

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVI

5

ISSN 2038-0712

**SETTEMBRE - OTTOBRE
2012**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

- **EDITORIALE**
“Siamo pronti a sostenere un progetto di riforma che ridefinisca l'offerta sanitaria partendo dai bisogni del cittadino”
di Annalisa Silvestro

- **FOCUS**
Cresce la voglia di esercizio autonomo
di Michele Musso

La morte cardiaca improvvisa: un fenomeno d'interesse sociale e non solo
di Matteo Ravazzi, Luca Pietrini

- **SCIENZE INFERMIERISTICHE**
La percezione degli assistiti sulla tutela della dignità in ospedale: uno studio qualitativo
di Anna Fumagalli, Ivana Maria Rosi

Strategie e strumenti per incrementare l'utilizzo dell'Evidence-Based Practice: revisione della letteratura
di Ugo Fazzini

- **CONTRIBUTI**
Gli effetti degli organici infermieristici sugli esiti clinici dei pazienti
di Carlo Orlandi

- **ESPERIENZE**
La comunicazione dell'evento avverso
di Gennaro Martucci

L'utilizzo della tassonomia Nanda nella pratica clinica: Reggio-Emilia e Tarragona a confronto
di Elena Virgoletti, Lucia Doro, Daniela Mecugni, Luisa Pavarelli, Marina Iemmi, Marzia Prandi, Cinzia Gradellini

Progetto Mattoni: il Patient file, un impegno per tutti i professionisti
di Carlo Brachelente

La qualità del sonno dei degenti in Unità di cure intensive
di Mara Bertaja, Vanni Bolzon, Franca Bilora

- **SCAFFALE**
Accertamento clinico - Guida metodologica illustrata per i professionisti della salute
di Autori vari

Portfolio delle competenze delle professioni sanitarie
di Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco, Gennaro Rocco, Luisa Zappini



EDITORIALE

“Siamo pronti a sostenere un progetto di riforma che ridefinisca l'offerta sanitaria partendo dai bisogni del cittadino”**di Annalisa Silvestro***Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi*

Il Ministro Balduzzi ha presentato uno schema di Regolamento che fissa gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per ridefinire l'assistenza ospedaliera. Si tratta di un documento, ora all'esame della Conferenza Stato-Regioni, di particolare rilevanza perché, se mantenuto nell'attuale scritturazione, potrà incidere in maniera significativa sull'offerta sanitaria ospedaliera e sui modelli organizzativo-assistenziali che dovranno accompagnare la riduzione complessiva dei posti letto.

Le recenti norme contenute nella *spending review* e riguardanti la Sanità prevedono, infatti, un netto taglio di posti letto, che porta la percentuale dei letti al 3,7 per mille abitanti.

Gli ospedali saranno di tre tipologie: ospedali di base, di 1^a e di 2^a livello. L'orientamento organizzativo è quello del modello per complessità/intensità di cura.

Gli ospedali dovranno collegarsi alle “reti per patologia”, che integreranno l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. Le reti indicate sono: rete infarto, ictus, traumatologica, neonatologica, medicine specialistiche, oncologica, pediatria. Nello schema di Regolamento è significativo il richiamo alle dimissioni protette, alla continuità delle cure e dell'assistenza e ai programmi di ospedalizzazione domiciliare.

Si può, quindi, pensare che si voglia ridefinire l'offerta sanitaria, globalmente intesa, partendo dai bisogni del cittadino e abbandonando l'attuale centratura sul percorso diagnostico-terapeutico e sulla disciplina medica.

Le parole usate dal Ministero per introdurre i succitati temi (capitolo 10 del Regolamento) sono particolarmente vicine a quelle utilizzate, con decisione e a più riprese, dalla Federazione Ipasvi. *“La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la manca organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale”*.

In questo processo di cambiamento il ruolo dell'infermiere è rilevante. Noi lo diciamo da tempo ed esprimiamo soddisfazione nel vederlo scritto in un documento predisposto dal ministero; un documento che sancisce la valorizzazione e il rilancio dell'ospedale di comunità – **gestito da infermieri** – che prende in carico pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa e di interventi sanitari che potranno avere successiva continuità a domicilio.

Non vogliamo assumere un atteggiamento autocelebrativo, dicendo che è da lungo tempo che parliamo di **ospedali organizzati per complessità assistenziale e intensità di cure o di strutture intermedie gestite da infermieri**. Non vogliamo nemmeno che la partita che si sta giocando tra Governo, Parlamento, Conferenza Stato-Regioni e Professioni sanitarie possa essere vissuta come una battaglia di “*posizione*” in cui è più bravo chi riesce a difendere il proprio fortino e mettere bandierine nel campo avversario. Vogliamo però che vi sia la consapevolezza di quanto è stato lungimirante il pensiero e il **progetto “politico”** del nostro gruppo professionale.

Ci sono, e ci saranno, resistenze a difesa di unità operative complesse negli ospedali oppure, *tout court*, di ospedali non più da tempo definibili come tali, di discipline e di poltrone.

Ciò che noi, invece, intendiamo continuare a perseguire e a sostenere a seguito del processo innestato dalla *spending review* (legge 135/2012), è un contro-bilanciamento organizzativo e assistenziale che richiede – per essere reale – un profondo **cambiamento** del nostro sistema salute.

Non ci dovrà essere un’aprioristica e poco vagliata ridefinizione dei servizi garantiti al cittadino; non si dovrà continuare a far pagare prevalentemente agli infermieri le storture originate da miopi e parziali manovre di contenimento della spesa e dal mantenimento di orticelli di potere.

Con grande senso di responsabilità, siamo pronti a sostenere con le nostre competenze e le nostre idee un progetto di riforma che metta mano al cambiamento dei **sistemi organizzativi e assistenziali** nel segno dell’innovazione e della equità.

Forse questa volta le nostre idee e proposte hanno iniziato a trovare cittadinanza.

Roma, 8 novembre 2012

Comunicato pubblicato su www.ipasvi.it



FOCUS

Cresce la voglia di esercizio autonomo

di **Michele Musso**

A Modena la Prima giornata nazionale sulla libera professione infermieristica

“Ben vengano tutte le soluzioni che stiano in una logica di sussidiarietà per ciò che il sistema sanitario pubblico non può più dare”. In questa frase c'è una delle chiavi di lettura delle ragioni che hanno portato alla Prima giornata nazionale sulla professione infermieristica, che si è svolta a Modena il 17 novembre scorso, per iniziativa della Federazione Ipasvi in collaborazione con l'Enpapi.

A pronunciarla è stato **Federico Spandonaro**, docente di Economia sanitaria alla Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata, nel suo intervento alla Giornata, con il quale ha delineato il contesto generale all'interno del quale si inserisce la libera professione degli infermieri.

Una modalità di esercizio professionale, vale la pena sottolinearlo ancora una volta, che fino a pochi anni fa era assolutamente marginale, tanto che la professione veniva - e tuttora viene - percepita in larga parte dell'opinione pubblica come strettamente legata al lavoro dipendente, sia esso pubblico (largamente prevalente) sia esso privato. Oggi, però, numerosi segnali stanno a indicare che la tendenza non è più questa. Non solo, almeno. In altre parole, sono sempre più i colleghi che, per scelta o anche per necessità intraprendono la strada del lavoro autonomo.

Perché, con quali prospettive e quali problemi sono i temi che sono stati affrontati nella Giornata modenese, aperta dal saluto di benvenuto della presidente del Collegio locale, **Carmela Giudice**.

Ad avviare la serie degli interventi, dopo l'introduzione della presidente della Federazione, **Annalisa Silvestro**, proprio la relazione di Spandonaro, che ha offerto la sua interpretazione della situazione della sanità italiana. Non senza alcune indicazioni tutt'altro che scontate alla luce dei luoghi comuni più diffusi come, per esempio, che “l'Italia, in realtà, è un Paese che ha fatto grande attenzione alla spesa in sanità”; oppure che “la sanità è il settore più efficiente della Pubblica amministrazione”. Indicazioni tutte sostenute da solide cifre, naturalmente. Per farla breve, secondo Spandonaro i problemi della sanità italiana (e non solo della sanità) sono nella bassa crescita e nel debito elevato, ai quali si aggiungono, nello specifico della sanità, l'inefficienza “allocativa” delle risorse piuttosto che quella tecnica, con la conseguenza che nel sistema convivono sprechi e razionamenti. Ciò non toglie, ha aggiunto Spandonaro, che il sistema di welfare vada in qualche misura ridiscusso e che, in particolare, vada riconsiderato il principio dell'universalità “assoluta” del Servizio sanitario nazionale alla luce del cambiamento del contesto sociale ed economico. In questo quadro, caratterizzato da una oggettiva, forzata tendenza a selezionare gli interventi del sistema pubblico di assistenza, “la sfida per i professionisti - ha sostenuto l'economista - è assumere il ruolo di mediatori sociali, tra l'iniziativa delle persone e l'universalismo selettivo dei sistemi di welfare”.

Ecco quindi che, tra evoluzione del ruolo professionale e necessità imposte dall'andamento della congiuntura economica, il fenomeno della libera professione tende ad accentuarsi anche tra gli infermieri, soprattutto tra quelli delle generazioni più giovani. È comprensibile, però, che in un Paese nel quale “infermiere” e “dipendente” sono (stati) due termini tanto strettamente connessi, le leggi, le normative e, prima ancora, le “culture” si siano formate seguendo quella logica. E che modificarle richieda tempo e applicazione nell'individuare i problemi e le soluzioni.

In questo non facile “esercizio” si sono cimentati a Modena, nell'ordine, **Beatrice Mazzoleni**, presidente del Collegio di Bergamo, del Coordinamento dei Collegi Ipasvi della Lombardia e componente del Comitato centrale della Federazione, che ha affrontato gli elementi di sistema per l'esercizio libero-professionale dell'infermiere e, in particolare, la realizzazione di una “rete” che sia in grado di proporsi come supporto professionale ed organizzativo per garantire la continuità assistenziale. Indispensabili, a questo scopo, alcuni strumenti tra cui una formazione finalizzata allo sviluppo degli elementi fondanti l'esercizio libero professionale, la definizione degli elementi di necessità e utilità per la strutturazione della tariffa e l'attivazione di percorsi per l'accreditamento sotto l'egida dei Collegi.

Dal canto loro, **Angelo Pandolfo**, professore di Diritto del lavoro alla Sapienza di Roma, e **Paolo D'Agostino**, docente di Diritto penale all'Università di Torino, hanno affrontato gli aspetti della libera professione infermieristica con un focus derivante dalle loro discipline accademiche. **Mario Schiavon**, presidente dell'Enpapi, ha fornito un quadro dettagliato dell'attività e dell'evoluzione dell'ente di previdenza, ricordando, tra l'altro, che l'Enpapi si avvicina ai 45 mila iscritti, di cui quasi tre quarti (il 70%) esercita con partita Iva. Schiavon ha anche confermato il consolidamento della sinergia tra l'Ente di previdenza e la Federazione, in particolare nell'analisi dello stato dell'arte, delle prospettive future e dei percorsi da attivare e implementare per un ulteriore sviluppo.

Le ipotesi di evoluzione dell'esercizio libero professionale attraverso la possibilità di “intra moenia” per gli infermieri pubblici dipendenti della possibile attivazione di forme di “convenzionamento”, sono stati gli aspetti trattati, rispettivamente, da **Marinella Girotti**, esperta di gestione dei rapporti di lavoro, e da **Giacomo Milillo**, segretario nazionale della Fimmg, la Federazione dei medici di medicina generale. Quest'ultimo ha voluto sottolineare e confermare la distinzione di ruoli e funzioni tra la figura del collaboratore dello studio inteso come assistente per la gestione degli aspetti “amministrativo-gestionali” dell'ambulatorio e il professionista infermiere.

Per interpretare le aspettative dei cittadini nei confronti della libera professione infermieristica è intervenuto a Modena **Tonino Aceti**, coordinatore delle associazioni dei malati cronici di Cittadinanzattiva. Aceti ha ribadito che “l'infermiere è una figura strategica a cui va riconosciuta una funzione importante”, sottolineando che la libera professione infermieristica “deve essere intesa come complementare alle tutele pubbliche della salute e non come sostitutiva”. Agli strumenti di salvaguardia di assistiti e infermieri ha dedicato il proprio intervento **Maria Adele Schirru**, presidente del Collegio di Torino, del Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Piemonte e componente del Comitato centrale della Federazione.

Sul principio di salvaguardia delle tutele per i cittadini ha fortemente convenuto la presidente Ipasvi, Annalisa Silvestro richiamandosi anche agli orientamenti in merito dell'Unione europea.

Silvestro ha confermato il pieno sostegno della Federazione ad un esercizio libero professionale che, attraverso l'espressione del core disciplinare infermieristico e delle correlate competenze anche di tipo specialistico può completare, integrare ed anche rafforzare una specifica e peculiare modalità di risposta ai bisogni della collettività e dei singoli cittadini.

“L’espansione dell’esercizio libero professionale infermieristico non è solo conseguente all’interesse dimostrato dal mercato del lavoro e non è nemmeno una conseguenza della ottenuta possibilità di inserimento nella sanità pubblica; è anche una scelta coerente con la maturazione della professione e con la consapevolezza dei professionisti infermieri della specificità e autonomia del loro pensiero e del loro agire dopo un ricco e peculiare percorso formativo accademico. Siamo convinti che l’esercizio libero professionale sarà valore aggiunto per la costante ridefinizione delle modalità e dei contenuti della risposta assistenziale infermieristica e per l’ulteriore crescita e visibilità del gruppo professionale”. Ed infatti con il 17 novembre si è dato inizio a un percorso che sarà arricchito di ulteriori momenti di approfondimento, riflessione e proposizione negli anni a venire.



FOCUS

La morte cardiaca improvvisa: un fenomeno d'interesse sociale e non solo

di Matteo Ravazzi (1), Luca Pietrini (2)

(1) Infermiere libero professionista presso Nuova Nursing Toscana

Corrispondenza: ravazzimt@yahoo.it

(2) Infermiere Formatore, Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Firenze

Corrispondenza: luca Pietrini@libero.it

La Morte cardiaca improvvisa (Mci) colpisce ogni anno in Italia più di 1000 giovani con età inferiore ai 35 anni (Del Vecchio, 2008). Si tratta di un fenomeno di una certa rilevanza sociale, quindi, con una particolarità preoccupante: la sua mortale insorgenza in soggetti apparentemente sani, perfino negli atleti.

La definizione stessa indica che la Mci è inaspettata: dopo circa un'ora dalla comparsa dei sintomi prodromici (cardiopalmi, tachicardia, dispnea, astenia, altro), non sempre evidenziabili e/o presenti, si manifesta generalmente l'arresto cardiorespiratorio (Zipes, 2009; Fuster, 2009). La presenza o meno di patologie cardiache preesistenti non è un fattore strettamente necessario per l'insorgenza della Mci, anche se molte malattie del cuore ne aumentano esponenzialmente il rischio.

La definizione e l'intervallo di tempo fra l'insorgenza dei sintomi e l'evento fatale, ovvero l'arresto cardiaco, è molto discussa nel panorama scientifico: ciò che pone difficoltà è il fatto che almeno l'80% degli eventi avviene a domicilio e più del 40% senza la presenza di testimoni. Questo rende impervio definire l'evoluzione dell'evento e la sua causa scatenante; gli ultimi studi tendono a considerare questo intervallo di tempo inferiore o pari a 1 ora (Del Vecchio, 2008), basandosi sull'analisi retrospettiva dei certificati di morte o sulle rianimazioni in emergenza.

Sono aumentate le Mci?

L'aumento dell'incidenza di Mci è strettamente correlato alla co-presenza di tutti quei fattori predisponenti il rischio; questo assommarsi di fattori deriva da un nuovo scenario sociale e da stili di vita che si fanno sempre più frequenti nella popolazione giovanile:

- aumento del consumo di sostanze come cocaina, metamfetamine, alcol, tabacco;
- assunzione di modelli di bellezza inducenti disordini alimentari (es. anoressia, bulimia nervosa, diete squilibrate);
- diffusione della pratica del body building, spesso accompagnata dall'uso illecito di steroidi anabolizzanti;
- uno stile di vita che genera stress (fisico, mentale, emotivo).

Tutti questi elementi possono portare direttamente o indirettamente, singolarmente o in interazione all'evento Mci (Cross, 2011; Van der Werf, 2010).

A livello mondiale la Mci rappresenta più del 60% delle morti improvvise nella popolazione sotto i 40 anni di età (Van der Werf, 2010).

È difficile fare una stima epidemiologica precisa sulla diffusione del fenomeno nel mondo: i dati oscillano da una stima annua che va dallo 0.46 per 100000 persone a incidenze annue di 13.4 persone ogni 100000 abitanti (Cross, 2011). Questa forte mancanza di omogeneità, come dimostra anche la **Tabella 1**, è probabilmente riconducibile al fatto che la Mci, più di altre patologie, è strettamente influenzata non solo dalla razza e dall'età dell'individuo, ma anche dallo stile di vita, dai fattori psicosociali, dalla dieta, dalle strategie di prevenzione e dalle reti assistenziali sanitarie, che sono, inevitabilmente, diverse da paese a paese. Questo potrebbe spiegare il perché della forbice così ampia dell'incidenza della Mci nelle diverse popolazioni e nazioni (Van der Werf, 2010).

Tabella 1 - Distribuzione dei tassi di incidenza per Mci

Fonte: Foster, 2009; Cross, 2011; Van de Wolsh, 2011

Studio	Popolazione	Età (in anni)	Periodo osservazione	Localizzazione geografica	Incidenza Mci per 100000 individui-anno
Atkins	Arresti cardiaci avvenuti fuori dall'ospedale e valutati dai servizi medici di emergenza	11–19	2005–2007	11 US and Canadian centri urbani e rurali	6.37
Eckart	Tutte le morti improvvise non traumatiche nelle reclute dell'esercito degli US	18–35	1977–2001	US military training base	13
Winkel	Tutte le morti improvvise	1–35	2000–2006	Denmark	2.8
Fragkouli and Vougiouklakis	Tutte le morti improvvise refertate dall'autopsia	1–35	1998–2008	Epirus, Greece	1.78
Papadakis	Tutte le morti improvvise ricavate da un database sulla mortalità nazionale	1–34	2002–2005	England and Wales	1.8
Holst	Tutte le morti improvvise in atleti agonisti avvenute entro o durante 1h di sforzo fisico con una intensità moderata-intensa	12–35	2000–2006	Denmark	1.21
Corrado	Tutte le morti improvvise di non atleti riportate nei registri regionali	12–35	1979–2004	Veneto region, Italy	0.79
Corrado	Tutte le morti improvvise di atleti agonisti riportate nei registri regionali	12–35	1979–2004	Veneto region, Italy	1.9
Maron	Tutte le morti improvvise di atleti agonisti riportate nei registri regionali	12–35	1979–2006	Veneto region, Italy	1.87
Maron	Tutte le morti improvvise di atleti agonisti frequentanti licei e college	12–31	1985–2007	Minnesota	0.97
Maron	Tutte le morti improvvise di atleti agonisti	12–35	1993–2004	Veneto region, Italy	0.87
Maron	Tutte le morti improvvise di atleti agonisti frequentanti licei e college	12–31	1993–2004	Minnesota	0.93

La distribuzione del fenomeno nei due sessi presenta una marcata differenza: l'incidenza annua della Mci nei due sessi varia per gli uomini da circa 21000 casi nello studio Zheng a circa 32000 casi nello studio Maastricht, mentre è ancora più netta la differenza nel caso della popolazione femminile, con stime che variano tra i 23000 casi circa nello studio Zheng ai circa 13000 nello studio Maastricht (Del Vecchio, 2008).

Per cercare di avere un quadro più chiaro e completo possibile del fenomeno Mci è utile valutare anche la distribuzione delle cause del decesso per Mci, legate alla presenza di cardiopatie sottostanti. Dall'analisi della letteratura possiamo apprezzare come la cardiopatia ipertrofica rappresenti la causa sottostante più comune di Mci nei giovani atleti, a differenza della popolazione generale dove le cause sono delle più varie (cardiopatia ischemica, difetti valvolari, altro) (Cross, 2011).

L'incidenza di Mci secondaria a cardiomiopatia ipertrofica nella popolazione giovanile si aggira intorno al 6-8%, rappresentando quindi la causa più frequente di Mci, nei giovani così come negli atleti al di sotto di 35 anni di età (Zipes, 2007; Fuster, 2009). La miocardiopatia/displasia aritmogena del ventricolo destro è responsabile di molte Mci in soggetti apparentemente sani: alcuni studi evidenziano come il 3-4% delle Mci associate all'attività fisica nei giovani sia dovuto alla presenza di questa miocardiopatia, mentre da altri studi risulta che la stessa sia la causa del 25% di tutte le Mci non traumatiche (Zipes, 2007; Fuster, 2009). Anche la Sindrome di Brugada ha la sua importanza: infatti ha un'incidenza molto alta soprattutto nel sud-est asiatico, dove fu studiata per la prima volta nei soggetti che decedevano improvvisamente durante la notte. Anche le miocarditi, riscontrabili in un numero considerevole in età giovanile, possono portare a Mci: reperti istologici identificanti miocarditi sono stati riscontrati nel 10-44% nelle giovani vittime di Mci (Zipes, 2007; Fuster, 2009). Infine le tachicardie ventricolari polimorfe idiopatiche sono a prognosi sfavorevole per Mci. Queste comprendono la fibrillazione ventricolare idiopatica, la torsione di punta con Qt normale e la tachicardia ventricolare catecolaminergica. Si possono verificare in soggetti sani in maniera idiopatica e spesso sono associate ad un rilascio di catecolamine durante uno stress emotivo o fisico (Zipes, 2007; Fuster, 2009). Altri studi ci dimostrano come il 15% circa dei decessi per Mci non siano dovuti a patologie cardiache sottostanti (Van de Werf, 2010), bensì ad altre cause derivanti dalla condizione sociale, spostando quindi l'attenzione sulle sostanze. Secondo alcuni dati, la Mci in Italia rappresenta più del 10% di tutte le morti (Ministero della salute, 2010); altri studi riportano invece un'incidenza che si aggira intorno a 1 su 1000 abitanti l'anno, con un tasso di mortalità generale del 10,84% (Del Vecchio, 2008). Pertanto, applicando questi dati alle più recenti stime riguardo la popolazione residente in Italia e la mortalità annua, è possibile calcolare l'incidenza italiana della Mci fra i 55.000 e i 60000 casi l'anno.

Se si analizza l'incidenza in età giovanile, i dati ci mostrano come nei giovani in età inferiore 35 anni l'incidenza risulta essere più bassa rispetto all'individuo adulto; è calcolata in Italia pari a 1/100.000 abitanti l'anno, valore che aumenta notevolmente nel giovane atleta competitivo a 2.3/100.000 abitanti l'anno. È opportuno comunque ricordare che i dati relativi alle fasce giovanili risultano essere abbastanza variabili, con discrepanze dei vari studi in merito alla definizione temporale dell'evento, ai dati ricavati da popolazioni relativamente piccole, all'impossibilità di registrare i casi avvenuti nel sonno o in assenza di testimoni (Del Vecchio, 2008).

Potrebbe sembrare impossibile che un atleta, simbolo della parte fisicamente sana della popolazione, possa essere colpito da una patologia così fatale come la Mci. Come abbiamo detto, la Mci ha un'incidenza annuale di 2/3 atleti per 100.000 in età compresa tra i 12 e 35 anni (Del Vecchio, 2008); nella frequenza di questi eventi esiste una sostanziale disparità tra il sesso maschile e quello femminile (2.6 nei maschi e 1.1 nelle femmine).

Questa disuguaglianza ha un'origine probabilmente multifattoriale: è ormai indubbio che vi sia una maggiore partecipazione dei maschi, rispetto alle femmine, negli sport e che il sesso maschile rappresenti un fattore di rischio non modificabile per Mci (la maggiore prevalenza nei maschi di patologie cardiovascolari come la miocardiopatia o coronaropatia prematura può confermare questa ipotesi).

In Italia tutti coloro che intendono effettuare attività sportiva di tipo agonistico (10% della popolazione) devono sottoporsi ad un programma di screening pre-diagnostico che prevede un accertamento mirato dello stato di salute, con valutazione ad hoc della funzione cardiovascolare. Questo programma ha permesso di registrare in questi ultimi anni una riduzione della frequenza di decessi improvvisi tra gli atleti: i dati parlano di una riduzione di quasi il 90% delle Mci fra gli sportivi, con una crescente identificazione degli atleti affetti da patologie cardiache e quindi esclusi dall'attività sportiva agonistica e non (Zipes, 2007; Fuster, 2009).

Come prevenire e curare la Mci?

Appare chiaro che la Mci riguarda tutte le classi di età e non colpisce necessariamente i soggetti con patologie cardiache sottostanti; è fondamentale quindi la prevenzione di tutti quei fattori di rischio che incidono sulla probabilità che l'evento accada, oltre ad un controllo attento e mirato di coloro, come gli atleti, che rientrano nelle categorie definite a rischio.

Importante e fondamentale è anche la velocità e l'efficacia dell'intervento sul soggetto in Mci, cioè l'attivazione della catena della sopravvivenza. La rianimazione cardio-polmonare (Rcp) gioca quindi un ruolo chiave nella sopravvivenza del soggetto colpito da Mci: molti studi mostrano che raddoppia le possibilità di sopravvivenza post-evento, anche se condotta da un laico; inoltre tanto più velocemente viene effettuata, tanto più saranno alte le possibilità che la vittima sopravviva (Zipes, 2007; Fuster, 2009; Modi, 2011).

FATTORI DI RISCHIO

Fumo di sigaretta. È tra i più importanti per la *Coronary heart disease*: in vari studi è documentato come il rischio di insorgenza della Mci aumenti del 20-30% nei soggetti che fumano in media 20 sigarette al giorno. Il grado di rischio si riduce fino ad un livello molto simile a quello dei non fumatori per chi cessa di fumare, ad 1-5 anni dalla cessazione, indipendentemente dal periodo di tabagismo, dall'età, dal sesso e dal paese di origine (Fuster, 2009; Cross, 2011). Recenti studi evidenziano l'aumento del rischio per Mci legato anche all'inalazione di fumo passivo (Cross, 2011).

Uso di cocaina. È sempre più diffuso, ormai accessibile a tutte le classi sociali. Soprattutto nei più giovani questa sostanza può scatenare eventi cardiaci potenzialmente letali. La capacità aritmogena della cocaina è assolutamente indipendente dal quantitativo assunto, dalla modalità di assunzione, dalle precedenti assunzioni, dalla presenza di cardiopatie sottostanti o fattori di rischio associati (Zipes, 2007).

Utilizzo delle metamfetamine. Risulta aumentato tra i più giovani negli ultimi 10 anni. Hanno un effetto biologico molto simile a quello della cocaina, ma con proprietà vasocostrittrici minori. La tossicità cardiovascolare è comunque presente e comprende tachicardia, ipertensione ed aritmie.

Ipokaliemia primitiva. È sicuramente aritmogena, soprattutto verso aritmie ventricolari maligne, modificando la ripolarizzazione delle membrane ventricolari. La Mci rappresenta quindi una complicanza temuta e rilevante in pazienti in trattamento con diuretici (non risparmiatori di potassio) e con prescritta una dieta proteica liquida. Nei giovani, invece, è molto difficile riscontrare un abuso di diuretici, mentre, non è raro imbattersi in gravi disordini alimentari come l'anoressia e la bulimia nervosa, che portano ad importanti squilibri elettrolitici, quindi ad una possibile Mci (Zipes, 2007).

Dieta. Soprattutto quella aterogena rappresenta un importante fattore di rischio. Il consumo di pesce almeno 1 volta la settimana e il supplemento di acidi grassi omega3 rappresentano un fattore di protezione per l'insorgenza della Mci grazie alle loro proprietà antiaritmiche, antitrombotiche e antinfiammatorie. Un regime alimentare con meno del 30% delle calorie proveniente dai grassi è generalmente più consigliato, mantenendo comunque un introito calorico necessario per il mantenimento del peso ideale (Fuster, 2009).

Attività fisica. È controverso il suo ruolo. Molti studi/autori sostengono che l'intenso sforzo fisico sia causa di Mci in soggetti anche sani, seppur, ovviamente, gli effetti dell'esercizio fisico intenso siano più pronunciati nei soggetti sedentari e non abituati a sopportare e quindi compensare lo sforzo fisico. Per quanto il rischio di morte improvvisa durante attività fisica sia effettivamente basso (1 su 1.5 milioni di persone) alcuni dati evidenziano come il rischio di Mci aumenti di 16 volte nei primi 30 minuti di attività fisica intensa (Fuster, 2009). Altrettanti studi mettono in luce l'importanza di una regolare attività fisica nella prevenzione di aritmie ventricolari e danni ischemici (Cross, 2011). L'abituale attività fisica sostenuta rappresenta in generale un fattore di protezione verso la Mci; ne deriverebbe che una regolare attività fisica moderata/intensa può ridurre la frequenza di mortalità e morbilità. Il rischio di Mci aumenta transitoriamente durante il periodo di sforzo fisico intenso, mentre la durata dell'attività non influisce: un esercizio breve produce gli stessi effetti di un esercizio più prolungato, a patto che il dispendio energetico finale sia simile (Zipes, 2007; Fuster, 2009).

Stress emotivo. Soprattutto uno stato di collera può essere considerato un fattore predisponente e/o precipitante l'insorgenza della Mci, in rapporto ad una maggior scarica adrenalina. Anche i cambiamenti recenti degli stili di vita nell'ambito della salute, del lavoro, della casa, generalmente avvenuti nei 6 mesi precedenti, possono associarsi, in maniera significativa, all'insorgenza di Mci. È chiaramente consigliato uno stile di vita il più rilassato possibile, cercando di prendersi almeno 20 minuti al giorno per se stessi o comunque un momento di pausa completa (Zipes, 2007).

Uso illecito di steroidi anabolizzanti. Rappresenta ad oggi diffuso nelle competizioni atletiche e nel body-building. La modalità di assunzione è a fasi intermittenti per diverse settimane o addirittura mesi; sostanze come il testosterone, lo stanozolo e il nandrolone vengono assunte in associazione e con dosi che superano di gran lunga (anche 100 volte superiori) le dosi mediche. Non esistono dati certi sull'entità del fenomeno a causa della segretezza che circonda l'utilizzo di queste sostanze; segnalazioni isolate riferiscono di giovani sotto i 35 anni che, in seguito all'abuso cronico di queste sostanze, hanno sviluppato una ipertrofia ventricolare sinistra, un aumento del volume ematico, una aterosclerosi coronarica grave, un'ipertensione e quindi di conseguenza un aumentato rischio di Mci (Zipes, 2007).

Alcol. La maggior parte della popolazione occidentale lo consuma occasionalmente; nei Paesi privi di una chiara regolamentazione, l'etanolo è diffuso anche fra i minori di 18 anni. L'assunzione di alcol riduce l'incidenza di patologie cardiovascolari, ma per dare effetti benefici l'assunzione di etanolo deve essere moderata; gli studi indicano questo limite compreso tra le 3 e le 9 bevande alla settimana, mentre il consumo eccessivo ha effetti totalmente opposti, compromettendo seriamente il meccanismo di eccitazione/contrazione, riducendo di conseguenza la contrattilità del miocardio. Inoltre il forte consumo e abuso di alcol è associato ad una aumentata incidenza di Mci, indipendentemente dalla presenza di coronaropatia o anomalie strutturali cardiache sottostanti. Da innumerevoli studi è emerso che l'abuso cronico di 80 g di alcol al giorno aumenta di circa 3 volte l'incidenza di mortalità rispetto al consumo giornaliero di una quantità minore (Zipes, 2007; Fuster, 2009).

Patologie cardiache. Analizzando le casistiche autoptiche, risulta che la maggior causa, e quindi fattore di rischio per Mci, sia la cardiopatia ischemica, seguita dalle cardiomiopatie primitive (10-15%) e dalle cardiopatie valvolari (5%). Sopra i 30 anni di età la causa più frequente di Mci è la cardiopatia ischemica su base aterosclerotica, mentre sotto i 30 anni è frequente il riscontro di cardiomiopatie ed anomalie delle arterie coronariche (Del Vecchio, 2008).

BIBLIOGRAFIA

- Cross B, N A Mark Estes III and Mark S Link. *Sudden cardiac death in young athletes and nonathletes*. 2011, Current Opinion in Critical Care, 17:328–334.
- De Vreede-Swagemakers J J, Gorgels A P, Dubois-Arbouw W I et al. *Out-of-hospital cardiac arrest in the 1990's: a population-based study in the Maastricht area on incidence, characteristics and survival*. J Am Coll Cardiol 1997; 30:1500-5.
- Del Vecchio M, Padeletti L. *La morte cardiaca improvvisa in Italia. Dimensioni, percezioni, politiche ed impatto economico-finanziario*, Giornale italiano cardiologia Vol 9 Suppl 1-11 2008.
- Fuster V, Walsh R, O'Rourke R, Poole- Wilson P. *Hurst il cuore*. XII ed, McGraw-Hill, 2009.
- Modi S and Krahn A. *Sudden cardiac arrest without overt heart disease, circulation arrhythm electrophysiol*. 2011, 123:2994-3008.
- Sito del Ministero della salute Report attività di controllo antidoping Anno 2010, URL: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1526_allegato.pdf, [uc: 10/05/2012]
- Van der Werf C, Van Langen I and Arthur A M Wilde. *Sudden death in the young : what do we know about it and how to prevent?* Circulation arrhythm electrophysiol 2010;3;96-104.
- Zipes D, Libby P, Bonow R, Braunwald E. *Malattie del cuore*, VII ed, Elsevier Masson, 2007.
- Zheng Z J, Croft J B, Giles W H, Mensah G A. *Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998*. Circulation 2001; 104: 2158-63.

La percezione degli assistiti sulla tutela della dignità in ospedale: uno studio qualitativo

Anna Fumagalli¹, Ivana Maria Rosi²

¹Infermiera; ²Infermiera, Professore a contratto, Università degli Studi di Milano, SITRA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Corrispondenza: simo.anna@virgilio.it

RIASSUNTO

Introduzione La dignità del paziente è un valore fondamentale nell'assistenza infermieristica, ma complesso e relativo. Nella pratica gli approcci mirati a tutelarla risultano diversificati e non sempre efficaci; la soggettività del tema suggerisce la necessità di indagare la percezione degli assistiti. Data l'assenza di studi condotti sull'argomento nel nostro paese, con questa indagine qualitativa si intende esplorare il significato di dignità dell'assistito e valutare i fattori che favoriscono o ostacolano il suo mantenimento, specialmente in relazione alla pratica infermieristica, nel contesto di un ospedale italiano.

Materiali e metodi L'indagine è stata condotta, mediante interviste semistrutturate della durata di circa 20 minuti, su un campione di convenienza formato da 30 pazienti ricoverati presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nel luglio 2011.

Risultati Le interviste raccolte indicano che la dignità è percepita prevalentemente in due varianti, attiva e passiva. Sono state individuate tre componenti generali che possono promuovere o ledere la dignità del paziente: fattori legati all'assistito, all'ambiente o al personale sanitario.

Conclusioni Dall'analisi dei dati emerge maggiormente la percezione passiva di dignità; l'assistito tende ad affidarsi all'altro. Sul mantenimento della dignità influisce soprattutto il comportamento del personale: l'assistito considerato persona si sente "a casa".

Parole chiave: dignità del paziente, assistenza infermieristica, percezioni degli assistiti

Patients' perception of dignity in the hospital setting: a qualitative study

ABSTRACT

Introduction Patients' dignity is an essential value in nursing, but the notion of dignity is complex and relative. In everyday practice the approaches aimed at promoting dignity are different and not always effective; the subjectivity of the concept suggests the need of paying attention to patients' perspectives. Given the lack of studies conducted on the topic in our country, the purpose of this qualitative survey was to explore the meaning of patient dignity and to assess the factors which facilitate or hinder its maintenance in the context of an Italian hospital, particularly in relation to nursing care.

Materials and methods The survey was conducted in July 2011 on a convenience sample of 30 patients at the Ospedale Maggiore Policlinico of Milan, using semi-structured interviews lasting approximately 20 minutes.

Results The data collected show that dignity was perceived mainly in two forms, active and passive. The analysis of the interviews identified three general components that may promote or diminish dignity: factors related to the patient, to the physical environment or to the hospital staff.

Conclusions Respondents appeared to perceive mostly the passive aspect of dignity; patients tend to rely on the others. Staff attitudes and behavior greatly influence the preservation of dignity: the patient treated as a whole person feels "at home".

Key words: dignity in care, nursing, patients' perception

INTRODUZIONE

Il rispetto per la dignità del paziente è un concetto fondamentale nell'assistenza infermieristica (Stievano, 2008). L'ultima stesura del Codice deontologico degli infermieri italiani (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2009) sottolinea la dignità dell'assistito (articoli 3 e 5) e l'infermiere si impegna a rispettarla nel *Patto infermiere-cittadino* (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1996). Anche la *Carta europea dei diritti del malato* (Active Citizenship Network, 2002) garantisce all'assistito 14 diritti, di cui il sesto (diritto alla privacy e alla confidenzialità) è riconducibile alla tutela della sua dignità.

Il tema è stato esaminato da diversi autori. Per Macklin la dignità sembra un concetto privo di significato al di là di ciò che è già implicito nel principio di etica medica (Macklin, 2003); al contrario, Griffin-Heslin afferma che mantenere la dignità del malato in un contesto di cura è essenziale per permettergli di sentirsi potente in un momento vulnerabile della sua vita e per migliorare la sua autostima (Griffin-Heslin, 2005). Anche secondo Gallagher la dignità conta per gli assistiti, le famiglie e i professionisti; se le persone non si sentono apprezzate, sono propense a sentirsi sminuite, imbarazzate o umiliate (Gallagher, 2011). Come sostengono Matiti e Trorey, salvaguardare la dignità è un dovere per tutti coloro che sono coinvolti nei processi di cura. Queste restano però parole senza senso se non vengono identificati i bisogni dei pazienti, con piani d'azione per andare incontro alle loro esigenze e soddisfare le loro aspettative; per facilitare il raggiungimento di tali obiettivi possono essere sviluppati strumenti specifici (Matiti, Trorey, 2008).

Definizione

Il termine dignità deriva dal latino *dignitas*, che significa valore, meritevole di rispetto (Stievano et al., 2009). Lennart Nordenfelt descrive quattro forme di dignità: di merito, morale (o di statura esistenziale), di identità e *Menschenwürde* (dignità universale umana). La prima forma è proporzionale alla posizione che la persona occupa nella società; la seconda è correlata ai pensieri e alle azioni della persona secondo regole morali. La dignità identitaria è insita in noi stessi come persone autonome; ha maggior significato in contesti quali la malattia o l'invecchiamento e può essere intaccata da eventi o comportamenti esterni. Queste tre varianti costituiscono una dignità estrinseca, perché possono mutare nel corso della vita dell'individuo; differente è la *Menschenwürde*: un tipo di dignità posseduta da tutti gli esseri umani senza differenze finché in vita (Nordenfelt, 2004).

Per Mairis (1994) la dignità consiste nella capacità di comportamenti della persona e nel modo con cui è trattata, quando è a suo agio sia fisicamente, sia in termini psicosociali. Haddock (1996) aggiunge l'essere apprezzati e ritenuti importanti anche in condizioni non favorevoli; tesi accolta anche da Baillie (2009) in base all'esame delle percezioni di assistiti e infermieri. Jacelon e collaboratori ribadiscono che la dignità è una caratteristica intrinseca dell'uomo, che può essere intesa come un attributo e manifestarsi nel rispetto reciproco (Jacelon et al., 2004). È in linea anche la definizione di Shotton e Seedhouse (1998), derivata dalle loro personali esperienze e descritta in negazione: disagio, senso di inadeguatezza e vulnerabilità determinano mancata dignità. Una delle definizioni più recenti sta alla base della campagna *Dignity*, lanciata in Gran Bretagna nel giugno 2008 dal Royal College of Nursing, valida per qualsiasi individuo che diventa persona assistita. Tre sono i fattori principali che possono influenzare la promozione o la violazione della dignità: l'ambiente fisico, le persone e i processi. La presenza o assenza di dignità può condizionare il benessere dell'assistito; il rispetto della dignità si applica indistintamente e ugualmente per tutti, anche verso chi manca di autonomia, di capacità di scelta o di volontà, fino a dopo la morte (Royal College of Nursing, 2008).

Oltre alle definizioni riportate, dalla nostra revisione bibliografica sono emersi studi qualitativi – nessuno dei quali condotto in Italia – che hanno valutato le percezioni di assistiti e infermieri riguardo alla dignità del paziente e alle modalità con cui tale diritto viene promosso e/o violato durante la degenza in strutture di cura. Questi studi indicano come per gli assistiti la salvaguardia della dignità dipenda in maniera sostanziale dall'approccio e sensibilità del personale sanitario e dall'interazione terapeutica. Per molti pazienti è fondamentale mantenere un senso di controllo, di partecipazione alle cure e di indipendenza; è importante inoltre essere informati e difendere la privacy del corpo (Baillie, 2009; Gallagher, Seedhouse, 2002; Henderson, 2007; Lin et al., 2011; Matiti, Trorey, 2004; Walsh, Kowanko, 2002). Per gli infermieri la componente prioritaria è la privacy del corpo, ma sono rilevanti anche il coinvolgimento nelle cure e la comunicazione sensibile (Baillie et al., 2009; Heijken-skjod, 2010; Lin, Tsai, 2011; Walsh, Kowanko, 2002). Per entrambi, l'ambiente facilita la tutela della dignità se confortevole e riservato (Baillie, 2009; Baillie et al., 2009; Gallagher, Seedhouse, 2002).

Secondo Haddock, considerando la soggettività del concetto di dignità – da cui derivano approcci diversificati nella pratica e non sempre efficaci per la sua salvaguardia – sarebbe utile studiare in modo più

dettagliato, tramite indagini fenomenologiche, l'esperienza vissuta dell'assistito (Haddock, 1996). Anche Gallagher insiste sulla necessità di ampliare la ricerca in tale settore, per capire che cosa contribuisce ai deficit di dignità nelle cure e cercare di porre rimedi. Questa dovrebbe essere una priorità per chi opera in materia di etica sanitaria (Gallagher, 2011). Data l'assenza in letteratura di studi sull'argomento condotti nel nostro paese, con questa indagine ci siamo proposte di investigare le percezioni degli assistiti sul significato di dignità e sui fattori che possono favorire od ostacolare il suo mantenimento, particolarmente in relazione alla pratica infermieristica, nel contesto di un ospedale italiano.

MATERIALI E METODI

Per il campionamento, di convenienza e fino a saturazione, sono stati coinvolti degenti nelle Unità Operative di Cardiologia, Broncopneumologia, Chirurgia generale e toracica e nel Centro trapianti di rene e fegato dell'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. I criteri di inclusione prevedevano che gli assistiti fossero ricoverati da almeno 24 ore nei reparti citati, fossero in condizioni stabili, senza funzioni vitali compromesse, che fossero maggiorenni, in grado di comprendere ed esprimersi in lingua italiana, e avessero dato il loro consenso alla rilevazione e al trattamento dei dati.

Come strumento si è utilizzata un'intervista semi-strutturata *face to face* suddivisa in due parti. La prima includeva la raccolta di dati socioanagrafici quali età, sesso, nazionalità e professione. Inoltre, veniva chiesto al paziente da quanti giorni si trovasse in ospedale e quanti ricoveri avesse sostenuto prima di quello attuale. La seconda parte consisteva in domande aperte che riproponevano i quesiti della ricerca; l'assistito poteva rispondere liberamente facendo riferimento alla degenza in corso o a eventuali ricoveri precedenti, interrompendo il colloquio quando lo desiderava. Le domande erano poste in base alla direzione che prendeva il colloquio; se l'assistito aveva già descritto alcuni aspetti si evitavano domande non più necessarie. Le interviste, della durata di circa 20 minuti, sono state audioregistrate e poi trascritte oppure, in caso di mancato consenso alla registrazione, trascritte direttamente chiedendo conferma all'assistito durante la verbalizzazione.

La rilevazione dei dati è avvenuta nel luglio 2011. A ogni intervista è stato associato un codice identificativo: una lettera seguita da un numero. L'analisi dei dati si è articolata in tre fasi. Nella prima, le interviste sono state lette più volte indipendentemente dalle due autrici, per acquisire familiarità con i contenuti. La seconda lettura aveva lo scopo di individuare e classifica-

re concetti chiave e idee ricorrenti. Nella terza e ultima fase sono stati raggruppati gli elementi comuni, descritti in una sintesi finale con le citazioni più significative del vissuto degli assistiti, esemplificative per l'esposizione dei risultati. Nella sezione successiva ogni citazione viene riportata con il codice identificativo corrispondente all'intervista da cui è stata tratta.

RISULTATI

Sono state condotte 30 interviste; le caratteristiche generali dei partecipanti all'indagine sono illustrate nella **Tabella 1**. I dati raccolti sono stati classificati raggruppando gli elementi comuni rispetto al significato di dignità e ai fattori che influiscono sul suo mantenimento nel quadro di una degenza ospedaliera.

Significato di dignità

Emergono due varianti di dignità percepite; tutti i pazienti intervistati sono consapevoli dell'esistenza di entrambe le sfaccettature, ma alcuni ne percepiscono prevalentemente l'aspetto intrinseco o personale (dignità attiva), mentre altri l'aspetto estrinseco o sociale (dignità passiva).

La dignità attiva riconduce all'indipendenza psicofisica e alla libertà personale: è una caratteristica esclusiva del soggetto e della sua condizione, indipendente dal comportamento di altri. Tale forma di dignità è essenzialmente rappresentata dal rispetto e dal senso di autodeterminazione. Un assistito la definisce così: "Ha a che fare con il fatto di oltrepassare

Tabella 1. Caratteristiche degli intervistati

		N
Sesso	Femmine	12
	Maschi	18
Età	18-39 anni	8
	40-64 anni	14
	≥65 anni	8
Professione	Studenti	2
	Casalinghe/pensionati	10
	In attesa di occupazione/ non dichiarata	5
	Settore secondario	3
	Settore terziario	10
Ricoveri precedenti	Sì	28
	No	2
Area di degenza	Medicina	11
	Chirurgia	19
Durata della degenza	24-72 ore	13
	4-10 giorni	10
	≥11 giorni	7

un limite... Credo sia il limite in cui il soggetto sente di non essere più in potere di dirigere la sua esistenza dove vuole, quindi essere completamente in potere di altro... Che può essere la malattia, oppure altre persone, oppure le circostanze... E questo crea un senso... Una sensazione, un'emozione di perdita della dignità..." (M3).

La dignità passiva, chiamata in causa più spesso, viene solitamente percepita come un qualcosa di acquisito. Secondo alcuni come dono da un'entità superiore per religione o credenze: "Ogni essere umano che viene al mondo ha la sua dignità..." (C19); per altri come diritto in un contesto socialmente evoluto: "È... Un diritto che una persona dovrebbe avere nei confronti degli altri, e dagli altri..." (C14). In entrambi i casi emerge la dipendenza dal comportamento di altre persone; confrontando le situazioni riferite, si possono individuare quattro aspetti fondamentali della dignità passiva: considerazione, attenzione per la persona, rispetto della corporeità e della privacy. I primi due sono stati i più citati: "Essere considerato come persona e non come un pezzo di salame buttato lì..." (M1); "Non è la precisione della cura farmacologica o l'attenzione nella medicazione... Si ci sono infermieri che lo fanno meglio e chi meno, ma è il rapporto..." (C27).

Fattori coinvolti

Per quanto riguarda le componenti che influenzano il mantenimento della dignità, sono stati identificati tre ordini di fattori: legati all'assistito, all'ambiente e al personale (principalmente infermieristico). Ogni area è descritta includendo ciò che concerne sia la promozione della dignità, sia la sua violazione (**Tabella 2**). L'unico fattore che promuove la dignità riconducibile all'assistito è l'essere autosufficiente: l'individuo conserva la propria dignità quando mantiene l'indipendenza, la capacità e la possibilità di badare a se stesso. Si deduce che gli elementi favorevoli correlati al paziente rappresentino la dignità attiva integra, soprattutto per chi percepisce prevalentemente tale variante: finché è indipendente ha dignità. La perdita

di dignità percepita in tale ambito è molto sentita e temuta. Ciò è collegato allo stato patologico, alle condizioni critiche o all'età avanzata: situazioni che rendono l'assistito più vulnerabile, particolarmente se sommate alla perdita di autonomia sia nell'agire, sia nello scegliere. Il tutto è ben riassunto dalle parole di una paziente: "Se riesco a essere autosufficiente ecco che la mia dignità è salva... La mia dignità la perdo quando sono costretta a dipendere da altre persone..." (C20).

Seppure in minima parte, incide anche l'ambiente. Per alcuni le strutture accoglienti possono essere piacevoli ma non rendono un trattamento più dignitoso, se mai più umano o confortevole. Anche in loro assenza, la dignità percepita sarebbe la stessa. Tuttavia, da molti è avvertita positivamente la presenza di camere comode, pulite, dotate di servizi e di spazi per i pazienti. Alcuni si soffermano anche sulla possibilità di disporre di oggetti d'uso comune nelle stanze. Un'assistita infatti ribadisce: "Perché anche quelle cose lì possono essere di aiuto... Noi qua, già è piccola, perché le camere sono proprio piccole... Però abbiamo la tele, abbiamo il microonde, abbiamo il frigorifero..." (M4). Elementi negativi sono la mancanza di pulizia, di alcuni servizi, di comfort, il cibo scadente e a orari insoliti; ma specialmente le camere con più letti e il bagno in comune, come segnala un altro paziente: "Avere il bagno in camera è già un'altra cosa... Perché insomma, sei autonomo... Se sei in due ti metti d'accordo... Ma quando sei in venticinque e vai tutti nello stesso bagno... Non riesci nemmeno a rispettare i bisogni..." (C13). Tra le righe si può leggere che un ambiente simile costringe gli assistiti a subire una minore riservatezza e privacy, ponendo allo stesso tempo un accento maggiore sui loro handicap temporanei o sulle diminuite capacità di movimento.

I fattori più rilevanti e più citati sono comunque quelli legati al personale: atteggiamenti e comportamenti che fanno percepire all'assistito di essere considerato come persona sono alla base della promozione della dignità. Quasi tutti gli intervistati riferiscono di

Tabella 2. Componenti coinvolte nel mantenimento della dignità del paziente

Fattori legati all'assistito

Dignità attiva: indipendenza e autosufficienza

Fattori legati all'ambiente

Strutture accoglienti e confortevoli: spazi, servizi, pulizia, oggetti d'uso comune

Fattori legati al personale ospedaliero

Atteggiamenti e comportamenti degli operatori sanitari: professionalità, rispetto, empatia

Informazioni

Esposizione del corpo

sentirsi rispettati quando viene riconosciuto che dietro al malato c'è la persona, con l'insieme delle sue caratteristiche, sottolineando l'importanza di instaurare rapporti umani e di essere trattati con equità.

Alle interazioni con lo staff ospedaliero, in particolare infermieristico, viene attribuito un ruolo centrale: "I rapporti interpersonali umani... Che vanno oltre le cure... Nel senso che a volte basterebbe una parola o un gesto, comunque si ha un appoggio... Per far magari dimenticare i problemi... A volte secondo me una parola spesa in più per una persona che magari non attraversa un periodo positivo può sicuramente allietare... E dare dignità..." (M30). Un approccio che manifesta empatia, disponibilità, attenzione, tempestività e gentilezza garantisce dignità perché l'assistito si sente seguito: "E poi credo che anche il fatto che entrano e ti chiedono 'Posso fare, posso dire...' Penso sia un modo per mantenere la dignità" (M8). Molti avvertono il bisogno della "vicinanza" del personale infermieristico; la percezione di essere centro dell'attenzione rassicura l'assistito: "Per me la vicinanza del personale all'ammalato... Per me vuol dire tanto... Cioè tante volte basta entrare, fare un saluto... 'Tutto bene?'..." (C12). Alcuni segnalano l'importanza di sorrisi, battute, di un'atmosfera informale e positiva; ma anche di una comunicazione efficace, di un dialogo che preveda la possibilità di parlare di altri argomenti oltre alla malattia, alle cure, al ricovero.

Gli assistiti paragonano un ospedale in cui la loro dignità è mantenuta a una casa; secondo una paziente, il malato conserva infatti la sua dignità "... Se trova persone a modo, per bene... Con delle attenzioni, che lo fanno sentire... A casa sua..." (C11). Inoltre, molti descrivono la relazione assistito-infermiere con termini che richiamano la sfera familiare e che indicano l'esigenza di essere presi in considerazione, a cuore: "Se vengo trattata umanamente, come farebbe... Non so, un fratello, una sorella, un amico... Ecco, io mi sentirei... Bene..." (C21). Frasi di questo tipo sono frequentemente usate dagli intervistati: la famiglia e/o la casa sono metafora di un luogo in cui la dignità è garantita.

Al contrario, a compromettere la dignità sono comportamenti del personale che fanno sentire l'assistito "un numero", "un oggetto", soltanto "un malato". La minaccia più evidente e frequente è la percezione di spersonalizzazione. A volte ciò deriva direttamente dall'atteggiamento del personale, da un'assistenza sbrigativa, da approcci privi di professionalità e compassione; in altri casi dal contesto ospedaliero in sé, con cui gli stessi operatori devono fare i conti. Qualunque sia la causa, il riscontro è estremamente negativo: "Tu entri la mattina... Hanno 10.000 casi in un giorno... Però non sei più 'xy', sei un numero... 107,

e per tutto il giorno sei il 107... E uno si sente un numero... Una parte meccanica..." (C13). L'assenza di empatia porta a non comprendere che cosa sta vivendo l'assistito, restando indifferenti o superficiali, e a ostacolare la sua relazione con il personale (incluso quello di supporto): "L'infermiere che non si mette nei panni del paziente e quindi tende a chiedere qualcosa che forse il paziente non può dare in quel momento..." (C17). Comunicazioni poco chiare o assenti, risposte brusche o arroganti, toni alterati o seccati e modi di fare privi di umanità ed educazione diminuiscono ulteriormente la dignità dell'assistito: "Ci vorrebbe anche un minimo di approccio... Devi sapere come ci si comporta... Puoi essere il più bravo del mondo... Però se non ti sai rapportare con gli altri... Diventa una tortura... Per gli altri..." (C13).

L'assistito è già consapevole del suo stato di inferiorità; se tale disparità viene fatta notare e pesare dal personale (soprattutto medico), provoca nell'assistito una sensazione descritta come disagio, soggezione o vergogna: "Poi quando arrivano i dottori che ti guardano dall'alto verso il basso... Ecco lì magari la figura del paziente... Ti porta a essere in soggezione... Cioè una lo sa, non ha un rapporto alla pari... Però se uno lo fa pesare di più... Mentre uno di meno..." (C13). Incidono negativamente anche la fretta e l'eccessiva veemenza dei modi; alcuni riferiscono episodi in cui un compagno di camera veniva trattato in maniera a loro giudizio offensiva. Ciò che è certo e su cui molti intervistati concordano è che situazioni simili non aiutano a creare un ambiente disteso, accogliente e sicuro. L'assistito che avverte l'altrui dignità compromessa, sente come compromessa la propria: "Con persone che non erano autosufficienti... Maltrattarle... Cioè sbatterli di qua e di là quando dovevano accudirli..." (C20).

Un altro fattore potenzialmente lesivo della dignità è lo scambio di informazioni tra il personale e l'assistito: quando avviene senza riservatezza davanti ad altri pazienti, oppure quando si verifica in maniera poco esaustiva, dando adito a dubbi e perplessità, o non avviene affatto. In particolare, viene percepito molto negativamente il fatto di lasciare un paziente in attesa senza alcuna spiegazione: "Uno aspetta, passano due ore... Però se poi mi spieghi che le due ore sono causate da impegni precedenti, allora qui cade tutto e la dignità rimane quella che è. Le informazioni, il modo... Poi nel mio caso ho trovato sempre persone disponibili e gentili..." (C26). È importante ricevere spiegazioni esaurienti, fornite evitando termini tecnici complicati, e avere il tempo di capirle e rielaborarle; tempi e modi a misura dell'assistito fanno sì che quest'ultimo possa comprendere ed essere rassicurato su eventuali dubbi: "Anche le informazioni mi

sono state date in un linguaggio semplice... Mi hanno spiegato in parole semplici quello che ho fatto, ecco... Positivo..." (M5).

Problema citato da pochi, ma di grande impatto per chi l'ha vissuto, è limitare l'esposizione del corpo. La nudità, seppure inevitabile in certi frangenti, fa sentire il paziente a disagio, impotente, con una forte sensazione di imbarazzo e umiliazione. L'esposizione del proprio corpo, specialmente se associata alla mancanza di indipendenza, incide tanto da azzerare la dignità: "Tu non sei niente e loro devono andare avanti per te..." (C19). Quando la dignità può essere compromessa dalla nudità, l'infermiere ha totalmente il potere di far percepire all'assistito una dignità integra: "Per esempio quando c'è da lavarsi... C'è quella che lo fa giusto perché lo deve fare... E l'altra invece 'Signora, stia tranquilla, non ci faccia caso, noi siamo abituati'... Ecco, è quello..." (C23). Ancora una volta, le note di alcuni intervistati fanno capire quanto pesino nel promuovere la dignità del paziente l'approccio e la professionalità del personale sanitario: l'agire con competenza, serietà e correttezza, ma anche con passione e dedizione.

Da ultimo, se la metafora per un ospedale in cui la dignità è salvaguardata è la casa, richiamando il ricordo del servizio militare l'ospedale in cui la dignità viene lesa è invece assimilato a una caserma, come immagine che riassume spersonalizzazione, disparità di ruoli e mancanza di empatia: "Pensavo di essere tornato al militare... Nel senso non in un ospedale..." (M30).

DISCUSSIONE

Lo studio ribadisce la complessità del concetto di dignità, che si riflette nella difficoltà di riassumerlo in un'unica definizione (Haddock, 1996; Matiti, Trorey, 2004; McSherry, 2010). Con le proprietà individuate e classificate nelle due tipologie, è possibile un confronto con le varianti delineate da Nordenfelt (2004): la dignità attiva è sovrapponibile alla dignità identitaria che si esplicita con l'autonomia e l'indipendenza, mentre la dignità passiva richiama la *Menschenwürde*. Tuttavia, mentre Nordenfelt si focalizza sull'intoccabilità, in generale gli intervistati sottolineano la dipendenza dalla condotta di altre persone; emerge quindi maggiormente la percezione "passiva" di dignità, in cui la persona tende prevalentemente ad affidarsi all'altro.

Riguardo ai fattori influenti sul mantenimento della dignità, quello legato all'assistito è un aspetto meno menzionato e che non include il coinvolgimento attivo nel processo di cura, a differenza di quanto descritto in altri studi (Baillie, 2009; Lin, Tsai, 2011; Lin et al., 2011). L'influenza esercitata dall'ambiente appare in linea con ciò che riporta la letteratura (Baillie,

2009; Baillie et al., 2009; Gallagher, Seedhouse, 2002), anche se si discosta rispetto alla disponibilità di oggetti d'uso comune nella stanza.

Per la tutela della dignità appare notevole l'impatto attribuito all'atteggiamento del personale ospedaliero. Sarebbe utile riflettere in chiave positiva e propositiva su questa "responsabilità" che l'assistito conferisce all'infermiere (e ad altri operatori sanitari), ripensando alle modalità di approccio e di comunicazione che infermieri o altre figure adottano nei confronti dei pazienti. Infatti condotte umane ed empatiche promuovono la dignità, così come indifferenza e mancanza di professionalità la compromettono (Baillie, 2009; Gallagher, Seedhouse, 2002; Henderson, 2007; Lin et al., 2011; Matiti, Trorey, 2008; Walsh, Kowanko, 2002). Si ritiene inoltre molto importante evitare l'esposizione del corpo, che genera considerevole imbarazzo e umiliazione nell'assistito; questo aspetto risulta peraltro meno citato che in letteratura (Gallagher, Seedhouse, 2002; Matiti, Trorey, 2008; Walsh, Kowanko, 2002).

CONCLUSIONI

Ciò che emerge in particolare dall'indagine è il paragone di un ospedale in cui la dignità è mantenuta con una casa: un clima familiare e informale con il personale, che mette a proprio agio, dà sicurezza e fa percepire considerazione. L'immagine opposta, la caserma, indica spersonalizzazione, distacco empatico e quindi una dignità lesa.

La speranza che i risultati ottenuti possano sensibilizzare gli infermieri sulla tematica è affiancata dal desiderio di ampliare le ricerche in tale ambito nel contesto dei nostri ospedali, ricerche per le quali questo studio vuole essere solo uno spunto e un punto di partenza.

BIBLIOGRAFIA

- Active Citizenship Network (2002) *Carta europea dei diritti del malato*. Consultato nell'aprile 2011, disponibile all'indirizzo: www.cittadinanzattiva.it
- Assemblea Costituente della Repubblica Italiana (1948) *Costituzione della Repubblica Italiana*. Consultato nell'aprile 2011, disponibile all'indirizzo: www.governo.it/Governo/Costituzione/principi.html
- Baillie L (2009) *Patient dignity in an acute hospital setting: a case study*. Int J Nurs Stud, 46 (1), 23-36.
- Baillie L, Ford P, Gallagher A et al. (2009) *Nurses' views on dignity in care*. Nurs Older People, 21 (8), 22-29.
- Consiglio d'Europa (2000) *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*. Consultato nell'aprile 2011, disponibile all'indirizzo: www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (1996) *Patto infermiere-*

- cittadino. Consultato nell'aprile 2011, disponibile all'indirizzo: www.ipasviso.org/home.jsp?idrub=135
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009) *Codice deontologico dell'infermiere*. Consultato nell'aprile 2011, disponibile all'indirizzo: www.ipasvi.it
- Gallagher A (2011) *What do we know about dignity in care?* Nurs Ethics, 18 (4), 471-473.
- Gallagher A, Seedhouse D (2002) *Dignity in care: the views of patients and relatives*. Nurs Times, 98 (43), 38-40.
- Griffin-Heslin VL (2005) *An analysis of the concept dignity*. Accid Emerg Nurs, 13 (4), 251-257.
- Haddock J (1996) *Towards further clarification of the concept "dignity"*. J Adv Nurs, 24 (5), 924-931.
- Heijkenskjöld KB, Ekstedt M, Lindwall L (2010) *The patient's dignity from the nurse's perspective*. Nurs Ethics, 17 (3), 313-324.
- Henderson A, Van Eps MA, Pearson K et al. (2009) *Maintenance of patients' dignity during hospitalization: comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews*. Int J Nurs Pract, 15 (4), 227-230.
- Jacelon CS, Connelly TW, Brown R et al. (2004) *A concept analysis of dignity for older adults*. J Adv Nurs, 48 (1), 76-83.
- Lin YP, Tsai YF (2011) *Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study*. J Adv Nurs, 67 (2), 340-348.
- Lin YP, Tsai YF, Chen HF (2011) *Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study*. J Clin Nurs, 20 (5-6), 794-801.
- Macklin R (2003) *Dignity is a useless concept*. BMJ, 327 (7429), 1419-1420.
- Mairis ED (1994) *Concept clarification in professional practice – dignity*. J Adv Nurs, 19 (5), 947-953.
- Matiti MR, Trorey GM (2004) *Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting*. Int J Nurs Stud, 41 (7), 735-744.
- Matiti MR, Trorey GM (2008) *Patients' expectations of the maintenance of their dignity*. J Clin Nurs, 17 (20), 2709-2717.
- McSherry W (2010) *Dignity in care: meanings, myths and the reality of making it work in practice*. Nurs Times, 106 (40), 20-23.
- Nordenfelt L (2004) *The varieties of dignity*. Health Care Anal, 12 (2), 69-81.
- Organizzazione delle Nazioni Unite (1948) *Dichiarazione dei diritti umani*. Consultato nell'aprile 2011, disponibile all'indirizzo: www.portaledibioetica.it/documenti/000317/000317.htm
- Royal College of Nursing (2008) *Defending dignity – Challenges and opportunity for nursing*. Consultato nell'aprile 2011, disponibile all'indirizzo: www.rnc.org.uk
- Shotton L, Seedhouse D (1998) *Practical dignity in caring*. Nurs Ethics, 5 (3), 246-255.
- Stievano A (2008) *La dignità e il rispetto per la dignità: due valori fondamentali nella pratica infermieristica*. Infermiere Oggi, 18 (1), 32-36.
- Stievano A, Alvaro R, Russo MT (2009) *Il valore della dignità professionale infermieristica*. Int Nurs Perspect, 9 (3), 97-105.
- Walsh K, Kowanko I (2002) *Nurses' and patients' perceptions of dignity*. Int J Nurs Pract, 8 (3), 143-151.

Strategie e strumenti per incrementare l'utilizzo dell'Evidence-Based Practice: revisione della letteratura

Ugo Fazzini

Infermiere, S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione,
Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità, Novara

Corrispondenza: ugo.fazzini@maggioreosp.novara.it

RIASSUNTO

Introduzione I fattori che possono ostacolare la diffusione dell'Evidence-Based Practice (EBP) sono molteplici. Lo scopo di questa revisione della letteratura è identificare quali sono gli interventi e gli approcci che si sono rivelati efficaci per superare tali barriere e promuovere l'utilizzo delle evidenze scientifiche all'interno della pratica infermieristica quotidiana.

Materiali e metodi È stata condotta una revisione della letteratura internazionale per individuare gli articoli di interesse infermieristico sulle componenti che impediscono o facilitano una pratica assistenziale orientata all'EBP e su strumenti, metodi e strategie che ne favoriscono la diffusione e il miglioramento. La ricerca bibliografica è stata realizzata, prendendo in considerazione tutte le pubblicazioni su queste tematiche, consultando le banche dati PubMed, CINAHL, Cochrane, DARE, TRIP e SNLG.

Risultati La ricerca ha identificato numerosi articoli, di cui 49 ritenuti rilevanti e inclusi nella revisione. Delle pubblicazioni selezionate, 40 esaminavano strumenti e metodi per migliorare i comportamenti e incrementare la diffusione dell'EBP. Molti degli approcci proposti sono riconducibili a 2 grandi categorie generali: interventi educativi e interventi organizzativi.

Conclusioni Anche se non ci sono strategie standard applicabili a tutti i contesti sanitari, la revisione ha identificato un'ampia serie di interventi che se scelti e utilizzati opportunamente possono portare a un miglioramento dell'assistenza basata sulle migliori evidenze disponibili.

Parole chiave: Evidence-Based Nursing (EBN), Evidence-Based Medicine (EBM), Evidence-Based Practice (EBP), assistenza infermieristica, barriere, strategie

Strategies and tools to promote Evidence-Based Practice: a literature review

ABSTRACT

Introduction There are many factors that can act as barriers to Evidence-Based Practice (EBP) implementation. The purpose of this review is to identify interventions and approaches that have been shown to be effective in overcoming such barriers and promoting the use of research evidence in nursing daily practice.

Materials and methods A review of the international literature was conducted taking into consideration all the articles describing factors and interventions that can affect the integration of research findings into nursing practice. The bibliographic search was carried out using PubMed, CINAHL, Cochrane, DARE, TRIP and SNLG databases.

Results The search yielded a number of papers, 49 of which were considered relevant and included in the review. Forty studies evaluated different types of tools and strategies aimed at improving health professional behaviours and EBP implementation. Many of these approaches can be divided into 2 broad general categories: educational and organizational interventions.

Conclusions There are no standard strategies for promoting the dissemination and implementation of research findings, but there are a wide range of interventions available that, if selected and used appropriately, could lead to important improvements in professional practice and quality of health care.

Key words: Evidence-Based Nursing (EBN), Evidence-Based Medicine (EBM), Evidence-Based Practice (EBP), nursing, barriers, strategies

INTRODUZIONE

Il modello dell'Evidence-Based Medicine (EBM), che sostiene la necessità di migliorare la qualità delle basi scientifiche della medicina mediante un impiego sistematico delle nuove conoscenze e delle prove di efficacia derivate dalla ricerca clinica, inizia a diffondersi a livello internazionale a partire dai primi anni novanta (Naldi et al., 2006). Secondo la definizione proposta da David Sackett, uno dei pionieri di questo movimento culturale, l'EBM "costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche

risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente". In tale quadro le evidenze possono riguardare tutti i diversi aspetti dell'assistenza: accuratezza dei test diagnostici, potenza dei fattori prognostici, effetti e sicurezza degli interventi di prevenzione e delle varie forme di trattamento (Sackett et al., 1996, 1997).

Con la progressiva diffusione del movimento, i principi dell'EBM sono stati estesi a differenti professio-

Tabella 1. Strategie della ricerca bibliografica

Banca dati	Strategia di ricerca	Articoli identificati	Articoli selezionati	Articoli inclusi
PubMed	("Evidence-Based Practice/education"[Mesh] OR "Evidence-Based Practice/instrumentation"[Mesh] OR "Evidence-Based Practice/methods"[Mesh] OR "Evidence-Based Practice/organization and administration" [Mesh] OR "Evidence-Based Practice/standards"[Mesh] OR "Evidence-Based") AND ("Intervention" OR "Method" OR "Strategy") AND ("Outcome Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Diffusion of Innovation"[Mesh] OR "Efficiency, Organizational"[Mesh] OR "Organizational Culture"[Mesh]) AND ("Nursing"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] OR "Nursing Evaluation Research"[Mesh] OR "Education, Nursing, Continuing"[Mesh] OR "Nursing Administration Research"[Mesh] OR "Nursing Education Research"[Mesh] OR "Nurse Clinicians" [Mesh] OR "Nursing, Supervisory"[Mesh] OR "Nursing Assessment"[Mesh] OR "Advanced Practice Nursing"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Clinical Nursing Research"[Mesh] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Nursing Staff, Hospital"[Mesh] OR "Nursing Service, Hospital"[Mesh] OR "Models, Nursing"[Mesh] OR "Nursing Methodology Research"[Mesh] OR "Nursing Research"[Mesh] OR "Nursing Staff"[Mesh] OR "Nursing Services"[Mesh] OR "Nursing Care" [Mesh] OR "Nursing Audit"[Mesh] OR "Nurse Administrators" [Mesh] OR "Nurs*")	275	40	20
CINHAL	(MH "Nursing Practice, Evidence-Based+/AM/ED/EV/MT/ST/UT") AND ("Intervention" OR "Method" OR "Strategy")	31	4	2
Cochrane	Ricerca per argomento e per <i>review group</i>	–	23	15
DARE	"Organizational" AND "Intervention"	10	1	1
TRIP	("Evidence-Based Practice" or "EBP") AND ("Intervention" OR "Method" OR "Strategy") AND ("Nurse" OR "Nursing") AND ("Organizational")	265	6	2
SNLG	Ricerca per argomento	–	1	0
Bibliografie		–	14	9
TOTALE		581	89	49

ni e discipline sanitarie, dando origine a modelli specifici quali l'Evidence-Based Nursing (EBN) per gli infermieri, l'Evidence-Based Midwifery per le ostetriche o l'Evidence-Based Physiotherapy per i fisioterapisti. Queste varie declinazioni sono state successivamente riunite sotto un unico termine, Evidence-Based Practice (EBP); concetto che si è evoluto ulteriormente rispetto a obiettivi e definizione – sottolineando anche l'importanza di una partecipazione informata degli utenti alle scelte sanitarie – configurandosi come pratica in cui le decisioni riguardo all'assistenza, fondate sulle prove di efficacia più aggiornate, valide e pertinenti, “dovrebbero essere prese da chi riceve assistenza, attraverso le conoscenze tacite ed esplicite di coloro che forniscono le cure, nel contesto delle risorse disponibili” (*Sicily statement on evidence-based practice*, Dawes et al., 2005).

Oltre a competenze e abilità cliniche, l'applicazione del modello dell'EBP pone come requisito essenziale per una buona assistenza sanitaria il possesso, da parte dei diversi operatori coinvolti, di nuove capacità: prima tra tutte quella di saper consultare e interpretare in modo efficiente e corretto la letteratura scientifica disponibile. Sulla base di tali premesse, scopo della presente revisione è offrire una panoramica degli studi condotti sia sui fattori che ostacolano l'utilizzo delle evidenze scientifiche nella pratica infermieristica, sia sugli interventi che possono essere attuati per incrementarlo.

MATERIALI E METODI

Per individuare gli articoli di interesse infermieristico sui fattori che possono ostacolare o favorire la diffusione dell'EBP è stata condotta una revisione della letteratura internazionale consultando le banche dati PubMed, CINAHL, Cochrane, DARE, TRIP e SNLG. La ricerca è stata effettuata secondo le strategie illustrate nella **Tabella 1**. Sono stati presi in conside-

razione tutti gli articoli pubblicati in lingua inglese o italiana sull'argomento, tra cui revisioni sistematiche e non sistematiche, studi sperimentali, quasi sperimentali e descrittivi con diversi disegni ed editoriali. Ulteriori ricerche condotte nei database di linee guida NCG (National Guideline Clearinghouse), NLH (National Library for Health) e SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) non hanno identificato altri articoli rilevanti sui temi investigati.

Per i diversi interventi esaminati, gli studi inclusi nella revisione sono stati valutati utilizzando come riferimento lo schema sviluppato dal Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria (CeVEAS) per definire la qualità delle prove di efficacia e la forza delle raccomandazioni delle linee guida (PNLG, 2002).

RISULTATI

La ricerca effettuata nelle banche dati PubMed, CINAHL, DARE e TRIP ha identificato complessivamente 581 citazioni, ridotte a 51 dopo l'eliminazione delle pubblicazioni doppie e degli articoli ritenuti non attinenti a priori. A queste vanno sommate 24 citazioni selezionate dalla ricerca condotta nei database Cochrane e SNLG e 14 citazioni tratte dalle bibliografie di articoli già individuati, per un totale di 89 pubblicazioni. Dopo l'esame degli abstract sono stati scartati 40 articoli giudicati non pertinenti (vedi **Tabella 1**). Le caratteristiche generali dei 49 studi inclusi e analizzati nella revisione sono riportate nella **Tabella 2** (studi sui fattori che ostacolano la diffusione dell'EBP) e nella **Tabella 3** (studi su strumenti e interventi mirati a promuovere la diffusione dell'EBP).

I fattori che contribuiscono a impedire la diffusione dell'EBP nell'ambito dell'assistenza infermieristica possono essere raggruppati schematicamente in 4 aree principali (vedi **Tabella 4**). Una prima categoria è formata da componenti direttamente correlate alle ricerche clini-

Tabella 2. Caratteristiche degli studi inclusi nella revisione (barriere alla diffusione dell'EBP)

	Tipo di studio	Partecipanti/setting	Numero dei partecipanti
Cadmus et al., 2008	Studio descrittivo	Infermieri; ospedale	3.411
Glacken, Chaney, 2004	Studio trasversale	Infermieri; ospedale, territorio	169
Mehrdad et al., 2008	Studio descrittivo	Infermieri; ospedale, scuole infermieristiche	410
Olade, 2004	Revisione della letteratura	Infermieri, altri professionisti sanitari (setting ND)	ND
Oranta et al., 2002	Studio descrittivo	Infermieri; ospedale	235
Ozdemir, Akdemir, 2009	Studio descrittivo	Infermieri; ospedale	219
Veeramah, 2004	Studio trasversale	Infermieri, ostetriche; ospedale, territorio	184

Tabella 3. Caratteristiche degli studi inclusi nella revisione (interventi per promuovere la diffusione dell'EBP)

	Tipo di studio	Interventi valutati	Partecipanti/setting
Baker et al., 2010	Revisione sistematica Cochrane	Interventi adattati al contesto	Professionisti sanitari; setting vari
Bero et al., 1998	Revisione della letteratura	Interventi per promuovere il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica	ND/ND
Charrier et al., 2008	Studio controllato randomizzato	<i>Audit, feedback</i> , facilitatori	Infermieri; ospedale
Chiu et al., 2010	Studio trasversale	Programma nazionale multifattoriale di diffusione dell'EBP	Infermieri, medici; ospedale
Dijkstra et al., 2006	Revisione sistematica	Fattori implicati nell'implementazione delle linee guida	Professionisti sanitari; ospedale
Dogherty et al., 2010	Revisione sistematica	Facilitatori	Infermieri (setting ND)
Doran et al., 2007	Studio trasversale	Sistema di raccolta e disseminazione delle informazioni	Infermieri; ospedale, territorio
Doran et al., 2010	Studio longitudinale	Strumenti per migliorare l'accesso alle informazioni	Infermieri; ospedale, territorio
Doran, Sidani, 2007	Editoriale	Strumenti per migliorare l'accesso alle informazioni	Infermieri (setting ND)
Doumit et al., 2007	Revisione sistematica Cochrane	<i>Local opinion leaders</i>	Professionisti sanitari; ospedale, territorio
Eastwood et al., 2008	Editoriale	Interventi per promuovere il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica	Professionisti sanitari (setting ND)
Ellis, 2006	Revisione della letteratura	<i>Benchmarking</i>	ND/ND
Farmer et al., 2008	Revisione sistematica Cochrane	Materiali educativi scritti	Professionisti sanitari (setting ND)
Feldman et al., 2005	Studio controllato randomizzato	<i>E-mail reminders</i>	Infermieri; territorio
Fink et al., 2005	Studio descrittivo	Interventi multifattoriali	Infermieri; ospedale
Flodgren et al., 2012	Revisione sistematica Cochrane	Infrastrutture organizzative	Infermieri, ostetriche; ospedale, territorio
Forsetlund et al., 2009	Revisione sistematica Cochrane	Interventi di educazione continua basati su corsi, seminari, conferenze, simposi	Professionisti sanitari; ospedale, territorio
Foxcroft, Cole, 2003	Revisione sistematica Cochrane	Infrastrutture organizzative	Infermieri, ostetriche; ospedale, territorio
Gagnon et al., 2009	Revisione sistematica Cochrane	Interventi per promuovere tecnologie di informazione e comunicazione	Professionisti sanitari (setting ND)
Gifford et al., 2007	Revisione sistematica	Leadership manageriale	Infermieri; ospedale, territorio
Gosling et al., 2004	Studio descrittivo	Strumenti per migliorare l'accesso alle informazioni	Professionisti sanitari; ospedale
Grimshaw et al., 2004	Revisione sistematica	Strategie di diffusione e implementazione delle linee guida	Professionisti sanitari (setting ND)
Grimshaw et al., 2006	Revisione sistematica	Strategie di diffusione e implementazione delle linee guida	Professionisti sanitari (setting ND)
Grol, Grimshaw, 2003	Revisione sistematica	Interventi per promuovere il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica	Professionisti sanitari (setting ND)

	Tipo di studio	Interventi valutati	Partecipanti/setting
Hart et al., 2008	Studio longitudinale	Programmi educativi <i>computer-based</i>	Infermieri; ospedale
Horsley et al., 2010	Revisione sistematica Cochrane	Interventi per migliorare l'accesso alle informazioni	Professionisti sanitari; ospedale
Jamtvedt et al., 2007	Revisione sistematica Cochrane	<i>Audit, feedback</i>	Professionisti sanitari; ospedale, territorio
McGowan et al., 2009	Revisione sistematica Cochrane	Strumenti per migliorare l'accesso alle informazioni	Professionisti sanitari; ospedale
Melnyk, 2007	Editoriale	Facilitatori	Professionisti sanitari; ospedale
Murtaugh et al., 2005	Studio controllato randomizzato	<i>E-mail reminders</i>	Infermieri; territorio
Nagykaldi et al., 2005	Revisione sistematica	Facilitatori	Infermieri (setting ND)
O'Brien et al., 2008	Revisione sistematica Cochrane	<i>Educational outreach visits</i>	Professionisti sanitari; ospedale, territorio
Oermann et al., 2006	Editoriale	<i>Brief reports</i>	Infermieri; ospedale
Oxman et al., 1995	Revisione sistematica	Interventi per migliorare la pratica professionale	Professionisti sanitari (setting ND)
Reeves et al., 2008	Revisione sistematica Cochrane	Educazione interprofessionale	Professionisti sanitari; ospedale, territorio
Rotter et al., 2010	Revisione sistematica Cochrane	Percorsi clinici	Professionisti sanitari; ospedale
Schardt et al., 2007	Studio randomizzato	Strumenti per migliorare l'accesso alle informazioni	Medici; ospedale
Thomas et al., 2000	Revisione sistematica Cochrane	Implementazione delle linee guida	Professionisti sanitari; ospedale
Urquhart et al., 2009	Revisione sistematica Cochrane	Sistemi di registrazione degli interventi di assistenza infermieristica	Infermieri; ospedale, territorio
Villanueva et al., 2001	Studio controllato randomizzato	Interventi per migliorare l'accesso alle informazioni	Professionisti sanitari (setting ND)
Wong, Cummings, 2007	Revisione sistematica	Leadership infermieristica	Infermieri; ospedale, territorio
Zwarenstein et al., 2009	Revisione sistematica Cochrane	Collaborazione interprofessionale	Infermieri, medici; ospedale, territorio

che, che in alcuni casi sono ritenute non facilmente comprensibili, con risultati non sufficientemente documentati (4 studi), o considerate prive di evidenze rilevanti (2 studi). Altri problemi citati sono la pubblicazione in una lingua non conosciuta e la descrizione non chiara delle implicazioni per la pratica clinica.

Nel secondo gruppo rientrano fattori di natura organizzativa, che includono la mancanza di tempo per leggere gli articoli pubblicati (7 studi) e per implementare le nuove idee e pratiche (4 studi), la mancanza di sup-

porto manageriale (5 studi), la mancanza di autonomia e autorità per implementare le evidenze emerse dalla letteratura (5 studi). Con frequenza minore vengono segnalati motivi quali l'accesso limitato alle evidenze scientifiche, l'inadeguatezza delle strutture o la carenza di risorse e di personale, che rendono difficile il trasferimento nella pratica clinica dei dati della ricerca, e la resistenza al cambiamento.

Molte sono anche le barriere che derivano dalle caratteristiche degli stessi infermieri, legate alle loro abi-

Tabella 4. Barriere all'utilizzo dell'EBP**Ricerche**

Le ricerche non sono documentate chiaramente o non sono facilmente comprensibili	Fink et al., 2005; Glacken, Chaney, 2004; Ozdemir, Akdemir, 2009; Veeramah, 2004
Mancanza di evidenze rilevanti	Ozdemir, Akdemir, 2009; Veeramah, 2004
Le ricerche sono pubblicate in una lingua non conosciuta	Oranta et al., 2002
Le implicazioni per la pratica non sono descritte chiaramente o sono di difficile comprensione	Oranta et al., 2002

Organizzazione

Mancanza di tempo per leggere gli studi di ricerca	Chiu et al., 2010; Fink et al., 2005; Glacken, Chaney, 2004; Mehrdad et al., 2008; Oranta et al., 2002; Ozdemir, Akdemir, 2009; Veeramah, 2004
Difficile o limitato accesso alle evidenze scientifiche	Cadmus et al., 2008; Ozdemir, Akdemir, 2009; Veeramah, 2004
Mancanza di autonomia e autorità per implementare le nuove evidenze	Fink et al., 2005; Glacken, Chaney, 2004; Mehrdad et al., 2008; Oranta et al., 2002; Veeramah, 2004
Mancanza di supporto manageriale	Chiu et al., 2010; Glacken, Chaney, 2004; Gosling et al., 2004; Olade, 2004; Veeramah, 2004
Resistenza al cambiamento	Veeramah, 2004
Isolamento da colleghi con cui poter discutere di ricerca	Fink et al., 2005; Mehrdad et al., 2008; Oranta et al., 2002
Mancanza di tempo per implementare le nuove idee e pratiche	Glacken, Chaney, 2004; Mehrdad et al., 2008; Olade, 2004; Oranta et al., 2002
Strutture inadeguate per l'implementazione delle nuove evidenze	Glacken, Chaney, 2004; Mehrdad et al., 2008
Mancanza di risorse per effettuare ricerche e per implementare le evidenze	Chiu et al., 2010; Olade, 2004
Mancanza di personale deputato alla ricerca	Chiu et al., 2010

Abilità, competenze e percezioni degli infermieri

Difficoltà di comprensione delle analisi statistiche	Glacken, Chaney, 2004; Oranta et al., 2002; Veeramah, 2004
Incapacità di valutare criticamente gli studi e la loro qualità	Cadmus et al., 2008; Chiu et al., 2010; Glacken, Chaney, 2004; Oranta et al., 2002; Veeramah, 2004
Mancanza di formazione su ricerca e utilizzo delle banche dati elettroniche	Chiu et al., 2010; Cadmus et al., 2008; Gosling et al., 2004; Ozdemir, Akdemir, 2009
Sentimento di mancanza di legittimazione della funzione di ricerca all'interno del proprio ruolo	Gosling et al., 2004
Mancanza di consapevolezza circa la ricerca	Fink et al., 2005; Oranta et al., 2002
Sentimento di mancanza di utilità della ricerca per la pratica	Oranta et al., 2002
Mancanza di collaborazione da parte dei colleghi nell'implementazione della ricerca nella pratica	Glacken, Chaney, 2004; Mehrdad et al., 2008; Oranta et al., 2002
Sentimento di impossibilità di generalizzare i risultati delle ricerche al proprio contesto	Glacken, Chaney, 2004; Mehrdad et al., 2008

Altro

Mancanza di collaborazione da parte dei medici nell'implementazione della ricerca nella pratica	Glacken, Chaney, 2004; Mehrdad et al., 2008; Oranta et al., 2002
---	--

lità, competenze e percezioni: l'incapacità di valutare criticamente la qualità delle ricerche pubblicate (5 studi), la mancanza di una formazione specifica in termini di ricerca e utilizzo delle banche dati elettroniche (4 studi), le difficoltà di comprensione delle analisi statistiche (3 studi), la mancanza di collaborazione da parte dei colleghi per l'implementazione delle evidenze nella pratica clinica (3 studi), la scarsa consapevolezza circa l'importanza della ricerca (2 studi). I fattori negativi riportati per questa categoria comprendono inoltre un senso di impossibilità di generalizzare i risultati delle ricerche al proprio contesto o di mancanza di legittimazione della funzione di ricerca all'interno del proprio ruolo. Infine, 3 studi segnalano la mancanza di collaborazione da parte dei medici nell'implementazione della ricerca nella pratica clinica.

Quaranta degli studi inclusi nella revisione hanno valutato una serie di interventi e approcci che si propongono come obiettivo il superamento di queste barriere, presenti più o meno "fisiologicamente" in ogni contesto sanitario, e la modifica dei comportamenti, dell'ambiente o dei processi di lavoro per favorire l'utilizzo delle prove di efficacia nella pratica clinica quotidiana (vedi **Tabella 3**). Molti degli interventi esaminati possono essere riuniti per affinità in 2 grandi categorie, anche se con aree di parziale sovrapposizione: interventi educativi e interventi organizzativi. Al primo gruppo sono riconducibili innanzitutto i principali strumenti di diffusione delle evidenze, come linee guida e *brief reports*, che forniscono in modo diretto informazioni scientifiche già rielaborate e sintetizzate, associate a indicazioni sulla loro validità e sull'importanza attribuita alla loro applicazione (Oermann et al., 2006; Thomas et al., 2000). Per quanto di efficacia non dimostrata, i *brief reports* potrebbero essere utili per superare difficoltà legate a fattori quali la carenza di conoscenze o la mancanza di tempo, offrendo in modo succinto agli operatori informazioni sui dati della ricerca facilmente comprensibili e facilmente integrabili nel contesto lavorativo.

Strumenti correlati sono i *reminders*, di facile implementazione e di basso costo, la cui efficacia è invece sostenuta dai risultati di numerosi studi sperimentali (Bero et al., 1998; Grimshaw et al., 2004, 2006; Grol, Grimshaw, 2003; NHMRC, 2000; Oxman et al., 1995). Utilizzabili anche via e-mail (Feldman et al., 2005; Murtaugh et al., 2005), i *reminders* sembrano avere effetti positivi specialmente per quanto riguarda aspetti come il dosaggio dei farmaci, la gestione clinica generale del paziente e l'assistenza preventiva. Facilità di implementazione e costi relativamente limitati sono punti di forza anche per i materiali informativi ed educativi scritti, che possono essere distribuiti a un

gran numero di operatori ed essere usati come riferimento per diverse attività. Sulla loro efficacia la letteratura riporta risultati contrastanti; sono stati comunque rivalutati nel corso degli ultimi anni e vengono attualmente considerati come strumenti che possono dare un contributo valido al miglioramento della qualità dell'assistenza (Bero et al., 1998; Farmer et al., 2008; Grimshaw et al., 2004, 2006; Grol, Grimshaw, 2003; NHMRC, 2000; Oxman et al., 1995).

Approcci educativi basati su corsi, conferenze, seminari e simposi mirati a migliorare la pratica professionale possono avere effetti di entità variabile, anche in funzione del tipo di intervento utilizzato. In generale risultano avere effetti positivi minimi gli interventi puramente didattici, mentre si è riscontrata un'efficacia maggiore per interventi interattivi o di natura mista; l'impatto sui comportamenti complessi appare in ogni caso modesto (Bero et al., 1998; Forsell et al., 2009; Grimshaw et al., 2004; Grol, Grimshaw, 2003; NHMRC, 2000).

Tra gli interventi di formazione continua, effetti variabili da piccoli a moderati sono riportati anche per *audit* e *feedback*, soprattutto per ambiti relativi alla prevenzione e alla prescrizione di esami diagnostici, con efficacia proporzionale alla frequenza e all'intensità del loro impiego (Bero et al., 1998; Charrier et al., 2008; Grimshaw et al., 2004, 2006; Grol, Grimshaw, 2003; Jamtvedt et al., 2007; NHMRC, 2000; Oxman et al., 1995). Strumento che diversi studi indicano come efficace sono le *educational outreach visits* (personale esperto visita gli operatori sanitari nel loro luogo di lavoro fornendo informazioni volte a migliorare la pratica assistenziale), specialmente per quanto riguarda la prevenzione nelle cure primarie e l'appropriatezza dei comportamenti prescrittivi (Bero et al., 1998; Grimshaw et al., 2004, 2006; NHMRC, 2000; O'Brien et al., 2007; Oxman et al., 1995). Un impatto tendenzialmente positivo, anche se con effetti a lungo termine ancora da chiarire, è inoltre riportato per interventi diretti a migliorare la qualità e la specificità delle domande cliniche, che se formulate in maniera maggiormente focalizzata e precisa possono rendere più efficiente l'accesso alle informazioni disponibili (Horsley et al., 2010; Schardt et al., 2007; Villanueva et al., 2001).

Altri studi hanno valutato il ruolo educativo svolto da figure variamente definite e almeno in parte sovrapponibili come mentori e facilitatori, professionisti dotati di una preparazione specifica che possono assistere altri operatori sanitari promuovendo il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica (Dogherty et al., 2010; Melnyk, 2007; Nagykaldi et al., 2005). In particolare effetti positivi di diversa entità si sono rilevati per i *local opinion leaders*

(figure riconosciute dai colleghi come autorevoli e competenti), principalmente nel ridurre la mancata aderenza alle raccomandazioni in setting ospedalieri (Bero et al., 1998; Doumit et al., 2007; Grimshaw et al., 2004; Grol, Grimshaw, 2003; NHMRC, 2000).

Potenzialmente associati a effetti positivi sono anche gli approcci che hanno come obiettivo il miglioramento della collaborazione fra i differenti operatori coinvolti nell'assistenza, come medici, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali. L'efficacia di questi interventi, valutati da un numero molto limitato di studi, deve però essere confermata da ulteriori ricerche (Reeves et al., 2008; Zwarenstein et al., 2009). Nonostante la carenza di studi sul suo utilizzo nell'ambito dei servizi sanitari, un altro strumento meritevole di attenzione è il *benchmarking*; è infatti ragionevole pensare che attività di confronto e imitazione con chi è ritenuto qualitativamente superiore, se correttamente applicate al contesto, possano apportare un contributo rilevante (Ellis, 2006).

Più propriamente organizzativi possono essere considerati gli approcci basati sull'uso di tecnologie di informazione e comunicazione, che comprendono una gamma molto eterogenea di interventi di efficacia variabile: da programmi educativi *computer-based* a strumenti, come i palmari, impiegati per facilitare l'accesso elettronico alle informazioni (Doran, Sidani, 2007; Doran et al., 2007, 2010; Gagnon et al., 2009; Gosling et al., 2004; Hart et al., 2008; McGowan et al., 2009). Particolarmente efficaci, soprattutto per dosaggio dei farmaci e prevenzione, risultano per esempio gli strumenti di *computerised decision support* (Grol, Grimshaw, 2003).

Tra gli interventi di natura organizzativa, a livello ospedaliero i percorsi clinici – che applicano le raccomandazioni derivate da studi e linee guida adattandole al contesto delle strutture e risorse disponibili – si sono dimostrati efficaci sia in termini di ottimizzazione della pratica professionale sia per esiti quali la riduzione del rischio di complicanze, senza aumentare fattori come costi o durata della degenza (Rotter et al., 2010). Relativamente efficaci sono anche i *local consensus processes*, che all'interno dei singoli servizi sanitari coinvolgono gli operatori in discussioni sui problemi clinici e sull'appropriatezza e fattibilità degli approcci proposti per affrontarli (Bero et al., 1998; Grimshaw et al., 2004, 2006; Grol, Grimshaw, 2003; NHMRC, 2000). Ci sono prove limitate sugli effetti positivi di sistemi di registrazione delle cure infermieristiche applicati ad aspetti assistenziali specifici (Urquhart et al., 2009), mentre effetti variabili sono riportati per interventi di *nursing management*, attività di leadership e revisione dei ruoli professionali (Gifford et al., 2007; Wong, Cummings,

2007). La revisione dei ruoli appare comunque di difficile attuazione a causa delle limitazioni deontologiche, legali, di competenza e di responsabilità delle varie figure professionali.

Tutti questi strumenti e interventi possono essere utilizzati isolatamente o in differenti combinazioni, nel quadro di approcci multifattoriali più ampi e articolati che in genere sono associati a un'efficacia maggiore (Bero et al., 1998; Chiu et al., 2010; Grimshaw et al., 2004, 2006; Grol, Grimshaw, 2003; NHMRC, 2000). Sempre rispetto alla tipologia generale delle strategie impiegate, meno studiati sono gli interventi *patient-mediated*, mirati a modificare le prestazioni dei professionisti sanitari sulla base di informazioni fornite dai pazienti; queste forme di intervento sembrano avere effetti positivi di entità variabile, per lo più modesta, e sono risultate efficaci specialmente nel campo della prevenzione. Sono relativamente limitate anche le prove di efficacia a sostegno degli interventi *tailored* ("su misura"), selezionati e applicati dopo aver valutato le barriere al cambiamento presenti nei singoli contesti; dagli studi condotti sull'argomento emerge in particolare la necessità di sviluppare metodi più rigorosi e standardizzati per identificare tali barriere e quindi gli approcci più adeguati per superarle (Baker et al., 2010). La **Tabella 5** riporta i livelli delle prove relative agli strumenti e interventi più frequentemente utilizzati o che si sono rivelati più efficaci secondo gli studi inclusi in questa revisione, valutati in base allo schema di *grading* elaborato dal CeVEAS (PNLG, 2002).

DISCUSSIONE

I dati emersi da questa revisione della letteratura, derivati per la maggior parte da revisioni sistematiche, sono tendenzialmente generalizzabili. La quasi totalità delle pubblicazioni selezionate si riferisce però a studi effettuati in altri paesi, principalmente negli Stati Uniti e in Gran Bretagna; le conclusioni tratte sull'efficacia degli interventi valutati devono pertanto essere vagliate alla luce delle caratteristiche organizzative del nostro sistema sanitario. Molte delle revisioni esaminate non hanno condotto metanalisi, riportando i risultati con modalità che li rendono difficilmente confrontabili e sintetizzabili e fornendo essenzialmente soltanto informazioni di natura qualitativa. Diverse revisioni segnalano inoltre la scarsa qualità metodologica degli studi identificati, spesso contraddistinti da disegni non appropriati, insufficiente numerosità campionaria ed errori di analisi (Bero et al., 1998; Grimshaw et al., 2004, 2006).

Altri limiti che devono essere presi in considerazione in un'ottica di valutazione critica comprendono l'inclusione solo di articoli in lingua inglese e italiana, che

Tabella 5. Livelli delle prove per strumenti e interventi più frequentemente utilizzati e/o più efficaci

Linee guida	IA (2 studi)
Brief reports	IVC (1 studio)
Reminders	IA (5 studi), IB (1 studio), IIA (1 studio)
Materiali educativi	IA (1 studio), IB (4 studi), IC (2 studi)
Interventi educativi didattici	IB (1 studio), IC (1 studio)
Interventi educativi interattivi	IA (2 studi)
Audit e feedback	IA (5 studi), IB (2 studi)
Educational outreach visits	IA (4 studi), IB (1 studio), IIB (1 studio)
Local opinion leaders	IA (2 studi), IB (2 studi), IIC (1 studio)
Tecnologie di informazione e comunicazione	IA (1 studio), IB (1 studio), IC (1 studio), IIIA (2 studi), IIIC (1 studio)
Percorsi clinici	IA (1 studio)
Local consensus processes	IA (2 studi), IC (1 studio)
Interventi multifattoriali	IA (3 studi), IB (2 studi), IIA (1 studio), IIIB (2 studi)
Interventi patient-mediated	IA (1 studio), IB (2 studi), IC (1 studio)
Interventi tailored	IA (1 studio), IB (1 studio)

può aver determinato una sovrastima dei risultati positivi, e l'impossibilità di reperire le versioni full-text di alcune pubblicazioni potenzialmente rilevanti.

Nonostante questi limiti la revisione, anche se non sistematica, fornisce un quadro relativamente esauriente degli approcci che possono essere utilizzati per promuovere l'implementazione dei principi dell'EBP nell'assistenza infermieristica. Gli effetti di alcuni interventi sono stati investigati in molti studi, con esiti a volte simili ma in qualche caso sostanzialmente differenti; in termini di implicazioni per la ricerca, appare evidente la mancanza di un disegno comune e standardizzato per attuare e valutare tali interventi e per rendere più semplice e immediata la comparazione dei risultati ottenuti.

Riguardo alle implicazioni per la pratica clinica, data la molteplicità e la natura differente dei vari approcci e strumenti proposti è difficile stabilire in generale quali siano da ritenere più validi o stilare una scala di efficacia. La scelta degli interventi più appropriati deve essere effettuata in funzione delle situazioni locali, valutando sia le loro caratteristiche organizzative e gestionali specifiche sia le maggiori barriere al cambiamento. Altro elemento fondamentale, dal quale oggi non si può prescindere, è un'analisi dei costi o del consumo di risorse (Newhouse, 2010).

CONCLUSIONI

I risultati della revisione mostrano come sia difficile individuare strategie standard che possono essere utilizzate con successo per promuovere la diffusione dell'EBP nei vari ambiti sanitari. È però disponibile una

vasta gamma di strumenti e interventi potenzialmente efficaci, che se selezionati e applicati correttamente in base alle condizioni e alle risorse presenti nei singoli contesti possono contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C et al. (2010) *Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 3, CD005470.
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw J et al. (1998) *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. BMJ, 317, 465-468.
- Cadmus E, Van Wynen EA, Chamberlain B et al. (2008) *Nurses' skill level and access to evidence-based practice*. Nurs Adm, 38 (11), 494-503.
- Charrier L, Allochis MC, Cavallo MR et al. (2008) *Integrated audit as a means to implement unit protocols: a randomized and controlled study*. J Eval Clin Pract, 14 (5), 847-853.
- Chiu YW, Weng YH, Lo HL et al. (2010) *Impact of a nationwide outreach program on the diffusion of evidence-based practice in Taiwan*. Int J Qual Health Care, 22 (5), 430-436.
- Dawes M, Summerskill W, Glasziou P et al. (2005) *Sicily statement on evidence-based practice*. BMC Med Educ, 5, 1.
- Dijkstra R, Wensing M, Thomas R et al. (2006) *The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in*

- hospitals, a meta-analysis*. BMC Health Serv Res, 6, 53.
- Dogherty EJ, Harrison MB, Graham ID (2010) *Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: a focused review of concept and meaning*. Worldviews Evid Based Nurs, 7 (2), 76-89.
- Doran DM, Sidani S (2007) *Outcomes-focused knowledge translation: a framework for knowledge translation and patient outcomes improvement*. Worldviews Evid Based Nurs, 4 (1), 3-13.
- Doran DM, Mylopoulos J, Kushniruk A et al. (2007) *Evidence in the palm of your hand: development of an outcomes-focused knowledge translation intervention*. Worldviews Evid Based Nurs, 4 (2), 69-77.
- Doran DM, Haynes RB, Kushniruk A et al. (2010) *Supporting evidence-based practice for nurses through information technologies*. Worldviews Evid Based Nurs, 7 (1), 4-15.
- Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J et al. (2007) *Local opinion leaders: effects on professional practice and health care*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 1, CD000125.
- Eastwood GM, O'Connell B, Gardner A (2008) *Selecting the right integration of research into practice strategy*. J Nurs Care Qual, 23 (3), 258-265.
- Ellis J (2006) *All inclusive benchmarking*. J Nurs Manag, 14 (5), 377-383.
- Farmer AP, Légaré F, Turcot L et al. (2008) *Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 3, CD004398.
- Feldman PH, Murtaugh CM, Pezzin LE et al. (2005) *Just-in-time evidence-based e-mail "reminders" in home health care: impact on patient outcomes*. Health Serv Res, 40 (3), 865-885.
- Fink R, Thompson CJ, Bonnes D (2005) *Overcoming barriers and promoting the use of research in practice*. J Nurs Adm, 35 (3), 121-129.
- Flodgren G, Rojas-Reyes MX, Cole N et al. (2012) *Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 2, CD002212.
- Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A et al. (2009) *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 2, CD003030.
- Foxcroft DR, Cole N (2003) *Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 4, CD002212.
- Gagnon MP, Légaré F, Labrecque M et al. (2009) *Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 1, CD006093.
- Gifford W, Davies B, Edwards N et al. (2007) *Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature*. Worldviews Evid Based Nurs, 4 (3), 126-145.
- GIMBE, Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze. *Conoscere l'EBM*. Consultato il 19 ottobre 2010, disponibile all'indirizzo: www.gimbe.org
- Glacken M, Chaney D (2004) *Perceived barriers and facilitators to implementing research findings in the Irish practice setting*. J Clin Nurs, 13 (6), 731-740.
- Gosling AS, Westbrook JL, Spencer R (2004) *Nurses' use of online clinical evidence*. J Adv Nurs, 47 (2), 201-211.
- Grimshaw J, Thomas RE, MacLennan G et al. (2004) *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. Health Technol Assess, 8 (6), 1-72.
- Grimshaw J, Eccles M, Thomas RE et al. (2006) *Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998*. J Gen Intern Med, 21, S14-20.
- Grol R, Grimshaw J (2003) *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. Lancet, 362, 1225-1230.
- Hart P, Eaton L, Buckner M et al. (2008) *Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice*. Worldviews Evid Based Nurs, 5 (2), 75-84.
- Horsley T, O'Neill J, McGowan J et al. (2010) *Interventions to improve question formulation in professional practice and self-directed learning*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 5, CD007335.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT et al. (2007) *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 4, CD000259.
- McGowan J, Grad R, Pluye P et al. (2009) *Electronic retrieval of health information by healthcare providers to improve practice and patient care*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 3, CD004749.
- Mehrdad N, Salsali M, Kazemnejad A (2008) *The spectrum of barriers to and facilitators of research utilization in Iranian nursing*. J Clin Nurs, 17, 2194-2202.
- Melnik BM (2007) *The evidence-based practice mentor: a promising strategy for implementing and sustaining EBP in healthcare systems*. Worldviews Evid Based Nurs, 4 (3), 123-5.
- Murtaugh CM, Pezzin LE, McDonald MV et al. (2005) *Just-in-time evidence-based e-mail "reminders" in home health care: impact on nurse practices*. Health Serv Res, 40 (3), 849-864.
- Nagykaladi Z, Mold J, Aspy C (2005) *Practice facilitators: a review of the literature*. Fam Med, 37 (8), 581-588.
- Naldi E, Biavati C, Parma D (2006) *L'Evidenza Based Nursing*. In: "L'infermieristica basata su prove di efficacia". McGraw-Hill, Milano.
- Newhouse RP (2010) *Do we know how much the evidence-based intervention cost?* J Nurs Adm, 40 (7-8), 296-299.

- NHMRC, National Health and Medical Research Council (2000) *How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies*. Consultato il 25 ottobre 2010, disponibile all'indirizzo: www.nhmrc.gov.au
- O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G et al. (2007) *Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 4, CD000409.
- Oermann M, Floyd J, Galvin E et al. (2006) *Brief reports for disseminating systematic reviews to nurses*. Clin Nurse Spec, 50 (5), 233-238.
- Olade RA (2004) *Strategic collaborative model for evidence-based nursing practice*. Worldviews Evid Based Nurs, 1 (1), 60-68.
- Oranta O, Routasalo P, Hupli M (2002) *Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses*. J Clin Nurs, 11 (2), 205-213.
- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA et al. (1995). *No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice*. CMAJ, 153 (10), 1423-1431.
- Ozdemir L, Akdemir N (2009) *Turkish nurses' utilization of research evidence in clinical practice and influencing factors*. Int Nurs Rev, 56 (3), 319-325.
- Pelagalli V (2006) *L'implementazione del cambiamento*. In: "L'infermieristica basata su prove di efficacia". McGraw-Hill, Milano.
- PNLG, Programma Nazionale per le Linee Guida (2002) *Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica*. Disponibile all'indirizzo: www.pnlg.it
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J et al. (2008) *Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 1, CD002213.
- Rotter T, Kinsman L, James EL et al. (2010) *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 3, CD006632.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA et al. (1996) *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ, 312, 71-72.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC et al. (1997) *Evidence-based medicine: how to practice and how to teach EBM*. Churchill Livingstone, London.
- Schardt C, Adams MB, Owens T et al. (2007) *Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions*. BMC Med Inform Decis Mak, 7, 16.
- Thomas L, Cullum N, McColl E et al. (2000) *Guidelines in professions allied to medicine*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 2, CD000349.
- Titler MG (2002) *L'uso della ricerca nella pratica*. In: "Metodologia della ricerca infermieristica". McGraw-Hill, Milano.
- University of York (1999) *Effective health care: getting evidence into practice*. Disponibile all'indirizzo: www.york.ac.uk
- Urquhart C, Currell R, Grant MJ et al. (2009) *Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 1, CD002099.
- Veeramah V (2004) *Utilization of research findings by graduate nurses and midwives*. J Adv Nurs, 47 (2), 183-191.
- Villanueva EV, Burrows EA, Fennessy PA et al. (2001) *Improving question formulation for use in evidence appraisal in a tertiary care setting: a randomised controlled trial*. BMC Med Inform Decis Mak, 1, 4.
- Wong CA, Cummings, GG (2007) *The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review*. J Nurs Manag, 15 (5), 508-521.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S (2009) *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, Issue 3, CD000072.



CONTRIBUTI

Gli effetti degli organici infermieristici sugli esiti clinici dei pazienti

di Carlo Orlandi

Area ricerca, Servizio infermieristico - Ospedale San Raffaele, Milano

Corrispondenza: carlo.orlandi@hsr.it

Proseguendo l'analisi di studi che riguardano le ricadute della composizione degli organici infermieristici sugli esiti dei pazienti (gli articoli precedenti sono stati pubblicati sui numeri 2 e 3 del 2011 di questa rivista), commentiamo una revisione Cochrane sull'argomento, intitolata "Modelli di organico infermieristico ospedaliero e outcome per i pazienti e per lo staff" (Butler et al., 2011).

Gli Autori provengono dalle Università di Dublino e di Adelaide e dal Centro Cochrane di Ottawa.

Questo lavoro ha due caratteristiche molto interessanti: nella revisione sono stati inclusi solo gli articoli che possiedono il massimo grado di evidenza scientifica, come sempre in tutte le pubblicazioni Cochrane[1]. Vi è da dire, infatti, che la letteratura sull'argomento è sempre più vasta: abbondano gli studi osservazionali e i questionari sulle opinioni degli infermieri; non sono molto numerosi, al contrario, gli studi clinici controllati o quelli randomizzati, che sono invece quelli passati in rassegna in questo caso.

Un altro aspetto positivo di questo lavoro è che il gruppo degli autori non ha usato criteri restrittivi sui contenuti degli studi inclusi: emergono così degli aspetti molto innovativi, sia per la letteratura internazionale, sia per il nostro paese, come per esempio l'"ostetricia in team" (*team midwifery*) o l'autogestione degli organici (*self-staffing*), due interventi che sembrano poter avere, almeno a prima vista, delle importanti ricadute, rispettivamente, sui pazienti e sul personale del servizio.

Sembra interessante citare anche la premessa del lavoro, perché in essa si accenna a due tendenze in atto a livello mondiale, che stanno provocando delle profonde modificazioni nelle caratteristiche dei sistemi sanitari: da un lato l'aumento della complessità della domanda di assistenza sanitaria (Buerhaus, 2000, Lang, 2004), dall'altro la diminuzione del numero degli infermieri qualificati (Buchan, 2005, Buchan, 2009, Potempa, 2009, Preston, 2009). Gli autori riferiscono che molti paesi si stanno organizzando rivedendo la composizione degli organici: gli interventi di modifica riguardano, per esempio, la riorganizzazione del mix delle figure assistenziali con diversi livelli di qualifica (com'è già accaduto nel nostro Paese con l'introduzione dell'Oss), la revisione del mix degli infermieri con differenti livelli di preparazione e di esperienza, il ricorso a prestazioni integrative erogate da personale interno o esterno, per finire con la revisione dell'articolazione dei turni. L'*International council of nurses* sostiene che "una sfida frequente che devono affrontare i gestori delle risorse umane è quella di determinare quale sia il mix più efficace di personale e di abilità necessario a erogare un'assistenza sanitaria di qualità e sostenibile economicamente, che faccia fronte all'incremento della domanda di servizi sanitari, alla necessità di contenere i costi e alla diminuzione del numero degli infermieri e delle altre figure sanitarie" (Icn, 2006).

La revisione in oggetto si è posta l'obiettivo di identificare quali modelli di organico assistenziale siano associati con i migliori outcome per i pazienti e per gli organici in ambito ospedaliero. Il metodo seguito è stato quello della ricerca bibliografica. Il criterio di inclusione degli studi è stato quello di selezionare studi clinici randomizzati (*Randomized clinical trials*, Rct), studi clinici controllati (*Controlled clinical trials*, Cct), studi controllati prima e dopo (*Controlled before and after study*, Cba) e, infine, serie temporali interrotte (*Interrupted time series*, Its). Questi tipi di studi soddisfano i requisiti Epoc (*Effective practice and organization of care review group*[2]). Le misure obiettive per la valutazione degli outcome sui pazienti sono state (anche queste secondo i criteri Epoc): la mortalità, la mortalità corretta per il rischio, la mortalità intraospedaliera, la durata della degenza. Le misure obiettive per il personale sono state: i tassi di abbandono del turno per malattia e i tassi di turnover. I risultati sensibili all'assistenza infermieristica considerati nello studio sono stati: le infezioni, le cadute, le lesioni da pressione, le complicanze e gli errori nella somministrazione della terapia.

Nell'elenco che segue sono presentati gli elementi considerati nella revisione. Questi sono denominati, per gli organici, *staffing model* e *staffing level*; invece, per gli infermieri sono stati considerati *skill mix*, *grade mix* e *qualification mix*:

- gli *staffing model* si riferiscono alle modalità per identificare e allocare il personale, per realizzare gli schemi di turno, per l'utilizzo dello straordinario e per il ricorso a personale esterno;
- gli *staffing level* includono i rapporti infermiere/paziente, le ore di assistenza infermieristica erogate (in toto) e le ore erogate dagli infermieri;
- lo *skill mix* fa riferimento al numero di infermieri sul totale del personale, alle ore di assistenza erogate da infermieri, alla percentuale di presenza di infermieri rispetto al totale dell'organico assistenziale e alla percentuale di presenza di advance nurse practitioner[3] sul totale;
- il *grade mix* fa riferimento alle posizioni gerarchiche ricoperte dagli infermieri;
- il *qualification mix* fa riferimento alla percentuale di presenza di infermieri con qualificazione postlaurea o postdiploma rispetto al totale degli infermieri presenti.

Gli Autori hanno compiuto una ricerca imponente per cercare di considerare tutti gli studi che si sono occupati di correlare gli organici ospedalieri agli outcome dei pazienti. Ne sono stati individuati 6.202, dei quali solo 15 (**si veda il Box 1**) hanno soddisfatto i criteri di inclusione nella revisione.

Box 1: Studi inclusi nella revisione

Biro M A, Waldenstrom U, Pannifex J H. *Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial*. Birth 2000;**27**(3):168–73. [MEDLINE: 11251497]

Boumans N P, Landeweerd J A. *Nurses' well-being in a primary nursing care setting in The Netherlands*. Scand J Caring Sci 1999;**13**(2):116–22. [MEDLINE: 10633742]

Davies M, Dixon S, Currie C J, Davis R E, Peters J R. *Evaluation of a hospital diabetes specialist nursing service: a randomized controlled trial*. Diabet Med 2001;**18**(4): 301–7. [MEDLINE: 11437861]

Dawes H A, Docherty T, Traynor I, Gilmore D H, Jardine A G, Knill-Jones R. *Specialist nurse supported discharge in gynaecology: a randomised comparison and economic evaluation*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007 (Epub 2006 Mar 10);**130**(2):262–70. [MEDLINE: 16530916]

Duncan D G, Beck S J, Hood K, Johansen A. *Using dietetic assistants to improve the outcome of hip fracture: a randomised controlled trial of nutritional support in an acute trauma ward*. Age

- Ageing 2006 (Epub 2005 Dec 14); 35(2):148–53. [MEDLINE: 16354710]
- Einstadter D, Cebul R D, Franta P R. Effect of a nurse case manager on postdischarge follow-up. *J Gen Intern Med* 1996;11(11):684–8. [MEDLINE: 9120655]
- Feddersen E. *An inpatient Diabetes Educator's impact on length of hospital stay*. The Diabetes Educator 1994;20(2): 125–8. [MEDLINE: 7851225]
- Forbes A, While A, Mathes L, Griffiths P. *Evaluation of a Ms specialist nurse programme*. *Int J Nurs Stud* 2006;43 (8):985–1000. [MEDLINE: 16412443]
- Forster A, Clark H, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N et al. *Effect of a nurse team co-ordinator on outcomes for hospitalized medicine patients*. *The American Journal of Medicine* 2005;118:1148–53. [MEDLINE: 16194647]
- Melchoir M E H, Philipsen H, Abu-Saad H H, Halfens R J G, van de Berg A A, Gassman P. *The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long-stay settings*. *J Adv Nurs* 1996;24:694–702. [MEDLINE: 8894886]
- Neidlinger S H, Bostrum J, Stricker A, Hild J, Qing Zhang J. *Incorporating nursing assistive personnel into a nursing professional practice model*. *Jona* 1993;23(3):29–37. [MEDLINE: 8473926]
- O'Connor M A. *A behavioral intervention's influence on nurse turnover rate*. PhD Thesis, Department of Human development and family life, University of Kansas. Kansas: Department of Human health and family life, University of Kansas, 1992.
- Pozen M W, Stechmiller J A, Harris W, Smith S, Fried D D, Voigt C G. *A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction*. *Med Care* 1977;15(10):830–7. [MEDLINE: 909325]
- Ritz L J, Nissen M J, Swenson K K, Farrell J B, Sperduto P W, Sladek M L et al. *Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer*. *Oncol Nurs Forum* 2000;27(6):923–32. [MEDLINE: 10920832]
- Talley S, Davis DS, Goicoechea N, Brown L, Barber L L. *Effect of psychiatric liaison nurse specialist consultation on the care of medical-surgical patients with sitters*. *Arch Psychiatr Nurs* 1990;4(2):114–23. [MEDLINE: 2357109]

Di questi, quattro riguardano interventi sugli organici quali il *primary nursing*, l'autopianificazione e l'"ostetricia in team". Altri 11 studi riguardano lo skill-mix e, in particolare, l'inserimento di infermieri specialisti nell'organico (9 studi) e l'aumento della proporzione del personale di supporto rispetto a quello infermieristico (2 studi). Dei 15 studi inclusi, 8 sono Rct (Biro 2000, Davies 2001, Dawes 2007, Duncan 2006, Forster 2005, Pozen 1977, Ritz 2000, Talley 1990), 2 Cct (Einstadter 1996, Feddersen 1994) e 5 Cba (Boumans 1999, Forbes 2006, Melchoir 1996, Neidlinger 1993, O'Connor 1992). Gli Autori hanno rintracciato nove studi che trattano dell'inserimento nell'organico infermieristico degli infermieri specialisti (con una formazione paragonabile a quella dei nostri master clinici, nel testo si citano ad esempio gli infermieri specialisti per i pazienti affetti da diabete, sclerosi multipla, infarto del miocardio o da problemi di salute mentale) (Davies 2001, Dawes 2007, Einstadter 1996, Feddersen 1994, Forbes 2006, Forster 2005, Pozen 1977, Ritz 2000, Talley 1990). L'infermiere specialista coordina l'assistenza programmando gli esami diagnostici e le procedure, accogliendo i pazienti, pianificando la loro assistenza e verificandone l'evoluzione, prescrivendo o mettendo in atto gli interventi specifici per i problemi individuati con l'accertamento e mettendo in atto interventi formativi per i pazienti, gli altri infermieri e il resto del personale. Si pensava che con l'introduzione di infermieri specialisti si riducessero il tasso di mortalità, i tassi di riospedalizzazione e gli accessi ripetuti al Pronto soccorso. Su questi aspetti non si sono trovate delle evidenze; tuttavia, inserire degli infermieri specialisti produce invece risultati misurabili in termini di riduzione della durata della degenza e di riduzione della comparsa di lesioni da pressione. Un altro aspetto che è stato affrontato è quello dell'aumento del rapporto fra personale di supporto e infermieri.

Su questo argomento sono stati trovati due studi: Duncan 2006 (Rct) e Neidlinger 1993 (Cba). Anche su questo aspetto non sono state trovate delle evidenze, tuttavia ci sono evidenze che staff di supporto specialistici, che prevedono per esempio la presenza di dietiste, può avere un importante impatto sugli outcome dei pazienti. Nello studio di Duncan 2006 l'apporto delle dietiste riduceva del 6% la mortalità in una traumatologia ($p=0.048$). Sempre in questo studio si dimostravano anche una diminuzione della mortalità in tutto l'ospedale ($p=0.09$) e una diminuzione della mortalità a quattro mesi dalla dimissione ($p=0.03$).

Un sistema di autogestione dell'organico[4] (*self-staffing*) è presentato in uno studio (O'Connor 1992, Cba) che dimostra una sensibile riduzione nel turnover del personale, mentre due ricerche hanno studiato l'applicazione del *primary nursing*[5] (Boumans 1999, Cba, Melchoir 1996, Cba), dimostrando, anche in questo caso, una notevole riduzione del turnover.

Una ricerca (Biro 2000, Rct) ha dimostrato l'effetto positivo dell'introduzione dell'"ostetricia in team" (*team midwifery*), che può ridurre il numero delle procedure mediche durante il travaglio e può contribuire a una riduzione della durata della degenza senza compromissione della sicurezza della mamma e del bambino. L'"ostetricia in team" è definita da Biro come "un nuovo modello di assistenza alla maternità caratterizzato dalla continuità dell'assistenza ostetrica dall'inizio della gravidanza al periodo postnatale". Con questo modello si cerca di organizzare la presenza di una stessa ostetrica che pianifica l'assistenza alla donna dall'inizio della gravidanza alla fine del periodo postnatale.

In conclusione, in questa revisione si dimostra che:

- l'inserimento nell'organico di infermieri specialisti riduce la durata della degenza e il numero delle lesioni da pressione;
- l'inserimento di altri professionisti diversi dagli infermieri, come per esempio delle dietiste, può avere un impatto considerevole su alcune categorie di pazienti;
- l'autogestione degli organici e il *primary nursing* possono ridurre il turnover del personale;
- l'"ostetricia in team" può ridurre il numero delle procedure mediche durante il travaglio e può diminuire la durata della degenza, senza compromettere la sicurezza della mamma e del bambino.

Secondo gli Autori, questo lavoro mette in evidenza i limiti della ricerca condotta sull'argomento delle ricadute delle caratteristiche degli organici infermieristici sugli esiti delle attività sanitarie. Più nello specifico, essa sottolinea il gran numero di studi condotti ma che non hanno un disegno appropriato a tal punto da essere considerati come una fonte di evidenze sull'argomento. Gli Autori fanno notare, infine, la necessità di ulteriori studi sulle caratteristiche della formazione, delle posizioni gerarchiche ricoperte e dei rapporti di organico fra infermieri e il resto del personale assistenziale. Si auspica infine anche una maggior collaborazione internazionale nell'esecuzione di ricerche in questo ambito.

Ci permettiamo di aggiungere che la lettura di questa revisione fornisce anche delle informazioni non secondarie sullo stato della nostra professione all'estero: per esempio, nel lavoro si legge che le ore lavorative settimanali medie per gli infermieri in Canada, in Australia e in Irlanda sono 37,5; che in California (dal 2004) e nello stato di Vittoria in Australia è stata introdotta l'obbligatorietà di rapporti numerici minimi infermieri/pazienti[6]. Auspichiamo che anche nel nostro Paese si conducano degli studi rigorosi sugli argomenti dell'organizzazione del lavoro degli infermieri.

A questo proposito segnaliamo il primo studio europeo sull'evoluzione della professione infermieristica, il *RN4cast*[7], che cerca di fornire dati provenienti da 12 paesi europei (Italia esclusa) su come l'organico infermieristico ospedaliero, lo *skill mix*, i livelli formativi e la qualità dell'ambiente di lavoro degli infermieri impattino sulla mortalità, sui salvataggi mancati[8], sulla qualità dell'assistenza e sulla soddisfazione dei pazienti.

[1] La Cochrane Collaboration è un'organizzazione internazionale (con sede anche in Italia) che ha lo scopo di fornire informazioni aggiornate sugli effetti delle cure sanitarie, cercando di sviluppare il più possibile le conoscenze basate sulle prove di efficacia disponibili. La Cochrane Collaboration pubblica regolarmente delle revisioni, come questa, che sono raccolte nella Cochrane Library. Per accedere al sito italiano cliccare su: <http://www.cochrane.it/it/benvenuto>, (ultimo accesso il 29/04/2012).

[2] L'Effective practice and organization of care review group è un gruppo interno alla Cochrane Collaboration, che ha lo scopo di realizzare interventi per migliorare l'erogazione e l'organizzazione dei sistemi sanitari. Per ulteriori approfondimenti si veda <http://epoc.cochrane.org/welcome-epoc-ottawa-website>, (ultimo accesso il 29/04/2012). Per l'Epoc gli Rct, i Cct e i Cba devono essere costruiti con almeno due gruppi di controllo e due gruppi di intervento, le lts devono avere almeno tre punti di dati prima e dopo l'intervento.

[3] L'Advance nurse practitioner (Anp) è una figura infermieristica con competenze avanzate e livello formativo superiore a quello degli infermieri laureati "generalisti". Può effettuare in autonomia attività diagnostiche e prescrivere farmaci, per esempio, in condizioni di cronicità, di malattia mentale e di assistenza alla gravidanza e al puerperio, sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale. Le attività della nostra figura ostetrica sono molto spesso comprese fra quelle di un Anp. Si veda, per ulteriori dettagli: http://en.wikipedia.org/wiki/Nurse_practitioner (ultimo accesso 29/04/2012).

[4] Negli Ospedali degli Stati Uniti gli organici assistenziali sono di solito gestiti centralmente a livello di ospedale e non di unità operativa. Il livello centrale modula gli organici dei servizi in relazione alle necessità assistenziali, attingendo anche alle risorse di organici trasversali (floating staff o organici fluttuanti, composti da operatori in grado di lavorare in unità operative diverse). Nello studio in esame si sono dimostrati effetti di riduzione del turnover nei servizi dove invece gli organici sono gestiti a livello di unità operativa, quindi senza ricorrere a integrazioni provenienti da altri servizi e senza dover supplire alle necessità di altri servizi.

[5] Primary nursing (o assistenza primaria): si tratta di un approccio organizzativo sviluppato da Marie Manthey negli anni '60 all'University of Minnesota Hospital (Usa). Gli elementi costitutivi del Primary nursing sono: 1. l'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi; 2. l'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun professionista della responsabilità di assumere decisioni; 3. la presenza di una persona operativamente responsabile dell'assistenza erogata ai pazienti di un servizio 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana. In sintesi, secondo questo modello un infermiere si occupa di un ridotto numero di pazienti, per i quali funge da infermiere referente. Come tale, ha la responsabilità e l'autorità di identificarne i bisogni e i problemi e di pianificare e valutare gli interventi relativi dall'inizio al termine della degenza. La responsabilità di infermiere primario, di solito, è assegnata per brevi periodi (una-due settimane) (Bowers, 1989, Calamandrei C., Orlandi C., 2009).

[6] A questo proposito si veda http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=775953 (ultimo accesso il 23/10/2012) e anche <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/MandatoryNursetoPatientRatios.html> (ultimo accesso il 23/10/2012).

[7] Il sito ufficiale dello studio: <http://www.rn4cast.eu/en/index.php> (ultimo accesso il 23/10/2012).

[8] Salvataggio mancato (Failure to rescue): è un indicatore messo a punto dalla Ahrq (Agency for healthcare research and quality) e adottato anche nel nostro paese, per studi sulla qualità e sicurezza della assistenza sanitaria; dà una misura di come le organizzazioni sanitarie rispondono ad alcuni eventi che accadono ai pazienti durante la degenza, quali polmoniti, shock, arresti cardiaci, emorragie gastroenteriche, sepsi e trombosi venose profonde. Lo scopo è di individuare i pazienti per i quali vi è un ritardo nella diagnosi o nella terapia per una delle complicanze elencate, per le quali una maggior efficacia delle prestazioni sanitarie e la tempestività d'azione potrebbe ridurre il rischio di morte (Fonte: Ministero della Salute:

<http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=267&menu=sicurezza>, ultimo accesso il 23/10/2012).

BIBLIOGRAFIA

- Aihw. *Australian hospital statistics 2004-05*. Australian institute of health and welfare, Health services series no. 26. Canberra: Australian institute of health and welfare, 2006. [Aihw cat. no. HSE 41]
- Ayre T, Gerdzt M, Parker J, Nelson S. *Nursing skill mix and outcomes: a Singapore perspective*. International nursing review 2007;**54**:56–62.
- Bowers L. *The significance of primary nursing*. Journal of advanced nursing (14) 1989.
- Buchan J, Dal Poz M. *Skill mix in the health care workforce*. Bulletin of the world health organization 2002;**80**:575–9.
- Buchan J, Calman L. *Summary: The Global Shortage of Registered Nurses*. International council of nurses, Geneva. Geneva: International council of nurses, 2005.
- Buchan, J. *The nursing workforce and global economic recession*. Collegian (Royal college of nursing, Australia) 2009;**16**(1):1–2.
- Buerhaus P, Needleman J. *Policy implications of research on nurse staffing and quality of patient care*. Policy, politics, & nursing practice 2000;**1**(1):5–15.
- Butler M, Collins R, Drennan J, Halligan P, O'Mathúna D P, Schultz T J, Sheridan A, Vilis E. *Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes*. Cochrane database of systematic reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD007019. DOI: 10.1002/14651858.CD007019.pub2.
- Calamandrei C, Orlandi C. *La dirigenza infermieristica*, Milano, McGraw-Hill, 2009, p. 92.
- Carr-Hill R, Dixon P, Griffiths M, Higgins M, McCaughan D, Rice N, Wright K. *The impact of nursing grade on the quality and outcome of nursing care*. Health economics 1995;**4**(1):57–72.
- Carter A, Chochinov A. *A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department*. Canadian journal of emergency medicine 2007;**9**(4):286–95.
- Crossan F, Ferguson D. *Exploring nursing skill mix: a review*. Journal of nursing management 2005;**13**:356–62.
- Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S. *Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review*. Journal of advanced nursing 2005;**51**(1):73–82.
- De Broe S, Christopher F, Waugh N. *The role of specialist nurses in multiple sclerosis: a rapid and systematic review*. Health technology assessment 2001; Vol. 5, issue 17.
- Doran, D M. Preface. In: Doran, D M editor(s). *Nursing sensitive outcomes: State of the science*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2003.
- Doran D M, Harrison M B, Laschinger H S, Hirdes J P, Rukholm E, Sidani S, McGillis Hall L, Tourangeau A E. *Nursing-sensitive outcomes data collection in acute care and long-term-care settings*. Nursing research March/April 2006;**55**(2):S75–S81.
- Egger M, Davey Smith G, Altman D G. *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context*. London: BMJ Books, 2001.
- Epoc (Effective practice and organization of care review group). *Interrupted time series (Its) designs in an Epoc review*. Epoc methods papers revised April 21 1998; Vol. <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/inttime.pdf>, (ultimo accesso il 29/04/2012).
- Epoc. Data collection checklist. <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf>, (ultimo accesso il 29/04/2012).
- Epoc. *Risk of bias*. Epoc resources for review authors <http://epoc.cochrane.org/epoc-author-resources>, (ultimo accesso il 29/04/2012).
- Estabrooks C A, Cummings G G, Olivo S A, Squires J E, Giblin C, Simpson N. *Effects of shift length on quality of patient care and health provider outcomes: systematic review*. Qual saf health care 2009 Jun;**18**(3):181–8.
- Gordon M. *Nursing nomenclature and classification system development*. Online journal of issues in nursing 1998.
- Guyatt G H, Oxman A D, Vist G E, Kunz R, Falck-Ytter Y, Schunemann H J. *GRADE: what is "quality of evidence" and why is it important to clinicians?* British medical journal 3 May 2008;**336**:995–8.
- Haesler E J, Nay R, O'Donnell M H, McAuliffe L P. *Effectiveness of staffing models in residential/subacute/extended aged care settings*. Cochrane database of systematic reviews 2007, Issue 2. [DOI: 10.1002/14651858.CD006563]
- Humphries N, Brugha R, McGee H. *Overseas nurse recruitment: Ireland as an illustration of the dynamic nature of nurse migration*. Health Policy 2008;**87**(2):264–72.
- Icn. *The global nursing shortage: priority areas for intervention (A report from Icn/Fnif)*. International council of nurses, Geneva. Geneva: International council of nurses, 2006.
- Kane R, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. *Nursing staffing and quality of patient*. Ahrq publication No. 07-E005. Agency for healthcare research and quality, Rockville, MD, 2007.

- Kozier B, Erb G, Berman A J, Burke K. *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. Essex: Pearson, 2008.
- Lake E, Friese C. *Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics*. Nursing research 2006;**55**(1):1–9.
- Lang T, Hodge M, Olson V, Romano P, Kravitz R. *Nurse patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes*. Jona 2004;**34**(7/8):326–37.
- Lankshear A, Sheldon T, Maynard A. *Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence*. Advances in nursing science 2005;**28**(2):163–74.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane database of systematic reviews 2004, Issue 4. [DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2; :]
- Leiter M, Spence Laschinger H. *Relationships of work and practice environment to professional burnout*. Nursing Research 2006;**55**(3):137–46.
- Lookinland S, Tiedeman M, Crosson A. *Nontraditional models of care delivery: have they solved the problems?* Jona 2005;**35**(2):74–80.
- McKenna H. *Nursing skill mix substitutions and quality of care: an exploration of assumptions from the research literature*. Journal of advanced nursing 1995;21:452–9.
- Numata Y, Schulzer M, van der Wal R, Globberman J, Semeniuk P, Balka E et al. *Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis*. Journal of advanced nursing 2006;**55**(4):435–48.
- Orlandi C. Cos'è e come si può misurare la sorveglianza infermieristica? Alcuni spunti dal dibattito internazionale sull'argomento. L'Infermiere (versione online), n. 2, marzo-aprile 2011, <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-1-articolo-15.htm>
- Orlandi C. *Organici degli infermieri e mortalità ospedaliera*. L'Infermiere, (versione online), n. 3, maggio-giugno 2011, <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-2-articolo-31.htm>
- Potempa K M, Redman R W, Landstrom G. *Human resources in nursing education: a worldwide crisis*. Collegian (Royal college of nursing, Australia) 2009;**16**(1):19–23.
- Preston B. *The Australian nurse and midwifery workforce: issues, developments and the future*. Collegian (Royal college of nursing, Australia) 2009;**16**(1):25–34.
- Rogers A, Hwang W-T, Scott L, Aiken L, Dinges D. *The working hours of hospital staff nurses and patient safety*. Health affairs 2004;**23**(4):202–14.
- Spilsbury K, Meyer J. *Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles*. Journal of clinical nursing 2001;**10**:3–14.



ESPERIENZE

La comunicazione dell'evento avverso

di **Gennaro Martucci**

Infermiere, Anestesia e rianimazione - Asl TO2 "Presidio ospedaliero S. Giovanni Bosco – Torino nord emergenza" - Torino

Corrispondenza: rinos70@libero.it

La comunicazione riveste un ruolo fondamentale nella storia dell'uomo. La comunicazione assume delle caratteristiche ancora più rilevanti all'interno della realtà ospedaliera: è centrale per l'efficacia dei processi di cura e per promuovere un rapporto di fiducia tra il paziente e l'*équipe* assistenziale.

Ma come reagiamo se il rapporto di fiducia viene messo in discussione dal senso di mancata sicurezza? Come ci comportiamo se durante un atto assistenziale commettiamo un errore e si verifica un evento avverso? Come dobbiamo comunicare l'errore? Cosa e a chi dobbiamo comunicare l'errore? E poi, è giusto comunicare un errore?

L'assioma convalidato ormai dalla letteratura sul tema è che se l'errore è in certa misura inevitabile, l'attenzione deve essere indirizzata sul sistema in cui il professionista opera, cercando di creare unità operative che rendano difficile fare cose sbagliate e, allo stesso tempo, rendano facile fare cose giuste (Catino, 2002).

In Italia, nel giugno 2011, il Ministero della salute ha pubblicato le *Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità*, dove vengono descritte due fasi:

- Fase 1, caratterizzata dall'analisi dell'evento per identificarne i fattori causali e/o contribuenti ed individuare le azioni utili a tutela della salute pubblica e a garanzia della sicurezza del sistema sanitario. All'interno di questa fase vengono descritte le 'Raccomandazione per l'analisi dell'evento avverso';
- Fase 2, nella quale si individuano le azioni di comunicazione e di contenimento del danno e/o di ripristino, per le quali sono descritte 'Raccomandazione per la comunicazione ai pazienti degli eventi avversi'; 'Raccomandazione per attivare azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso'; 'Raccomandazione per la comunicazione esterna in caso di eventi avversi nelle strutture sanitarie'.

In considerazione delle riflessioni qui esposte, si è ritenuto opportuno avviare un'indagine conoscitiva focalizzando l'attenzione sulla Fase 2 e più precisamente sulle 'Raccomandazioni per la comunicazione ai pazienti degli eventi avversi'. L'obiettivo è stato quello di valutare la conoscenza e le principali difficoltà dei professionisti operanti presso le strutture del Presidio ospedaliero S. Giovanni Bosco - Torino nord emergenza, rispetto la modalità di segnalazione e comunicazione degli errori.

Come viene gestito nel nostro ospedale?

Attraverso l'utilizzo di un questionario appositamente predisposto, sono stati interpellati i 65 operatori (5 per struttura) operanti nei servizi del Presidio ospedaliero S. Giovanni Bosco - Torino nord emergenza, con una adesione del 92,3%.

Tra i compilatori, gli infermieri risultano la categoria di professionisti maggiormente rappresentata, proporzionalmente a quanto si riscontra nei team dei servizi. L'età anagrafica evidenzia una prevalenza di operatori sanitari tra i 26 e i 35 anni.

I professionisti si sono formati sui temi del rischio clinico e della gestione e comunicazione dell'evento avverso: il 58,3% afferma di aver partecipato a corsi di formazione organizzati dall'Asl, mentre il 21,7%, pur essendo a conoscenza delle iniziative di aggiornamento, non ha potuto partecipare. Il 16,6% dichiara di non esserne venuto a conoscenza e un limitato 3,3% afferma che l'azienda in cui lavora non ha promosso corsi sul tema.

Il 41,6% dei professionisti riferisce di aver partecipato a corsi sulla gestione e comunicazione dell'evento avverso: di questi, il 76% che ha risposto in modo affermativo sono infermieri, il 20% sono medici e il 4% tecnici di radiologia, mentre ben il 58,3% dichiara di non aver partecipato a percorsi del genere.

Circa la segnalazione di un evento avverso, il 66,7% dei professionisti dichiara di seguire le indicazioni fornite dalla procedura aziendale, il 25% afferma di non sapere come comportarsi, mentre l'8,3% dichiara che non vi sono procedure aziendali.

Successivamente si è indagato se vi siano state occasioni in cui si doveva segnalare un evento avverso, e nel caso a chi e con quale modalità: i risultati ottenuti mettono in evidenza che il 78,3% non ha avuto occasione di segnalare un evento avverso, mentre il 21,6% dichiara di averlo segnalato, più precisamente a: alla Direzione sanitaria (41%), all'Ufficio gestione del rischio clinico (27,3%), al Servizio delle professioni (13,6%) e al Direttore di struttura (9%). La modalità più frequentemente usata per la segnalazione è stata per il 57,1% una procedura aziendale.

Ulteriormente si è individuato se il timore di conseguenze medico-legali rappresenti un fattore di resistenza per l'operatore: il 43,3% degli intervistati si è espresso in accordo a questa evenienza, mentre il 45% dichiara il proprio accordo solo in parte. L'11,6% ha dichiarato invece la propria contrarietà all'incidenza di questi timori.

Quale strategia può essere adottata per supportare l'operatore nel gestire al meglio il percorso della segnalazione dell'evento? Il 28% dei rispondenti centra sulla formazione, il 16% invece individua le procedure come vincenti, il 12% sceglie invece gli incontri per analizzare l'accaduto e la collaborazione. In misura più modesta sono stati indicati anche: l'anonimato, il supporto psicologico e informazioni corrette e capillari, il supporto medico-legale, l'elaborazione del vissuto negativo, l'adozione di strumenti informatici, un ambiente favorevole, una fitta rete di solidarietà tra gli operatori e i superiori, il riscontro di azioni correttive conseguenti all'evento avverso, la sensibilizzazione affinché si abbandonino una mentalità che tende a colpevolizzare, una migliore copertura assicurativa, un maggior supporto da parte dell'Ufficio gestione del rischio.

Quando poi si indaga sulla necessità di informare il paziente/parente in caso di errore o situazione in cui si è verificato un danno, il 71,6% ritiene di dover sempre informare il paziente/parente, il 16,7% riferisce di volerlo fare solo quando il danno è grave, il 10% indica invece che in caso di errore o situazione in cui si è verificato un danno, non è mai necessario informare il paziente/parente. Gli operatori che ritengono non sia mai necessario sono rappresentati per il 33,3% da medici, per il 50% da infermieri, per il 16,6% da tecnici di radiologia. Le competenze ritenute necessarie per comunicare al paziente/parente sono individuate per il 36,7% nelle capacità tecniche-comunicative, per il 14,3% nelle capacità relazionali e, a parità di percentuale, per il 10,2% nelle conoscenze tecnico-scientifiche e competenze di ruolo. La figura competente per comunicare al parente/paziente un errore vede identificato: chi è stato coinvolto nell'errore insieme ad un'altra figura di supporto (32,2%), il Direttore di struttura e il medico (24,8%), mentre il 16,5% afferma che debba essere l'infermiere.

Su quali risorse aggiuntive siano risultate carenti nella propria esperienza, i rispondenti hanno individuato per il 38,8% un ambiente dedicato alla comunicazione, per il 33,3% delle competenze comunicative e per il 27,8% una figura di supporto.

Circa i fattori che causano o portano all'errore, per il 65,7% sono identificati in quelli organizzativi (carenza di comunicazione, carenza di protocolli, ruoli non chiari, volumi di attività eccessivi), per il 28,8% in fattori umani (carenza di abilità, conoscenze, difficoltà nei rapporti interpersonali); solo per il 5,4% sono in causa i fattori tecnologici (carenza di manutenzione, istruzioni operative, obsolescenza).

Un bilancio

L'indagine condotta nel Presidio ospedaliero S. Giovanni Bosco - Torino nord emergenza mette in evidenza il fatto che gli operatori, pur avendo partecipato a percorsi formativi aziendali sul rischio clinico, non hanno ancora aderito a corsi di formazione in specifico sulla gestione e comunicazione di un evento avverso. Il comportamento adottato nella segnalazione di un evento mette in evidenza la consapevolezza da parte degli operatori di seguire le indicazioni fornite dalla procedura aziendale. Una parte del campione intervistato, però, non saprebbe ancora come comportarsi: infatti, l'analisi condotta mostra in modo evidente come siano poche le segnalazioni di un evento avverso o "mancato incidente". In particolare un'ampia maggioranza dichiara di non essere mai stata coinvolta attivamente nella comunicazione di un evento. Sicuramente la paura di conseguenze medico-legali produce, in buona parte degli operatori, resistenze a segnalare l'errore. La formazione non può essere che l'unica leva su cui agire per la diffusione delle conoscenze, sebbene sia proprio con questa e con l'esperienza che si possa arrivare a migliorare, per esempio per acquisire quelle capacità comunicative e relazionali che rappresentano il fulcro per comunicare un errore. Prescindendo dalle competenze comunicative, assume molta importanza anche l'ambiente dedicato per la comunicazione di un evento. I fattori organizzativi (carenza di comunicazione, carenza di protocolli, ruoli non chiari, volumi di attività eccessivi) sono considerati dagli operatori la principale causa di errori.

Se si vuole ottenere un cambiamento culturale, esso deve iniziare da coloro che sono chiamati a prendere decisioni strategiche, da cui poi dipende la gestione e l'organizzazione dei servizi.

BIBLIOGRAFIA

- Buscemi A et al. (2009). *Il risk management in sanità*, Milano, Franco Angeli.
- Confortini M C, Patrini E (2006). *Manuale di risk management in sanità: processi e strumenti di implementazione*, Milano, Il Sole 24 ore - Sanità.
- Cinotti R (2004). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Roma, Il Pensiero scientifico editore.
- Ministero della salute (2011). *Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità*. Roma.
- Poletti P (2008). *La comunicazione dell'errore*. *Decidere in medicina*. Ottobre 2008; Anno VIII, n. 5 2-4.



ESPERIENZE

L'utilizzo della tassonomia Nanda nella pratica clinica: Reggio-Emilia e Tarragona a confronto

di Elena Virgoletti (1), Lucia Doro (1), Daniela Mecugni (1), Luisa Pavarelli (2), Marina Iemmi (2), Marzia Prandi (2), Cinzia Gradellini (1)

(1) Corso di laurea in Infermieristica, Università di Modena e Reggio - Azienda ospedale Santa Maria Nuova – Reggio-Emilia

(2) Azienda ospedale Santa Maria Nuova – Reggio-Emilia

Corrispondenza: gradellini.cinzia@asmn.re.it

La pianificazione assistenziale permette di affrontare in modo coerente e sistematico i problemi della persona e accompagna il professionista nell'assunzione di decisioni per il raggiungimento di specifici obiettivi, in un'ottica di presa in carico personalizzata. Non è quindi solo vantaggiosa per l'operatore, permettendogli di lavorare in sicurezza e rispettare gli standard, ma anche per la persona assistita, che in tal modo è garantita circa il coinvolgimento, la qualità e la continuità nelle cure.

L'utilizzo di una tassonomia permette di definire la specifica competenza professionale, fare riferimento a un determinato problema, eliminare ambiguità, condurre ricerche: ad oggi quella più utilizzata nel mondo è la *North american nursing diagnosis association* (Nanda). Nonostante tali indiscutibili vantaggi, l'adozione di una tassonomia nella pratica clinica resta un argomento molto discusso, anche in letteratura: tra gli aspetti criticati emerge la percezione di una maggiore convenienza nell'utilizzo delle diagnosi mediche, come linguaggio condiviso, sebbene poi i medesimi riconoscano che le diagnosi infermieristiche (Di) permettono di descrivere il problema dell'assistito in maniera più completa (Carpenito, 2006). Molti infermieri concordano sul fatto che le Di portino benefici all'assistenza, primo fra tutti il miglioramento della sua qualità, sebbene sussista, come limite riconosciuto, la scarsa praticità del sistema informatico utilizzato e la scarsa preparazione del personale (Furuya et al, 2011).

Da qualche anno, in Italia e in altri Paesi, alcune realtà operative hanno avviato percorsi di sperimentazione della tassonomia nella pratica quotidiana. L'Azienda Santa Maria Nuova di Reggio-Emilia, grazie al progetto Iside (*Analisi del processo assistenziale delle diagnosi infermieristiche*) ha introdotto la tassonomia Nanda-Nic-Noc in alcune unità operative dell'ospedale: tra queste la Medicina III ha partecipato col coinvolgimento di infermieri, coordinatore e tutor clinico universitario, che ha gestito la formazione e l'addestramento del personale infermieristico, come previsto dal progetto aziendale. Dopo una formazione sul campo, si è deciso di iniziare l'implementazione di una diagnosi, *Dolore cronico*, attualmente in uso sperimentale.

Nell'ospedale Sant Joan XXIII di Tarragona, le diagnosi infermieristiche sono state introdotte nel 2006 con l'implementazione di pianificazioni assistenziali informatizzate. Prima di inserirle nel contesto lavorativo, gli infermieri hanno seguito un corso di formazione di circa un anno, che ha permesso loro di utilizzare il programma informatico mirato Gazela.

Nel servizio di Pediatria si utilizzano le seguenti diagnosi: *Allattamento al seno efficace*, *Allattamento al seno inefficace*, *Compromissione dell'adattamento*, *Conflitto in rapporto al ruolo genitoriale*, *Intolleranza all'attività*, *Ipertermia*, *Ipotermia*, *Rischio di aspirazione*, *Rischio di infezione*.

Confrontarsi: un valore aggiunto

Sfruttando questo contatto tra Italia e Spagna, si è deciso di analizzare l'utilizzo della tassonomia Nanda nella clinica, comparando due realtà che la utilizzano da tempi diversi, al fine di individuare ricadute positive, difficoltà e relative cause, suggerimenti proposti dagli infermieri.

Relativamente all'impatto gestionale ed emozionale dell'esperienza, è emerso in modo omogeneo, da entrambi i focus condotti nelle due realtà, che l'implementazione della diagnosi non ha influito in modo importante sull'aspetto gestionale, se non per il fatto di aumentare, in parte, i tempi di registrazione (*"si scrive di più perché tutte le attività svolte vengono descritte"*). Tra gli aspetti positivi emersi, la valutazione del dolore risulta più oggettiva: vi è un maggior coinvolgimento del paziente nel processo di assunzione di decisioni e questo comporta un aumento della consapevolezza e della gestione del dolore da parte dell'assistito stesso. In generale il paziente percepisce la qualità dell'assistenza, sentendosi più accolto e ascoltato. La diagnosi *Dolore cronico* permette, inoltre, la gestione del dolore in modo più efficace e garantisce la personalizzazione degli interventi. Dal punto di vista gestionale le Di hanno portato a una diminuzione delle chiamate da parte del paziente dopo la valutazione e successivo intervento personalizzato sul dolore. L'utilizzo di scale di valutazione, come primo accertamento e come criterio di risultato, ha permesso non solo una precisa valutazione del dolore, ma anche una miglior gestione della terapia mirata da parte del medico anestesista. Un ultimo aspetto positivo è la maggiore omogeneità terminologica nel team.

Le difficoltà segnalate fanno riferimento all'utilizzo non immediato delle Di: richiedono un accertamento dettagliato e completo, i tempi di apertura della diagnosi sono molto lunghi e il format cartaceo utilizzato risulta poco pratico perché composto da diverse parti, che a loro volta richiedono lunghi tempi di compilazione. Nonostante ciò, viene segnalata la necessità di integrare lo strumento con altri spazi in relazione alla registrazione del percorso e dei miglioramenti della persona.

È anche emerso che utilizzare solo una Di limita la visione olistica della persona, in quanto non si accertano gli altri problemi con la stessa metodologia. Ad ora lo strumento è visionato e utilizzato solo dall'infermiere e questo è percepito come un limite. Ultimo aspetto riportato è che l'utilizzo delle Di presuppone la collaborazione del paziente, che non sempre è però possibile.

Tra le principali cause di queste difficoltà ricordiamo qui: la terminologia Nanda-Nic-Noc, percepita ancora come poco familiare dalla maggioranza degli infermieri (fanno eccezione gli infermieri neo-laureati poiché l'hanno già utilizzata nel recente percorso di formazione); le procedure/abitudini precedenti, non sempre in linea con quanto previsto dall'utilizzo della tassonomia; la non sempre piena partecipazione dei pazienti alla parte anamnestica (*"non tutti i pazienti rispondono alle domande"*).

I suggerimenti degli infermieri si sono incentrati principalmente sul format utilizzato: occorrerebbero spazi bianchi per inserire ulteriori dati e l'utilizzo di un programma informatizzato che, oltre a ridurre la quantità di fogli, permetta la visione dei dati raccolti anche ad altre figure professionali. Questo porterebbe a una riduzione del tempo di compilazione, esigenza emersa tra le prioritarie.

Riferendoci agli infermieri di Tarragona, si può notare che utilizzano le Di (53%) avendole conosciute e iniziate a utilizzare nella propria formazione universitaria; il 47% degli infermieri, invece, le ha incontrate solo una volta giunti nel contesto lavorativo.

Relativamente al loro utilizzo, gli infermieri di Tarragona hanno fatto riferimento al programma informatizzato Gazela: la sua caratteristica è quella di proporre, per ogni Di, i relativi Noc (obiettivi) e Nic (interventi con relative specifiche attività). Il programma prevede anche la progettazione attraverso identificazione di problemi collaborativi/complicanze potenziali.

Tra gli aspetti positivi correlati all'utilizzo delle Di, gli infermieri spagnoli hanno sottolineato l'importanza dell'utilizzo di un linguaggio condiviso: grazie alle Di emerge un miglioramento del trattamento e della cura della persona assistita, oltre a una migliore continuità assistenziale.

Le Di sono state riconosciute come valido strumento di lavoro, poiché hanno permesso lo sviluppo di percorsi assistenziali completi e personalizzati. La maggior parte degli infermieri riconosce un incremento dell'autonomia professionale.

Alcuni infermieri riportano come difficoltà il fatto che la standardizzazione delle Di, in alcuni casi, rischia di far perdere l'individualità della persona assistita. Nonostante la registrazione informatizzata, anche gli infermieri della Pediatria riferiscono, a volte, tempi lunghi nell'inserimento dei dati. Le cause di ciò devono essere ricercate nell'aumentata difficoltà di utilizzo delle Di in Pediatria, in quanto non sempre si adattano perfettamente alla complessità del bambino ospedalizzato. Altro elemento emerso è che gli interventi proposti dalla tassonomia devono spesso essere integrati perché incompleti. Un ultimo aspetto riguarda i ritmi di lavoro che non sempre permettono un adeguato inserimento dei dati nel sistema informatizzato.

Tra i suggerimenti, gli infermieri propongono: una diminuzione dei carichi di lavoro (incremento del personale); una maggiore specificità delle Di rispetto ad interventi e attività infermieristiche; una modifica dell'attuale sistema informatizzato, in modo da permettere l'aggiunta di attività specifiche, quando necessario.

Un bilancio a valle del confronto

La Medicina dichiara di aver avuto maggiori difficoltà rispetto a quanto emerso dalla Pediatria: questo è riconducibile alla differenza di tempo di utilizzo delle Di. Gli infermieri della Medicina indicano che l'utilizzo di una sola Di limita l'approccio olistico alla persona, problema che in Pediatria non si verifica in quanto l'accertamento è completo (più diagnosi utilizzate). Nonostante ciò, la Pediatria afferma che, in alcuni casi, la standardizzazione delle Di rischia di far perdere l'individualità della persona assistita; tale aspetto pare in contrasto con quanto affermato relativamente all'utilizzo delle Di con programma informatizzato, che permetterebbe lo sviluppo di piani assistenziali completi e personalizzati. Anche dalla Medicina emerge una maggior personalizzazione degli interventi, correlata al coinvolgimento della persona nella presa delle decisioni. Non di secondaria importanza risulta essere il percepito miglioramento dell'autonomia professionale.

Entrambi i servizi presi in esame concordano sul fatto che il linguaggio è unificato e condiviso, elemento emerso anche in letteratura (Muller, 2009).

Le criticità relative agli strumenti di registrazione dati, pur diversi tra loro, sono comuni alle due realtà e confermati dalla letteratura (Furuya et al, 2011): è richiesta la possibilità di inserire ulteriori dati/interventi non previsti dallo standard.

Tra i suggerimenti degli infermieri, a miglioramento dell'utilizzo della tassonomia in clinica, si auspica la riduzione dei tempi di compilazione degli strumenti, dato che incidono sul carico di lavoro e tolgono tempo all'accuratezza dell'accertamento e alla personalizzazione dello standard.

Conclusioni

La scelta di confrontare due servizi diversi, sia dal punto di vista culturale, sia per le diverse specificità che li contraddistinguono, potrebbe risultare un limite di questo studio; tuttavia ciò ha permesso una visione più ampia rispetto all'utilizzo della tassonomia. Nonostante le criticità riscontrate, da entrambi i contesti emerge che l'utilizzo della tassonomia ha portato un notevole miglioramento della qualità assistenziale, in termini di maggior coinvolgimento del paziente e maggiore autonomia professionale, nel rispetto degli standard scientifici; a conferma di ciò, la letteratura riporta una tendenza all'utilizzo delle evidenze scientifiche in quelle realtà in cui si utilizza una tassonomia (Da Cruz, De Mattos Pimenta, 2005).

Il perpetuarsi di momenti di confronto, non solo di addestramento/aggiornamento continuo, risulterebbe importante in entrambe le realtà, così come la revisione degli strumenti di documentazione che incidono sui carichi di lavoro e non sempre permettono un'adeguata registrazione delle attività che escono dallo standard. Considerando la complessità dell'accertamento e l'utilizzo di tali dati, anche per la prescrizione dei trattamenti potrebbe essere utile l'implementazione di un cartella clinica-infermieristica integrato.

BIBLIOGRAFIA

- Carpenito-Moyet L J. *Diagnosi infermieristiche: Applicazione alla pratica clinica*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2006.
- Da [Cruz D de A](#), de [Mattos Pimenta C A](#) (2005). *Evidence-based practice applied to diagnostic reasoning*. Revista latino-americana de enfermagem, 13(3): 415-22.
- Furuya R K, Gastaldi A B, Nakamura F R, Rossi L A (2011). *Nursing classification system and their application in care: an integrative literature review*. Revista Guacha de Enfermegem, 32(1): 167-75.
- [Müller-Staub M](#) (2009). *Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes*. International Journal of Nursing Terminologies and Classification: The Official Journal of Nanda International, 20(1):9-15.
- *Nanda international. Diagnosi Infermieristiche. Definizioni e classificazione*. Casa Editrice Ambrosiana, 2011.

ESPERIENZE

Progetto Mattoni: il Patient file, un impegno per tutti i professionisti

di Carlo Brachelente

Infermiere, Reparto Urologia, Policlinico Militare di Roma

Corrispondenza: braca.c@libero.it

Il progetto *Mattoni Ssn*, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 dicembre 2003, è nato con la finalità di declinare un linguaggio comune a livello nazionale, al fine di assicurare la confrontabilità delle informazioni contenute nel *Nuovo sistema informativo sanitario* (Nsis) che rappresenta la base di dati condivisi a partire dai quali sviluppare misure necessarie al bilanciamento costi-qualità (Ministero della salute, 2003).

Questo progetto, articolato in 15 diverse linee progettuali, ha visto impegnati molti professionisti nell'elaborazione di metodiche finalizzate a rispondere alle richieste informative del Nsis.

I Mattoni Ssn riguardano i seguenti aspetti:

1. classificazione delle strutture;
2. classificazione delle prestazioni ambulatoriali;
3. evoluzione del sistema Drg nazionale;
4. ospedali di riferimento;
5. standard minimi di quantità di prestazioni;
6. tempi di attesa;
7. misura dell'appropriatezza;
8. misura dell'*Outcome*;
9. realizzazione del *Patient file*;
10. prestazioni farmaceutiche;
11. pronto soccorso e sistema 118;
12. assistenza residenziale e semiresidenziale;
13. assistenza primaria e prestazioni domiciliari;
14. misura dei costi del Ssn;
15. assistenza sanitaria collettiva.

Le aree tematiche a cui sono riconducibili sono tre: *classificazioni e codifiche, metodologie di analisi e contenuti informativi*.

Il monitoraggio della rete di assistenza, dei costi, il sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali, il monitoraggio dei Lea e dell'appropriatezza, della salute mentale, delle liste di attesa e il monitoraggio del ciclo di vita del farmaco e dell'impiego dei medicinali sono le finalità delle tre aree tematiche.

Ciascuna linea progettuale è stata sviluppata e realizzata da un gruppo di lavoro ristretto costituito da una Regione o Istituzione capogruppo, da una associata e da un gruppo di lavoro.

Il Patient file

Questo mattone, la cui linea progettuale è stata gestita dalla Regione Toscana (Capogruppo) e dalla Regione Sicilia (Associata), concorre alla realizzazione degli obiettivi del Nsis a breve termine, attraverso interventi mirati alla definizione delle caratteristiche di un'anagrafe sanitaria (dimensione Cittadino), degli operatori sanitari (dimensione Prescrittore) allo scopo di facilitare l'impiego indiretto dell'informazione clinica per fini epidemiologici, di controllo e sorveglianza.

A lungo termine, invece, attraverso la produzione di linee guida finalizzate a facilitare le Regioni nella pianificazione uniforme del Fascicolo sanitario personale (Fasp) (Ministero della salute 2007).

Il Fascicolo sanitario personale, considerato come un archivio collettivo, raccoglie e organizza tutte le informazioni cliniche di rilievo prodotte nel corso della vita (dalla nascita alla morte) in ogni accesso della persona alle strutture sanitarie, indipendentemente dalla loro collocazione sul territorio nazionale per rendere fruibili in rete agli operatori (autorizzati) e alla persona interessata in ogni momento.

Ovviamente il contenuto del fascicolo è significativamente condizionato dalla situazione clinica e conseguentemente dai problemi assistenziali presentati dal paziente, oltre che dal contesto assistenziale locale e dalle caratteristiche del percorso assistenziale. Uno strumento così pensato e con queste finalità non può però prescindere da un sostanziale cambiamento delle caratteristiche e delle finalità della cartella clinica, che non può più essere vista come uno strumento funzionale al singolo professionista, ma al sistema sanitario intero, per permettere un'azione unitaria e sistematica da parte di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza e orientati da un piano di cura condiviso. L'attribuzione di una funzione e un significato differenti alla cartella clinica sottende un diverso approccio sia sul piano culturale, ovvero una formazione mirata dei professionisti, sia sul piano operativo, dove la risposta assistenziale, per essere qualitativamente elevata, richiede integrazione, collaborazione, condivisione da parte di tutti i professionisti. In questa direzione diventa pregnante anche l'impegno da parte del professionista infermiere, che deve saper coniugare l'esigenza di un linguaggio comune per la documentazione dell'assistenza infermieristica con le finalità specifiche del Patient file nello specifico e in senso più generale del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis).

BIBLIOGRAFIA

- Benci L (2008). *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Milano, Mc Graw-Hill.
- Carpenito L (2011). *Piani di assistenza Infermieristica e documentazione*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana.
- Casati M (2006). *La documentazione infermieristica*. Milano, Mc Graw Hill.
- CH Kuo M Y (2006). *Cross - mapping Icnp terms with Taiwanese gynecological nursing records*. Journal Nurse Res, 271-278.
- Cho I H P (2003). *Developement and evalutation of a terminology - based electronic nursing record system*. Journal biomedic Information, 304-312.
- Chung EJ E C (2006). *Analysis of electronic nursing records based on the Icnp*. Stud. Health Tecnol. Inform., 122-132.
- Cnai. *Atti del convegno Nazionale Monopoli* (BA), 7-9 ottobre 2004
- Cornick M (2005). *The international classification for nursing practice: a tool to support nursing practice?* Collegian, 9-13.
- Dal Sasso GT et al (2006). *Computerized nursing process in critical care unit using the Icnp Beta 2*. Stud. Health Tecnol. Inform., 1021-1023.



ESPERIENZE

La qualità del sonno dei degenti in Unità di cure intensive

di **Mara Bertaja (1)**, **Vanni Bolzon (2)**, **Franca Bilora (3)**

(1) Infermiere

(2) Infermiere coordinatore

(3) Dirigente medico

Clinica medica II^a, Università degli Studi di Padova

Corrispondenza: mara.bertaja@studenti.unipd.it

La vita degli esseri viventi è regolata da ritmi ben definiti. Una fase determinante per la salute psicofisica è il ritmo sonno-veglia. Questa delicata alternanza può essere compromessa nel caso di numerose patologie, ma anche durante periodi di degenza protratti, in particolare nelle Unità di cura intensive (Iber et al., 2007). Spesso i pazienti non soffrono di privazione del sonno in senso quantitativo, ma dal punto di vista qualitativo (Neil et al., 1999).

Gli studi riportati in letteratura dimostrano che la gestione scorretta del ritmo circadiano dell'individuo determina: aumento della durata della degenza, alterazioni del sonno protratte anche per mesi dopo la dimissione, sviluppo di patologie psichiatriche e prolungato ritorno alla guarigione (Tembo, Parcker, 2009).

Alla luce di tali premesse abbiamo voluto esplorare le problematiche relative all'alterazione del ritmo sonno-veglia, sia dal punto di vista dei pazienti, sia dal punto di vista dell'équipe curante, in merito alla percezione quantitativa e qualitativa del sonno e alla gestione di questo da parte degli infermieri.

La nostra esperienza

Abbiamo condotto un'indagine presso le unità operative di Terapia intensiva dell'Azienda Ulss 19 di Adria e della Ulss 18 di Rovigo, rispettivamente dotate di 19 letti distribuiti in ambiente aperto e 6 posti letto organizzati in 8 box. L'indagine ha coinvolto 30 pazienti degenti in Terapia intensiva e 60 operatori sanitari della stessa (medici, infermieri, operatori di supporto), nel periodo da marzo a giugno 2012.

I pazienti (17 maschi e 13 femmine), erano tutti maggiorenni ricoverati da almeno 24 ore, coscienti, orientati nel tempo e nello spazio, in grado di intendere e volere ed in grado di rispondere alle domande del questionario.

Gli operatori erano in maggioranza infermieri (85%), ma anche medici (11%) e operatori sanitari di supporto (3%), tutti turnisti e con più di un mese di esperienza lavorativa in terapia intensiva.

È stato utilizzato un questionario anonimo per gli operatori, composto da 10 domande a risposta aperta e chiusa, ed uno analogo di 9 domande per i pazienti.

È stata adottata la *Vsh Snyder-Halpen and Verran sleep scale* per la misurazione della qualità del sonno.

Cosa ne pensano gli operatori del sonno dei pazienti?

Il 43% degli operatori ritiene che i pazienti in area intensiva dormano mediamente dalle 2 alle 3 ore nella notte; il totale dei rispondenti dichiara che il sonno del paziente è interrotto durante la notte. I fattori ritenuti maggiormente disturbanti sono gli allarmi e gli interventi infermieristici, oltre a rumori vari come: voci, suoni, telefoni, lamenti dei pazienti oppure le luci, la posizione scomoda e la ventilazione meccanica (**Figura 1**).

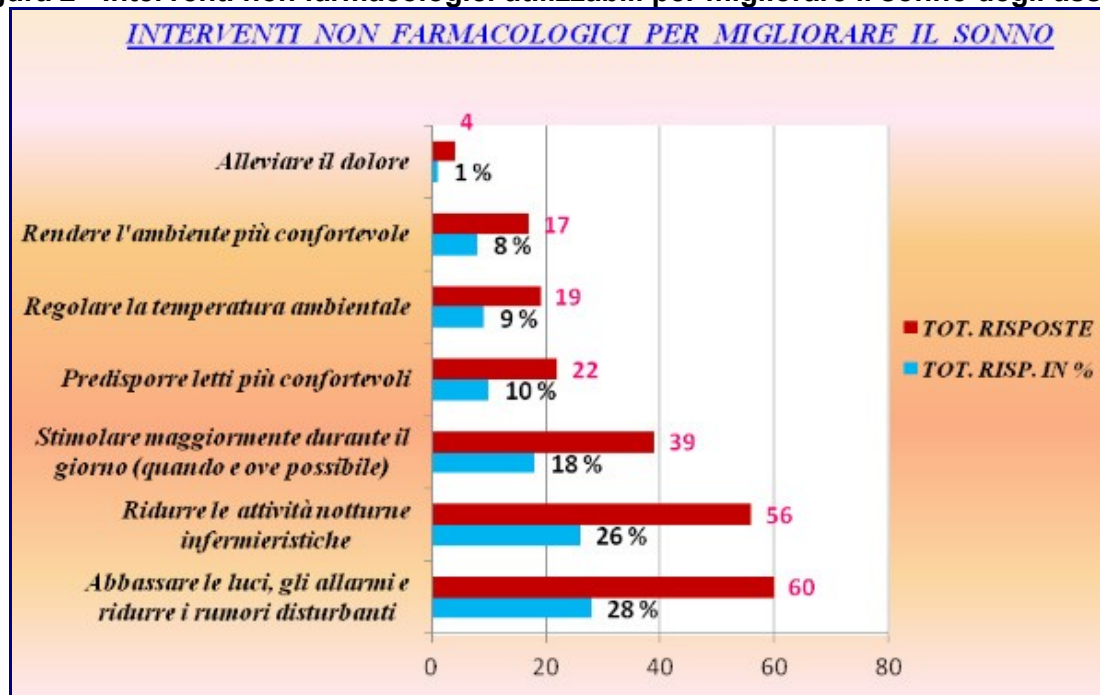
Figura 1 - Fattori disturbanti il sonno nell'Unità di Terapia intensiva



Inoltre tutti gli operatori hanno dichiarato che non viene effettuata alcuna valutazione oggettiva del sonno salvo, secondo alcuni (47%), la misurazione dei parametri vitali. Altri parametri utilizzati per valutare il sonno sono stati: l'osservazione dell'insonnia intesa come agitazione e difficoltà all'addormentamento (20%), la descrizione dei risvegli precoci (15%), i riferiti crampi muscolari (9%) e la lentezza dei riflessi con addormentamenti notturni (5%).

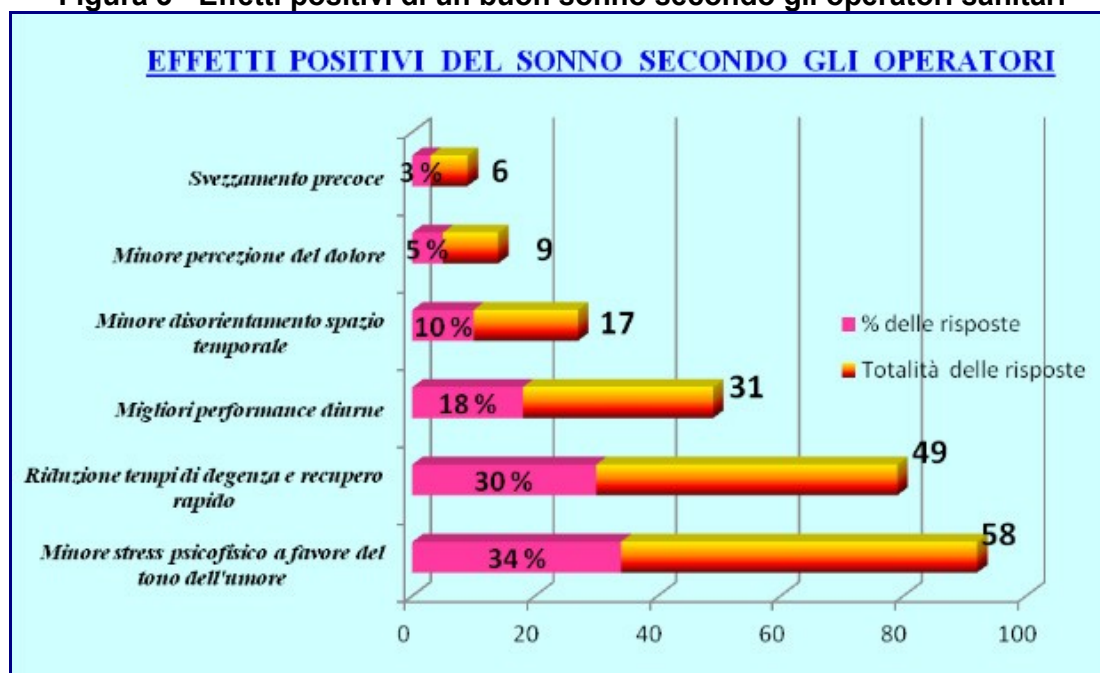
Gli intervistati affermano all'unanimità che è importante attuare degli interventi per migliorare il sonno dei pazienti, proponendo una serie di interventi di tipo non farmacologico per migliorare il sonno, soprattutto di carattere ambientale ed organizzativo (**Figura 2**). Infatti le luci, gli allarmi ed i rumori arrecano particolare disturbo poiché stimolano continuamente la vista e l'udito, impedendo il riposo o almeno frammentandolo.

Figura 2 - Interventi non farmacologici utilizzabili per migliorare il sonno degli assistiti



La totalità degli operatori afferma che intervenire su questo aspetto può determinare effetti positivi sul paziente, come il tono dell'umore e una riduzione dei tempi di degenza (**Figura 3**).

Figura 3 - Effetti positivi di un buon sonno secondo gli operatori sanitari

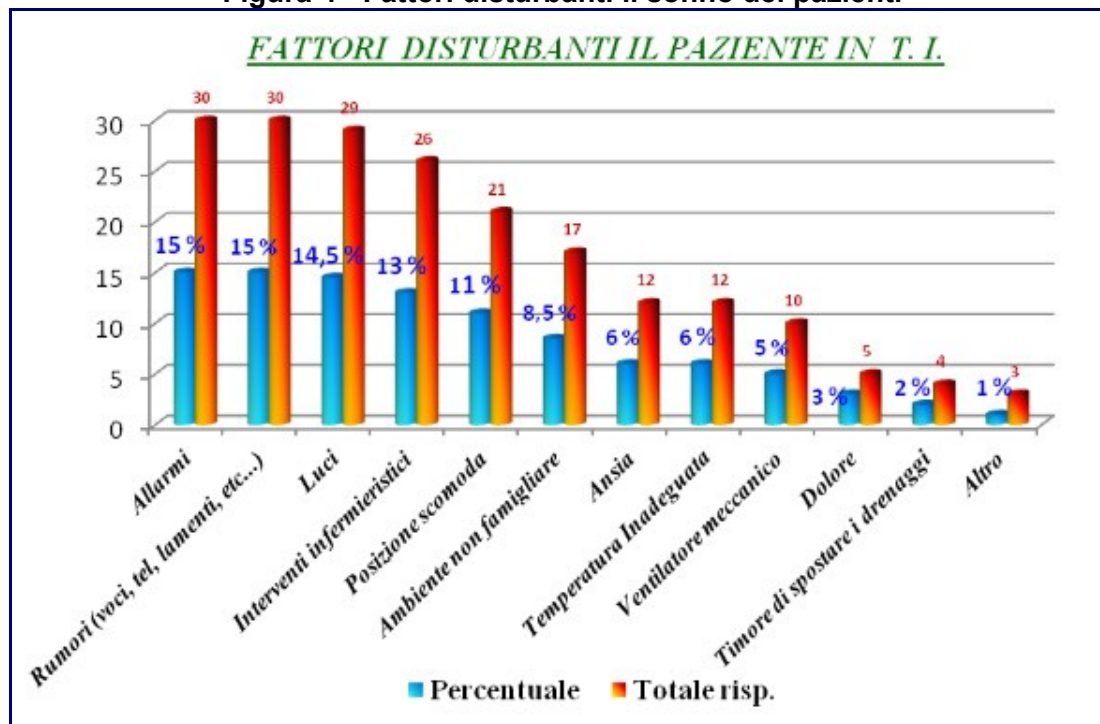


Cosa pensano i pazienti del loro sonno?

I pazienti che hanno risposto al questionario avevano un'età compresa tra 18 e 90 anni, 20 di essi erano nella fascia d'età 50-80 anni. La maggior parte ha dichiarato di dormire a casa tra le 5 e le 7 ore a notte, mentre durante la degenza in terapia intensiva il 67% ha riferito di dormire meno durante la notte (ovvero nella fascia 20.00–6.00, corrispondente al turno infermieristico notturno) e la maggior parte (64%) ha riferito di riposare soprattutto di pomeriggio, dalle ore 13.00 alle 20.00.

Tutti i pazienti hanno dichiarato di svegliarsi durante la notte e hanno indicato come fattori di maggior disturbo: gli allarmi (15%), i rumori (15%), le luci (14,5%) e gli interventi infermieristici (13%) (**Figura 4**).

Figura 4 - Fattori disturbanti il sonno dei pazienti



I pazienti hanno anche indicato il grado di disagio percepito, utilizzando una scala numerica (0 = nessun disturbo e 10 = massimo disturbo): durante la notte è risultato tra 6 e 10. Infine, proponendo ai pazienti la *VSH Snyder-Halpern and Verran sleep scale*, è stato chiesto loro di definire la qualità del loro sonno in terapia intensiva: la maggior parte (70%) l'ha definita come 'molto bassa rispetto alla media', il 30% 'bassa rispetto alla media'. Eppure tutti i pazienti hanno affermato che il riposo è di fondamentale importanza, in relazione alle loro esigenze personali.

I pazienti stessi hanno proposto alcuni interventi per migliorare il riposo od evitarne l'interruzione (**Figura 5**); i più rilevanti sono di carattere ambientale (allarmi, rumori, luci) o organizzativo (riduzione interventi infermieristici).

Figura 5 - Interventi per migliorare la qualità del sonno secondo i pazienti



Riflessioni e prospettive di cambiamento

Infermieri e pazienti riferiscono da punti di vista diversi che il ritmo sonno-veglia è fortemente compromesso in Terapia intensiva. La qualità e la quantità del riposo non sono sufficienti per garantire un giusto equilibrio psico-fisico. Ci sono state fornite anche preziose indicazioni per identificare interventi, comportamenti e strategie efficaci ed efficienti per rispondere a questo fondamentale bisogno.

Alcuni suggerimenti sono risultati relativamente semplici da applicare nelle nostre unità operative, come ad esempio:

- la riduzione del volume del segnale acustico dei campanelli durante le ore notturne, affiancandolo ad un segnale luminoso, ben visibile dall'infermiere che è sempre presente alla consolle generale. In questo modo si può evitare di disturbare gli altri degenti;
- adozione di luci soffuse non accecanti nel corso delle ore notturne, salvo durante le situazioni di emergenza;
- riduzione del tono di voce nella comunicazione sia con i degenti che con i colleghi. A volte infatti si usa per abitudine un tono elevato, specie con i pazienti anziani, dando per scontato che siano tutti ipoacusici. Abbassare di poco la nostra voce può invece già di per sé favorire il sonno dei degenti;
- individuazione degli interventi infermieristici notturni di stretta ed inderogabile necessità, pianificando le altre attività nelle ore diurne, anche in considerazione del fatto che il miglioramento del sonno notturno induce la veglia al pomeriggio;
- migliorare il comfort dei letti, presentando al dirigente sanitario la richiesta degli assistiti al riguardo.

Invece, in merito all'elevata temperatura, ritenuta solo dagli operatori come fattore disturbante il sonno, è da considerare che il paziente, nella fase di addormentamento o sonno, è immobile con indosso soltanto il proprio camice. Pertanto riteniamo che la temperatura ambientale non debba essere corretta ai fini della regolazione del ritmo sonno-veglia del paziente.

Conclusioni

Come la letteratura afferma, il sonno è di fondamentale importanza poiché influisce sul processo di guarigione e contribuisce a ridurre i tempi di degenza (Orwelius et al., 2008). Alla luce della nostra esperienza, le strategie comportamentali ed operative individuate per migliorare il ritmo sonno-veglia dei soggetti degenti in Terapia intensiva risultano di semplice applicazione. Tali indicazioni non aggravano il budget aziendale e possono essere gestite e condivise all'interno dell'équipe autonomamente. Si può così rispondere efficacemente al problema rilevato e garantire maggiore comfort durante il riposo.

BIBLIOGRAFIA

- Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A L, Quan S F (2007). *The AASM Manual of the scoring of sleep and associated events: Rules, terminology and technical specifications 1st ed.* Westchester, Ill: American Academy of sleep medicine.
- Freedman N S, Kotzer N and Schwab R J (1999). *Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the Intensive care unit.* Am J Respir Crit Care Med; 159:1155-1162.
- Tembo A C, Parker V (2009). *Factor that impact on sleep in Intensive care patients.* Intensive and Critical Care Nursing. Intensive & critical care nursing; 25(6): 314-322.
- Orwelius L, Nordlund A, Nordlund P (2008). *Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care: a prospective multicenter cohort study.* Critical Care; 12:R97 (doi:10.1186/cc6973).

SCAFFALE

Accertamento clinico - Guida metodologica illustrata per i professionisti della salute

di Autori vari

*Edizione italiana a cura di Loreto Lancia
C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana, 2012
pagine 247, euro 28,00*



L'accertamento clinico è alla base della pratica clinica infermieristica e di molte delle professioni sanitarie. La componente clinica, come sottolinea Loreto Lancia, il curatore di questa edizione italiana, rappresenta, insieme alla componente educativa e relazionale, una delle dimensioni essenziali dell'infermieristica, attraverso la quale esprime il proprio specifico contributo alla cura delle persone.

Il libro si presenta come un sintetico quanto efficace compendio che illustra le basi anatomiche dei principali organi e apparati e descrive la modalità per esplorarne la condizione, tramite un accertamento clinico mirato. In ogni capitolo è anche presente una sezione dedicata alle anomalie che è possibile evidenziare durante l'accertamento clinico, oltre a una breve scheda di autoverifica.

È di particolare interesse il primo capitolo, che permette al lettore di focalizzare tre elementi cardine, tra loro integrati: anamnesi, esame obiettivo e documentazione. L'anamnesi, in quanto raccolta della storia clinica del paziente, si basa su specifiche competenze comunicative alle quali il testo fa giustamente riferimento, anche se brevemente. È il paziente stesso che, se messo nelle condizioni adeguate per raccontarsi, può indicare, o comunque facilitare l'individuazione del suo problema. Ed è attraverso il confronto tra i dati soggettivi, riferiti dal paziente durante l'anamnesi, e quelli oggettivi, derivanti dall'esame obiettivo, che l'infermiere può ipotizzare e poi confermare un'eventuale problema di salute/malattia della persona assistita.

Nell'accertamento clinico si ricorre a specifici strumenti (p. 6), che siamo abituati a vedere quotidianamente sui carrelli per la visita o nelle medicherie o nelle borse per le visite domiciliari. L'accertamento non può che essere sistematico, poiché è necessario garantire la completezza, quindi si procede all'esame testa-piedi, utilizzando tecniche specifiche: ispezione, palpazione percussione ed auscultazione. Con questi strumenti e con queste tecniche gli infermieri italiani non sempre hanno familiarità, ma questo è da considerarsi un punto di forza del volume, che appunto focalizza la necessità, piuttosto, di acquisirla. In proposito va ricordata la provenienza statunitense del testo, dove alcuni infermieri, con specifica formazione, hanno funzioni diverse da quelle tipiche italiane.

La registrazione puntuale di quanto accertato, infine, non solo attesta ciò che il professionista ha rilevato, ma permette anche il passaggio di informazioni ed il monitoraggio delle condizioni della persona assistita nel tempo.

A tal riguardo, la documentazione è uno degli elementi per i quali questo testo possa essere considerato un prezioso strumento, non solo per chi deve apprendere (gli studenti), ma anche per coloro che sono già sul campo e vogliono migliorare la propria capacità nel descrivere l'esito degli accertamenti clinici che effettuano quotidianamente.

La descrizione dettagliata delle modalità di conduzione dell'accertamento clinico viene condotta per singoli organi o apparati: questo permettere all'infermiere di effettuarlo in modo mirato e competente, oltre a rinforzare la capacità di descriverne l'esito in modo preciso, accurato e condivisibile con le altre professioni con le quali si integra quotidianamente. Questo emerge in maniera rilevante da alcuni piccoli box, che per ogni capitolo forniscono un esempio di documentazione clinica. In molti di essi si può apprezzare la puntuale descrizione di quanto rilevato, nonché l'impostazione di presa in carico globale della persona assistita, propria dell'infermieristica (per es. indicando il familiare presente o lo stato emotivo del paziente).

Quando si effettua l'accertamento clinico non vanno tralasciati gli aspetti igienici, ed infatti viene sottolineato per più manovre l'appropriato uso dei guanti. Purtroppo manca completamente un accenno alla necessità di praticare il lavaggio delle mani, prima e dopo l'effettuazione dell'esame obiettivo.

L'ultimo capitolo dedicato alla gravidanza si differenzia rispetto all'impostazione generale del libro. Questa diversa impostazione però risponde alla condivisibile esigenza di fornire una dimensione unica di quella complessità di cambiamenti propri della gravidanza, che peraltro non coinvolgono solo il corpo materno, bensì quello di due individui diversi, anche se strettamente connessi l'un l'altro. Inoltre non dobbiamo dimenticare che nella realtà statunitense, a differenza di quella italiana, le ostetriche altro non sono che infermieri che hanno poi conseguito uno specifico titolo post-base.

Questo testo è uno strumento *da maneggiare con cura* e che richiede probabilmente una presentazione ragionata, specie nel proporlo agli studenti, in cui vengano illustrate in particolare le differenze in riferimento allo specifico della attuale realtà professionale italiana.

In conclusione, il testo si configura come un'utile proposta per varie professioni sanitarie, in particolare per la focalizzazione dei numerosi fattori da rilevare per accertare la salute del paziente: in questo un accurato accertamento clinico è fondamentale, affiancando gli esami strumentali.

Rosaria Alvaro

Professore Associato Scienze Infermieristiche - Università di Roma Tor Vergata

SCAFFALE

Portfolio delle competenze delle professioni sanitarie

di Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco, Gennaro Rocco, Luisa Zappini

Mc Graw-Hill 2012
pagine 147, euro 18,00



In un quadro generale di costante evoluzione e flessibilità, la leva formativa assume un'importanza fondamentale per garantire al cittadino prestazioni sanitarie appropriate, che devono essere erogate da professionisti la cui competenza è in linea con le evoluzioni scientifiche e tecnologiche.

L'Educazione continua in medicina (Ecm) è il processo mediante il quale gli operatori sanitari curano il proprio sviluppo professionale continuo, con l'obiettivo di rispondere alle esigenze dei pazienti, al Servizio sanitario e alla propria crescita professionale.

In realtà, per garantire prestazioni così complesse ed in progress, non è possibile lasciare l'acquisizione delle competenze professionali in balia dell'autoreferenzialità. È necessario

individuare percorsi e costrutti metodologici che ne certifichino e ne comprovino l'evidenza. Non è sufficiente frequentare un corso e successivamente iniziare ad utilizzare o applicare le nuove metodiche apprese, in quanto la correttezza di esecuzione di tali metodiche può restare in capo al solo giudizio del professionista.

La formazione continua, nel creare una cultura volta a garantire la sicurezza del paziente, dovrebbe individuare strategie formative che contemplino la costruzione e l'utilizzo di criteri oggettivi a favore della riconoscibilità, valutabilità e certificabilità delle competenze acquisite.

Nella sanità italiana il sistema Ecm è stato confermato quale strumento atto a garantire la formazione continua: il fine ultimo è quello di migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali dei professionisti, quindi assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza nell'attività sanitaria. Da qui però la necessità di affiancare la logica dei crediti con quella del portfolio di competenze, che dovrebbe responsabilizzare ad una qualità oggettiva e non autoreferenziale, nonché costituire elemento per la valorizzazione delle singole professionalità. Attraverso il portfolio, collegato agli standard condivisi dalla specifica comunità scientifica, si esplicitano le competenze/performance individuali secondo criteri di confronto dichiarati. Non da ultimo, nell'ottica di un ragionato *Continuing professional development*, tale bilancio di competenze non è mai finale ma sempre provvisorio e progettuale, uno strumento privilegiato di performance e *dynamic assessment*.

Nel contesto italiano si parla ancora poco di certificazione, non ne abbiamo la cultura e siamo sprovvisti di standard nazionali, a differenza di quanto accade in altri Paesi. Negli Usa sono addirittura previsti programmi di mantenimento della certificazione (*Maintenance of certification* - Moc), nonché la necessità, per alcune branche specialistiche, di aderire singolarmente a database di *outcome* riconosciuti o a programmi di valutazione delle qualità clinica.

Va quindi riconosciuto merito agli Autori di aver posto l'attenzione al *Progetto di certificazione delle competenze*. Nel volume viene descritta l'esperienza del Collegio Ipasvi di Trento, il quale ha elaborato e predisposto il portfolio delle competenze quale modalità di certificazione delle stesse. In quest'ottica è possibile intraprendere un percorso che porti alla certificazione dei professionisti attraverso la definizione e valutazione delle competenze, dei crediti professionali, della carriera professionale.

Il testo si colloca tra i binari della formazione continua in medicina (Ecm) e la formazione riflessiva, su cui si snodano e si sviluppano i significati e gli approfondimenti che portano al portfolio delle competenze, elaborato attorno a teorie, riflessività metodologiche e proposte operative.

Gli Autori pongono in evidenza gli spaccati della cultura della competenza, iniziando dall'apprendimento e dal *Critical thinking*, con particolare attenzione alla metodologia del *Problem based learning* (Pbl), che permette di supportare il processo di ragionamento. Da ciò derivano altri importanti *outcome* a cui può portare un programma di apprendimento strutturato sulle metodiche del Pbl, e cioè l'abilità di risoluzione dei problemi, il ragionamento critico e la capacità di prendere decisioni.

Nello specifico il primo capitolo del libro è dedicato ai fondamenti teorici dell'apprendimento, analizzati attraverso gli approcci costruttivista e socio-costruttivista, e al tema della certificazione delle competenze e al suo significato. Gli Autori evidenziano una ricca riflessione, scaturita dai diversi ambiti delle scienze della formazione, delle scienze psicologiche e delle scienze organizzative.

Nel secondo capitolo si delinea il paradigma del *Critical thinking*, le sue teorie e valutazioni adottate, per arrivare al Bilancio delle competenze. La pratica infermieristica richiede il pensiero critico poiché induce ad andar oltre l'immediata prospettiva dell'agire secondo schemi consueti, per aprirsi a dubbi, domande e valutazioni alternative. Il giudizio clinico è il pensiero critico traslato nell'area clinica. La sfida per la formazione infermieristica consiste nella capacità di fornire le risorse, i contenuti e le strategie per sviluppare il pensiero critico e creare i presupposti per trasferire le conoscenze teoriche nel contesto clinico. Ampio spazio è dedicato a come elaborare un bilancio delle competenze, mappare le competenze *agite* per un loro confronto con l'atteso professionale, nonché capire quale strumento sia da prevedere affinché si possa misurare il livello di abilità raggiunta dalla persona. Utile la tavola sinottica esemplificativa delle competenze previste, che ne permette la misurazione attraverso la scala Dreyfus sui livelli di competenza. Dal confronto tra l'atteso e l'acquisito (*gap*) si determina il bisogno individuale e ne scaturiscono gli obiettivi educativi, passaggi che nel testo risultano ben esemplificati, sia in tavole che in esempi completi nei diversi step.

Il terzo capitolo è dedicato ai metodi di valutazione, alle sue riflessioni valoriali, agli strumenti e ai metodi, con alcune esemplificazioni significative.

L'ultimo capitolo descrive nel concreto il progetto di certificazione delle competenze elaborato dal gruppo Ipasvi di Trento. Sono riportate le fasi del progetto, il metodo, il processo di scelta degli strumenti di valutazione e di definizione degli indicatori di risultato. L'esperienza descritta trova una necessaria complementarietà tra la valorizzazione dei singoli professionisti e il loro sviluppo professionale con l'appropriatezza della prestazione sanitaria. In altre parole il testo, nel suo percorso, definisce tutti i passaggi fondamentali necessari alla costruzione e compilazione di un portfolio, nonché piste di approfondimento che possano divenire attività di ricerca e di riflessione, con l'intento di favorirne la diffusione culturale e la costruttiva esperienza.

Sabrina Maioli

Responsabile Ufficio formazione Fondazione Poliambulanza Brescia

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