

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVI



ISSN 2038-0712

**NOVEMBRE - DICEMBRE
2012**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

EDITORIALE

Devono essere cambiati i paradigmi di assistenza

di Annalisa Silvestro

FOCUS

"Come infermieri abbiamo progettualità e riteniamo di poter agire per innovare"

di Michele Musso

Utile agli altri e ad alta occupabilità: una professione che attira sempre più i giovani

a cura della Redazione

SCIENZE INFERMIERISTICHE

Valutazione degli effetti del prelievo venoso periferico in pazienti ospedalizzati in terapia anticoagulante: studio osservazionale

di Simone Benedet, Angela De Paoli, Cristina Tommasini, Giulia Ortez

Studio osservazionale sul livello di conoscenze degli infermieri di Terapia Intensiva italiani

di Elio Drigo, Fabrizio Moggia, Gian Domenico Giusti, Paul Fulbrook, John W. Albarran, Birte Baktoft, Ben Sidebottom

CONTRIBUTI

Le mappe concettuali: come realizzarle e utilizzarle nella formazione e nella ricerca sociale

di Paolo Artoni, Enrico Marchetti e Emanuela Spaggiari

Il modello Hendrich II per la valutazione del rischio di cadute per pazienti ospedalizzati

di Maria Matarese, Dhurata Ivziku

ESPERIENZE

Motivazione e soddisfazione degli studenti del Corso di laurea in infermieristica di Bari

di Vitale Elsa, Esposito Antonio

Valutazione e documentazione del sonno nell'anziano

di Nicola Pisaroni

Il riordino della rete ospedaliera nella Regione Puglia: analisi delle ricadute sull'attività del Seus 118

di Cesare Calamita, Roberta Sannicandro Pasqua Laraspata, Marco Tommasi

SCAFFALE

Le ferite acute

di Gloria Caminati e Angela Peghetti

Riprogettare la sanità. Modelli di analisi e sviluppo

di Roberto Vaccani

La questione infermieristica: prendersi cura o curare?

di Rodolfo Costanza

Medicina del lavoro per le professioni sanitarie

di Angelo Sacco, Matteo Ciavarella, Giuseppe De Lorenzo



EDITORIALE

Devono essere cambiati i paradigmi di assistenza

di **Annalisa Silvestro**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Il nostro pensiero e orientamento si esprime in un verbo: cambiare. Siamo convinti, guardando le cose "da dentro", che per la sostenibilità il sistema debba cambiare i paradigmi organizzativi e assistenziali che hanno strutturato le modalità di risposta ai bisogni e problemi di salute dei singoli e della collettività. Modalità di risposta disallineate rispetto all'andamento demografico, epidemiologico, economico e culturale.

L'approccio e la risoluzione ai casi acuti o altamente complessi che richiedono interventi di particolare specificità sia di tipo diagnostico interventistico, sia di tipo tecnologico e assistenziale devono svilupparsi in ospedali di livello alto, impostati su cicli di operatività h24 e collegati ad una rete ospedaliera di livello medio e a setting territoriali diversificati.

La rete ospedaliera deve essere coerente alla casistica rilevata nel bacino d'utenza indicato e dotarsi di un'organizzazione delle degenze che superi la logica del posto letto "inchiodato" sulla disciplina clinica per muovere, invece, verso una gestione "terza" dei posti letto, utilizzando il criterio allocativo dell'intensità di cura e della complessità assistenziale.

In tal modo dovrebbe favorirsi aumento del turnover paziente/posto letto, diminuzione dell'intasamento dei Pronto Soccorso, di barelle o di letti in corridoio, contenimento di costi, razionalizzazione dei processi organizzativi e ottimizzazione pertinente degli infermieri, degli operatori coinvolti nell'assistenza e delle altre professionalità sanitarie.

Ma ancora, la rete ospedaliera dovrà essere strettamente interrelata alla rete dell'assistenza primaria e a setting territoriali intermedi e domiciliari, che garantiscano continuità di cura e assistenza, assistenza infermieristica, sorveglianza qualificata e strutturata associata alla preparazione all'eventuale domiciliarietà, follow up e quant'altro di necessità con appropriatezza e consapevolezza del mutato bisogno legato alla mutata demografia ed epidemiologia.

L'offerta sanitaria, evoluta e cambiata, dovrà ridisegnarsi anche mettendo in discussione gli attuali perimetri professionali ed integrando i percorsi formativi dei futuri (accademia) ed attuali operatori sanitari (formazione permanente). Per dare sostenibilità al sistema serve un contro-bilanciamento organizzativo e assistenziale che richiede profondi cambiamenti del sistema salute.

Noi siamo pronti a sostenere con le nostre competenze, idee e progetti di cambiamento, della equità e della solidarietà intergenerazionale.

Intervista rilasciata a *Il Sole 24 ore sanità* (n. 48-49, 25 dicembre 2012 - 7 gennaio 2013)



FOCUS

"Come infermieri abbiamo progettualità e riteniamo di poter agire per innovare"

di **Michele Musso**

Nell'intervista in streaming del 14-12-2012 sul nostro portale, la presidente Silvestro a confronto con Paolo Del Bufalo, giornalista del "Sole 24 Ore Sanità".

Innovare: è questa la chiave di volta per sostenere ciò che oggi appare insostenibile, soprattutto in prospettiva. Ed è questo il concetto intorno al quale è ruotato l'incontro che nel tardo pomeriggio di venerdì 14 dicembre ha visto la presidente **Annalisa Silvestro** intervistata in diretta streaming sul portale della Federazione da **Paolo Del Bufalo**, giornalista del *Sole 24 Ore Sanità*.

La premessa - poteva essere altrimenti? - è stata la presa d'atto degli enormi sacrifici che l'ultimo Governo Berlusconi e, poi, il Governo Monti hanno chiesto alla Sanità per contribuire al tentativo di rimettere in sesto le disastrose casse del nostro Paese. Tagli, quelli operati, dai due ultimi Governi che non si può negare essere stati "lineari", come si usa dire. Tagli invocati anche in nome di una presunta insostenibilità del sistema sanitario nazionale. Eppure, come ha replicato la presidente Silvestro alla domanda di Del Bufalo, la risposta al problema della sostenibilità è nella ricerca - e, ovviamente, nel conseguimento - di un equilibrio tra bisogni e costi per soddisfarli. Se vogliamo mantenere gli attuali livelli dei servizi ai cittadini, ha precisato Silvestro, «dobbiamo trovare modalità evolute» di organizzazione e gestione del sistema. Modalità nuove, appunto. Il 2013 sarà un anno terribile, ha aggiunto Silvestro, ma «possiamo resistere innovando». Come infermieri abbiamo progettualità e riteniamo di poter agire per innovare, ha aggiunto, «non dico d'essere ottimista, ma ce la possiamo fare se tutti, infermieri, medici, le altre professioni sanitarie e i cittadini ci muoviamo insieme nella stessa direzione».

Il tema dell'innovazione si ritrova poi nella delicata questione della progressione professionale e di carriera sollevata da Del Bufalo. Anche in questo caso, infatti, da una situazione oggettivamente "impantanata" si può uscire se il sistema trova la forza di rinnovarsi anche attraverso un riconoscimento - formale e sostanziale - della professione infermieristica. Forza che, ha ricordato la presidente, non s'è manifestata nei risultati nel tavolo tecnico del ministero della Salute, tanto che le bozze che ne sono uscite non hanno affatto trovato la condivisione della Federazione. Ora, a quel tavolo si sta lavorando, con difficoltà, ma con un diverso approccio. Tanto da far dichiarare alla presidente Silvestro l'auspicio che presto potranno essere riconosciute formalmente agli infermieri, e non solo agite quotidianamente, nuove competenze cliniche e assistenziali, oltre a quelle manageriali. I quali, ha precisato, sono perfettamente in grado di sviluppare un proprio percorso professionale autonomo seppure insieme con i medici e le altre categorie.

Senza per questo voler erodere gli spazi altrui, ma “solo” riprendendo competenze che impropriamente sono state attribuite ad altri: per esempio, «che senso ha sottrarre del tempo a medici per attività come le vaccinazioni antinfluenzali – ha detto – quando settori come l’assistenza domiciliare ai terminali restano scoperti di risorse? La parola chiave è integrazione, non competizione».

Un segnale negativo, purtroppo, viene dal Parlamento. Ci si aspettava – e ormai sembrava davvero a portata di mano – un’importante novità: la trasformazione dei Collegi in Ordini professionali. Un obiettivo condiviso da tutti anche a livello parlamentare, appunto, dove era stata trovata una formulazione legislativa anch’essa condivisa. Purtroppo, l’inopinata “caduta” del Governo Monti ha sbarrato la strada alla conclusione positiva dell’iter: «Peccato, per adesso. Sarebbe stato il fiore all’occhiello di tante leggi che abbiamo contribuito a far passare per favorire la nostra crescita professionale».

Il nuovo, peraltro, si ritrova anche nell’approccio alla professione. Come ha segnalato l’indagine commissionata al Censis dalla Federazione (già presentata al Congresso nazionale di Bologna e ripresa nel Rapporto sulla situazione sociale del Paese presentata di recente dall’Istituto di ricerche), la percezione dell’opinione pubblica è profondamente cambiata rispetto a un passato nemmeno troppo lontano. Sia i giovani che escono dalla scuole superiori, sia i loro genitori interpretano la nostra professione con un atteggiamento largamente positivo. Certo l’equazione “sanità = medico” è dura da scalfire, ma «stiamo lavorando molto, anche dal punto di vista della comunicazione, per spostare l’attenzione sull’importanza e la visibilità degli infermieri nel sistema sanitario nazionale».

La diversa prospettiva da cui viene vista la professione è confermata anche da un fenomeno relativamente nuovo, che appare sempre più visibile: la libera professione. Non si tratta ormai di una “fuga dalla dipendenza”, ha sottolineato la presidente, ma di una scelta consapevole di autonomia, anche in ambiti complementari rispetto a quello che il Servizio sanitario pubblico può dare: «Non possiamo che incoraggiare questo processo. Mi aspetto piacevoli sorprese e sottolineo anche l’importante ruolo svolto dalla nostra cassa di previdenza» in una funzione di garante per un solido futuro anche in questo settore.

Infine le priorità, a cominciare dai contratti di lavoro. Da un punto di vista strettamente negoziale, fino al 2014 probabilmente di novità non se ne vedranno. Ma, anche in questo caso, un percorso di novità lo si può intraprendere: è vero, ha detto Silvestro, che la Federazione Ipasvi non ha un ruolo sindacale, ma l’invito, rivolto dalla presidente ai sindacati, è di lavorare insieme affinché tra due anni si sia già pronti con una piattaforma che definisca un profilo professionale che risponda meglio a quello che è oggi l’infermiere e gli conferisca quindi i riconoscimenti corretti anche dal punto di vista contrattuale.



FOCUS

Utile agli altri e ad alta occupabilità: una professione che attira sempre più i giovani

Il 2012 si chiude con una buona immagine degli infermieri attestata dalla società italiana. La nostra famiglia professionale ha saputo costruire nella popolazione una stima e una fiducia che erano sconosciute solo fino a pochi anni fa: lo ha fatto emergere a chiare note la ricerca del Censis su *L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro*.

a cura della Redazione

Cosa ci dicono i cittadini? L'infermiere gioca un ruolo positivo nella sanità attuale e può essere uno dei principali protagonisti della buona sanità del futuro. Questa professione riscontra un *appeal* molto elevato oggi: è considerata utile agli altri e consente di trovare lavoro rapidamente. *Good social reputation* ed elevata occupabilità spiegano la scelta da parte di un numero crescente di giovani di diventare infermiere ed il fatto che una netta maggioranza di italiani la giudichi una scelta da condividere e incoraggiare. È positiva la valutazione dell'attività svolta dagli infermieri nelle strutture o servizi sanitari e la valutazione si fonda sul giudizio delle buone capacità tecnico-professionali e anche della buona capacità relazionale, intesa come capacità di entrare in rapporto con i pazienti e di rispondere alle loro esigenze, da quelle prettamente sanitarie a quelle di carattere informativo.

E se la competenza tecnico-professionale è apprezzata, ma considerata come una sorta di prerequisito del *buon infermiere*, la capacità relazionale viene vista come un fattore sempre più importante, che si materializza in molti aspetti, tra i quali spicca il ruolo di vero e proprio interfaccia che gli infermieri svolgono, garantendo, ad esempio, informazioni e risposte ai problemi di vario tipo dei pazienti e migliorando così i loro rapporti e quelli dei loro familiari con le strutture sanitarie, realtà sempre più complesse, a volte addirittura percepite come opache.

In un momento in cui i media rilanciano sistematicamente episodi sconcertanti di malasànità, nel quotidiano emerge in positivo la figura dell'infermiere che svolge con competenza e passione il suo lavoro e che, soprattutto, si pone come punto di riferimento per i pazienti.

Nella sanità del futuro gli infermieri, secondo gli italiani, sono destinati a giocare un ruolo importante, sempre in stretta relazione con i medici, ma con *spazi di autonomia significativi* in grado di contribuire ad innalzare la qualità del servizio sanitario. A questo proposito è positivo il giudizio su quelle esperienze di Pronto soccorso dove gli infermieri, nel rispetto delle linee guida e con la verifica dei medici, già ora si occupano direttamente dei casi meno gravi, accelerando le procedure di presa in carico, ferma restando la qualità dell'assistenza.

In sintesi, si può dire che sono almeno due gli aspetti significativi dell'*upgrading* della professione infermieristica nella sanità del prossimo futuro:

- il primo aspetto è legato all'evoluzione del contenuto dell'attività dell'infermiere che sarà dato, oltre che da un'elevata capacità tecnico-professionale, dalla crescente attenzione alla dimensione relazionale come condizione che permette di massimizzare la capacità della struttura e/o del servizio sanitario di rispondere alle aspettative di tutela e cura dei cittadini;
- il secondo aspetto consiste nel riconoscimento di spazi più ampi di responsabilità ed esercizio delle proprie competenze, anche se sempre in stretta connessione con i medici.

Il ruolo significativo che per gli italiani l'infermiere assumerà nella sanità del futuro dovrebbe condurre anche ad un maggior riconoscimento in termini di status, retribuzione e percorsi di carriera.

È chiaro, d'altra parte, che la professione infermieristica già oggi è il risultato di mutamenti significativi tuttora in atto, che significano *un aumento del loro numero* e, in termini di connotati socio-demografici, una minore femminilizzazione e un incremento degli stranieri; per il futuro i cambiamenti saranno ancora più intensi, se si considera che nei Corsi di laurea in infermieristica il profilo degli immatricolati mostra un *incremento molto consistente dei giovani provenienti dai licei*, di quelli che hanno fatto di questo corso di laurea la *prima scelta* e di coloro che hanno ottenuto *voti elevati* all'esame di maturità. Può quindi dirsi finito il tempo in cui quello dell'infermiere era un lavoro di ripiego o una seconda scelta: essere infermiere significa oggi esercitare una professione interessante, che offre opportunità e gratificazioni e che, sebbene significhi ancora *lavorare molto per non guadagnare molto*, comunque beneficia di un positivo riconoscimento sociale, di ottime opportunità occupazionali e in prospettiva anche di maggiori riconoscimenti retributivi e di carriera.

Peraltro, le prospettive occupazionali sono destinate addirittura a migliorare rispetto a quelle già oggi molto positive; infatti, nella percezione collettiva gli infermieri *sono pochi rispetto alle esigenze* e, se si pone prospetticamente l'obiettivo di avvicinare l'Italia a Paesi come la Francia o l'Olanda, allora è evidente come la richiesta di infermieri sia destinata a crescere in misura significativa.

Se, però, la curva di domanda degli infermieri è destinata a salire, l'offerta di nuovi infermieri è bloccata dal numero chiuso per l'accesso ai corsi universitari. Questo aspetto emerge dalla ricerca con una *bocciatura sociale solenne assolutamente trasversale*: viene considerato da superare un meccanismo di limitazione dell'accesso ai corsi universitari per profili professionali, come quelli infermieristici, di cui c'è visibilmente bisogno. E ciò appare ancora più stringente se associato al prospettato *shortage* di medici e all'inevitabile dinamica crescente della domanda di sanità legata all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione di patologie cronicoinvalidanti.

In estrema sintesi, dai risultati della ricerca emergono alcuni punti di una potenziale agenda delle cose da fare:

- aumentare le opportunità di accesso ai corsi universitari in Infermieristica, modulandole maggiormente sull'evoluzione attesa della domanda di infermieri, legata ai mutamenti della domanda e dell'offerta sanitaria;
- mettere al centro della formazione non solo le competenze tecnico-professionali ma quelle relazionali, di attenzione al paziente e alla famiglia e la capacità di interagire, di comunicare e di relazionarsi;

- ampliare nella sanità gli spazi di azione autonoma e diretta degli infermieri, laddove ciò migliora la qualità dei servizi, come ad esempio nel caso citato dei *Pronto soccorso*, dove gli infermieri possono occuparsi dei codici bianchi, seguendo linee guida indicate dai clinici.

Professionale e capace di relazionarsi: l'infermiere piace agli italiani

Il 75,2% degli italiani che ha avuto rapporti diretti o indiretti tramite familiari con gli infermieri valuta come *ottima o buona* l'attività svolta da questi professionisti (**Figura 1**). È questo il primo *statement* essenziale da cui partire per capire la professione infermieristica oggi e le sue prospettive.

Figura 1 - Positiva valutazione dell'attività degli infermieri



Se il miglior giudice dei servizi sanitari è il paziente coi suoi familiari, allora è importante sottolineare che gli infermieri riscuotono oggi una valutazione assolutamente positiva da parte della maggioranza di pazienti e familiari con cui sono entrati in contatto. Ed è un giudizio positivo condiviso trasversalmente al corpo sociale e alle aree geografiche, con valori comunque molto alti.

Un dato significativo questo, perché vuol dire che in una sanità stretta dal rigore finanziario e messa nell'angolo dal rilancio mediatico dei casi di malasanità, esiste una sanità quotidianamente vissuta che garantisce le risposte assistenziali di cui i cittadini hanno bisogno e della quale gli infermieri sono sicuramente i protagonisti.

Sono giudicate migliori, tra i vari aspetti che caratterizzano l'attività degli infermieri, le capacità tecnico-professionali (il 55,6%), la capacità di relazionarsi con i pazienti e i familiari (51,2%) e la cortesia e la gentilezza (44,7%) (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Gli aspetti migliori dell'attività degli infermieri secondo gli intervistati, per ripartizione geografica (val. %)

<i>In particolare quali tra i seguenti aspetti giudica come migliori:</i>	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Italia
Le capacità tecnico-professionali	65,4	54,5	54,7	48,6	55,6
La capacità di relazionarsi con i pazienti e i familiari	49,6	59,9	43,7	51,6	51,2
La cortesia, la gentilezza	45,4	42,8	46,9	44,1	44,7
Abilità nel gestire attrezzature medicali (flebo, cateteri, medicazioni, prelievi)	16,7	12,5	16,5	21,5	17,3
Rispetto delle norme igieniche	14,9	17,1	14,2	11,9	14,3
La capacità di dare informazioni su patologia, terapie, ecc.	11,6	23,3	12,2	9,9	13,6
Attenzione agli aspetti collaterali dello stato di salute del paziente (dolore, rischio decubito, ecc.)	16,4	8,2	10,6	13,2	12,5
La capacità di organizzare il lavoro	19,1	16,3	12,2	5,8	12,9
Il rispetto della privacy	6,6	7,4	5,5	4,1	5,7

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2012

Un buon infermiere, meritevole di un giudizio positivo sulla propria attività, è sicuramente un infermiere in possesso di una serie di capacità operative e tecniche, con un *saper fare* che si materializza in una molteplicità di pratiche quotidiane che, appunto, sono il contenuto della professione infermieristica.

Gli italiani che ne hanno avuto esperienza hanno percepito che è questa una dimensione molto ben coperta dagli infermieri con cui hanno avuto rapporti; ma al fianco della tecnicità conta la dimensione relazionale e umana dell'empatia, quella capacità di entrare in relazione con persone sofferenti o sicuramente in uno stato psicofisico di fragilità e con i loro parenti.

La sfera della relazione, ormai vitale in ogni ambito della nostra vita, lo è ancor più all'interno della sanità, dove la condizione di paziente genera inevitabilmente nel rapporto con la struttura e il personale una relazione asimmetrica, di fragilità, che solo una intenzionale ed efficace capacità relazionale da parte del personale, in particolare da parte degli infermieri, può consentire di superare.

Anche il richiamo alla cortesia e alla gentilezza non fa altro che echeggiare le capacità relazionali: gli italiani ritengono che gli infermieri con cui sono entrati in contatto hanno saputo metterle in campo.

Le ragioni della valutazione positiva e il suo rilievo si comprendono pensando alla complessità delle strutture sanitarie, a cominciare dagli ospedali dove la maggioranza degli italiani entra in contatto con gli infermieri; infatti tali strutture sono connotate da una non facile comunicazione con i clinici e i rappresentanti della struttura e dalla necessità da parte di pazienti e familiari di praticare una sorta di *management* continuativo del ricovero, fatto di recupero di informazioni e sviluppo di relazioni per tentare di sapere di più sulla patologia e/o terapia, per risolvere i quotidiani problemi alberghieri, di comfort, di relazionalità, magari di ristorazione.

In questa dinamica difficile, faticosa, che pazienti e familiari devono fronteggiare in caso di degenze ospedaliere o di contatti con altre strutture, dalle più semplici, come gli studi medici, agli ambulatori e poliambulatori, alle varie tipologie di strutture di ricovero socio-sanitario, la figura dell'infermiere, la sua capacità relazionale, la sua disponibilità a facilitare l'accesso alle informazioni diventano strategiche e molto apprezzate dai cittadini. Quasi il 60% dei cittadini dichiara che di fronte a richieste di informazioni su patologie, terapie, aspetti organizzativi e altro gli infermieri tendono a rispondere quando sono in grado di farlo (**Tabella 2**); il 30% parla invece di una tendenza a rinviare sempre e comunque ai medici, mentre è solo il 10% circa a ritenere che gli infermieri non siano stati in grado di dare risposte adeguate.

Tabella 2 - Gli infermieri di fronte alle richieste di informazioni su patologie, terapie, aspetti organizzativi, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Nella Sua esperienza di fronte a richieste di informazione su patologie, terapie, aspetti organizzativi, ecc., gli infermieri:</i>	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Italia
Tendevano a rispondere quando erano in grado di farlo	55,8	61,8	60,0	60,9	59,5
Tendevano a rinviare sempre e comunque ai medici	34,1	30,0	29,3	27,3	30,1
Non mi sono sembrati in grado di dare risposte adeguate	10,1	8,2	10,7	11,8	10,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2012

La dimensione comunicativa delle informazioni è tra quelle cruciali per pazienti e familiari ed è evidente come gli infermieri nella quotidianità siano un riferimento che, nella grande maggioranza dei casi, tenta di dare risposte. Alla richiesta di indicare quali siano le cose più importanti che si aspettano da un infermiere quando entrano in relazione con lui nei vari setting, oltre il 66% degli intervistati ha indicato la *capacità di creare un buon clima relazionale e l'attenzione agli aspetti psicologici e umani* ed il 62,3% ha richiamato un ottimo livello tecnico-professionale, mentre molto distanziata, con circa un quarto delle opinioni espresse, emerge la capacità di dare spiegazioni sulla diagnosi e la terapia (**Tabella 3**).

Tabella 3 – Le cose più importanti che gli intervistati si aspettano da un infermiere quando entrano in relazione con lui nei diversi contesti sanitari, per ripartizione geografica (val. %)

Quali sono le cose più importanti che si aspetta da un infermiere quando entra in relazione con lui nei vari contesti (ospedale, pronto soccorso, studio medico, ecc.)?	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Italia
Che sappia creare un buon clima relazionale, attento agli aspetti psicologici, umani	64,9	74,0	64,7	63,9	66,3
Che abbia un ottimo livello tecnico professionale	69,9	62,6	58,6	58,3	62,3
Che sappia darmi spiegazioni sulla diagnosi, la terapia (magari rendendo più accessibile quello che dice il medico)	26,2	26,0	25,8	24,7	25,5
Che sia aggiornato su cure, tecnologie, farmaci, ecc.	16,5	13,1	13,2	17,1	15,4
Che sia attento a risolvere i problemi che mi riguardano, anche quelli legati agli aspetti alberghieri, del vitto, ecc.	6,4	6,9	6,4	5,2	6,1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2012

È questo un quadro altamente significativo: sono le relazioni, la capacità di costruirle, l'attenzione agli altri e il modo in cui si esprime tale attenzione ad essere al cuore delle aspettative degli italiani rispetto all'attività dell'infermiere.

Se la tutela della salute è per i cittadini una dimensione cruciale della propria vita a cui dedicare tempo, energie, soldi e sulla quale essere informati e capaci di formarsi un punto di vista, allora entrando in contatto con la sanità i cittadini hanno bisogno di interlocutori che accettano la relazione, la coltivano, gli danno senso e contenuto. Ed è anche su questo aspetto che gli infermieri nel quotidiano si mostrano capaci di operare con efficacia. *L'infermiere che piace agli italiani è professionale e capace di relazionarsi* e coloro che hanno avuto esperienza diretta di rapporti con gli infermieri ritengono, in netta maggioranza, che così sono gli infermieri che operano nella sanità italiana.

Voglio diventare infermiere: bravo, bella scelta

L'84,2% degli italiani afferma che a un figlio, parente o amico che desiderasse iscriversi al Corso di laurea in infermieristica e chiedesse un consiglio, direbbe di farlo (**Tabella 4**): questa professione rappresenta un'opportunità, tanto che un giovane che desidera diventare infermiere va assolutamente incoraggiato.

Tabella 4 - Intervistati che consiglierebbero ad un figlio/parente/amico di iscriversi al Corso di laurea in infermieristica, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Se Suo figlio, parente o amico, desiderasse iscriversi al corso di laurea in Scienze infermieristiche e le chiedesse un consiglio, oltre a invitarlo a fare ciò che davvero gli piace, Lei:</i>	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Italia
Gli consiglierebbe di farlo	85,3	89,8	83,8	80,4	84,2
Glielo sconsiglierebbe	14,7	10,2	16,2	19,6	15,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2012

In estrema sintesi, oggi diventare infermiere è, per gli italiani, una scelta giusta: per oltre il 76,6% perché ritiene sia una professione con un alto valore sociale e di aiuto verso gli altri e il 47% circa perché consente di trovare facilmente occupazione (**Tabella 5**).

Tabella 5 – Principali motivi per cui gli intervistati consiglierebbero ad un figlio/parente/amico di iscriversi al Corso di laurea in infermieristica, per classe d'età (val. %)

<i>Perché consiglierebbe a un figlio/ parente/amico di iscriversi al corso di laurea in Scienze infermieristiche?</i>	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e più	Totale
Ha un alto valore sociale, di aiuto verso gli altri	71,2	74,5	79,8	78,1	76,6
Si trova facilmente occupazione	44,5	48,0	47,4	46,5	46,9
È tutto sommato ben retribuito	10,5	6,6	9,6	8,4	8,6
Ci sono prospettive di carriera	13,6	9,0	7,2	8,1	8,9

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2012

Social reputation e sbocchi occupazionali sono i due pilastri che rendono quella infermieristica una professione sulla quale scommettere, purché ovviamente rientri nelle corde della persona che vi si vuole dedicare. Un tempo attività vocazionale o di ripiego per donne e/o religiose, il suo profilo è quindi cambiato ed è in continua evoluzione, perché tende ad essere percepito e anche vissuto sempre più come una scelta mirata. Sul piano sociale, il suo contenuto altruistico è considerato un fattore di *status*, che incide positivamente sull'*appeal* verso i più giovani, affiancato, ovviamente, dal dato concreto delle opportunità occupazionali.

Diventare infermiere significa fare qualcosa di utile e che permette di trovare subito lavoro: questo lo *statement* chiave sul profilo della professione nella percezione prevalente. Tra coloro che, invece, sconsiglierebbero parenti e amici di dedicarsi alla professione infermieristica, la ragione primaria indicata è che si tratta di un lavoro troppo duro (63%) e per il 37% malpagato.

Un altro dato essenziale sulla percezione prevalente degli italiani rispetto agli infermieri è che la maggioranza (il 68,5%) ritiene che attualmente nel nostro Paese vi siano pochi infermieri e che sarebbe opportuno aumentarne il numero, così da colmare le lacune.

Una professione di qualità

Gli aspetti della professione infermieristica che ne definiscono il profilo sociale sono destinati a diventare sempre più importanti nel futuro, anche in relazione all'evoluzione attesa della sanità italiana. Si tenga infatti presente che è sempre più alta l'attenzione che i cittadini hanno per la tutela della salute e, ovviamente, per il modo in cui il Servizio sanitario del prossimo futuro sarà in grado di dare le risposte assistenziali attese. Per il futuro, dalle indagini condotte recentemente sulla salute emerge che ci si aspetta una sanità ad alta intensità tecnologica per le acuzie, ma con una notevole proiezione sui territori, attraverso le tante forme di medicina del territorio, di continuità assistenziale e di offerta socio-sanitaria.

È in questa prospettiva evolutiva di lungo periodo della sanità del futuro che vanno lette anche le caratteristiche della professione infermieristica che sono destinate ad avere rilievo.

Su tale base è stato chiesto agli intervistati di indicare tra i *vari aspetti che connotano la professione infermieristica, soprattutto pensando al futuro della sanità, quali siano i più significativi*. Il primo aspetto indicato come altamente significativo è che il lavoro di infermiere è e sarà sempre più un *lavoro che si sceglie (quasi il 91%)*, una professione che per le sue caratteristiche specifiche, di reputazione sociale e di opportunità occupazionali, sarà scelta dai giovani che decidono di intraprendere gli studi *ad hoc*. È questa una visione socialmente radicata, che è fatta propria in modo trasversale rispetto alle variabili sociodemografiche e territoriali.

Aspetti della professione che saranno importanti anche in futuro

Nella percezione collettiva, l'infermiere è una professione nella quale si *lavora molto e così sarà anche per il futuro (l'88,5% condivide questa idea)*. Gli infermieri dimostrano capacità di *adattamento (81,4%)*, quel *modus operandi* che consente di fronteggiare le tante difficoltà quotidiane di tipo diverso, superando ostacoli imprevisti. Sul piano contrattuale e retributivo, gli italiani ritengono in netta maggioranza che gli infermieri *guadagnino poco (lo pensa il 66,4%)*. Tuttavia una maggioranza altrettanto robusta (il 71%) ritiene che per *il futuro quella infermieristica sarà una professione destinata ad avere un maggiore riconoscimento* in termini di stipendi, status sociale e percorsi di carriera.

Avranno sempre più riconoscimento economico e di status

Gli italiani sono convinti che questa professione riuscirà ad avere maggiori riconoscimenti anche per quegli aspetti sui quali oggi è di fatto penalizzata, ad esempio per i livelli retributivi. Va precisato che questa convinzione è molto meno radicata al Sud-Isole, dove la condivide il 62% circa, di contro a quote superiori al 70% nelle altre macro-aree. L'infermiere è e rimarrà nella percezione collettiva una *professione inquadrata come lavoro dipendente*, con posto fisso e stipendio sicuro (80%), piuttosto che una professione da giocarsi sul mercato delle professioni, magari con partita Iva, studio proprio e contratti di consulenza. Prevalde infatti l'idea di una figura professionale inserita stabilmente in organizzazioni complesse e strutturate, come i presidi ospedalieri e territoriali della sanità.

Quali competenze per il futuro?

Gli infermieri, nella percezione collettiva, sono sulla 'linea del fronte' nel rapporto tra Servizio sanitario e pazienti, interfaccia quotidiana con i cittadini. Le loro capacità tecniche devono sempre più essere integrate da un grande senso di umanità e da notevoli capacità relazionali. La priorità per il settore infermieristico nel prossimo futuro, in vista di una sanità migliore dal punto di vista dei pazienti, risiede proprio nel migliorare la preparazione psicologica e relazionale (46,8%), seguita dall'aumento del numero di infermieri che escono dalle nostre università (39,9%) e dal miglioramento del rapporto con le nuove tecnologie (37,0%).

L'autonomia degli infermieri

Agli occhi degli italiani, l'autonomia rispetto ai medici è un tema delicato, che va affrontato con estrema cautela. In pratica, fermo restando il ruolo essenziale di riferimento, anche operativo, dei medici, traspare nel punto di vista dei cittadini l'idea che in una sanità più orientata al territorio e alla prevenzione gli infermieri possano avere un maggiore spazio, che ne valorizzi le capacità e le competenze. E l'infermiere, in pratica, deve diventare sempre più una persona che affianca il medico e che di fatto non è confinato al ruolo di puro staff: vi sono anche funzioni più specifiche, di contenuto sanitario che, una volta indicate le linee guida e definite le procedure di verifica dei medici, possono indubbiamente essere affidate agli infermieri.

PROFESSIONE INFERMIERE

Al 31 dicembre 2010 gli infermieri iscritti ai Collegi Ipasvi erano 398.494. Di questi, quasi un terzo lavora (32,9%) lavora al Sud e nelle Isole, il 25,2% nel Nord-Ovest, il 21% nel Nord-Est e il 20,9% al Centro.

Aumentano gli uomini

Le donne sono più di tre quarti (oltre il 77%), ma in alcune Regioni la presenza maschile è decisamente più alta: in Sicilia, per esempio, gli infermieri maschi sono più del 44%; in Campania il 39,8% e il 37,8% in Calabria. Sono meno del 15%, invece, in Valle d'Aosta, Piemonte e Lombardia. Da rilevare che gli infermieri maschi erano il 26,9% del totale nel 2003-2004 e sono diventati il 30% nel 2009-2010.

L'età

La maggior parte degli infermieri si colloca nella fascia di età compresa tra i 35 e i 49 anni, mentre quelli tra i 60 e i 64 anni sono il 2,9%. Gli over 65 sono il 2%. I giovani (sotto i 30 anni) non arrivano al 10%.

Una professione sempre più colta e di qualità

Cresce sensibilmente il numero degli immatricolati provenienti dai licei, passati da meno del 29% nel 2003-2004 al 46% circa nel 2009-2010. Tenendo conto degli esiti degli esami di maturità, si registra una maggior presenza di diplomati che hanno preso i voti più alti e una diminuzione dei voti bassi: coloro che hanno preso tra 60 e 68 sono scesi dal 43% nel 2003-2004 al 35% del 2009-2010.

La quota di coloro che hanno ottenuto i voti massimi (da 90 in su) è invece salita dall'11,8% nel 2003-2004 al 12,8% nel 2009-2010, così come le quote di coloro con voti tra 70 e 79 (dal 29% al 32,2%) e quelli con voti tra 80 e 89 (dal 16,2% al 19,9%).

Sale l'appeal

Tra l'anno accademico 2003-2004 e il 2009-2010 si registra un incremento degli immatricolati che hanno intrapreso come prima scelta le professioni sanitarie, infermieristiche e ostetriche: erano infatti il 46,3% del totale e sono diventati oltre il 59%. Gli immatricolati che hanno vissuto l'iscrizione al Corso di laurea in infermieristica come seconda scelta sono scesi dal 21,6% all'8,8%, quelli invece che l'hanno scelta come ricollocamento (si sono iscritti al Corso di laurea dopo 10 anni dal conseguimento del diploma superiore) sono passati al 15% al 13,3%.

D'altronde la scelta di diventare infermiere è da incoraggiare per l'82% degli italiani, soprattutto perché ha un alto valore sociale e si trova facilmente occupazione (il 93% entro un anno dalla laurea).

L'emergenza è finita, ma gli infermieri sono ancora pochi

Dopo le emergenze degli anni Novanta, nell'ultimo decennio il numero degli infermieri è cresciuto sia in valore assoluto sia come incidenza sulla popolazione: dal 2000 al 2010 sono aumentati di 80 mila unità, facendo crescere di un punto percentuale l'incidenza fino al 6,6 per 1.000 abitanti. Tuttavia la dinamica incrementale continua a essere insufficiente, soprattutto in alcune aree del Paese.

In generale, se si volesse portare l'Italia al rapporto infermieri/popolazione dell'Olanda (10,5 per 1000 abitanti) bisognerebbe aumentare di oltre 266.000 unità il numero di infermieri al 2020, portandolo a circa 659.000. Ciò vuol dire che ogni anno il numero di infermieri in attività (come saldo tra chi cessa di svolgere la professione e i nuovi avviati al lavoro) dovrebbe crescere di oltre 26.000 unità, sino al 2020 incluso. Se invece si ponesse come benchmark la Francia (8,9 infermieri per 1000 abitanti), bisognerebbe portare a oltre 482.000 il numero complessivo di infermieri entro il 2020, con un incremento di quasi 91.000 unità, pari a oltre 9.000 in più ogni anno.

Crescono gli stranieri

Oltre il 10% degli infermieri sono stranieri, con una punta del 16% nel Lazio. Nel periodo 2007-2010 sono aumentati di quasi 8.000 unità (+25%).

Valutazione degli effetti del prelievo venoso periferico in pazienti ospedalizzati in terapia anticoagulante: studio osservazionale

Simone Benedet¹, Angela De Paoli², Cristina Tommasini³, Giulia Ortez⁴

¹Infermiere, Cooperativa Sociosanitaria Arkesis, Portogruaro (Venezia); ²Professore a contratto, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Udine, Sede di Pordenone; Ricercatore, Istituto Oncologico Veneto, Padova; ³Professore a contratto e Tutor didattico, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Udine, Sede di Pordenone; ⁴Professore a contratto, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Udine, Sede di Pordenone

Corrispondenza: giulia.ortez@uniud.it

RIASSUNTO

Introduzione Nei pazienti in terapia anticoagulante il prelievo venoso periferico per le analisi delle prove dell'emostasi è associato a un alto rischio di complicanze locali come dolore, flebite e formazione di ematomi. Scopo di questo studio osservazionale pilota è valutare l'incidenza di complicanze nel sito di venipuntura e investigare le relazioni tra complicanze locali e caratteristiche dei pazienti.

Materiali e metodi Lo studio è stato condotto su un campione formato da 139 pazienti in terapia anticoagulante ricoverati presso 4 reparti dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone nei mesi di settembre e ottobre 2011. I prelievi per il monitoraggio dei valori di INR erano eseguiti con ago a farfalla.

Risultati Le complicanze locali rilevate con maggiore frequenza dopo il prelievo venoso erano flebiti di I o II grado (77% dei pazienti) ed ematomi (54%). Lo sviluppo di ematomi era associato in modo statisticamente significativo all'età ($p=0,008$), al sesso ($p<0,0001$) e al valore di INR ($p=0,0002$). Il rischio di ematoma è risultato circa 3 volte maggiore nel gruppo di età pari o superiore a 80 anni e nel sesso femminile.

Conclusioni Queste osservazioni forniscono le basi per ulteriori studi che prevedono l'esame di un numero più ampio di pazienti in contesti diversi e il confronto di differenti procedure, mirati soprattutto all'individuazione dei metodi più appropriati per limitare gli effetti negativi dei prelievi nei pazienti a più alto rischio di complicanze.

Parole chiave: venipuntura, complicanze locali, ematoma, terapia anticoagulante, esami ematochimici, INR

Assessment of the effects of peripheral venipuncture in hospitalized patients on anticoagulant therapy: an observational study

ABSTRACT

Introduction In patients on anticoagulation therapy, venous blood collection for laboratory testing is associated with a high risk of local complications such as pain, phlebitis and hematoma. The aim of this observational pilot study is to assess the incidence of complications at the venipuncture site and to investigate the relationship between local complications and patients' characteristics.

Materials and methods The study was conducted on a sample of 139 patients on anticoagulation therapy, admitted to 4 different units of the Santa Maria degli Angeli Hospital of Pordenone during the months of September and October 2011. Blood samples for INR monitoring were obtained by peripheral venipuncture using a butterfly needle.

Results The most frequent local complications of venipuncture were first or second degree phlebitis (77% of patients) and hematoma (54%). The risk of hematoma was significantly associated with age ($p=0.008$), sex ($p<0.0001$) and INR value ($p=0.0002$), and was about 3 times higher in females and patients 80 years of age or older.

Conclusions These findings provide a foundation for further studies that will involve the analysis of more patients in various settings and the comparison of different procedures, especially aimed at identifying the most appropriate methods to decrease the adverse effects of venipuncture on patients with higher risk of complications.

Key words: venipuncture, local complications, hematoma, anticoagulation therapy, blood testing, INR

INTRODUZIONE

I test coagulativi sono un momento essenziale per lo screening, la diagnosi, la terapia e il monitoraggio dei disturbi dell'emostasi, sul versante emorragico come su quello trombotico. La scelta di procedure ottimali per il prelievo di sangue venoso è indispensabile sia per la correttezza della raccolta del campione, sia per la prevenzione del rischio di complicanze locali (Lowe et al., 2008; Zengin, Enç, 2008). Per ottenere un buon campione ematico e ridurre lo sviluppo di complicanze sono importanti fattori preanalitici quali l'identificazione del paziente, la localizzazione di un accesso venoso idoneo, l'applicazione del laccio, la scelta del dispositivo più efficace e del diametro dell'ago (Lippi et al., 2006).

La procedura raccomandata per il prelievo venoso periferico prevede l'uso di aghi retti tradizionali, ma nel nostro contesto regionale (Friuli-Venezia Giulia) è diffuso l'impiego dei dispositivi a farfalla, che se non utilizzati in maniera appropriata influiscono anche sui risultati di laboratorio (Blann et al., 2003, Matchar et al., 2010); le controindicazioni pratiche che ne dovrebbero scoraggiare l'uso includono il costo superiore a quello dei dispositivi convenzionali, la maggiore probabilità di generare campioni non adeguati e la possibilità non remota di un'attivazione dell'emostasi primaria e secondaria durante il transito del sangue nel segmento di tubo che congiunge l'ago e la provetta (Lippi et al., 2009).

I possibili effetti avversi locali del trattamento con farmaci anticoagulanti comprendono eventi emorragici non gravi, come epistassi saltuarie, e la formazione di ematomi di dimensioni variabili in seguito a piccoli traumi, tra cui prelievi e/o iniezioni, che in condizioni di coagulazione normale non avrebbero simili conseguenze (Keeling et al., 2011; Torn et al., 2005). Nei pazienti in terapia con questi farmaci i prelievi effettuati per la misurazione dei valori di INR sono associati a un rischio maggiore di complicanze in sede di venipuntura quali dolore, sanguinamento, flebite, ematoma o lesioni di altra natura, che oltre a provocare disagio possono diventare un segno di scompenso coagulativo evidenziando il rischio di complicanze più importanti (dos Reis et al., 2009; RNAO, 2008). Con questo studio osservazionale pilota ci siamo proposti di valutare la frequenza di complicanze locali dopo prelievo venoso periferico in un gruppo di pazienti ospedalizzati in trattamento anticoagulante, investigando anche le relazioni fra tali complicanze e le caratteristiche fondamentali dei pazienti (età, sesso e valori di INR).

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto su un campione di con-

venienza formato da 139 pazienti in trattamento con farmaci anticoagulanti per via orale, sottocutanea o endovenosa che erano stati ricoverati dal primo settembre al 30 ottobre 2011 presso 4 unità operative (Cardiologia, Medicina d'Urgenza, Medicina II e Medicina III) dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone. Per ogni paziente sono state registrate variabili qualitative e quantitative che includevano profilo demografico, terapia anticoagulante in atto, data del ricovero, diagnosi di ingresso, data e sede dei prelievi, tempo di protrombina e INR.

Per tutti i pazienti arruolati nello studio i campioni ematici per il controllo dei valori di INR erano ottenuti mediante venipuntura con aghi a farfalla 21G; sono stati esclusi i pazienti sottoposti a procedure di prelievo diverse (ago cannula, catetere venoso centrale, catetere arterioso).

Le complicanze locali a breve termine della venipuntura venivano rilevate entro un'ora dal prelievo; l'intensità del dolore percepito è stata misurata con una scala numerica (Flaherty, 2008), mentre per la valutazione delle flebiti è stata utilizzata la Phlebitis Grading Scale (Johnston, 2006). Le osservazioni effettuate venivano riportate in una scheda giornaliera dei pazienti reclutati in ciascuna unità operativa.

I dati, sia quelli relativi alle complicanze sia quelli tratti dalla documentazione clinica, sono stati raccolti con l'autorizzazione della Direzione Sanitaria e il consenso informato dei pazienti, nel rispetto della riservatezza e in ottemperanza alla normativa sulla privacy (Decreto legislativo 196/2003).

Le procedure seguite sono state la predisposizione preliminare di un foglio di codifica, l'assegnazione di un codice identificativo per ogni variabile e l'addestramento dei rilevatori sia per l'esame obiettivo sia per l'inserimento dei dati, che sono stati poi elaborati utilizzando il programma Microsoft Excel 2007.

Le differenze tra i gruppi sono state analizzate usando il test del χ^2 , considerando significativi valori di p inferiori a 0,05.

RISULTATI

Il campione era costituito da 63 maschi (45,3%) e 76 femmine (54,7%) di età compresa tra 47 e 92 anni; l'età media era pari a 78 anni (**Tabella 1**).

Tabella 1. Sesso ed età dei partecipanti

Sesso	Maschi	63 (45,3%)
	Femmine	76 (54,7%)
Età	≤70 anni	27 (19,4%)
	71-79 anni	39 (28,1%)
	≥80 anni	73 (52,5%)

La classificazione delle diagnosi di ingresso principali era correlata a patologie respiratorie (dispnea, polmonite) per 66 pazienti (47,5%), cardiopatia per 51 (36,7%), febbre per 12 (8,6%), malattie dismetaboliche per 4 (2,9%), astenia per 3 (2,2%), epatopatia per 2 (1,4%) e in un caso a trauma (0,7%). Il farmaco anticoagulante più utilizzato era il warfarin, assunto al dosaggio di 5 mg al giorno da 94 pazienti (67,6%); 40 pazienti erano in trattamento con acenocumarolo alle dosi di 1 mg (25 pazienti, 18%) o 4 mg al giorno (15 pazienti, 10,8%), mentre enoxaparina sodica per via sottocutanea ed eparina sodica per via endovenosa erano state somministrate rispettivamente a 3 (2,2%) e a 2 pazienti (1,4%).

Come riporta la **Tabella 2**, la complicità locale che si è rilevata con maggiore frequenza in seguito a prelievo venoso era una flebite di I o II grado, riscontrata in 107 casi (77%). In 75 casi (54%) si è osservata la formazione di ematomi, di dimensioni inferiori a 6 cm² per 57 pazienti (41%), comprese tra 6 e 11 cm² per 9 (6,5%) e superiori a 11 cm² in 9 casi (6,5%). Soltanto 9 pazienti avevano riferito dolore. Non si sono riscontrate emorragie o lesioni cutanee a livello del sito di venipuntura.

Sono state quindi esaminate le possibili relazioni tra lo sviluppo di flebiti ed ematomi e caratteristiche specifiche dei pazienti come età, sesso e INR. Per l'insorgenza di flebite non si sono rilevate associazioni statisticamente significative. Al contrario la comparsa di ematomi era associata in modo significativo con l'età ($p=0,008$), il sesso ($p<0,0001$) e i valori di INR ($p=0,0002$) dei pazienti (**Tabella 3**).

In particolare, il rischio di ematoma è risultato circa 3 volte maggiore nel sesso femminile (odds ratio 3,32, IC 95% 1,65-6,66) e nella fascia di età uguale o superiore a 80 anni (odds ratio 3,84, IC 95% 1,50-9,77), rispetto al gruppo di età ≤ 70 anni; in confronto con questo gruppo, per i pazienti di 71-79 anni l'odds ratio era pari a 1,71 (IC 95% 0,61-4,74). Rispetto a valori di INR minori di 2, valori compresi fra 2 e 3 erano associati a un rischio di ematoma inferiore (odds ratio 0,08, IC 95% 0,02-0,32; per INR >3 odds ratio 0,67, IC 95% 0,26-1,69).

Per 37 pazienti (esclusi dall'analisi) i valori di INR non erano disponibili nella documentazione clinica al mo-

Tabella 2. Frequenza delle complicanze locali

Complicanza	Numero dei pazienti	
	Sì	No
Dolore	9 (6,5%)	130 (93,5%)
Flebite	107 (77%)	32 (23%)
Ematoma	75 (54%)	64 (46%)

Tabella 3. Fattori di rischio per lo sviluppo di ematoma

Variabile	Ematoma			
	Sì	No	Totale	
Età	≤ 70 anni	9	18	27
	71-79 anni	18	21	39
	≥ 80 anni	48	25	73
Sesso	Maschi	24	39	63
	Femmine	51	25	76
INR	<2	27	18	45
	2-3	3	24	27
	>3	15	15	30

mento della rilevazione; per gli altri si è registrato un ampio spettro di valori, da un minimo di 1,13 a un massimo di 6,54. Per tutti i partecipanti allo studio il *range* terapeutico raccomandato era fra 2 e 3, ma in base ai dati raccolti si è osservato che solo 27 avevano valori di INR che rientravano in questo intervallo. Ulteriori informazioni emerse riguardano il numero di tentativi per effettuare il prelievo dei campioni ematici: la procedura era stata eseguita con successo al primo tentativo per 129 pazienti (92,8%) e al secondo o al terzo rispettivamente in 8 (5,8%) e in 2 casi (1,4%). L'esperienza lavorativa media degli infermieri che avevano effettuato i prelievi era pari a 14 anni (da 3 a 31) di lavoro complessivi, quindi infermieri esperti secondo i livelli di competenza (Benner, 1982).

DISCUSSIONE

Questo studio osservazionale ci ha permesso di descrivere le caratteristiche principali dei pazienti in terapia anticoagulante presi in esame e di valutare l'entità del fenomeno delle complicanze locali conseguenti al prelievo venoso periferico rilevandone la frequenza e la distribuzione. L'analisi delle associazioni tra caratteristiche come età, sesso e INR e l'insorgenza di complicanze ha inoltre evidenziato che nella popolazione considerata il sesso femminile e l'età superiore ai 79 anni costituivano un fattore di rischio per la formazione di ematomi.

Per quanto riguarda la variabile INR, l'analisi ha confermato i dati riportati in letteratura che indicano come anche in pazienti con valori di INR minori di 2 si possano sviluppare complicanze quali l'ematoma, che suggeriscono la necessità di sorveglianza e approfondimenti diagnostici ulteriori anche nel caso di un intervallo di INR fisiologico (Schulman et al., 2008; Woods et al., 2004). Valori di INR compresi fra 2 e 3 sono risultati associati a un rischio di ematomi inferiore.

Nelle unità operative dove si sono svolte le rilevazioni per i prelievi venivano utilizzati esclusivamente aghi

a farfalla 21G, malgrado le linee guida nazionali e internazionali raccomandino l'impiego di aghi tradizionali retti per questo tipo di esami ematochimici e gruppo di pazienti, anche per una questione di costi aggiuntivi (Lippi et al., 2008; Oake et al., 2008). Non è quindi stato possibile valutare la comparsa di complicanze confrontando procedure effettuate con i due dispositivi.

CONCLUSIONI

Anche se i dati raccolti si riferiscono a un campione di convenienza non randomizzato, i risultati ottenuti, per quanto non generalizzabili, forniscono indicazioni importanti per indirizzare future ricerche. Le osservazioni condotte nel corso dello studio dovranno essere ampliate esaminando un numero più alto di pazienti in contesti diversi, paragonando l'impiego di presidi differenti (specialmente ago retto *versus* ago a farfalla) e concentrando l'attenzione sui gruppi particolarmente a rischio.

Una valutazione più completa degli effetti negativi del prelievo venoso periferico, unita a indagini sul livello di consapevolezza rispetto a tali effetti e sul coinvolgimento del paziente in termini di aderenza alla terapia anticoagulante, potrà permettere la formulazione di protocolli in grado di supportare il personale infermieristico nella corretta esecuzione delle procedure e nella scelta degli strumenti più idonei al fine di ridurre lo sviluppo di complicanze; soprattutto nei pazienti anziani con comorbidità e sottoposti a frequenti controlli ematochimici. La conoscenza dei fattori di rischio consente di personalizzare l'assistenza infermieristica con l'obiettivo di prevenire le complicanze; la diffusione e la conoscenza delle raccomandazioni consentono di adottare le buone pratiche professionali.

Emergono infine alcune considerazioni riguardo al tipo di dispositivi utilizzabili per il monitoraggio dei parametri emocoagulativi in vista di un trattamento a lungo termine con anticoagulanti orali (Cairns et al., 2011). Come già avviene in alcune realtà, si potrebbe usare il metodo del prelievo capillare con coagulometro portatile digitale: metodo che a fronte di una spesa iniziale cospicua porterebbe vantaggi sia dal punto di vista della tempistica necessaria per le analisi (risultato immediato), sia del comfort del paziente, con una riduzione del dolore e delle complicanze da venipuntura, fino a una possibile autogestione domiciliare del test (Matchar et al., 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Benner PA (1982) *From novice to expert*. Am J Nurs, 82 (3), 402-407.
- Blann AD, Fitzmaurice DA, Lip GYH (2003) *ABC of antithrombotic therapy: anticoagulation in hospitals and general practice*. BMJ, 326 (7381), 153-156.
- Cairns JA, Connolly S, McMurry S et al. (2011) *Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: prevention of stroke and systemic thromboembolism in atrial fibrillation and flutter*. Can J Cardiol, 27 (1), 74-90.
- Corbo J, Fu L, Silver M et al. (2007) *Comparison of laboratory values obtained by phlebotomy versus saline lock devices*. Acad Emerg Med, 14 (1), 23-27.
- dos Reis PE, Silveira RC, Vasques CI et al. (2009) *Pharmacological interventions to treat phlebitis: systematic review*. J Infus Nurs, 32 (2), 74-79.
- Flaherty E (2008) *Using pain-rating scales with older adults*. Am J Nurs, 108 (6), 40-47.
- Halm MA, Gleaves M (2009) *Obtaining blood samples from peripheral intravenous catheters: best practice?* Am J Crit Care, 18 (5), 474-478.
- Johnston C (2006) *A standardised audit tool – Phlebitis Grading Scale*. J Intraven Nurs, IVNNZ Inc. Newsletter.
- Keeling D, Baglin T, Campbell T et al. (2011) *Guidelines on oral anticoagulation with warfarin – fourth edition*. Br J Haematol, 154 (3), 311-324.
- Lippi G, Caputo M, Banfi G et al. (2008) *Raccomandazioni per il prelievo di sangue venoso*. RIMeL/IJLaM, 4, 249-258.
- Lippi G, Salvagno G, Adcock DM et al. (2009) *La variabilità preanalitica dei test coagulativi*. RIMeL/IJLaM, 5, 91-98.
- Lippi G, Salvagno G, Montagnana M et al. (2006) *Influence of the needle bore size used for collecting venous blood samples on routine clinical chemistry testing*. Clin Chem Lab Med, 44 (8), 1009-1014.
- Lippi G, Salvagno G, Guidi GC (2005) *No influence of a butterfly device on routine coagulation assays and D-dimer measurement*. J Thromb Haemost, 3 (2), 389-391.
- Lowe G, Stike R, Pollack M et al. (2008) *Nursing blood specimen collection techniques and hemolysis rates in an emergency department: analysis of venipuncture versus intravenous catheter collection techniques*. J Emerg Nurs, 34 (1), 26-32.
- Matchar DB, Jacobson A, Dolor R et al. (2010) *Effect of home testing of international normalized ratio on clinical events*. N Engl J Med, 363 (17), 1608-1620.
- Oake N, Jennings A, Forster AJ et al. (2008) *Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: a systematic review and meta-analysis*. CMAJ, 179 (3), 235-244.
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario (2008) *Care and maintenance to reduce vascular access complications*. Nursing Best Practice Guideline. Consultato il 30 ottobre 2011, disponibile all'indirizzo: www.rnao.org/bestpractices
- Schulman S, Beyth RJ, Kearon C et al. (2008) *Hemorrhagic*

complications of anticoagulant and thrombolytic treatment. Chest, 133, 257S-298S.

Torn M, Bollen W, van der Meer F et al. (2005) *Risks of oral anticoagulant therapy with increasing age.* Arch Intern Med, 165 (13), 1527-1532.

Woods K, Douketis JD, Schnurr T et al. (2004) *Patient pref-*

erences for capillary vs. venous INR determination in an anticoagulation clinic: a randomized controlled trial. Thromb Res, 114 (3), 161-165.

Zengin N, Enç N (2008) *Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter.* J Clin Nurs, 17 (3), 386-393.

Studio osservazionale sul livello di conoscenze degli infermieri di Terapia Intensiva italiani

Elio Drigo¹, Fabrizio Moggia², Gian Domenico Giusti³, Paul Fulbrook⁴, John W. Albarran⁵, Birte Baktoft⁶, Ben Sidebottom⁷

¹Infermiere, Consiglio Direttivo ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri Area Critica); ²Infermiere, Presidente ANIARTI; ³Infermiere, Area Critica Unità di Terapia Intensiva, Azienda Ospedaliera di Perugia; ⁴Infermiere, Australian Catholic University, The Prince Charles Hospital, Brisbane, Australia; ⁵Infermiere, University of the West of England, Bristol, Gran Bretagna; ⁶Infermiere, Randers Hospital, Aarhus, Danimarca; ⁷Infermiere, Intensive Care Unit, Royal Brisbane and Women's Hospital, Brisbane, Australia

Corrispondenza: giustigiando@libero.it

RIASSUNTO

Introduzione Questo articolo presenta un'analisi secondaria dei dati raccolti in 20 paesi europei da uno studio osservazionale trasversale sul livello di conoscenze degli infermieri di Terapia Intensiva. Obiettivo dell'analisi è fornire un quadro più preciso dei risultati ottenuti per gli infermieri italiani.

Materiali e metodi L'indagine è stata condotta utilizzando il questionario E-LINKS (Europe – Levels of Intensive Care Nurses' Knowledge Survey), che contiene 100 domande a risposta multipla relative a 11 aree di conoscenza. In Italia sono state selezionate 20 unità di Terapia Intensiva; in ognuna sono stati invitati a partecipare 6 infermieri. I dati sono stati raccolti tra agosto e dicembre 2009.

Risultati Il questionario è stato compilato da 86 infermieri (tasso di risposta 71,7%). Poco più della metà erano donne (53,5%); i gruppi più numerosi erano formati da infermieri fra i 30 e 39 anni di età (53,5%) e con più di 5 anni di esperienza specifica (40,7%). L'84,9% dei partecipanti ha raggiunto o superato il limite del 50% di risposte esatte; il punteggio globale medio era pari a 63,6%. Il fattore principale che ha contribuito alla variabilità nel punteggio era l'anzianità di servizio in reparti di Terapia Intensiva. Rispetto alle aree di conoscenza investigate, i punteggi più bassi si sono registrati per la categoria *ventilazione e respirazione* (media 54,7%); meno della metà del campione ha risposto correttamente a 18 domande, di cui 7 riguardavano tale categoria.

Conclusioni I risultati emersi dalla nostra analisi sono simili a quelli ottenuti per altri paesi europei dallo studio di riferimento (punteggio medio 65,7%). La quota di risposte corrette inferiore al 50% per circa il 15% dei partecipanti e i punteggi relativamente scarsi rilevati in alcuni ambiti sottolineano la necessità di ridefinire le priorità nella formazione post base universitaria e nella formazione permanente obbligatoria.

Parole chiave: area critica, terapia intensiva, infermieri, conoscenze, formazione, questionario E-LINKS, Italia

A survey of Italian intensive care nurses' knowledge levels

ABSTRACT

Introduction This paper presents a secondary analysis of data collected from 20 European countries in a cross-sectional survey of intensive care nurses' knowledge levels. The aim of the analysis was to give a more precise picture of the results obtained for the Italian nurses.

Materials and methods The survey was conducted between August and December 2009 using the E-LINKS (Europe – Levels of Intensive Care Nurses' Knowledge Survey) questionnaire, a 100-item multiple choice test assessing 11 areas of knowledge. Six nurses from each of the 20 Italian intensive care units selected were invited to participate in the survey.

Results The questionnaire was completed by 86 nurses (response rate 71.7%). The majority of responders was female (53.5%); the largest groups of nurses were in the 30-39 years age range (53.5%) and had more than 5 years of specific experience (40.7%). The overall mean score was 63.6%; 84.9% of participants answered at least half of the questions correctly. The main factor that contributed to variance in scores was nurses' length of intensive care experience. The lowest scores were obtained in the *ventilation and respiration* category (mean 54.7%). In 18 questions less than half of the sample provided the correct answers; 7 of these questions were in the *ventilation and respiration* category.

Conclusions The results of our analysis are similar to those found in the main study for other European countries (mean score 65.7%). However, about 15% of participants failed to achieve a minimum score of 50%, and low scores were obtained in several knowledge areas; this suggests the need to reconsider the priorities in critical care nurses' education.

Key words: intensive care, nursing, knowledge, education, E-LINKS questionnaire, Italy

INTRODUZIONE

Buone conoscenze teoriche, abilità pratiche e competenze relazionali sono alla base di cure di qualità; riuscire ad applicare in modo corretto queste componenti è fondamentale nella professione infermieristica come in tutte le professioni sanitarie. Ci dovrebbe essere sempre congruenza tra i bisogni del paziente e le conoscenze, abilità e competenze dell'infermiere che eroga l'assistenza; in particolare, come indicato dalla World Federation of Critical Care Nurses, nei reparti ad alta intensità assistenziale le cure fornite ai pazienti critici dovrebbero coinvolgere personale infermieristico qualificato con formazione post base avanzata (WFCCN, 2005). Tale concetto è ribadito nelle *Linee guida per il Master di primo livello* elaborate dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI: "L'infermiere che opera in Area Critica deve avere conoscenze, competenze e abilità specifiche che gli consentano di affrontare tutte le situazioni che determinano criticità e instabilità vitale" (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2002), dove con i termini Area Critica si intendono l'insieme delle strutture di tipo intensivo intra ed extraospedaliere e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità e dall'instabilità dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento infermieristico (Drigo et al., 2001).

Nel quadro del dibattito sulle competenze infermieristiche nei vari contesti operativi, uno studio esplorativo ha messo in evidenza una serie di indicatori per definire e valutare le competenze degli infermieri che lavorano nelle unità di Terapia Intensiva (TI) italiane (Palese et al., 2005). Indagini sui livelli di conoscenze degli infermieri di TI sono importanti per cercare di indirizzare la formazione di base e post base di questi professionisti. A tale proposito sono stati sviluppati numerosi strumenti; uno dei primi esempi è il BKAT (Basic Knowledge Assessment Tool; Toth, Ritchey, 1984; Toth, 1986), che in versioni successive è stato utilizzato in setting differenti, negli Stati Uniti e in altri paesi (Toth, 2003), incluse unità di TI pediatriche e neonatali (Runton, Toth, 1998; Toth, 2007; Long et al., 2012). Va peraltro menzionato che alcuni degli studi effettuati in questo campo hanno esaminato solo aspetti molto specifici delle conoscenze infermieristiche (Koutzavekiaris et al., 2011; Lin et al., 2011).

Una valutazione più completa è stata condotta da uno studio osservazionale trasversale che ha coinvolto 20 paesi europei, per un totale di 318 unità e 1.142 infermieri di TI, utilizzando un questionario che investigava 11 aree di conoscenza (Fulbrook et al., 2012). In questa analisi secondaria ci siamo proposti di esaminare in maniera più approfondita i dati raccolti nel corso dello studio che si riferivano ai partecipanti reclutati in Italia, con l'obiettivo di defi-

nire i livelli di conoscenze generali e rispetto alle singole aree, anche in funzione di variabili come età, anzianità di servizio e struttura di appartenenza.

MATERIALI E METODI

Lo strumento usato per lo studio principale è una versione dell'Intensive Care Hundred Item Test (I-HIT), sviluppato originariamente in Australia (Boyle et al., 1995; Murgo, Boyle 2006) e adattato al contesto europeo dal gruppo di ricerca dell'European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa) con il consenso degli autori. Dopo la revisione, la versione inglese del nuovo questionario (denominato E-LINKS: Europe – Levels of Intensive Care Nurses' Knowledge Survey) è stata tradotta in 15 lingue; il processo è stato seguito dai rappresentanti dell'associazione nei diversi paesi coinvolti nell'indagine per assicurare la chiarezza e l'accuratezza della traduzione (Fulbrook et al., 2012). La consistenza interna della versione italiana del questionario è risultata molto buona (coefficiente alfa di Cronbach 0,91).

Il questionario E-LINKS contiene 100 domande a risposta multipla, con un'unica risposta esatta, articolate in 11 categorie di conoscenza su vari aspetti dell'assistenza infermieristica in TI. Gli argomenti trattati includono nozioni riguardanti i sistemi cardiocircolatorio, respiratorio, renale, endocrino e gastrointestinale, i sintomi neurologici, il monitoraggio emodinamico, l'interpretazione di esami e test di laboratorio, i trattamenti farmacologici, la corretta gestione delle infusioni, la ventilazione meccanica, il controllo delle infezioni e la gestione degli stati settici.

Il questionario è stato somministrato ai partecipanti utilizzando un *software* professionale *online* (Survey Monkey®). A ogni partecipante veniva chiesto di selezionare per ogni domanda una sola risposta tra le 4 opzioni disponibili. Se non si rispondeva a tutte le domande il sistema non consentiva di inviare il questionario; ciò ha permesso di ridurre la dispersione dei dati raccolti. La distribuzione via internet, più rapida e facile, è stata scelta sia per i costi limitati, sia per semplificare l'accesso ai dati e il confronto tra i risultati di paesi differenti (Bonometti, Tang 2006; Deutskens et al., 2006).

Nell'ambito dello studio europeo in Italia sono state selezionate 20 unità di TI distribuite su tutto il territorio nazionale. Il processo di reclutamento, che prevedeva l'esclusione delle unità specialistiche come quelle cardiologiche o neurochirurgiche, è stato gestito attraverso i rappresentanti dell'ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) da un coordinatore nazionale nominato dall'EfCCNa, coadiuvato da un coordinatore locale in ogni struttura arruolata. In base ai criteri di inclusione adottati per i

singoli partecipanti, in ciascuna unità di TI sono stati invitati a compilare il questionario E-LINKS 6 infermieri in servizio presso l'unità al momento dell'indagine, che prestavano assistenza principalmente a pazienti adulti. Per valutare gli effetti dell'esperienza professionale sui livelli di conoscenze (Toth, 2003), i 6 infermieri selezionati erano raggruppati in coppie per anzianità di servizio in TI: inferiore a 2 anni, da 2 a 5 anni e superiore a 5 anni.

A tutti i potenziali partecipanti è stato inviato via e-mail un messaggio informativo che spiegava gli obiettivi dello studio. Per assicurare l'anonimato, come unico mezzo di identificazione ogni infermiere doveva scegliere uno *username* esclusivo che era noto soltanto al coordinatore locale. A ciascuna unità di TI era assegnato un codice numerico, da digitare insieme allo *username* prima della compilazione del questionario. Come indicato nel messaggio informativo, l'invio del questionario completato implicava il consenso alla partecipazione allo studio.

La raccolta dei dati è cominciata nell'agosto 2009 ed è terminata nel dicembre dello stesso anno. Per l'analisi dei dati si è utilizzato il programma SPSS (Statistical Package for Social Scientists, versione 19). I dati demografici sono stati analizzati mediante test descrittivi statistici e parametrici per esaminare differenze e relazioni; per valutare le differenze tra i punteggi medi all'interno del campione sono stati usati *t*-test e analisi della varianza (ANOVA). La significatività statistica è stata fissata a $p < 0,05$, con un intervallo di confidenza al 95%.

RISULTATI

Su un campione potenziale di 120 infermieri, 86 (appartenenti a 18 unità di TI) hanno completato il questionario, con una percentuale di risposta del 71,7%.

La maggioranza dei partecipanti era di sesso femminile ($N=46$, 53,5%); rispetto a età e anzianità di servizio, i gruppi più numerosi erano costituiti da infermieri fra i 30 e i 39 anni ($N=46$, 53,5%) e con più di 5 anni di esperienza in TI ($N=35$, 40,7%) (**Tabella 1**). Per la distribuzione di maschi e femmine relativamente alle fasce di età si è riscontrata una differenza significativa ($p=0,02$, $X^2=7,807$, $df=2$): la maggior parte degli uomini rientrava nel gruppo di 30-39 anni, mentre il numero delle donne era simile nei gruppi di età inferiore a 30 anni o compresa fra 30 e 39 anni. Come ci si poteva aspettare ai gruppi più anziani era associata una maggiore esperienza ($R=0,63$, $p < 0,01$). Quasi tutti i partecipanti lavoravano in strutture pubbliche ($N=83$, 96,5%); più della metà lavorava in ospedali universitari ($N=47$, 54,7%), gli altri in aziende sanitarie locali o in strutture private accreditate con il Sistema Sanitario Nazionale.

I punteggi del questionario E-LINKS (comprendente 100 domande) venivano espressi come percentuale di risposte esatte. Il punteggio globale medio del campione è risultato pari al 63,6% (DS 14,1), con un minimo del 30% e un massimo dell'87%. L'84,9% dei partecipanti ha raggiunto o superato la soglia del 50% di risposte corrette. La **Tabella 2** riporta i punteggi medi calcolati in funzione di età, anzianità di servizio in TI, sesso e tipo di ospedale. In base all'analisi della varianza è risultata statisticamente significativa la differenza per il punteggio medio degli infermieri con esperienza specifica superiore ai 5 anni (68,9%) rispetto a quelli dei partecipanti con minore anzianità di servizio in TI [$F(2,83)=4,98$, $p=0,009$], dato confermato dal test di Games-Howell; non era invece significativa la differenza tra i gruppi con anzianità inferiore a 2 anni o da 2 a 5 anni. Non si sono riscontrate differenze significative tra i pun-

Tabella 1. Caratteristiche dei partecipanti all'indagine

Tipo di ospedale	Età			Totale	Anzianità servizio in TI		
	<30 anni	30-39 anni	≥40 anni		<2 anni	2-5 anni	>5 anni
Universitario	20 (42,6%) (69,0%)	21 (44,7%) (45,7%)	6 (12,8%) (54,5%)	47 (100%) (54,7%)	18 (38,3%) (75,0%)	14 (29,8%) (51,9%)	15 (31,9%) (42,9%)
Non universitario	9 (23,1%) (31,0%)	25 (64,1%) (54,3%)	5 (12,8%) (45,5%)	39 (100%) (45,3%)	6 (15,4%) (25,0%)	13 (33,3%) (38,1%)	20 (51,3%) (57,1%)
Totale	29 (33,7%) (100%)	46 (53,5%) (100%)	11 (12,8%) (100%)	86 (100%) (100%)	24 (27,9%) (100%)	27 (31,4%) (100%)	35 (40,7%) (100%)
Struttura privata	2 (66,7%) (6,9%)	1 (33,3%) (2,2%)	-	3 (100%) (3,5%)	2 (66,7%) (8,3%)	1 (33,3%) (3,7%)	-
Struttura pubblica	27 (32,5%) (93,1%)	45 (54,2%) (97,8%)	11 (13,3%) (100%)	83 (100%) (96,5%)	22 (26,5%) (91,7%)	26 (31,3%) (96,3%)	35 (42,2%) (100%)
Totale	29 (33,7%) (100%)	46 (53,5%) (100%)	11 (12,8%) (100%)	86 (100%) (100%)	24 (27,9%) (100%)	27 (31,4%) (100%)	35 (40,7%) (100%)

Tabella 2. Differenze nei punteggi medi

		N	Punteggio medio (DS)	Valore di p
Età	<30 anni	29	62,5% (13,0)	0,318
	30-39 anni	46	62,9% (14,7)	
	≥40 anni	11	69,6% (13,5)	
Anzianità servizio in TI	<2 anni	24	58,0% (13,2)	0,009
	2-5 anni	27	61,9% (13,7)	
	>5 anni	35	68,9% (13,6)	
Sesso	Femmine	46	63,6% (15,3)	0,204
	Maschi	40	63,7% (12,5)	
Tipo di ospedale	Universitario	47	61,9% (13,9)	0,812
	Non universitario	39	65,8% (14,1)	

teggi medi nelle diverse fasce di età, nei due sessi e negli ospedali universitari o non universitari.

I punteggi medi sono stati inoltre calcolati per ogni singola categoria di conoscenza (**Tabella 3**). Il punteggio più alto si è rilevato per l'area gastrointestinale (a cui nel questionario sono dedicate 3 domande), il più basso nella categoria relativa a ventilazione/respirazione (20 domande).

Per diverse categorie sono emerse differenze significative tra i punteggi ottenuti dagli infermieri con diversa anzianità di servizio in TI; in particolare, i risultati migliori corrispondevano ai partecipanti con maggiore esperienza per le categorie *cardiaca*, *ventilazione e respirazione*, *monitoraggio emodinamico* ed *endocrina* (**Tabella 4**). Per le prime due il test di Games-Howell ha rivelato differenze significative tra gli infermieri con meno di 2 anni e quelli con più di 5 anni di anzianità ($p=0,045$, IC 95% da $-20,20$ a $-0,20$;

$p=0,002$, IC 95% da $-15,08$ a $5,59$). Per la categoria *monitoraggio emodinamico* la differenza era significativa solo tra i gruppi con 2-5 anni o più di 5 anni di anzianità ($p=0,03$, IC 95% da $-23,14$ a $-0,99$); peraltro, anche se con una differenza non significativa, nel confronto tra i gruppi con 2-5 anni o meno di 2 anni di anzianità i secondi hanno ottenuto un punteggio medio superiore. Per la categoria *endocrina* il punteggio medio degli infermieri con minore esperienza in TI è risultato significativamente più basso rispetto a quello di entrambi gli altri gruppi.

Per 18 delle 100 domande poste dal questionario più del 50% del campione ha dato una risposta sbagliata (**Tabella 5**). Di queste, 7 rientravano nella categoria *ventilazione e respirazione*. La domanda con il punteggio medio più basso riguardava la pressione cricoidea durante l'intubazione; solo l'8,1% del campione ha dato la risposta corretta. La percentuale di

Tabella 3. Risultati per categorie di conoscenza

Categorie di conoscenza	Numero domande	Punteggio medio per categoria (DS)	Numero punteggi <50%
Gastrointestinale	3	75,2% (29,0)	16 (18,6%)
Endocrina	5	74,0% (23,0)	10 (11,6%)
Gestione infusioni	2	72,7% (34,9)	10 (11,6%)
Cardiaca	21	66,8% (16,6)	17 (19,8%)
Monitoraggio emodinamico	11	65,5% (17,6)	17 (19,8%)
Neurologica	18	64,1% (17,7)	17 (19,8%)
Renale	8	63,4% (20,4)	16 (18,6%)
Varie	1	62,8% (48,6)	32 (37,2%)
Controllo infezioni e sepsi	4	62,5% (28,4)	13 (15,1%)
Farmaci	7	61,8% (20,1)	22 (25,6%)
Ventilazione e respirazione	20	54,7% (15,9)	23 (26,7%)

Tabella 4. Differenze nei punteggi medi in funzione dell'anzianità di servizio in TI

Categorie di conoscenza	Differenze tra i punteggi (valore di p)		
		2-5 anni	>5 anni
Cardiaca	<2 anni	2,5% (0,85)	10,2% (0,045)
	2-5 anni	-	7,7% (0,17)
Monitoraggio emodinamico	<2 anni	-7,3% (0,36)	4,7% (0,51)
	2-5 anni	-	12,1% (0,03)
Ventilazione e respirazione	<2 anni	6,3% (0,33)	14,3% (0,002)
	2-5 anni	-	8,0% (0,11)
Endocrina	<2 anni	15,6% (0,043)	22,3% (<0,001)
	2-5 anni	-	6,7% (0,48)

Tabella 5. Domande con meno del 50% di risposte esatte per categorie di conoscenza

Categorie di conoscenza	Numero domanda	Rank*	Risposte corrette	Argomento
Ventilazione e respirazione	51	100	8,1%	Pressione cricoidea durante l'intubazione
	50	99	15,1%	Gestione del drenaggio toracico durante la ventilazione meccanica
	48	97	25,6%	Pressione positiva di fine espirazione (PEEP) durante la ventilazione meccanica
	44	92	32,6%	Monitoraggio postoperatorio della respirazione
	52	90	37,2%	Umidificazione e riscaldamento dei gas inalati
	45	87	43,0%	Scopi del drenaggio toracico
	49	86	44,2%	Ventilazione a pressione positiva continua (C-PAP)
Cardiaca	4	95	29,1%	Fattori implicati nell'ossigenazione dei tessuti
	12	93	31,4%	Controllo ECG: potenziali fattori di aritmia
	19	89	37,2%	Livelli di energia nella defibrillazione elettrica
Neurologica	68	94	30,2%	Cause di shock neurogeno
	53	88	40,7%	Agitazione postoperatoria
	57	85	45,4%	Assistenza infermieristica in caso di alta pressione intracranica
Renale	76	98	19,8%	Meccanismi della dialisi
	71	83	48,8%	Monitoraggio della diuresi
Monitoraggio emodinamico	23	96	26,7%	Interpretazione delle onde del cateterismo arterioso
	22	84	46,5%	Interpretazione delle onde del cateterismo dell'arteria polmonare (catetere Swan-Ganz)
Farmaci	85	91	32,6%	Effetti dei farmaci inotropi

*Rank = Ordine delle domande secondo il punteggio medio dal più alto (1) al più basso (100)

risposte esatte era inferiore al 20% anche per le domande sulla gestione del drenaggio toracico durante la ventilazione meccanica e sui meccanismi della dialisi renale.

DISCUSSIONE

Il corpo delle conoscenze di base e degli standard

professionali per l'assistenza infermieristica nei reparti ad alta intensità di cure è stato delineato da Toth (1986) più di 20 anni fa. Anche se si ritiene che i livelli di esperienza e conoscenze degli operatori possano influenzare il recupero dei pazienti (Ball, McElligot, 2003), per definire la correlazione tra queste variabili sono necessari ulteriori studi.

Riguardo alla formazione degli infermieri di Area Critica, le differenze tra i vari paesi europei sono molteplici (Baktoft et al., 2003; Badir, 2004). Uno studio sulle conoscenze complessive reputate necessarie per chi lavora in unità di TI era stato finora condotto unicamente in Finlandia utilizzando una versione del BKAT (Aäri et al., 2004), ma il questionario era stato distribuito soltanto a studenti infermieri all'ultimo anno di formazione di base; per quanto l'indagine abbia identificato carenze soprattutto per le nozioni relative agli apparati respiratorio, gastrointestinale e cardiocircolatorio, i suoi risultati non consentivano di trarre conclusioni rispetto ai diversi stadi di progressione della carriera.

Lo studio originale di riferimento (Fulbrook et al., 2012) è il primo che ha investigato in modo sistematico le conoscenze teoriche e applicate degli infermieri di TI in diversi paesi europei, tra cui l'Italia. Lo studio ha evidenziato che in generale l'esame dei punteggi medi ottenuti per il questionario E-LINKS indicava l'esigenza di rivolgere una maggiore attenzione, nei programmi formativi, specialmente alle questioni tecniche relative alla ventilazione/respirazione e alla gestione di infezioni e sepsi. Tali risultati sono stati sostanzialmente confermati da questa analisi secondaria dei dati raccolti nel nostro paese; nell'interpretazione degli esiti dell'analisi rispetto al contesto europeo bisogna comunque considerare che le competenze infermieristiche richieste possono essere diverse a causa della differente organizzazione o distribuzione dei compiti nelle unità di TI dei singoli stati, come per esempio nel caso della gestione della ventilazione meccanica, rendendo in alcuni casi difficilmente comparabili i livelli di conoscenze valutati (BACCN, 2010).

In Italia il tasso di risposta è stato del 71,7%, superiore a quello dello studio europeo (59,9%) e ben al di sopra delle percentuali di altre indagini *online* analoghe (Fallis et al., 2008). Anche nello studio originale il campione era formato prevalentemente da donne, ma con una percentuale nettamente più alta (77,3%). Rispetto alla distribuzione per età il gruppo più numeroso era composto da infermieri al di sotto dei 30 anni (40,5%, contro il 33,7% in Italia); era invece simile la percentuale di partecipanti con anzianità di servizio in TI pari o inferiore a 5 anni (rispettivamente il 60,7% e il 59,3%).

Il punteggio globale medio calcolato per il campione europeo (65,7%) era di poco superiore alla media italiana (63,6%). Mentre dall'analisi dei dati italiani non sono emerse differenze statisticamente significative in funzione di sesso o età dei partecipanti all'indagine, nello studio europeo si sono riscontrati punteggi medi significativamente più alti per gli uomini e dif-

ferenze significative fra tutti i gruppi di età. In entrambi i casi non si sono rilevate differenze significative per tipo di ospedale; gli infermieri che lavoravano in ospedali non universitari hanno peraltro ottenuto un risultato migliore, in apparente contraddizione con gli studi che riconoscono alle strutture universitarie una tendenza verso l'aggiornamento e la ricerca che influenza l'apprendimento del personale (Gea-Sánchez, 2010; McHugh, Lake, 2010).

Nel campione italiano, come in quello europeo, i punteggi medi erano direttamente correlati all'anzianità di servizio in TI, con differenze significative per 4 delle categorie di conoscenza valutate dal questionario: *cardiaca*, *endocrina*, *monitoraggio emodinamico* e *ventilazione e respirazione*. I punteggi più bassi si sono registrati per quest'ultima categoria, seguita da quelle riguardanti le terapie farmacologiche e il controllo delle infezioni. Punteggi relativamente scarsi si sono rilevati anche per l'area neurologica; è però possibile che questo dato derivi almeno in parte dall'esclusione delle unità specializzate prevista dal protocollo di ricerca: se negli ospedali reclutati erano presenti strutture di TI neurologiche i partecipanti all'indagine che prestavano servizio presso le unità polivalenti di quegli ospedali avevano probabilmente una minore preparazione in termini di assistenza ai pazienti di pertinenza specialistica.

I risultati emersi dalla nostra analisi sono in accordo con quanto riportato da una serie di studi che hanno valutato le conoscenze degli infermieri di TI europei rispetto alle raccomandazioni di alcune linee guida su temi specifici, come la prevenzione della polmonite associata a ventilazione meccanica o delle infezioni correlate a cateterismo venoso centrale, che individuando le carenze più rilevanti hanno fornito indicazioni sull'inserimento nella formazione infermieristica di linee guida *evidence-based* per la corretta gestione di processi e interventi assistenziali (Labeau et al., 2007, 2008, 2009, 2010).

Nel nostro paese per lavorare in TI non è richiesta alcuna qualifica o formazione post base obbligatoria, nonostante l'attivazione dei Master di primo livello con indirizzo in Area Critica da parte di alcune università (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2002); in una certa misura ciò giustifica il livello di conoscenze non ottimale documentato per diverse aree dall'indagine che abbiamo condotto. In Italia, come nel resto del mondo, esistono organizzazioni professionali che insieme alle strutture ospedaliere si occupano della formazione continua degli operatori sanitari (Williams et al., 2007, 2012), ma il grado di attenzione rispetto all'Area Critica non è conosciuto. Tenendo presente l'importanza che le unità di TI rivestono anche dal punto di vista economico (Rossi

et al., 2006; Tan et al., 2012), garantire cure infermieristiche di qualità, con livelli di formazione omogenei e standard assistenziali elevati, potrebbe permettere una riduzione dei tempi di degenza e di conseguenza anche dei costi.

Limiti dello studio

Il limite principale di questo studio osservazionale è l'uso di un campione di convenienza, che non consente di generalizzare i risultati. Un altro fattore da considerare è lo strumento impiegato: dato che le 11 categorie del questionario E-LINKS comprendono un numero di domande differente, con peso non proporzionale, le categorie più ampie hanno un'incidenza maggiore sul punteggio totale. Un limite ulteriore è la mancanza di uno studio di verifica e validazione della traduzione italiana del questionario. Ciò nonostante dall'indagine emerge un quadro che offre indicazioni importanti sulle aree di conoscenza più forti e più deboli degli infermieri di TI nel nostro paese; da sottolineare è inoltre che l'analisi dei dati italiani è fondamentalmente coerente con lo studio europeo primario.

CONCLUSIONI

I risultati di questa analisi secondaria mostrano complessivamente che i livelli di conoscenze degli infermieri di TI italiani sono paragonabili a quelli rilevati in media negli altri paesi coinvolti nell'indagine europea più ampia (Fulbrook et al., 2012). Il fatto che circa il 15% dei partecipanti abbia risposto correttamente a meno della metà delle domande del questionario e i bassi punteggi ottenuti per diversi aspetti cruciali per l'assistenza in TI sottolineano la necessità di prestare una maggiore attenzione ai bisogni formativi del personale infermieristico, ridefinendone le priorità nella formazione post base universitaria e nella formazione permanente obbligatoria (Educazione Continua in Medicina).

In particolare tra le priorità nelle ricerche che riguardano le unità di TI, oltre a quelle evidenziate in uno studio condotto nel 2011 da Blackwood e collaboratori (sicurezza del paziente, impatto sugli esiti della pratica basata sulle prove di efficacia, impatto sugli esiti dell'organizzazione del lavoro, benessere di pazienti e familiari, impatto sul personale e sugli interventi delle cure di fine vita), occorre pensare a come uniformare i programmi di formazione post base considerando una possibile mobilità degli infermieri all'interno dell'Unione Europea (European Commission, 2000).

Ulteriori studi dovranno essere effettuati per approfondire l'argomento, utilizzando altri approcci o anche lo stesso strumento con campioni più numerosi e

rappresentativi delle diverse realtà italiane, con l'obiettivo di aumentare le informazioni disponibili sulle conoscenze degli infermieri di Area Critica, operare in direzione di un loro potenziamento e infine migliorare la qualità dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Aäri RL, Ritmala-Castrén M, Leino-Kilpi H et al. (2004) *Biological and physiological knowledge and skills of graduating Finnish nursing students to practice in intensive care*. Nurse Educ Today, 24 (4), 293-300.
- BACCN, British Association of Critical Care Nurses (2010) *Standards for nurse staffing in critical care*. Consultato il 4 febbraio 2012, disponibile all'indirizzo: www.baccn.org.uk
- Badir A (2004) *A review of international critical care education requirements and comparisons with Turkey*. Connect: The World of Critical Care Nursing, 3 (2), 48-51.
- Baktoft B, Drigo E, Hohl ML et al. (2003) *A survey of critical care nursing education in Europe*. Connect: The World of Critical Care Nursing, 2 (3), 85-87.
- Ball C, McElligot M (2003) *"Realising the potential of critical care nurses": an exploratory study of the factors that affect and comprise the nursing contribution to the recovery of critically ill patients*. Intensive Crit Care Nurs, 19 (4), 226-238.
- Blackwood B, Albarran JW, Latour JM (2011) *Research priorities of adult intensive care nurses in 20 European countries: a Delphi study*. J Adv Nurs, 67 (3), 550-562.
- Bonometti RJ, Tang J (2006) *A dynamic technique for conducting online survey-based research*. Competitiveness Review, 16 (2), 97-105.
- Boyle M, Kenney, C, Butcher R (1995) *The development of the Australian Basic Intensive Care Knowledge Test*. Aust Crit Care, 8 (3), 10-16.
- Deutskens E, de Jong A, de Ruyter K et al. (2006) *Comparing the generalizability of online and mail surveys in cross-national service quality research*. Market Lett, 17 (2), 119-136.
- Drigo E, Pitacco G, Silvestro A et al. (2001) *The critical care area*. Connect: The World of Critical Care Nursing, 1 (1), 26-29.
- European Commission (2000) *Study of specialist nurses in Europe*. Consultato il 4 aprile 2012, disponibile all'indirizzo: <http://ec.europa.eu>
- Fallis WM, McClement S, Pereira A (2008) *Family presence during resuscitation: a survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions*. Dynamics, 19 (3), 22-28.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2002) *Linee guida per il Master di primo livello. Infermieristica in Area critica*. Disponibile all'indirizzo: www.ipasvi.it
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2004) *Speciale competenze*. Consultato il 1 aprile 2012, disponibile all'indirizzo: www.ipasvi.it

- Fulbrook P, Albarran JW, Baktoft B et al. (2012) *A survey of European intensive care nurses' knowledge levels*. *Int J Nurs Stud*, 49 (2), 191-200.
- Gea-Sánchez M (2010) *Knowledge, attitudes and barriers perceived by nurses to include scientific evidence into clinical practice in a university hospital*. *Enferm Clin*, 20 (5), 313-314.
- Koutzavekiaris I, Vouloumanou EK, Gourni M et al. (2011) *Knowledge and practices regarding prevention of infections associated with central venous catheters: a survey of intensive care unit medical and nursing staff*. *Am J Infect Control*, 39 (7), 542-547.
- Labeau S, Vandijck D, Claes B et al. (2007) *Critical care nurses' knowledge of evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia: an evaluation questionnaire*. *Am J Crit Care*, 16 (4), 371-377.
- Labeau S, Vandijck D, Rello J et al. (2008) *Evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: results of a knowledge test among European intensive care nurses*. *J Hosp Infect*, 70 (2), 180-185.
- Labeau S, Vandijck D, Rello J et al. (2009) *Centers for Disease Control and Prevention guidelines for preventing central venous catheter-related infection: results of a knowledge test among 3405 European intensive care nurses*. *Crit Care Med*, 37 (1), 320-323.
- Labeau S., Witdouck S, Vandijck D et al. (2010) *Nurses' knowledge of evidence based guidelines for the prevention of surgical site infection*. *Worldviews Evid Based Nurs*, 7 (1), 16-24.
- Lin YS, Chang JC, Chang TH et al. (2011) *Critical care nurses' knowledge, attitudes and practices of oral care for patients with oral endotracheal intubation: a questionnaire survey*. *J Clin Nurs*, 20, 3204-3214.
- Long D, Young J, Rickard CM et al. (2012) *Measuring paediatric intensive care nursing knowledge in Australia and New Zealand: how the Basic Knowledge Assessment Tool for pediatric critical care nurses (PEDS-BKAT4) performs*. *Aust Crit Care*, doi:10.1016/j.aucc.2012.02.004
- McHugh MD, Lake ET (2010) *Understanding clinical expertise: nurse education, experience, and the hospital context*. *Res Nurs Health*, 33 (4), 276-287.
- Murgo M, Boyle M (2006) *Development of a 100 item intensive care knowledge assessment tool*. *Aust Crit Care*, 19 (1), 33.
- Palese A, Spangaro S, Venier A (2005) *Gli indicatori della competenza infermieristica in area critica: studio esplorativo*. *Nursing Oggi*, 10 (4) 45-51.
- Rossi C, Simini B, Brazzi L et al. (2006) *Variable costs of ICU patients: a multicenter prospective study*. *Intensive Care Med*, 32, 545-552.
- Runton NG, Toth, JC (1998) *Introducing the Basic Knowledge Assessment Tool for pediatric critical care nursing (PEDS-BKAT)*. *Crit Care Nurse*, 18 (3), 67-72.
- Tan SS, Bakker J, Hoogendoorn ME et al. (2012) *Direct cost analysis of intensive care unit stay in four European countries: applying a standardized costing methodology*. *Value Health*, 15 (1), 81-86.
- Toth, JC (1986) *The Basic Knowledge Assessment Tool (BKAT) – validity and reliability: a national study of critical care nursing knowledge*. *West J Nurs Res*, 8 (2), 181-196.
- Toth JC (2003) *Comparing basic knowledge in critical care nursing between nurses from the United States and nurses from other countries*. *Am J Crit Care*, 12 (1), 41-46
- Toth JC (2007) *Development of the basic knowledge assessment tool (BKAT) for the neonatal intensive care unit: the NICU-BKAT3, its uses, and effect on staff nurses*. *J Perinat Neonatal Nurs*, 21 (4), 342-348.
- Toth JC, Ritchey KA (1984) *New from nursing research: the basic knowledge assessment tool (BKAT) for critical care nursing*. *Heart Lung*, 13 (3), 272-279.
- Williams G, Chaboyer W, Alberto L et al. (2007) *Critical care nursing organizations and activities – a second worldwide overview*. *Int Nurs Rev*, 54 (2), 151-159.
- Williams G., Bost N, Chaboyer W et al. (2012) *Critical care nursing organizations and activities: a third worldwide review*. *Int Nurs Rev*, 59 (1), 73-80.
- WFCCN, World Federation of Critical Care Nurses (2005) *Position statement on the provision of critical care nursing workforce – Declaration of Buenos Aires*. *Connect: The World of Critical Care Nursing* 4 (2), 28-31.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano l'ANIARTI per il contributo nella raccolta dei dati e nell'organizzazione dello studio e le unità di Terapia Intensiva italiane che hanno partecipato all'indagine, con i rispettivi coordinatori locali, che ne hanno permesso la realizzazione. Si ringraziano inoltre l'EfCCNa e la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI per il supporto finanziario fornito per la traduzione del questionario E-LINKS.



CONTRIBUTI

Le mappe concettuali: come realizzarle e utilizzarle nella formazione e nella ricerca sociale

di Paolo Artoni, Enrico Marchetti e Emanuela Spaggiari

“Fare e rifare mappe concettuali, confrontarle con altri, può essere considerato un lavoro di squadra nello sport del pensiero” (Novak, 1989)

In questo breve contributo ci proponiamo di presentare le mappe concettuali (Mc) come strumento utile nella formazione degli adulti e in varie fasi della ricerca sociale. La loro origine risale agli anni Settanta, grazie al lavoro di un gruppo di ricercatori statunitense che gravitava attorno a Joseph Novak, docente di Didattica della biologia presso la *Cornell University* nello stato di New York. Furono utilizzate per la prima volta come strumento d'analisi di centinaia di nastri d'interviste svolte a bambini per documentare lo scarto tra ciò che conoscevano *prima* e *dopo* un percorso di insegnamento/apprendimento. Si tratta, di fatto, di un attrezzo che ha fatto da precursore agli odierni strumenti di analisi dei dati testuali utilizzati nella ricerca sociale e che, come questi ultimi, permette di organizzare in modo 'semplice' parole e proposizioni. È ormai noto da tempo il valore didattico insito nelle Mc: infatti danno la possibilità di evidenziare con chiarezza i principali concetti di un discorso e le relazioni che li collegano^[1]. La capacità di isolare tali concetti, altrimenti racchiusi in proposizioni complesse e quindi più difficili da cogliere, fa delle mappe concettuali uno strumento prezioso per il committente di una ricerca sociale, per la persona in formazione o, più genericamente, per il semplice lettore, che trova in esse una guida in grado di condurlo, di concetto in concetto, di relazione in relazione, lungo un tragitto che sintetizza trattazioni anche molto ampie e articolate.

Ma andiamo per gradi e soffermiamoci innanzitutto a sottolineare brevemente la valenza didattica di una mappa in un contesto di formazione: la realizzazione condivisa di una mappa a partire da un concetto dato ha innanzitutto un *valore sociale*, ossia può essere usata come strumento per la creazione di un gruppo di persone che inizia un percorso formativo importante dal punto di vista dell'impegno e del numero di ore d'aula. La discussione che scaturisce da questo lavoro di gruppo strutturato aiuta inoltre le persone implicate nel processo ad *approfondire* il tema trattato e ad organizzare con più *ordine* e precisione le proprie idee intorno ad esso. Aggiungere e togliere concetti, collegarli e separarli tra loro potenzia anche le *capacità logiche e di ragionamento*. Inoltre non dimentichiamo che il risultato che si ottiene è un lavoro "del" gruppo, per il raggiungimento del quale le persone si trovano a dover *negoziare* decisioni, sostenere ipotesi, argomentare relazioni tra concetti: se uno degli obiettivi dell'aula è, ad esempio, apprendere ad utilizzare in modo efficace le principali regole della negoziazione, la realizzazione di una Mc può costituire la struttura di un esercizio didattico efficace in tal senso.

Ancora, una mappa concettuale è in grado di accogliere le conoscenze e le esperienze pregresse di tutti i partecipanti, anzi è proprio grazie a queste che essa prende forma e si struttura: all'interno di un contesto di didattica attiva ciò equivale a *riconoscere e valorizzare i prerequisiti* dei discenti, passaggio che a nostro avviso non può essere misconosciuto né tantomeno eluso se si vuole condurre gli interessati lungo un percorso di "apprendimento significativo" (Novak 2001), che porti ad un migliore adattamento dei soggetti all'ambiente mediante il cambiamento di alcuni comportamenti disfunzionali rispetto ai propri obiettivi.

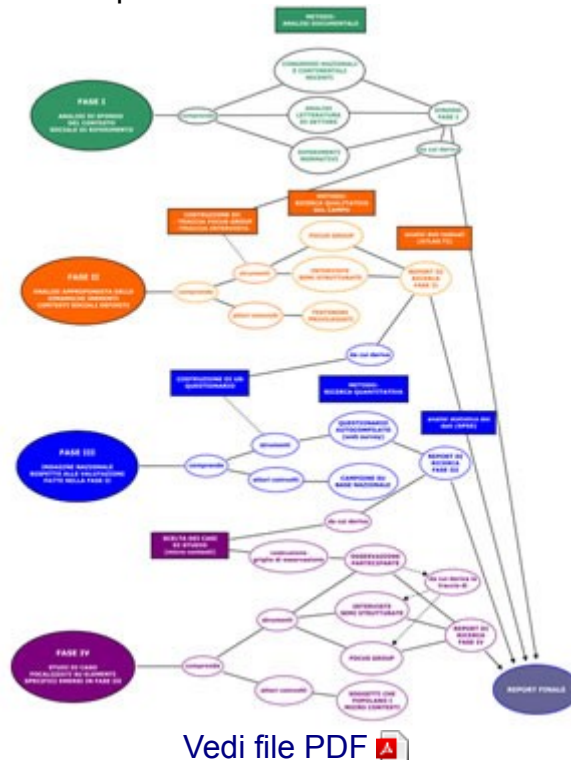
Una proposta interessante che traghetta il ragionamento verso la ricerca sociale, ponendosi a metà tra situazioni d'aula e momenti di approfondimento e valutazione, è sicuramente la combinazione di due strumenti, brainstorming e mappe concettuali, in esercizi creativi in cui un gruppo è chiamato ad individuare nuove relazioni e nuovi significati a partire da un concetto dato, oltre che ad aumentare l'ampiezza e la precisione dello stesso. Rispetto al tradizionale elenco di parole il valore aggiunto della rappresentazione grafica mediante la mappa è sicuramente una maggiore immediatezza di lettura; inoltre, nel caso in cui l'obiettivo del brainstorming non si esaurisca con la conclusione dell'esercizio ma si prolunghi con effetti sul corso o sull'organizzazione coinvolta, sarà necessario ordinare le decine di concetti emersi mediante una Spo (Scala di priorità). Rappresentare questo nuovo ordine attraverso una mappa concettuale aggiunge chiarezza e facilita il ricordo dei ragionamenti che hanno portato all'elaborazione di quel prodotto da parte del gruppo di partecipanti.

Passiamo ora al secondo obiettivo del nostro contributo, che consiste nell'esemplificare alcuni utilizzi possibili delle mappe concettuali nella ricerca sociale. Tali rappresentazioni possono trovare una collocazione interessante in almeno due momenti: la fase di progettazione di una ricerca e quella di restituzione dei risultati ai committenti. Vediamole nello specifico.

Nella fase di *progettazione* le mappe possono agevolare il processo di traduzione empirica di concetti con referenti astratti (ad esempio "libertà", "religiosità", ecc.) che sono lontani dall'esperienza e non direttamente osservabili, quindi necessitano di una definizione empirica per essere studiati scientificamente. L'operativizzazione di tali concetti, ossia la loro trasformazione in variabili utili a misurarli (es. il passaggio dal concetto di *religiosità* alla variabile *numero di volte in cui una persona va in chiesa in un mese*) non è immediata, e prevede il ricorso a due scale, una di generalità e una di astrazione. La prima aiuta il ricercatore a ridurre, attraverso passaggi progressivi, la generalità del concetto oggetto di studio verso concetti (variabili) sempre più specifici; la seconda porta il concetto astratto iniziale verso concetti (variabili) sempre più concreti.

Inoltre le mappe concettuali possono aiutare a strutturare il disegno della ricerca: quando si progetta un'indagine, è questo un momento molto importante in cui è necessario individuare il proprio oggetto di analisi, gli obiettivi dello studio e gli strumenti che meglio possono portare al loro raggiungimento. Considerata la vastità di alcune ricerche che si sviluppano per anni e si articolano in molte fasi, mettendo in campo tecniche standard per l'analisi di campioni vasti e tecniche non standard per approfondire temi specifici in microcontesti, la possibilità di rappresentare l'intero disegno di ricerca su di un unico foglio consente ai ricercatori di cogliere meglio l'insieme e di valutare le scelte fatte passo dopo passo.

Figura1 - Esempio di ricerca multifase su base nazionale



Alla conclusione di una ricerca e in fase di *restituzione dei risultati alla committenza*, le Mc risultano essere un potente ausilio per rendere snelli, espliciti e immediati sia il percorso svolto sia i risultati raggiunti. Una caratteristica di tali rappresentazioni che le rende molto efficaci in questa fase è la possibilità di costruire 'mappe di mappe', ossia di partire da una mappa complessiva, che sintetizza l'intero lavoro svolto, per poi isolare via via i diversi punti della mappa (concetti o relazioni tra essi) portandoli al centro di una nuova mappa, al fine di approfondirli ed espanderli. Ad esempio, se si desidera focalizzare l'attenzione della committenza su di un particolare strumento utilizzato (intervista, focus group), è possibile rendere la traccia tramite una mappa concettuale, argomentando le scelte fatte relativamente ai temi toccati e ai diversi gradi di approfondimento di essi.

Sempre in un contesto di restituzione dei risultati di ricerca, immaginiamo di dover descrivere uno studio di caso. L'utilizzo delle mappe risulta particolarmente efficace in una situazione di questo tipo grazie alla loro straordinaria capacità di rappresentare la cosiddetta 'variabilità delle posizioni' (ossia le differenti visioni) che i soggetti intervistati mettono in campo nei confronti del nostro oggetto di studio. Ad esempio, se abbiamo indagato l'atteggiamento nei confronti dell'utilizzo del computer all'interno di un ospedale, possiamo raffigurare attraverso una mappa concettuale tutti gli attori del contesto. Da questa prima mappa se ne possono sviluppare altre per rendere graficamente i differenti punti di vista di cui gli attori sociali raffigurati sono portatori attribuendo ai concetti diverse posizioni sulla mappa (e quindi una diversa importanza nell'organizzazione gerarchica che caratterizza la mappa stessa) a seconda delle percezioni emerse. Ciò è possibile grazie all'estrema flessibilità delle Mc che le rende valide anche modificando le gerarchie dei concetti rappresentati.

Un altro uso delle mappe, che potremmo definire di *carattere epistemologico*, è mirato a rivelare le 'misconcezioni' che spesso sostanziano le nostre visioni del mondo a causa dell'intervento di quelli che Manghi chiama *filtri creativi* nella costruzione dei nostri processi di pensiero e delle nostre rappresentazioni.

Stiamo parlando di stereotipi, pregiudizi, preconcezioni, superstizioni, che inquinano il nostro modo di vedere la realtà, a volte anche perniciosamente. Esse prendono origine da operazioni logiche scorrette che partono da un legame tra due concetti e giungono all'enunciazione di una proposizione falsa, come possono essere appunto gli stereotipi o i pregiudizi. Le mappe concettuali, consentendo di semplificare il discorso e isolare i singoli concetti e i legami che connettono due o più di essi, sono un valido strumento per mettere in evidenza questi falsi legami. Possiamo spingerci oltre nel ragionamento. La ricerca sociale annovera anche, tra i propri compiti, quello di portare alla luce le differenze che esistono tra il senso comune (ossia il modo attraverso il quale tutti noi conosciamo il mondo che ci circonda, come detto inquinato dalle distorsioni appena descritte) e il supporto ad una migliore costruzione della conoscenza che la sociologia può fornire. In questo scenario è di indubbio interesse utilizzare il confronto tra due mappe concettuali, una delle quali rappresenta il senso comune in merito ad un determinato argomento (desunto, ad esempio, da come viene diffuso attraverso i media) e i risultati di una ricerca sullo stesso tema. Il confronto tra le due rappresentazioni consente di far emergere con grande evidenza ed immediatezza le differenze, a volte anche molto significative, tra le due visioni. Lasciamo immaginare ai nostri lettori quale sia l'impatto di queste immagini e quanto la schematizzazione permetta di renderle chiare e fissarle nella memoria: in questo caso le Mc aiutano le persone ad essere più consapevoli del modo in cui costruiscono e organizzano le proprie idee e conoscenze, di conseguenza le proprie visioni del mondo.

Applicativi per la realizzazione delle Mc

È plausibile ritenere che l'accresciuto interesse verso il tema delle mappe concettuali sia strettamente connesso ad uno spirito del tempo ben preciso, quello che, tanto per intenderci, ha portato alla rivalutazione di tre metafore di successo nelle scienze sociali, ossia la mente, il sistema e la rete (De Kerchove, Trobia). È tuttavia altrettanto verosimile che quello stesso interesse, come pure il riferimento alle medesime metafore appena citate, sia a sua volta intimamente legato al grande sviluppo che ha contraddistinto il settore informatico nell'ultimo ventennio, uno sviluppo che ha dischiuso nuove possibilità di rappresentazione e di applicazione. Nel solco di queste considerazioni non deve stupire il proliferare, per esempio, di software adibiti alla realizzazione di mappe concettuali, di sociogrammi o allo studio di reticoli sociali. Nello specifico il numero di applicativi dedicati alla creazione e gestione di mappe concettuali può dirsi oggi piuttosto nutrito e in costante evoluzione. Per questa ragione, più che cercare di stilare un elenco esaustivo di programmi dedicati alla realizzazione di mappe concettuali^[2], qui prediligeremo una breve disamina delle principali caratteristiche discriminanti di cui è bene tenere presente nella scelta del software da utilizzare, gettando così le basi per la creazione di un breve elenco ragionato. Si tratterà, in definitiva, di una lista sintetica priva di qualsivoglia pretesa di esaustività e frutto di una scelta selettiva maturata negli anni, sulla scorta di esperienze d'uso nel contesto accademico e aziendale.

Quali criteri di differenziazione tra i software?

Le caratteristiche degli innumerevoli applicativi esistenti in tema di *concept mapping* sono talmente numerose ed eterogenee da rendere sostanzialmente arduo attendersi che due pacchetti software possano offrire *esattamente* le stesse funzionalità. Contestualmente, nel corso degli ultimi anni l'evoluzione di questi programmi ha portato a un sostanziale livellamento verso l'alto delle funzionalità di base, a partire dalle possibilità di intervenire sulle caratteristiche estetiche fondamentali delle mappe.

Ormai tutti i principali applicativi in questione consentono, per esempio, di gestire in modo agevole e intuitivo le mappe e le caratteristiche di molti loro elementi costitutivi (le forme delle rappresentazioni concettuali, spessore e colore delle connessioni, formato dei testi, sfondi, ecc.).

Nonostante ciò permangono alcuni fattori ancora fortemente discriminanti e da ponderare con molta attenzione, specialmente laddove si preveda una gestione delle mappe condivisa con altre persone. Tali fattori sono riconducibili all'ambiente operativo, al tipo di licenza e alle funzionalità di collaborazione.

Il riferimento all'ambiente operativo rimanda al fatto che il software prescelto possa funzionare (in gergo *girare*) su dispositivi basati su Ms Windows piuttosto che su Mac OSX o Linux. È infatti importante ricordare come un programma creato per funzionare unicamente con Ms Windows in generale non può essere utilizzato dal possessore di un computer Apple o da un PC con Linux, rappresentando così un potenziale ostacolo alla condivisione del medesimo strumento software da parte di un gruppo di lavoro. Per tale ragione si suggerisce di optare per applicativi disponibili per sistemi diversi.

Il tipo di licenza rimanda invece all'insieme di regole che accompagnano il software e che ne stabiliscono le modalità d'uso consentite e non, con implicazioni legali rilevanti. Si tratta di un tema piuttosto complesso che si presta a considerazioni di carattere economico, giuridico e filosofico. Per semplicità ci limiteremo qui a considerare come la licenza determini se il software scelto possa essere utilizzato a titolo gratuito oppure se sia previsto l'acquisto della licenza d'uso.

Le funzionalità di collaborazione, infine, assumono particolare rilievo laddove si prevede che la realizzazione e la gestione di mappe concettuali debba coinvolgere più persone. Poiché ogni software consente di salvare le mappe realizzate in un file, è fondamentale che il programma utilizzato renda per esempio possibile esportare tale file in un formato che sia leggibile e gestibile da ciascun utente, anche da chi è dotato di un programma diverso. Nel caso in cui si pensi invece all'eventualità di sfruttare la connessione di rete per realizzare e gestire *collettivamente* una mappa, diventa fondamentale verificare le funzionalità offerte in tal senso da ciascun applicativo.

Tre suggerimenti per iniziare

Alla luce delle considerazioni fatte desideriamo proporre al lettore il nome di qualche software, per la precisione: FreeMind, IHMC CmapTools, VUE. Si tenga presente che si tratta di suggerimenti che prendono spunto tanto dall'esperienza d'uso quanto dalle esigenze specifiche portate da chi scrive, quindi con la consapevolezza che si tratta di proposte di parte che non hanno alcuna pretesa di esaurire le possibilità a disposizione. In particolare, la scelta effettuata si rifà all'esigenza di garantire un compromesso accettabile tra:

- massima interoperabilità (programmi che funzionano su sistemi operativi differenti e che consentono in ogni caso di esportare le mappe realizzate in formati standard facilmente utilizzabili anche con altri programmi diversi);
- gratuità d'uso in contesto di studio (e costi ragionevoli per i contesti d'uso commerciale);
- stabilità e supporto, intendendo che si tratti di un software 'maturo' ormai ben testato e referenziato dalla comunità, costantemente migliorato dai programmatori e dotato di una manualistica sufficientemente completa.

La scelta di limitare i suggerimenti a questi tre applicativi risiede nel fatto che pur garantendo il raggiungimento del medesimo obiettivo, ciascuno consente di conseguirlo con modalità e prerogative diverse dagli altri.

FreeMind^[3] è per esempio uno strumento molto diffuso, collaudato, ottimamente supportato e documentato. È particolarmente leggero, cioè di dimensioni modeste e poco vorace per quello che riguarda la potenza del computer. Questa caratteristica lo rende particolarmente ideale quando è richiesta immediatezza d'uso, fattore dirimente quando si preferisce concentrarsi sulle attività di *mind mapping*, per esempio quando si vuole rappresentare una vena creativa e dare la priorità al flusso di idee. Nella sua immediatezza *FreeMind* è comunque dotato di molte funzionalità, pur se con una possibilità di intervento sugli aspetti grafici ed estetici delle mappe più limitata rispetto ad altri pacchetti come *CmapTools*. In generale *FreeMind* appare particolarmente indicato per le attività quotidiane, mentre per le presentazioni o la realizzazione di rappresentazioni più articolate e curate resta sempre possibile esportare le mappe per gestirle con un applicativo di concept mapping più completo.

CmapTools (il cui nome completo sarebbe *IHMC CmapTools*^[4], dove l'acronimo iniziale richiama la paternità dell'*Institute for human and machine cognition della Florida University* sul progetto) è un eccellente applicativo sviluppato sotto la direzione di uno dei più importanti teorici in tema di mappe concettuali: Joseph Novak. Si tratta di un software particolarmente completo, deputato a migliorare in modo drastico le possibilità di cooperare nella costruzione e gestione delle mappe concettuali, offrendo la possibilità di sfruttare funzionalità di networking per stimolare la condivisione tra colleghi e collaboratori. Tra i punti di forza di questo applicativo vi è inoltre la possibilità di creare mappe navigabili, anche in formato pubblicabile su siti web. È in grado di garantire la creazione di mappe esteticamente elaborate, di qualità e di buon impatto. La nota dolente è rappresentata dal fatto che si tratta di un software pesante, il cui utilizzo può talvolta rendere percepibile una certa lentezza operativa^[5]. Come per gli altri programmi qui citati, si tratta di un dispositivo disponibile per piattaforme diverse (MS Windows, diverse distribuzioni di Linux e Apple OSX).

Per chi cercasse un dispositivo capace di collocarsi a metà strada tra i due citati in precedenza, è possibile utilizzare *VUE (Visual understanding environment)*^[6]. Si tratta di un applicativo sviluppato e mantenuto dalla *Tuft University* che propone caratteristiche intermedie tra quelle di *FreeMind* e di *CmapTools*, vale a dire un buon compromesso tra efficienza e immediatezza, possibilità di intervenire sull'estetica delle mappe, funzioni di networking. Da valutare le caratteristiche della licenza d'uso per quanto concerne l'utilizzo in ambito aziendale (la licenza è di tipo Education community license v2, quindi non vi sono problemi di utilizzo fintanto che si rimane in ambito accademico).

[1] Joseph Novak, il cui pensiero pedagogico e didattico è all'origine della proposta delle mappe concettuali, dà questa definizione di "concetto": "regolarità percepita in eventi o oggetti o in testimonianze/simboli/rappresentazioni di eventi o di oggetti, definita attraverso un'etichetta" (*L'apprendimento significativo*, 2001, pag. 33/34).

[2] Per un elenco più esaustivo si rimanda a http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_concept_mapping_software.

[3] http://freemind.sourceforge.net/wiki/index.php/Main_Page.

[4] <http://cmap.ihmc.us/conceptmap.html>.

- [5] Esiste anche una versione *light* del medesimo programma, ma si tratta comunque di un applicativo estremamente ingombrante se confrontato con strumenti quali FreeMind.
- [6] <https://vue.tufts.edu/download/index.cfm>.

BIBLIOGRAFIA

- Novak J D, Gowin D B (1984). *Imparando a imparare*, trad. it. 1989, SEI, Torino.
- Novak J (1998). *L'apprendimento significativo*, trad. it. 2001, Erickson, Torino.
- Manghi. (2004). *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*, Milano, Raffaello Cortina.



ESPERIENZE

Il modello Hendrich II per la valutazione del rischio di cadute per pazienti ospedalizzati

di *Maria Matarese (1), Dhurata Ivziku (2)*

(1) *Ricercatore universitario in Scienze infermieristiche, Università Campus Bio Medico di Roma*

(2) *Infermiera specializzata in Assistenza geriatrica, Policlinico Universitario Campus Bio Medico di Roma*

Corrispondenza: d.ivziku@unicampus.it; m.matarese@unicampus.it

In ospedale le cadute dei pazienti rappresentano uno degli eventi avversi più comuni, che comporta conseguenze dirette sul paziente sia di tipo fisico (lesioni, fratture, contusioni) sia di tipo psicologico (ridotta fiducia in se stessi, isolamento, paura di cadere); possono anche dar luogo a ripercussioni economiche sulla struttura sanitaria per il prolungamento dei tempi di degenza, per il trattamento dei danni fisici causati dalle cadute e per i contenziosi legali che ne possono scaturire (Oliver et al., 2004).

Il rischio di caduta non può essere completamente eliminato dai setting per acuti, ma può essere ridotto attraverso l'attuazione di appropriati programmi di prevenzione (Rubenstein, 2006). Una delle strategie ritenute di provata efficacia in tutti i programmi di prevenzione è l'identificazione precoce dei pazienti a maggior rischio di caduta, in quanto permette di mirare gli interventi di prevenzione alla popolazione che ne ha realmente bisogno. Il riconoscimento dei pazienti a maggior rischio di cadere è reso possibile attraverso l'utilizzo di strumenti per la valutazione del rischio; generalmente sono costituiti da una lista di fattori di rischio a cui vengono assegnati dei punteggi che riflettono l'effetto cumulativo dei fattori di rischio considerati (Scott et al., 2007).

Negli ospedali di tutto il mondo sono comunemente usate scale per l'identificazione dei pazienti a rischio di cadute, anche se spesso tali scale non sono state sottoposte a rigorosi studi di validazione negli specifici setting clinici o sulla specifica popolazione di pazienti su cui sono applicati (Oliver et al., 2004). Alcune scale, come quella di Morse, di Conley e la Stratify, sebbene siano state sottoposte a studi di validazione, non hanno mostrato accettabili valori di sensibilità (intesa come la percentuale di pazienti caduti identificati a rischio di cadute dalla scala) e specificità (intesa come la percentuale di pazienti non a rischio identificati come tali dalla scala) nei contesti in cui sono state utilizzate, rendendo difficile determinare quale sia lo strumento più accurato ed appropriato da utilizzare per la valutazione del rischio di cadere nei pazienti adulti ospedalizzati (Haines et al., 2007; Scott et al. 2007).

Tra le scale descritte in letteratura, il modello del rischio di caduta di Hendrich II (Hiifrm), integrato da un programma per la prevenzione delle cadute, ha mostrato risultati incoraggianti. È stato progettato dalla ricercatrice americana Ann Hendrich e da suoi collaboratori proprio per identificare i pazienti adulti a rischio di cadere negli ospedali per acuti. Ad una prima versione elaborata nel 1995 (Hendrich et al., 1995), ne è seguita nel 2003 una seconda (Hendrich II), che è andata a modificare parzialmente i fattori di rischio valutati sulla base di nuovi risultati di ricerca (Hendrich et al., 2003).

Nello studio americano del 2003, condotto su una popolazione adulta di un ospedale per acuti, il modello aveva presentato una sensibilità del 74,9% ed una specificità del 73,9% (Hendrich et al., 2003). Kim e coll. (2007) trovarono una sensibilità e specificità leggermente inferiore (70% e 61,5% rispettivamente). In uno studio italiano condotto su una popolazione anziana degente in una unità operativa di geriatria la sensibilità dimostrata dalla scala era dell'86% mentre la specificità del 43%, più bassa rispetto allo studio americano di validazione della scala (Ivziku et al., 2011).

Un recentissimo studio effettuato in Portogallo ha confermato la buona sensibilità dello strumento (93%), ma la specificità risulta sempre bassa (35/%), mostrando come il modello su popolazioni e contesti diversi rispetto allo studio originario di validazione tende a considerare a rischio una quota maggiore di pazienti che poi non cadranno (Caldevilla et al. 2012). Tale fenomeno potrebbe essere spiegato con gli interventi attuati in ogni caso dagli infermieri che assistevano i pazienti, sebbene negli studi considerati non fossero previsti interventi di prevenzione specifici sulla popolazione valutata a rischio. Inoltre una buona quota degli studi analizzati utilizza per la valutazione del rischio di cadere dati che derivano da valutazioni effettuate in un dato momento della degenza del paziente (in genere all'accettazione) e non riformulate successivamente al variare delle condizioni cliniche del paziente e dei fattori di rischio, finendo per sottostimare la validità e l'affidabilità delle scale.

Il modello di rischio delle cadute di Hendrich II

Il modello prende in considerazione i seguenti otto fattori di rischio:

1. confusione, disorientamento, impulsività;
2. depressione sintomatica;
3. alterata eliminazione urinaria;
4. capogiri, vertigini;
5. sesso maschile;
6. assunzione di antiepilettici (modifica di dosaggio o sospensione);
7. assunzione di benzodiazepine;
8. mobilità alterata, valutata con il test "*Get-up-and-go*".

Come si vede dai fattori elencati, il modello di Hendrich valuta esclusivamente i fattori di rischio intrinseci e non prende in considerazione i fattori di rischio estrinseci, come ad esempio le condizioni dei pavimenti, la presenza dei dispositivi di assistenza, illuminazione o le scarpe del paziente, che andranno valutati separatamente.

A ciascuno dei fattori di rischio identificati da Hendrich è assegnato un punteggio diverso, pesato sulla base dei valori di *odds ratio* individuati nello studio del 2003, che misurano la probabilità che si verifichi una caduta come risultato di quel particolare fattore di rischio. In questo modo i diversi fattori di rischio della scala presentano punteggi diversi, con un range che va da 4 a 1. Se un fattore non è presente, il paziente riceve un punteggio di 0. Il punteggio complessivo viene ottenuto sommando i punteggi ottenuti nelle varie voci della scala e può andare da un minimo di 0 (nessun rischio) ad un massimo di 16 (massimo rischio). Un punteggio complessivo uguale o superiore a 5 indica un alto rischio di cadere (Hendrich et al., 2003).

Come avviene la valutazione

I pazienti devono essere valutati con il Hiifrm al momento dell'accoglimento nel servizio e di routine durante ogni turno o quando la loro condizione clinica e funzionale si modifica. Per la compilazione l'infermiere si basa sia sull'osservazione diretta del paziente che sui dati raccolti durante l'intervista, che mirano a verificare la presenza dei fattori di rischio.

Di seguito descriviamo i singoli fattori considerati nella scala con i relativi punteggi, riportando anche dei suggerimenti forniti dall'autore per rendere più chiara la sua compilazione (Hendrich, 2007).

Confusione, disorientamento, impulsività. La confusione e il disorientamento possono essere valutati prendendo in considerazione la storia del paziente o attraverso l'intervista o osservando il suo comportamento.

Se sono presenti una o più delle manifestazioni elencate di seguito, a questo fattore di rischio viene assegnato il punteggio di 4:

- comportamento impulsivo o imprevedibile;
- allucinazioni;
- agitazione;
- variazioni nell'attenzione, cognizione, attività psicomotoria, livello di coscienza o nel ciclo sonno-veglia;
- comportamento non realistico, inappropriato o inusuale;
- disorientamento temporale o spaziale, o di persona;
- incapacità di seguire o mantenere le istruzioni relative alle attività della vita quotidiana.

Nella valutazione di questa voce non è necessario distinguere tra gli stati acuti o cronici di confusione o disorientamento, in quanto entrambe le situazioni portano a un rischio di caduta.

Depressione. Un paziente può essere considerato depresso se risulta nella sua anamnesi patologica o se è stata fatta una diagnosi di depressione. Un paziente in terapia antidepressiva che non mostra i sintomi di depressione non deve essere valutato a rischio (punteggio = 0) in quanto la depressione è considerata sotto controllo terapeutico. A questa voce viene assegnato un punteggio di 2, osservando la presenza dei seguenti segni e sintomi di depressione:

- sentimenti di impotenza, di disperazione o di sopraffazione prolungati nel tempo;
- pianto;
- perdita di interesse nelle vicende della vita;
- umore malinconico;
- ritiro dalla vita sociale;
- affermazione del paziente di sentirsi depresso.

Un punteggio positivo per la depressione sulla scala di Hendrich II non comporta una diagnosi di depressione, in quanto essa richiede una valutazione più completa da parte di uno specialista. Se ad un paziente viene assegnato un punteggio di 2 senza che sia segnalata in cartella una diagnosi di depressione, sarà necessario avvertire il medico della necessità di una valutazione più approfondita.

Eliminazione alterata. A questo fattore viene assegnato un punteggio di 1 e le manifestazioni che vanno ricercate sono: incontinenza urinaria o fecale, incontinenza da urgenza o da stress, diarrea, minzione frequente e nicturia.

Un paziente con un catetere vescicale a permanenza non è considerato a rischio di alterata eliminazione, a meno che non stia presentando contemporaneamente uno o più dei sintomi sopradescritti. Quando il catetere viene rimosso, il paziente deve essere considerato a elevato rischio di funzione alterata fino al ripristino del normale modello di eliminazione.

È importante notare, però, che qualsiasi paziente che riceve un punteggio uguale o maggiore di 5 sul modello di Hendrich è particolarmente vulnerabile quando utilizza la toilette, indipendentemente dal fatto che abbia avuto o meno un punteggio positivo a questo item.

Capogiri o vertigini. I pazienti che presentano vertigini o giramenti di testa ricevono un punteggio di 1. Se non diagnosticata in precedenza o registrata nella storia clinica del paziente, la presenza di capogiri o vertigini si basa sulla segnalazione del paziente stesso. Il paziente può descrivere i sintomi con affermazioni del tipo: "La stanza mi sta girando attorno" o "Mi sento girare". Un altro modo per valutare la presenza di vertigini è quello di osservare se il paziente ondeggia quando sta in piedi (ad esempio durante il *Get-up-and-go*, test descritto di seguito). Questo segno è spesso osservato negli anziani con disturbi di deambulazione e dell'equilibrio oppure nelle neomamme come effetto collaterale dell'anestesia epidurale.

Sesso maschile. Hendrich e coll. misero in evidenza nel loro studio del 2003 che il sesso maschile è a maggior rischio di cadere, pertanto a tutti gli uomini viene attribuito un punteggio di 1. Il maggiore rischio di cadere potrebbe essere legato al fatto che gli uomini tendono maggiormente ad avere comportamenti rischiosi, a fare da soli o a ignorare le prescrizioni.

Farmaci antiepilettici e benzodiazepine. Queste sono le sole due classi di farmaci che il modello prende in considerazione direttamente. Gli effetti avversi comuni ad altri farmaci, come ad esempio le vertigini, l'alterata eliminazione, l'andatura instabile e la confusione, sono già rappresentati in altre voci della scala. Antiepilettici e benzodiazepine sono considerati fattori di rischio indipendenti perché colpiscono il sistema nervoso centrale e possono causare atassia cerebellare, debolezza, e alterazioni dell'andatura. Per ricevere un punteggio positivo, il paziente deve realmente assumere uno di questi farmaci, non semplicemente averne la prescrizione. Ai pazienti trattati con un antiepilettico viene attribuito un punteggio di 2 se il farmaco viene somministrato, sospeso o cambiato improvvisamente, mentre ai pazienti a cui sono somministrate benzodiazepine viene attribuito un punteggio di 1.

Get-up-and-go test. Il punteggio di questo test va da 0 a 4 ed è basato sulla capacità del paziente di alzarsi da una sedia e assumere la posizione eretta. Sebbene il test preveda anche di far fare al paziente qualche passo, lo studio del 2003 ha trovato che era sufficiente la sola azione di far alzare il paziente per predire il rischio di caduta. Per valutare la capacità del paziente di alzarsi, l'infermiere deve far sedere su una sedia o sul lato del letto il paziente con le mani appoggiate sulle cosce e chiedere di alzarsi: il paziente che è in grado di alzarsi con un unico movimento senza l'utilizzo delle mani e di fare qualche passo ottiene un punteggio di 0; il paziente che si alza con una sola spinta delle mani ha un punteggio di 1; il paziente che ha bisogno di più tentativi per alzarsi appoggiandosi al letto, al deambulatore o ai braccioli della sedia ma in ultima analisi è in grado di alzarsi ha un punteggio di 3; un paziente che non è in grado di alzarsi senza aiuto riceve un punteggio di 4.

Se il paziente ha vertigini o deficit di equilibrio è sempre consigliabile essere in due operatori ad effettuare il test per supportare il paziente durante la prova. Se il paziente non è in grado di effettuare il test, tutti gli altri fattori di rischio dovranno in ogni caso essere valutati.

Se il paziente ha un punteggio uguale o superiore a 5 senza questo test e può tentare di alzarsi, dovrebbe essere considerato ad alto rischio di cadute; se il paziente non effettua tentativi di alzarsi ed ha un punteggio uguale o superiore 5 per gli altri fattori di rischio, tali fattori di rischio devono essere registrati in cartella e gli interventi per prevenire le cadute dovranno essere messi in atto nel momento in cui il paziente sarà in condizione di tentare di alzarsi.

Ulteriori considerazioni

Anche se le cadute in area critica sono rare, esse possono avere conseguenze molto gravi per i pazienti critici che presentano molti fattori di rischio durante le fasi acute della malattia. Tuttavia se i pazienti sono in coma o in ventilazione meccanica o semplicemente non sono in grado di alzarsi senza aiuto, non hanno occasione di cadere, anche se sono presenti gli altri fattori di rischio. Questi pazienti dovrebbero essere valutati ugualmente e i fattori di rischio dovrebbero essere documentati in cartella. Non appena sono in condizione di tentare di alzarsi di nuovo, dovrebbero essere inseriti nel protocollo di prevenzione: infatti le cadute si verificano spesso in questi contesti quando i pazienti si svegliano dallo stato di coma o nelle fasi precoci di ripresa della mobilità, quando lo staff assistenziale non ha ancora potuto registrare il cambiamento.

I pazienti seriamente compromessi o debilitati presentano numerosi fattori di rischio, ma non sono in grado di alzarsi senza l'aiuto di una o più persone. Questa tipologia di pazienti non cade quando si mette in piedi, ma piuttosto cade dal letto o rimane intrappolata nelle spondine del letto. In ogni caso è necessario essere molto attenti nel prevedere ciò che può o non può accadere con specifici pazienti.

Tutti i pazienti devono essere sottoposti alle valutazioni più opportune e devono ricevere gli interventi di prevenzione di cui hanno bisogno. Questi pazienti potranno beneficiare di una valutazione dei rischi ambientali, nonché dell'identificazione dei fattori di rischio individuali.

A differenza di altre scale per la valutazione del rischio di cadute, nel modello di Hendrich la storia di precedenti cadute non è stata considerata come fattore di rischio: infatti, nello studio del 2003, condotto su 1.135 pazienti ospedalizzati, le cadute precedenti non sono risultate essere un fattore predittivo indipendente di cadute. La storia di cadute è significativa in quanto vi è sempre associata la presenza di altri fattori di rischio che predispongono alle cadute.

Vantaggi e limiti del modello

Uno dei principali punti di forza del modello di Hendrich II è il ridotto tempo necessario per la sua compilazione: infatti, sono sufficienti da 1 a 5 minuti. Lo strumento può essere compilato al momento dell'ammissione del paziente senza ulteriore richiesta di dati perché molte delle informazioni necessarie fanno già parte della valutazione iniziale del paziente. Inoltre, a differenza di altre scale, vengono prese in considerazione due categorie di farmaci che sono a maggior rischio di cadute e gli effetti collaterali causati da altre categorie di farmaci. Non in ultimo, è possibile integrare questa scala nella documentazione clinica esistente, sia cartacea che elettronica, richiedendo il permesso all'autore ideatore del modello. Per ogni singolo fattore di rischio identificato è possibile pianificare interventi mirati alla sua rimozione.

Anche se il modello può essere utilizzato durante l'attività assistenziale routinaria da parte di tutti gli infermieri, è necessaria una breve preparazione per il suo corretto utilizzo. La letteratura suggerisce, prima di introdurre uno strumento di valutazione del rischio di cadere in uno specifico setting assistenziale, di valutarne la validità nello specifico contesto e sulla specifica tipologia di pazienti su cui dovrà essere utilizzato (Haines et al., 2006; Oliver et al., 2004).

Hendrich II fall risk model©		
Fattori di rischio	Punteggio	
Confusione/disorientamento/impulsività (agitazione, allucinazioni, deficit di attenzione, disorientamento tempo/spazio/persona, incapacità di seguire ordini e indicazioni)	4	<input type="checkbox"/>
Depressione sintomatica (non presenta interesse per la vita, mancanza di speranza, senza affetti e interessi, malinconia, dichiara di essere depresso)	2	<input type="checkbox"/>
Eliminazione urinaria e fecale alterata (ad esempio nicturia, diarrea, incontinenza da stress o da urgenza, pz a cui è stato appena rimosso il catetere vescicale)	1	<input type="checkbox"/>
Giramenti di testa/vertigini	1	<input type="checkbox"/>
Sesso (Maschio)	1	<input type="checkbox"/>
In terapia con antiepilettici (anticonvulsanti): (ad es. tegretol, zarontin, talora, gabapentin, neurontin, lamictal, fenobarbitale, gardenale, luminale, aurantin, dintoina, misogine, topamax)	2	<input type="checkbox"/>
In terapia con benzodiazepine: (ad es. alprazolam, xanax, valeans, librium, reliberan, rivotril, transene, aliseum, ansiolin, diazepam, tranquirit, valium, vatran, dalmadorm, felison, lorazepam, control, tavor, zoloram, midazolam, ipnovel, serpax, normison, halcion, triazolam)	1	<input type="checkbox"/>
Get-up-and-go test* : (seleziona una delle voci seguenti) * nel caso il paziente non sia valutabile in questa prova, monitorare i cambiamenti relativi al livello di attività, e valutare gli altri fattori di rischio, registrare nella cartella clinica del paziente con la data e l'ora		
Capace di alzarsi con un solo movimento – Non perde l'equilibrio facendo dei passi	0	<input type="radio"/>
Si da una spinta per alzarsi, con successo in un solo movimento	1	<input type="radio"/>
Necessita di più tentativi, ma si alza con successo	3	<input type="radio"/>
Incapace di alzarsi senza assistenza durante il test (oppure c'è una prescrizione medica che definisce la stessa cosa e/o si prescrive riposo assoluto a letto)	4	<input type="radio"/>
TOTALE (uguale o maggiore di 5 = alto rischio)		

Riprodotta con il permesso di Ann Hendrich. Traduzione italiana e adattamento a cura di Ivziku & Matarese. L'uso della scala necessita di autorizzazione da parte dell'autore Ann Hendrich [e-mail: ahendrich@ascensionhealth.org].

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare la dott.ssa Ann Hendrich per gli utili suggerimenti forniti per la redazione del presente contributo.

BIBLIOGRAFIA

- Caldevilla M N, Costa M A, Teles P, Ferreira P M (2012). *Evaluation and cross-cultural adaptation of the Hendrich II fall risk model to Portuguese*. Scand J Caring Sci. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01031.x. Epub ahead of print.
- Haines T P, Bennell K L, Osborne R H, Hill K D (2006). *A new instrument for targeting falls prevention interventions was accurate and clinically applicable in a hospital setting?* J Clin Epid, 59, 168-175.
- Hendrich A, Nyhuis A, Kippenbrock T, Soja M E (1995). *Hospital falls: development of a predictive model for clinical practice*. Appl Nurs Res, 8(3), 129-39.
- Hendrich A, Bender P S, Nyhuis A (2003). *Validation of the Hendrich II fall risk model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients*. Appl Nurs Res, 16(1), 9-21.
- Hendrich A (2007). *How to try this: predicting patients falls. Using the Hendrich II fall risk model in clinical practice*. Am J Nurs, 107 (11), 50-58.
- Kim E A N, Mordiffi S Z, Bee W H, Evans D K (2007). *Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting*. JAN, 427-435.
- [Ivziku D](#), [Matarese M](#), [Pedone C](#) (2011). *Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit*. [Int J Nurs Stud](#), 48(4), 468-74.
- Oliver D, Daly F, Martin F C, McMurdo M E T (2004). *Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review*. Age and aging, 33, 122-130.
- Rubenstein L Z (2006). *Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention*. Age and Ageing, 35 S2, ii34-ii41.
- Scott V, Votova K, Scanlan A, Close J (2007). *Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings-systematic review*. Age and Aging, 36, 130-139.

ESPERIENZE

Motivazione e soddisfazione degli studenti del Corso di laurea in infermieristica di Bari

di *Vitale Elsa (1), Esposito Antonio (2)*

(1) *Docente del Corso di laurea in infermieristica - Università degli Studi di Bari, sede di Bari - Policlinico; Infermiere, Uo Ortopedia II, Azienda ospedaliero-universitaria, Policlinico di Bari*

(2) *Infermiere, Uo Ortopedia II, Azienda ospedaliero-universitaria, Policlinico di Bari*

Corrispondenza: vitaleelsa@libero.it

Perché una persona studia per diventare qualcuno? Perché si aspira ad ottenere un titolo universitario? Perché qualcuno sceglie un certo tipo di lavoro piuttosto che un altro? Come mai alcune persone sono alla continua ricerca del miglioramento professionale, mentre altre semplicemente si accontentano?

La spinta motivazionale, sia per la produttività che per quel che riguarda la salute lavorativa del professionista, è fondamentale. Ma che cosa si intende per motivazione al lavoro? Si può definirla come la spinta interiore che porta l'individuo ad applicarsi con impegno nel lavoro, ovvero una sorta di forza interna che stimola, regola e sostiene le principali azioni compiute dalla persona. Può essere descritta anche attraverso le varie fasi di un ciclo: l'origine del bisogno è avvertita come una tensione interiore, rispetto alla quale l'individuo ricerca i mezzi per il soddisfacimento; quando il soggetto riesce a soddisfare questa necessità, rivaluta la situazione e verifica la presenza di nuovi ed ulteriori bisogni. Essa è intrinseca all'individuo e non può essere indotta dall'esterno: mediante interventi esterni si riesce a sollecitarla o, al più, ad alimentarla (Maslow, 1943). La partecipazione della persona alle decisioni lavorative risulta essere un fattore molto importante riguardo la motivazione lavorativa. Il personale si deve sentire parte integrante del tutto e deve essere incoraggiato a stabilire i propri obiettivi e le proprie modalità di raggiungimento degli stessi. Un ulteriore fattore significativo nel mantenere la motivazione professionale sembra essere la coerenza fra gli obiettivi del personale e gli obiettivi dell'organizzazione: è fondamentale che la persona si riconosca nell'organizzazione. Qualora tale condizione non sussista, la persona sarà contraddistinta da un certo grado di insoddisfazione lavorativa, che porta con sé un impatto negativo a livello di produttività. L'insoddisfazione, a sua volta, diviene spesso uno dei fattori determinanti l'abbandono del lavoro o comunque di un frequente turn over di personale, incidendo notevolmente su costi, tempi e qualità del servizio offerto. Da ciò si evince l'altro concetto cardine della nostra ricerca: la soddisfazione del proprio lavoro, intesa come il modo in cui le persone sentono il proprio lavoro ed i differenti aspetti che lo qualificano (Knoop, 1995). In termini molto più semplici, potrebbe dirsi quanto il lavoro piace o non piace alle persone. Va ricordato, nel parlare di motivazione e soddisfazione, che non si può essere soddisfatti senza essere motivati, ma si può essere motivati senza essere soddisfatti.

La professione infermieristica è una delle professioni d'aiuto della nostra società; le abilità comunicative e lo scenario di una relazione d'aiuto con l'altro sono i punti chiave di questo genere di professioni. Molto spesso, sia per il contesto costante di sofferenza, sia per le caratteristiche proprie della professione sopra citate, questo implica un coinvolgimento emotivo importante da parte del professionista stesso.

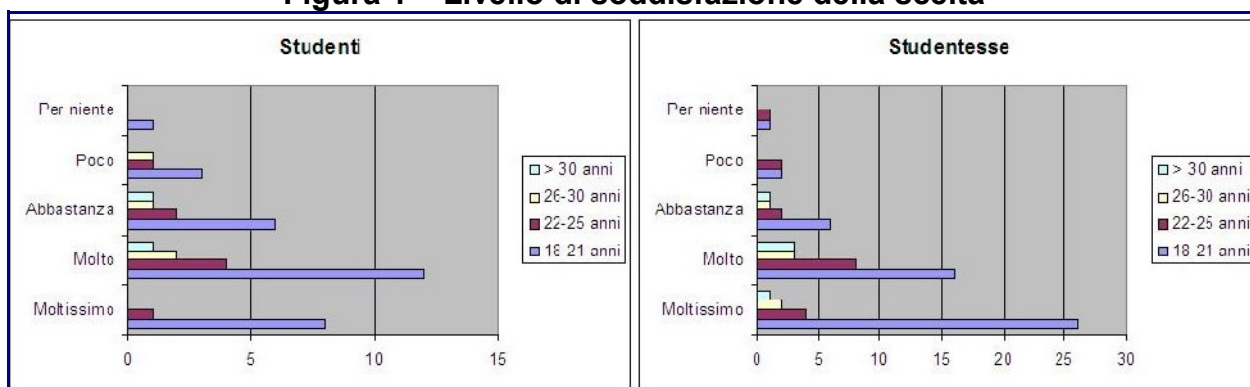
I meccanismi direzionali di una motivazione sono due: il meccanismo *verso* e il meccanismo *via da* (Wiley, 1997): il primo muove l'individuo verso qualcosa di positivo e pur essendo difficile da instaurare è duraturo nel tempo. Il secondo, invece, è più immediato, è più facile da instaurare perché crea velocemente soluzioni, ma la motivazione che ne risulta è di breve durata. Trasferendo questi concetti nella pratica lavorativa si osserva che una persona può svolgere un certo intervento perché crede in questo e quindi va verso qualcosa di positivo o perché se non rispetta i suoi compiti verrà punita e/o penalizzata (meccanismo *via da*). Si può riflettere sul fatto che i sentimenti che guidano la persona con motivazione verso siano diversi da quelli che guidano la persona con motivazione *via da*: in generale possiamo affermare che chi adotta il meccanismo verso sia molto più soddisfatto, in quanto più partecipa, di chi invece attua il meccanismo *via da* e che quindi non crede in quello che fa ma che è obbligato a fare per evitare conseguenze negative (es. il licenziamento).

Il progresso del management sta portando sempre più verso la maggiore considerazione per lo stato di benessere del personale piuttosto che per l'organizzazione aziendale: "le buone condizioni lavorative sono certamente un presupposto indispensabile per la qualità del servizio fornito; le relazioni umane insoddisfacenti deteriorano la migliore organizzazione e spesso provocano negli operatori un malessere avvertito come individuale, percepito come una caduta della propria motivazione, come distanza ed estraneità dell'organizzazione dalle proprie aspirazioni professionali, o di quella parte della personalità che si realizza nel mondo del lavoro" (Iurlaro F, 2010).

Il nostro contributo alla questione

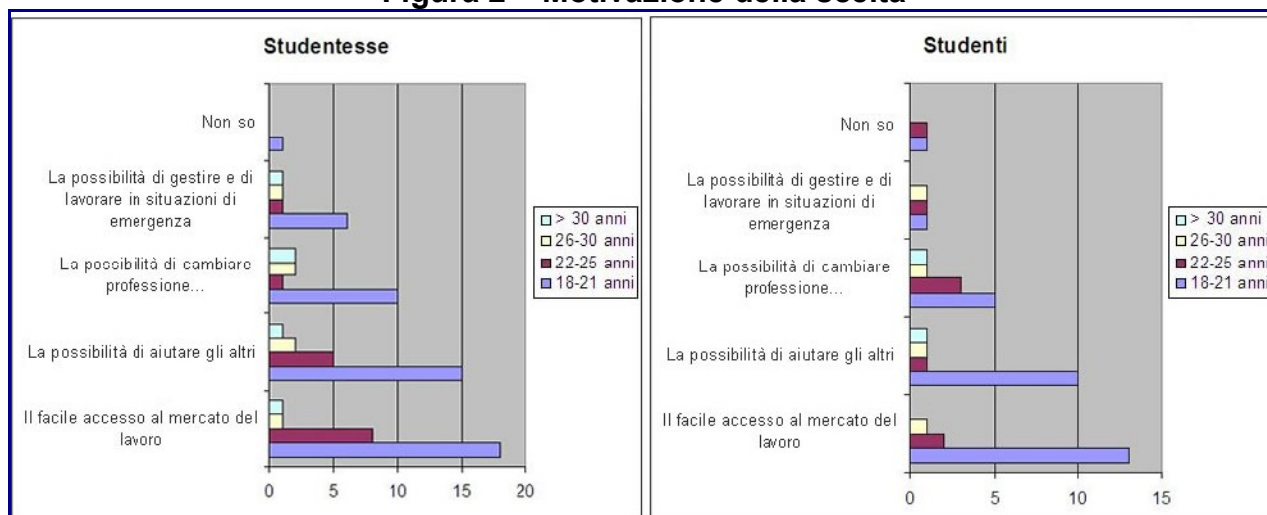
Abbiamo ritenuto importante conoscere le motivazioni e le soddisfazioni degli studenti che frequentano il Corso di laurea in infermieristica presso l'Università degli Studi di Bari. Partendo dalla descrizione delle loro motivazioni e delle loro soddisfazioni, ponendo particolare importanza ai fattori determinanti la loro scelta accademica ed i bisogni espressi mediante l'indicazione di specifiche aspettative nei confronti dell'organizzazione e delle strutture universitarie, il nostro fine è stato quello di comprendere quali potranno essere nel futuro gli obiettivi da fissare nell'ambito della didattica. A tal fine è stato somministrato un breve questionario, composto da 7 quesiti, agli studenti del II anno (132), per poter anche delineare il loro grado di soddisfazione, che per inciso riflette la percezione della figura dell'infermiere e il grado di soddisfazione ad esso attribuibile. Dalle risposte emerge che il grado di motivazione e di soddisfazione varia col variare dell'età anagrafica e in minor misura dal sesso: gli studenti più grandi dichiarano livelli di soddisfazione che vanno dal molto all'abbastanza (**Figura 1**). È da notare come le sfumature più estreme di livello di soddisfazione siano attribuibili solo alle classi di età più giovani.

Figura 1 – Livello di soddisfazione della scelta



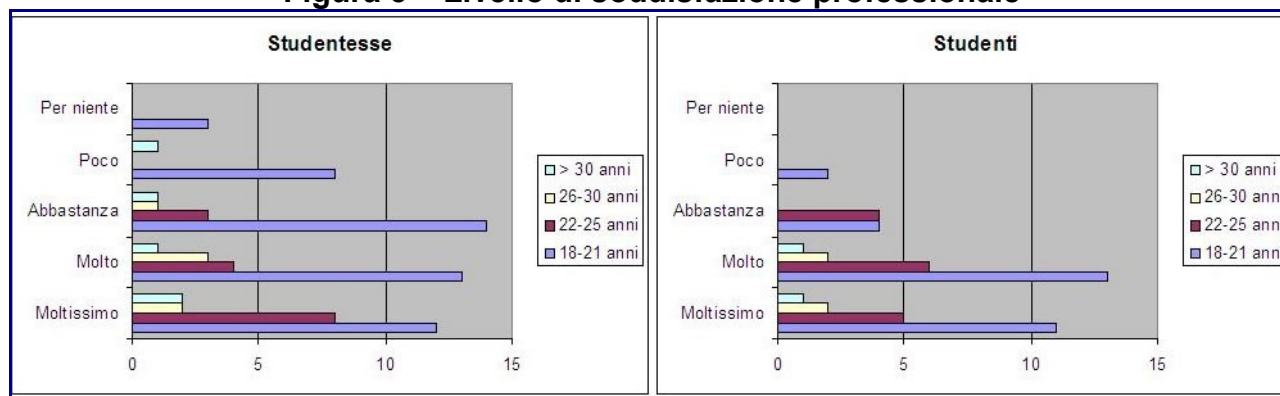
Circa la motivazione della scelta di questo Corso (**Figura 2**) risulta una voce importante e presente in tutte le classi di età il facile accesso al mondo del lavoro ed ancora la possibilità di poter aiutare gli altri. Comprensibile è il fatto che una limitata quota di studenti non sappia ancora indicare il motivo che li ha spinti verso questo Corso di laurea, se si correla questo gruppetto con l'età anagrafica.

Figura 2 – Motivazione della scelta



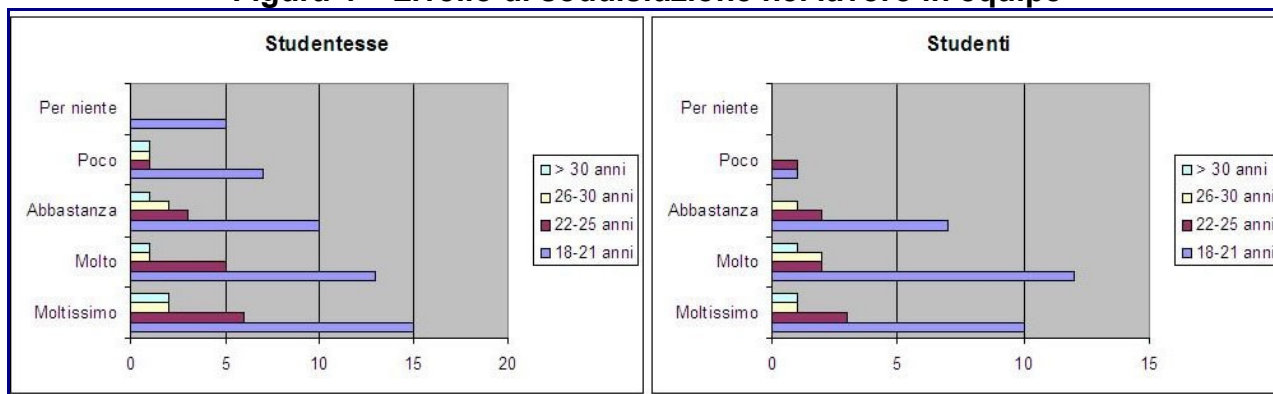
Si è anche sondato quanto i cambiamenti intervenuti per questa professione negli ultimi decenni abbiano inciso sulla scelta: questa condizione sembra entusiasmare soprattutto il sesso femminile. Abbiamo anche verificato quanto la possibilità di lavorare in autonomia sia importante per la soddisfazione professionale: le risposte sono state per lo più positive, soprattutto per le classi di età più giovani (**Figura 3**).

Figura 3 – Livello di soddisfazione professionale



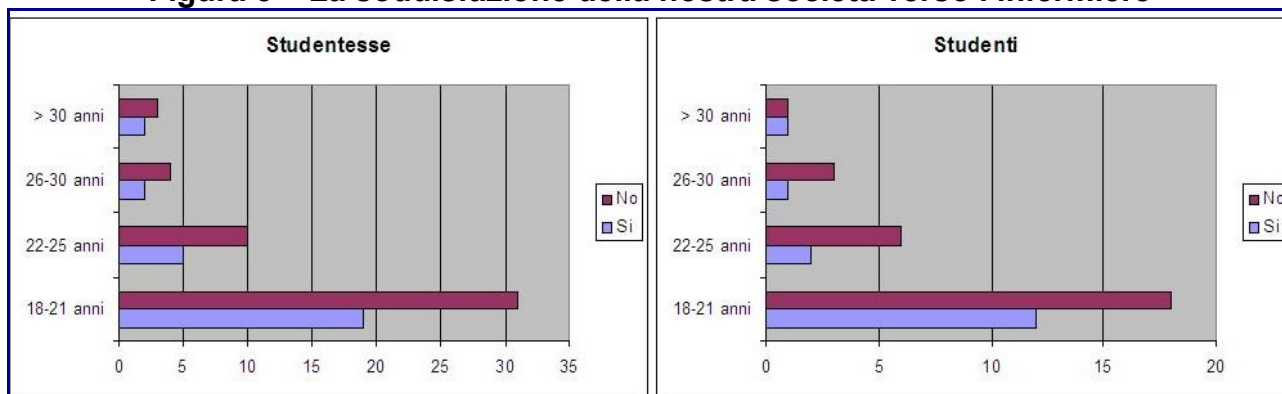
Successivamente si è voluto sondare quanto il lavoro in équipe sia importante per la soddisfazione professionale: le risposte sono state entusiasmanti, tranne che per qualche giovane studente (**Figura 4**).

Figura 4 – Livello di soddisfazione nel lavoro in équipe



Si è valutata anche la relazione tra aggiornamento professionale e soddisfazione: le risposte sono state positive, anche se alcuni studenti non lo ritengono importante. Si è infine indagato il grado di soddisfazione della società verso l'infermiere: molti studenti, di ambedue i sessi, non considerano soddisfacente il ruolo sociale che l'infermiere riveste oggi nella nostra società (Figura 5).

Figura 5 – La soddisfazione della nostra società verso l'infermiere



Gli studenti sono per la maggior parte soddisfatti e motivati rispetto al Corso di laurea scelto ed il percorso formativo intrapreso, sebbene sia per loro deludente il fatto che l'infermiere sia scarsamente considerato nella nostra società. Se il ruolo sociale dell'infermiere non soddisfa lo studente si può ipotizzare che lo studente stesso non si senta abbastanza apprezzato dalla società in qualità di professionista rispetto a quanto ha studiato e ai sacrifici fatti per diventare professionista.

BIBLIOGRAFIA

- Biton V, Tabak, N (2003). *The relationship between the application of the nursing ethical code and nurses' work satisfaction*. International journal of nursing practice; 9, 140 – 157.
- Chu C I Hsu, Price H M, Lee, J L (2003). *Job satisfaction of hospital nurses an empirical test of a causal model in Taiwan*. International nursing review; 50, 176 – 182.
- Draper, J, Halliday, D, Jowett S et al. (2004). *Nhs cadet schemes: student experience, commitment, job satisfaction and job stress*. Nurse education today; 24 (3), 219 – 228.- Dorr D A, Horn S D, Smout R J (2005). *Cost analysis of nursing home registered nurse staffing times*. J Am Geriatr Soc; 53: 840 – 845.
- Ingersoll, G, Olsan T, Drew-Cates J et al. (2002). *Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent*. Journal of nursing administration; 32 (5), 250 – 263.

ESPERIENZE

Valutazione e documentazione del sonno nell'anziano

di *Nicola Pisaroni*

Infermiere, Coordinatore Socio sanitario responsabile - Casa di riposo per anziani 'Emilio Biazzi', Castelvetro Piacentino

Corrispondenza: nicola.pisaroni@istituto-emiliobiazzi.191.it

La nostra esperienza è nata dall'esigenza di creare un gruppo di lavoro eterogeneo che potesse approfondire il tema del rischio di cattivo sonno nell'anziano, individuando nelle pratiche quotidiane una performance non adeguata. Infatti riscontravamo una valutazione del sonno sostanzialmente soggettiva e a discrezione dell'operatore in servizio, con ripercussioni sulle *performances* diurne dell'anziano, a volte anche sull'adeguato utilizzo di farmaci ipnoinducenti.

Ci siamo pertanto orientati a costruire uno strumento che permettesse di descrivere in modo omogeneo il riposo notturno nella terza età. Il fine era di rilevare il rischio di cattivo sonno per migliorare il benessere bio-psico-sociale della persona anziana, con risultati positivi sull'autonomia della persona presa in carico, nonché sulle relative attività assistenziali.

È nata così la proposta di elaborare un grafico nel quale registrare l'andamento individuale del sonno nel tempo. Esso era suddiviso in 3 righe per descrivere le ore di sonno e 31 colonne per monitorizzare il sonno nei giorni del mese in corso.

Dopo aver implementato questo primo strumento, si è ritenuto necessario approfondirne lo studio, giungendo così ad elaborare uno strumento più compiuto.

Un percorso di cambiamento

Questo percorso di cambiamento, iniziato nel settembre 2010, è passato attraverso 6 fasi ed ha coinvolto inizialmente 8 operatori, compresi tre Oss successivamente ritirati per motivi personali.

Prima fase

Ci siamo riuniti ed organizzati, abbiamo raccolto riferimenti bibliografici e sitografici, abbiamo discusso di come progettare la scala e di come verificarne l'attendibilità. Abbiamo chiesto al personale in servizio di compilare la grafica comportamentale diurna e notturna per un periodo di 15 giorni per tutti gli ospiti.

Seconda fase

È stata progettata la prima scala composta da due parti:

1. monitoraggio notturno;
2. un questionario composto da 10 domande, per raccogliere informazioni utili sul sonno, sul riposo effettivo, sulle abitudini. Tale questionario veniva compilato solo se il punteggio del monitoraggio superava i 4 punti. Il gruppo, dopo aver osservato le schede compilate, è arrivato alla conclusione che la scala ed il monitoraggio compilati su un unico foglio non fotografavano la situazione nel "qui ed ora".

Terza fase

È stata pertanto elaborata una nuova scala indipendente dal monitoraggio, che rileva solo il rischio di cattivo sonno. La scala si basa su 18 domande a risposta chiusa (a 2 variabili) e permette di definire un punteggio di rischio di cattivo sonno.

Quarta fase

È iniziata la sperimentazione della scala presso la Casa di Riposo per Anziani (Cra) 'Emilio Biazzini' e presso altre 4 strutture che hanno partecipato al lavoro: una Fondazione, una Asp, una Rsa ed un'altra Cra. In queste strutture, è stato compilato, tra maggio e giugno 2011, un grafico di monitoraggio notturno di 15 giorni e l'ultima versione della scala (rev 2).

Quinta fase

Una volta ritirate le schede si è proceduto con l'elaborazione dei dati raccolti nella IV fase. Inoltre dal confronto con gli operatori delle altre strutture è stato evidenziato che alcune domande erano incomplete o poco chiare, così la scala è stata ulteriormente revisionata, elaborandone l'ultima versione (rev 3).

Sesta fase

È stato riproposto alle strutture sopra citate un nuovo monitoraggio di 30 giorni con la revisione 3 dello strumento. Inoltre in questa fase è stato chiesto alle strutture di variare alcune abitudini di scorretta igiene del sonno risultanti dalle scale compilate nella fase IV.

I risultati al primo monitoraggio

Il primo monitoraggio, durato 15 giorni (maggio-giugno 2011), ha coinvolto 286 ospiti delle strutture citate. Mentre alcuni elementi che emergono dai risultati non risultano modificabili, come per esempio l'età (>65 anni) o la presenza di alcune delle principali patologie inducenti insonnia, altri hanno fornito alcune utili informazioni in merito a possibili ambiti di cambiamento (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Risultati al I monitoraggio

il 98,4% delle persone prese in esame presenta età > 65 anni
il 93,2% è affetta dalle principali patologie
il 16,2% presenta sintomatologia dolorosa
il 5% delle Strutture presenta casi di inquinamento acustico
il 100% delle Aziende ha una temperatura ambientale adeguata
il 30,8% delle persone presenta una variazione del suo ambiente di vita
il 14,2% manifesta risvegli notturni spontanei o indotti
il 16% risultano allettati
il 56,4% degli anziani oggetto di studio non svolge attività ricreative e/o riabilitative o le svolge dopo le h. 16.00
il 32% esegue un riposo pomeridiano > alle 2 ore
il 9% esegue un pasto serale eccessivo o digiuna
il 4,8% manifestano abitudini voluttuarie
il 37,8% assumono terapia lassativa e/o diuretica la sera
il 44,8% assumono terapia inducente il sonno
il 12,6% presentano alterazioni del ritmo circadiano
il 0,2% manifestano apnee ostruttive del sonno
il 19,4% delle persone prese in esame presentano eventi traumatici nel vissuto

Inoltre è stato calcolato il rischio di cattivo sonno che emergeva come dato sintetico dalla misurazione della scala per i singoli ospiti, suddiviso nelle diverse strutture coinvolte:

- il 25,8 % delle persone prese in esame nelle 5 strutture presenta un rischio lieve di cattivo sonno (**Figura 1**);
- il 55,6 % delle persone presenta un rischio moderato di cattivo sonno (**Figura 2**);
- il 18,6 % delle persone presenta un rischio elevato di cattivo sonno (**Figura 3**).

Figura 1- Rischio lieve

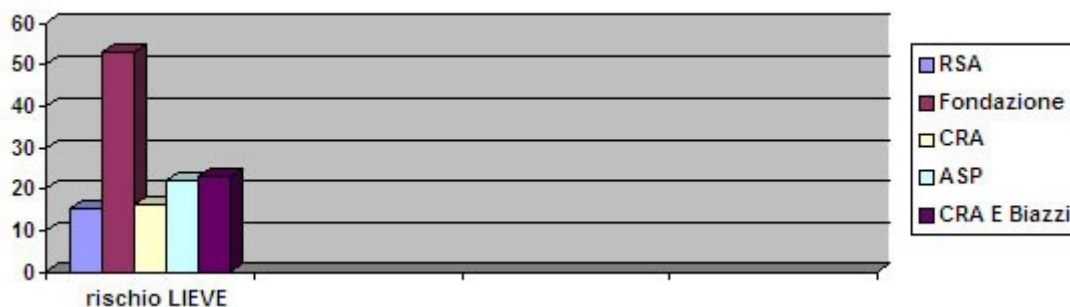


Figura 2 - Rischio moderato

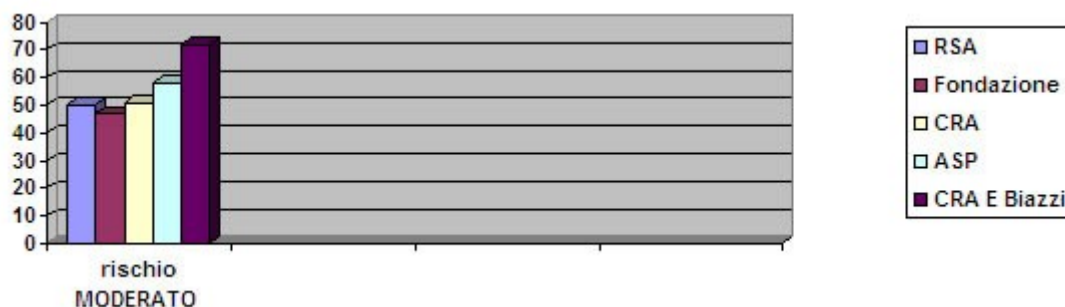
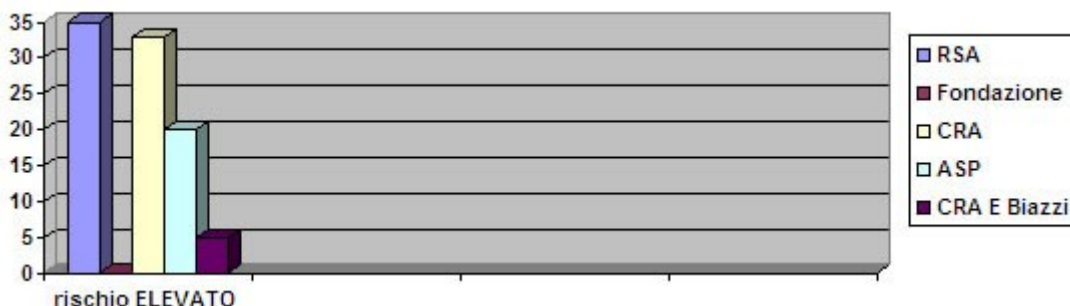


Figura 3 - Rischio elevato



Conclusioni

Come per altre scale di valutazione, individuare le situazioni a rischio significa lavorare per la prevenzione di un disagio/problema dell'assistito: l'inserimento nell'area di rischio rappresenta per l'operatore un campanello d'allarme.

La funzione della scala, quindi, è quella di: evidenziare il rischio, prendere in esame tutti i fattori negativi, valutando quali fra questi possono essere ridotti o eliminati attraverso strategie ed interventi mirati.

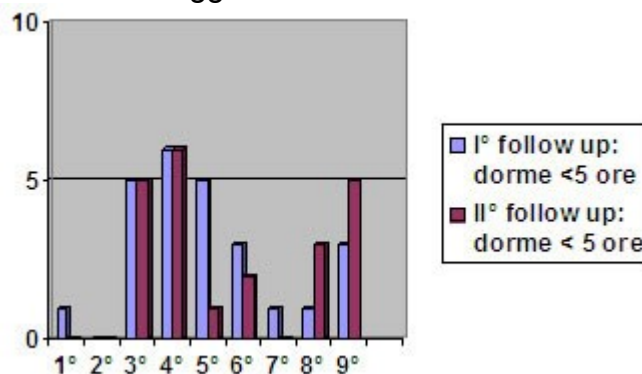
Dopo i primi 15 giorni di monitoraggio, su di un campione di 286 persone si è evidenziato che oltre ad età e patologie, vi sono alcuni fattori ricorrenti che pongono molti soggetti a rischio almeno moderato: questo ci ha fatto riflettere sulla qualità di vita all'interno delle strutture.

Altra considerazione che abbiamo potuto fare, dopo il primo periodo di monitoraggio, è che del 74,2% degli ospiti presenti nelle 5 strutture esaminate che presenta un moderato/elevato rischio di cattivo sonno, in realtà al monitoraggio risulta che solo il 20,6% presenta gravi disturbi del sonno. Il restante 53,6% comunque dorme.

Inoltre del 25,8 degli ospiti presenti nelle 5 strutture esaminate che presentano un lieve rischio di cattivo sonno, tutti, dopo un periodo di monitoraggio, risultano dormire. Tutte le strutture hanno successivamente (luglio e agosto 2011) continuato a collaborare al progetto, ripetendo il monitoraggio con grafico per una durata questa volta di 30 giorni, in modo da eliminare anche i casi relativi alle insonnie acute. Sono stati coinvolti 210 anziani, ma per motivi organizzativi non sono stati apportati cambiamenti alla scorretta igiene del sonno. Di conseguenza i dati risultano, al secondo follow up, sovrapponibili ai primi. Presso l'Istituto "Emilio Biazzi" si è deciso di modificare le abitudini risultate scorrette per quelle persone, 17 ospiti, che al primo monitoraggio risultavano non dormire (punteggio ≥ 7 al grafico del sonno). Di queste 17 persone, 4 hanno ottenuto un risultato al secondo follow up sovrapponibile al primo; 4 sono peggiorate e 9 migliorate.

I 9 soggetti migliorati hanno dormito mediamente il 36,1 % in più e sono diminuite del 58,1 % le notti in cui questi 9 ospiti dormivano ≤ 4 ore (**Figura 4**).

Figura 4 - Monitoraggio del sonno alla I e alla II rilevazione



A questi ospiti si è cercato di migliorare l'igiene del sonno risultata scorretta, attraverso un primo intervento non farmacologico:

- eliminazione della Tv, quindi di stimoli luminosi, all'allettamento (informando e chiedendo il consenso);
- sostituzione dello stimolo luminoso con una musica rilassante;
- sostituzione di bevande eccitanti (teina, caffeina e simili), con tisane rilassanti e stimolanti il sonno.

Si sottolinea che la nostra scala necessita di essere sottoposta ad un processo sistematico di validazione, al fine di definirne la sensibilità e specificità nel riconoscere il rischio di cattivo sonno, nonché la sua riproducibilità.

BIBLIOGRAFIA

- Giacomelli R (2011). *Disturbi del sonno. Diagnosi e interventi, non solo farmacologici*. Assistenza anziani, Maggio/Giugno; KDM International Srl –BO: 48-51.
- Meyer T J, University of Colorado (1999). *Valutazione dell'insonnia*; The Mc Graw-Hill Companies, INC.; 05.
- Swierzewski S J III MD (2010). *Sleep Disorder T. pi*; Healthcommunities; 09.

Risorse web per approfondire

- www.sonnomed.it / AIMS Associazione italiana medicina del sonno
- www.emedicine.medscape.com/article/292498-overview / Geriatric Sleep Disorder
- www.neuropsicologia.it/content/view/183/55 / Igiene del sonno
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/sleepdisorders.html / Sleep Disorders
- www.nursepedia.net / Scala di Karnofsky



ESPERIENZE

Il riordino della rete ospedaliera nella Regione Puglia: analisi delle ricadute sull'attività del Seus 118

di Cesare Calamita (1), Roberta Sannicandro (2) Pasqua Laraspata (3), Marco Tommasi (4)

(1) Infermiere coordinatore C. O. 118 Bari, docente Università degli Studi "Aldo Moro"

(2)(4) Infermiere Università degli Studi "Aldo Moro" – Bari

(3) Infermiere C. O. 118 Bari, docente Università degli Studi "Aldo Moro"

Corrispondenza: cesarecalamita@alice.it

Il contesto

Nel dicembre 2010 la Giunta regionale ha approvato il Regolamento di "Riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia". Questo Regolamento prevede interventi volti alla realizzazione di un nuovo modello organizzativo, finalizzato ad implementare setting di cura e assistenza più appropriati ai bisogni emergenti della popolazione, ridefinendo l'offerta di posti letto ospedalieri.

La riorganizzazione, articolata e complessa sia per fattori di carattere gestionali che culturali, deve essere completata in un arco temporale di tre anni. La ragione di fondo che ha portato alla definizione del riordino della rete ospedaliera è quella di migliorare la qualità del Servizio sanitario regionale attraverso un'ottimizzazione dell'uso delle risorse in un'ottica di contenimento dei costi.

Nello specifico, gli interventi sono mirati a ridurre i ricoveri, i posti letto per acuti e a riconvertire e/o disattivare alcuni presidi ospedalieri.

I criteri utilizzati per l'attuazione del processo di riorganizzazione sono stati:

- disattivazione di presidi ospedalieri con meno di tre unità operative per acuti, in cui gli indicatori non erano congruenti con gli obiettivi di salute in termini di performance e outcome. Gli indicatori presi in esame sono stati quelli di:
 - attività (*tasso di occupazione posto letto, turnover, attività dei servizi ambulatoriali*);
 - struttura (*dotazione posti letto, spazi, attrezzature, dotazione organica*);
 - processo (*attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione*);
 - esito (*efficacia e soddisfazione degli utenti*);
- accorpamenti e disattivazioni di singole Unità operative negli ospedali non destinati alla chiusura. A orientare la scelta sono stati gli indicatori di attività e di struttura: carenze d'organico (comparto e dirigenza medica), tasso d'occupazione negli ultimi tre anni, numero di posti letto inferiore allo standard, secondo le indicazioni del Piano regionale della salute;
- riconversione di ospedali disattivati in strutture sanitarie territoriali, ovvero attivazione di strutture extraospedaliere in grado di garantire l'assistenza domiciliare, semiresidenziale o residenziale a pazienti post acuti e cronici.

La riorganizzazione prevede che circa 150.000 posti letto vengano riconvertiti nel modo seguente:

- dal 10% - 15% dei ricoveri per acuti in strutture di lungodegenza o riabilitazione;
- dal 35% al 40% dei ricoveri in assistenza sostitutiva nell'ambito di Rsa e hospice;
- dal 45% al 50% dei ricoveri in attività ambulatoriale, day services o in prestazioni da effettuarsi nell'ambito di case della salute.

La nostra esperienza

Nel nostro contesto operativo, il Sues (Servizio di urgenza emergenza sanitaria), abbiamo voluto valutare se l'applicazione del Regolamento di riordino della rete ospedaliera ha prodotto cambiamenti significativi sul sistema dell'emergenza/urgenza nel periodo 2010-2011.

Per misurare le eventuali ricadute abbiamo considerato:

- l'accesso di pazienti soccorsi dal 118 con codice verde a Uuoo di Medicina e chirurgia, Accettazione d'urgenza degli Ospedali Dea di 1° e 2° livello;
- l'isostima del codice verde (corrispondenza fra il codice d'invio, assegnato dopo l'intervista telefonica dall'infermiere di Centrale operativa 118, e codice di rientro, dopo valutazione sanitaria, assegnato dal Personale dell'emergenza territoriale 118);
- i codici numerici attribuiti a seconda dell'intervento effettuato, in particolare il codice 0 che corrisponde a "trattamento sul luogo" e "rifiuto trasporto in ospedale".

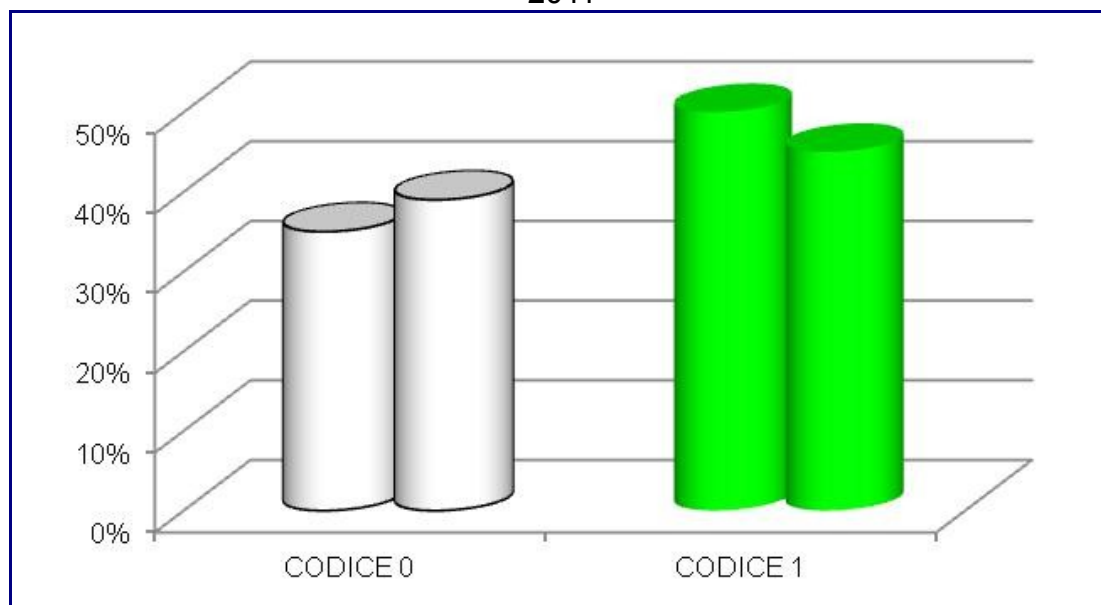
Sono state analizzate tutte le emergenze in codice verde con accesso nei Dea di 1° e 2° livello: "San Paolo", "Di Venere" e "Aou Policlinico" di Bari provenienti dal territorio dell'ospedale "Civile" di Bitonto, riconvertito in Punto di primo intervento, e dal "F. Fallacara" di Triggiano ridimensionato (a seguito della chiusura delle Uuoo di chirurgia, ortopedia, ginecologia e pediatria).

Per le emergenze del territorio afferenti all'ospedale "Monte Iacoviello" di Santeramo riconvertito in Punto di primo intervento sono stati analizzati gli accessi in codice verde giunti presso gli ospedali "F. Miulli" di Acquaviva e "Umberto I" di Altamura Dea di 1° livello. Infine, è stata presa in considerazione la correlazione tra codice d'invio e codice di rientro in quanto indicatori di qualità del Sistema di emergenza e urgenza territoriale (*undertriage* - *sottostima della gravità*: codice di invio inferiore al codice di rientro; *overtriage* - *sovrastima della gravità*: codice di invio superiore rispetto alla valutazione sanitaria; *isostima*: codice di invio uguale al codice di rientro). L'analisi e la valutazione sono state effettuate in due periodi: uno antecedente al riordino (marzo, aprile e maggio 2010) e uno successivo al riordino (marzo, aprile e maggio 2011).

I risultati

L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato che nei due periodi messi a confronto vi è stata una riduzione del 5% dell'isostima del codice verde e, in correlazione, un aumento del 4% del codice 0. La riduzione dell'isostima del codice verde può essere dovuta al rifiuto del trasporto in ospedale: in questo caso, il codice verde diventa codice 0 (**Figura 1**).

Figura 1- Isostima codice 0 e codice 1 nel periodo marzo/maggio 2010 e marzo/maggio 2011

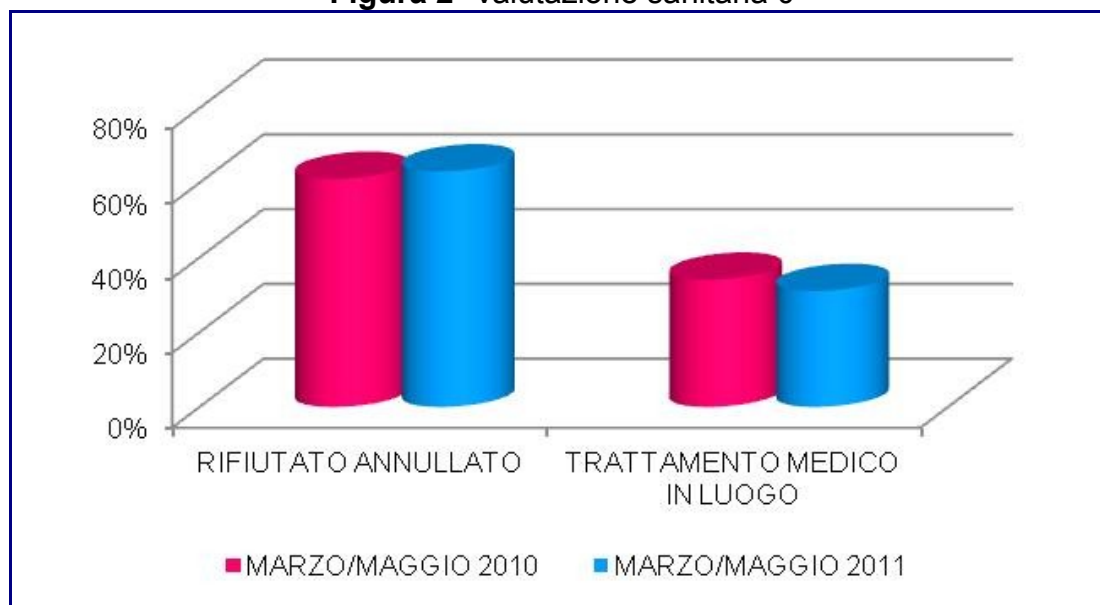


L'analisi degli accessi dei codici verdi trasportati dal 118 nei Dea di 1° livello "F. Miulli" di Acquaviva e "Umberto I" di Altamura ci ha consentito di affermare che non vi sono stati incrementi significativi degli stessi in seguito alla chiusura dell'ospedale minore di riferimento territoriale "Monte Iacoviello" di Santeramo. Questa struttura, non dotata di unità operative specialistiche, era poco utilizzata dal 118: tra il primo e il secondo periodo d'indagine si è registrato un aumento di accessi del 2% presso l'ospedale "F. Miulli" e nessun aumento presso l'ospedale "Umberto I" di Altamura.

Gli accessi dei codici verdi trasportati dal 118 verso i Dea di 1° e 2° livello "Policlinico", "Di Venere" e "San Paolo" di Bari, in seguito alla chiusura dell'ospedale minore di riferimento territoriale il "Civile" di Bitonto e al ridimensionamento dell'ospedale "F. Fallacara" di Triggiano, sono stati sostanzialmente costanti nei due periodi d'indagine. È stato possibile rilevare solamente un aumento pari all'1% degli accessi sia verso l'ospedale "Policlinico" sia verso l'ospedale "Di Venere" e una riduzione degli accessi del 3% verso l'ospedale "San Paolo".

Relativamente alla valutazione sanitaria, l'analisi dei dati ha evidenziato un aumento del 2% di pazienti che hanno "rifiutato il trasporto in ospedale" e un decremento del 3% di "trattamento medico in luogo" (**Figura 2**).

Figura 2- Valutazione sanitaria 0



Le ragioni di questa variazione sono riconducibili principalmente a due motivazioni:

- alcuni pazienti, dopo essere stati trattati sul posto, rifiutano il trasporto in ospedale presumibilmente per la non approvazione della destinazione o perché non hanno intenzione di allontanarsi dalla propria residenza;
- il paziente trattato sul posto rifiuta il trasferimento in ospedale perché ha avuto un beneficio dal trattamento a domicilio, che si conclude con la codifica "rifiuto trasporto in ospedale".

Questo comporta una distrazione di risorse e un allungamento dei tempi d'intervento da parte dei mezzi di soccorso.

Ciò che emerge dal nostro lavoro di analisi è la necessità d'interazione e integrazione tra Seus 118, Medicina generale e Continuità assistenziale, al fine di migliorare l'offerta sanitaria ai cittadini, utilizzando le risorse economiche e strutturali in modo efficace ed efficiente.

BIBLIOGRAFIA

- Di Pietro G (2008). *Protocollo operativo per il personale 118*. Centrale Operativa 118, Regione Puglia, Auo Policlinico, Bari.
- Sannicandro R(aa 2010/2011). *Diagnosi infermieristica per i codici di minore gravità: verifica dell'applicazione del riordino della rete ospedaliera della regione Puglia negli ospedali della provincia di Bari* (Tesi di laurea). Bari, Università degli Studi di Bari.
- DI n. 125/2010: *Piano operativo allegato al piano di rientro della Regione Puglia*.
- Regolamento regionale n. 18/2010 "Riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010", Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 188 suppl. del 17/12/2010.
- www.nsis.salute.gov: Sistemi informativi relativi agli obiettivi strategici, "Assistenza emergenza urgenza", data di accesso 02/02/2012.

SCAFFALE

Le ferite acute

di Gloria Caminati e Angela Peghetti

Mc Graw Hill 2012
pagine 460, euro 40,00



Il volume di Caminati e Peghetti rappresenta senza dubbio un'opera innovativa, offrendo una trattazione aggiornata e validata delle ferite acute, con particolare riferimento alle ustioni, alle ferite traumatiche e alle ferite chirurgiche.

Il percorso che le Autrici ci propongono parte proprio dalla storia della gestione delle lesioni cutanee. Nei primi due capitoli Favero e Prisco ci introducono al tema della cute e delle sue alterazioni: *"la pelle comunica utilizzando il linguaggio della natura che accomuna tutti gli esseri viventi: vissuto, emozioni, eventi patologici, trovano unità sulla e nella pelle"* (p. 3). Parlando di questo sensibile confine che delimita il sé dal resto del mondo, gli Autori ci descrivono che *"il bisogno di contatto è qualcosa che va oltre il rapporto strumentale (p.7), il tatto, l'organo di senso legato alla pelle*

(...) attraverso il tatto conosciamo, valutiamo, scegliamo, ricordiamo" (p.7)

Se questa è la *storia*, storico è quanto nei secoli l'uomo abbia fatto per trattare le lesioni della cute (cap. 2), con rimedi quali il fango e corteccia di albero per tamponare le ferite, l'applicazione di impasti di erbe, radici e foglie per la loro guarigione. Una storia che diventa *arte* nel corso dei secoli, perfezionandosi nell'accogliere principalmente pratiche tradizionali, piuttosto che trattamenti scientificamente fondati.

Alla fine del 1700, però, la gestione delle ferite acute cambia: da arte diviene *scienza*, con la descrizione dei fenomeni di granulazione e i principi di riparazione tessutale, ben descritti nei capitoli 3 e 4. Da queste scoperte si avrà l'evolversi delle conoscenze e la possibilità di approcciarsi diversamente alla cura delle lesioni.

Arrivando ai nostri tempi, l'investimento scientifico in questo settore tipico degli ultimi anni ha permesso di trasformare completamente la gestione delle ferite, prima basata sull'esperienza, in una pratica basata sull'evidenza.

E' questo un aspetto specifico di questa opera: il suo valore aggiunto sta nel definire chiaramente sia *l'arte* che la *scienza* necessaria per la gestione del percorso clinico assistenziale della persona con ferita acuta. *L'arte* di prendersi cura delle ferite (ustioni, ferite chirurgiche e post traumatiche) è promossa in diversi capitoli del libro, che trattano lo sviluppo delle competenze cliniche e delle conoscenze relative alla valutazione olistica (es. aspetti metabolici nutrizionali, aspetti psicologici, altro) del soggetto assistito. La *scienza* della guarigione delle ferite è descritta in modo chiaro e conciso dagli autori, che discutono nel volume i molti fattori fisiologici e ambientali che promuovono o ritardano la guarigione delle lesioni.

Ma vi è un altro aspetto originale nel libro: Caminati e Peghetti hanno racchiuso e integrato in questo testo le conoscenze e le esperienze di 52 tra infermieri, medici specialisti e altri professionisti sanitari. Ne derivano contenuti teorici e clinici sulla gestione delle ferite ben integrati tra di loro ed esaustivamente supportati dalla letteratura scientifica.

Gli argomenti trattati nella prima parte del testo approfondiscono ampiamente tutte le tematiche correlate al trauma da ustione: vengono riportati dati epidemiologici internazionali ed italiani, le evidenze relative al trattamento con particolare riferimento ad aspetti rilevanti correlati all'assistenza, quali: la prevenzione, il dolore, le infezioni, il wound care, il trattamento chirurgico, le alterazioni psicologiche, la nutrizione e la riabilitazione.

Nella seconda parte del volume viene posto particolare risalto all'assistenza e al trattamento delle ferite traumatiche (tra queste anche le ferite di guerra) e chirurgiche, fornendo specifiche indicazioni relative alla presa in carico globale della persona al fine di prevenire le infezioni, garantire il miglior trattamento topico, con specifiche indicazioni riguardanti l'utilizzo appropriato di antisettici e dispositivi di prevenzione. Vengono fornite inoltre specifiche indicazioni operative sui trattamenti delle ferite.

Oltre agli aspetti clinico assistenziali citati, il volume riporta esperienze interessanti e innovative relative all'organizzazione di percorsi e di setting di cura che mirano a fornire esempi di presa in carico globale dell'assistito, quali:

- la realizzazione di un percorso d'integrazione multi professionale e di un modello organizzativo di *case management* in una realtà operativa per ustionati;
- la progettazione e l'implementazione di un ambulatorio di wound care a gestione infermieristica;
- l'attivazione di un progetto di prevenzione delle ustioni nei bambini realizzato secondo il modello educativo di promozione della salute *proced-proceed*.

Dal testo emerge, altresì, l'elevato livello di autonomia e le competenze distintive dei vari professionisti, in particolare dell'infermiere che presta assistenza a questa tipologia di utenti, utilizzando un approccio che punta all'efficacia e all'appropriatezza.

Agli interessati alla materia non mancheranno neppure i più recenti sviluppi tecnologici nell'ambito del *wound care*, quali: la terapia topica negativa, la terapia iperbarica e la bioingegneria tissutale (es. utilizzo del gel piastrinico, delle cellule staminali, altro) che hanno ampliato le possibilità terapeutiche nel mondo delle lesioni cutanee.

Sopra tutto, in ogni parte dell'opera traspare una grande attenzione alla persona, alla quale viene data voce nel capitolo 19 attraverso la narrazione di protagonisti che hanno vissuto e vivono l'esito di lesioni da ustione, i quali testimoniano come la realizzazione di un buon approccio relazionale con gli operatori abbia un potente effetto taumaturgico.

I capitoli sono completati da ulteriori informazioni contenute in tabelle, nelle quali sono descritte scale di valutazione e classificazione, principali tipologie di medicazione, superfici di supporto, indicatori clinico organizzativi ed altro, completati da illustrazioni e foto.

Il volume in questione, in sintesi, è un testo capace di promuovere l'acquisizione di nuove conoscenze nella gestione delle persone affette da lesioni cutanee acute.

Prof. Laura Rasero

Professore associato in Scienze infermieristiche

Coordinatore Master Lesioni cutanee nell'adulto e nel bambino: prevenzione e trattamento

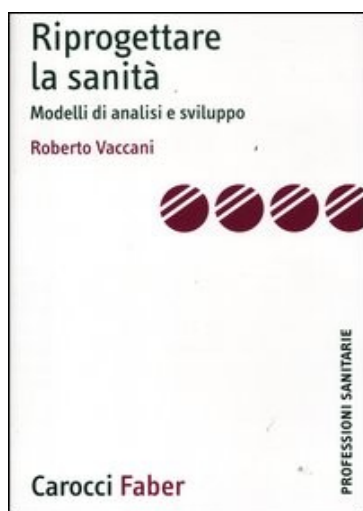
Università degli Studi di Firenze

SCAFFALE

Riprogettare la sanità. Modelli di analisi e sviluppo

di **Roberto Vaccani**

Carocci Faber, 2012
pagine 351, euro 33,00



In "Riprogettare la sanità", l'autore, affronta un tema di cui molto si è scritto: i sistemi sanitari che, tuttavia continuano ad essere una questione quanto mai attuale e per molti versi spinosa.

L'elevata complessità organizzativa che li contraddistingue, caratterizzata da un'altissima differenziazione dei processi lavorativi, delle competenze e delle attività, rappresenta una sfida per chi li approccia da un punto di vista teorico e ancor più per chi si occupa concretamente della loro gestione ai diversi livelli.

Infatti, a essere messa in gioco è la capacità di avere e mantenere una visione globale e integrata nel governo del sistema, in un contesto in cui spesso a ragione o a torto lo stesso viene scomposto, o rischia di esserlo, in sottosistemi aziendali apparentemente più facili da governare ma il più

delle volte faticosamente riconducibili poi ad una visione d'insieme.

A rendere ancor più "complessa" la complessità concorre anche l'alta discrezionalità delle Aziende sanitarie; da qui, l'indispensabilità di stili di direzione autorevoli ma negoziali.

Nell'analisi e nella riprogettazione di questo scenario si colloca l'opera di Vaccani che in sei capitoli ripercorre gli elementi fondanti di un'organizzazione.

Nella prima parte, il percorso che fa l'autore inizia con un approccio all'analisi sistemica che fa luce sulla crisi di sistemi gerarchizzati e centrati sulla divisione delle strutture e sposta l'attenzione su sistemi più orizzontali e trasversali capaci di flessibilità e meno proceduralizzati e standardizzati.

Il lavoro continua con il focus sulla complessità sia in termini di integrazione che di progettazione e sulla necessità direttamente proporzionale di articolare maggiori e mirati strumenti d'integrazione. Il filo conduttore è lo stesso: lasciare la logica prescrittiva a favore di una logica di direzione per obiettivi.

Il cambiamento non è solo organizzativo, è anche e, forse prima, culturale: entrambi non possono prescindere dalla formazione, motore indispensabile di qualsiasi cambiamento. È proprio alla formazione e alla funzione formativa nelle organizzazioni che l'autore dedica un capitolo nella seconda parte del volume.

Avviandosi verso la fine del percorso pone anche l'accento sulla centralità di governo e sulla personalità dei dirigenti e finisce con l'argomentazione sui sistemi premianti, utili e necessari a indirizzare e integrare le persone rispetto alle finalità organizzative.

A caratterizzare il percorso all'interno dell'organizzazione fatto dall'autore, è la coniugazione, in ogni passaggio, fra teoria e pratica con la dissertazione di casi concreti.

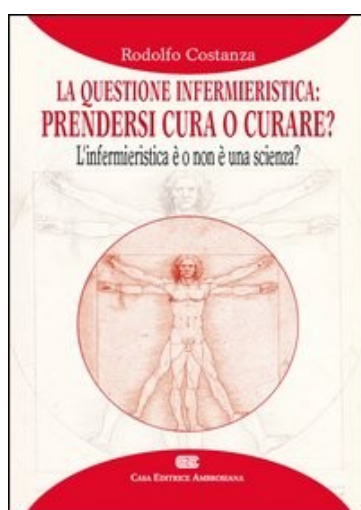
Franco Vallicella

SCAFFALE

La questione infermieristica: prendersi cura o curare?

di **Rodolfo Costanza**

Ambrosiana, Milano, 2012
pagine 448, euro 38,00



Chi pensa che l'infermieristica sia una pratica professionale, intendendola come un insieme di procedure incentrate su evidenze scientifiche, potrà ricredersi con questo volume, interamente dedicato alla infermieristica quale scienza del prendersi cura.

Un testo non certo facile da approcciare, in quanto pone un percorso articolato e complesso, ma anche completo, sull'evoluzione della nostra disciplina negli ultimi decenni. L'infermieristica è esaminata in tutte le sue sfaccettature: dal processo di professionalizzazione (capitolo 3) alla ricerca dell'identità scientifico-disciplinare (capitolo 11), per arrivare alla discussione su un nuovo paradigma per l'infermieristica (parte terza), in cui emergono concetti e discussioni veramente poco comuni, come quella sulle dyrropie (pagina 345 e seguenti) e sulla concezione Nanda a confronto con

quella dyrropica (pagina 363).

Molti infermieri potranno trovare in queste pagine capitoli interamente nuovi dell'infermieristica e non solo per le scelte dell'autrice rispetto alla disciplina: il suo intento, chiaramente espresso, è quello di riconsiderare l'insieme delle questioni che ruotano attorno all'infermieristica.

Un volume probabilmente non per molti, di sicuro per chi ama le sfide ed è pronto ad affrontare discussioni elaborate, accademiche, epistemologiche. D'altra parte, serve anche questo per crescere.

Laura D'Addio

SCAFFALE

Medicina del lavoro per le professioni sanitarie

di Angelo Sacco, Matteo Ciavarella, Giuseppe De Lorenzo

EPC Editore, 2011
 pagine 208, euro 15,00



La medicina del lavoro è un tema trasversale a tutte le organizzazioni, in relazione alla necessità di prevenire, mantenere e riabilitare la condizione di salute degli operatori relativamente alle funzioni che essi svolgono e all'ambiente di lavoro nel quale operano. Il concetto che ne è alla base è l'importanza e il valore della tutela della salute del lavoratore in quanto risorsa dell'individuo nonché per l'organizzazione stessa.

Il testo proposto da Sacco, Ciavarella e De Lorenzo rappresenta un prezioso compendio su questa tematica e un ottimo punto di riferimento per gli operatori sanitari. Esso è stato pensato in modo particolare per gli studenti dei corsi di laurea per infermieri, tecnici della prevenzione e altre figure sanitarie nonché i Master di coordinamento delle relative professioni.

Il fatto che questo insegnamento sia inserito nell'ordinamento didattico, ad esempio per il Corso di laurea per infermieri, tra i corsi previsti nella prima annualità, denota l'attenzione data a questa tematica, in modo che divenga patrimonio di base di ogni professionista. Tale attenzione è giustamente motivata dal fatto che gli infermieri e gli studenti infermieri risultano essere tra gli operatori a maggior rischio per la salute, determinato sia da rischi biologici o ambientali, ma anche legati all'organizzazione del lavoro o lo stress (p. 129).

D'altro canto nel testo viene ben chiarito l'ambito di responsabilità dei singoli rispetto al necessario rispetto delle norme di prevenzione, nonché quello dell'Istituzione nel garantire la sorveglianza ambientale o i periodici controlli sulla salute del lavoratore. Inoltre vengono anche specificati i concetti di "validazione consensuale" e "non delega", ai quali è dedicato un sintetico paragrafo, nel quale si sottolinea che l'attività dei tecnici del lavoro "non dà risultati efficaci senza la partecipazione dei lavoratori e delle loro rappresentanze e senza tenere conto della loro esperienza e delle loro indicazioni" (p. 24).

Il testo si apre con una panoramica storica sull'evoluzione della medicina del lavoro, facilitando così la consapevolezza del lettore in merito ad una tematica così importante per la propria salute. In tal senso vengono descritte in modo puntuale le finalità della Medicina del lavoro, indirizzate a "perseguire il benessere fisico e psichico dei lavoratori attraverso una metodologia complessa ed articolata che si estrinseca a diversi livelli" (p. 20). Nel II capitolo, dedicato agli aspetti normativi della tutela preventiva e assicurativa dei lavoratori, viene illustrata l'evoluzione legislativa che ha orientato e indirizzato le organizzazioni al raggiungimento di suddette finalità in questo ambito.

In particolare si segnala dagli anni novanta in poi con il Dlgs 626/94 e più recentemente con il Dlgs 81/2008 l'ampliamento dei soggetti destinati ad affrontare la sicurezza aziendale quali: lo stesso lavoratore, il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente. Un diagramma accompagna la descrizione dell'insieme degli attori che compongono l'organigramma aziendale della sicurezza, che aiuta efficacemente il lettore a comprendere la complessità del sistema di gestione della sicurezza e la modalità a diversi livelli di attribuzione delle responsabilità. In tal senso, si ritiene particolarmente importante il paragrafo relativo alle responsabilità del lavoratore, come ad esempio evitare manovre pericolose o non rimuovere o modificare dispositivi di sicurezza o partecipare ai corsi di formazione o informazione che non sempre ricevono la dovuta attenzione. Altresì tali momenti formativi o di addestramento hanno la funzione ad esempio di determinare un cambiamento della percezione soggettiva del rischio, al fine di produrre "una convergenza fra concezione soggettiva e condizione oggettiva" (p. 57) del rischio lavorativo, in assenza della quale i programmi di prevenzione sono destinati a fallire.

Ma come si può misurare il rischio lavorativo ed eventualmente monitorare l'efficacia degli interventi preventivi attuati? A questa domanda il testo risponde con un paragrafo (cap. 3) dedicato proprio allo studio del fenomeno infortunistico e fornisce la descrizione di misure epidemiologiche particolari come l'indice di frequenza o l'indice di gravità o la descrizione sistematica delle caratteristiche dell'infortunio.

Il libro affronta poi negli ultimi capitoli temi particolarmente attinenti alla professione infermieristica, come: la sorveglianza sanitaria, intesa come la valutazione dello stato di salute del singolo lavoratore in relazione alla tipologia dei fattori di rischio al quale può essere esposto (cap. 6), i rischi per la salute degli operatori sanitari, dei quali non sempre c'è l'opportuna conoscenza e consapevolezza necessaria ad evitarli (cap. 8). A tal riguardo, viene approfondito il tema dei rischi psicosociali (come *burn out* o *mobbing*) che devono essere tenuti in conto quando si programma un intervento preventivo perché "rappresentano uno dei principali motivi di abbandono del lavoro del personale infermieristico" (p. 147). Particolarmente pertinente alle professioni sanitarie è il tema della gestione degli infortuni come nel caso di rischio biologico o la gestione del primo soccorso (cap. 7) sia dal punto di vista organizzativo, che della formazione degli operatori designati a queste attività.

È infine da segnalare l'organizzazione del volume, mirata a facilitare l'apprendimento dei contenuti proposti tramite una sintesi al termine di ogni capitolo e un test di autovalutazione per fissare gli argomenti più importanti. Peraltro un glossario proposto in appendice permette anche ai non addetti ai lavori di ben orientarsi nella terminologia propria di questa disciplina. Inoltre, al termine del testo, per chi abbia intenzione di approfondire il tema, viene presentata una bibliografia essenziale rappresentata sostanzialmente da alcuni libri, una completa rassegna sulle norme legislative di riferimento e un prezioso elenco, con relativa descrizione, degli organismi nazionali e internazionali che si occupano di prevenzione e sicurezza del lavoro.

A cura della Redazione

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