

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVII



ISSN 2038-0712

**GENNAIO - FEBBRAIO
2013**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

EDITORIALE

La nostra strategia: un faro nella nebbia
di Annalisa Silvestro

FOCUS

12 maggio 2013: si marcia assieme verso gli obiettivi del 2015!
a cura della Redazione

Il meglio del sapere infermieristico è adesso nelle tue mani!

Sintesi dei risultati del voto del Comitato IMCO del PE del 23 gennaio 2013 sugli emendamenti della Direttiva 2005/36/CE

L'UE mette in discussione il prerequisito dei 12 anni di scolarità per la formazione infermieristica
di Emma Martellotti

SCIENZE INFERMIERISTICHE

La comunicazione online tra professionisti e cittadino in ambito sanitario: primo rapporto sulle attività della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (IPASVI)
di Marina Vanzetta, Annalisa Silvestro, Emma Martellotti, Ercole Vellone, Rosaria Alvaro

Invecchiamento dei professionisti sanitari e fenomeno delle inidoneità al lavoro: studio osservazionale
di Rita Maricchio, Annamaria Ferraresi, Federica Bonamici, Antonella Bertelli, Lorenza Passarini, Annamaria Bagnasco, Loredana Sasso

CONTRIBUTI

La comunicazione diseguale e l'assistenza infermieristica. Intervista a Lucetta Fontanella
di Mariano De Mattia

La donazione degli organi
di Gianni Dominici

ESPERIENZE

Il progetto Ninfea: l'esperienza in Toscana di uno studio di coorte nati con reclutamento on-line
di Tiziana Nannelli, Laura Rasero, Veronica Montelatici, Giulia Poggesi, Lorenzo Richiardi, Franca Rusconi

Il progetto Eras: l'impatto sull'assistenza alla persona in urologia
di Gloria Scampini, Mattia Boarin, Vito Schirò

Valutazione dell'efficacia dell'educazione terapeutica nel monitoraggio domiciliare dei pazienti in dialisi peritoneale
di Paola Colasanti, Stefano Lizio, Valentina Dini

La Trombosi venosa profonda associata al catetere venoso centrale inserito perifericamente (Picc)
di Maria Angela Fumagalli, Marilena Montalti, Raffaella Fuzzi, Elisabetta Fabbri, Secondo Folli

NORME E CODICI

La somministrazione di farmaci nei servizi residenziali territoriali per persone con disabilità e rischi. La sentenza del Consiglio di Stato n. 1384 del 9 marzo 2010
di Giorgio Canal, Marco Cadamuro Morgante, Giovanni Pavan

SCAFFALE

Assistere a casa - Suggerimenti e indicazioni per prendersi cura di una persona malata
di Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni

See & Treat - Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso
di Alessandro Rosselli, Giovanni Becattini, Marina Cappugi, Cesare Francois, Marco Ruggeri



EDITORIALE

La nostra strategia: un faro nella nebbia

di **Annalisa Silvestro**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Relazione programmatica di Annalisa Silvestro per l'anno 2013, presentata all'Assemblea ordinaria del Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi - Roma 9 marzo 2013

Prima di presentare i punti sulla base dei quali si svilupperà la proposta a valersi per l'anno 2013, si ritiene importante effettuare alcuni richiami al quadro programmatico triennale e al contesto politico e socio economico in cui si muove e con cui si confronta il Comitato centrale e l'intera Federazione Ipasvi.

Pare proprio confermarsi un'ipotesi più volte analizzata e anche recentemente discussa nella compagine professionale: l'Italia entra in una fase particolare, complessa e irta di difficoltà non solo decisionali. E con l'Italia come collettività statale e sociale entra in una fase difficile non solo il sistema produttivo ed economico, ma anche il welfare e, in esso, il sistema formativo e il sistema sociale e sanitario.

Le istituzioni accademiche e il corpo docente sono impegnati a dare corpo, in maniera culturalmente solida, alle ultime leggi e norme di riforma di sistema e a ridefinire con qualità di intenti e di risultati un nuovo quadro di regole, metodi e strumenti. Sono impegnati, cioè, in un rilevante e profondo cambiamento che dovrebbe realizzarsi "isorisorse" o con investimenti decisamente contenuti. L'impegno della compagine professionale per quest'ambito non può che essere forte e costante perché i dati di realtà evidenziano che le ridefinizioni regolamentari potrebbero essere penalizzanti per la professione infermieristica stante il suo recente inserimento in ambito accademico e il conseguente ridotto numero di professori e ricercatori di disciplina infermieristica.

Gli enti locali e i servizi sociali da loro garantiti, vivono parimenti una fase difficile e combattono contro l'idea che nei momenti di crisi alcuni servizi siano un qualcosa che "non ci possiamo permettere". La contiguità tra parte sanitaria, socio sanitaria e sociale induce a ritenere che sia opportuna e da perseguire una pianificazione di interventi in logica di integrazione e continuità, centrate sui bisogni della persona. È diffusa l'idea che solo attraverso una rete inter - sistemica si possano perseguire outcome orientati alla risoluzione dei problemi emergenti e si possano utilizzare e mettere in campo sinergie di competenza e di risorse diverse e molteplici anche economiche.

Il sistema sanitario è parimenti ed oggettivamente in affanno per molteplici fattori:

- i tagli economici subiti in logica di linearità;
- il mancato ripristino quantitativo delle compagini professionali necessarie per il mantenimento realmente fruibile dei LEA;

- le resistenze all'innovazione di modelli organizzativi frequentemente poco atti a garantire risposte efficaci, proattive e di buon riscontro nel rapporto costo/beneficio;
- le tensioni interprofessionali conseguenti a forme di resilienza correlata all'upgrading formativo e professionale degli operatori sanitari in generale e degli infermieri in particolare;
- le incomprensioni e rigidità relazionali tra i professionisti e i centri decisori delle organizzazioni sanitarie e, di conseguenza, tra i professionisti e i cittadini;
- il mantenimento di servizi sanitari e socio sanitari impostati su paradigmi vetusti e poco sintonici non solo con le necessità e i bisogni dei cittadini fruitori, ma anche con le aspettative degli operatori che sono l'insopprimibile e fondamentale interfaccia tra le strutture e i cittadini.

Il quadro politico che si viene delineando in questo squarcio storico non offre elementi di chiaro orientamento sulle scelte che si vorranno assumere e sui percorsi che si vorranno intraprendere. Il sistema sanitario nel suo insieme di strutture pubbliche, di strutture private e di strutture private accreditate, ha la necessità esiziale di definire in maniera chiara un percorso che dia certezze ai cittadini e a tutti gli operatori. Il diritto alla salute è un diritto di civiltà che chiama tutti ad un impegno che si deve tradurre in uno sforzo collettivo per individuare soluzioni e risposte che non prevedano tagli drastici o "uscite" o "alleggerimenti" del sistema a danno di operatori con alte competenze e altrettanto alte capacità operative.

Non può che essere globale l'impegno informativo e comunicativo per far comprendere che il Sistema sanitario può essere un volano produttivo ed economico, un luogo ricco di alte professionalità, un luogo di studio, ricerca e sperimentazione a forte valenza scientifica che assume, anche se indirettamente, la funzione di ammortizzatore sociale. Una collettività sociale e professionale come quella infermieristica può avere un rilevante peso condizionante le future scelte attraverso l'impegno alla conoscenza, al pensiero critico al dibattito e soprattutto alla partecipazione nell'analisi delle diverse scelte ed opzioni.

Il gruppo infermieristico diviene un soggetto politico nel momento in cui si appropria della reale, impegnata e diffusa partecipazione alle scelte, forte dei suoi valori, del diuturno impegno e della più volte dimostrata competenza e capacità progettuale. Queste riflessioni non possono certo rimanere sterili e asetticamente lontane dalla definizione di come e su cosa operare nella quotidianità della funzione di rappresentanza professionale esercitata nella duplice condizione di apicalità professionale nelle provincie e nelle regioni e di base decisoria nel sostenere, orientare e ridefinire le politiche nazionali per l'intero gruppo professionale e, quindi, per i cittadini e il Paese.

Quella ipotizzata può essere la chiave per una rinnovata lettura degli obiettivi del vigente triennio che si concretizzeranno non soltanto attraverso una "governance" coerente e strutturata, ma anche attraverso azioni, definizioni ed elaborazioni predisposte e rese fruibili da gruppi di lavoro e di riflessione che si intendono mantenere e attivare nel corso dell'anno.

Non può essere, infine, sottaciuta la responsabilità che come "classe dirigente" ci assumiamo nel guidare e orientare gli oltre 400 mila professionisti infermieri, stante la sempre maggiore attenzione con cui ci "guarda" e, alle volte, ci studia il sistema sanitario, il sistema accademico e formativo e l'intera collettività sociale.

Anche il 2013 dovrà, pertanto, vedere l'intera compagine professionale proseguire sistematicamente nel cammino da tempo intrapreso, pur nella consapevolezza che potrebbero essere necessari riassetamenti negli ambiti che maggiormente impattano sullo sviluppo e l'innovazione dell'infermieristica attraverso ulteriori analisi, scelte strategiche, ridefinizioni di percorso e decisioni di forti azioni corali.

La partita nodale dell'evoluzione delle competenze professionali, con l'ineludibile ridisegno della formazione, delle responsabilità e delle interrelazioni professionali dovrà essere giocata collettivamente soprattutto sul terreno culturale e richiamandosi costantemente al proprio progetto professionale, ai saperi specifici, al bagaglio esperienziale e ai valori etici e deontologici.

Il sistema Paese è in evidente evoluzione; le discontinuità che si delineano in numerosi ambiti, richiedono una sistematica capacità di analisi e di scelte coerenti con il valore della centralità della persona assistita e correlate ai bisogni reali sia della collettività nazionale, sia della comunità professionale soprattutto in ambito regionale e provinciale.

Ciò premesso, si esplicitano gli ambiti i cui si svilupperà il programma che il Comitato centrale intende attuare nel corso dell'anno 2013 in continuità con quanto già effettuato e da effettuarsi fino a fine mandato triennale.

- l'Ente Federazione;
- gli infermieri e il governo del sistema professionale;
- le relazioni e le sinergie;
- i gruppi di riflessione, progetto e lavoro e le iniziative convegnistiche e seminariali;
- la comunicazione.

L'Ente Federazione

Il Comitato centrale si propone, come da buona tradizione, di continuare ad organizzare e gestire l'Ente - inteso anche come l'insieme dei collaboratori che vi lavorano e come il sistema attraverso cui viene dato corso alle scelte e alle decisioni politiche assunte - secondo i principi della trasparenza, dell'efficienza e, naturalmente, dell'efficacia. Si intende quindi mantenere l'attenzione verso le risorse professionali interne e per tutto ciò che riguarda il patrimonio e l'immobile - per il quale si prevede una manutenzione straordinaria in corso d'anno - e proseguire con quanto di necessità per supportare i Collegi provinciali e i Coordinamenti regionali.

Gli infermieri e il governo del sistema professionale

Continuerà l'impegno per rendere evidente la specificità del gruppo professionale nel sistema sanitario e socio sanitario.

E' ormai diffusa la consapevolezza della rilevanza degli infermieri e dell'assistenza infermieristica per il buon andamento del sistema e del Paese. E' fondamentale operare affinché tale consapevolezza si traduca in chiare scelte e definizioni nelle strutture, nei servizi, nei diversi setting assistenziali e nelle rimodellizzazioni organizzative.

Parimenti non deve diminuire l'impegno per l'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e tra queste e la funzione formativa, organizzativa e gestionale.

Il sistema ha un forte bisogno di innovazione e cambiamento per mantenere buoni livelli di offerta sanitaria ed impegnarsi nello sviluppo, stante il contenimento significativo delle risorse rese disponibili.

Numerose sono le iniziative che possono trovare accoglienza in un sistema che chiede impegno per garantire appropriatezza, flessibilità gestionale, continuità assistenziale, verifica dei risultati, riprogettazione dei percorsi, prevenzione e gestione dei rischi, riconoscimento del merito, valorizzazione delle competenze e sostegno e mantenimento della motivazione professionale. Dovranno trovare ulteriore impulso, approfondimento e visibilità i progetti e le sperimentazioni nell'ambito:

- dell'assistenza clinica avanzata in setting ospedalieri e territoriali;
- dell'assistenza e dell'organizzazione nelle strutture intermedie;
- dell'assistenza e delle cure primarie;
- dell'organizzazione ospedaliera per "piattaforme" tecnologiche e degenziali;
- dell'organizzazione assistenziale per complessità/intensità curativo assistenziale.

Anche nel corso del 2013 verrà mantenuto l'impegno per radicare e diffondere l'orientamento:

- al "progetto" di cura attraverso la valorizzazione del paradigma disciplinare infermieristico e dell'interazione multiprofessionale;
- ad un sistema di competenze fortemente attento ai nuovi bisogni della persona, della collettività e del contesto sociale;
- alla gestione di modelli organizzativi evoluti;
- alla evoluzione e ridefinizione delle competenze, delle responsabilità e dei perimetri professionali.

A sostegno e supporto di quanto sopra indicato continuerà l'impegno della Federazione per mantenere l'accesso gratuito alla banca dati internazionale CINAHL.

Le relazioni e le sinergie

Per perseguire quanto precedentemente indicato è fondamentale mantenere proattivamente la rete delle relazioni con gli ormai storici interlocutori del gruppo professionale infermieristico:

- le Istituzioni socio sanitarie nazionali e regionali;
- le Istituzioni formative e organizzative;
- gli Enti locali;
- le Rappresentanze sociali e sindacali;
- gli Organismi infermieristici europei e internazionali;
- gli Ordini, i Collegi e le Società scientifiche delle diverse professioni;
- le Associazioni professionali e le società scientifiche infermieristiche;
- l'ENPAPI;
- CIVES.

I Gruppi di riflessione, progetto e lavoro e le iniziative convegnistiche

Gli argomenti su cui verranno mantenuti, implementati o attivati gruppi di riflessione, lavoro e progetto saranno correlati:

- alla formazione accademica, permanente e alla ricerca;
- alla predisposizione di percorsi di formazione a distanza da rendere disponibili agli iscritti Ipasvi;
- alla predisposizione di quanto di necessità per rendere operativo l'auspicato accordo sull'evoluzione delle competenze infermieristiche:
 - accreditamento;
 - tipologia e contenuti dei percorsi formativi da attuarsi nelle diverse aree specialistiche;
 - linee guida per l'attivazione dei percorsi specialistici;
 - definizione delle ridefinite responsabilità professionali;
 - criteri per il riconoscimento di pregressi percorsi formativi/esperienze professionali per la determinazione omogenea dei CFU;
 - ipotesi ridefinitorie degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea triennale e quinquennale;
 - ridefinizione delle relazioni con le altre professioni sanitarie.
- alla predisposizione di quanto di necessità per l'attivazione del "luogo virtuale di pensiero";
- alla definizione di dove, come e se fare il Congresso nazionale Ipasvi di fine mandato ovvero se trovare altre formule di espressione pubblica del livello di elaborazione professionale raggiunto e dell'orientamento del Gruppo professionale per il futuro;
- alla predisposizione di iniziative convegnistiche e seminariali inerenti:
 - la Conferenza sulle politiche della professione infermieristica;
 - il 2° Convegno nazionale sulla Libera professione infermieristica;
 - Il nuovo regolamento di contabilità e di amministrazione previa approvazione in Consiglio Nazionale;
 - I risultati della neo attivata "Ricerca Censis".

La comunicazione

Il programma proposto per l'anno 2013 dovrà continuare ad avvalersi di un'efficace e strutturato sistema di comunicazione che si intende mantenere e valorizzare in tutte le sue componenti attraverso:

- il portale "www.ipasvi.it" aperto:
 - all'interattività per i professionisti con presenza sui Social Network (Facebook, Youtube, Twitter);
 - al cittadino (consigli su specifiche tematiche).
- "L'infermiere" indicizzato on line e in cartaceo;
- la presentazione di rapporti vari;
- la diffusione di dati e dei risultati di indagini e sperimentazioni;
- i rapporti con i mass media.

Grazie per il fattivo contributo che senz'altro verrà dato alla concretizzazione di questo ambizioso programma e.... buon lavoro a tutti.



FOCUS

12 maggio 2013: si marcia assieme verso gli obiettivi del 2015!

A cura della Redazione

“Le Associazioni Infermieristiche Nazionali hanno un ruolo importante da rivestire nel formare, consigliare, incoraggiare e supportare gli infermieri nel loro lavoro. Esse devono continuare a lavorare a fianco dei rispettivi governi e di altri per potenziare i servizi sanitari e creare le condizioni necessarie a massimizzare il contributo infermieristico”. Con questo esordio la Presidente dell'*International Council of Nurses*, Rosemary Bryant, apre una riflessione per tutta la comunità infermieristica mondiale, e non solo. Come ogni anno il 12 maggio è la giornata in cui gli infermieri rilanciano temi di interesse generale che li vedono impegnati in prima persona; in questo 2013, l'attenzione viene posta sul ruolo che gli infermieri e le loro associazioni possono avere verso l'obiettivo della salute per tutti.

Un tema importante quello del rivolgersi ai grandi temi del pianeta e dell'umanità, senza fermarsi alle porte del proprio Paese. Sì perché la fame nel mondo, dicono gli infermieri, oppure le guerre, o anche il mancato accesso all'alfabetizzazione, impediscono lo sviluppo di condizioni di salute, quindi chiamano in causa non solo le risorse sanitarie di quel dato Paese, bensì i professionisti, o almeno gli infermieri, di ogni parte del mondo.

Infermieri in prima fila anche per l'ONU, che a partire dal 2008 ha focalizzato nella Dichiarazione del Millennio gli *Obiettivi di Sviluppo del Millennio* (MDG): si tratta di 8 obiettivi che nel loro insieme rappresentano un quadro di riferimento olistico per una riduzione sostenibile della povertà e per lo sviluppo. Tre obiettivi – il numero 4, il 5 e il 6 – sono specificatamente correlati con la salute, e in questa tappa intermedia del 2013 l'ICN, nel suo documento *CLOSING THE GAP: Millennium Development Goals 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1*, presenta i risultati al momento raggiunti, mettendoli a disposizione di tutti:

- **MDG 4 – Ridurre la mortalità infantile** - si sono ottenuti alcuni successi significativi nella riduzione della mortalità mondiale nei bambini al di sotto dei cinque anni di età. Tuttavia, la maggioranza dei 7,6 milioni di decessi annuali di bambini potrebbero essere evitati utilizzando interventi efficaci e sostenibili. La mortalità neonatale continua ad essere una grande preoccupazione, così come le malattie infettive e la malnutrizione.
- **MDG 5 – Migliorare la salute materna** - si è giunti ad una riduzione di circa il 50% dei casi di morte durante la gravidanza o il parto. Esistono ancora differenze significative tra le regioni: le donne dell'Africa Sub-sahariana sono quelle a maggior rischio, con il 56% dei decessi e un tasso di mortalità materna pari a 500. Per migliorare la salute materna è indispensabile posticipare le gravidanze, aumentare l'accesso ad un'assistenza professionale durante e dopo la gravidanza e a metodi contraccettivi sicuri, sostenibili ed efficaci e, quando necessario, assistenza completa nel post-aborto.

- **MDG 6 – Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie** - si sono raggiunte significative variazioni regionali ed anche alcuni successi: infatti si ha una riduzione delle persone infettate dall'HIV nella maggior parte delle regioni ed un significativo ampliamento dell'accesso alle terapie anti-retrovirali salvavita. Anche se i casi di malaria e di tubercolosi riportati stanno scendendo, non c'è spazio per il compiacimento: infatti sono aumentate le segnalazioni di resistenza all'artemisinina e agli insetticidi nel trattamento della malaria, così come crescono le segnalazioni di tubercolosi multi-farmaco resistente.

L'ICN identifica nell'azione infermieristica mondiale un contributo insostituibile: nella Tabella successiva vengono presentate alcune delle soluzioni e degli interventi raccomandati, riconducibili all'agire infermieristico. Questo schema può essere utilizzato dalle associazioni infermieristiche, dai formatori, dai manager dei servizi e da molti altri per focalizzare l'attenzione e le energie, nonché costituire un quadro di riferimento riconosciuto a livello internazionale per articolare e descrivere il contributo infermieristico alla salute nazionale e mondiale e alle priorità di sviluppo.

	Interventi suggeriti
Potenziamento dei sistemi sanitari	Reclutamento, ricompensa, mantenimento in servizio del personale sanitario e protezione della sua salute.
	Formazione, addestramento e costruzione di capacità per la pratica, la gestione, la ricerca e lo sviluppo.
	Monitoraggio e valutazione.
Pratica infermieristica	Gestione integrata delle malattie pediatriche.
	Gestione della malnutrizione e della malnutrizione acuta grave.
	Prevenzione, cura e gestione di malattie e patologie comprese la diarrea, la polmonite, la tubercolosi, la malaria.
	Cure prenatali, assistenza al parto, post-parto e neonatale.
	Promozione dell'allattamento al seno, supporto e educazione, supporto per un'alimentazione più sicura per i neonati di madri HIV positive.
	Supporto nutrizionale e consigli per gli infanti, gli adolescenti, le donne incinte e che allattano, particolarmente incentrato su prodotti locali.
	Servizi per la salute sessuale e riproduttiva per uomini e donne, compresa la pianificazione familiare.
	Controlli sui neonati e programmi di immunizzazione che comprendano il morbillo.
	Cure ostetriche di emergenza e adeguati riferimenti.
	Counselling sull'aborto nei limiti consentiti dalla legge.
	Assistenza qualificata, parto pulito, assistenza post-partum.
	Counselling – pianificazione familiare, contraccezione, post-aborto, HIV.

	Screening e trattamento delle infezioni sessualmente trasmesse.
	Prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio (PMTCT)
	Sangue sicuro, iniezioni sicure, controllo delle infezioni e precauzioni generali.
	Cura dell'HIV/AIDS, comprese le cure palliative.
	Prevenzione, trattamento, assistenza e controllo della TBC.
	Servizi integrati per HIV/TBC.
Promozione della salute e prevenzione della malattia	Cambiamenti comportamentali.
	Counselling e test HIV.
	Programmi esterni di promozione e informazione per le popolazioni svantaggiate (in termini di reddito, dislocazione, genere, età, ecc.).
	Formare e informare per eliminare la stigmatizzazione e la discriminazione.
	Educazione sessuale e riproduttiva e servizi adeguati per età e cultura.
	Prevenzione e gestione della stigmatizzazione e della discriminazione.
	Promuovere l'utilizzo di retine da letto anti-zanzara.
Condivisione delle informazioni	Monitoraggio delle politiche e delle procedure.
	Fare rete all'interno e oltre il settore sanitario.
	Scambio di conoscenze.
	Rendere i contenuti adeguati alla situazione e accessibili.
	Utilizzo adeguato delle nuove tecnologie.

Festeggiamo quindi il contributo degli infermieri nel mondo, che ogni anno celebrano il 12 maggio con uno slogan proposto dall'*International Council of Nurses*, la Federazione alla quale aderiscono più di 130 Associazioni nazionali infermieristiche (oltre 13 milioni di infermieri!!!) e in cui l'Italia è rappresentata dalla Cnai, a cui si deve anche la diffusione del documento che sarà pubblicato a metà aprile su www.ipasvi.it

Com'è ormai consuetudine consolidata, anche quest'anno la Federazione Ipasvi proporrà un manifesto celebrativo della Giornata internazionale dell'infermiere, che sarà utilizzato dai Collegi su tutto il territorio nazionale.



FOCUS

Il meglio del sapere infermieristico è adesso nelle tue mani!

A cura di Annamaria Ferraresi



La Federazione IPASVI aggiunge un nuovo tassello alla propria strategia per sostenere lo sviluppo culturale e scientifico della professione. Dopo l'implementazione del portale e l'indicizzazione della rivista *L'Infermiere*, oggi offre a tutti gli iscritti la possibilità di consultare gratuitamente

CINAHL PLUS with Full Text, strumento fondamentale per la formazione, la ricerca e l'aggiornamento degli infermieri.

Attraverso il portale Ipasvi tutti gli infermieri potranno connettersi gratuitamente per:

- ricercare oltre 5.000 riviste italiane e straniere di infermieristica e discipline afferenti;
- accedere a centinaia di monografie, audiovisivi, materiali didattici ecc.;
- consultare e scaricare gli articoli di oltre 770 riviste;
- effettuare ricerche per argomento e aggiornarsi sulle innovazioni organizzative e sugli sviluppi delle pratiche assistenziali;
- costruire un proprio profilo personale dove salvare i materiali di interesse.

L'Evidence-Based Practice e la recente tendenza verso la sanità digitale, implicano la capacità da parte degli infermieri, di gestire informazioni in modo efficace, per il mantenimento dei propri standard professionali e per educare gli utenti. In questo nuovo quadro il professionista deve possedere la capacità di riconoscere la necessità di nuove informazioni ed essere in grado di identificare, valutare, interpretare e applicare le nuove conoscenze acquisite.

Tale abilità trascende i confini professionali dell'infermieristica poiché è una competenza universale ormai ampiamente riconosciuta: "l'alfabetizzazione alla ricerca di informazioni consente alle persone di interpretare e formulare giudizi informati, così da diventare produttori di informazioni di per sé. L'individuo abile nel gestire le informazioni è in grado di accedere alle notizie sulla salute, l'ambiente, l'istruzione e il lavoro, in grado di prendere decisioni critiche in merito alla propria vita, per esempio, dimostrando maggiore responsabilità per la propria salute ed educazione" (UNESCO, 2009).

La quantità di informazioni richieste e la relativa estensione delle competenze necessarie, variano in base ad ogni specifica situazione. Ad esempio, uno studente di infermieristica in tirocinio deve utilizzare le informazioni per la semplice comprensione degli effetti delle patologie per migliorare la cura del paziente, al contrario un infermiere esperto deve basarsi su ampie prove di efficacia, per lo sviluppo di nuove procedure locali Evidence-Based.

Chi può utilizzare la banca dati CINAHL PLUS with FullText?

Per promuovere la ricerca, la cultura e l'innovazione della disciplina infermieristica, l'IPASVI mette a disposizione dell'intera collettività professionale l'accesso ad una banca dati internazionale.

Attraverso il portale www.ipasvi.it tutti i 408mila infermieri italiani potranno accedere **gratuitamente** alla banca dati che raccoglie le riviste di Scienze infermieristiche internazionali più autorevoli e accreditate nel mondo.

Come accedere a CINAHL?

Per utilizzare la banca dati è necessario registrarsi al portale IPASVI entrando nella sezione "Registrati" (nel banner della Home page in alto a sinistra).

Una volta eseguite le procedure di registrazione e ottenuti l'Username e la Password, è possibile accedere a tutti i servizi riservati sul portale agli iscritti IPASVI (per esempio Rassegna stampa e partecipazione alle Videochat).

Tra questi servizi rientra CINAHL.

Che cosa posso trovare in CINAHL PLUS with FullText?

La banca dati CINAHL è la più completa fonte di informazione internazionale in ambito infermieristico e per le professioni sanitarie; raccoglie i riferimenti bibliografici e riassunti (abstract) di più di 5.000 fonti scientifiche (riviste, libri, casi legali, tesi di dottorato ecc.): è una risorsa essenziale per la formazione continua e per la ricerca.

Nella versione *full text plus* sono visibili:

- il testo integrale (full text) di più di 770 riviste di rilievo internazionale come British Journal of Nursing, Nurse Researcher, Nursing Standard, Nursing Management, Emergency Nurse ecc.
- il full text di più di 275 libri
- il full text di più di 360 articoli che descrivono strumenti di ricerca infermieristica (questionari ecc.)
- la bibliografia dei singoli articoli in più di 1.360 riviste e la funzione di "cited references"

Sono inoltre a disposizione una serie di risorse di letteratura secondaria (selezionata e valutata) che descrivono in forma sintetica numerosi temi di interesse professionale:

- gli *Evidence based care sheets* (134), sintesi delle evidenze scientifiche relative ad un ambito tematico (Cosa si conosce) con particolare riferimento al ruolo dell'infermiere (Cosa si può fare);

- le *Quick lessons* (169) che, partendo dall'eziologia, descrivono quadri patologici e il processo assistenziale correlato (raccolta dati, obiettivi ed interventi infermieristici);
- le *Continuing Education Units* (CEU) (167) unità didattiche complete finalizzate all'aggiornamento professionale. Ogni unità è corredata da obiettivi didattici, casi clinici, algoritmi, tabelle riassuntive e da un test finale di apprendimento.

Come posso sfruttare CINAHL se non conosco l'inglese?

In alcune riviste è disponibile il formato Testo completo in HTML dell'articolo, in tal caso è possibile **tradurlo** in una delle numerose lingue disponibili; e inoltre presente l'opzione **ascoltare** l'articolo, tramite la funzione di conversione del testo in formato audio.

The screenshot shows a web browser window with a search result. At the top, there is a search bar with a dropdown menu for language selection and a 'Traduci' button. Below the search bar, the article title 'E.P. Yay' is displayed. The article text begins with 'Only bureaucrats can solve global warming.' and discusses climate change. On the right side of the browser, there is a sidebar with various tools like 'Stampa', 'E-mail', 'Salva', etc. The browser's address bar shows the URL 'http://translate.google.it/...'.

Se l'articolo di interesse è disponibile solo in formato PDF, vi sono programmi gratuiti come Google Translate che effettuano la traduzione in italiano. Collegandosi al sito <http://translate.google.it/> e cliccando sull'area *Traduci un documento* (collocata sotto il campo di testo) e poi sul pulsante *Sfoggia*, per selezionare il documento PDF da tradurre, dopo qualche istante si aprirà una pagina Web con il contenuto del file PDF tradotto. La traduzione automatica risulta in alcune frasi imperfetta, ma consente di comprendere il significato generale del documento.

È facile utilizzare le banche dati, tra cui CINAHL?

È facile; tuttavia le banche dati contengono migliaia di riferimenti bibliografici e se non vengono interrogate con la giusta metodologia è possibile escludere alcune fonti pertinenti o al contrario reperire articoli di scarso interesse.

Se il quesito riguarda temi non principalmente "evidence based" come ad esempio modelli concettuali (Carpenito, Orem), casi legali, descrizione di patologie o materiale informativo per l'utente la banca dati CINAHL offre numerose fonti tra cui libri, brevi trattati (*pamphlet chapter*) e approfondimenti (*quick lessons*).

Ugualmente, diverse sono le fonti disponibili per ricerca "evidence based" ossia di prove di efficacia a supporto della pratica clinica. In tale ambito di ricerca i quesiti possono essere di carattere trasversale (background), quando si vuole approfondire un argomento generale (assistenza al paziente con Alzheimer, Ictus); in tale caso è preferibile utilizzare la letteratura secondaria (sintetizzata e selezionata) come le linee guida, le revisioni, evidence based care sheet.

Se al contrario si ricerca letteratura scientifica in risposta ad un quesito specifico (*foreground*) la metodologia di interrogazione più diffusa è quella denominata **P.I.C.O.**, acronimo delle parole patient, intervention, comparison, outcome.

A tal fine, nella banca dati devono essere inserite le seguenti parole chiave:

P Paziente, popolazione o problema	Come posso descrivere una popolazione, un problema simile al mio?
------------------------------------	---

AND

I Intervento, fattore prognostico o di rischio	Quale intervento, fattore prognostico o di rischio considero?
--	---

AND

C Comparazione	Quale è il miglior intervento alternativo a quello studiato (Se appropriato)
----------------	--

AND

O Outcome	Che cosa ritengo debba accadere, migliorare, produrre ?
-----------	---

È importante sottolineare come oltre a CINAHL vi siano altre banche dati specifiche di linee guida (National Guidelines Clearinghouse, Sign, ecc.), revisioni sistematiche (Cochrane) e letteratura primaria (Pub Med) che **devono essere consultate** per essere certi di aver svolto una ricerca esaustiva.

Quali sono i principali inconvenienti che si possono verificare?

Gli inconvenienti più comuni possono essere rappresentati da:

1. *Troppe citazioni*: se l'elenco dei risultati visualizzati è troppo numeroso, può essere filtrato in base al tipo di documento (Riviste accademiche, Periodici, Libri/Monografie) oppure facilmente in base al periodo di pubblicazione. La banca dati contiene, inoltre, un filtro utile alla ricerca relativa ad aspetti di contenuto nelle pubblicazioni stesse (piani di assistenza, casi legali, algoritmi, test a scelta multipla, materiale educativo, opuscoli ecc.) facile da utilizzare.
2. *Sbagliata focalizzazione dell'argomento*: se la letteratura selezionata non è pertinente al quesito ricercato, è necessario verificare la correttezza delle parole chiave prescelte e soprattutto la loro traduzione in inglese che può non essere letterale.
3. *Manca di articoli in full text*: se per alcuni documenti di interesse non è possibile reperire il full text all'interno della banca dati CINAHL, è necessario richiederlo alla propria biblioteca aziendale oppure ad una qualsiasi biblioteca che eroghi il servizio di reperimento di articoli (document delivery).

Vi sono connessioni tra CINAHL ed i social network?

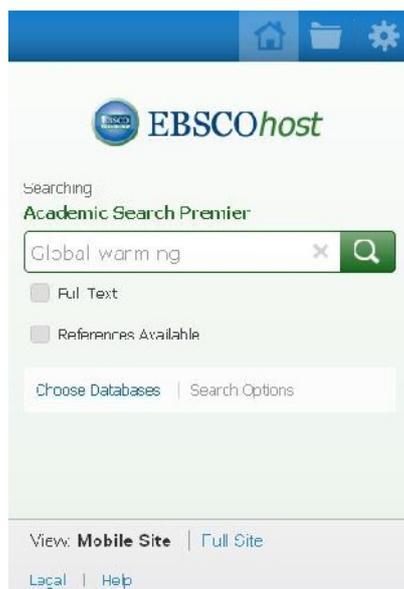
È possibile stampare, inviare tramite e-mail, salvare, citare o esportare un articolo e aggiungerlo alla cartella personale. È anche possibile creare una nota sull'articolo e salvarla nella cartella personale o condividerlo su Facebook o Twitter.

The screenshot displays the EBSCOhost search interface. On the left, there are filters for '2803 Risultati per...' and 'Perfezionare i risultati'. The main area shows two search results. The first result is 'Impact of the Warming Pattern on the Global Atmospheric Energy Budget' by Hernández-Delekta, Daniel, et al. The second result is 'Response of Upper Clouds in Global Warming Experiments Obtained Using a Global Nonhydrostatic Model with Explicit Cloud Processes' by Satoh, Masaki, Iga, Shin-ichi, Tomita, Hirofumi, Tsushima, Yoko, Noda, Akira T. A dropdown menu is open over the first result, showing options to 'Aggiungi alla cartella', 'Crea un avviso', and 'Utilizza Permalink'. The 'Crea un avviso' section includes 'Avviso e-mail' and 'Notizie RSS'. The 'Utilizza Permalink' section shows a text box with the URL 'http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true' and a row of social media sharing icons (Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube, etc.) highlighted with a red box.

Posso leggere articoli inclusi in CINAHL utilizzando il mio smart phone oppure attraverso un tablet?



Sì, sono disponibili numerose funzionalità per cellulari/tablet sia Mac che Android. CINAHL può essere consultato dal browser dello smartphone oppure del tablet; questi riconosce automaticamente l'utente e visualizza l'interfaccia dedicata a questa modalità di accesso.



È possibile ricercare e leggere gli articoli; toccando i link **HTML Full Text** o **PDF Full Text** si può visualizzare il testo completo di un articolo.

Inoltre, se disponibili, possono essere ingrandite, toccandole, le immagini che appaiono in miniatura sotto alle informazioni di un articolo attraverso Image Quick View.

Grazie alle **Search Options**, è semplice limitare o estendere i risultati della propria ricerca.



FOCUS

Sintesi dei risultati del voto del Comitato IMCO del PE del 23 gennaio 2013 sugli emendamenti della Direttiva 2005/36/CE

Il 23 gennaio 2013 il Comitato “Mercato Interno e Protezione dei Consumatori” (IMCO) del Parlamento Europeo ha votato il Rapporto Vergnaud relativo alla modernizzazione della Direttiva 36/2005/CE sul riconoscimento delle qualifiche professionali. Gli europarlamentari hanno dato un messaggio chiaro sulle loro aspettative in merito alla modernizzazione della Direttiva. In generale, il Comitato IMCO ha dato poco sostegno ad un'armonizzazione “verso” l'alto delle qualifiche professionali nell'UE. La Relatrice, Ms. Vergnaud, MEP (S&D) ha dichiarato che *“il voto riflette la volontà del Parlamento Europeo di migliorare gli strumenti della Direttiva 2005, per proporre dei nuovi, nonché per migliorare e garantire la mobilità dei professionisti europei”*.

A seguito di questo voto, è interessante sottolineare i seguenti punti:

- Gli europarlamentari concordavano sull'introduzione di una **Tessera Professionale Europea** (TPE) che mirasse a facilitare le procedure amministrative per i professionisti che lavorano in un altro paese. La Tessera sarà sotto forma di certificato elettronico rilasciato dal paese di provenienza. Essa farà riferimento all'IMI, il sistema elettronico di informazione per il mercato interno che sarà rivisto a tale scopo.
- Per quanto concerne il **Meccanismo di Allerta**, nella eventualità della revoca del diritto di esercitare la professione in uno Stato membro, tutti gli altri Stati Membri saranno informati di questa revoca attraverso il meccanismo di allerta (IMI). Sempre secondo il Rapporto, tutti gli Stati membri dovrebbero essere informati di ogni condanna o decisione disciplinare riguardante un professionista nel giro di 48 ore. Gli europarlamentari hanno anche aggiunto delle garanzie relative alla presunzione di innocenza.
- **L'accesso parziale**, mira a facilitare il riconoscimento delle professioni non riconosciute in diversi paesi. Sarà ancora impossibile nell'ambito delle 7 professioni che godono del riconoscimento automatico e per le professioni che non sono pienamente qualificate nel paese di origine. Un'unica autorità avrà la competenza di decidere sul rifiuto dell'accesso parziale e di definire le ragioni di interesse generale che giustificano tali rifiuti.
- In merito ai **test linguistici**, l'IMCO ha confermato che solo le autorità competenti dei paesi ospitanti debbano avere il diritto di valutare le conoscenze linguistiche dei professionisti della salute dopo il riconoscimento delle loro qualifiche, ma prima dell'autorizzazione all'esercizio della professione.

- In merito la **formazione professionale continua**, il Comitato IMCO propone di incoraggiare gli Stati Membri ad introdurre disposizioni sull'obbligo della formazione continua di alcuni professionisti della salute (medici, infermieri, dentisti, ostetriche). Gli europarlamentari hanno anche proposto di far valutare la formazione continua da un Ente di Valutazione (*European Quality Assurance Register*).
- Gli europarlamentari hanno anche adottato degli emendamenti molto positivi sui **Quadri Formativi Comuni (Common Training Frameworks)**. Il Rapporto stabilisce che questo ponte verso il riconoscimento automatico venga esteso anche alle specialità delle professioni automaticamente riconosciute. Inoltre, il testo del Parlamento, specifica che i Quadri Formativi Comuni debbano essere redatti con la collaborazione delle organizzazioni professionali.
- Per quanto riguarda il passaggio da 10 a 12 anni di istruzione generale obbligatoria prima di accedere alle Scuole Infermieristiche, proposto dalla Commissione UE, la maggioranza degli europarlamentari ha preferito raggiungere un compromesso, accettare i 12 anni e allo stesso tempo anche i 10 anni di istruzione generale, a condizione che le competenze specifiche comuni ad entrambi le categorie siano elencate e regolarmente aggiornate.
- Inoltre, gli europarlamentari hanno deciso che la Direttiva debba comprendere anche i **tirocini**, come una parte integrante dell'esperienza professionale. Il Parlamento Europeo si è espresso a favore dell'inclusione di tirocini non retribuiti, nonostante quanto proposto dalla Commissione UE, visto che i tirocini non retribuiti potrebbero essere parte integrante della formazione che consente di accedere ad una professione regolamentata.

Tratto da: **Telegramma CEPLIS**, The European Council of the Liberal Professions, 15 febbraio 2013 - n. 3/13

www.ceplis.org



FOCUS

L'UE mette in discussione il prerequisito dei 12 anni di scolarità per la formazione infermieristica

di Emma Martellotti

Il 23 gennaio 2013 la **Commissione IMCO** (Mercato Interno e Tutela del Consumatore) del Parlamento europeo ha approvato la proposta di modifica della **direttiva 2005/36/CE** relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali in tutta l'UE. Il testo approvato dalla Commissione ora deve essere sottoposto alla votazione in sessione plenaria del Parlamento europeo, prevista per il 22 maggio 2013. L'orientamento di procedere all'approvazione in prima lettura è stato confermato nella riunione della Commissione IMCO del 21 febbraio, per cui il documento su cui si è raggiunto l'accordo tra gli europarlamentari e i membri del Consiglio non dovrebbe essere modificato. A partire da marzo, sono comunque previsti degli incontri "a tre" sul documento tra la Commissione, il Consiglio e il Parlamento europeo.

Ai fini dell'esercizio professionale, allo stato attuale la direttiva prevede un regime di riconoscimento automatico dei titoli di formazione solo per 7 professioni, tra cui quella di **infermiere**, sulla base dell'armonizzazione dei requisiti minimi di formazione.

L'aggiornamento della direttiva dovrebbe mirare a rimuovere gli ostacoli in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali, a far fronte alla crescente richiesta di personale altamente qualificato, a facilitare la mobilità dei lavoratori e a migliorare l'efficienza dei mercati occupazionali.

In realtà, la nuova stesura dell'articolo 31 sulla formazione dell'infermiere responsabile dell'assistenza generale, che si basa sui sistemi di formazione infermieristica dei diversi Paesi UE, ribadisce alcuni elementi comuni presenti negli ordinamenti attualmente in vigore: il numero di anni della formazione (3 anni), il numero di ore (4.600 ore), il rapporto tra la teoria (1/3) e la pratica (1/2).

Ma il nuovo testo introduce anche un elemento rispetto al quale la Federazione Ipasvi esprime un profondo dissenso e una ferma opposizione: la possibilità di accedere alla formazione infermieristica di base, oltre che con una scolarità di 12 anni, anche con una scolarità di 10 anni.

Tale possibilità non costituisce solo un oggettivo svilimento della professione infermieristica, ma contrasta soprattutto con la necessità di migliorare la qualità dell'assistenza e di garantire la sicurezza delle cure dei cittadini dell'UE.

Inoltre si contrappone al principio che ispira tutti i futuri progetti dell'Unione Europea, che mirano a rendere l'Europa "la più grande economia mondiale basate sulle conoscenze", ostacolando proprio l'auspicata libera circolazione dei professionisti: infatti ben 25 dei 27 Stati Membri già prevedono l'obbligo di almeno 12 anni di istruzione obbligatoria generale per accedere alla formazione infermieristica.

La richiesta di abbassare a 10 anni la scolarità minima richiesta, è stata portata avanti dalla Germania, con il sostegno di Austria, Malta, Paesi Bassi e Lussemburgo. Contrariamente alla posizione della stragrande maggioranza dei Paesi europei, infatti, le autorità tedesche non ritengono che gli infermieri debbano conseguire una formazione universitaria, poiché secondo il loro punto di vista esercitano attività basate più sull'empatia con il malato che su conoscenze e competenze di livello universitario.

La Germania, inoltre, afferma che in questo periodo di crisi l'accesso dei giovani al mondo del lavoro possa essere facilitato da un livello basso di scolarità e che un contenimento dei livelli stipendiali possa essere raggiunto in area sanitaria utilizzando operatori con una qualificazione non universitaria.

Tale posizione retrograda, potenzialmente rischiosa per la sicurezza dei pazienti e penalizzante per la professione infermieristica, si è imposta nonostante l'intensa attività di lobbying svolta dall'Italia, insieme agli altri Paesi aderenti alla Fepi.

Della Fepi (Consiglio Europeo degli Enti Regolatori della Professione Infermieristica) fanno parte Italia, Francia, Irlanda, Grecia, Croazia, Romania, Serbia e Ungheria (con il supporto dei Presidenti degli Ordini Infermieristici del Regno Unito, della Spagna e del Portogallo e con gli Usa e il Canada in qualità di membri associati).

Attraverso la Fepi, associata al Ceflis (Consiglio europeo delle professioni liberali), questi Paesi stanno esercitando da almeno due anni forti pressioni presso tutte le istituzioni europee a sostegno:

- dei 12 anni di istruzione generale per l'accesso alla formazione infermieristica;
- di un unico percorso formativo per gli infermieri, fondato esclusivamente sulla formazione universitaria.

Tale posizione è stata evidenziata formalmente in diversi comunicati stampa e nel **Libro verde sulla modernizzazione della Direttiva sulle Qualifiche professionali** (8 settembre 2011) ed è stata condivisa, in quel documento, anche dal Nmc (Consiglio delle Infermiere ed ostetriche del Regno Unito) e dalla Efn (Federazione Europea delle Associazioni delle Infermiere). Segnaliamo, però, che l'Efn, cedendo alle pressioni della Germania, successivamente si è espressa a favore del doppio canale formativo.

Oltre alle azioni sopra descritte, la Fepi ha intrattenuto rapporti con tutti gli europarlamentari coinvolti nel processo di modernizzazione della 2005/36 e con le loro segreterie.

In particolare con:

- Ms. Bernadette Vergnaud, EP e Relatrice principale del Comitato IMCO del Parlamento Europeo;
- Ms. Constance Le Grip, EP e principale Relatore Ombra (Gruppo PPE - IMCO);
- Mr. Otmar Karas, EP, Vicepresidente del Parlamento Europeo e membro IMCO;
- Emma Mc Clarkin e Catherine Trautmann, particolarmente attive in ambito sanitario.

La Presidente della Fepi, **Dragica Simunec**, ha inviato specifiche note a tutti i Relatori, ai Relatori Ombra e ai Membri del Comitato del Parlamento europeo che ha lavorato sul testo.

La Dott.ssa **Phil Prendergast**, infermiera ed europarlamentare (EP) ha partecipato a Spalato alla Conferenza Fepi del 2012, che si è espressa a favore dei 12 anni.

Un appello predisposto da ESNO (European Specialist Nurses Organisations) - e fatto proprio da diverse Associazioni infermieristiche europee - è stato sottoscritto da migliaia di infermieri e inviato agli europarlamentari per sensibilizzarli al problema.

Per l'Italia l'appello è stato inviato agli europarlamentari Gino Trematerra, Sergio Cofferati, Lara Comi, Tiziano Motti, Matteo Salvini, Raffaele Baldassarre, Mario Borghesio e Pierantonio Panzeri.

A livello del Governo italiano, la Federazione Ipasvi si è fatta carico di sostenere ripetutamente analoga ferma presa di posizione in tutte le sedi competenti e in particolare ai tavoli del Ministero della Salute.

L'approvazione dell'attuale proposta di modifica assume, quindi, un carattere di particolare gravità anche perché ignora le opinioni e le richieste della maggioranza degli organismi e delle associazioni infermieristiche europee.

Il rischio determinato dall'attuale situazione è che in Europa si vengano a creare due tipologie di infermieri (universitari e non), lasciando ai singoli Stati la libertà di decidere se optare per la scelta della formazione universitaria o meno.

Nei margini consentiti dal previsto iter parlamentare, ormai alla sua conclusione, si ribadisce l'impegno a sollecitare ancora gli europarlamentari al fine di rivedere gli elementi critici della modifica della direttiva 2005/36/CE nella sua attuale stesura.

La comunicazione online tra professionisti e cittadino in ambito sanitario: primo rapporto sulle attività della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (IPASVI)

Marina Vanzetta¹, Annalisa Silvestro², Emma Martellotti³, Ercole Vellone⁴, Rosaria Alvaro⁵

¹Dottoranda in Scienze Infermieristiche, Università Tor Vergata, Roma; ²Presidente, ³Responsabile dei Servizi editoriali e giornalistici, Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI), Roma; ⁴Assegnista di Ricerca in Scienze Infermieristiche, ⁵Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università Tor Vergata, Roma

Corrispondenza: marina22@libero.it

RIASSUNTO

Introduzione Nella primavera del 2011 la Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (IPASVI), con la rivisitazione del proprio portale, ha aperto un canale diretto di comunicazione con i cittadini: la pagina *Per il Cittadino*, che nelle sue 3 rubriche *Click salute*, *ABC salute* e *L'infermiere risponde* fornisce informazioni e consigli su problemi di salute, stili di vita corretti e assistenza infermieristica. Obiettivo di questo studio è analizzare l'attività e il livello di attrattività della pagina.

Metodi Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati i rapporti di *Google Analytics* relativi all'attività della pagina *Per il cittadino* nel periodo compreso tra maggio 2011 e dicembre 2012.

Risultati Nell'intero periodo considerato la pagina è stata visitata complessivamente 306.674 volte (85.600 nel 2011 e 221.074 nel 2012), con 133.826 visite alla rubrica *Click salute* (rispettivamente 23.658 e 110.168), 125.424 alla sezione *ABC salute* (42.048 e 83.376) e 17.073 a *L'infermiere risponde* (7.244 e 9.829).

Conclusioni Il rapporto rappresenta una prima verifica del progetto di comunicazione con il cittadino intrapreso dalla Federazione: i risultati sono indubbiamente incoraggianti e confermano la bontà della scelta operata. Il livello di attività della pagina *Per il cittadino* è significativo di un bisogno informativo di carattere assistenziale in progressivo aumento, e l'informazione filtrata dall'infermiere è garanzia della scientificità e della fruibilità dei contenuti. Per consolidare questa forma di comunicazione sono però necessari ulteriori studi, allo scopo di comprendere come le informazioni proposte vengono vagliate dal cittadino, quanto sono rispondenti ai suoi bisogni informativi reali e quanto e come ne influenzano le scelte in materia di salute.

Parole chiave: cittadini, informazione sanitaria, siti web, infermieri

Online communication between healthcare professionals and citizens: first report on the activities of the Italian Federation of Nurses (IPASVI)

ABSTRACT

Introduction In the spring of 2011 the Italian Federation of Nurses (IPASVI), with the reorganization of its website, opened a direct channel of communication with the citizens: the page *For the Citizen*, that in its 3 sections *Click Health*, *ABC Health* and *The Nurse Answers* provides information and advice on medical problems, healthy lifestyles and nursing care. The aim of this study is to analyze the activity and attractiveness of the page.

Methods The data were collected using the reports of *Google Analytics* about the activity of the page *For the Citizen* between May 2011 and December 2012.

Results Overall, during the whole period considered the page was visited 306,674 times (85,600 in 2011 and 221,074 in 2012), with 133,826 visits to the section *Click Health* (23,658 and 110,168 respectively), 125,424 to *ABC Health* (42,048 and 83,376) and 17,073 to *The Nurse Answers* (7,244 and 9,829).

Conclusions This is the first report on the communication project undertaken by the IPASVI Federation: the results are definitely encouraging, and confirm the goodness of the choice made. The level of activity of the page *For the Citizen* is indicative of a growing need for online health information, and the information filtered by professional nurses guarantees the quality and clarity of the content. However, in order to strengthen this type of communication further studies will be necessary to understand how people use the information provided, and how this information meets their needs and influences their choices in terms of health.

Key words: citizens, health information, websites, nurses

INTRODUZIONE

In ambito sanitario la comunicazione ha un ruolo rilevante nella relazione tra professionisti e cittadino, non solo per il dovere di rispettarne il diritto all'informazione ma anche e soprattutto per promuoverne l'*empowerment* attraverso informazioni accessibili, mirate, accurate e di qualità (Vanzetta et al., 2012). La relazione professionista-cittadino, fondamentale per rispondere a bisogni di cura complessi in continua e rapida evoluzione, è uno degli elementi cardine del sistema salute; la capacità di fornire risposte competenti ma anche innovative alla domanda sempre crescente di percorsi assistenziali differenziati, coniugando presa in carico, personalizzazione della risposta e continuità dell'assistenza, non può prescindere dall'informazione e dalla comunicazione, componenti essenziali di tale relazione (Silvestro, 2009). In quest'ottica, nella primavera del 2011 la Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (IPASVI), con la rivisitazione del proprio portale, ha aperto un canale diretto di informazione con i cittadini.

La pagina *Per il cittadino* offre informazioni e consigli educativi su argomenti di interesse generale e specifico, da stili di vita corretti a singole condizioni patologiche e aspetti dell'assistenza infermieristica, e comprende 3 sezioni: *Click salute*, *ABC salute* e *L'infermiere risponde*.

La sezione *Click salute* pubblica periodicamente dossier su tematiche correlate alle patologie croniche e cronico-degenerative più frequenti e ai problemi prioritari di salute (Piano Sanitario Nazionale 2011-2013). Dopo un'introduzione che inquadra l'argomento da un punto di vista generale, ogni dossier è strutturato in quesiti (in numero variabile da 4 a 6) che analizzano i contenuti in modo più articolato e a cui vengono date risposte pragmatiche applicando i principi della Evidence-Based Practice (EBP). A completare l'esposizione concorrono le FAQ ("È vero che...?"), formulate a partire dalle domande poste con maggiore frequenza (Frequently Asked Questions) dagli assistiti ai professionisti nei diversi setting di cura, che hanno l'obiettivo di avallare o sfatare alcune tra le opinioni più diffuse nella popolazione.

I *Click salute* non sostituiscono le raccomandazioni e le prescrizioni del medico di famiglia e/o dello specialista o le indicazioni e gli interventi degli infermieri nei vari ambiti assistenziali: come le altre rubriche della pagina, sono solo strumenti finalizzati a orientare il cittadino, migliorandone le informazioni e le conoscenze. I termini utilizzati sono semplici e di comprensione immediata, allo scopo di aumentare l'alfabetizzazione in tema di salute utilizzando strumenti informatici (*health literacy*).

ABC salute contiene invece news, brevi comunica-

zioni derivate dai dati più recenti della letteratura internazionale. Le notizie, che sono accompagnate dalle fonti di riferimento per consentire al cittadino di approfondirne ulteriormente i contenuti, vengono pubblicate 3 volte alla settimana (il lunedì, il mercoledì e il venerdì).

Infine, *L'infermiere risponde* offre informazioni che riguardano quesiti specifici posti dagli utenti; il board scientifico che collabora con la redazione risponde alle domande in genere entro 2-3 giorni lavorativi.

Lo scopo che ci siamo proposti con questo studio è analizzare l'attività e il livello di attrattività della pagina *Per il Cittadino*.

METODI

I dati sono stati raccolti nel dicembre 2012 utilizzando i rapporti di *Google Analytics* (il servizio gratuito di statistiche di Google che permette di monitorare in modo dettagliato le visite di ogni sito) per il periodo compreso tra maggio 2011 e dicembre 2012.

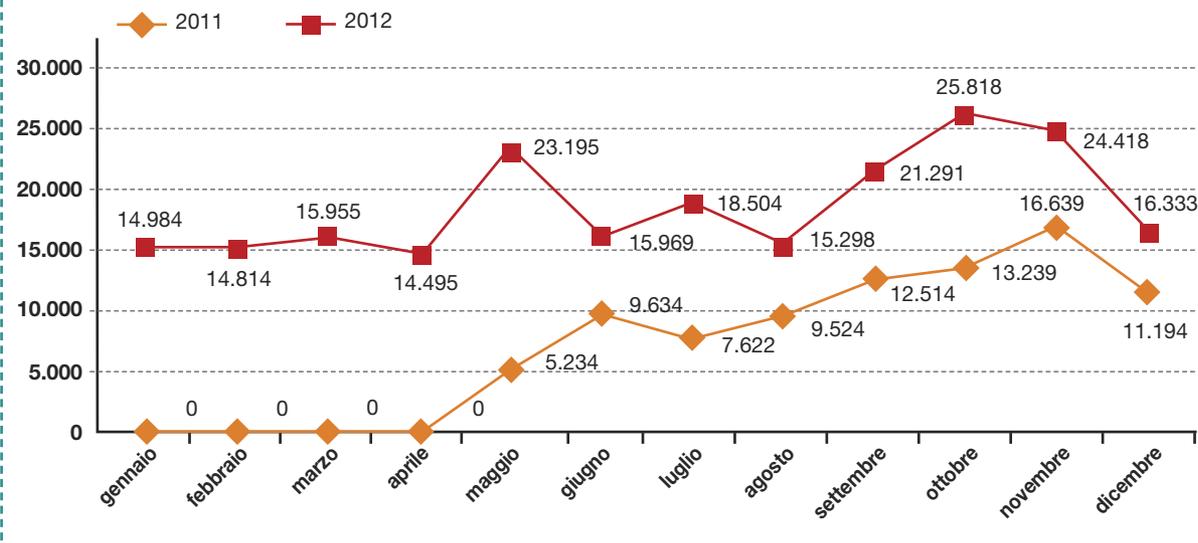
I dati relativi alla pagina *Per il cittadino* e alle singole rubriche *Click salute*, *ABC salute* e *L'infermiere risponde* sono stati considerati sia come visualizzazioni mensili, sia come visite complessive nell'intero periodo. È stata quindi effettuata un'analisi statistica di tipo descrittivo, esaminando ogni gruppo di dati in termini quantitativi e con un'analisi delle frequenze assolute.

RISULTATI

La pagina *Per il cittadino* ha avuto 85.600 visite da maggio a dicembre 2011 e 221.074 da gennaio a dicembre 2012 (**Figura 1**). Di queste, rispettivamente 12.650 nel 2011 e 17.701 nel 2012 sono state visite di passaggio della pagina non indirizzate in modo particolare a una delle rubriche. Per il 2011 il numero delle visite mensili andava da un minimo di 5.234 a un massimo di 16.639, con una mediana di 14.414 e una media di 10.700; per il 2012 (da 14.495 a 25.818 visite) la mediana è risultata pari a 16.151 e la media a 18.423.

Dall'aprile 2011 al novembre 2012 sono stati pubblicati 16 *Click salute* che approfondivano differenti tematiche assistenziali, alcune di carattere generale e altre più specifiche (**Tabella 1**). Le visite sono state complessivamente 23.658 nel 2011 e 110.168 nel 2012 (**Figura 2**). Per il 2011 la mediana delle visualizzazioni mensili (da 811 a 5.097) era 3.168 e la media 2.957; per il 2012 la mediana e la media erano invece rispettivamente 8.983 e 9.180 (da 5.262 a 15.176 visite mensili).

La **Figura 3** riporta il numero totale delle visite effettuate durante il periodo di osservazione ai singoli *Click salute*: i più visti, superando la quota di 10.000

Figura 1. Numero delle visite mensili alla pagina *Per il cittadino* nel 2011 e nel 2012

visite, sono stati quelli che trattavano la gestione del catetere vescicale, la prevenzione delle lesioni da decubito, l'alimentazione come stile di vita per una buona salute, la gestione del catetere venoso centrale e la disidratazione dell'anziano.

Per la rubrica *ABC salute* l'incremento dal 2011 al 2012 è stato di minore entità, con 42.048 visite nel primo anno e 83.376 nel secondo (**Figura 4**). Rispetto alle visite mensili, media e mediana erano pari a 4.993 e a 5.256 per il 2011 (da 2.000 a 8.153 visite), a 6.788 e a 6.948 per il 2012 (5.122-9.926). Tendenzialmente, le news più visitate sono state quelle con contenuti di natura più specifica (**Figura 5**); nella **Tabella 2** sono specificate le loro date di pubblicazione online.

Come per quelli analoghi relativi ai *Click salute*, un limite di questi dati è che ovviamente risentono del tempo di permanenza online dei singoli dossier e

delle singole news; forniscono comunque un quadro generale sui temi che hanno suscitato maggiore interesse da parte degli utenti.

La sezione *L'infermiere risponde* è stata visitata 7.244 volte nel 2011, con una mediana di 866 e una media di 906 visite mensili (699-1.222), e 9.829 volte nel 2012, con una mediana di 821 e una media di 819 visite mensili (595-1.000). Ad accedere alla rubrica sono stati anche molti infermieri, con richieste che spesso riguardavano, più che informazioni di carattere assistenziale, l'esercizio professionale: competenze, responsabilità, formazione continua e post base.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti evidenziano in primo luogo il progressivo aumento delle visite alla pagina. Anche se a causa della diversa lunghezza dei periodi considerati

Tabella 1. Tematiche trattate nei *Click salute* pubblicati negli anni 2011-2012

2011	2012
Allattamento (aprile)	Gestione del catetere vescicale (gennaio)
Prevenzione delle lesioni da decubito (giugno)	BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) (febbraio)
Gestione del catetere venoso centrale (luglio)	Frattura d'anca (aprile)
L'alimentazione come stile di vita per una buona salute (settembre)	La febbre nel bambino (maggio) Disidratazione nell'anziano (maggio)
Dolore cronico oncologico (ottobre)	Allergia al lattice (luglio)
Misure igieniche per la prevenzione delle infezioni (novembre)	Le vaccinazioni pediatriche (agosto)
Quando serve la contenzione (dicembre)	Nausea e vomito da chemioterapia (ottobre) Ipertensione arteriosa: le modifiche dei comportamenti (novembre)

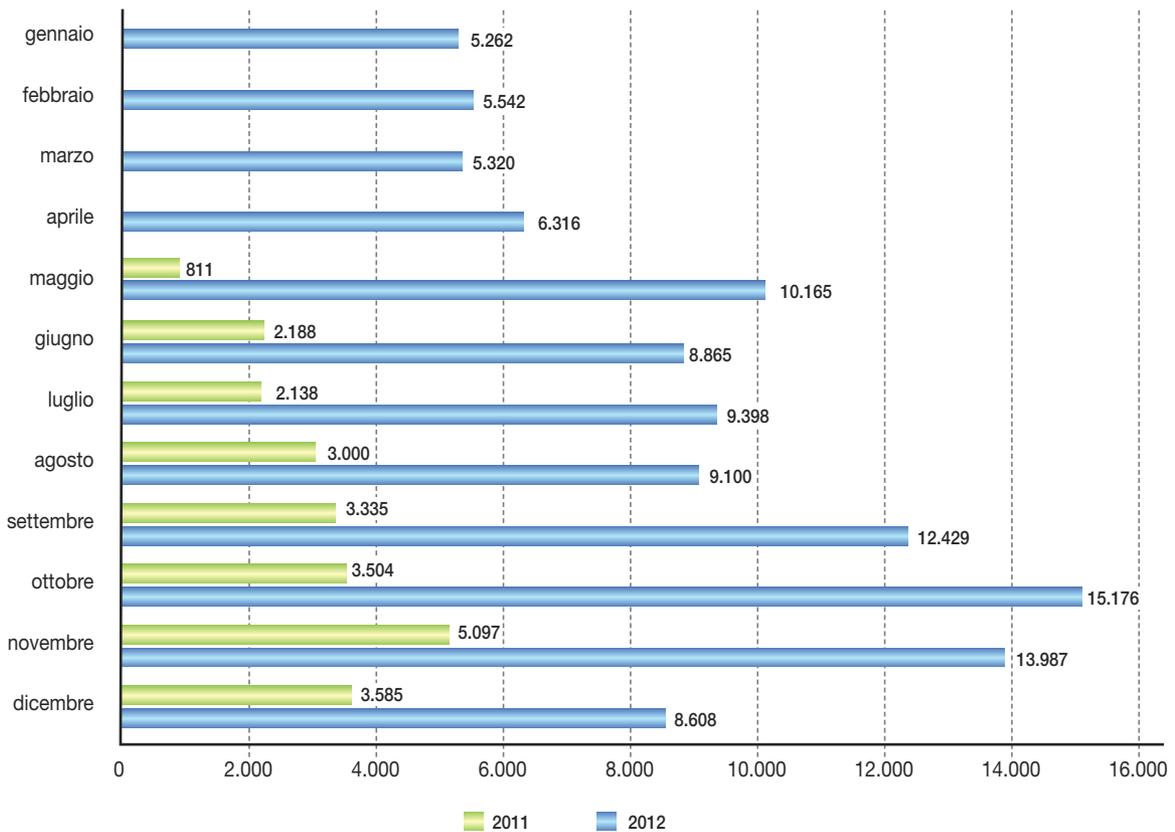
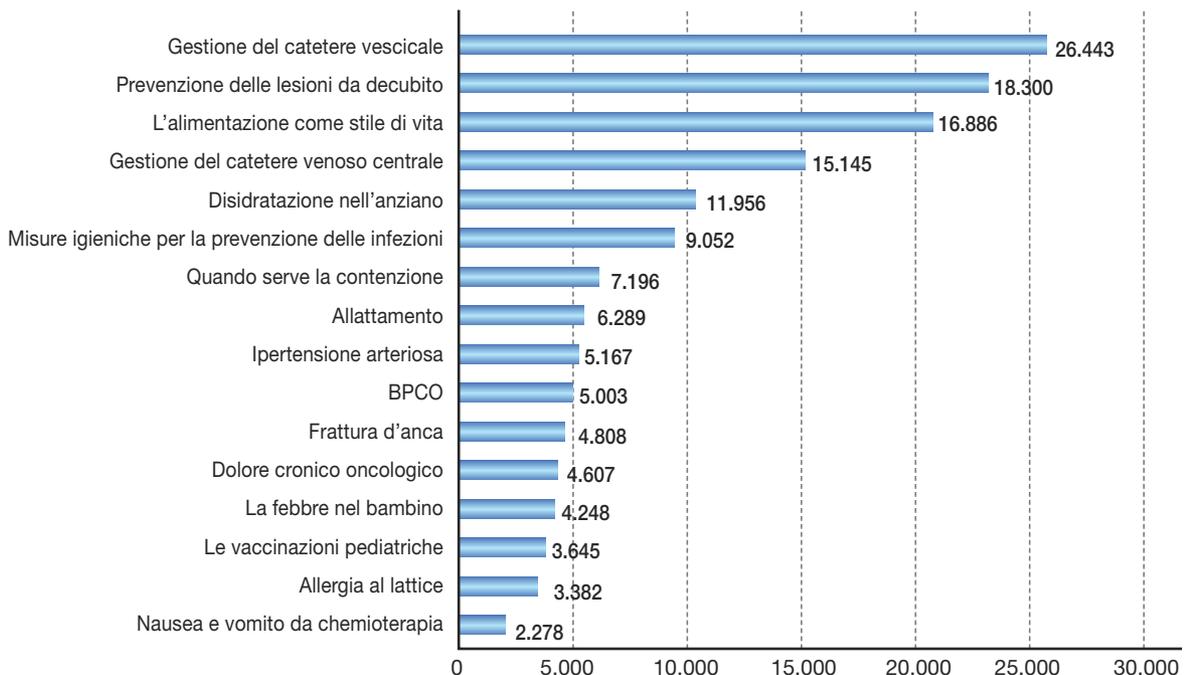
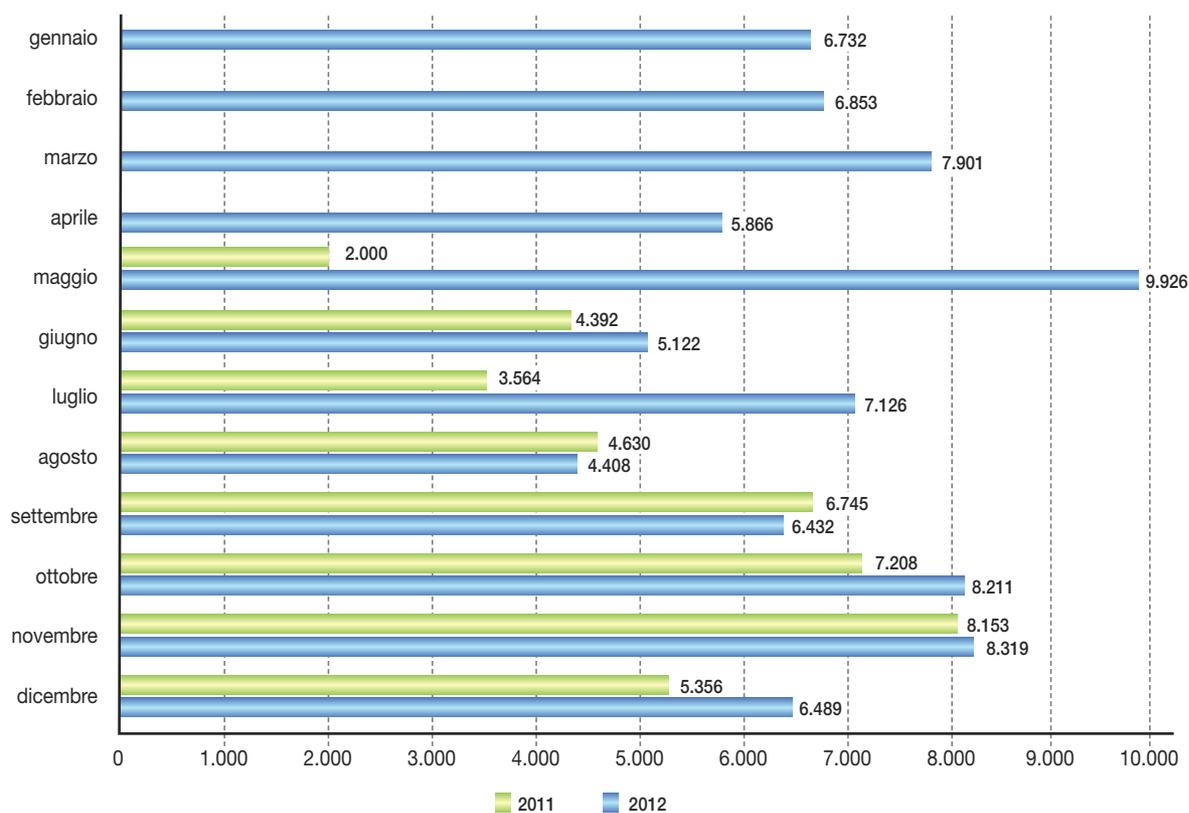
Figura 2. Numero delle visite mensili alla rubrica *Click salute* nel 2011 e nel 2012**Figura 3.** I *Click salute* più visti da maggio 2011 a dicembre 2012

Figura 4. Numero delle visite mensili alla rubrica *ABC salute* nel 2011 e nel 2012

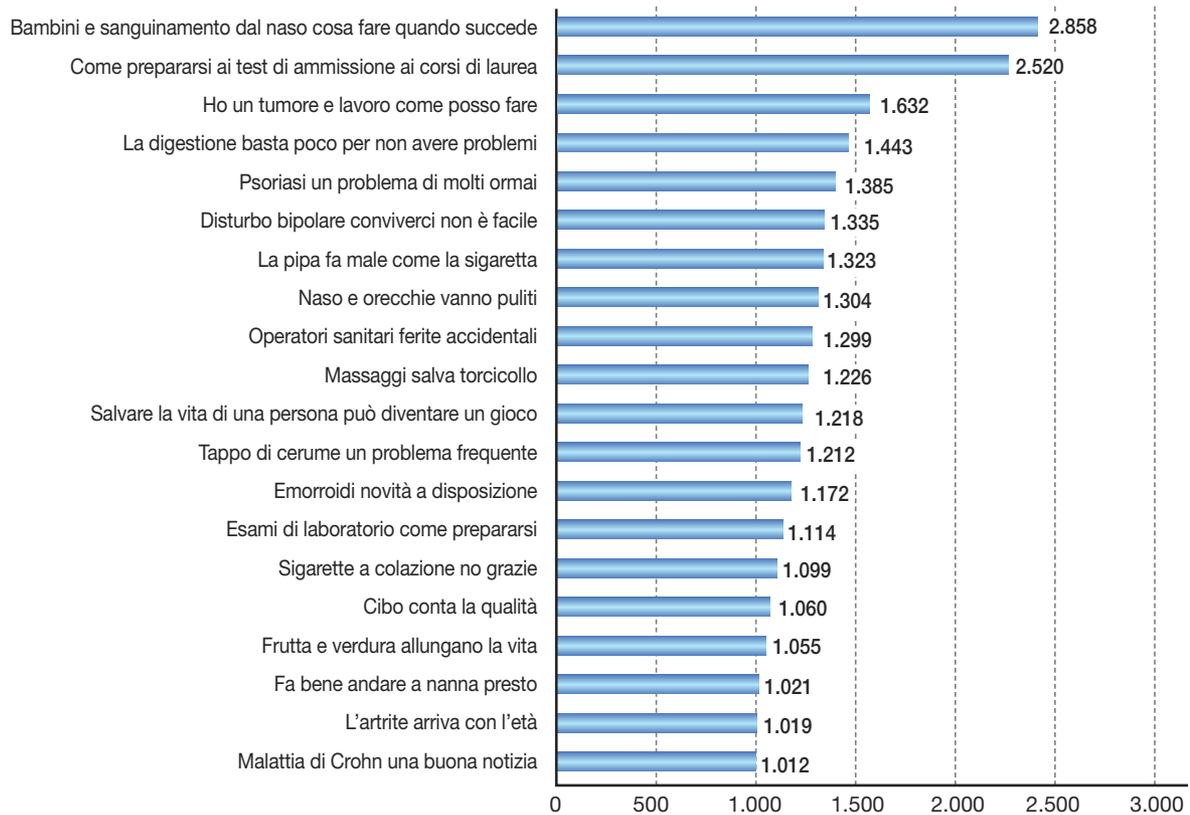
per i 2 anni non si tratta di un confronto rigoroso, e questo è un limite intrinseco dello studio, rispetto al 2011 nel 2012 il numero complessivo delle visualizzazioni è aumentato di circa il 158%; l'incremento riguarda soprattutto la rubrica *Click salute* (365%) e in misura minore *ABC salute* (98%). La rilevanza dell'aumento è peraltro confermata dai dati che si ricavano paragonando le visualizzazioni del 2011 a quelle degli ultimi 8 mesi del 2012, sia globalmente (160.826 visite da maggio a dicembre 2012, incremento percentuale 87,8%), sia esaminando separatamente le 2 rubriche (*Click salute*: 87.728 visite, incremento percentuale 270,8%; *ABC salute*: 56.033 visite, incremento percentuale 33,2%).

Tale aumento degli accessi rimarca la funzione di internet nella ricerca e nello scambio di informazioni di carattere sanitario da parte del cittadino, ma anche la tendenza in costante crescita all'uso di questo mezzo di comunicazione, la cui penetrazione nel 2012 ha avuto un aumento di 9 punti percentuali rispetto al 2011 (Censis, 2009, 2012a, 2012b). Oggi gli utilizzatori, che nel 2011 avevano superato la soglia del 50%, sono circa il 62,1% degli italiani; la percentuale sale all'84,1% tra le persone con maggiore scolarità (diplomate o laureate), al 74,4% tra i resi-

denti di città con più di 500.000 abitanti e al 90,8% tra i giovani (14-29 anni). Di fatto internet offre opportunità di comunicazione diretta tra professionisti e cittadino non implementabili con altri mezzi di comunicazione più tradizionali e consolidati come la carta stampata. Quest'ultima continua peraltro a registrare una perdita di lettori. A leggere i quotidiani è attualmente solo il 45,5% della popolazione, contro il 67% nel 2007; tra il 2011 e il 2012 i lettori sono diminuiti del 2,3%. Si è registrato invece un lieve aumento (2,1%) dei lettori dei quotidiani online, che raggiungono così una percentuale pari al 20,3% (Censis, 2012a).

Un secondo punto riguarda l'interesse dimostrato dai visitatori per le diverse rubriche della pagina, che in generale sottolinea una maggiore attenzione verso alcuni tipi di informazioni: quelle relative a particolari problemi di salute e/o malattie specifiche e quelle su trattamenti o procedure sanitarie.

Da un'indagine sulla relazione fra internet e salute condotta nel 2010, che ha coinvolto 12.262 persone in 12 paesi (Australia, Brasile, Cina, Francia, Germania, Gran Bretagna, India, Italia, Messico, Russia, Spagna e Stati Uniti), è emerso che in media il 68% degli utenti (poco più del 60% nel nostro paese) ri-

Figura 5. Gli ABC salute più visti da maggio 2011 a dicembre 2012

correvano alla rete per trovare informazioni sui farmaci, il 46% per avere notizie utili a fare autodiagnosi (attorno al 40% nel nostro paese), il 39% per confrontare la propria esperienza con altre persone con gli stessi problemi di salute, il 25% per avere indicazioni sui medici (McDaid, La Park, 2011).

Un altro studio recente condotto su scala nazionale negli Stati Uniti ha riscontrato che più della metà degli utenti di internet cercava in rete informazioni riguardanti particolari disturbi o patologie (il 66%) e trattamenti o procedure mediche (il 56%). Il 29% cercava informazioni sulla sicurezza degli alimenti, il 24% sulla sicurezza dei farmaci, il 22% sui fattori di rischio ambientale, il 17% su perdita di memoria, demenza o malattia di Alzheimer, il 14% sulla gestione del dolore cronico, il 12% sull'assistenza a lungo termine per persone anziane o disabili (Fox, 2011).

L'aumento delle visite alla pagina *Per il cittadino*, specialmente alla sezione *Click salute*, e la preferenza per gli argomenti a carattere assistenziale (come la gestione del catetere vescicale e del catetere venoso centrale, la prevenzione delle lesioni da decubito o la disidratazione nell'anziano) in dossier che offrono informazioni strutturate, concrete e immediatamente fruibili, mettono in luce un bisogno informativo non

soddisfatto o soddisfatto solo parzialmente da altre fonti di informazioni disponibili in rete. A determinarlo è verosimilmente lo scenario delineato dai mutamenti demografici ed epidemiologici, che a fronte del numero sempre più alto di persone anziane che richiedono un'assistenza continua e al di fuori del contesto ospedaliero evidenziano la necessità di una sempre più forte componente assistenziale nella risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Secondo i dati riportati nell'ultimo Piano Sanitario Nazionale, in Italia gli ultra64enni costituivano nel 2009 il 20% della popolazione, con un indice di vecchiaia (il rapporto tra gli anziani di età superiore ai 64 anni e i giovanissimi di 0-14 anni) del 144% contro il 127% dell'anno 2000. Altrettanto indicativo è il rapporto di dipendenza, cioè il rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e sopra i 64 anni) e attiva (15-64 anni), che nell'ultimo decennio è aumentato dal 48% al 52%; nel 2009 c'erano 31 ultra64enni ogni 100 persone in età attiva.

A livello epidemiologico hanno un ruolo predominante le patologie che interessano in modo particolare gli anziani (malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche, tumori, malattie neurologiche) e il costante aumento di condizioni cronic-degenerative

Tabella 2. ABC salute: date di pubblicazione delle 20 news più viste

Titolo	Data di pubblicazione
Bambini e sanguinamento dal naso: cosa fare quando succede?	16 marzo 2012
Come prepararsi ai test di ammissione ai corsi di laurea	2 agosto 2011
Ho un tumore e lavoro: come posso fare?	18 maggio 2012
La digestione, basta poco per non avere problemi	29 luglio 2011
Psoriasi: un problema di molti ormai	25 maggio 2012
Disturbo bipolare: conviverci non è facile	30 novembre 2011
La pipa fa male come la sigaretta	13 maggio 2011
Naso e orecchie: vanno puliti?	17 febbraio 2012
Operatori sanitari: ferite accidentali	30 ottobre 2012
Massaggi salva torcicollo	5 marzo 2012
Salvare la vita di una persona può diventare un gioco?	2 marzo 2012
Tappo di cerume: un problema frequente	4 aprile 2012
Emorroidi: novità a disposizione	4 maggio 2012
Esami di laboratorio: come prepararsi	6 luglio 2012
Sigarette a colazione, no grazie	26 settembre 2011
Cibo: conta la qualità	10 ottobre 2011
Frutta e verdura allungano la vita	25 luglio 2011
Fa bene andare a nanna presto	21 novembre 2011
L'artrite arriva con l'età	7 novembre 2011
Malattia di Crohn: una buona notizia	27 gennaio 2012

che rendono necessaria un'assistenza continuativa nel tempo (Piano Sanitario Nazionale 2011-2013). Non si sono invece rilevate variazioni significative tra il 2011 e il 2012 nel numero delle visite alla rubrica *L'Infermiere risponde*. Le ragioni possono essere diverse. Da un lato è possibile postulare che i temi proposti e approfonditi nelle sezioni *Click salute* e *ABC salute* abbiano in molti casi già fornito informazioni sufficienti e quindi ridotto l'esigenza di utilizzare la rubrica per ottenere indicazioni su quesiti particolari. Dall'altro, in generale la formulazione di una richiesta molto specifica di informazioni presuppone una relazione diretta del cittadino con il professionista, basata su un rapporto di fiducia che non risulta immediato nella comunicazione in rete.

CONCLUSIONI

L'attività della pagina pone l'accento sulla sfida accolta dall'IPASVI nell'apertura di un canale di comunicazione diretto con il cittadino attraverso il proprio portale, istituzionalmente rivolto ai professionisti. I risultati ottenuti confermano la bontà della scelta fatta dalla Federazione e sono orientativi per il Ministero della Salute, che ha condiviso il progetto e ha inserito nella sua homepage un collegamento alla pagina nella sezione *Speciali* alla voce *Guide Pratiche all'assistenza infermieristica*.

Questo rapporto rappresenta una prima verifica del progetto: i dati sono indubbiamente incoraggianti, ma perché la pagina *Per il cittadino* possa continuare a essere uno strumento di comunicazione valido e innovativo l'approccio intrapreso va mantenuto e potenziato con il contributo di tutta la comunità professionale. L'informazione non offerta semplicemente ma filtrata e strutturata dall'infermiere secondo i fondamenti dell'*health literacy* è per il cittadino garanzia della scientificità e della fruibilità dei contenuti, non lo disorienta nelle decisioni e ne promuove la fidelizzazione. Della pagina può inoltre valersi anche il professionista, sia per soddisfare il bisogno informativo degli assistiti presi in carico nei diversi ambiti operativi, sia per fungere da generatore e moltiplicatore dell'informazione attraverso la rete.

Per consolidare questa forma di comunicazione sono però necessari ulteriori studi, mirati a comprendere come le informazioni proposte sono vagliate dal cittadino, quanto sono rispondenti ai suoi reali bisogni informativi e quanto e come lo influenzano nelle scelte di carattere assistenziale e nei comportamenti personali.

BIBLIOGRAFIA

Censis (2009) 43° Rapporto sulla situazione sociale del

- Paese. Disponibile all'indirizzo: www.censis.it
- Censis (2012a) *10° Rapporto Censis/Ucsi sulla comunicazione. I media siamo noi. L'inizio dell'era biomediativa*. Disponibile all'indirizzo: www.censis.it
- Censis (2012b) *46° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*. Disponibile all'indirizzo: www.censis.it
- Fox S (2011) *Health topics: 80% of internet users look for health information online*. Pew Research Center's Internet & American Life Project. Disponibile all'indirizzo: <http://pewinternet.org/Reports/2011/HealthTopics.aspx>
- McDaid D, Park A (2011) *Online health: untangling the web*. Bupa Health Pulse 2010. Disponibile all'indirizzo: www.bupa.com/healthpulse
- Ministero della Salute (2011) *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*. Disponibile all'indirizzo: www.salute.gov.it
- Silvestro A (2009) (a cura di) *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*. McGraw Hill, Milano.
- Vanzetta M, Vellone E, De Marinis MG, Cavicchi I, Alvaro R (2012) *L'informazione online fornita dai siti delle Aziende Sanitarie Ospedaliere Italiane: indagine descrittiva sull'aderenza alle linee guida del Ministero della Salute*. Ann Ig, 24 (6), 507-516.

Invecchiamento dei professionisti sanitari e fenomeno delle inidoneità al lavoro: studio osservazionale

Rita Maricchio¹, Annamaria Ferraresi², Federica Bonamici³, Antonella Bertelli⁴, Lorenza Passarini⁵, Annamaria Bagnasco⁶, Loredana Sasso⁷

¹Dottoranda di ricerca, Università degli Studi di Genova; ^{2,3,4,5}Infermiera, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; ⁶Ricercatore, Università degli Studi di Genova; ⁷Professore Associato, Università degli Studi di Genova

Corrispondenza: ritamaricchio@hotmail.com

RIASSUNTO

Introduzione Nella maggior parte dei paesi sviluppati l'invecchiamento della forza lavoro è un fenomeno che interessa tutti i settori. In particolare, in Italia l'invecchiamento della popolazione lavorativa nel settore ospedaliero è correlato a un incremento dei problemi di salute che possono portare al riconoscimento dell'inidoneità ad alcune mansioni. L'obiettivo dello studio è valutare le caratteristiche dei professionisti inidonei nella popolazione dei dipendenti ospedalieri.

Metodi Il campione è costituito dai 3.973 dipendenti a tempo indeterminato appartenenti al comparto sanitario di due aziende sanitarie del Nord Italia con caratteristiche simili. Le direzioni aziendali hanno autorizzato l'accesso al sistema informativo di gestione delle risorse umane da cui sono stati estrapolati i dati.

Risultati In un ospedale era inidoneo per una o più cause il 23,28% dei dipendenti, mentre nell'altro la percentuale era pari al 6,49%. Per il primo ospedale si sono riscontrate associazioni statisticamente significative tra la condizione di inidoneità e il sesso, la fascia di età e la categoria professionale; per il secondo era significativa solo l'associazione con il sesso del dipendente. Il rischio di inidoneità riconosciuta è risultato di 1,88 volte più alto per le donne, e per entrambi i sessi aumentava del 9,9% ogni cinque anni di età.

Conclusioni Nel contesto sociodemografico italiano, la strutturazione di un ambiente di lavoro che tenga conto dell'invecchiamento progressivo del personale sanitario ospedaliero, con l'attivazione di strategie per garantire un maggiore benessere ai dipendenti meno giovani e ridurre le situazioni di inidoneità, sarà una delle sfide più significative del prossimo futuro al fine di gestire al meglio una prevedibile emergenza.

Parole chiave: invecchiamento, inidoneità, dipendenti ospedalieri, infermieri

Aging of healthcare professionals and “unfitness” among hospital employees: an observational study

ABSTRACT

Introduction In most developed countries the workforce is aging across all sectors. In particular, in Italy the aging of workforce in the healthcare sector is related to an increased rate of medical problems that may lead to the certification of “unfitness”, some kind of disability which prevents workers from performing certain duties. The aim of this study is to investigate the unfitness phenomenon among hospital employees.

Methods The sample included 3,973 employees of two hospitals with similar characteristics in Northern Italy. The data were gathered from the human resources information systems of the hospitals, with the authorization of their administration.

Results Among the sanitary staff of the two hospitals, the employees classified as unfit to perform specific tasks related to their job were respectively 23.28% and 6.49%. For the first hospital unfitness was significantly associated with sex, age and professional category, while for the second only the association with sex was statistically significant. The risk of unfitness was 1.88 times higher for women, and for both men and women increased by 9.9% every five years of age.

Conclusions In the Italian sociodemographic context, in order to deal with a predictable emergency, in the next future it will be necessary to adapt the working environment to the needs of aging healthcare professionals, with the implementation of strategies for ensuring the well-being of older hospital employees and reducing the risk of unfitness.

Key words: aging, work ability, hospital personnel, nurses

INTRODUZIONE

Nel mondo occidentale l'invecchiamento della forza lavoro è un fenomeno che accomuna tutte le economie sviluppate e tutti i settori (OECD, 2006), come esito di due fattori principali: demografico, correlato all'invecchiamento della popolazione in generale, ed economico, correlato alla crisi finanziaria dei sistemi di protezione sociale. Il progressivo innalzamento dell'età pensionabile, con l'aumento degli anni di contribuzione, è considerato un forte acceleratore dell'invecchiamento della forza lavoro (OECD, 2004).

Nel settore ospedaliero l'invecchiamento della popolazione lavorativa ha conseguenze importanti in termini organizzativi e gestionali (Buerhaus et al., 2000; Keller, Burns, 2010), in quanto alcune attività degli operatori sanitari o le condizioni in cui tali attività si svolgono possono essere a loro volta causa di problemi di salute che aumentano tipicamente con l'età. Come evidenziato da numerose ricerche, in questo settore i disturbi muscoloscheletrici sono una delle patologie più frequenti (Lorusso et al., 2007; Souza, Alexandre, 2012). L'attenzione della letteratura si è focalizzata prevalentemente sullo studio delle lombalgie, mentre restano ancora poco esplorati altri disturbi dell'apparato osteoarticolare o la presenza di comorbidità. Le condizioni lavorative implicate nell'insorgenza dei problemi di salute sono molteplici e riguardano non solo gli aspetti fisici del lavoro, ma anche quelli psicosociali (Da Costa, Vieira, 2010; Mehrdad et al., 2010; Menzel et al., 2004), il cui impatto è probabilmente potenziato da un'esposizione cumulata.

In Italia le trasformazioni che hanno investito il sistema sanitario (aziendalizzazione, sistema dei DRG, degenti sempre più anziani e polipatologici) hanno determinato un aumento dei ritmi e dei tempi di lavoro con inevitabili ripercussioni sulla salute degli operatori, specie di quelli più anziani. L'interrogativo che si pone, in un'ottica di conciliazione di qualità e sicurezza, è come gli operatori potranno far fronte a tali trasformazioni con l'avanzare dell'età garantendo contemporaneamente un buon livello di qualità delle cure, contenendo l'usura e gli effetti negativi per la propria salute.

Il tema dell'invecchiamento degli operatori sanitari solleva tre questioni per la medicina del lavoro e l'ergonomia (Barbini, Squadroni, 2003):

- la difficoltà di riassegnazione del personale con ridotte capacità lavorative;
- il rischio di un "invecchiamento patologico";
- il mantenimento delle capacità lavorative degli operatori al fine di garantire la qualità dell'assistenza.

La tutela della salute degli operatori è infatti strettamente legata al livello delle cure fornite. Se l'orga-

nizzazione e le modalità di svolgimento del lavoro lo rendono "non più adatto", l'operatore è costretto ad abbandonare la professione o a tutelare la propria salute riducendo la qualità/quantità delle sue prestazioni. Le limitazioni certificate dal medico competente (in particolare l'inidoneità) sono uno strumento fondamentale per la prevenzione di conseguenze potenzialmente ancora più gravi per il professionista e la salvaguardia del suo stato di salute, ma l'esperienza concreta delle aziende sanitarie e la dinamica di invecchiamento del personale indicano la necessità di adottare nuove modalità di gestione organizzativa del fenomeno, caratterizzato negli ultimi anni da un progressivo aumento del numero di lavoratori inidonei. La formulazione del giudizio di inidoneità è il momento finale di un percorso effettuato dal medico competente previa analisi e discussione critica dei dati emersi; l'iter della valutazione può concludersi con una gamma di possibilità:

- idoneità alla mansione specifica: piena idoneità;
- non idoneità parziale alla mansione specifica: l'inidoneità (non correggibile con prescrizioni) è limitata ad alcune attività comprese nella mansione;
- non idoneità totale alla mansione specifica: l'inidoneità (non correggibile con prescrizioni) riguarda tutte le attività che rientrano nella mansione, rendendo impossibile un uso proficuo del lavoratore in quella mansione;
- non idoneità temporanea alla mansione specifica: l'inidoneità, totale o parziale, è prevedibilmente limitata nel tempo;
- idoneità con prescrizioni: l'idoneità a una mansione è totale, purché vengano poste in essere determinate precauzioni.

Il giudizio di inidoneità può essere permanente o temporaneo: permanente, quando lo stato patologico che ha sostenuto il giudizio rimane invariato per tutta la vita lavorativa; temporaneo, quando lo stato patologico è limitato nel tempo. A tutt'oggi esiste peraltro un certo grado di confusione (favorito dall'usuale genericità del dettato legislativo) in merito al significato delle singole definizioni di idoneità; in particolare vengono solitamente confusi e usati indifferentemente i concetti di idoneità con prescrizioni e non idoneità parziale.

Il giudizio di idoneità che deve essere espresso dal medico del lavoro competente può essere definito come "la valutazione del possesso dei requisiti psicofisici e dell'assenza di controindicazioni per lo svolgimento della mansione specifica in relazione, innanzitutto, alla presenza di rischi professionali, accertati e riportati nel documento di valutazione dei rischi, e in relazione alle caratteristiche della mansione

che, in soggetti con particolari patologie, potrebbero determinare un aggravamento, per la salute e la sicurezza del lavoratore” (Articolo 41, comma 6, Decreto Legislativo 81). Nelle aziende sanitarie la certificazione di idoneità è obbligatoria per svolgere un’attività lavorativa se tale attività è considerata “a rischio” secondo il documento di valutazione dei rischi (Articolo 28, Decreto Legislativo 81).

L’intero fenomeno si inserisce nel quadro che deriva dal progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa ospedaliera, e non potrà che produrre effetti significativi sul piano economico-produttivo, sociale e sanitario. Nel prossimo futuro avremo personale anziano che assisterà persone anziane, con un incremento del numero degli operatori che dovranno lavorare in condizioni fisiche non ottimali sia per l’aumento dell’età anagrafica, sia a causa di situazioni usuranti protrattesi per un lungo periodo. Fino a poco tempo fa era perseguibile la possibilità di aumentare il personale; attualmente le aziende sanitarie sono soggette a vincoli economici cogenti che rendono tale possibilità difficilmente percorribile. Come sarà possibile conciliare politiche di efficienza e di risparmio con una popolazione lavorativa sempre più anziana caratterizzata da quote sempre maggiori di idonei alle mansioni?

Diventa pertanto rilevante valutare quanto sia diffuso il fenomeno dell’inidoneità tra il personale delle aziende sanitarie, quali fattori sociodemografici e professionali influenzano i tempi di insorgenza del giudizio di idoneità, e quale sarà l’evoluzione delle idoneità nel crescente invecchiamento della popolazione lavorativa. In un simile contesto, l’obiettivo che questo studio osservazionale si propone sono verificare l’incidenza e le caratteristiche dei professionisti sanitari idonei nella popolazione dei dipendenti a tempo indeterminato di due aziende sanitarie, confrontando le curve di sopravvivenza al fenomeno dell’inidoneità nelle aziende esaminate in relazione ad aspetti sociodemografici e professionali.

METODI

L’indagine è stata condotta su un campione formato dai dipendenti a tempo indeterminato, appartenenti al comparto sanitario, di due aziende sanitarie del Nord Italia con caratteristiche simili (definite per semplicità ospedale 1 e ospedale 2). Le direzioni aziendali hanno autorizzato l’accesso al sistema informativo di gestione delle risorse umane, da cui sono stati estrapolati in forma anonima i dati che riguardavano tutto il personale assunto a tempo indeterminato fino al 31 maggio 2012 e il sottogruppo del personale classificato come “inidoneo alle funzioni sanitarie” nelle posizioni contrattuali C, D e Ds.

Le idoneità sono classificate in diverse categorie. Nella categoria A, che prevede l’esonero dalla movimentazione manuale di carichi, rientrano lombalgie e altri disturbi muscoloscheletrici. Problemi fisici e malattie croniche non gravi che non interferiscono con la movimentazione manuale di carichi determinano una idoneità di tipo B. Una terza categoria di idoneità (C) esonera il dipendente dai turni notturni per problemi fisici o psicologici. Le allergie a certi materiali o certe prescrizioni comportano una idoneità di tipo D, mentre disturbi di natura psicologica come ansia o stress rientrano nella categoria F.

Oltre alla distribuzione delle classi specifiche di idoneità, nell’analisi sono state incluse variabili quali età, sesso, qualifica professionale, anni di lavoro come dipendente a tempo indeterminato e anni di idoneità. Il Comitato Etico ha espresso parere favorevole allo svolgimento dello studio.

Analisi statistica

Sono state calcolate le statistiche descrittive per il personale dei due presidi ospedalieri. Per valutare le associazioni tra le variabili sociodemografiche e il fenomeno in esame è stato utilizzato il test del chi quadro (χ^2). Le variabili che sono risultate statisticamente significative sono state poi usate per l’analisi multivariata. Per il gruppo degli idonei (che includeva anche i dipendenti appartenenti alla categoria “idoneità con prescrizioni”) sono stati eseguiti confronti tra età e tempi medi applicando il t-test di Student. Nella seconda parte delle analisi si è preso in esame come variabile di interesse il tempo di sopravvivenza tra l’inizio del contratto a tempo indeterminato e il riconoscimento dell’inidoneità.

Per entrambi gli ospedali sono state calcolate e confrontate le curve di sopravvivenza Kaplan-Meier globali e rispetto alle variabili considerate. I dati relativi all’ospedale 1, per il quale erano disponibili informazioni sull’età di tutti i dipendenti, sono stati analizzati anche secondo il modello di regressione o dei rischi proporzionali di Cox.

RISULTATI

Le **Tabelle 1 e 2** riassumono le statistiche descrittive per le due aziende ospedaliere: nell’ospedale 1, su 1.817 dipendenti a tempo indeterminato 423 (23,28%) risultano idonei per una o più cause, mentre nell’ospedale 2 hanno una sola idoneità riconosciuta 140 dipendenti su 2.156 (6,49%). Queste due proporzioni sono statisticamente diverse (χ^2 228,44; $p < 0,001$).

Per il gruppo degli idonei, la **Tabella 3** mostra il tempo intercorso dalla data di assunzione al riconoscimento dell’inidoneità. Nelle **Tabelle 4 e 5** sono

Tabella 1. Ospedale 1: caratteristiche dei dipendenti

		Idonei (%)	Inidonei (%)
Sesso	Femmine	1.093 (78,41)	370 (87,47)
	Maschi	301 (21,59)	53 (12,53)
Età (anni)	24-40	406 (29,17)	54 (12,77)
	41-46	356 (25,57)	110 (26,00)
	47-51	318 (22,84)	121 (28,61)
	52-64	312 (22,41)	138 (32,62)
Professione	Infermieri	898 (64,42)	291 (68,79)
	Operatori sociosanitari	169 (12,12)	71 (16,78)
	Operatori tecnici	148 (10,62)	31 (7,33)
	Professioni riabilitative	52 (3,73)	6 (1,42)
	Tecnici di radiologia e laboratorio	118 (8,46)	24 (5,67)
	Tecnici della prevenzione	9 (0,65)	0
Unità operativa	Servizi di staff	65 (4,66)	21 (4,96)
	Servizi amministrativi	89 (6,38)	34 (8,04)
	Ambulatori	194 (13,92)	149 (35,22)
	Degenza	711 (51,00)	105 (24,82)
	Servizi tecnici	77 (5,52)	23 (5,44)
	Day hospital	93 (6,67)	62 (14,66)
	Camere operatorie	160 (11,48)	26 (6,15)
	Altro	5 (0,36)	3 (0,71)

invece riportati i tipi di inidoneità rilevati nei due ospedali.

Tra i dati emersi dai vari confronti effettuati, uno dei più rilevanti riguarda l'età dei dipendenti al momento della certificazione dell'inidoneità, che nel complesso

è significativamente più bassa per il personale inidoneo dell'ospedale 2 (**Tabella 6**).

Per l'ospedale 1 risultano statisticamente significative le associazioni tra la condizione di inidoneità e il sesso ($\chi^2 16,99$; $p < 0,001$), la fascia di età ($\chi^2 53,03$;

Tabella 2. Ospedale 2: caratteristiche dei dipendenti

		Idonei (%)	Inidonei (%)
Sesso	Femmine	1.515 (75,15)	116 (82,86)
	Maschi	501 (24,85)	24 (17,14)
Età (anni)	24-40	-	59 (42,14)
	41-46	-	35 (25,00)
	47-51	-	24 (17,14)
	52-60	-	22 (15,71)
Professione	Infermieri	1.095 (54,32)	70 (50,00)
	Operatori tecnici	693 (34,38)	56 (40,00)
	Professioni riabilitative	26 (1,29)	0
	Tecnici di radiologia e laboratorio	194 (9,62)	14 (10,00)
	Tecnici della prevenzione	8 (0,40)	0
Unità operativa	Servizi di staff	188 (9,33)	6 (4,29)
	Servizi amministrativi	107 (5,31)	1 (0,71)
	Ambulatori	314 (15,58)	38 (27,14)
	Degenza	807 (40,03)	39 (27,86)
	Servizi tecnici	286 (14,19)	23 (16,43)
	Day hospital	129 (6,40)	11 (7,86)
	Camere operatorie	184 (9,13)	22 (15,71)
	Altro	1 (0,05)	0

Tabella 3. Intervallo tra assunzione e riconoscimento dell'inidoneità

Anni	Inidonei ospedale 1 (%)	Inidonei ospedale 2 (%)
1-10	245 (57,92)	86 (61,87)
11-20	125 (29,55)	35 (25,18)
21-30	38 (8,98)	15 (10,79)
31-35	15 (3,55)	3 (2,16)

Tabella 4. Ospedale 1: Distribuzione delle classi di inidoneità

Classe	N (%)
A	184 (43,49)
A*	8 (1,89)
AC	23 (5,43)
AF*	1 (0,24)
B	61 (14,42)
B*	3 (0,71)
BC	3 (0,71)
BC*	1 (0,24)
BF	5 (1,18)
C	56 (13,24)
C*	2 (0,47)
D	54 (12,76)
D*	7 (1,65)
DC	1 (0,24)
F	12 (2,84)
F*	1 (0,24)

* Passaggio a funzioni amministrative

Tabella 5. Ospedale 2: Distribuzione delle classi di inidoneità

Classe	N (%)
A	75 (53,57)
B	9 (6,43)
C	19 (13,57)
D	29 (20,71)
F	8 (5,71)

$p < 0,001$) e la professione (χ^2 39,80; $p < 0,001$). Per l'ospedale 2 è significativa l'associazione con il sesso del dipendente (χ^2 4,22; $p = 0,03$), ma non quella con la categoria professionale (χ^2 4,02; $p = 0,40$).

Le curve di sopravvivenza stimate secondo il modello di Kaplan-Meier per i due ospedali, confrontate nella **Figura 1**, sono statisticamente significative (χ^2 172;

$p < 0,001$). Sono state quindi calcolate e confrontate le curve di sopravvivenza per il personale maschile e femminile (**Figura 2**). Il test di Mantel-Haenszel rivela una differenza significativa tra le curve di sopravvivenza dei due sessi per l'ospedale 1 (χ^2 20,8; $p < 0,002$), ma non per l'ospedale 2 (χ^2 1,7; $p = 0,189$). Le stime che derivano dall'analisi dei dati rilevati per l'ospedale 1 applicando il modello di Cox sono riassunte nella **Tabella 7**. Le osservazioni più salienti che emergono da questa analisi riguardano il rischio di ini-

Figura 1. Curve di sopravvivenza Kaplan-Meier per i due ospedali

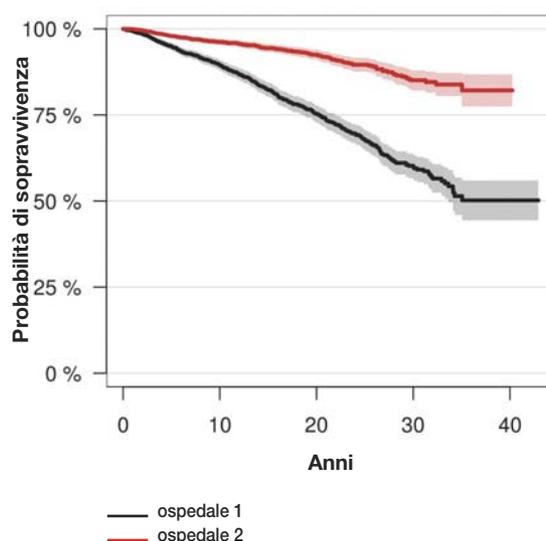


Figura 2. Curve di sopravvivenza Kaplan-Meier stimate secondo il sesso dei dipendenti

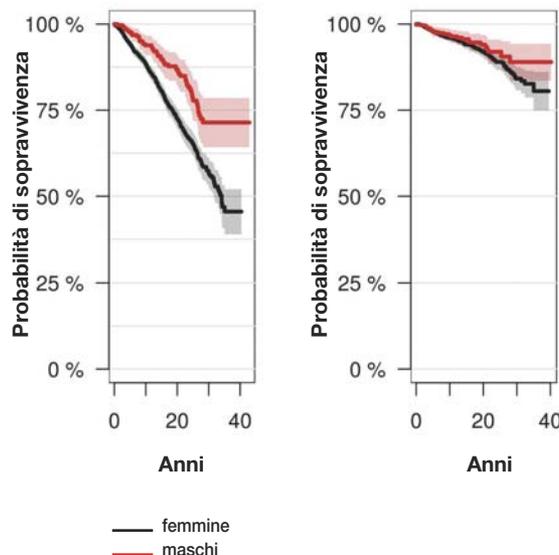


Tabella 6. Riconoscimento dell'inidoneità: età e tempi rispetto all'assunzione

		Ospedale 1	Ospedale 2	
		Mediana (IQR)		Valore di p
Intervallo tra assunzione e inidoneità (anni)	Totale	13,07 (14,92)	11,28 (15,54)	0,28
	Femmine	12,87 (13,90)	11,88 (15,42)	0,76
	Maschi	14,84 (14,95)	8,98 (12,56)	0,03
Età al riconoscimento dell'inidoneità (anni)	Totale	49 (9,5)	41,58 (13,03)	<0,001
	Femmine	48,50 (10)	41,68 (13,03)	<0,001
	Maschi	49 (7)	39,57 (11)	<0,001

doneità per le donne, che risulta significativamente più alto rispetto agli uomini (hazard ratio 1,888) e per gli operatori sociosanitari in confronto al personale infermieristico (hazard ratio 3,154); tutte le altre qualifiche professionali risultano associate a un rischio di inidoneità inferiore, anche se le differenze non sono statisticamente significative. Per tutti i dipendenti di entrambi i sessi il rischio di avere un'inidoneità riconosciuta aumenta del 9,9% ogni cinque anni di età. La **Figura 3** riporta la curva di sopravvivenza stimata per gli operatori sociosanitari dell'ospedale 1, confrontata con la curva relativa a tutti i dipendenti dell'ospedale.

In base ai risultati ottenuti utilizzando il modello di Cox, nel campione formato dai dipendenti dell'ospedale 1 sono stati scelti quattro profili tipo, calcolandone le rispettive curve di sopravvivenza: due donne di 37 e 39 anni, un'infermiera e una figura tecnica, e due uomini di 30 anni, anche in questo caso un infermiere e un tecnico (**Figura 4**). Le curve di sopravvivenza per le due donne si collocano sempre al di sotto sia di quelle stimate per gli uomini, sia della curva Kaplan-Meier generale per i dipendenti dell'ospedale.

DISCUSSIONE

Il primo dato che emerge in maniera evidente dai ri-

sultati della nostra indagine è la diversità delle due aziende ospedaliere prese come campione rispetto al fenomeno esaminato. Le differenze relative al numero di inidonei tra i dipendenti a tempo indeterminato sono probabilmente riconducibili, almeno in parte, alle differenze nelle procedure finora osservate all'interno delle due strutture in termini di riconoscimento e monitoraggio delle situazioni di inidoneità. L'ospedale 1 non attua infatti verifiche regolari e frequenti volte a confermare il persistere della condizione che ha causato la richiesta di inidoneità; permette inoltre al lavoratore di cambiare unità operativa (5,43% dei casi esaminati) e a volte di assumere funzioni amministrative, anche se il ruolo di assunzione non contempla tale tipo di mansione. Ciò significa che una certa percentuale di inidonei non rientrerà in ambito assistenziale per occuparsi in modo diretto dei pazienti, il che comporta chiaramente un problema considerevole per la gestione e l'allocatione delle risorse umane. Al contrario, l'ospedale 2 controlla periodicamente i dipendenti inidonei e ove non sussista più la condizione di inidoneità il soggetto viene reintegrato come idoneo. L'ospedale 2, inoltre, non consente il cambio di unità operativa.

Un altro aspetto rilevante riguarda la distribuzione della condizione di inidoneità per il personale dei

Tabella 7. Ospedale 1: stime secondo il modello di Cox

	Hazard ratio	Errore standard	Valore di p
Femmine	1,888	0,1518	<0,0001
Età in anni	0,963	0,0086	<0,0001
Operatori sociosanitari*	3,154	0,137	<0,0001
Operatori tecnici	0,902	0,1961	0,5987
Professioni riabilitative	0,507	0,4139	0,1016
Tecnici di radiologia e laboratorio	0,839	0,2136	0,4127
Tecnici della prevenzione	0,019	3,8952	0,3107

*Per tutti i gruppi professionali la categoria di riferimento è il personale infermieristico

Figura 3. Ospedale 1: confronto tra le curve di sopravvivenza Kaplan-Meier per gli operatori socio-sanitari e per tutte le categorie professionali

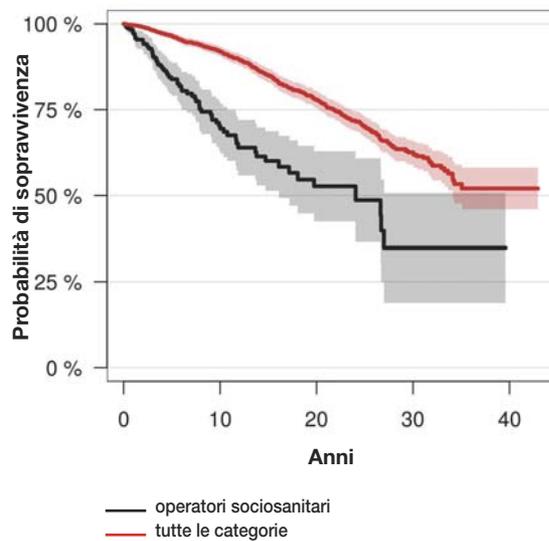
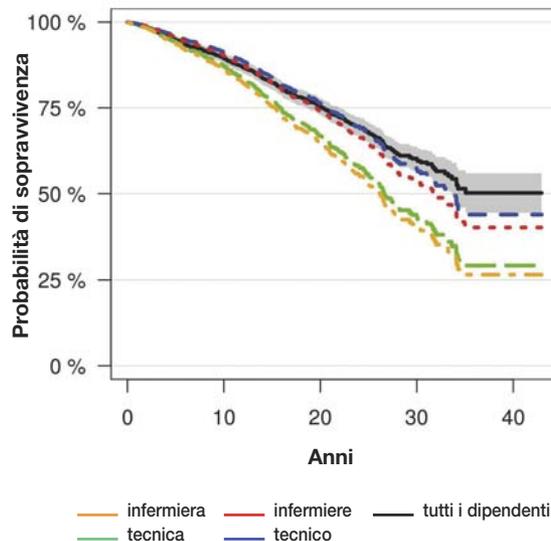


Figura 4. Ospedale 1: confronto tra le curve di sopravvivenza Kaplan-Meier per quattro profili tipo



due sessi, come si configura nelle stime e nei confronti condotti a vari livelli: secondo le analisi effettuate essere donna aumenta dell'88% il rischio di una richiesta/riconoscimento di inidoneità. In generale questa osservazione potrebbe essere parzialmente spiegata dalla consuetudine italiana di delegare alle donne un ruolo primario nell'educazione dei figli e nella gestione della famiglia e della casa. Nel confronto relativo alle categorie professionali, risultano a rischio più alto anche gli operatori socio-sanitari. D'altra parte, nel nostro paese attualmente gli operatori socio-sanitari hanno spesso un'età più avanzata rispetto agli altri lavoratori, perché maturano diversi anni di "anzianità" prima dell'assunzione a tempo indeterminato nelle aziende pubbliche.

Studi precedenti hanno mostrato come problemi muscoloscheletrici e stress giochino un ruolo decisivo nella qualità della vita lavorativa dei dipendenti ospedalieri (Josephson et al., 1997; Mäntyniemi et al., 2012). Il fenomeno inidoneità sarà reso ancora più grave dall'invecchiamento progressivo della popolazione infermieristica italiana; la quota di infermieri di età superiore ai 45 anni è oggi intorno al 19-21%, ed è destinata ad arrivare, nel 2022, a percentuali che potrebbero oscillare dal 59% al 71% (Piccoli et al., 2008). Ad ampliare le dimensioni del fenomeno potranno concorrere anche le recenti modifiche dei requisiti per il pensionamento che prevedono il ritiro dal lavoro in età più avanzata e l'attuale situazione economica, a cui consegue un ridotto inserimento di

personale giovane nei servizi sanitari pubblici. Stante la causa prevalente di inidoneità, ossia i disturbi muscoloscheletrici, le strategie gestionali dovranno puntare su una formazione/informazione continua per sviluppare una maggiore consapevolezza dell'impatto sullo stato di salute degli stili di movimentazione – soprattutto in condizioni di stress e di urgenza – e per sostenere la diffusione di una cultura proattiva dell'uso corretto degli ausili.

Diventerà poi sempre più importante attivare ricerche per esaminare quali modelli organizzativi e formativi si dimostreranno più efficaci nel creare un ambiente di lavoro sicuro e nel ridurre le situazioni di inidoneità nel nostro contesto sociodemografico. La strutturazione di un ambiente che tenga conto del crescente invecchiamento del personale sanitario, con l'identificazione e l'applicazione di strategie per garantire un maggiore benessere ai dipendenti meno giovani, sarà una delle sfide più significative del prossimo futuro al fine di gestire al meglio una prevedibile emergenza.

BIBLIOGRAFIA

- Barbini N, Squadroni R (2003) *Invecchiamento degli operatori sanitari e plurilocalizzazioni dolorose all'apparato osteoarticolare*. G Ital Med Lav Erg, 25 (2), 168-172.
- Bos EH, Krol B, Van Der Star A et al. (2006) *The effects of occupational interventions on reduction of musculoskeletal symptoms in the nursing profession*. Ergonomics, 49 (7), 706-723.

- Buerhaus PI, Staiger DO, Auerbach DI (2000) *Implications of an aging registered nurse workforce*. JAMA, 283 (22), 2948-2954.
- Corona G, Amedei F, Miselli F et al. (2005) *Associazione fra fattori relazionali e organizzativi e insorgenza di patologia muscolo-scheletrica negli operatori sanitari*. G Ital Med Lav Erg, 27 (2), 208-212.
- Da Costa BR, Vieira ER (2010) *Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies*. Am J Ind Med, 53 (3), 285-323.
- Josephson M, Lagerström M, Hagberg M et al. (1997) *Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period*. Occup Environ Med, 54 (9), 681-685.
- Keller SM, Burns CM (2010) *The aging nurse*. AAOHN J, 58 (10), 437-444.
- Lorusso A, Bruno S, L'Abbate N (2007) *A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnel*. Ind Health, 45 (5), 637-644.
- Mäntyniemi A, Oksanen T, Salo P et al. (2012) *Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: a prospective cohort study of 69,842 employees*. Occup Environ Med, 69 (8), 574-581.
- Mehrdad R, Dennerlein JT, Haghghat M et al. (2010) *Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses*. Am J Ind Med, 53 (10), 1032-1039.
- Menzel NN, Brooks SM, Bernard TE et al. (2004) *The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort*. Int J Nurs Stud, 41 (8), 859-867.
- Menzel NN, Hughes NL, Waters T et al. (2007) *Preventing musculoskeletal disorders in nurses: a safe patient handling curriculum module for nursing schools*. Nurse Educ, 32 (3), 130-135.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2004) *Ageing and employment policies*. Disponibile all'indirizzo: www.oecd.org
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2006) *Live longer, work longer*. Disponibile all'indirizzo: www.oecd.org
- Piccoli M, Cavallo F, Dello Russo C et al. (2008) *Invecchiamento della popolazione infermieristica: analisi in tre ospedali piemontesi*. Assist Inferm Ric, 27 (1), 5-12.
- Souza AC, Alexandre NM (2012) *Musculoskeletal symptoms, work ability, and disability among nursing personnel*. Workplace Health Saf, 60 (8), 353-360.
- Wahlström J, Ostman C, Leijon O (2012) *The effect of flooring on musculoskeletal symptoms in the lower extremities and low back among female nursing assistants*. Ergonomics, 55 (2), 248-255.



CONTRIBUTI

La comunicazione diseguale e l'assistenza infermieristica. Intervista a Lucetta Fontanella

di **Mariano De Mattia**

Infermiere, Unità operativa di oculistica, Spedali Civili di Brescia

Corrispondenza: lambarena@hotmail.com

Lucetta Fontanella è una paziente particolare: sopravvissuta ad una grave patologia grazie ad un ricovero in una Terapia intensiva aperta ai familiari sulle 24 ore, alla sua dimissione ha deciso di raccontare la sua esperienza attraverso libri, scritti, un sito dedicato e il suo blog, riunioni e conferenze. Sicuramente in questo ha messo a frutto le sue competenze di docente di Didattica dell'italiano alla Facoltà di lettere dell'Università di Torino, ma il suo progetto di porte aperte per le Terapie intensive va oltre il semplice abbinamento di vita privata e strumenti professionali.

Da tutto questo è scaturito un libro, *La comunicazione diseguale. Ricordi d'ospedale e riflessioni linguistiche*, mediante il quale il caso di Lucetta è diventato d'interesse nazionale. È significativo che l'autrice abbia scelto di devolvere il ricavato della vendita del libro al servizio di Terapia intensiva dell'Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino: segno di un'elaborazione personale che vuole però essere di aiuto. Da più punti di vista, alla comunità più ampia di coloro che sono passati da quelle stanze.

Lucetta ha insegnato per molti anni Didattica dell'italiano presso il Dipartimento di Scienze del linguaggio e letterature moderne e comparate alla Facoltà di lettere dell'Università degli Studi di Torino. Oggi si definisce una pensionata felice perché ha molto tempo per occuparsi di ciò che le interessa. Oltre a fare la nonna, continua ad occuparsi di comunicazione, soprattutto in ambito sanitario.

Esiste davvero una comunicazione diseguale?

Non solo esiste, ma è diffusissima. Incredibilmente più diffusa di quella uguale. E sempre, quando la incontriamo, non ci piace. Ci sono però degli ambienti in cui non solo non ci piace, ma davvero ci disturba e compromette rapporti e situazioni. Sono ambienti molto delicati nella nostra società e dunque nella nostra vita. L'ospedale è uno di questi (ma anche la scuola o la famiglia...).

Che cosa accade di diseguale nell'ospedale?

Beh, in ospedale accadono cose ovvie:

- ci sono i sani da una parte e i malati dall'altra;
- c'è un mondo *orizzontale* che deve avere rapporti con un mondo *verticale* e la cosa non è davvero facile;
- c'è l'incontro obbligato fra individui che non si conoscono.

Accade che alcuni hanno più potere di altri e questi alcuni stanno tutti dalla stessa parte: sono quelli che nell'ospedale ci lavorano. Avere più potere è come dire che si sentono padroni dell'ospedale. Ma potremmo anche dire, perché è la stessa cosa, che sentendosi padroni dell'ospedale si attribuiscono molto, molto più potere rispetto ai malati e ai loro parenti. Sentirsi padroni di uno spazio significa, per il modo abituale e consolidato di vivere nella nostra società, sentirsi legittimamente autorizzati a fare tutta una serie di cose. Chi entra in casa nostra sa che deve rispettare certe regole che, in grandissima maggioranza, evidenziano appunto, con atteggiamenti convenzionali, il riconoscimento della proprietà. Chi entra deve segnalarsi, chiedere permesso, anzi tutta una serie di permessi, deve, sempre, pazientemente attendere di essere invitato a fare i diversi atti. Entri... si tolga la giacca, se desidera... si sieda... prende qualcosa? Nessuno enterebbe, si toglierebbe la giacca, si sederebbe, andrebbe a prendersi qualcosa in cucina senza esplicito invito. Siamo educati a rispettare queste regole da subito, da piccoli. La chiamiamo buona educazione. Ma se non siamo in presenza di un legittimo proprietario queste cose non le facciamo, non riteniamo di doverle fare. Fra comproprietari ci si comporta in un altro modo. Anche questo lo impariamo già da piccoli.

Di chi è l'ospedale?

Qualcuno, in uno slancio di apertura verso il mondo dei malati, potrebbe dire che l'ospedale è dei malati, ma ben presto ci si accorge che in realtà, in una società come la nostra (molto avanzata da certi punti di vista), l'ospedale deve essere considerato un bene, dunque uno spazio, comune, di tutti noi cittadini. Ciascuno, dentro l'ospedale, ha ruoli, mansioni, responsabilità diverse: tutti questi soggetti, a buon diritto, ritengono di contribuire col proprio lavoro alla definizione di uno spazio comune, così come alla formazione degli operatori. Dunque ciascuno di noi, in ospedale, si aspetta di sentirsi in un luogo civilmente condiviso. Quando, già dal primo passo oltre la soglia, ci si accorge che questo non accade, scattano atteggiamenti di disturbo, poi di messa in guardia, poi di difesa e molto spesso di reazione. Non sono, nella maggior parte dei casi, dinamiche razionalizzate, sono per lo più reazioni spontanee. Come quelle che si generano quando qualcuno ti passa davanti in una coda di attesa e fa finta di niente o in generale quando sei implicato in un vistosissimo e negato atto di maleducazione, se non di violenza.

Esistono segnali di rottura della convivenza civile che l'ospedale manda a chi ci entra?

Se esistono! Sono tanti, davvero tanti. Anzi, troppi per essere accettati. La perentorietà delle informazioni, spesso con toni minacciosi (ogni testo che inizi con vietato è di fatto una minaccia), la limitazione unilaterale degli spazi, la limitazione unilaterale dei tempi di accesso, l'organizzazione della vita dei pazienti. Proviamo a vederli questi segni di rottura:

- tutti in pigiama anche se non serve;
- gli orari dei pranzi e delle cene così difforni dalla quotidianità;
- le limitazioni pretestuose alla libertà di gestire le poche cose personali;
- la totale svalutazione del concetto di tempo per i pazienti - si aspetta ore senza che mai nessuno si scusi;
- il disinteresse per il malato, in quanto individuo;
- l'appropriarsi di funzioni di cura che sono primariamente dei parenti e amici, che devono però avere tempo e modo di poter provvedere.

Gli esempi possono essere questi e tantissimi altri.

Perché in ospedale si utilizza una lingua non condivisa, anzi, una lingua che divide?

A questo punto occorrerebbe fare una digressione sulla situazione linguistica italiana, molto particolare. Forse però può essere sufficiente ricordare che in Italia si parla una gamma di italiani, cioè di varietà dell'italiano (non si tratta dei dialetti), molto diversi fra di loro, soprattutto molto diversi nelle aree estreme della gamma. Chi è cresciuto in una famiglia che usa un sistema linguistico basso, se poi ha avuto una scarsa scolarizzazione e non ha l'abitudine di leggere, difficilmente capirà chi ha una lingua alta, frutto di un ambiente familiare con un buon sistema linguistico, di una buona scolarizzazione e magari di una buona attitudine alla lettura. Dobbiamo poi anche pensare che l'ospedale usa moltissimi tecnicismi, che nella vita quotidiana di un individuo si sentono poco o pochissimo, dunque risultano difficili (la difficoltà di una parola dipende esclusivamente dall'uso che se ne fa). Anche termini come diagnosi, prognosi, terapia, (l'elenco potrebbe essere lunghissimo) non sono comprese da una percentuale altissima di persone. Oltre ai tecnicismi, c'è poi una sorta di gergo, che risulta altrettanto difficile. La disinvoltura nell'uso di questa lingua incomprensibile ai più è un altro segno di diseguaglianza.

Come riequilibrare la relazione e la comunicazione all'interno di un ospedale?

Anche se non è un toccasana universale, il riconsiderare l'uguaglianza di diritti fra chi lo frequenta (pazienti, parenti, medici, infermieri e altre figure professionali ancora) porta spontaneamente ad evitare le prevaricazioni più vistose o almeno ad isolare i maleducati conclamati. La cosa è in sé molto semplice, ma di fatto non facile da realizzare, perché chiunque lavori in un certo ambiente tende, giorno dopo giorno, ad impossessarsene e a considerare chi lo frequenta episodicamente (pazienti e parenti) come presenze estranee, con tutto ciò che ne segue. Ciò che occorre è un radicato senso civico, più ancora che un paternalistico voler bene ai malati. Dunque non un ospedale più buono verso i malati, ma un ospedale più civile e attento.

La comunicazione diseguale riguarda anche il rapporto tra medico e infermiere?

Si è parlato di diseguaglianza di relazione e comunicazione fra mondo sanitario e malati, ma non è difficile notare come anche all'interno del mondo sanitario esistano squilibri relazionali e comunicativi, che poggiano sugli stessi presupposti di cui abbiamo parlato. Mi ha molto colpita, durante il ricovero più difficile della mia vita, quello che ha dato origine a tante delle riflessioni di cui sto scrivendo, la difficoltà di relazione e comunicazione fra la figura professionale del medico e dell'infermiere. Mi pare che ci sia un buon modo di sintetizzarla: non ho mai sentito chiamare dottore un infermiere laureato, mai durante una lunga degenza in cui ho incontrato moltissimi dottori in infermieristica. È il solo esempio che mi viene in mente di categoria cui si nega il titolo conseguito. Immagino che la motivazione sia "perché non si confondano con i medici". La cosa non merita commenti.

Nel bene e nel male, sembra proprio che gli infermieri l'abbiano impressionata...

Io non dimenticherò mai gli sguardi di due infermiere ai lati del mio letto in pronto soccorso a commento di una diagnosi e terapia dissennata pronunciata da un medico dissennato. Lo sguardo era eloquente, ma nessuna delle due è intervenuta per esprimere un dubbio. Questo è svilire la propria professionalità e privarne un malato, che ha davvero rischiato la vita.

Ma pure non dimenticherò un'infermiera che ad un chirurgo gioviale ma distratto, che definiva la mia "proprio una bella ferita", ha saputo e voluto rispondere "non mi pare proprio, anzi direi che c'è una bell'infezione". È stata una gran lezione di professionalità.

E una seria professionalità sa cercare e creare gli equilibri necessari in uno degli ambienti più delicati della nostra società. Non stupisca il fatto che si attribuiscono più responsabilità a chi nell'ospedale ci lavora: medici e infermieri si formano alla loro professione, i pazienti e i loro parenti, invece, non hanno studiato per diventare dei malati. Molto spesso la malattia coglie di sorpresa, spaventa, distrugge certezze, crea grandi difficoltà. È questa malattia complicata che vi chiediamo di curare.

Potrebbe esprimere un parere sulla opportunità di eventi dedicati a questo tema?

Sono molto riconoscente a chi impiega tempo e fatica per organizzare incontri che chiariscano, anche nei fatti, quanto la comunicazione (parola ormai strausata) sia una realtà dalle mille facce, dai mille modi, dalle infinite implicazioni. Pigiami, vestaglie, letto, flebo, padella, pittura, recitazione, gioco ci possono essere offerti come voci evocatrici più potenti delle parole. Ci ricordano che le situazioni fanno nascere i pensieri e le parole, ma anche i pensieri e le parole fanno nascere le situazioni, ma pure le situazioni fanno nascere altre situazioni. Ciascuno ha guardato, sentito, riflettuto e poi continuerà a farlo perché le immagini e le parole riaffiorano. Io imparo come si lavora, cosa si pensa, come vive dentro l'ospedale chi nell'ospedale lavora. Ho un grande interesse per questo, perché sono molto ammirata da tutti quelli che fanno un lavoro in cui non si può sbagliare. E noi chiediamo anche che lo facciano col massimo, civile, rispetto per noi. Noi non possiamo e non dobbiamo non chiederlo. Dobbiamo però, insieme, trovare i modi perché questo si produca nel modo più spontaneo possibile.

luccetta.fontanella@gmail.com

(Questa intervista è stata rilasciata in occasione del convegno promosso da Nursind, svoltosi a Brescia il 17 novembre 2012)



CONTRIBUTI

La donazione degli organi

di Gianni Dominici

Sociologo dell'Innovazione, direttore generale FORUMPA

La notizia è di qualche mese fa, ma le riflessioni e il dibattito che ha suscitato sono ancora all'ordine del giorno: *Facebook*, il social network più famoso e diffuso al mondo, si è impegnato direttamente a diffondere la cultura della donazione degli organi. Se sei un donatore, infatti, lo puoi dichiarare nel tuo profilo, cioè nella scheda dove pubblici le informazioni che gli altri utenti possono consultare, accanto alla tua età, le scuole che hai frequentato, le tue preferenze musicali. Per ora la possibilità di identificarsi come donatore è attiva solo nelle versioni anglosassoni del network, ma presto lo sarà anche in quella italiana.

Per capire la portata dell'iniziativa cerchiamo di inquadrarne le dimensioni e le caratteristiche principali. Partiamo innanzitutto dal capire le principali dinamiche dei Social media, ovvero le piattaforme telematiche che attraverso lo scambio di testi, video e immagini permettono l'interazione fra utenti, rafforzando e creando reti sociali interconnesse fra di loro. Il più famoso e diffuso tra questi è sicuramente *Facebook*, ma esistono anche altre reti, spesso con finalità mirate e specialistiche. Ad esempio, in ambito professionale è molto diffuso *Linkedin*, il social network finalizzato allo scambio di competenze e *curricula* on line.

Grande successo sta registrando ultimamente *Twitter*, così descritto dalla enciclopedia on line Wikipedia: "*Twitter è un servizio gratuito di social network e microblogging che fornisce agli utenti una pagina personale, aggiornabile tramite messaggi di testo con una lunghezza massima di 140 caratteri*". La mania di diffondere i propri micro-commenti in 140 caratteri si è diffusa così tanto che dopo le star del calcio e della musica, prima il Vaticano e poi il Papa stesso (con il nome @pontifex) hanno aperto un account su *Twitter*. È evidente che oramai, alla stregua degli altri media, i social network su internet sono diventati un potente strumento di comunicazione in svariati ambiti di interesse comune, al punto che, se si vuole comunicare in modo efficace, è diventato praticamente impossibile prescindere da questa dimensione. E in questa logica, al di là delle caratteristiche delle diverse soluzioni, conta molto il numero di utenti che le diverse reti sono in grado di raggiungere. Una dimensione, quella dei numeri, su cui *Facebook*, con il suo miliardo di utenti attivi mensilmente trapiantato già a settembre 2012, risulta ancora irraggiungibile. Vincenzo Cosenza, uno degli analisti italiani più noti su questi temi, commentando questi dati nel suo blog, scrive che "*se Zuckerberg ha annunciato che Facebook ha raggiunto il traguardo di 1 miliardo di utenti attivi mensilmente, ciò vuol dire che gli utenti iscritti sono sicuramente di più. Ancora più impressionante il dato dei 600 milioni che si sono connessi almeno una volta in un mese da dispositivo mobile. Negli ultimi mesi i paesi che hanno contribuito maggiormente al raggiungimento di questo traguardo sono stati l'Indonesia, l'India, il Brasile e gli Stati Uniti. L'Asia, superando l'Europa, è diventata il continente con più utenti (oltre 257 milioni). L'Italia si posiziona all'11 posto con quasi 22 milioni e mezzo di iscritti*".

E sottolinea: *"il dato a mio avviso più interessante, emerso dall'Osservatorio che curo dal 2008, è che nel tempo la composizione della popolazione iscritta è molto cambiata: per la prima volta gli utenti con età compresa tra i 36 e i 45 anni (4.504.980) hanno superato la fascia dei 19-24enni (4.344.100). In crescita anche gli ultra quarantenni. È segno che l'ambiente social non è più dominio dei primi "colonizzatori" ed ormai rappresenta bene l'intera popolazione degli utenti della rete"*.

Cifre importanti, quindi, che inevitabilmente stanno cambiando le regole e i linguaggi della comunicazione sia essa politica, aziendale o sociale.

Per quanto riguarda il caso specifico della comunicazione sanitaria, non è la prima volta che i temi legati ai trapianti vengono veicolati attraverso internet. Per comprenderne gli sviluppi, però, dobbiamo considerare che fino ad oggi la comunicazione sanitaria sul web ha seguito due strade spesso distinte tra di loro: la comunicazione orizzontale dal basso e la comunicazione istituzionale.

La comunicazione orizzontale, tipica di Internet, è quella che nasce a fronte delle attività delle diverse comunità interessate a temi specifici. Un esempio è il network *Transplant Friends* (<http://www.transplantfriends.com/>), una comunità che ha l'obiettivo di scambiarsi storie di vita, consigli e notizie tra famiglie di persone che hanno affrontato l'esperienza del trapianto. In Italia, un'esperienza di eccellenza è quella di Pazienti.it che così si presenta: *"una piattaforma di comunicazione che consente alle strutture sanitarie di informare e aprire un dialogo con gli utenti per migliorare il servizio offerto. Ci ispiriamo a questi principi: Internet ci trasforma in protagonisti della nostra salute. La rete diffonde informazioni e permette lo scambio di opinioni, così si superano le barriere del sapere medico e si scopre che non si è soli"*.

Segue la stessa logica della comunità di interesse, ma è rivolto invece ai medici, il network *Nuto* che si presenta così: *"un social network libero e indipendente, ad accesso riservato ai soli medici. L'iscrizione è gratuita, facile e veloce: in pochi minuti sarai connesso con altri tuoi colleghi con i quali dialogare, scambiare informazioni e trovare l'aiuto che cerchi. È dal confronto che nascono nuove idee per migliorare la professione: Nuto ti permette di contattare colleghi con i tuoi stessi interessi, ti offre un servizio di messaggistica interna e ti consente di creare o partecipare a gruppi di discussione tematica"*.

La rete in questo modo viene utilizzata per la comunicazione orizzontale, tra pari, siano essi medici o pazienti. In queste dinamiche le nuove tecnologie aiutano e sostengono lo scambio di esperienze e di pratiche concrete.

La comunicazione istituzionale segue invece la logica verticale di comunicazione tra le istituzioni e la cittadinanza o, comunque, gli attori interessati. Un esempio, nel caso dei trapianti, è la campagna "Moltiplica la vita" del Ministero della salute, a cui è stato dedicato uno specifico sito internet <http://www.moltiplicavita.it> e una apposita pagina su *Facebook*, tramite la quale gli utenti possono interagire e pubblicare loro materiali.

Anche a livello territoriale le esperienze migliori cominciano ad emergere: interessante l'esempio della pagina su *Facebook* della Asl di Bologna, una delle prime a far ricorso a questo social network <https://www.facebook.com/AziendaUsIBologna>.

A queste due dimensioni, seguite fino ad ora nelle esperienze in rete, la nuova iniziativa di *Facebook* aggiunge una terza: la dimensione dell'impegno diretto, rispetto ai temi di interesse sociale come quello dei trapianti. Con questa mossa, da strumento fino ad oggi tendenzialmente neutro nei confronti dei diversi temi ospitati, il social network diventa un attore in campo, assumendo una responsabilità diretta.

Una novità che, nel caso specifico, sicuramente è da salutare con grande interesse.



ESPERIENZE

Il progetto Ninfea: l'esperienza in Toscana di uno studio di coorte nati con reclutamento on-line

di **Tiziana Nannelli (1)**, **Laura Rasero (2)**, **Veronica Montelatici (3)**, **Giulia Poggesi (4)**, **Lorenzo Richiardi (5)**, **Franca Rusconi (6)**

(1) Infermiera dottoranda di ricerca - Dipartimento di Igiene e sanità pubblica, Università degli Studi di Firenze

(2) Professore associato Med/45 - Dipartimento di Igiene e sanità pubblica, Università degli Studi di Firenze

(3) Assistente sanitaria - Unità di epidemiologia, Aou Meyer, Firenze

(4) Ostetrica - Unità di epidemiologia, Aou Meyer, Firenze

(5) Dirigente medico Scdu di epidemiologia – Ao Città della salute e della scienza di Torino - Po Molinette e Università degli Studi di Torino

(6) Dirigente medico - Unità di Epidemiologia, AOU Meyer, Firenze

Nel corso degli ultimi venti anni si sono aperte nuove frontiere d'indagine che hanno portato ad attestare come l'insorgenza di alcune condizioni e malattie croniche, quali ad esempio l'obesità, il diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie, possano avere un'origine molto precoce, già nel grembo materno. Dalle prime ipotesi e conseguenti indagini condotte da Barker (Barker, Winter et al., 1989; Barker, Godfrey et al., 1993; Fall, Osmond et al., 1995), pioniere di questo nuovo campo di studi, si sono susseguite negli anni molti studi, che hanno avvalorato quella è che riconosciuta come la *Fetal origins hypothesis* di alcune malattie (Lucas, Fewtrell et al., 1999; Simeoni, Ligi et al., 2011; Barker, Lampl et al., 2012).

Lo studio di questa area, che si presenta complessa, nonché le tipologie di analisi richieste, necessitano di un approccio metodologico rigoroso e duraturo nel tempo, che permetta di avere dati adeguati per la valutazione di queste relazioni.

Anche sulla base di queste premesse, in Europa, e non solo, si sono costituiti alcuni studi di coorte di nuovi nati che seguono nel tempo i bambini, dal momento del concepimento sino all'età adulta, raccogliendo informazioni sui fattori di rischio o protettivi per l'insorgenza di condizioni patologiche e malattie durante l'arco dell'intera vita. L'unione dei risultati di questi studi, avvenuta in ambito europeo attraverso la formulazione di progetti di collaborazione (Enrieco Project – *ENVIRONMENTAL HEALTH RISKS IN EUROPEAN BIRTH COHORTS*, 2009; Chicos - *Developing a CHild COhort research Strategy for Europe*, 2010), ha inoltre permesso di analizzare congiuntamente alcune informazioni raccolte dalle diverse coorti, in modo da poter investigare anche esposizioni e malattie rare, difficilmente indagabili con un singolo studio.

In Italia sono in corso diversi studi di coorte di nuovi nati che collaborano a livello Europeo: *Gasp II* (Genetica e ambiente: studio prospettico dell'infanzia in Italia), *Co.N.ER (Bologna birth cohort)*, *Mubisco (MULTIPLE BIRTHS COHORT STUDY)*, *Trieste child development cohort*, *Piccoli più (www.piccolipiu.it)* e il *Progetto Ninfea* (*Progetto Ninfea - <http://www.progettoninfea.it>*, 2005).

Il *progetto Ninfea* è uno studio di coorte di nuovi nati iniziato nel 2005. Lo studio è stato ideato ed è gestito a livello nazionale dalla Scdu di epidemiologia – Ao Città della salute e della scienza di Torino - Po Molinette e Università degli Studi di Torino.

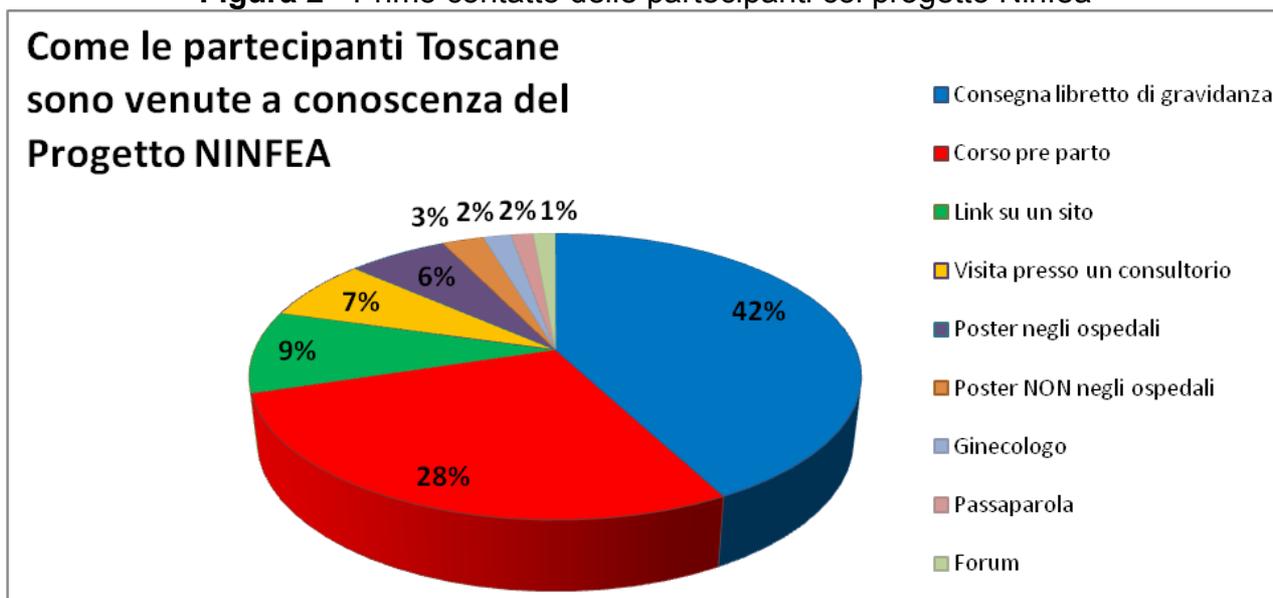
In Toscana il progetto è coordinato dal 2010 dalla Unità di epidemiologia dell'Aou Meyer e dal Dipartimento di sanità pubblica dell'Università degli Studi di Firenze e si è realizzato attraverso la collaborazione attiva delle Aziende sanitarie: Asf di Firenze, Asl 8 Arezzo e Asl 12 Versilia e dal 2012 anche dalla Asl 2 Lucca. Il progetto ha tra i propri obiettivi l'indagine delle relazioni tra alcuni fattori di rischio o protettivi a cui può essere esposto il feto o il bambino durante la gravidanza e nei primi anni di vita (ad esempio l'ambiente domestico e lavorativo della madre; l'utilizzo di farmaci; le abitudini di vita; l'allattamento e la dieta; l'esposizione a fumo, altri) e la successiva insorgenza di alcune condizioni e malattie che si presentano nell'infanzia, ma anche nell'adolescenza e nella vita adulta. Il progetto potrà, ad esempio, fornire informazioni sui fattori di rischio e protettivi relativi all'obesità infantile, alle malattie respiratorie e allergiche, allo sviluppo cognitivo. Caratteristica del progetto Ninfea è l'utilizzo di strumenti *internet-based* per la realizzazione dello studio, discostandosi da un approccio tradizionale di studio di coorte.

La conduzione dello studio

Lo studio in Toscana si realizza attraverso la preziosa collaborazione delle ostetriche delle quattro aziende sanitarie, le quali promuovono l'adesione all'indagine nei momenti d'incontro con le future mamme (ad esempio consegna del libretto di gravidanza, corsi di preparazione alla nascita) spiegando finalità e le modalità di svolgimento dello studio, supportandosi con del materiale informativo sia cartaceo che elettronico. Le stesse informazioni sono presenti anche su poster affissi negli ambulatori e in altri ambienti delle aziende sanitarie frequentati dalle future mamme, in maniera da favorire la diffusione e la conoscenza del progetto.



Figura 2 - Primo contatto delle partecipanti col progetto Ninfea



La promozione inoltre avviene sia sui portali web delle aziende sanitarie che su *Facebook* (Progetto Ninfea - Facebook, 2010), *Youtube* (Progetto Ninfea - Youtube, 2011) e *Vimeo* (Progetto Ninfea -Vimeo, 2012), così come su forum o siti internet dedicati alla gravidanza (ad esempio Tutto Mamma, 2010; alFemminile.com, 1999). Il reclutamento al progetto Ninfea è volontario, autonomo e avviene attraverso *Internet*: le future mamme si collegano al sito web dedicato da un qualsiasi computer con accesso alla rete e, dopo essersi registrate, iniziano la compilazione del primo questionario. Le mamme completano altri due questionari di lunghezza simile quando il bambino ha 6 e 18 mesi di età. Il *follow up* prevede finora la compilazione di altri due questionari più corti all'età di 4 e 7 anni che si focalizzano sullo sviluppo cognitivo, sulla crescita e su problemi respiratori e allergici. In **Tabella 1** sono riportati i principali fattori indagati nei diversi questionari.

Tabella 1 - Informazioni raccolte dai questionari del Progetto Ninfea

Momento della rilevazione:	Principali Informazioni raccolte
Durante la gravidanza (questionario 1)	
	Dati generali relativi all'accessibilità allo studio
	Caratteristiche socio/demografiche ed istruzione
	Esposizioni occupazionali attuali e pre-gravidanza
	Esposizione nell' ambiente domestico
	Storia medica
	Farmaci (per quale scopo e loro utilizzo)
	Storia riproduttiva e gravidanza
	Dieta e peso della madre
	Abitudini di vita (fumo, alcool) prima e durante la gravidanza
	Movimento e attività fisica (prima e durante la gravidanza)
	Informazioni sul partner
6 mesi dopo il parto: (questionario 2)	
	Outcomes alla nascita
	Misure antropometriche del bambino
	Salute del bambino
	Allattamento
	Abitudini al sonno del bambino
	Contatti con altri bambini
	Ambiente domestico
	Stili di vita della madre (fumo e alcool)
	Aggiornamento del questionario 1 per i dati relative al 3° trimestre di gravidanza
18 mesi dopo il parto: (questionario 3)	
	Misure antropometriche del bambino
	Allattamento/alimentazione del bambino
	Salute e benessere della madre
	Salute e benessere del bambino
	Tipologia di sonno
	Contatti con altri bambini

	Ambiente domestico
	Esposizione lavorative/occupazionali
	Fumo
	Attività nel tempo libero
	Legame tra genitori e bambino
4 anni del bambino: (questionario 4)	
	Misure antropometriche del bambino Sviluppo cognitivo
7 anni del bambino: (questionario 5)	
	Misure antropometriche del bambino
	Salute respiratoria

Quando è tempo di compilare i questionari successivi alla nascita (6 mesi, 18 mesi, 4 e 7 anni) le madri sono contattate via *e-mail* dal centro coordinatore di Torino e viene chiesto loro di collegarsi al sito per completare i questionari. Nel caso le madri non rispondano a questo primo invito, vengono successivamente contattate anche via sms o per telefono.

Le donne arruolate fino a Novembre 2012 nel progetto sono circa 5.559 (di cui circa 1005 provenienti dalla sola Toscana); lo studio si propone come obiettivo la costituzione di una coorte minima di 7.500 partecipanti.

Il progetto Ninfea è solo un esempio di studio longitudinale che utilizza sistemi *Internet-based research*; oggi si registra una tendenza emergente nell'utilizzo di questi approcci (Richiardi, Baussano et al., 2007; Richiardi, Paolotti et al., in press). I sistemi *Internet-based research* possono essere di varie tipologie: esistono sistemi a *low technology*, dove si utilizzano prevalentemente indirizzi *e-mail* per l'invio/restituzione di questionario, oppure sistemi più complessi, come quello utilizzato dal progetto Ninfea, dove specifici software di *data management*, configurati *ad hoc*, gestiscono tutto il processo come il *data-access*, l'invio di *reminders*, altro. Questo approccio metodologico innovativo presenta alcuni vantaggi interessanti per i ricercatori, ma anche alcuni potenziali svantaggi.

Vantaggi e svantaggi del reclutamento e del *follow up* via web

Internet sta diventando sempre più accessibile nel mondo ed in Italia; la sua tendenza ad espandersi non si è mai arrestata dal momento della sua nascita, quindi, di fatto, questo canale può diventare una via semplice per giungere a contattare una popolazione da investigare. Nel 2011 le famiglie italiane che hanno utilizzato un personal computer con accesso internet erano il 54,5%, con un incremento del 2,1% rispetto all'anno precedente, trend in continua crescita dagli anni scorsi sia in Italia che nel mondo (Ekman, Dickman et al., 2006; Smith, Smith et al., 2007; Zannella, Arosio, 2011). Anche se i dati italiani sono decisamente più bassi rispetto alle altre popolazioni europee (Zannella, Arosio, 2011), una famiglia su due in Italia possiede un sistema di navigazione World Wide Web e/o può potenzialmente essere raggiunta/raggiungere dai/i ricercatori. Lo stesso Istat, in occasione del 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011, per la prima volta ha utilizzato il canale di raccolta dati dei questionari via web, registrando un 33,4% di utilizzo sul totale dei tre metodi di consegna previsti (consegna a mano negli uffici postali - 22,6% - o centri di raccolta comunali o al rilevatore - 44% -) (Istat, 2012), mostrando il gradimento e la fruibilità della popolazione a questo approccio. Pertanto *Internet* diventerà sempre più un canale per la realizzazione di alcuni tipi di studi.

Il reclutamento ed il *follow up* via web è meno costoso da implementare e da mantenere, soprattutto per periodi lunghi, come quelli necessari per gli studi di coorte, dove il *follow-up* idealmente è di diversi anni (Couper, 2000; Fischbacher, Chappe et al., 2000). L'uso di Internet permette di raggiungere un campione di numerosità ampia su di una popolazione molto ampia, in virtù della possibilità numerica di raggiungere più individui (Couper, 2000; Viswanath, Kreuter, 2007); il *data-entry* automatico delle informazioni raccolte previene l'immissione di dati errati, raccogliendoli già in formati elaborabili statisticamente (Fischbacher, Chappe et al., 2000).

L'utilizzo di un sistema di *automatic data-collection*, rispetto utilizzo di questionari cartacei e/o di operatori per interviste *face-to-face*, si presume possa fornire delle risposte meno condizionate (imbarazzo del rispondente), raccogliendo dati più aderenti alla realtà. Nello studio Ninfea, ad esempio, si è riscontrato che le donne toscane dichiaravano un'abitudine al fumo più frequente rispetto a quanto registrato sui Certificati di assistenza al parto della intera regione Toscana dell'anno 2008-2009 (Casotto, Puglia et al., 2010), documenti che sono compilati dalle ostetriche che hanno intervistato le neo-mamme.

L'accesso delle mamme al sito del progetto Ninfea, inoltre, permette loro di ottenere alcune informazioni sull'andamento dello studio e sulle caratteristiche delle mamme e dei bambini partecipanti, dati che vengono aggiornati man mano che lo studio procede, mantenendo un *feedback* costante tra ricercatori e partecipanti allo studio.

Il principale limite dei sistemi *Internet-based research* applicati all'indagine epidemiologiche, raffrontati con i sistemi tradizionali di studio, può essere rappresentato dalla selezione del campione: la necessità di avere un accesso Internet, nonché un'alfabetizzazione informatica minima, portano a una selezione dei partecipanti. Questo effetto è stato riscontrato anche nello studio Ninfea, dove si è registrato un livello di istruzione medio-alto delle partecipanti toscane, superiore del 25% se raffrontato con i dati correnti delle donne che hanno partorito in Toscana nel periodo 2008-2009 (Casotto, Puglia et al., 2010). Ciò nonostante, nelle indagini longitudinali la selezione baseline nel reclutamento che i sistemi *web-based* possono determinare, non si traduce automaticamente in errore di selezione, così come suggerito da alcuni recenti studi, ma richiedono comunque un attento controllo (Pizzi, De Stavola et al., 2011; Pizzi, De Stavola et al., 2012).

Concludendo, lo studio Ninfea attualmente in corso, oltre all'obiettivo di studiare le relazioni tra alcuni fattori di rischio e protettivi per l'insorgenza di condizioni e malattie, ha permesso e permetterà sempre più la valutazione dei sistemi d'indagine *on-line* per l'effettuazione di studi di coorte, fornendo informazioni utili per i ricercatori interessati a queste innovative metodologie di investigazione.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutte le ostetriche impegnate nella promozione attiva del progetto Ninfea delle 4 Aziende sanitarie toscane (Asf, Asl8, Asl12 e Asl2). Inoltre si ringraziano in modo particolare le ostetriche referenti: Irene Mariella, Maurella Gavazza, Patrizia Petruccioli, Anna Canaccini, Cristina Mughetti, Paola Bernardini e Giulia Fantoni.

BIBLIOGRAFIA

- alFemminile.com, 1999. *alFemminile.com*. [Online] Available at: http://forum.alfemminile.com/forum/matern1/_f400630_matern1--arrow-progetto-ninfea-super.html [Consultato il giorno 21 November 2012].
- Barker D J, Winter P D, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ (1989). *Weight in infancy and death from ischaemic heart disease*. *Lancet*, 9 September, 334(8663), pp. 577-580.
- Barker D J P, Godfrey K M, Gluckman P D, Harding J E, Owens J A, Robinson J S (1993). *Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life*. *Lancet*, 10 April, 341(8850), pp. 938-941.
- Barker D J P, Lampl M, Roseboom T, Winder N (2012). *Resource allocation in utero and health in later life*. *Placenta*, 16 July, pp. e1-e5.
- Barker D J P (1997). *Maternal nutrition, fetal nutrition, and disease in later life*. *Nutrition*, September, 13(9), pp. 807-813.
- Casotto V, Puglia M, Voller F (2010). *Nascere in Toscana Aggiornamento 2008-2009*. [Online] Available at: http://www.ars.toscana.it/c/document_library/get_file?uuid=2fef3428-5332-4689-9eab-b5d8ceb75a63&groupId=12339 [Consultato il giorno 13 November 2012].
- Chicos developing a CHILd COhort research Strategy for europe, 2010. *CHICOS Developing a Child Cohort Research Strategy for Europe*. [Online] Available at: <http://www.chicosproject.eu/> [Consultato il giorno 12 November 2012].
- Couper M (2000). *Web surveys: a review of issues and approaches*. *Public Opinion Quarterly*, Winter, Volume 64, pp. 464-494.
- Ekman A, Dickman P W, Klint A, Weiderpass E, Litton J E (2006). *Feasibility of using web-based questionnaires in large population-based epidemiological studies*. *European Journal of Epidemiology*, February, 21(2), pp. 103-111.
- Enrieco Project – ENvironmental health Risks in European birth COHORTs, 2009. *Enrieco Project – Environmental Health Risks in European Birth Cohorts*. [Online] Available at: <http://www.enrieco.org/Default.aspx?tabid=60> [Consultato il giorno 12 November 2012].
- Fall C H D, Osmond C, Barker D J P, Clark P M S, Hales C N, Stirling Y, Meade TW (1995). *Fetal and infant growth and cardiovascular risk factors in women*. *British Medical Journal*, 18 February, 310(6977), pp. 428-432.
- Fischbacher C, Chappe D, Edwards R, Summerton N (2000). *Health surveys via the Internet: quick and dirty or rapid and robust?* *Journal of the Royal Society of Medicine*, July, 93(7), pp. 356-359.
- Istat (2012). *I numeri della macchina censuaria*. [Online] Available at: http://censimentopopolazione.istat.it/_res/doc/pdf/LaMacchinaCensuaria.pdf [Consultato il giorno 13 November 2012].
- Jones R, Pitt N (1999). *Health surveys in the workplace: comparison of postal, email and World Wide Web methods*. *Occupational Medicine*, November, 49(8), pp. 556-558.
- Lucas A, Fewtrell M S, Cole T J (1999). *Fetal origins of adult disease—the hypothesis revisited*. *British Medical Journal*, 24 July, 319(7204), pp. 245-249.
- Lusk C, Delcos G L, Bura K, Drawhorn D D, Aday L A (2007). *Mail versus internet surveys: determinants of method of response preferences among health professionals*. *Evaluation & the Health Professions*, June, 30(2), pp. 186-201.
- Pizzi C, De Stavola B, Merletti F, Bellocco R, dos Santos Silva I, Pearce N, Richiardi L (2011). *Sample selection and validity of exposure-disease association estimates in cohort studies*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, May, 65(5), pp. 407-411.
- Pizzi C, De Stavola B L, Pearce N, Lazzarato F, Ghiotti P, Merletti F, Richiardi L (2012). *Selection bias and patterns of confounding in cohort studies: the case of the NINFEA web-based birth cohort*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, November, 66(11), pp. 976-981.
- Progetto Ninfea - Facebook, 2010. *Progetto Ninfea*. [Online] Available at: <http://www.facebook.com/#!/pages/Progetto-NINFEA/210478081656?fref=ts> [Consultato il giorno 13 November 2010].
- Progetto Ninfea - <http://www.progettoninfea.it>, 2005. *Progetto Ninfea*. [Online] Available at: <http://www.progettoninfea.it>, [Consultato il giorno 13 November 2012].
- Progetto Ninfea - Vimeo, 2012. *Progetto Ninfea - Vimeo*. [Online] Available at: <http://vimeo.com/36274936> [Consultato il giorno 13 November 2012].
- Progetto Ninfea- Youtube, 2011. *Progetto Ninfea*. [Online] Available at: <http://www.youtube.com/watch?v=7NHnRLX3b8c&feature=youtu.be> [Consultato il giorno 13 November 2012].
- Richiardi L, Baussano I, Vizzini L, Douwes J, Pearce N, Merletti F (2007). *Feasibility of recruiting a birth cohort through the Internet: the experience of the Ninfea cohort*. *European Journal of Epidemiology*, 2 October, 22(12), pp. 831-837.
- Richiardi L, Paolotti D, Pizzi C, in press. *Internet Based Research*. 1st a cura di s.l.:Handbook of Epidemiology.

- Simeoni U, Ligi I, Grandvuillemin I, Boundred F (2011). *Early origins of arterial hypertension and cardiovascular diseases*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 195(3), pp. 499-508.
- Smith B, Smith T C, Gray G C, Ryan M A (2007). *When epidemiology meets the Internet: Web-based surveys in the Millennium Cohort Study*. American Journal of Epidemiology, 1 December, 166(11), pp. 1345-1354.
- Tutto Mamma, 2010. *Tutto Mamma*. [Online] Available at: <http://www.tuttomamma.com/ricerca-progetto-ninfea/8981/> [Consultato il giorno 21 November 2012].
- Viswanath K, Kreuter M (2007). *Health disparities, communication inequalities and eHealth*. American Journal of Preventive Medicine, May, 32(5 Suppl), pp. S131-S133.
- Zannella L, Arosio F (2011). *Cittadini e nuove tecnologie*. [Online] Available at: <http://www.istat.it/it/files/2011/12/ICT-famiglie-2011.pdf?title=Cittadini+e+nuove+tecnologie+-+20%2Fdic%2F2011+-+Testo+integrale.pdf> [Consultato il giorno 13 November 2012].

ESPERIENZE

Il progetto Eras: l'impatto sull'assistenza alla persona in urologia

di Gloria Scampini (1), Mattia Boarin (2), Vito Schirò (3)

(1) Infermiere, Uo Urologia, Ospedale San Raffaele, Milano

(2) Infermiere, Uo Urologia, Ospedale San Raffaele, Milano, docente Corso di laurea in infermieristica, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

(3) Coordinatore infermieristico, Uo Urologia, Ospedale San Raffaele, Milano

Corrispondenza: boarin.mattia@hsr.it

Il progetto Eras - *Enhanced recovery after surgery* - ha come focus il recupero precoce della persona nel postoperatorio: i programmi che lo caratterizzano sono stati sviluppati al fine di minimizzare lo stress psico-fisico generato dall'intervento chirurgico (Wind et al., 2006). Più precisamente, lo scopo è garantire interventi chirurgici senza dolore e senza stress e favorire conseguentemente un recupero migliore del paziente nel postoperatorio, attraverso un approccio multimodale e multidisciplinare pianificato e coordinato (Kehlet et al., 2006). L'implementazione dei programmi Eras sottende un cambiamento radicale nell'approccio assistenziale e una rivisitazione di pratiche consuete e consolidate, quali ad esempio il digiuno preoperatorio, la gestione dei drenaggi, il posizionamento del sondino naso-gastrico.

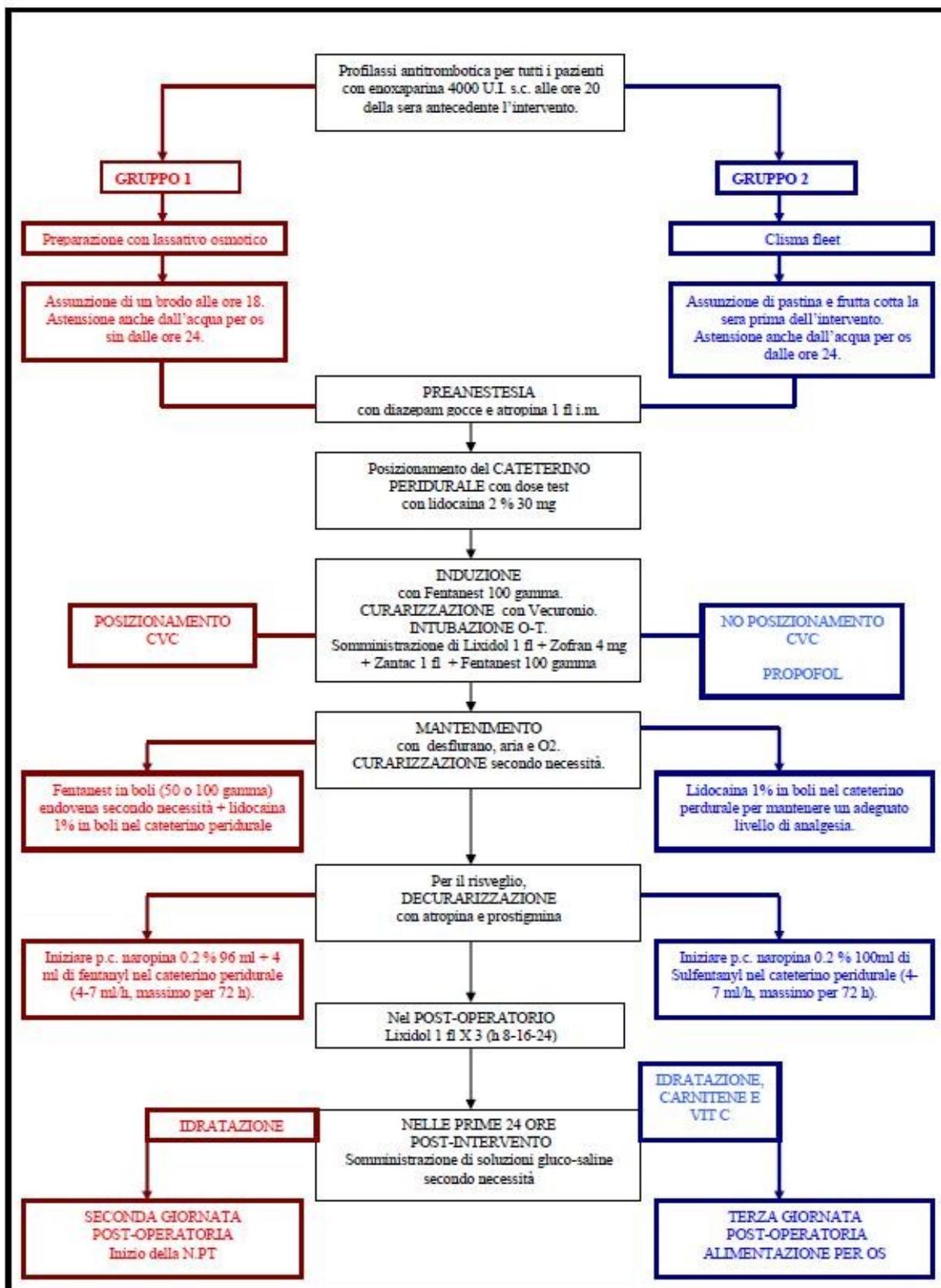
L'intervento sul paziente è il risultato di una pianificazione che prevede il coinvolgimento diretto di un'équipe multi-professionale in cui l'infermiere può agire un ruolo di coordinamento importante: attualmente negli ospedali del Nord Europa i responsabili dei progetti Eras sono infermieri. Il contributo che l'infermiere può dare è essenziale per il successo di questa tipologia di programmi (Kehlet & Wilmore, 2005).

Il progetto Eras. La nostra esperienza

L'implementazione del progetto Eras nel nostro servizio ha avuto inizio da lavori di tesi e studi condotti dallo staff medico (chirurghi e anestesisti) relativamente all'intervento di cistectomia radicale con confezionamento di segmento ileale. Gli effetti di questo intervento nel postoperatorio si riflettono prevalentemente sulla gestione dell'alimentazione e, conseguentemente, sull'assetto nutrizionale e metabolico del paziente: un protocollo basato su prove di efficacia può contribuire alla riduzione delle complicanze associate all'intervento (Aslan et al., 2011).

La revisione della letteratura e gli studi condotti all'interno della nostra Uo hanno favorito la definizione di due differenti protocolli: un Protocollo cistectomia Gruppo 1, che prevede l'attuazione di interventi standard, e un Protocollo cistectomia Gruppo 2, che fa riferimento, anche se parzialmente, ai target Eras (**Tabella 1**).

Tabella 1 – Il confronto tra gli interventi previsti nel Protocollo Gruppo 1 e nel Protocollo Gruppo 2 (Fonte Maccagnano et. al., 2011).



Lo scopo della stesura e dell'applicazione dei due differenti protocolli è quello di valutare il decorso postoperatorio dei pazienti affetti da neoplasia vescicale, sottoposti a intervento di chirurgia maggiore addominale. La selezione dei pazienti e l'assegnazione al Gruppo 1 o al Gruppo 2 viene effettuata dal chirurgo al pre-ricovero o al ricovero in Uo in relazione alla valutazione dei dati anamnestici (anamnesi patologica remota, comorbidità, età, altro). Nel Gruppo 1 rientrano soggetti sottoposti a intervento di cistectomia radicale con confezionamento di ureteroileocutanestomia secondo Bricker oppure confezionamento di neovescica trattati secondo le indicazioni standard riportate in letteratura:

- somministrazione della preparazione intestinale con antibiotici intestinali (paromomicina solfato, eritromicina stearato) nel corso dei giorni precedenti l'intervento chirurgico e lassativo osmotico nel corso della giornata precedente l'intervento chirurgico;
- approccio anestesilogico con oppioidi;
- posizionamento del Cvc e del Sng: quest'ultimo viene lasciato in sede fino alla ripresa della peristalsi con alvo aperto ai gas;
- nutrizione parenterale totale secondo schema standard a partire dalla prima giornata e ripresa graduale dell'alimentazione in relazione alle condizioni cliniche generali del paziente e, in particolare, alla ripresa della regolare canalizzazione.

Nel Gruppo 2 rientrano, invece, pazienti ai quali:

- non viene somministrata la preparazione intestinale nel corso dei giorni precedenti l'intervento chirurgico, ma solo un clisma evacuante la sera antecedente;
- non vengono utilizzati oppioidi ma un'anestesia per via peridurale;
- non viene posizionato un Cvc (ad esclusione dei casi in cui vi è difficoltà a reperire accessi venosi periferici). Il Sng viene posizionato in sala operatoria e rimosso nel corso della prima giornata postoperatoria;
- l'idratazione viene effettuata, in relazione alle condizioni cliniche e ai parametri ematochimici, con soluzione fisiologica, ringer, elettrolitica reidratante; vengono inoltre somministrate Carnitina 4g/die e Vit C 2 fl/die. A partire dalla terza giornata viene ripresa l'alimentazione per os (colazione: uno yogurt; pranzo: due budini; cena: due omogeneizzati di verdura o carne). Dalla quarta giornata l'introduzione di alimenti è graduale fino ad arrivare nelle giornate successive a una dieta libera.

I due protocolli si differenziano anche per quanto riguarda le modalità di preparazione preoperatoria e gli interventi assistenziali nella fase postoperatoria (**Tabella 2**).

Tabella 2 - Le modalità di preparazione preoperatoria e gli interventi assistenziali nella fase postoperatoria nel Gruppo 1 e nel Gruppo 2

	CISTECTOMIA GRUPPO 1	CISTECTOMIA GRUPPO 2 Eras Target
PRE-OPERATORIO	<p>TRICOTOMIA: clipper con testina monouso: regione xifo-pubica + coscia monolaterale (h. 20.00)</p> <p>PREPARAZIONE INTESTINALE: lassativo osmotico (2 buste Phospho-Lax®)</p>	<p>TRICOTOMIA: clipper con testina monouso: regione xifo-pubica + coscia monolaterale (h. 20.00)</p> <p>PREPARAZIONE INTESTINALE: 2 clisteri evacuanti</p>

	<p>ALIMENTAZIONE: dieta idrica fino alle h. 24.00 – digiuno assoluto dalle h. 24.00</p> <p>PREPARAZIONE ALLA CHIAMATA IN S.O.: posizionamento di calze elastiche anti-Tvp; somministrazione di preanestesia secondo prescrizione anestesiologicala (generalmente Atropina 1 fl i.m.e Diazepam gtt per os).</p>	<p>ALIMENTAZIONE: dieta idrica fino alle h. 24.00 – digiuno assoluto dalle h. 24.00</p> <p>PREPARAZIONE ALLA CHIAMATA IN S.O.: posizionamento di calze elastiche anti-Tvp; somministrazione di preanestesia secondo prescrizione anestesiologicala.</p>
GIORNATA 0	<p>ALIMENTAZIONE: digiuno assoluto per presenza di Sng fino alla canalizzazione ai gas; somministrazione di liquidi parenterali tramite Cvc (sulla base dei valori di Pvc).</p> <p>TERAPIA ANTALGICA: perfusione continua per via peridurale di ropivacaina + sufentanile (Naropina® + Disufen®); valutazione e monitoraggio del dolore (tramite Nrs).</p>	<p>ALIMENTAZIONE: digiuno assoluto per presenza di Sng; somministrazione di liquidi parenterali (elettrolitica reidratante) tramite Cvp.</p> <p>TERAPIA ANTALGICA: perfusione continua per via peridurale di ropivacaina (Naropina® pura); valutazione e monitoraggio del dolore (tramite Nrs).</p>
GIORNATA 1	<p>MOBILIZZAZIONE: il paziente viene mobilizzato gradualmente in sedia (monitoraggio eventuale ipotensione ortostatica/lipotimia).</p> <p>ALIMENTAZIONE: digiuno assoluto per presenza di Sng fino alla canalizzazione ai gas; somministrazione di liquidi parenterali tramite Cvc (sulla base dei valori di Pvc).</p> <p>TERAPIA ANTALGICA: perfusione continua per via peridurale di ropivacaina + sufentanile (Naropina® + Disufen®) con diminuzione graduale della velocità in infusione, al fine di favorire la ripresa della motilità intestinale; valutazione e monitoraggio del dolore (tramite Nrs).</p>	<p>MOBILIZZAZIONE: il paziente viene mobilizzato gradualmente in sedia (monitoraggio eventuale ipotensione ortostatica/lipotimia).</p> <p>ALIMENTAZIONE: rimozione del Sng (dopo 24h dal posizionamento); assunzione di dieta idrica (liquidi chiari); somministrazione di liquidi parenterali (elettrolitica reidratante) tramite Cvp.</p> <p>TERAPIA ANTALGICA: perfusione continua per via peridurale di ropivacaina (Naropina®) con diminuzione graduale della velocità in infusione; valutazione e monitoraggio del dolore (tramite Nrs).</p>

	<p>RESPIRAZIONE: educare il paziente all'esecuzione di esercizi respiratori per migliorare la compliance polmonare e diminuire il rischio di eventuali complicanze.</p>	<p>RESPIRAZIONE: educare il paziente all'esecuzione di esercizi respiratori per migliorare la compliance polmonare e diminuire il rischio di eventuali complicanze.</p>
<p>GIORNATA 2</p>	<p>MOBILIZZAZIONE: il paziente viene mobilizzato gradualmente in bagno per l'esecuzione delle cure igieniche (monitoraggio eventuale ipotensione ortostatica/lipotimia).</p> <p>TERAPIA ANTALGICA: perfusione continua per via peridurale di ropivacaina + sufentanile (Naropina® + Disufen®) con diminuzione graduale della velocità in infusione, al fine di favorire la ripresa della motilità intestinale; valutazione e monitoraggio del dolore (tramite Nrs).</p>	<p>MOBILIZZAZIONE: il paziente viene mobilizzato gradualmente in bagno per l'esecuzione delle cure igieniche con presenza di caregiver (monitoraggio eventuale ipotensione ortostatica/lipotimia).</p> <p>ALIMENTAZIONE: prosecuzione di dieta idrica (liquidi chiari); somministrazione di liquidi parenterali (elettrolitica reidratante) tramite Cvp.</p> <p>TERAPIA ANTALGICA: sospensione della perfusione continua per via peridurale; valutazione e monitoraggio del dolore (tramite Nrs); rimozione del catetere peridurale.</p>
<p>GIORNATA 3 (interventi attuati in base al decorso clinico del singolo paziente)</p>	<p>ALIMENTAZIONE: se presente canalizzazione ai gas e/o feci, rimozione del Sng e assunzione di dieta idrica a cena; somministrazione di liquidi parenterali tramite Cvc o Cvp.</p> <p>TERAPIA ANTALGICA: sospensione della perfusione continua per via peridurale; valutazione e monitoraggio del dolore (tramite Nrs); rimozione del catetere peridurale.</p>	<p>ALIMENTAZIONE: Dieta specifica da proseguire fino alla canalizzazione.</p> <p>COLAZIONE: 1 yogurt</p> <p>PRANZO: 2 budini</p> <p>CENA: 2 omogeneizzati (carne + frutta).</p>
<p>DALLA GIORNATA 4 (interventi attuati in base al decorso clinico del singolo paziente)</p>	<p>ALIMENTAZIONE: ripresa graduale dell'alimentazione (pastina e frutta cotta, dieta leggera, dieta libera); somministrazione di liquidi parenterali tramite Cvp (sulla base dei valori ematochimici).</p>	<p>ALIMENTAZIONE: ripresa graduale dell'alimentazione (pastina e frutta cotta, dieta leggera, dieta libera); somministrazione di liquidi parenterali tramite Cvp (sulla base dei valori ematochimici).</p>

Conclusioni

Il progetto Eras nasce con lo scopo di migliorare il decorso postoperatorio del paziente e l'organizzazione interna delle realtà cliniche e delle strutture ospedaliere. Rappresenta inoltre un percorso interessante e arricchente per ogni professionista che si trova a cooperare con le diverse figure e ad aumentare le proprie conoscenze in ambito clinico-assistenziale.

Nella nostra Uo questo progetto ha permesso di rivalutare in senso critico pratiche che fino ad oggi erano considerate routinarie, ma che probabilmente necessitavano di essere aggiornate alla luce delle migliori prove di efficacia disponibili. L'applicazione concreta di protocolli definiti, secondo i target Eras, sono di complessa attuazione nella realtà clinica quotidiana: ciò in parte anche perché nella nostra Uo i pazienti ricoverati e sottoposti ad interventi di chirurgia urologica maggiore hanno spesso storie cliniche molto complesse per le comorbidità presenti.

Nel prossimo futuro è nostra intenzione focalizzare l'attenzione soprattutto sulla fase preoperatoria, pianificando interventi educativi specifici e colloqui multidisciplinari, e sulla fase di follow-up del paziente con interventi mirati e coordinati tra i diversi professionisti.

Ringraziamenti

Si ringraziano la Dr.ssa Carmen Maccagnano e la Dr.ssa Antonella Crescenti per i propri elaborati messi a disposizione; si ringrazia il Dr. Federico Pellucchi per il prezioso supporto alla stesura del testo; si ringrazia il collega Dr. Umberto Casiraghi per il supporto, la supervisione e il proprio elaborato messo a disposizione; si ringrazia tutto lo staff infermieristico per la collaborazione.

BIBLIOGRAFIA

- [Aslan G](#), [Baltaci S](#), [Cal C](#), [Turkeri L](#), [Gunlusoy B](#), [Adsan O](#), [Sanli O](#), [Tansug Z](#), [Horasanli K](#), [Uygur C](#), [Ozen H](#) (2011). *Bowel preparation and peri-operative management for radical cystectomy in Turkey: Turkish Urooncology Association multicenter survey*. Urol J, 8 (2), 113-119.
- Kehlet H, Wilmore D W (2005). *Fast-track surgery*. Br J Surg, 92 (1), 3-4.
- Kehlet H, Buchler M W, Beart R W Jr, Billingham R P, Williamson R (2006). *Care after colonic operation - is it evidence-based? Results from a multinational survey in Europe and the United States*. J Am Coll Surg, 202, 45-54.
- Maccagnano C, Crescenti A et al. (2011). *New multimodal anesthesiological and nutritional approach in cystectomy with urinary diversion based on ileal segment: single-centre, prospective, randomized study*. Abstract, Congresso SIU Roma, 2011.
- Wind J, Polle S W, Fung Kon Jin P H, Dejong C H, Von Meyenfildt M F, Ubbink D T, Gouma D J, Bemelman W A (2006). *Laparoscopy and/or Fast Track Multimodal Management Versus Standard Care (LAFA) Study Group; Enhanced Recovery after Surgery (Eras) Group (2006) Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery*. Br J Surg, 93, 800-809.

ESPERIENZE

Valutazione dell'efficacia dell'educazione terapeutica nel monitoraggio domiciliare dei pazienti in dialisi peritoneale

di Paola Colasanti (1), Stefano Lizio (2), Valentina Dini (3)

(1) Professore associato Corso di Laurea in Infermieristica, Università Politecnica delle Marche, sede di Pesaro

(2) Coordinatore infermieristico Uoc Nefrologia e dialisi, Azienda ospedaliera "Ospedale Riuniti Marche Nord"

(3) Laureanda in Scienze infermieristiche, Università Politecnica delle Marche, sede di Pesaro

La dialisi peritoneale, in quanto terapia domiciliare, comporta la gestione del trattamento da parte del paziente e/o di un componente del nucleo familiare. Per questa ragione un'adeguata condizione ambientale, una buona motivazione all'autogestione ed una conoscenza della tecnica dialitica sono requisiti indispensabili al successo del programma terapeutico.

Il monitoraggio del paziente in dialisi peritoneale richiede una valutazione non solo dei parametri clinici, di laboratorio e strumentali, in grado di evidenziare l'efficacia del trattamento, ma anche della situazione sociale ed emotiva del paziente, nonché del rispetto dell'igiene ambientale e della corretta esecuzione della tecnica dialitica. Anche le visite rappresentano un sostegno per il paziente e i suoi cari, per creare un rapporto di empatia, di fiducia reciproca, in modo che possa liberamente raccontare le proprie paure, le difficoltà, i dubbi che quotidianamente insorgono nei confronti della dialisi. A questo riguardo è molto importante l'addestramento del paziente che avviene in occasione delle visite domiciliari effettuate dall'équipe assistenziale di riferimento per la Dialisi peritoneale. L'efficacia delle visite domiciliari nei pazienti cronici in trattamento dialitico peritoneale influisce notevolmente sulla riduzione del rischio di interruzione della metodica (*drop-out* ^[1]).

L'educazione terapeutica rappresenta un elemento essenziale per la gestione adeguata del trattamento dialitico: quella condotta dal team infermieristico durante l'addestramento e le visite domiciliari permette all'utente di sviluppare nuove conoscenze, di utilizzare le proprie risorse, di assumersi nuove responsabilità e di curare il proprio benessere. Le visite domiciliari risultano essere efficaci quando si instaura un rapporto di fiducia tra infermiere e paziente, che può così apprezzare le proprie capacità, creare un rapporto di empatia sincera, di interesse reciproco; in genere vengono vissute come opportunità per raggiungere in autonomia e autosufficienza gli obiettivi inizialmente prefissati. L'educazione terapeutica è mirata a:

- incrementare i pazienti in trattamento dialitico peritoneale;
- ridurre le visite domiciliari;
- ridurre il fenomeno del *drop-out*;
- ridurre la complicità della peritonite.

Il percorso educativo e di presa in carico dei pazienti in terapia dialitica peritoneale

È stata condotta un'indagine retrospettiva per esplorare le modalità di presa in carico e monitoraggio dei pazienti in terapia dialitica domiciliare, afferenti all'Unità operativa complessa (Uoc) di Nefrologia e dialisi dell'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord. A tal fine sono state analizzate le cartelle cliniche di 428 pazienti assistiti presso il centro dal 1990 al 2011.

I metodi attraverso cui può essere attuato il monitoraggio del paziente in terapia dialitica domiciliare sono:

1. contatti telefonici – utili a pazienti e professionisti per segnalare/identificare l'insorgenza di sintomi indicativi di complicanze, tramite la rilevazione di alcuni parametri (per es. peso, pressione arteriosa, parametri dialitici rilevati quotidianamente, altro);
2. visite domiciliari - queste vengono effettuate in tempi e con obiettivi diversi, durante il percorso di presa in carico del paziente, sono pertanto suddivise in:
 - *visita domiciliare di selezione*: eseguita dal personale infermieristico e dall'assistente sociale. La visita è mirata alla valutazione dell'idoneità del paziente per la dialisi peritoneale e permette di osservare l'utente nella sua reale dimensione familiare. Nella visita si identificano, in accordo con i familiari, le modifiche strutturali e igieniche al fine di rendere idoneo l'ambiente alla dialisi. In quest'occasione viene compilata la scheda socio-attitudinale (parte integrante della cartella infermieristica). Il percorso di arruolamento della persona assistita nel trattamento dialitico domiciliare prevede anche:
 - un colloquio di pre-dialisi per la selezione del paziente;
 - la programmazione di un periodo di addestramento presso l'Uoc di Nefrologia e dialisi;
 - l'indagine familiare per verificare che l'ambiente preposto risponda a requisiti di praticità, sicurezza, igiene;
 - *visita domiciliare di pre-dimissione*: eseguita dal personale infermieristico, alcuni giorni prima che il paziente sia dimesso e a termine del periodo di addestramento, per verificare che siano rispettati alcuni requisiti per l'area di trattamento dialitico:
 - il materiale dialitico richiesto corrisponde all'ordine effettuato e stoccato in ambiente idoneo, seguendo i criteri di praticità, conservazione e scadenza del prodotto;
 - il nucleo familiare ha risolto gran parte dei problemi e dubbi in merito al trattamento dialitico domiciliare;
 - *visita domiciliare di accompagnamento*: eseguita al momento della dimissione del paziente e nei 3-5 giorni successivi dall'infermiere responsabile del suo training.

Questa è necessaria per:

 - dare continuità all'addestramento teorico-pratico;
 - sostenere il paziente nell'effettuazione della pratica dialitica, attenuando gli effetti negativi o paure davanti al carico di responsabilità;
 - osservare, verificare, modificare il piano organizzativo domiciliare personale del paziente;

- coinvolgere i familiari nelle attività di supporto alla dialisi peritoneale;
- *visita domiciliare di controllo*: viene effettuata almeno due volte l'anno senza preavviso per:
 - controllare l'ambiente e l'attività dialitica;
 - valutare direttamente se sono state apportate nel tempo modifiche nella gestione della pratica dialitica, in contrasto con i presupposti di garanzia iniziale;
- *visita domiciliare di assistenza*: in caso di richieste o bisogni specifici da parte del paziente, è finalizzata a:
 - gestione di momenti di crisi psicologica, per evitare o contenere eventuali disagi e limitazioni causate dalla dialisi rispetto le quotidiane abitudini del paziente e della famiglia;
 - supporto ai familiari quando non riescono ad assolvere a specifici compiti per la prosecuzione della dialisi;
 - insorgenza di complicanze (24 h/giorno).

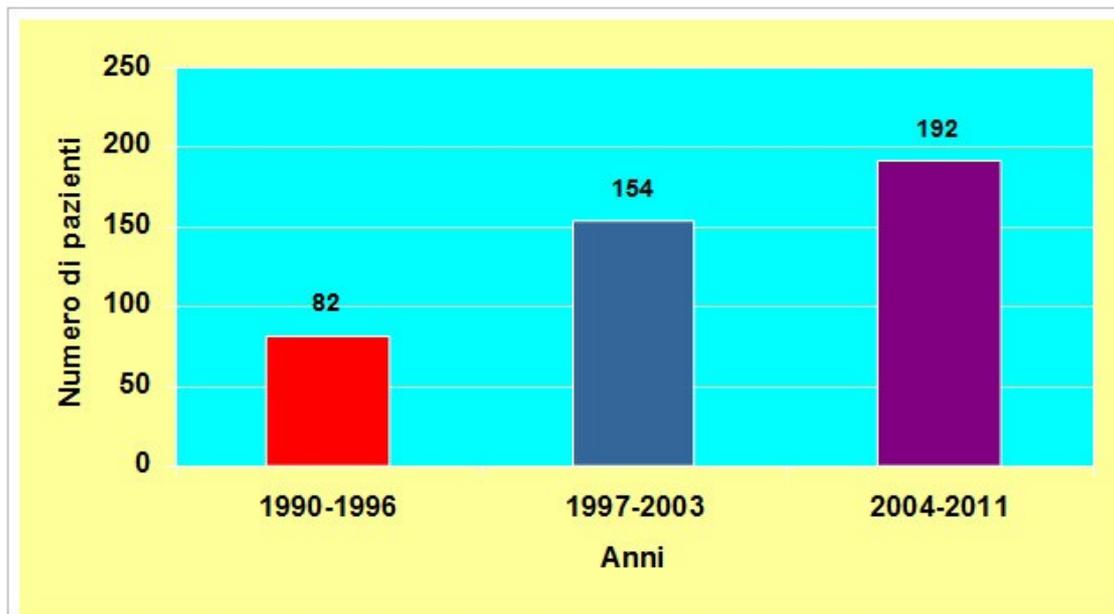
Tutti i dati raccolti durante le visite domiciliari sono registrati su un'apposita scheda di valutazione infermieristica;

- *visite ambulatoriali*: sono effettuate nel luogo dove ha sede il centro dialisi, ogni 30 giorni circa. Durante la visita ambulatoriale l'équipe assistenziale valuta: l'igiene personale e la cura dell'orifizio cutaneo, l'efficienza dialitica, lo stato nutrizionale, le eventuali complicanze infettive o legate all'aumento della pressione intraperitoneale.

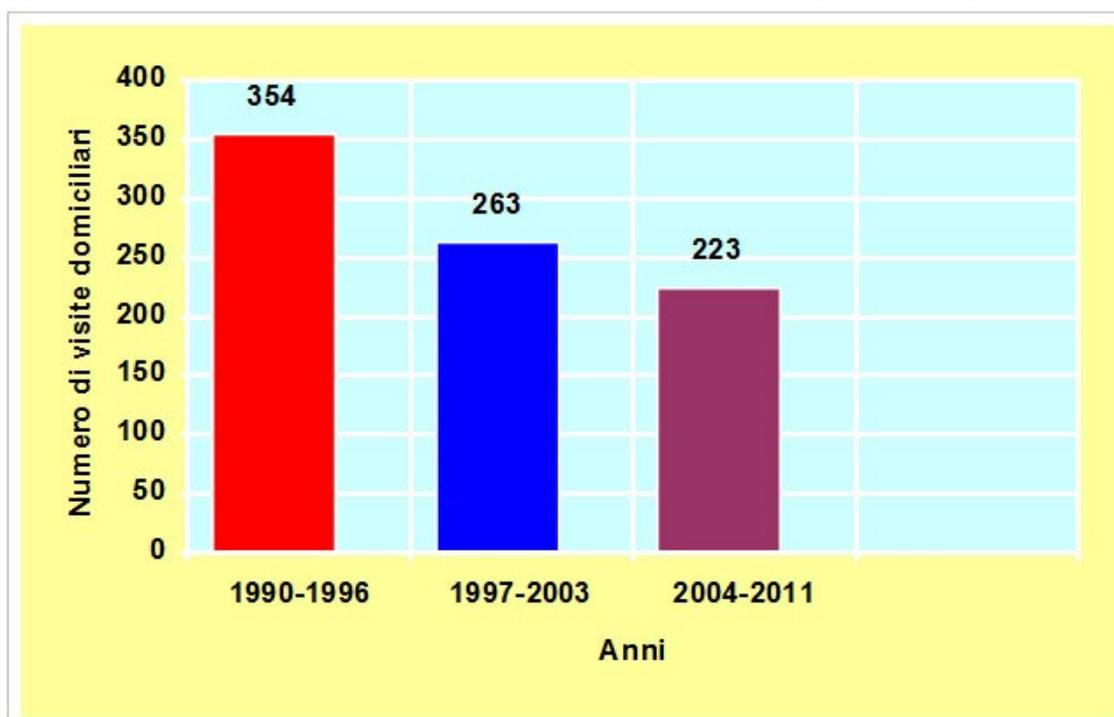
I dati raccolti durante le visite ambulatoriale vengono registrati nelle cartelle mediche e infermieristiche del reparto e aggiornati ad ogni visita.

I pazienti del nostro Centro

La popolazione di pazienti oggetto dell'indagine è stata suddivisa in tre periodi di riferimento: 1990-1996, 1997-2003, 2004-2011. Dal 1990 si rileva che i pazienti entrati in dialisi peritoneale sono progressivamente aumentati (**Grafico 1**).

Grafico 1 - Pazienti in trattamento dialitico peritoneale dal 1990 al 2011 (totale 428)

Nonostante ciò, la numerosità delle visite domiciliari è progressivamente diminuita (**Grafico 2**).

Grafico 2 - Visite domiciliari dal 1990 al 2011 (totale 840)

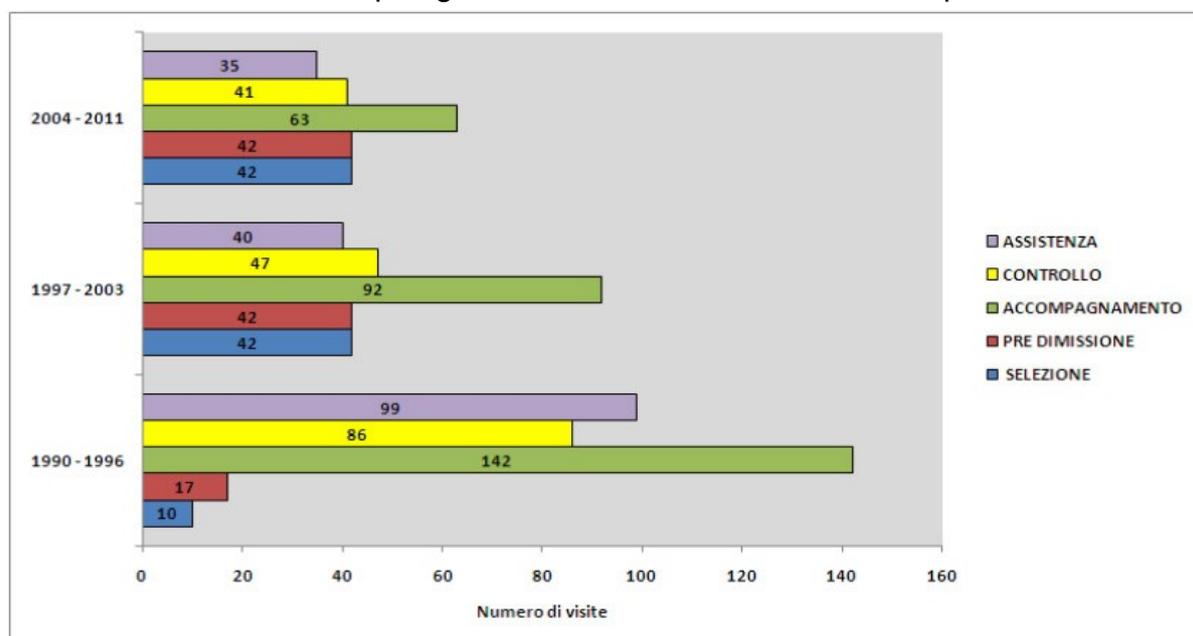
Le visite *di accompagnamento* hanno rappresentato in questi anni la prestazione più frequente.

Tabella 1 - Analisi quali-quantitativa delle visite domiciliari

Tipologia visite	n. visite	% visite
Accompagnamento	297	35%
Assistenza	174	21%
Controllo	174	21%
Pre-dimissione	101	12%
Selezione	94	11%
Totale	840	100%

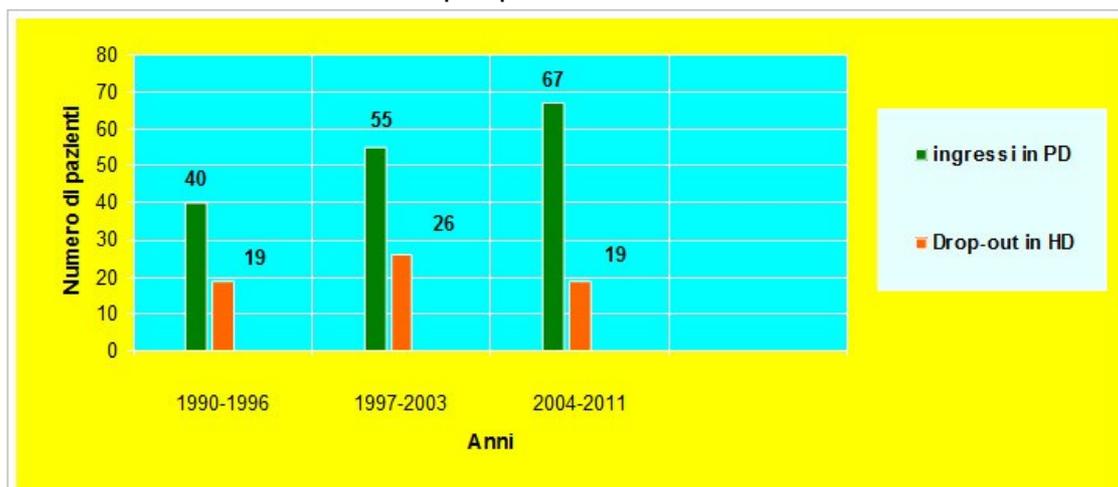
Osservando la tipologia delle visite domiciliari in questi 21 anni di attività dialitica, si rileva come siano aumentate considerevolmente le *visite di selezione* (dal 3% al 19%): volutamente si è data molta importanza a questa fase per garantire la tenuta del paziente. Sono aumentate anche le visite di *pre-dimissione* (dal 5% al 19%), mentre si sono ridotte le visite di *assistenza* (dal 28% al 16%), di *accompagnamento* (dal 40% al 28%) e di *controllo* (dal 24% al 18%).

Questi dati dimostrano l'importanza di un'adeguata selezione dei pazienti da indirizzare verso una metodica autogestita in cui si valuti, oltre all'adeguatezza clinica, il soggettivo desiderio di autogestione tramite la dialisi peritoneale automatizzata (Apd). Inoltre un'assistenza programmata è molto più efficace di un intervento domiciliare effettuato per complicazioni e patologie già istaurate (**Grafico 3**).

Grafico 3 - Tipologia di visite domiciliari e relativa frequenza

Per quantificare il *drop-out* è stata considerata la media dei nuovi ingressi per ogni anno e per periodo di riferimento e la media annuale dei fuoriusciti dal trattamento per lo stesso periodo. In questo modo è stato possibile descrivere il percorso dei pazienti dall'inizio alla fine del loro trattamento in dialisi peritoneale (**Grafico 4**).

Grafico 4 - Media annuale nuovi ingressi di pazienti in dialisi peritoneale e *drop-out*, suddivisi per periodi di osservazione



In percentuale, considerando la media dei nuovi entrati in trattamento per periodo di riferimento, rispetto ai fuoriusciti, il fenomeno del *drop-out* si è ridotto dal 47,5% del primo periodo di riferimento al 28,3% dell'ultimo periodo. Le principali cause di *drop-out* sono state in genere: perdita di autonomia, peritonite, ultrafiltrazione insufficiente, denutrizione proteica.

Per quanto riguarda la complicità peritonite, il dato è stato valutato in linea con le indicazioni della Società italiana nefrologia: conteggiando come infezione una peritonite che recidiva entro 4 settimane e il batterio isolato risulta essere lo stesso. Se la peritonite insorge dopo 4 settimane o viene isolato un altro batterio va invece conteggiata come nuovo episodio.

Le peritoniti sono passate da 0,41 a 0,18 peritoniti/paziente/anno, dato di eccellenza poiché il valore di riferimento risulta essere 0,5 peritoniti/paziente/anno. Con i sistemi di dialisi oggi in uso, l'incidenza di peritoniti dovrebbe essere inferiore a 1 episodio/20 mesi paziente e dovrebbe tendere a 1 episodio/30 mesi paziente, dato che allo stato attuale può considerarsi il livello d'eccellenza.

Conclusioni

In questi anni il percorso della presa in carico del paziente in terapia dialitica si è modificato. Il miglioramento raggiunto si evince dalla riduzione progressiva delle visite domiciliari, specialmente quelle di *accompagnamento*, di *assistenza* e di *controllo*, nonostante il progressivo aumento del numero di pazienti in trattamento dialitico. Altresì si è verificato un incremento delle *visite di selezione* e di *pre-dimissione*. Inoltre, il numero dei pazienti che fuoriesce dalla metodica si è ridotto e il tasso di incidenza delle peritoniti è inferiore al tasso di riferimento nazionale.

Tali risultati sono stati raggiunti grazie alla scelta strategico-organizzativa dell'Uoc, che ha rilevanza a tre momenti fondamentali: la selezione iniziale dei pazienti, il percorso di addestramento, le visite di pre-dimissione.

Il monitoraggio del paziente in Dialisi peritoneale prevede una particolare organizzazione e metodologia legate alle caratteristiche di autogestione domiciliare del trattamento da parte di ciascun paziente. Per questa ragione oltre ai professionisti medici e infermieri sono direttamente coinvolti in questa attività anche l'assistito ed il nucleo familiare. Durante le visite domiciliari, infatti, il paziente è inserito in un periodico addestramento personalizzato sia per frequenza che per argomenti riguardanti la tecnica di dialisi.

Nell'esperienza presentata la valutazione, unitamente ad un protocollo di selezione dei pazienti da avviare alla dialisi e alla verifica delle corrette azioni da adottare, ha consentito di ridurre significativamente l'incidenza della peritonite e del *drop-out*.

Il monitoraggio deve essere rivolto non solo alla valutazione della tecnica dialitica e dei parametri clinici/ematologici/strumentali, ma anche all'esame dello stato emotivo della persona assistita, del livello di autocura espresso, nonché della qualità di vita del paziente e del nucleo familiare.

[1] *Drop-out*: abbandono, fuoriuscita dalla metodica dialitica terapeutica inizialmente perseguita per continuare la terapia dialitica con un'altra metodica.

BIBLIOGRAFIA

- Brown M C, Simpson K, Kerssens J J, Mactier R A. *Scottish renal registry. Peritoneal dialysis-associated peritonitis rates and outcomes in a national cohort are not improving in the post-millennium (2000- 2007)*. *Perit Dial Int* 2011; 31(6): 639-50.
- Li P K, Szeto C C, Piraino B, Bernardini J, Figueiredo A E, Gupta A, Johnson D W, Kuijper E J, Lye W C, Salzer W, Schaefer F, Struijk D G. *International society for peritoneal dialysis. Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update*. *Perit Dial Int*. 2010 Jul-Aug; 30(4):393-423.
- Marcolongo, Bonadiman, Gagnayre. *Curare con il malato: l'educazione terapeutica come postura professionale*. Edizioni Change, 2006.
- www.sin-italy.org.
- www.sio-triveneto.it.



ESPERIENZE

La Trombosi venosa profonda associata al catetere venoso centrale inserito perifericamente (Picc)

di Maria Angela Fumagalli (1), Marilena Montalti (2), Raffaella Fuzzi (3), Elisabetta Fabbri (4), Secondo Folli (5)

(1) Infermiere Direzione infermieristica e tecnica, Azienda Usl Forlì

(2) Infermiere Direzione infermieristica e tecnica, Azienda Usl Rimini

(3) Infermiere Senologia, Azienda Usl Forlì

(4) Statistico Uo Ricerca e innovazione, Azienda Usl Rimini

(5) Direttore Uo Senologia, Azienda Usl Forlì

Corrispondenza: marilena.montalti@gmail.com

Il catetere venoso centrale inserito perifericamente (Picc – *Peripherally inserted central catheter*) consente di utilizzare gli accessi venosi per la somministrazione di sostanze tossiche, viscosi e irritanti, come chemioterapici, nutrizione parenterale totale, antibiotici ([Gonsalves, Eschelman](#) et al., 2003). Il suo utilizzo si sta sempre maggiormente diffondendo, grazie alla relativa facilità e sicurezza nell'inserzione (Grove, Pevcec et al. 2000), oltre che perché di norma è ben tollerato dal paziente.

Il Picc viene utilizzato come un catetere venoso centrale (Cvc) inserito in succlavia e giugulare, ma evita il rischio di complicanze meccaniche tipiche della puntura venosa centrale diretta, ad esempio il pneumotorace. Ha un minor rischio di complicanze batteriemiche legate alla colonizzazione della cute, provoca un minor *discomfort*, è più semplice da gestire e il suo inserimento ha costi minori.

Il Picc può essere inserito da infermieri formati all'inserimento, al riconoscimento e alla gestione di eventuali complicanze, nonché alla medicazione e al *follow up* dei pazienti.

Il problema

Una delle complicanze associate al Picc è la Trombosi venosa profonda (Tvp) degli arti superiori, che può causare perdita dell'accesso venoso e aumento del rischio di embolia polmonare. La Tvp si sviluppa entro i primi venti giorni dall'inserzione del Picc e in minima parte oltre il quarantesimo giorno (Ong, Gibbs et al., 2006).

La maggior parte delle Tvp rimane asintomatica e quindi la vera incidenza di questa complicanza non è nota e le sue cause risultano difficilmente identificabili. L'incidenza della Tvp associata a Picc oscilla tra il 3% e il 38% dei casi ([Gonsalves, Eschelman](#) et al., 2003; Grove, Pevcec et al., 2000; Ong, Gibbs et al., 2006; Allen, Megargell et al., 2000).

L'incidenza varia in modo considerevole, in relazione ai numerosi fattori responsabili, tra cui:

- il trauma della parete vasale provocato dall'inserzione del catetere;
- l'abrasione dell'endotelio determinata dal movimento del catetere;
- la localizzazione venosa e la durata della permanenza in sede (Allen, Megargell et al., 2000);
- il tipo di paziente e il metodo d'inserzione;
- l'occlusione venosa provocata da un calibro del catetere troppo grande rispetto a quello venoso.

A oggi i farmaci non vengono considerati specifici fattori di rischio, anche se l'insorgenza di Tvp è frequente nei pazienti oncologici in chemioterapia. D'altra parte, il cancro stesso è stato riconosciuto come fattore di rischio per la Tvp (Ong, Gibbs et al., 2006; Paauw, Borders et al., 2008).

La nostra esperienza

Alla luce delle indicazioni della letteratura abbiamo ritenuto opportuno quantificare l'incidenza di Tvp Picc correlata, nell'ambito delle Aziende Usl di Forlì e di Rimini, nelle quali sono attivi due centri dedicati alla gestione dei Picc, con Picc Team costituiti da medici ed infermieri formati ed addestrati.

In entrambe le aziende, il posizionamento di Picc avviene di norma in ambulatorio o, in caso di necessità, al letto del paziente, in osservanza dei criteri di asepsi, come raccomandato dalle società scientifiche internazionali. I dispositivi utilizzati sono in silicone, monolume e di calibro di 4F. L'incidenza di Tvp è minore con l'uso di dispositivi di calibro < 4F.

Il posizionamento dei Picc viene effettuato con metodica eco-guidata che consente di identificare le vene profonde, non visibili né palpabili, riducendo le complicanze legate al posizionamento, grazie all'uso di un ecografo dotato di sonde superficiali, lineari ed ad alta frequenza (7.5-9 mhz), finalizzato esclusivamente alla visualizzazione ed alla identificazione dei vasi sanguigni.

Al termine dell'impianto, viene eseguito un controllo radiografico presso il Servizio di radiologia diagnostica per verificare il corretto posizionamento dell'apice del Picc in prossimità della giunzione tra vena cava superiore e atrio destro.

I pazienti sono sottoposti a controlli e a medicazione ovvero esecuzione a cadenza settimanale del lavaggio dei cateteri a punta chiusa con soluzione fisiologica e di quelli a punta aperta con eparina sodica, oltre al cambio della medicazione.

Il lavaggio dei cateteri e le medicazioni vengono effettuati da infermieri presso l'Uo di degenza quando si tratta di ricoverati o presso l'ambulatorio oncologico in corso di terapia se si tratta di esterni, oppure da infermieri dell'Assistenza domiciliare integrata al domicilio o dagli stessi *caregiver* addestrati all'esecuzione delle procedure.

Per quantificare l'incidenza di Tvp Picc correlata abbiamo svolto uno studio all'interno delle nostre strutture, coinvolgendo tutti i pazienti che tra ottobre 2009 e ottobre 2010 sono stati inviati in modo continuativo presso gli ambulatori, assistiti a livello domiciliare, ambulatoriale o in regime di ricovero, portatori di Picc per terapia infusioneale. I pazienti sono stati seguiti per un periodo di sei mesi a partire dalla data dell'inserzione del catetere. Abbiamo tenuto in considerazione: sesso, età, abitudine al fumo, patologia prevalente e patologie concomitanti, tipo di terapia infusa (antibioticoterapia, miscele nutrizionali, chemioterapia, con specificazione del tipo di chemioterapico), presenza d'infezione, terapia anticoagulante, tipo di catetere (mono o doppio lume, a punta aperta o a punta chiusa), materiale (silicone, poliuretano), calibro, lunghezza, sito di inserzione (vena selezionata, posizionamento dell'estremità del catetere), numero di venipunture necessarie all'inserzione), qualifica dell'operatore (medico, infermiere), durata della permanenza in sede.

Abbiamo inoltre considerato il tempo di comparsa della trombosi venosa sintomatica (data d'inserzione del Picc e data di comparsa dei sintomi), oltre al motivo della rimozione del catetere.

Settimanalmente, in occasione della medicazione del catetere, venivano rilevati dati relativi alla condizione della cute ed alla presenza di eventuali sintomi di Tvp: rossore, dolore edema dell'arto superiore, alterazione della sensibilità e della funzionalità, evidenza di circoli collaterali.

I sintomi segnalati direttamente dai pazienti venivano verificati dagli operatori del Picc Team nel corso della visita presso l'ambulatorio Picc, alla quale faceva seguito una consulenza specialistica da parte di un chirurgo vascolare o di un cardiologo, che verificavano il sospetto diagnostico mediante un'indagine ecodoppler.

Complessivamente abbiamo potuto osservare 274 pazienti: di questi, il 32% dei pazienti era di sesso maschile, di età compresa da 20 e 96 anni. Le motivazioni che hanno portato all'inserimento del Picc sono state neoplasie (97,5%), malnutrizione (1,8%) e altre patologie.

Il tipo di terapia infusa era costituita da farmaci chemioterapici (85.4%), da miscele per Npt o per idratazione (14.3%) e da antibiotici (un unico caso).

I Picc sono stati mantenuti in sede per tutta la durata dell'indagine e rimossi in caso di complicanze o di sospensione della terapia.

La Tvp si è manifestata in 10 casi, con un tempo di comparsa medio di 17,5 giorni dal posizionamento (minimo 10 giorni, massimo 215 giorni). I segni rilevati e considerati per porre il sospetto Tvp sono stati: il dolore nella totalità dei casi, il gonfiore del braccio nel punto di inserzione del Picc in 7 casi, il rossore della cute in prossimità del punto di inserzione del catetere in un caso. Tutti i casi sono stati trattati farmacologicamente e l'esito è stato favorevole.

Non abbiamo potuto correlare le variabili osservate con la comparsa di Tvp: il numero di pazienti osservati è stato contenuto, le molecole utilizzate e le associazioni sono state diversificate nei differenti cicli di terapia.

L'indagine ci ha comunque permesso di riflettere sulle modalità di gestione dei Picc nei diversi contesti assistenziali, sugli strumenti operativi utili, sulla necessità di uniformare, per alcuni aspetti, le procedure.

Si ringraziano per il contributo fornito alla raccolta dei dati: Desideria Argnani, Annalisa Curcio, Paola Liverani, Marta Mengozzi, Tatiana Pietrucci, Sabrina Pieller, Mimosa Granata.

BIBLIOGRAFIA

- [Gonsalves C F](#), [Eschelmann D J](#), [Sullivan K L](#), [DuBois N](#), [Bonn J](#). *Incidence of central vein stenosis and occlusion following upper extremity Picc and port placement.* [Cardiovasc Intervent Radiol](#). 2003 Mar-Apr;26(2):123-27. Epub 2003 Mar 6.
- Grove J R, Pevec W C. *Venous Thrombosis related to peripherally Inserted central Catheter.* [JVIR](#), 2000; 11:837-40.
- Ong B, Gibbs H, Catchpole I, Hetherington R, Harper J. *Peripherally inserted central catheters ed upper extremity deep vein thrombosis.* [Australasian Radiology](#) 2006; 50: 451-54.
- Allen A W, Megargell J L, Brown D B, Lynch F C, Singh H, Singh Y, Waybill P N. *Venous thrombosis associated with the placement of peripherally inserted central catheters.* [JVIR](#) 2000; 11(10):1309-131.
- Evans S et al. *Risk of symptomatic DVT associated with peripherally inserted central catheter.* [Chest](#) Vol 138 2010 Oct; issue 4.
- Paauw J D, Borders H, Ingalls N, Boomstra S, Lambke S, Fedeson B, Goldsmith A, Davis A T. *The incidence of Picc line-associated thrombosis with and without the use of prophylactic anticoagulants.* [JPEN J Parenter Enteral Nutr](#) 2008 32: 443-47.



NORME E CODICI

La somministrazione di farmaci nei servizi residenziali territoriali per persone con disabilità e rischi. La sentenza del Consiglio di Stato n. 1384 del 9 marzo 2010

di Giorgio Canal (1), Marco Cadamuro Morgante (2), Giovanni Pavan (3)

(1) Avvocato – Treviso

(2) Medico legale, Direttore sanitario, Presidio ospedaliero di Montebelluna dell'Azienda Ulss n. 8 di Asolo-Castelfranco – Treviso

(3) Dirigente infermieristico, Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione e dell'Ufficio di infermieristica legale dell'Ospedale riabilitativo di Motta di Livenza - Treviso

Il Consiglio di Stato, con la sentenza n. 1384/2010, ripropone un delicato problema che riguarda la professione infermieristica (ma anche quella medica) in ordine alla somministrazione di farmaci da parte di Operatori socio sanitari (Oss) e ausiliari - anziché da infermieri – a persone con disabilità, più o meno marcata, non autosufficienti, che vengono ospitate in strutture residenziali protette territoriali.

In questa nostra disamina si è partiti dall'analisi della pronuncia del Consiglio di Stato alla luce dell'interrogazione - ancora in corso - dell'On. Palagiano al Ministro della salute, in merito alla vicenda avvenuta presso strutture residenziali dell'Azienda Usl 11 di Empoli, passando poi ai risultati di uno studio di uno studente del Master in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento della Facoltà di medicina e chirurgia "A. Gemelli" di Roma, svolto in residenze sanitarie assistenziali (Rsa); non in ultimo riferendoci a una pronuncia del Tar. dell'Emilia-Romagna del 2009, per concludere con alcuni rilievi dei Nas per la Tutela della salute di una provincia italiana a seguito di ispezioni in comunità residenziali per disabili.

L'obiettivo postoci è di riflettere sulla somministrazione dei farmaci e sulle procedure assistenziali complesse nelle strutture per disabili: le condizioni operative che emergono sia da studi, sia da verifiche ispettive degli organi di vigilanza, confermano situazioni di rischio manifesto o latente, che è il caso di approfondire. Si tratta di pochi elementi documentali, ma significativi, per una breve riflessione sul tema che interessa in prospettiva crescente la professione infermieristica e gli Oss.

Operatori e professionisti delle strutture per disabili

Le strutture territoriali di ricovero/alloggio per disabili (anziani o giovani) sorgono in via crescente per l'*"integrazione tra servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per favorire l'integrazione delle persone con disabilità nei servizi diurni e residenziali"*, che in concreto si traduce in una forma di ospitalità protetta ed a costo contenuto in piccole-medie strutture con carattere assistenziale.

La tipologia di assistenza erogata in queste strutture, prettamente di carattere alberghiero, si caratterizza sostanzialmente per l'intervento di Operatori socio sanitari (Oss) e/o Operatori tecnici addetti all'assistenza (Ota): queste figure dovrebbero essere gestite da infermieri o al massimo da assistenti sociali, mentre invece si riscontra sovente il loro coordinamento da parte di figure professionali quali psicologi, educatori od altro.

La componente infermieristica (complessa e specialistica) dovrebbe essere in realtà molto limitata, in quanto i disabili in queste strutture residenziali dovrebbero essere sostanzialmente autosufficienti, ed affidata agli infermieri dei servizi territoriali domiciliari di continuità assistenziale, facenti capo ai Distretti socio-sanitari della aziende Ulss.

La realtà concreta, invece, mette in evidenza situazioni residenziali - in particolare quelle per gli anziani - chiamate a farsi carico di una utenza caratterizzata non solo da età sempre più avanzata e da elevati livelli di disabilità, ma anche da una crescente complessità ed instabilità delle condizioni cliniche degli ospiti^[1].

La gestione della complessità assistenziale non viene assegnata ad infermieri presenti e stabili della struttura, ma dell'Azienda Ulss di pertinenza; questi si limitano ad accedere alla residenza in genere una volta al giorno, al mattino, per predisporre i farmaci da somministrare ai disabili ed effettuare, sempre nell'occasione, le procedure infermieristiche più complesse, lasciando per il resto del giorno e della notte gli assistiti affidati agli Oss.

I Nas hanno riscontrato in un caso che gli infermieri di un'azienda Ulss accedevano nelle strutture residenziali una volta al mese (anziché tre volte alla settimana) e che nella realtà *"la predisposizione dei farmaci nelle loro confezioni originali all'interno di uno specifico contenitore chiuso corredato di nome e cognome dell'assistito, verificandone (...)"* non è svolta dall'infermiere del Distretto socio-sanitario, unica figura infermieristica che interviene in struttura, ma dagli Oss di turno.

I militi dell'Arma *"non hanno potuto accertare se nella realtà la prevista verifica periodica delle scadenze dei medicinali, indicata dalle procedure dell'azienda Ulss a carico dell'infermiere, venga svolta (...) di fatto non risulta mai annotata nelle schede degli ospiti (...) una data di scadenza prossima, sebbene si sia riscontrata la presenza, tra i medicinali da somministrare, di confezioni in prossima scadenza"*.

In questa struttura trovano ospitalità soggetti disabili con catetere e prescrizione di alimentazione enterale (Peg) e che si alimentano esclusivamente per questa via mediante *"nutrizione artificiale con l'impiego di specifica apparecchiatura medico-terapeutica di proprietà dell'Azienda Ulss"* sempre a cura degli Oss.

In dette strutture residenziali vi sono ospiti disabili sotto trattamento con dicumarolici oppure insulino-dipendenti con relativo controllo della glicemia. Questi sono alcuni dei rilievi attestati dai Carabinieri per la Tutela della salute nelle verifiche ispettive, anche a distanza di tempo, nelle medesime strutture.

Quanto rilevato dai Nas è in linea con i risultati della ricerca citata^[2], dalla quale emerge che nell'80% dei casi è l'infermiere che prepara la terapia farmacologia, somministrata poi dagli Oss. Sempre in questa ricerca emerge che l'affidamento all'Oss dell'attività di somministrazione della terapia enterale (più raramente di preparazione) avviene in situazioni di emergenza o per terapia di routine nel 40% delle Rsa. Solo nel 20% delle strutture (3 Rsa) l'infermiere affida l'attività di terapia enterale all'Oss, valutandone preventivamente le capacità di garantire sicurezza nell'esecuzione, ma solo in 1 di queste 3 strutture è in uso una procedura di valutazione scritta dell'operatore di supporto. Inoltre, nelle Rsa campione della ricerca la prescrizione della terapia da parte del medico nel 55% dei casi avviene per iscritto, mentre nel rimanente 43% dei casi oralmente o telefonicamente. Citiamo quest'ultimo dato in relazione ad un fattore di rischio per possibili errori di somministrazione dei farmaci: l'errore di trascrizione delle prescrizioni mediche. Infine, l'indagine ha evidenziato comportamenti pericolosi:

- nel 24% delle Rsa la terapia è preparata con largo anticipo (dalle 8 alle 16 ore precedenti);
- nel 45% dei casi le persone che preparano sono diverse da quelle che somministrano;

- nel 68% delle Rsa dove sono persone diverse che preparano e somministrano la terapia, non si effettua la registrazione dell'avvenuta somministrazione.

Nel quadro che abbiamo cercato di delineare si può più facilmente comprendere il pronunciamento del Consiglio di Stato avverso all'Azienda Usl 11 di Empoli, colpevole dell'aver emanato ordini di servizio (del 29 luglio e del 30 ottobre 1997) verso gli Oss di un suo Centro diurno per la socializzazione dei disabili, disponendo loro di procedere alla somministrazione di farmaci per via orale a soggetti disabili dimoranti nella stessa struttura, confermando il precedente pronunciamento del Tar della Toscana che si era così espresso: *“considerato che in relazione alla finalità del Centro presso cui prestano servizio i ricorrenti (riabilitazione, socializzazione ed integrazione di disabili) ed allo stato anormale dei destinatari dei relativi servizi e trattandosi di somministrare medicine particolari (antiepilettici, cardiotonici, psicofarmaci) a soggetti disabili, ne ha tratto la conseguenza che la valutazione del momento della loro somministrazione richiede sicuramente una qualificazione oltre che esperienza professionale, per cui tale somministrazione è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse da quella infermieristica”*.

L'appello dell'Azienda Usl 11 di Empoli al Consiglio di Stato^[3] è stato dichiarato infondato ed i giudici hanno stabilito che *“in relazione alle finalità del Centro presso cui prestano servizio i ricorrenti (riabilitazione, socializzazione ed integrazione di disabili) ed allo stato anormale dei destinatari dei relativi servizi, la somministrazione di medicine particolari (antiepilettici, cardiotonici, psicofarmaci) a soggetti disabili, richiede la valutazione del momento della loro somministrazione e perciò una qualificazione oltre che esperienza professionale non posseduta dagli interessati. Con la conseguenza che la somministrazione di tali farmaci è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse da quelle infermieristiche (...). Irrilevante è poi la circostanza che il Centro in questione non abbia carattere sanitario in quanto è la necessità della somministrazione di farmaci agli ospiti del Centro che comporta l'esigenza di disporre di personale infermieristico per fare fronte a tale incombenza”*.

In linea con la pronuncia del Consiglio di Stato abbiamo la precedente sentenza del Tar dell'Emilia-Romagna Parma del 2009^[4], sul ricorso avverso alla ordinanza urgente di immediata cessazione dell'attività socio-assistenziale in una casa famiglia che accoglie fino ad un massimo di sei ospiti, stabilendo che *“è legittima l'ordinanza contingibile ed urgente adottata dal Sindaco (di Parma) anche sul presupposto dell'accertata presenza, tra gli ospiti della implicata struttura socio-assistenziale, di persone non autosufficienti: circostanza comportante l'inapplicabilità, alla fattispecie, della normativa regionale (dell'Emilia-Romagna) contemplante un particolare regime di semplificazione della gestione delle case-famiglia aventi determinati requisiti e, di conseguenza, la necessità per le stesse di dotarsi, alla stregua di ogni normale struttura socio-sanitaria, di un infermiere professionale per la somministrazione dei farmaci ai degenti non autosufficienti, la cui presenza esige necessariamente che la struttura debba garantire a tali soggetti anche l'assistenza infermieristica, quanto meno per assicurare loro la corretta applicazione delle impartite prescrizioni diagnostico-terapeutiche”*.

Quanto venuto all'attenzione con la sentenza n. 1384/2010 del Consiglio di Stato ha fatto emergere ulteriori situazioni *anomale* e di *non conformità* che vedrebbero *“infermieri addirittura “imporre” ad Oss di provvedere alla somministrazione dei farmaci, nonostante questa esplicita mansione non possa essere richiesta agli operatori socio sanitari”*, tanto che è stata anche richiamata in una interrogazione a risposta scritta alla Camera dei Deputati rivolta al Ministro della salute e tuttora in corso^[5].

Il valore aggiunto e di maggiore sicurezza nel poter disporre in tali strutture di personale infermieristico qualificato, oltre a quello di supporto alberghiero, viene confermato nella bibliografia anglosassone di Needleman et al., Aiken et al.

Discussione

È evidente che alcune scelte organizzative relative alle strutture residenziali di assistenza avvengono anche sulla scorta di valutazioni di carattere economico, così com'è noto che il costo base di un infermiere si aggira intorno ai 36.000 euro rispetto a quello di un Oss di circa 28.000 euro.

Se il criterio organizzativo del personale, puramente economico (ovvero “*di minore costo*”), può trovare comprensione per un amministratore che rivolge la sua attenzione *in primis* agli aspetti di budget di struttura, non può trovare giustificazione per un dirigente, ovvero per un coordinatore infermieristico, l'inadeguatezza dei servizi infermieristici territoriali per le strutture residenziali per disabili.

In difetto di organizzazione di detti servizi infermieristici, ci si attende che il dirigente infermieristico si attivi senza ritardo per sanare le carenze strutturali, ovvero denunciare al responsabile aziendale l'impossibilità oggettiva di fronteggiare a tale obbligo di adempimento.

Egli infatti da un punto di vista giuridico ha oggi come ben noto, diversamente dal passato, una propria completa autonomia e un suo proprio ambito di responsabilità puntualmente individuato, *in primis*, dal profilo professionale (“*è responsabile dell'assistenza infermieristica*”), ed è chiamato a rispondere direttamente delle proprie azioni orientate al risultato assistenziale, con la necessaria conseguenza di sopportare le relative conseguenze di natura civile, penale e disciplinare.

Pertanto, qualora sorga una conseguenza dannosa per il paziente a seguito della evidenziata lacuna oggetto del presente lavoro, ovvero emerga la carenza a seguito di controlli dell'autorità preposta, e qualora risulti che il dirigente infermieristico non abbia cercato almeno di porvi rimedio, facendo quanto per lui possibile e segnalando comunque almeno la lacuna alla struttura, ebbene egli potrà ben trovarsi corresponsabile, da un punto di vista civile e penale, assieme alla struttura, per dette deficienze, lacune e danni provocati, in base al concetto di colpa (negligenza), pertanto risponderà degli eventuali danni e delle eventuali sanzioni.

Anche sotto il profilo disciplinare e del rispetto del Codice deontologico vi è da precisare che, se da un lato l'infermiere, ai sensi dell'articolo 49 del Codice^[6] “*nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze ed i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera; rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale*”, di contro, ai sensi dell'articolo 48 “*ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito*” ed inoltre, ai sensi dell'articolo 47, “*ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale*”.

Sempre dal Codice deontologico, l'infermiere, ai sensi dell'articolo 17, *“nell'agire professionale, è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi”*, ai sensi dell'articolo 29, *“concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore; partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico”* ed infine, ai sensi dell'articolo 32, *“si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia ed il contesto non siano adeguati ai loro bisogni”*.

Pertanto, in caso di impossibilità dell'Azienda Usl di erogare un adeguato servizio infermieristico territoriale presso le strutture per disabili, con particolari necessità terapeutiche assistenziali, l'amministrazione della struttura residenziale (pubblica o privata) è tenuta - in forza quantomeno dell'accreditamento regionale - all'adeguato servizio all'utenza disabile. Pertanto, se ritenuta necessaria un'assistenza con la presenza di infermieri nell'arco delle ventiquattrore per fornire prestazioni assistenziali più o meno complesse (ed affiancata da Oss), questa dovrà ottemperare con idonee risorse, scevra di qualsivoglia costrizione di carattere economico, in difetto delle quali ci troveremo di fronte ad una struttura di ricovero a rischio per gli ospiti.

Conclusioni

La ragione del servizio (sociale, socio-sanitario o sanitario) a minor costo, affidato pressoché solo ad Oss anziché ad infermieri, non solo contrasta con il livello minimo di sicurezza che deve essere garantito anche alle persone con disabilità e non autosufficienza che necessitano di prestazioni come la somministrazione di farmaci (soprattutto particolari), ma tanto meno è giustificabile ed è quindi sanzionabile, come dimostrato dal pronunciamento della magistratura di Stato.

Vi sono profili di responsabilità da parte dei rappresentanti legali delle strutture residenziali pubbliche e private, ancorché onlus, in quanto affidatari per la Regione di appartenenza di un servizio all'utenza con disabilità ed in quanto strutture accreditate in tale senso.

Tuttavia, come stabilito anche dal Consiglio di Stato, vi sono profili di responsabilità nei confronti delle Aziende Usl chiamate a fornire i servizi di continuità assistenziale infermieristica nelle strutture residenziali per disabili che non provvedono a garantirli, così come per quei dirigenti infermieristici delle stesse Usl tenuti ad organizzare i servizi infermieristici in modo adeguato e tale da rispondere alle necessità cliniche assistenziali dei soggetti non autosufficienti nell'arco delle ventiquattrore (e non con un accesso in struttura una volta al mese, ovvero senza alcun controllo delle scadenze dei medicinali da terapia).

Vi sono inoltre profili di responsabilità anche in capo agli infermieri, in particolare ai dirigenti infermieristici, per eventuali omessi controlli ed interventi atti a riparare le deficienze organizzative della struttura.

Riteniamo censurabili quei dirigenti e coordinatori infermieristici (in particolare modo appartenenti alle Aziende Usl del Ssn) che silenti, con le loro decisioni organizzative dei servizi territoriali, sviliscono la professione infermieristica, affidando con colpevole leggerezza le procedure più complesse e rischiose, come la somministrazione di farmaci particolari, alle mani di operatori privi di idonea formazione e competenza che assistono i non autosufficienti in strutture cosiddette *“protette”*.

Analogamente all'On. Palagiano nei confronti del Ministro competente della salute, anche noi rivolgiamo un invito ai rappresentanti dei Collegi Ipasvi provinciali a vigilare adeguatamente in merito a queste fattispecie di situazioni, segnalando alle autorità competenti le verosimili condizioni di rischio e pericolo per gli ospiti di queste strutture residenziali e di nocimento all'immagine professionale degli infermieri.

-
- [1] Paderno M, Zanetti E (2008). *Terapia e competenze. Operatore socio-sanitario e somministrazione*, Assistenza Anziani, (Fin-Mark, Bologna), Agosto-Settembre, 37-41.
- [2] Paderno M, Zanetti E (2008). opera citata.
- [3] Consiglio di Stato, sentenza n. 1384 del 9 marzo 2010; http://www.giustizia-amministrativa.it/DocumentiGA/Consiglio di Stato/Sezione 5/1998/199809104/Provvedimenti/201001384_11.XML.
- [4] Tar Emilia-Romagna Parma, sezione I^A, sentenza n. 92 del 24 marzo 2009; Foro amministrativo TAR 2009, 3, 688 (s.m.).
- [5] Palagiano A. *Interrogazione a risposta scritta al Ministero della Salute: 4/11908 del 17 maggio 2011 nella seduta numero 473 della Camera dei Deputati*. www.camera.it.
- [6] Codice deontologico dell'Infermiere, 2009, <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

BIBLIOGRAFIA

- Aiken L H, Clarke S P, Sloane D M ,(2002). *Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings*, International Journal for Quality in Health Care, 14, 5-13.
- Codice deontologico dell'infermiere, Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, 2009, <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>.
- Consiglio di Stato, sentenza n. 1384 del 9 marzo 2010; http://www.giustizia-amministrativa.it/DocumentiGA/Consiglio di Stato/Sezione 5/1998/199809104/Provvedimenti/201001384_11.XML.
- Palagiano A. *Interrogazione a risposta scritta al Ministero della salute: 4/11908 del 17 maggio 2011 nella seduta numero 473 della Camera dei Deputati*. www.camera.it.
- Paderno M, Zanetti E (2008). *Terapia e competenze. Operatore socio-sanitario e somministrazione, assistenza anziani*. (Fin-Mark, Bologna), Agosto-Settembre, 37-41.
- Needleman J, Buerthaus P, Shane Pankratz V, Leisbon CL, Stevens S H, Harris M (2011). *Nurse staffing and impatient hospital mortality*. New England Journal of Medicine, 364, 1037-1045.
- Tar Emilia-Romagna Parma, sezione I^A, sentenza n.92 del 24 marzo 2009; Foro Amministrativo TAR 2009, 3, 688 (s.m.).

SCAFFALE

Assistere a casa - Suggerimenti e indicazioni per prendersi cura di una persona malata

di *Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni*

Maggioli Editore, 2011
pagine 154, euro 16,00



Gli Autori, grazie alla loro pluriennale esperienza all'interno dell'Associazione di cure palliative Antea, con spirito pragmatico e con esemplare chiarezza espositiva affrontano il tema dell'assistenza domiciliare da un punto di vista molto significativo: quello delle risorse informali, ovvero famigliari, volontariato, associazionismo e quanti altri si possano trovare sul territorio. In uno scenario in cui l'evoluzione demografica ed epidemiologica da una parte, la finitezza delle risorse dall'altra, ridisegnano la modalità dell'offerta sanitaria, anche la risposta della società civile, e nella fattispecie quella dei famigliari e della comunità tutta, sta mutando, nella logica di cercare nuove forme creative e collaborative con i servizi sanitari e sociali presenti sul territorio.

In quest'ottica, offrire alle famiglie coinvolte, ai *caregivers* e a quant'altri insistono nella comunità, le conoscenze, gli strumenti e i metodi per fronteggiare l'assistenza al paziente al proprio domicilio, significa oggi più che mai, investire sull'*empowerment* della persona assistita e di tutti coloro che gli ruotano attorno. Ecco che il concetto di assistiti e famigliari competenti può ampliarsi fino al livello di comunità competenti, tracciando un percorso assolutamente nuovo nello scenario assistenziale.

Il testo offre a questi interlocutori privilegiati del percorso di cura una serie di informazioni, suggerimenti e consigli utili ad accogliere, gestire e supportare la persona assistita in sicurezza al proprio domicilio. Il libro cerca quindi di porre l'attenzione sulle necessità più importanti, sui dubbi più comuni, sulle possibili situazioni più complesse che possono richiedere anche un intervento a carattere di urgenza, non dimenticando i piccoli interrogativi che spesso possono apparire banali ma che, al contrario, rappresentano fonte di forte ansia, non solo per il paziente ma anche per i famigliari che lo assistono o per i volontari alle prime esperienze.

I capitoli trattano ogni aspetto dell'assistenza dal punto di vista infermieristico, riabilitativo, organizzativo e gestionale. Si focalizza l'attenzione giustamente sul dolore, che rappresenta una priorità da affrontare per il benessere della persona assistita. Sono poi descritti gli interventi di assistenza di base, relativi alle principali attività di vita quotidiana: il controllo generale, la gestione dei farmaci, il sostegno della funzione respiratoria, nutritiva o relativa alle eliminazioni intestinali e urinarie, fino alla cura della cute. Vengono poi individuate le condizioni nelle quali può essere necessario avvisare il medico o l'infermiere, come le alterazioni dello stato mentale, il vomito o le alterazioni dell'alvo, la febbre e la difficoltà respiratoria.

Molto interessante risulta essere l'ambito della riabilitazione, che va nella direzione del salvaguardare le risorse residue, valorizzarle, nonché facilitare il compito di chi assiste.

In tal senso sono descritti una serie di ausili utili e utilizzabili, non solo per alcuni aspetti di base (per esempio, i presidi antidecubito), ma anche per funzioni più fini (per esempio, l'alimentazione, la scrittura), finalizzati a mantenere la qualità di vita in fase palliativa e che sono di supporto anche a chi assiste.

È anche ben delineato il ruolo del volontariato, che è considerato un “valore aggiunto e irrinunciabile nella nostra società [...] che fa parte integrante e integrata della équipe concorrendo al percorso di cura del paziente, del *caregiver* e della famiglia” (pagina 137). Con questa accezione il volontario può offrire un aiuto competente soprattutto come supporto al *caregiver*, sostituendolo ove necessario o accompagnandolo in un percorso anche lungo e oneroso. A tal fine è necessario che il volontario abbia conoscenze sulle problematiche della malattia per il paziente e sui possibili effetti indiretti sui familiari, per poter meglio essere di sostegno. Interessante è il riferimento presentato alla Carta dei valori del volontario e all'utilità di collaborare in associazioni per rendere più efficace e diffuso il proprio operato.

Non da ultimo è sviluppato anche il tema delicato e complesso dei diritti dei malati e dei familiari nonché delle svariate possibilità di percorsi e di accessi nella rete dei servizi socio-sanitari.

Lo sguardo degli Autori appare nel suo complesso disincantato e realistico, come quello di chi si trova a vivere una situazione nuova e sconosciuta, in cui le conoscenze e le informazioni appropriate possono fungere da bussola nel mare magnum del pianeta sanità. In altre parole, nel volume è possibile ritrovare una sorta di “cassetta degli attrezzi” per prendersi cura di una persona malata a casa propria.

Mara Pellizzari

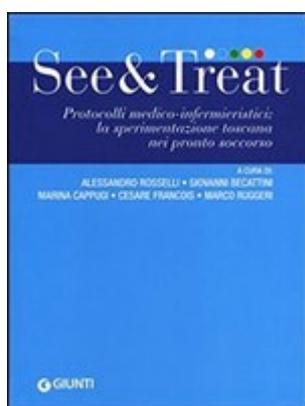
*Direttore Saitra - Servizio assistenza infermieristica tecnica riabilitativa aziendale
Ass n. 5 "Bassa Friulana", Udine*

SCAFFALE

See & Treat - Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso

di **Alessandro Rosselli, Giovanni Becattini, Marina Cappugi, Cesare Francois, Marco Ruggeri**

Editore Giunti, 2012
pagine 448, euro 35,00



Si è parlato molto del See&Treat (S&T) da qualche anno a questa parte, ma si deve ammettere che l'attenzione a questa nuova organizzazione del Pronto soccorso (Ps) in relazione alle esigenze del cittadino è andata più sulla rivalutazione del ruolo dell'infermiere che non su questioni tecniche e organizzative.

Con questo volume dei colleghi Rosselli, Becattini, Cappugi, Francois e Ruggeri si può finalmente recuperare questa visione eccentrica: nato da un'esperienza concreta, ovvero dalla sperimentazione di questo modulo in alcuni Dipartimenti di emergenza-urgenza della Regione Toscana, questo manuale si propone come strumento utile a tutti i professionisti e indispensabile per gli infermieri che intendono specializzarsi nel

trattamento di codici minori.

L'opera si compone felicemente di due parti/volumi: uno principale, suddiviso al suo interno in 3 diverse sezioni, uno più operativo, per così dire, costituito da un quaderno tascabile che raccoglie le flow-chart dei protocolli di intervento. È particolarmente felice l'incipit dell'opera, che ripercorre il dibattito, a tratti anche dai toni aspri e aggressivi, che ha accompagnato l'introduzione del S&T nel nostro Paese. Non a caso il volume nasce nella Regione che per prima ha accettato questa sfida, grazie all'appoggio convinto della Regione stessa e dell'Ordine dei medici della Provincia di Firenze, quello stesso organismo che invece, in altre parti dell'Italia, ha assunto tutt'altra posizione verso questa sperimentazione. Questa avversione pare particolarmente strana, perché mossa in un setting, quello dell'area critica appunto, in cui la collaborazione ed integrazione medico-infermieristica ha mosso i primi e significativi passi in epoca quasi antesignana. Ma il capitolo che tratta i principali problemi medico-legali che il S&T genera permette di fugare ogni dubbio sulla fattibilità di questo approccio ai problemi del cittadino in situazioni contraddistinte da codici minori.

L'esperienza toscana si è mossa con una prima fase di riflessione e formazione, per poi avviare nel 2010 una sperimentazione mirata in alcuni Ps sul territorio, con l'affidamento agli infermieri di una serie di problemi clinici minori, secondo protocolli prestabiliti e, va ricordato, offrendo comunque al cittadino la possibilità di scegliere sempre l'intervento medico, seppur con tempi di attesa diversi. In questa sperimentazione sono stati analizzati e poi adottati e adattati molti dei criteri utilizzati nei paesi anglosassoni: in effetti il S&T è nato nel mondo anglosassone attorno agli anni ottanta, quale risposta organizzativa al costante aumento di accessi al Ps, anche per problemi che fino ad allora non erano di prassi trattati in questi setting.

Una delle conseguenze più interessanti dell'introduzione del S&T in queste realtà è stata la valorizzazione della professionalità infermieristica e il gradimento degli utenti, dimostrando una sua efficacia in molte realtà internazionali, tra cui Canada, Australia, Usa. La ricetta basilare è l'offerta di una migliore risposta al cittadino in termini di tempi di attesa e di risposta, senza sacrificare in alcun modo la qualità del servizio.

Ed in effetti il volume documenta anche la soddisfazione dei cittadini rispetto al S&T, misurata nella sperimentazione toscana attraverso un apposito questionario curato della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa.

L'opera non trascura i percorsi formativi che si sono resi necessari a monte della sperimentazione, che costituiscono un modello paradigmatico di formazione del Ssr per la certificazione delle nuove competenze. Per completezza gli autori dettagliano anche sulle necessarie modifiche informatiche da introdurre nelle schede cliniche di Ps. Non mancano ovviamente, costituendo anzi la parte centrale del volume, i protocolli di intervento, preceduti da una riflessione metodologica sulla loro redazione, mettendo in particolare luce i problemi di incertezza legislativa che, ancora oggi, rendono l'iniziativa oggetto di discussione. Infine vengono presentati e la verifica dell'esperienza e una riflessione generale su di essa.

Un'opera che non può mancare nella biblioteca dei dirigenti e degli infermieri stessi che si avviano a questa sperimentazione, utile anche ai medici e a coloro che vogliono approfondire questa discussa innovazione.

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