-chimico legato alle esperienze gratificatorie) siano solo l'occasione iniziale per instaurare una dipendenza patologica. Essa diventa stile di vita e di pensiero per la persona nel momento in cui la riduzione del mondo a un fuoco di interesse unico diventa modo per controllare l'angoscia di stare al mondo. È un bisogno di controllo quello che si manifesta dietro i comportamenti di dipendenza patologica, un controllo che può essere esercitato solo nel momento in cui la società viene tutta catturata dal buco nero che sta al centro della dipendenza comportamentale. Tutto il resto non conta e quindi non suscita più angoscia.

Fino a quando, però, la persona non si risveglia bruscamente. Spesso serve un intervento esterno, di un familiare o un conoscente, oppure una rovina talmente irrimediabile da non poter essere scansata, che dà una svolta alla spirale di involuzione delle dipendenze comportamentali. Alcuni soggetti si rendono conto della propria condizione solo una volta che una forza maggiore rompe il circolo autoreferenziale della dipendenza, come quell'uomo arrestato dalla polizia per prostituzione che ha ringraziato gli agenti per averlo fermato.

Questo libro è un contributo molto interessante proprio verso la mobilitazione delle persone ad una maggiore attenzione nei confronti delle dipendenze comportamentali non illegali.

Alberto Zatti

Professore Associato di Psicologia sociale
Università degli studi di Bergamo

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