

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVII

3

ISSN 2038-0712

**MAGGIO - GIUGNO
2013**

 **IPASVI**

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Alcune riflessioni sul contesto sanitario e sullo stato della professione

di Annalisa Silvestro

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Predittori di resilienza negli infermieri di sala operatoria

di Emanuela Vezzani, Giovanna Amaducci, Leonardo De Pascalis, Marina Lemmi, Daniela Mecugni, Giovanni Battista La Sala

Valutazione del dolore in soggetti anziani con deterioramento cognitivo: indagine di prevalenza attraverso l'utilizzo della scala Doloplus-2

di Flavio Paoletti, Gloria Moretto, Valentina Sossi, Ariella Raunikar, Monica Bello, Erica Garavelli, Carlo De Vuono

● ESPERIENZE

La gestione proattiva del rischio in sala operatoria: l'esperienza del gruppo operatorio di una Azienda Ulss veneta

di Marika Da Rold

Le competenze dell'infermiere in contesto di cooperazione internazionale

di Ida Settino, Cinzia Gradellini

Modello di insegnamento/apprendimento dall'esperienza (tirocinio) per il Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche: l'esperienza dell'Ucsc di Roma

di Caterina Galletti, Patrizia Ghera, Carlo Talucci, Maria Luisa Rega

Chirurgia robotica: percorso formativo multiprofessionale e organizzazione di una sala operatoria multidisciplinare presso la Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

di Nicoletta Marinelli, Sabrina Bonalumi, Cinzia Garofalo

"Una mela al giorno": mini guida di educazione alla salute on-line

di Barbara Berta

● SCAFFALE

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

di Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni

La notte può attendere. Lettere e storie di speranza nelle stanze della malattia terminale

di Elena Miglioli

Nursing outcomes: gli esiti sensibili alle cure infermieristiche

di Diane M. Doran

● COLLANA 'IN PRATICA'

Violenza domestica su donne e minori

di Angela Segantini, Consuela Cigalotti

Relazioni tra i generi e violenza

A cura della Redazione di Pedagogika.it



EDITORIALE

Alcune riflessioni sul contesto sanitario e sullo stato della professione

di **Annalisa Silvestro**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Comunicazione della Presidente presentata all'Assemblea straordinaria del Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi - Roma 7 giugno 2013

Il quadro generale

Il Paese vive una fase critica fra le più impegnative della sua storia recente. La crisi economica produce, in maniera sempre più palese, pesanti ricadute nelle strutture e nei sistemi che hanno fin qui accompagnato e sostenuto la vita della collettività nazionale. Nell'ultimo biennio la necessità di riportare "i conti" dello Stato nell'ambito di un'equilibrata sostenibilità, ha contribuito a rendere ancor di più pesante e critica la situazione del mercato del lavoro - in generale e in sanità - e lo stato del Welfare (Servizi sanitari, Servizi sociali, Scuola e Istruzione, Servizi di sostegno per le situazioni di fragilità lavorativa e sociale), incidendo sulla coesione e sulle relazioni intercategoriale e sociali. Il permanere dell'obiettivo del contenimento della spesa nella Pubblica amministrazione - e quindi anche nella Sanità - e le palesi conseguenze che il raggiungimento di tale obiettivo comporta, induce a riflettere su alcuni aspetti:

- la salute rientra tra i diritti costituzionalmente garantiti e, pertanto, per rendere fruibile tale diritto, vanno temperati gli sforzi per raggiungere l'equilibrio di bilancio con l'impegno verso la reale garanzia dell'attuazione dei LEA e l'aiuto e il supporto - anche questo costituzionalmente previsto - a chi è in condizioni di fragilità, non autosufficienza, povertà;
- la sanità rappresenta uno dei più importanti comparti del Paese non solo sul versante finanziario, ma anche sul versante occupazionale e produttivo e quindi economico;
- la sanità è un rilevante volano per l'accrescimento del know how nella ricerca scientifica, tecnologica, nelle scienze mediche, assistenziali, educative, gestionali e organizzative.

La salute, dunque, insieme all'organizzazione e ai professionisti che se ne occupano - sanità - deve essere considerata più che un fattore di spesa, un valore sia per l'economia del Paese, sia per il servizio alla collettività.

La necessità di una visione più ampia si rileva anche nel *Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica* della Corte dei Conti, la quale evidenzia - da una parte - che anche per il 2012 si sono confermati "i progressi già evidenziati negli ultimi esercizi nel contenimento dei costi e nel riassorbimento di ingiustificati disavanzi gestionali" e che i risultati delle azioni di controllo della spesa sanitaria e di assorbimento dei disavanzi nelle Regioni in squilibrio strutturale "sono ancora una volta incoraggianti". Ma dall'altra sottolinea che la sanità si trova "di fronte a scelte ancora impegnative" e avverte che non mancano "segnali preoccupanti sul fronte della qualità dei servizi garantiti ai cittadini", mentre sono ancora previsti "rilevanti tagli delle risorse destinate al settore" e "sempre più limitate appaiono le possibilità di ricorrere ad ulteriori entrate straordinarie".

Il risultato del 2012 ha consentito di rivedere le previsioni della spesa sanitaria nel prossimo quinquennio e di prefigurarne una riduzione sul Pil dal 7,1% del 2012 al 6,7% del 2017. Il buon andamento è riconducibile soprattutto alle Regioni in “Piano di rientro” che presentano una flessione delle perdite di circa il 44%, ma anche un saldo negativo più che raddoppiato per quanto attiene la mobilità sanitaria.

In questo quadro situazionale, continua a **ridursi il costo del personale** (35,6 miliardi di euro) con un decremento dell'1,4% rispetto al 2011. Tale riduzione è conseguente agli interventi di contenimento di tale costo derivanti dai contenuti dell'articolo 2, comma 71, della legge 191/2009 e dell'articolo 8, del decreto legge 78/2010 che ha disposto il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2011/2013.

In sintesi, sempre secondo la Corte dei Conti, il freno alla crescita della spesa è da ricondurre alle misure di contenimento messe in campo sia a livello nazionale (blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di contenimento della spesa farmaceutica), sia a livello regionale con l'attuazione dei Piani di rientro e dei programmi operativi (accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e attribuzione di specifici budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc..). Per quanto attiene il **blocco delle assunzioni** e di ogni altra forma di reclutamento, la Corte osserva, tra l'altro, che questo - a fronte del progressivo pensionamento del personale - può incidere sia sull'offerta sanitaria e il mantenimento dei Lea, sia sull'effettivo conseguimento degli obiettivi di risparmio preventivati.

L'esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza, infatti, induce i gestori del servizio ad adottare procedure “alternative” per sopperire alla mancanza di personale (lavoro straordinario o in regime di prestazioni aggiuntive oppure altre fattispecie come l'acquisto di prestazioni professionali da privati) che, tutte insieme, “*vanificano le conseguenze della misura rigorosa del blocco in termini di mancato risparmio, se non addirittura comportando maggiori costi*”.

Le riflessioni

L'analisi del Rapporto della Corte dei Conti, comprensiva della segnalazione delle difficoltà registrate nel monitorare e nel garantire i livelli di assistenza, è stata sostanzialmente condivisa dal Governo, dalle Regioni e dalle forze politiche. Ad oggi però non si rileva che ciò abbia prodotto un cambiamento di linea nelle parti prevalenti delle Regioni che sembrano ormai inchiodate alle loro responsabilità di governo della spesa locale, con il rischio di perdere di vista la prospettiva e l'evoluzione indispensabile del sistema. D'altra parte l'apertura ad un limitato superamento del **blocco del turn over** stabilita dall'articolo 4 bis del cosiddetto “Decreto Balduzzi”, approvato in via definitiva alla fine dell'ottobre 2012 (*Al fine di garantire i Lea, gli enti del Servizio sanitario delle Regioni con Piano di rientro sottoposte al blocco automatico del turn over dal 2012 possono procedere a nuove assunzioni di personale a tempo indeterminato, nel limite massimo del 15% del personale cessato dal servizio, previo accertamento del raggiungimento anche parziale degli obiettivi previsti dal Piano di rientro*) non ha certo permesso di superare la criticità della situazione assistenziale, né di rompere la staticità del mercato del lavoro che ultimamente colpisce anche gli infermieri.

E' aumentato, infatti, il tempo d'attesa dei neo laureati infermieri per inserirsi nelle strutture organizzative del sistema sanitario. Il **tasso occupazionale** è sceso, ad un anno dalla laurea, dal 94% del 2007 all'83% del 2010 con segni oggettivi di un'ulteriore riduzione.

Ciò nonostante, secondo i dati forniti da Almalaurea e da fonti ufficiali quali l'Istat e l'Ocse, le professioni sanitarie risultano al primo posto tra le lauree che hanno prodotto il maggior numero di occupati, con una richiesta sempre crescente di figure come infermieri, ortottisti, audiometristi. Può essere utile rilevare - sempre attingendo ai dati forniti - che le professioni sanitarie sembrano essere premiate anche sul fronte retributivo, classificandosi seconde, solo dopo Ingegneria, nella speciale classifica sull'entità della busta paga a 5 anni dal conseguimento del titolo accademico, con una media di 1.662 euro al mese. Un valore ben più alto di quello relativo a lavoratori fuoriusciti da corsi di studio storicamente prestigiosi, come Giurisprudenza (1.285 euro), Architettura (1.256 euro), Lettere (1.073 euro).

Le difficoltà occupazionali per la nostra categoria, inducono ad una attenta riflessione su altri due grandi campi di interesse professionale: il fabbisogno formativo e il campo di attività.

Il fabbisogno formativo

Permane il differenziale tra la richiesta totale delle Regioni (24.143 posti), con differenza di -8.024 (-33%) e la richiesta della Federazione (22.189 posti), con differenza di -6.070 (-27%) sull'offerta delle Università.

Il rapporto nazionale D/P cala da 2,8 a 2,7 con valori diversi per aree geografiche: al Nord da 2,1 a 2; al Centro dal 2,2 a 2,1 e al Sud dal 5,6 al 5,2.

In totale, le domande presentate per l'A.A. 2012/2013 sono state 43mila su circa 16mila posti disponibili, con un differenziale di 26mila giovani.

Il differenziale in negativo, potrà accentuarsi ulteriormente con la nuova disciplina universitaria in materia di **accreditamento e attivazione dei corsi di laurea**. Tale disciplina impone un numero minimo di docenti Universitari (denominati "docenti di riferimento") per ogni corso attivato, calcolato tenendo conto sia del numero di studenti programmati, sia del numero di sedi e della loro collocazione geografica.

L'applicazione di tale norma sta mettendo in sofferenza molte Università, che avevano la consuetudine di aprire corsi di laurea anche con pochi o pochissimi docenti universitari. La norma, oltretutto, prevede un impegno crescente nei prossimi anni accademici, dato che fissa incrementi annui della numerosità fino al 2016, anno in cui l'assetto definitivo dovrà essere a regime.

I Rettori, per fronteggiare tale prospettiva, consapevoli che non esistono, al momento, condizioni finanziarie e di programmazione favorevoli per reclutare nuove risorse di docenti e di ricercatori, profilano la chiusura di sedi o di interi corsi, muovendosi non infrequentemente secondo logiche di convenienza politica o baronale più che di congruenza con i dati fattuali e con i bisogni regionali e nazionali del servizio sanitario.

La **stasi occupazionale** ha indotto alcuni Colleghi a chiedere o a sostenere la necessità della chiusura/sospensione di parte dei corsi di laurea in infermieristica.

Se è vero che una contenuta riduzione dei posti in ingresso non è necessariamente e automaticamente foriera di una riduzione dei laureati, è altrettanto vero che chiedere la soppressione di corsi di laurea in infermieristica – unico caso nell'intero panorama accademico nazionale - non risolve il problema della stasi occupazionale, mentre potrebbe mettere le basi per ben ulteriori problemi nel tempo medio (mantenimento/diminuzione dei Docenti e Ricercatori in Scienze infermieristiche, diminuzione della forza contrattuale della professione in ambito accademico, debole sviluppo della disciplina infermieristica ecc.).

Inoltre deve essere ben presente a tutti che non è possibile “fermare” la libera circolazione dei lavoratori e dei professionisti - anche infermieri - nell’Unione europea.

Né va peraltro sottovalutato che numerose Regioni hanno definito e stanno ponendo in atto piani di riorganizzazione della rete ospedaliera che “liberano” risorse professionali infermieristiche che vengono riallocate diminuendo, in tal modo, la necessità di assumere nuovi professionisti.

La questione va dunque affrontata in logica sistemica ed integrata tra FNC e Collegi provinciali - auspicabilmente riuniti in Coordinamento - tenuto conto del fatto che la vera *governance* del sistema sanitario è in mano alle Regioni.

La Rappresentanza professionale deve costantemente e sistematicamente stressare e rendere evidente che la carenza/mancanza di infermieri:

- ha una oggettiva ricadute sul mantenimento dei LEA;
- rende inattuale l’orientamento e il potenziamento delle cure primarie e dell’assistenza infermieristica domiciliare;
- non permette l’attivazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie territoriali intermedie;
- rende inattuale l’attenzione e l’orientamento alla presa in carico di cittadini anziani e/o con patologie cronico-degenerative e/o fragili che necessitano di continuità ed estensività assistenziale lungo l’intero arco della vita.

Infine, deve essere evidenziato che l’invecchiamento della popolazione infermieristica è un fenomeno ormai evidente, con effetti molteplici - stante la delicatezza delle prestazioni e funzioni che la nostra professione garantisce diuturnamente alla collettività - in termini di “tenuta del sistema assistenziale” e per l’efficientizzazione e la qualità del processo diagnostico e terapeutico.

Fasce d’età	F	M	Totale	% sul totale
54 e meno	271.708	74.529	346.237	84,0%
55-60	31.458	11.027	42.485	10,3%
61-65	9.787	4.172	13.959	3,4%
66 e oltre	7.356	2.036	9.392	2,3%
<i>Totale</i>	320.309	91.764	412.073	100%

Dati IPASVI — 2013

Il campo di attività

Il sistema sanitario sta uscendo da un’atavica plethora medica che ha reso l’Italia il Paese con il maggiore numero di medici rispetto alla popolazione. Il sovradimensionamento del numero di medici ha prodotto situazioni “uniche” nel panorama internazionale sia per quanto attiene il rapporto con le altre professioni sanitarie, sia nell’immaginario collettivo e nella percezione dei cittadini sul ruolo del medico stesso e sulla relazione che “deve” esserci tra quest’ultimo ed altri professionisti, come ad esempio gli infermieri.

L’impegno della compagine professionale tutta, su questa “questione”, deve essere forte e corale. Va attivato e mantenuto il confronto, l’analisi e il dibattito per quanto attiene il costruito disciplinare, la sfera di decisionalità autonoma, l’evoluzione ormai fattuale delle competenze e dell’operatività infermieristica sia in campo clinico- assistenziale, sia in campo organizzativo-gestionale, sia in campo formativo.

E' necessario un cambio di marcia: ci dicano in che cosa consiste l'*atto medico*, ci dicano sulla base di quali elementi giuridici, disciplinari, formativi, si sostengono alcune posizioni professionali che si riverberano nella stampa di settore e minano i rapporti e le relazioni professionali.

E' finita la stagione dell'autoreferenzialità basata sulla mitologia della centralità e primazia della professione medica su tutte le altre professioni, ancorché riconosciute come indispensabili per la realizzazione dei processi assistenziali, curativi e diagnostico-terapeutici posti in essere per il raggiungimento di *outcome* ed *esiti* vantaggiosi per il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute della collettività.

E' di palese evidenza che la riflessione su quest'annosa "questione" riverbera anche sul tasso di occupazione degli uni piuttosto che degli altri, sulla ridefinizione dei paradigmi relazionali tra le professioni e tra le professioni e i cittadini e sul ridisegno dello status sociale ed economico/contrattuale.

Ma è ormai un passaggio ineludibile nel quale bisogna entrare con equilibrio, capacità di ascolto e rigosità disciplinare documentale e giuridica.

Sulla questione giuridica, del campo proprio di attività e sulla conseguente e diretta responsabilità professionale, attiveremo un **tavolo** – inizialmente interno con il supporto di giuristi ed avvocati – di riflessione e confronto, le cui elaborazioni saranno la base documentale per riflettere insieme agli "altri" con serenità di giudizio e con la mente rivolta anche al futuro.

Predittori di resilienza negli infermieri di sala operatoria

Emanuela Vezzani¹, Giovanna Amaducci², Leonardo De Pascalis³, Marina Lemmi⁴, Daniela Mecugni⁵, Giovanni Battista La Sala⁶

¹Coordinatore della Sala Operatoria di Ginecologia e Ostetricia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia; ²Tutor e docente del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; ³Psicologo, Dipartimento Ostetrico, Ginecologico e Pediatrico dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia; ⁴Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia; ⁵Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; ⁶Direttore della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

Corrispondenza: vezzani.emanuela@asmn.re.it

RIASSUNTO

Introduzione La sala operatoria (SO) risente in misura elevata del *turnover* del personale infermieristico; esso determina la perdita di produttività, l'instabilità della forza lavoro, la necessità d'investimenti per orientare e addestrare i nuovi assunti, l'esigenza di attuare modifiche organizzative, l'aumento della richiesta di lavoro straordinario e il rischio di erogare assistenza non ottimale. Da ciò nasce la necessità d'indagare quali caratteristiche individuali favoriscono lo sviluppo di resilienza, ossia la capacità d'adattarsi al contesto senza esserne sopraffatti.

L'obiettivo di questo studio è descrivere la relazione presente negli infermieri di sala operatoria tra la resilienza e la competenza percepita, la collaborazione, la capacità di controllo, la *self-efficacy*, la speranza e il *coping*.

Materiali e metodi I dati sono stati raccolti tramite un questionario anonimo che è stato compilato da 62 infermieri che lavorano nella sala operatoria dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova (ASMN) di Reggio Emilia. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato il questionario The Predictors of Resilience in Operating Room Nurses, tratto dalla tesi di dottorato di ricerca della dottoressa Brigid Mary Gillespie.

Risultati Tutti i questionari sono stati restituiti compilati. I risultati dello studio suggeriscono che la speranza, la competenza, la *self-efficacy* e il *coping* sono correlati significativamente alla resilienza.

Conclusioni Gli infermieri con conoscenze e abilità specifiche per il ruolo ricoperto hanno maggiore resilienza e, dunque, maggiore capacità di fare fronte agli eventi stressanti derivanti dall'ambiente.

Parole chiave: sala operatoria, *retention* infermieristica, resilienza, cultura organizzativa

Predictors of resilience in the operating room nurses

ABSTRACT

Introduction The Operating room is highly affected by the turnover of nurse personnel. The turnover brings about loss of productivity, instability of the work force, investments to orient and train new employees, the need for organisational changes, the increase in the request for overtime work, with the risk, however, of supplying unsafe assistance. Thus, there is the need to investigate which individual characteristics favour the development of resilience, that is the ability to adapt to the context without being overwhelmed by it, increasing retention.

The aim of the article is to describe the relationship between perceived competence, collaboration, self-control, self-efficacy, hope and coping.

Methods The data were gathered through anonymous self-administered questionnaires, filled in by all nurses (n=62) working at the Santa Maria Nuova Hospital in Reggio Emilia, Italy. The instrument used to collect data was The Predictors of Resilience in Operating Room Nurses; it is a set of questions taken from the PhD Thesis of Brigid Mary Gillespie.

Results All the questionnaires given out to the nurses were filled in and given back to the researchers.

The results of the study suggest that the motivational dimension of hope, the competence, the self-efficacy and the coping are correlated to resilience.

Conclusions The operating room nurses who have knowledge and capabilities specific to their roles have greater resilience and are more capable of facing stressful events derived from their work environment.

Key words: operating theatre, retention, resilience, organizational culture

INTRODUZIONE

La sala operatoria, per via delle sue specifiche caratteristiche, risente in misura più elevata del *turnover* del personale infermieristico (Parisi, 2008), di un'elevata richiesta di competenza tecnica immediatamente spendibile, dovuta al costante avanzamento tecnologico nel trattamento chirurgico delle patologie, di brevi momenti di relazione con il paziente, di pochi ambiti di autonomia professionale, di discrezionalità e di una forte necessità di sviluppare capacità di lavoro in équipe. Quest'ultima, tuttavia, si associa a disomogeneità nei comportamenti tra i vari professionisti coinvolti nel processo intra-operatorio e a una non adeguata strutturazione del tempo e delle modalità per accogliere e accompagnare i nuovi assunti nel rispetto dei tempi e delle modalità di apprendimento individuali.

In letteratura esistono pochi studi che esaminano il *turnover* del personale infermieristico della sala operatoria nonostante questo comporti una serie di potenziali conseguenze economiche per l'azienda e impatti sulla qualità dell'assistenza (Parisi, 2008). Infatti, il *turnover* determina: una perdita di produttività e un'instabilità della forza lavoro, una perdita finanziaria quando vengono assunti infermieri per brevi periodi, la necessità di investimenti per orientare e addestrare i nuovi assunti, l'esigenza di effettuare modifiche organizzative o l'aumento della richiesta di lavoro straordinario e l'erogazione di un'assistenza non ottimale (Arndt, 1998; AHWAC, 2002).

Sebbene il *turnover* infermieristico negli ospedali dei paesi anglosassoni sia andato complessivamente diminuendo nel corso degli anni, rimane comunque doppio rispetto a quello di altre professioni (Giroto et al., 2006). Anche in Europa si registrano tassi di *turnover* elevati associati alla disponibilità di personale infermieristico non adeguatamente pronto ad affrontare situazioni lavorative impegnative e altamente specialistiche (Arndt, 1998; ACORN, 2003; Buerhaus et al., 2000; RCNA, 2004).

I dati relativi alle sale operatorie dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia evidenziano un elevato *turnover* del personale infermieristico. Infatti, sul totale di infermieri assegnati alle sale operatorie nell'anno 2007, il *turnover* è stato pari al 39,5% mentre l'anno successivo è stato del 22,4%. Tale percentuale è in linea con i valori europei. Di contro, pochi infermieri neo-assunti hanno espresso il desiderio di essere assegnati alla sala operatoria. Ciò determina la necessità di dare agli infermieri di sala operatoria la possibilità di sviluppare caratteristiche che consentano loro di adattarsi al contesto lavorativo senza esserne sopraffatti (Tusaie et al., 2004), aumentando in tale modo la resilienza e riducendone conseguentemente il *turnover*.

La resilienza può aiutare l'infermiere a superare e affrontare i cambiamenti senza che lo stress, derivato dalle richieste di adattamento tipiche della realtà della sala operatoria, influenzi negativamente la soddisfazione per il lavoro e la *retention* (Arndt, 1998; Tusaie et al., 2004).

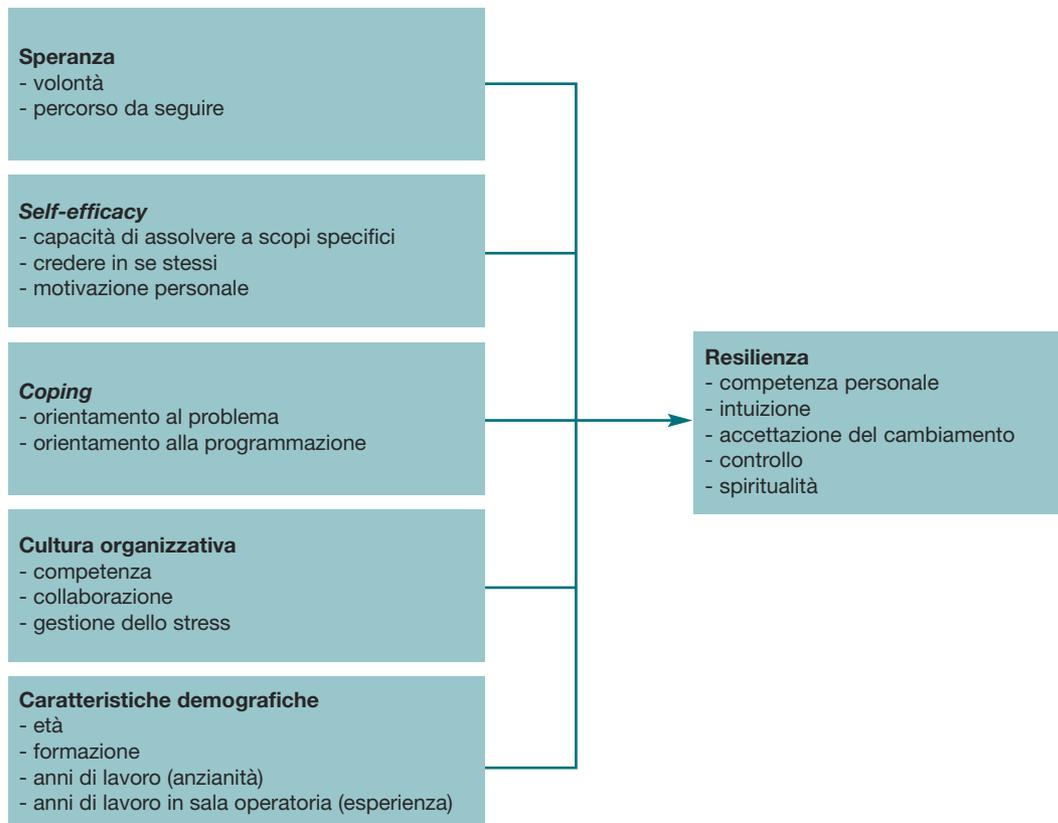
In **Figura 1** è rappresentato il modello teorico di resilienza, proposto da Gillespie et al. nel 2007, al quale lo studio fa riferimento. I concetti costitutivi di tale modello teorico sono:

- la resilienza: è un processo dinamico che si traduce nell'adattamento a un contesto complesso per la numerosità e l'imprevedibilità delle variabili (Tusaie et al., 2004). In ambito lavorativo è la capacità di attenuare gli effetti dello stress attraverso la messa in atto di comportamenti che facilitano l'adattamento e permettono di agire con efficacia ed efficienza nonostante le sollecitazioni stressanti (Tusaie et al., 2004; Mallack, 1998).

La misurazione della resilienza è problematica per via dell'influenza di diversi orientamenti disciplinari (per esempio infermieristico, psicologico e psichiatrico), la molteplicità dei contesti e le fasce d'età, l'uso predominante di metodi qualitativi e la conseguente limitata gamma di misurazioni quantitative del concetto.

Studi di resilienza applicati al contesto infermieristico sono ancora in stato embrionale e, attualmente, nessuno studio ha identificato le variabili esplicative della resilienza in un contesto di lavoro nel quale sia richiesta la capacità di gestione dei fattori di stress (Gillespie et al., 2007);

- la cultura organizzativa: è intesa come la capacità dell'infermiere di utilizzare le conoscenze teoriche e cliniche per dare risposta a problemi assistenziali specifici (Giroto, 1993; Paliadelis et al., 2003; Tzeng, 2004). Essa è associata alla capacità di agire in un'équipe multidisciplinare nel rispetto dei ruoli e a partire da obiettivi condivisi (DiPalma, 2004; Lingard et al., 2004; Wicke et al., 2004) ed è intesa anche come la capacità di mantenere il controllo, minimizzando gli effetti dello stress che derivano dal dovere fare fronte a situazioni che mettono in pericolo l'incolumità del paziente;
- la speranza: è definita come l'orientamento a obiettivi futuri nella convinzione che questi possano essere raggiunti e che possa essere individuato il percorso da seguire (Snyder, 2000). La letteratura suggerisce che la speranza non è solo associata a strategie adattive per prevenire e fare fronte allo stress ma anche a un senso di controllo sui propri obiettivi personali (Werner, 1993; Snyder et al., 2000);
- la *self-efficacy*: rappresenta la fiducia nella proprie

Figura 1. Modello teorico di resilienza (Gillespie et al., 2007)

capacità di fare fronte a situazioni particolari (Bandura, 1977, 1989; Reivich et al., 2002). Essa aumenta lo sviluppo della resilienza attraverso i successi che gli individui sperimentano mentre svolgono le mansioni, le funzioni e le responsabilità legate al proprio ruolo (Bandura, 1989);

- il *coping*: è definito come l'insieme di comportamenti e di strategie cognitive adottato dagli individui in situazioni stressanti allo scopo di gestire gli stimoli interni ed esterni percepiti come eccessivi (Lazarus et al., 1984).

Obiettivo

L'obiettivo della presente ricerca è lo studio della relazione esistente tra la resilienza e la competenza percepita, la collaborazione, la capacità di controllo, la *self-efficacy*, la speranza e il *coping* negli infermieri delle sale operatorie dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

MATERIALI E METODI

Campione

Lo studio è stato condotto presso le sale operatorie

dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, nel periodo tra febbraio e marzo 2009, e sono stati reclutati un totale di 62 infermieri. I dati sono stati raccolti tramite un questionario anonimo fatto pervenire in busta chiusa a ciascun infermiere. La busta conteneva anche una lettera di presentazione che illustrava le finalità dello studio, il questionario e le modalità di compilazione e di restituzione dello stesso.

L'autorizzazione alla somministrazione dei questionari è stata chiesta alla Direzione aziendale.

Strumenti

Il questionario utilizzato per la raccolta dei dati è costituito da un insieme di nove scale ed è tratto dalla tesi di dottorato della dottoressa Brigid Mary Gillespie dal titolo "The predictors of resilience in operating room nurses" (Gillespie et al., 2007).

Il questionario è stato tradotto in italiano secondo il metodo *back translation* (Guillemin et al., 1993); la versione originale è stata tradotta in italiano separatamente da due persone competenti nelle tematiche da indagare. Le due versioni stilate sono state quindi discusse con

un esperto psicologo che ha poi dato il consenso a una prima versione italiana “riconciliata”. Quest’ultima è stata tradotta nuovamente in lingua inglese da un madrelingua. La versione originale e quella ottenuta dal madrelingua sono state infine confrontate e riesaminate in modo da ottenere un’unica versione. Al questionario è stata aggiunta una sezione addizionale per la raccolta dei dati demografici del campione.

Le scale che compongono il questionario indagano ciascuna i concetti oggetto dello studio: cultura organizzativa, resilienza, *self-efficacy*, speranza e *coping*. I concetti vanno intesi come i “mattoni” della teoria (**Figura 1**). Essi possono avere due definizioni: una teorica e una operativa.

La definizione teorica mette il concetto in relazione ad altri dando origine alla teoria. La definizione operativa identifica indicatori empirici di un concetto che ne permettono l’osservazione e la misurazione (Fain, 2004). La **Tabella 1** rappresenta concetti, indicatori empirici e relative scale.

Le scale utilizzate per indagare la cultura organizzativa sono state:

- Perceived Competence Scale (PCS) (Gillespie et al., 2007): questa scala misura la competenza e si compone di 12 affermazioni. Quattro di queste affer-

mazioni sono state adattate dalla Performance Proficiency and Language Scale (Chao et al., 1994); una è stata tratta dalla Language Scale di Chao et al. (1994); le altre sette affermazioni sono state tratte dalla letteratura e dai risultati di uno studio qualitativo preliminare. E’ stato chiesto di rispondere a ogni affermazione esprimendo il grado d’accordo su una scala Likert a 5 punti; più alto è il punteggio, migliore è il livello di competenza percepita;

- Collaboration with Medical Staff (CMSS), Cohesion Among Nurses Scales (CANS) (Adams et al., 1995) e Peer Support Scale (PSS) (Gillespie et al., 2007): queste scale misurano rispettivamente la collaborazione fra medici e infermieri, il grado di coesione fra gli infermieri e il supporto dell’équipe. Le prime due scale (CMSS e CANS) sono rispettivamente composte da 9 e 10 affermazioni e richiedono di esprimere il grado di accordo su una scala Likert a 4 punti; più basso è il punteggio finale, maggiore è il livello di collaborazione (Adams et al., 1995). La terza scala (PSS) è composta da 5 affermazioni delle quali si può valutare la veridicità grazie a una scala Likert a 5 punti; maggiore è il punteggio complessivo finale, maggiore è il livello di sostegno tra pari;

Tabella 1. Definizione teorica dei concetti oggetto dello studio

Concetti	Indicatori empirici	Scala	Affermazioni	Autori
Cultura organizzativa	Competenza	Perceived Competence Scale (PCS)	1-12	Chao et al., 1995
	Collaborazione	Cohesion Among Nurses Scales (CANS)	22-31	Adams et al., 1995
		Collaboration with Medical Staff (CMSS)	13-21	Adams et al., 1995
		Peer Support Scale (PSS)	32-36	Gillespie et al., 2007
Gestione dello stress	Managing Stressful Situations Scale (MSS)	37-43	Gillespie et al., 2007	
Resilienza	Competenza personale	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	44-68	Connors et al., 2003
	Intuizione			
	Accettazione del cambiamento			
	Controllo della spiritualità			
<i>Self-efficacy</i>	Capacità di credere in se stessi	General Self-Efficacy Scale (GSE)	69-77	Schwarzer et al., 1995
Speranza	Volontà nel percorso da seguire	Trait Hope Scale (THS)	78-89	Snyder, 2000
<i>Coping</i>	Orientamento al problema	Planful Problem-Solving Scale (PPSS)	90-100	Lazarus et al., 1984
	Orientamento alla programmazione			

- **Managing Stressful Situations Scale (MSS)** (Gillespie et al., 2007): la scala misura la gestione dello stress. Per ciascuna delle sette affermazioni della MSS è richiesta una valutazione della veridicità grazie a una scala Likert a 5 punti; maggiore è il punteggio finale, maggiore è la percezione di controllo in situazioni di stress;
- **Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)** (Connors et al., 2003): la scala misura e indaga le caratteristiche della resilienza chiedendo ai soggetti d'individuare le loro strategie adattative per fare fronte a situazioni di stress. La CD-RISC comprende 25 affermazioni la cui veridicità viene valutata grazie a una scala Likert a 5 punti; più alti sono i punteggi, maggiore è la resilienza;
- **General Self-Efficacy Scale (GSE)** (Schwarzer et al., 1995): questa scala è utilizzata per indagare la *self-efficacy*. Essa è composta da 9 affermazioni la cui veridicità viene valutata grazie a una scala Likert a 4 punti; più sono alti i punteggi, maggiore è la *self-efficacy*;
- **Trait Hope Scale (THS)** (Snyder, 2000): questa scala è utilizzata per indagare la speranza. Essa è composta da 12 affermazioni la cui veridicità viene valutata grazie a una scala Likert a 8 punti; più sono alti i punteggi, maggiore è la speranza. Le 12 affermazioni sono suddivise in due sottoscale: "agency" che fa riferimento all'orientamento a obiettivi futuri e al credere che questi possano essere raggiunti e "pathway" legata alla modalità con la quale gli obiettivi vengono perseguiti;
- **Planful Problem-Solving Scale** (Lazarus et al., 1984): questa scala è utilizzata per indagare il *coping*. Essa è composta da 11 affermazioni che permettono di esprimere, su una scala Likert a 4 punti, quanto spesso si ritiene di mettere in atto le azioni proposte o di avere pensieri come quelli suggeriti: più sono alti i punteggi, maggiore è la capacità di *coping*.

Il questionario comprende un'ultima sezione contenente domande finalizzate alla raccolta di dati socio-demografici della popolazione oggetto dello studio e di ulteriori informazioni relative ad aspetti specifici del ruolo professionale, cioè le variabili individuali che influenzano i comportamenti adattivi nei contesti organizzativi infermieristici (Moore et al., 1996; Shields et al., 2001).

Analisi statistiche

Per le analisi è stato utilizzato il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 17. Per l'analisi delle variabili demografiche e delle relative differenze nei punteggi tra questionari è stato utilizzato il test t di Student per campioni indipendenti

e il test del χ^2 di Pearson. Per lo studio delle correlazioni tra le variabili oggetto di studio è stato utilizzato il coefficiente di correlazione r di Pearson mentre per identificare le variabili predittive della resilienza è stata utilizzata la regressione lineare multipla. Per la verifica della regressione è stato utilizzato il test F di Fisher-Snedecor. Sono state considerate significative le differenze con un valore di $p < 0,05$.

RISULTATI

La **Tabella 2** mostra schematicamente le caratteristiche socio-demografiche e il profilo professionale degli infermieri appartenenti al campione di studio considerato. Dalle analisi statistiche effettuate su questi dati non emergono differenze significative relative all'appartenenza di genere degli infermieri.

La **Tabella 3** mostra le medie e le deviazioni standard (DS) dei diversi punteggi ottenuti da uomini e donne in ciascuna delle scale e sottoscale utilizzate per il presente studio. Il test t di Student, eseguito per verificare se tra i due sessi vi fossero differenze nei punteggi, ha mostrato valori significativi ($p < 0,05$) nella PPSS (media \pm DS: 16,19 \pm 7,06; F=20,70 \pm 4,12; $p=0,026$), nella sottoscala "competence" della scala

Tabella 2. Dati socio-demografici e quadro professionale del campione analizzato, composto da 62 infermieri

Età (media\pmDS)	39,73 \pm 7,13
Sesso (%)	
Femmine	74,19
Maschi	25,81
Istruzione (%)	
Diploma regionale	80,65
Laurea di 1° Livello	17,74
Infermiere generico	3,23
Master	1,61
Dottorato	-
Anni di lavoro (media\pmDS)	15,63 \pm 8,02
Anni di lavoro in sala operatoria (media\pmDS)	12,16 \pm 7,09
Ruolo principale (%)	
Infermiere strumentista	70,97
Infermiere di sala/circolante	29,03
Situazione lavorativa (%)	
Tempo pieno	93,55
Part-time al 50%	3,23
Part-time al 75%	3,23
DS: deviazione standard	

CD-RISC (media±DS: 18,00±6,25; F=21,52±4,16; p=0,014) e nella sottoscala "intuition" della scala CD-RISC (media±DS: 15,06±6,06; F=17,83±3,80; p=0,037). In tutte e tre queste scale, le infermiere di sala operatoria sembrerebbero riportare punteggi maggiori dei loro colleghi maschi.

Analisi delle correlazioni

In **Tabella 4** sono riportati i risultati delle correlazioni trovate tra i punteggi delle sottoscale della Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC) e quelli delle altre scale utilizzate.

Tutte le sottoscale della CD-RISC, tranne la "spiritual", mostrano correlazioni da moderate a buone con gli altri strumenti utilizzati a eccezione delle scale CMSS e PSS.

Tutte le correlazioni identificate sono positive, indicando che a un aumento nei punteggi ottenuti dagli altri strumenti corrisponde un aumento nei punteggi di resilienza.

Le correlazioni emerse tra i punteggi di resilienza e la scala CANS mostrano solo valori negativi, evidenziando come al diminuire dei punteggi di coesione corrisponda l'aumentare dei punteggi di resilienza.

La sottoscala "spiritual" della scala CD-RISC risulta avere una debole correlazione negativa con la scala PSS e una correlazione positiva con la scala MSS.

Modelli di regressione

La **Tabella 5** mostra i risultati delle regressioni multiple effettuate inserendo le singole sottoscale della CD-RISC come variabile dipendente e i punteggi degli altri strumenti come variabili indipendenti.

I modelli di regressioni emersi dalle analisi mostrano buone capacità di spiegare la varianza nelle sottoscale della CD-RISC, a eccezione della sottoscala "spiritual", che mostra il risultato più basso, con un coefficiente di determinazione (R^2 corretto) pari a 0,159.

Tabella 3. Punteggi medi ottenuti per ciascuna scala e sottoscala in relazione al genere

		Maschi (n=16)		Femmine (n=46)		t	p
		Media	DS	Media	DS		
Età		39,44	±6,86	39,85	±7,29	-0,20	0,845
Anni di lavoro		15,69	±7,12	15,61	±8,39	0,03	0,973
Scala	Sottoscala						
CMSS		21,31	±3,75	20,72	±3,70	0,55	0,583
CANS		23,56	±4,44	22,48	±5,18	0,75	0,459
GSE		25,44	±6,51	28,15	±4,70	-1,80	0,078
THS	Agency	22,13	±6,41	24,57	±4,81	-1,60	0,115
	Pathway	22,63	±6,83	25,30	±3,72	-1,97	0,152
PPSS		16,19	±7,06	20,70	±4,12	-3,09	0,026*
CD-RISC	Competence	18,00	±6,25	21,52	±4,16	-2,55	0,014*
	Intuition	15,06	±6,06	17,83	±3,80	-2,13	0,037*
	Change	12,88	±4,05	13,80	±2,69	-1,04	0,303
	Control	9,88	±4,06	11,09	±2,65	-1,36	0,178
	Spiritual	4,31	±2,52	4,15	±2,27	0,24	0,814
	Total	60,13	±20,41	68,39	±12,31	-1,93	0,058
PCS		41,00	±9,31	43,33	±4,78	-1,29	0,352
PSS		17,44	±3,83	16,80	±3,26	0,64	0,525
MSS		23,75	±3,57	24,46	±3,66	-0,67	0,506

* Significatività: p<0,05

n: numero di infermieri

DS: deviazione standard

t: test t di Student

p: significatività statistica

CMSS: Collaboration with Medical Staff

CANS: Cohesion Among Nurses Scales

GSE: General Self-Efficacy Scale

THS: Trait Hope Scale

PPSS: Planful Problem-Solving Scale

CD-RISC: Connor Davidson Resilience Scale

PCS: Perceived Competence Scale

PSS: Peer Support Scale

MSS: Managing Stressful Situations Scale

Tabella 4. Coefficiente di correlazione r di Pearson tra la scala CD-RISC e le altre scale utilizzate

Scala	Sottoscala	CMSS	CANS	GSE	THS		PPSS	PCS	PSS	MSS
					Agency	Pathway				
CD-RISC	Total	-0,053	-0,311*	0,589**	0,663**	0,586**	0,526**	0,466**	-0,174	0,352**
	Competence	-0,057	-0,304*	0,625**	0,667**	0,550**	0,533**	0,439**	-0,142	0,266*
	Intuition	-0,014	-0,255*	0,480**	0,522**	0,486**	0,503**	0,345**	-0,172	0,278*
	Change	-0,085	-0,368**	0,544**	0,556**	0,555**	0,487**	0,549**	-0,128	0,412**
	Control	0,002	-0,306*	0,513**	0,653**	0,552**	0,434**	0,392**	-0,03	0,266*
	Spiritual	-0,083	0,029	0,133	0,238	0,192	0,051	0,148	-0,274*	0,265*

** Significatività statistica: $p < 0,01$ (2-code)
 * Significatività statistica: $p < 0,05$ (2-code)
 CMSS: Collaboration with Medical Staff
 CANS: Cohesion Among Nurses Scales
 GSE: General Self-Efficacy Scale
 THS: Trait Hope Scale
 PPSS: Planful Problem-Solving Scale
 CD-RISC: Connor Davidson Resilience Scale
 PCS: Perceived Competence Scale
 PSS: Peer Support Scale
 MSS: Managing Stressful Situations Scale

Tutte le scale risultate capaci di predire i punteggi alle varie sottoscale di resilienza mostrano dei valori β (coefficiente di regressione standardizzato) di segno positivo, indicando un aumento nei punteggi di resilienza: questo sembra particolarmente vero per la sottoscala "agency" della scala THS che all'interno dei vari modelli di predizione ha presentato sempre

dei valori più alti, mostrando un aumento particolarmente forte nei punteggi di resilienza. La sottoscala "agency" della scala THS, oltre a essere il predittore più forte, si dimostra inoltre l'unico a essere comune a tutti i modelli citati: dalle regressioni effettuate risulta infatti che questo fattore, considerato singolarmente, spiega in maniera significativa il 48%

Tabella 5. Modelli di regressione e variabili predittrici della resilienza

Scala	Sottoscala	F	p	R ² corretto	Variabili		β	t	p
					Scala	Sottoscala			
CD-RISC	Total	29,514	<0,001	0,483	THS	Agency	0,622	6,664	<0,001
					MSS		0,249	2,67	0,01
	Competence	30,732	<0,001	0,494	THS	Agency	0,452	3,794	<0,001
					GSE		0,334	2,808	0,007
	Intuition	15,866	<0,001	0,328	THS	Agency	0,359	2,955	0,004
					PPSS		0,322	2,646	0,01
	Change	18,463	<0,001	0,462	THS	Agency	0,375	3,582	0,001
					PCS		0,311	2,9	0,005
					MSS		0,265	2,706	0,009
	Control	44,590	<0,001	0,417	THS	Agency	0,653	6,678	<0,001
					PSS		-0,35	-2,91	0,005
	Spiritual	6,774	0,002	0,159	PSS		-0,35	-2,91	0,005
MSS						0,342	2,843	0,006	

F: test F di Fisher-Snedecor
 β : coefficiente di regressione standardizzato
 p: significatività statistica
 R² corretto: coefficiente di determinazione
 t: test t di Student
 CMSS: Collaboration with Medical Staff
 CANS: Cohesion Among Nurses Scales
 GSE: General Self-Efficacy Scale
 THS: Trait Hope Scale
 PPSS: Planful Problem-Solving Scale
 CD-RISC: Connor Davidson Resilience Scale
 PCS: Perceived Competence Scale
 PSS: Peer Support Scale
 MSS: Managing Stressful Situations Scale

della varianza nei punteggi totali della scala CD-RISC, il 49% della varianza nei punteggi nella sottoscala "competence", il 33% della varianza nei punteggi della sottoscala "intuition", il 46% della varianza nei punteggi nella sottoscala "change" e il 42% della varianza nei punteggi nella sottoscala "control" (dove si presenta inoltre come unico fattore predittivo).

Unica eccezione è stato il punteggio ottenuto nella sottoscala "spiritual" della scala CD-RISC, che è stato predetto dai punteggi ottenuti nella scala PSS (valore negativo, quindi una diminuzione nel valore della sottoscala "spiritual" della scala CD-RISC) e dai punteggi ottenuti nella scala MSS (valore positivo, quindi un aumento della sottoscala "spiritual" della scala CD-RISC), e ha spiegato però soltanto il 16% della varianza ottenuta nei punteggi della sottoscala "spiritual" della scala CD-RISC (R^2 corretto=0,159).

DISCUSSIONE

I risultati dello studio hanno rivelato che la speranza influisce sulla resilienza degli infermieri di sala operatoria agendo in modo trasversale su competenza, intuizione, cambiamento e controllo, che sono quattro delle cinque componenti costitutive della resilienza. Le analisi mostrano che la componente della speranza che influisce sulla variazione della resilienza è l'orientamento agli obiettivi futuri e al credere che questi possano essere raggiunti (sottoscala "agency" della scala THS) piuttosto che alla modalità con la quale gli obiettivi vengono perseguiti (sottoscala "pathway" della scala THS). La speranza quindi è un aspetto maggiormente legato alla dimensione motivazionale.

Nello specifico, i risultati dello studio dimostrano che:

- è presente un'associazione moderatamente significativa tra la dimensione motivazionale della speranza e la resilienza del campione analizzato di infermieri di sala operatoria (la speranza ha spiegato il 43% della varianza della resilienza). Tali risultati sono in accordo con la letteratura (Gillespie et al., 2007; Horton et al., 2001). Anche se la speranza è un fattore individuale intrinseco, sembra probabile che essa possa essere rafforzata da un ambiente di lavoro collaborativo (Gillespie et al., 2007).

Così, se la cultura organizzativa si caratterizza per la coesione fra pari e il sostegno formativo offerto, gli infermieri che lavorano in tale contesto possono presentare livelli più elevati di speranza. Un contesto lavorativo collaborativo potrebbe ridurre gli effetti di potenziali fattori stressogeni e migliorare la speranza, una delle variabili esplicative della resilienza. L'associazione significativa tra speranza e resilienza suggerisce anche che gli infermieri

possano perdere la speranza in seguito a ricorrenti esperienze fallimentari nei rapporti professionali e di riconoscimento sociale (Gillespie et al., 2007). Simmons et al. (2001) sostengono che gli infermieri che credono nella possibilità di raggiungere gli obiettivi che si sono dati sono capaci a loro volta di infondere tale fiducia anche negli altri membri dell'équipe e che un tale sentimento possa influire positivamente sulla cultura organizzativa. In sala operatoria la speranza è considerata come la capacità di ridefinire gli obiettivi coerentemente a situazioni mutevoli e imprevedibili, ovvero una delle caratteristiche della resilienza.

Altre ricerche (Lazarus et al., 1984; Snyder et al., 1991; Lazarus, 1993) sostengono che gli individui con maggiore capacità d'adattamento, ossia coloro che sono più capaci di riesaminare e ridefinire i loro obiettivi, sono quelli che meglio sono in grado di far fronte a situazioni altamente richiedenti;

- è stata trovata un'associazione moderatamente significativa tra la dimensione motivazionale della speranza e la percezione del controllo. Il controllo è uno degli elementi fondanti della resilienza. La dimensione della motivazione personale risulta spiegare il 41,7% della varianza del punteggio relativo al controllo, una delle dimensioni della resilienza. Il controllo è stato identificato come una variabile esplicativa della resilienza negli infermieri di sala operatoria in quanto offre un modo per ridurre al minimo gli effetti stressogeni del contesto. La mancanza di controllo nei professionisti che operano in contesti clinici, infatti, determina elevati livelli di stress e di *fatigue* e in molti casi aumenta il livello di tensione nelle relazioni tra infermieri (Arndt, 1998; Finger et al., 2002). La capacità di mantenere il controllo e di gestire efficacemente le situazioni stressanti aumenta la resilienza attraverso una migliore capacità di adattamento (Bandura, 1995);
- la sottoscala della *self-efficacy* è risultata essere un fattore predittore dei punteggi della sottoscala "competence" della resilienza (CD-RISC), che sembrerebbero quindi legati al credere nella propria auto-efficacia, nella propria capacità di affrontare il cambiamento e nell'essere in grado d'utilizzare abilità di *problem-solving* (Tusaie et al., 2004).

Lo sviluppo di *self-efficacy*, quale tratto di resilienza degli infermieri di sala operatoria, potrebbe essere influenzato dalla cultura organizzativa. Nello specifico, nei contesti di sala operatoria che danno grande importanza allo sviluppo di strategie educative finalizzate all'accrescimento delle abilità cliniche richieste, la *self-efficacy* potrebbe aiutare gli infermieri a essere meglio preparati ad affrontare le diverse situazioni cliniche che si presentano. Gli in-

fermieri di sala operatoria con conoscenze e abilità specifiche per il ruolo ricoperto sono in una posizione di vantaggio per fare fronte agli eventi stressanti derivanti dell'ambiente, come confermato anche da precedenti ricerche (Donald, 1999). Tuttavia i successi sono conseguiti solo a prezzo di una spesa molto elevata di energie fisiche e mentali, per un tempo prolungato e con risultati incerti. E' possibile ritenere che la resilienza derivi proprio dalla capacità di sostenere tali elevate richieste fisiche, mentali ed emotive;

- è stata rilevata un'associazione significativa tra le sottoscale della competenza e della resilienza. La mancanza di conoscenze e di abilità specifiche sembrerebbe rappresentare un fattore che ostacola lo sviluppo di resilienza.

La competenza potrebbe essere valorizzata come una caratteristica della resilienza degli infermieri in sala operatoria da implementare e sostenere attraverso strategie formative orientate ad accrescere le competenze cliniche e le conoscenze (Strauss, 1997; Finger et al., 2002). Infatti, gli infermieri con conoscenze e abilità specifiche di contesto hanno una maggiore capacità di controllo in situazioni cliniche difficili;

- è stata rilevata un'associazione significativa tra *coping* e resilienza. Il *coping* è stato misurato come il comportamento orientato alla soluzione di problemi. In alternativa gli infermieri di sala operatoria, quando percepiscono che la situazione non è sotto il loro controllo, possono mettere in atto strategie adattive quali: la distanza, la negazione o il tentativo di attenuare lo stress percepito dando all'evento un diverso significato (Lazarus, 1993). Questi comportamenti potrebbero essere interpretati come resistenza al cambiamento; di fatto stanno a indicare un adattamento orientato al controllo delle emozioni provate di fronte a eventi stressanti percepiti al di fuori delle proprie capacità di soluzione dei problemi.

La necessità di essere in grado di gestire lo stress è però fondamentale (McVickar, 2003) e, data l'importanza che caratteristiche personali e di contesto hanno sulla capacità di far fronte alle situazioni di stress, è realistico pensare che la crescente domanda di supporto organizzativo e di formazione personale alla gestione dello stress derivi dalla necessità degli infermieri di sala operatoria di essere aiutati a sviluppare efficaci strategie di *coping* che ne favorirebbero la resilienza.

Sorprendentemente lo studio non ha trovato una correlazione fra la collaborazione e la resilienza degli infermieri. Tale risultato può trovare giustificazione nella ridotta dimensione del campione considerato ma

forse anche nell'assetto fortemente gerarchico caratteristico della sala operatoria. La tipologia di attività riconosce una prevalente collaborazione fra l'anestesista e il chirurgo poiché l'équipe medica ha un ruolo prioritario nella definizione e nell'attuazione del trattamento del paziente. Pertanto, per l'infermiere non vi può essere che un spazio limitato di autonomia nell'ambito dei processi decisionali. Si potrebbe ritenere che la collaborazione tra infermieri e medici sia limitata in sala operatoria e circoscritta a situazioni specifiche definite dal gruppo professionale.

Studi precedenti hanno identificato che un ambiente collaborativo favorisce la realizzazione professionale (Sigurdsson, 2001; Chard, 2000) e migliora le prestazioni (Silen-Lipponem et al., 2004; Reason, 2005). Sebbene lo studio non evidenzia una correlazione significativa tra la resilienza e la collaborazione, le analisi di regressione evidenziano, seppur debolmente, un potere predittivo dei punteggi della scala PSS rispetto ai punteggi della sottoscala "spiritual" della scala CD-RISC: a un minor punteggio nella prima scala corrispondono punteggi più elevati nella seconda. Ciò sembra indicare che se gli infermieri di sala operatoria non hanno supporto da parte dei pari o di altri membri dell'équipe, esso viene ricercato nella spiritualità, da intendersi non solo come spirito religioso ma più in generale come un percorso di crescita personale alla ricerca di valori interiori che diano senso alla propria esistenza (Missinne, 1990). L'uso di efficaci strategie di *coping* in sala operatoria ha come esito l'adattamento che si concretizza in una capacità di gestire gli effetti di un ampliamento del ruolo (Hauxwell, 2002; Timmons et al., 2004), una più rapida curva di apprendimento del neo-inserito (Sigurdsson, 2001) e capacità di ottimizzare l'uso di risorse umane e materiali (Plasters et al., 2003).

Gli esiti della presente ricerca consentono confronti con i risultati presentati nello studio di Gillespie et al. (2007). Il presente studio è uno dei pochi studi italiani sulla resilienza e sull'applicazione di tale costrutto teorico agli infermieri di sala operatoria.

Sono necessarie ulteriori future ricerche per definire meglio la correlazione esistente tra la collaborazione e la resilienza degli infermieri.

Limiti

I limiti del presente studio sono:

- la dimensione ridotta del campione;
- il disegno non longitudinale che non consente l'individuazione dei cambiamenti nel tempo circa lo sviluppo della resilienza (Reason, 2005);
- l'uso di scale non validate in italiano;
- la non comparabilità dei risultati con quelli riportati nello studio di Calcarì et al. (2011).

CONCLUSIONI

La ricerca effettuata ha consentito d'identificare e selezionare, rispetto al contesto di sala operatoria, alcune delle variabili esplicative di resilienza, consentendo d'orientare l'offerta di sostegno ai professionisti infermieri verso i loro bisogni.

In particolare, dalla discussione dei risultati ottenuti emerge che lo sviluppo di *self-efficacy*, quale tratto di resilienza degli infermieri di sala operatoria, potrebbe essere influenzato dalla cultura organizzativa. Nello specifico, nei contesti di sala operatoria che danno grande importanza allo sviluppo di strategie educative finalizzate all'accrescimento delle abilità cliniche, gli infermieri potrebbero essere meglio preparati ad affrontare le diverse situazioni cliniche che si presentano.

Gli infermieri di sala operatoria con conoscenze e abilità specifiche per il ruolo ricoperto sono in una posizione di vantaggio per far fronte agli eventi stressanti derivanti dall'ambiente, come confermato anche da precedenti ricerche (Donald, 1999).

La competenza, quale caratteristica della resilienza, potrebbe essere implementata e sostenuta attraverso un percorso formativo finalizzato all'acquisizione di conoscenze e abilità specifiche al particolare contesto (Strauss, 1997; Finger et al., 2002).

Da tutto ciò nasce la proposta d'implementazione di una *teaching unit* presso la sala operatoria di ginecologia e ostetricia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, proposta che si basa sull'apprendimento dall'esperienza attraverso la presenza di un *mentor* clinico in grado di favorire la crescita professionale attraverso non solo la trasmissione di una competenza tecnico-gestuale ma anche della cultura di gruppo professionale nel quale il neo-inserito entra a fare parte (McCormack et al., 2006; Mathias, 2007; Wenger, 2006). Il contesto pedagogico costituito dalla comunità di pratica rappresenta un potente valore aggiunto rispetto a un programma formativo basato esclusivamente sulla formazione individuale.

Conflitti di interesse dichiarati: gli autori dichiarano la non sussistenza di eventuali conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

- Adams A, Bond S, Arber S (1995) *Development and validation of scales to measure organizational features of acute hospital wards*. Int J Nurs Stud, 32 (6), 612-627.
- Arndt K (1998) *Recruitment and retention in perioperative nursing*. Aust Nurs J, 6(4), 32-34.
- Australian College of Operating Room Nurses (ACORN) (2003) *Perioperative workforce in Australia Project*. O'Halloran Hill, South Australia.
- Australian Health Workforce Advisory Committee (AHWAC) (2002) *Nursing Workforce in Australia Project*. Canberra.
- Bandura A (1977) *Social Learning Theory*. Edizione Prentice Hall, New Jersey.
- Bandura A (1989) *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change*. Psychol Rev, 84, 191-215.
- Bandura A (1995) *Self-efficacy: the exercise of control*. Edizione Worth Publishers, New York.
- Buerhaus P, Staiger D, Auerbach D (2000) *Why are shortages of hospital RNs concentrated in specialty units?* Nurs Econ, 18(3), 111-116.
- Calmandrei C (2003) *La "retention" degli infermieri nelle aziende sanitarie*. Management Infermieristico, 2, 4-8.
- Chao G, O'Leary A, Wolf S et al. (1994) *Organizational Socialization*. J Appl Psychol, 79(5), 730-743.
- Chard R (2000) *A phenomenologic study of how perioperative nurses perceive their work world*. AORN Journal, 72, 878-889.
- Connors KM, Davidson RT (2003) *Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale*. Depress Anxiety, 18, 76-82.
- DiPalma C (2004) *Power at work: navigating hierarchies, teamwork and roles*. Journal of Medical Humanities, 25(4), 291-308.
- Donald J (1999) *What makes your day: a study of the quality of work life of OR nurses*. Canadian Operating Room Journals, 1, 16-32.
- Fain JA (2004) *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*. Edizione McGraw-Hill, Milano.
- Finger S, Pape T (2002) *Invitational Theory and perioperative nursing preceptorship*. AORN Journal, 76 (4), 630-642.
- Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M et al. (2007) *Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model*. J Adv Nurs, 59 (4), 427-438.
- Giroto EA (1993) *Assessment of competence in clinical practice: a phenomenological approach*. J Adv Nurs, 18 (1), 114-119.
- Giroto C, Giroto E, Marangon L et al. (2006) *Il turnover degli infermieri*. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 25 (1), 46-50.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D (1993) *Cross cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. J Clin Epidemiol, 46, 1417-1432.
- Hauxwell J (2002) *A national vocational qualification in the operating theatre: participants' perspectives on its effects on staff relationships*. Journal of Vocational Education, 54 (4), 477-496.
- Horton T, Wallander J (2001) *Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions*. Rehabil Psychol, 46 (4), 382-399.
- Kobasa SC (1979) *Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness*. J Soc Psychol, 37, 1-11.

- Lazarus RS (1993) *Coping Theory and Research: past, present and future*. Psychosom Med, 55, 234-247.
- Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. Edizione Springer, New York.
- Lingard L, Garwood S, Poenaru D (2004) *Tensions influencing operating room team function: does institutional context make a difference?* Med Educ, 38, 691-699.
- Mallack L (1998) *Putting organisational resilience to work*. Ind Manage, 40 (6), 8-14.
- Mathias JM (2007) *Mentoring new leaders for surgery*. OR Manager, 23(6), 11-12.
- McCormack B, Slater P (2006) *An evaluation of the role of the clinical education facilitator*. J Clin Nurs, 15, 135-144.
- McVicker A (2003) *Workplace stress in nursing: a literature review*. J Adv Nurs, 44(6), 633-642.
- Missinne EL (1990) *Christian perspectives on spiritual needs of a human being*. Journal of Religious Gerontology, 1/2, 143-152.
- Moore S, Kuhik N, Katz B (1996) *Coping with downsizing: stress, self-esteem and social intimacy*. Nurs Manage, 27 (3), 28-30.
- Paliadelis P, Cruickshank M (2003) *An exploration of the role that expert knowledge plays in the assessment of undergraduate clinical competence: Registered Nurses' experiences*. Rural Remote Health, 3 (2), 191.
- Parisi A (2008) *Il turnover infermieristico nelle sale operatorie: un progetto di formazione per i tutor*. Management Infermieristico, 1, 11-17.
- Plasters C, Seagull J, Xiao Y (2003) *Coordination challenges in operating room management: an in-depth field study*. AMIA Annu Symp Proc, 524-528.
- Reason J (2005) *Safety in the operating theatre-part 2: human error and organizational failure*. Qual Saf Health Care, 14 (1), 56-61.
- Reivich K, Shatte AS (2002) *The Resilience factor: seven essential skills for overcoming life's inevitable obstacles*. Edizione Broadway Books, New York.
- Royal College of Nurses, Australia (RCNA) (2004) *Submission to the perioperative workforce project*. Melbourne.
- Rutter M (1993) *Resilience: some conceptual considerations*. J Adolescent Health, 14, 626-631.
- Schwarzer R, Jerusalem M (1995) *Generalized self efficacy scale*. In: Weinman J, Wright S, Johnston M *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal control and beliefs*. Edizione Nfer-Nelson, Windsor.
- Shields M, Ward M (2001) *Improving nurse retention in the National Health Service of England: the impact of job satisfaction on intentions to quit*. J Health Econ, 20, 677-710.
- Sigurdsson H (2001) *The meaning of being a perioperative nurse*. AORN Journal, 74(2), 202-217.
- Silen-Lipponem M, Tossavainen K, Turunen H et al. (2004) *Learning about teamwork in operating room clinical placement*. Br J Nurs, 13 (5), 244-253.
- Simmons B, Nelson D (2001) *Eustress at work: the relationship between hope and health in hospital nurses*. Health Care Manage R, 26 (4), 7-19.
- Snyder C (2000) *The past and possible futures of hope*. J Soc Clin Psychol, 19 (1), 11-29.
- Snyder C, Harris C, Anderson J et al. (1991) *The will and ways: Development and validation of an individual differences measure of hope*. J Pers Soc Psychol, 60, 570-85.
- Snyder C, McCullough M (2000) *A positive psychology field of dreams: 'If you build it, they will come...'*. J Soc Clin Psychol, 19, 151-160.
- Strauss J (1997) *An OR nurses internship program that focuses on retention*. AORN Journal, 66 (3), 455-463.
- Timmons S, Tanner J (2004) *A disputed occupational boundary: operating theatre nurses and department practitioners*. Sociol Health Illn, 26 (5), 645-666.
- Tusaie K, Dyer J (2004) *Resilience: a historical review of the construct*. Holist Nurs Pract, 18 (1), 3-11.
- Tzeng H (2004) *Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system*. Int J Nurs Stud, 41, 487-496.
- Wenger E (2006) *Comunità di pratica*. Edizione Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Werner EE (1993) *Risk and Resilience in individuals with learning disabilities: lessons learned from the Kauai Longitudinal Study*. Learning Disabilities Research and Practice, 8 (1), 28-34.
- Wicke D, Coppin R, Payne S (2004) *Team working in nursing homes*. J Adv Nurs, 45 (2), 197-204.

Valutazione del dolore in soggetti anziani con deterioramento cognitivo: indagine di prevalenza attraverso l'utilizzo della scala Doloplus-2

Flavio Paoletti¹, Gloria Moretto², Valentina Sossi³, Ariella Raunika⁴, Monica Bello⁵, Erica Garavelli⁶, Carlo De Vuono⁷

¹Dirigente infermieristico, Azienda per i Servizi Sanitari numero 1 (ASS1), Trieste; ²Infermiera coordinatrice, Azienda per i Servizi Sanitari numero 2 (ASS2), Isontina; ³Infermiera coordinatrice, Azienda per i Servizi Sanitari numero 1 (ASS1), Trieste; ⁴Infermiera coordinatrice, Comune di Trieste; ⁵Infermiera, Azienda per i Servizi Sanitari numero 1 (ASS1), Trieste; ⁶Psicologa, Azienda per i Servizi Sanitari numero 1 (ASS1), Trieste; ⁷Geriatra, Azienda per i Servizi Sanitari numero 1 (ASS1), Trieste

Corrispondenza: flavio.paoletti@ass1.sanita.fvg.it

RIASSUNTO

Introduzione In caso di deterioramento cognitivo la capacità delle persone di riferire il dolore diminuisce, causando una possibile sottostima del fenomeno. Studi precedentemente condotti evidenziano una prevalenza del dolore negli anziani che vivono nelle case di riposo che varia dal 40% all'80%. Nei soggetti con deterioramento cognitivo l'utilizzo delle scale di autovalutazione non è applicabile e un approccio alternativo è rappresentato dall'utilizzo di strumenti osservativi quali la scala Doloplus-2. L'obiettivo principale di questo studio è determinare la prevalenza del dolore attraverso la scala di valutazione Doloplus-2.

Materiali e metodi È stato analizzato un campione di soggetti anziani con deterioramento cognitivo residenti in due case di riposo comunali di Trieste. Sono state effettuate cinque valutazioni mensili del dolore con la scala Doloplus-2, da febbraio a giugno 2012, in tutti i residenti che soddisfacevano i criteri d'inclusione.

Risultati La prevalenza media del deterioramento cognitivo nel campione è risultata del 47,78% con un livello medio di punteggio nella Cognitive Performance Scale (CPS) di 4,58 (tra moderato e moderatamente grave). La prevalenza media del dolore nei soggetti con deterioramento cognitivo è stata del 13,51% con una mancanza d'attivazione di una terapia antalgica nel 37,34% dei soggetti con dolore. Eccetto nella prima rilevazione di febbraio, non sono state trovate differenze statisticamente significative tra la prevalenza del dolore nelle due strutture considerate.

Conclusioni Il deterioramento cognitivo è risultato presente in quasi la metà dei residenti, dato che ha una grande significanza clinica per gli elevati costi terapeutici e l'assorbimento di risorse assistenziali.

Parole chiave: dolore, Doloplus-2, demenza, valutazione cognitiva, deterioramento cognitivo

Pain evaluation in nursing home patients with cognitive impairment who don't respond to self-report scales: a cross sectional study using Doloplus-2 scale

ABSTRACT

Introduction In patients with cognitive impairment the ability to refer pain decreases, causing a possible symptom underestimation. Previous studies have shown a pain prevalence between 40% and 80% in patients that live in nursing homes. In patients with cognitive impairment the use of a self-report scale is not possible and an alternative approach would be the Doloplus-2. The main aim of this cross sectional study is to determine the prevalence of the pain by the Doloplus-2 scale.

Materials and methods A group of elderly with cognitive impairment from two nursing homes from Trieste has been taken into account for the cross sectional study. Patients that met the inclusion criteria were evaluated five times using the Doloplus-2 scale, from February to March 2012.

Results The mean prevalence of the cognitive impairment was 47.78%, with a medium level score in Cognitive Performance Scale of 4.58 (between moderate and moderate serious). The pain prevalence was 13.51% with a lack of pain treatment in 37.34% of patients with pain. Differences between the two nursing homes are not statistically significant.

Conclusions Cognitive impairment is present in almost half of the nursing home residents with a great relevance for the high care costs and for the absorption of professional resources.

Key words: pain, Doloplus-2, dementia, cognitive evaluation, cognitive impairment

INTRODUZIONE

L'età avanzata è caratterizzata da una maggiore presenza di patologie cronic-degenerative e di importanti disturbi cognitivi che spesso sfociano nella demenza (WHO, 2012). Questa patologia è definita come un insieme di sintomi caratterizzati dal progressivo e globale deterioramento delle funzioni cognitive (Cnesps, 2011) come l'orientamento, la memoria, l'attenzione e il linguaggio (Chatterjee J, 2012).

Nella provincia di Trieste, considerando il tasso di anziani residenti e sulla base dei risultati del *report* dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 2012), che riporta una prevalenza del 5,7% di disturbi cognitivi nella popolazione generale, si stima che ci siano circa 5.000 persone affette da disturbi cognitivi, spesso riconducibili alla malattia di Alzheimer.

Queste situazioni morbose, associate a fattori psicologici e sociali che possono modulare la percezione e la risposta soggettiva, spesso possono determinare una sintomatologia dolorosa (Brugnoli A, 2007).

Gli anziani presentano maggiori probabilità di avere artrite, malattie muscolo-scheletriche, patologie neoplastiche e altre patologie croniche associate al dolore (AGS, 2002). Le tipologie patogenetiche di dolore più diffuse nelle persone anziane sono quindi quelle muscolo-scheletriche generate da patologie degenerative (Walker J, 2013), il dolore articolare e il dolore oncologico (Brugnoli A, 2007; Davies E et al., 2004; Hughes LD, 2012).

Con l'aumento del declino cognitivo, caratteristico dell'età avanzata, l'abilità delle persone di riferire il dolore diminuisce, fatto che può portare a un'errata interpretazione del sintomo e a una sua sottostima (Husebo B et al., 2008).

La prevalenza del dolore negli anziani che vivono nelle case di riposo varia dal 40% all'80% (Zwakkhalen SM et al., 2006; Manfredi PL et al., 2003), un intervallo troppo ampio che dimostra come non ci sia ancora un accordo sulla reale prevalenza di questo sintomo. Il dolore negli anziani che presentano disturbi cognitivi è sottovalutato e non registrato in quanto le scale di autovalutazione come la scala analogico visiva (VAS), la scala a punteggio numerico (NRS) o la scala a punteggio verbale (VRS) non sono applicabili in quanto queste persone non possono comunicare le loro percezioni dolorose (Hadjistavropoulos T et al., 2001; Bottos S et al., 2006; AGS, 1998).

Un approccio alternativo alle scale di autovalutazione è dato dall'utilizzo di strumenti osservativi, perlopiù formulati sulla base degli indicatori comportamentali sintetizzati dalle linee guida dell'American Geriatrics Society (AGS) (Wary B et al., 1999).

A questo scopo, gli strumenti per la rilevazione del dolore devono considerare tre aree:

- reazioni somatiche: *compliance* ridotta o assente, posture del corpo protettive, espressioni inusuali al contatto e disturbi del sonno;
- reazioni psicomotorie: difficoltà nel lavarsi e vestirsi e difficile o ridotta mobilità;
- reazioni psicosociali: assenza o rifiuto comunicativo, rifiuto a partecipare alla vita sociale e problemi comportamentali con o senza stimoli esterni.

Le categorie osservabili riguardano le espressioni facciali, i comportamenti, l'umore e gli stati d'animo, il linguaggio corporeo e i livelli d'attività.

Inoltre lo strumento deve essere di facile e veloce compilazione al fine di implementarne l'utilizzo tra tutti gli infermieri deputati alla valutazione e all'assistenza delle persone ospiti nelle residenze per anziani.

Uno strumento che risponde a questi requisiti è la scala di valutazione Doloplus-2 (Torvik K et al., 2010), composta da 10 affermazioni suddivise in tre sottoscale che indagano le reazioni somatiche, psicomotorie e psicosociali. Il punteggio va da un minimo di 0 a un massimo di 30 e il valore 5 segna il *cut-off* per la presenza di dolore.

Questo strumento permette agli operatori e ai *caregiver* di definire l'intensità del dolore negli anziani attraverso l'osservazione del comportamento in diversi momenti e situazioni, incluse le interazioni sociali e il sonno.

Va ricordato che la Legge numero 38 del 15 marzo 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (*Gazzetta ufficiale* n. 65, 2010) pone l'obbligo a tutti i servizi sanitari di misurare e contrastare il dolore.

L'obiettivo di questo studio è valutare la presenza del dolore nelle persone con deterioramento cognitivo che non rispondono alle scale di autovalutazione, indipendentemente dalla malattia di base o dalle patologie concomitanti.

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio osservazionale trasversale di prevalenza periodale condotto presso due strutture comunali per anziani convenzionate con l'Azienda per i servizi sanitari numero 1 (ASS1) di Trieste: la Casa Bortoli e la Casa Gregoretti.

Tutti gli ospiti di queste strutture sono stati valutati con la Cognitive Performance Scale (CPS) (Bula JC et al., 2009), che misura il deficit cognitivo della persona in sette classi (1 = intatto; 2 = deficit *borderline*; 3 = deficit lieve; 4 = deficit moderato; 5 = deficit moderatamente grave; 6 = deficit grave; 7 = deficit gravissimo). Tutti coloro che rientravano nelle classi superiori a 1 sono stati successivamente valutati con il test Mini Mental State Examination (MMSE) (Nia White et al., 2002) da parte degli operatori formati per lo studio. I

soggetti che hanno ottenuto un punteggio minore a 10 nel test MMSE sono stati considerati nello studio; i soggetti che hanno ottenuto un punteggio compreso tra 10 e 14 nel test MMSE sono stati rivalutati con il Token Test o test dei gettoni (De Renzi E et al., 1962). Questo test è costituito da otto ordini verbali divisi in cinque parti di difficoltà crescente che il soggetto deve eseguire operando su alcuni gettoni di diversa forma (cerchio e rettangolo) e colore (rosso, blu, giallo, verde e bianco). Se il test era positivo la persona rientrava nel campione dello studio. I soggetti con diagnosi di demenza severa riportata in cartella sanitaria sono stati considerati nel campione dello studio senza la somministrazione del test MMSE. Le persone con un punteggio maggiore o uguale a 15 al test MMSE sono state escluse dal campione.

Sul campione considerato nello studio sono state effettuate cinque rilevazioni con la scala Doloplus-2 per la verifica dell'eventuale presenza di dolore. Tali rilevazioni sono state effettuate nel mese di febbraio (R0), nel mese di marzo (R1), nel mese di aprile (R2), nel mese di maggio (R3) e nel mese di giugno (R4) 2012. I soggetti con un punteggio maggiore o uguale a 5 nella scala Doloplus-2 (valore soglia, di *cut-off*, per l'attivazione della terapia antidolorifica) presentano dolore. In questo studio per i soggetti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5) è stata rilevata la presenza o meno di una terapia preesistente e in base a questa rilevazione è stato definito l'approccio terapeutico. Sono state identificate le seguenti situazioni possibili:

- T0: non è stata effettuata alcuna terapia antalgica;
- T1: presenza di una terapia antalgica precedente alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2;
- T2: attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2;
- T3: potenziamento della terapia antalgica preesistente.

Sia la situazione T2, ovvero quella in cui la terapia antalgica è stata attivata in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2, sia la situazione T3, ovvero il potenziamento della terapia antalgica preesistente, sono state considerate nello studio come trattamenti *ad hoc* (T *ad hoc*).

Oltre all'analisi della prevalenza del dolore è stata ricercata una possibile correlazione tra il punteggio della scala CPS e quello del test Doloplus-2 al fine di evidenziare se la percezione del dolore potesse essere correlata al livello di deterioramento cognitivo.

Prima di procedere alle rilevazioni del dolore con la scala Doloplus-2, nel mese di gennaio 2012 è stata organizzata una giornata formativa sul campo con gli infermieri della struttura comunale e del distretto al fine di uniformare le modalità di valutazione. Inoltre, sempre a gennaio, lo studio è stato presentato ai medici di

famiglia che operavano nelle due strutture per anziani. Le cinque rilevazioni del dolore tramite la scala Doloplus-2 sono state eseguite da febbraio a giugno 2012 dal personale infermieristico. In particolare, la valutazione nella Casa Bartoli è stata eseguita ogni primo martedì e mercoledì del mese, mentre nella Casa Gregoretti la valutazione è stata eseguita ogni secondo giovedì e venerdì del mese. Se le giornate erano festive, la somministrazione della scala veniva effettuata entro il primo giorno lavorativo successivo.

Analisi statistica

Le variabili qualitative sono state sintetizzate in termini di frequenza assoluta e percentuale mentre le variabili quantitative in termini di media, mediana, deviazione standard e *range*.

Per i confronti tra medie è stato adottato il test t di Student se i sottogruppi superavano il test di normalità, altrimenti il test di Mann-Whitney.

Per le correlazioni bivariate (tabelle a doppia entrata a due righe e due colonne) tra variabili qualitative è stato adottato il test di Fisher. Il test del χ^2 è stato utilizzato in caso di bivariate a più colonne.

L'analisi delle misure di posizione (medie, deviazioni standard) è stata effettuata tramite foglio di calcolo mentre quella correlazionale con il *software* InStat della GraphPad.

La soglia di significatività è stata fissata a 0,05.

Considerazioni etiche

Il disegno dello studio è stato autorizzato dalla Direzione distrettuale e da quella comunale che gestisce le due strutture sede dell'indagine. Non è stato richiesto un consenso formale scritto per la partecipazione allo studio in quanto i dati raccolti sono normalmente documentati nella pratica clinica-assistenziale.

RISULTATI

Popolazione in studio

Il campione complessivo considerato nel periodo di studio, da febbraio a giugno 2012, è risultato costituito da 102 soggetti che hanno soddisfatto i criteri d'inclusione (con numerosità variabile tra le varie rilevazioni mensili dovute alla variabilità del numero dei residenti nelle due strutture).

Dei 102 soggetti, 54 erano residenti nella Casa Bartoli (52,9%) e 48 nella Casa Gregoretti (47,1%). L'85,3% dei soggetti (n=87) era di sesso femminile; non è stata trovata una differenza significativa di frequenza tra i due generi tra le due strutture: nella Casa Bartoli l'85,2% dei soggetti (n=46) era di sesso femminile, in linea con la Casa Gregoretti dove lo era l'85,4% dei soggetti (n=41, p=1,000).

L'età media tra i residenti delle due strutture era di 86

anni con una deviazione standard (DS) di $\pm 10,29$ e una mediana di 88 (intervallo da 39 a 104 anni). Le differenze tra le mediane di età delle due strutture e tra maschi e femmine non sono risultate statisticamente significative (rispettivamente $p=0,2910$ e $p=0,0887$). Sul totale del campione il punteggio medio ottenuto nella scala CPS è stato di 4,58 (tra moderato e moderatamente grave) con una deviazione standard (DS) di $\pm 1,26$ e una mediana pari a 5; nei punteggi non sono state trovate differenze statisticamente significative tra le due strutture e tra i due sessi (rispettivamente $p=0,1746$ e $p=0,9510$). Stratificando il campione sulla mediana di età (88 anni), il gruppo con età minore di 88 anni ha ottenuto nella scala CPS un punteggio di 4,73 mentre nel gruppo con età maggiore o uguale a 88 anni tale punteggio è stato di 4,50; questa differenza non è significativa ($p=0,3796$). Anche il confronto intragruppo, cioè all'interno della stessa struttura tra chi aveva un'età minore di 88 anni e chi maggiore o uguale a 88 anni, non ha mostrato la presenza di differenze significative (Casa Bartoli, $p=0,7252$; Casa Gregoretti, $p=0,3486$).

Prevalenza del dolore

Rilevazione del mese di febbraio 2012 (R0)

Nel mese di febbraio il totale dei residenti nelle due

strutture era di 192 residenti, 108 nella Casa Bartoli (56,25%) e 84 nella Casa Gregoretti (43,75%). Di questi, 94 soggetti presentavano deterioramento cognitivo (48,96% del totale dei residenti), di cui 49 nella Casa Bartoli (52,13%) e 45 nella Casa Gregoretti (47,87%).

Il test Doloplus-2 ha evidenziato una prevalenza complessiva del dolore del 14,89%: 3 soggetti nella Casa Bartoli (6,12%) e 11 nella Casa Gregoretti (24,44%) con $p=0,0188$.

Nella Casa Bartoli per i tre soggetti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5) è stato avviato un trattamento *ad hoc*, mentre nella Casa Gregoretti i quattro casi identificati erano già in terapia antalgica; i rimanenti 7 casi non sono stati trattati. Quindi, tra i soggetti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5), solo il 21,43% (3 su 14) ha ricevuto una terapia antalgica *ad hoc*.

La Tabella 1 riassume i dati della rilevazione di febbraio (R0).

Rilevazione del mese di marzo 2012 (R1)

Nel mese di marzo il totale dei residenti nelle due strutture era di 191 soggetti, 105 nella Casa Bartoli (54,97%) e 86 nella Casa Gregoretti (45,03%). Di questi, 88 soggetti presentavano deterioramento cognitivo (46,07% del totale dei residenti), di cui 44 nella

Tabella 1. Risultati della rilevazione di febbraio (R0) effettuata nelle due strutture

		Casa Bartoli		Casa Gregoretti	
		Numero di pazienti	%	Numero di pazienti	%
Residenti		108		84	
Pazienti con deterioramento cognitivo		49	45,37	45	53,57
CPS ≥ 2 , MMSE < 10		5	10,20	6	13,33
CPS ≥ 2 , 10 \leq MMSE ≤ 14		10	20,41	1	2,22
Presenza di demenza severa		34	69,39	38	84,44
Deceduti		-	-	-	-
Ricoverati		-	-	-	-
Pazienti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5)		3	6,12	11	24,44
Pazienti con dolore trattati		3	100,00	4	36,40
Situazione terapeutica	T0	-	-	7	63,63
	T1	-	-	4	36,37
	T2	1	33,33	-	-
	T3	2	66,67	-	-
	T <i>ad hoc</i>	3	100,00	-	-

CPS: Cognitive Performance Scale

MMSE: Mini Mental State Examination

T0: assenza di terapia antalgica

T1: presenza di una terapia antalgica precedente alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2

T2: attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2

T3: potenziamento della terapia antalgica preesistente

T *ad hoc*: trattamento *ad hoc*, ovvero l'attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2 (T2) o il potenziamento della terapia antalgica preesistente (T3)

Casa Bartoli (50%) e 44 nella Casa Gregoretti (50%). In questo campione si sono verificati tre decessi (mortalità mensile del 3,41% nei pazienti con deterioramento cognitivo) e due ricoveri ospedalieri.

Il test Doloplus-2 ha evidenziato una prevalenza complessiva del dolore del 14,77%: 7 soggetti nella Casa Bartoli (15,91%) e 6 nella Casa Gregoretti (13,64%) con $p=0,7730$.

Nella Casa Bartoli, dei sette soggetti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5) quattro hanno ricevuto un trattamento *ad hoc* (57,14%) mentre nella Casa Gregoretti nessuno dei sei soggetti con dolore ha ricevuto tale trattamento. Quindi, tra i soggetti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5), solo il 30,77% di questi (4 su 13) ha ricevuto una terapia antalgica *ad hoc*.

La Tabella 2 riassume i dati della rilevazione di marzo (R1).

Rilevazione del mese di aprile 2012 (R2)

Nel mese di aprile il totale dei residenti nelle due strutture era di 187 soggetti, 102 nella Casa Bartoli (54,55%) e 85 nella Casa Gregoretti (45,45%). Di questi, 93 soggetti presentavano deterioramento cognitivo (49,73% del totale dei residenti), di cui 47 nella Casa Bartoli (50,54%) e 46 nella Casa Gregoretti (49,46%).

In questo campione si sono verificati due decessi (mortalità mensile del 2,15% nei pazienti con deterioramento cognitivo) e nessun ricovero ospedaliero. Il test Doloplus-2 ha evidenziato una prevalenza complessiva del dolore del 15,05%: 8 soggetti nella Casa Bartoli (17,02%) e 6 nella Casa Gregoretti (13,04%) con $p=0,7730$.

Nella Casa Bartoli degli 8 soggetti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5) due hanno ricevuto un trattamento *ad hoc* (25%) mentre nella Casa Gregoretti solo uno dei sei soggetti con dolore ha ricevuto tale trattamento (16,67%). Quindi, tra i soggetti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5), solo il 21,43% di questi (3 su 14) ha ricevuto una terapia antalgica *ad hoc*.

La Tabella 3 riassume i dati della rilevazione di aprile (R2).

Rilevazione del mese di maggio 2012 (R3)

Nel mese di maggio il totale dei residenti nelle due strutture era di 193 soggetti, 108 nella Casa Bartoli (55,96%) e 85 nella Casa Gregoretti (44,04%). Di questi, 92 soggetti presentavano deterioramento cognitivo (46,67% del totale dei residenti), di cui 45 nella Casa Bartoli (48,91%) e 47 nella Casa Gregoretti (51,09%). In questo campione non si sono verificati decessi e sono avvenuti 2 ricoveri ospedalieri.

Tabella 2. Risultati della rilevazione di marzo (R1) effettuata nelle due strutture

		Casa Bartoli		Casa Gregoretti	
		Numero di pazienti	%	Numero di pazienti	%
Residenti		105		86	
Pazienti con deterioramento cognitivo		44	41,90	44	51,16
CPS ≥ 2 , MMSE < 10		5	11,36	6	13,64
CPS ≥ 2 , 10 \leq MMSE ≤ 14		9	20,45	1	2,27
Presenza di demenza severa		30	68,18	37	84,09
Deceduti		3	6,82	-	-
Ricoverati		2	4,55	-	-
Pazienti con dolore (Doloplus-2 ≥ 5)		7	15,91	6	13,64
Pazienti con dolore trattati		7	100,00	2	33,33
Situazione terapeutica	T0	-	-	4	66,67
	T1	3	42,86	2	33,33
	T2	4	57,14	-	-
	T3	-	-	-	-
	T <i>ad hoc</i>	4	57,14	-	-

CPS: Cognitive Performance Scale
MMSE: Mini Mental State Examination
T0: assenza di terapia antalgica
T1: presenza di una terapia antalgica precedente alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2
T2: attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2
T3: potenziamento della terapia antalgica preesistente
T *ad hoc*: trattamento *ad hoc*, ovvero l'attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2 (T2) o il potenziamento della terapia antalgica preesistente (T3)

Tabella 3. Risultati della rilevazione di aprile (R2) effettuata nelle due strutture

		Casa Bartoli		Casa Gregoretti	
		Numero di pazienti	%	Numero di pazienti	%
Residenti		102		85	
Pazienti con deterioramento cognitivo		47	46,08	46	54,12
CPS \geq 2, MMSE $<$ 10		6	12,77	6	13,04
CPS \geq 2, 10 \leq MMSE \leq 14		10	21,28	1	2,17
Presenza di demenza severa		31	65,96	39	84,78
Deceduti		2	4,26	-	-
Ricoverati		-	-	-	-
Pazienti con dolore (Doloplus-2 \geq5)		8	17,02	6	13,04
Pazienti con dolore trattati		8	100,00	4	36,40
Situazione terapeutica	T0	-	-	2	33,33
	T1	6	75,00	3	50,00
	T2	2	25,00	-	-
	T3	0	0	1	16,67
	T <i>ad hoc</i>	2	25,00	1	16,67

CPS: Cognitive Performance Scale
MMSE: Mini Mental State Examination
T0: assenza di terapia antalgica
T1: presenza di una terapia antalgica precedente alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2
T2: attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2
T3: potenziamento della terapia antalgica preesistente
T *ad hoc*: trattamento *ad hoc*, ovvero l'attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2 (T2) o il potenziamento della terapia antalgica preesistente (T3)

Il test Doloplus-2 ha evidenziato una prevalenza complessiva del dolore del 13,04%: 6 soggetti nella Casa Bartoli (13,33%) e 6 nella Casa Gregoretti (12,77%) con $p=1,0000$.

Nella Casa Bartoli tutti i 6 soggetti con dolore (Doloplus-2 \geq 5) avevano una terapia preesistente (100%) mentre nella Casa Gregoretti ce l'avevano solo la metà (3 su 6, 50%). Quindi, tra i soggetti con dolore (Doloplus-2 \geq 5), nessuno ha ricevuto una terapia antalgica *ad hoc*.

La Tabella 4 riassume i dati della rilevazione di maggio (R3).

Rilevazione del mese di giugno 2012 (R4)

Nel mese di giugno il totale dei residenti nelle due strutture era di 198 soggetti, 110 nella Casa Bartoli (55,56%) e 88 nella Casa Gregoretti (44,44%). Di questi, 92 soggetti presentavano deterioramento cognitivo (46,46% del totale dei residenti), di cui 45 nella Casa Bartoli (48,91%) e 47 nella Casa Gregoretti (51,09%).

In questo campione non si sono verificati decessi ma è avvenuto un ricovero ospedaliero.

Il test Doloplus-2 ha evidenziato una prevalenza del dolore del 9,78%: 3 soggetti nella Casa Bartoli (6,67%) e 6 nella Casa Gregoretti (12,77%) con $p=0,4861$.

Nella Casa Bartoli solo uno dei soggetti con dolore (Doloplus-2 \geq 5) aveva una terapia preesistente (33,33%) mentre nella Casa Gregoretti l'avevano due su sei (33,33%). Quindi, tra i soggetti con dolore (Doloplus-2 \geq 5), nessuno ha ricevuto una terapia antalgica *ad hoc*.

La Tabella 5 riassume i dati della rilevazione di giugno (R4).

Nonostante la differenza presente tra le strutture nel mese di febbraio, la prevalenza media del dolore nei residenti è stata del 13,51%. Solo l'ultima rilevazione di giugno (R4) ha registrato una percentuale di soggetti con dolore che si è discostata maggiormente rispetto alla media (9,78%) anche se non in maniera statisticamente significativa ($p=0,8133$).

Nei cinque mesi di rilevazioni considerati nello studio, la prevalenza di deterioramento cognitivo tra i residenti delle due strutture è stata del 47,78%, da un minimo di 46,07% a un massimo di 49,73%.

Complessivamente, ha ricevuto terapia antalgica *ad hoc* mediamente il 14,73% dei soggetti con dolore, mentre nel 37,34% dei soggetti non è stata somministrata nessuna terapia antalgica.

Nel periodo di riferimento (5 mesi) la mortalità complessiva è stata del 5,38%.

Tabella 4. Risultati della rilevazione di maggio (R3) effettuata nelle due strutture

		Casa Bartoli		Casa Gregoretti	
		Numero di pazienti	%	Numero di pazienti	%
Residenti		108		85	
Pazienti con deterioramento cognitivo		45	41,67	47	55,29
CPS \geq 2, MMSE $<$ 10		5	11,11	6	12,77
CPS \geq 2, 10 \leq MMSE \leq 14		10	22,22	1	2,13
Presenza di demenza severa		30	66,67	40	85,11
Deceduti		-	-	-	-
Ricoverati		2	4,44	-	-
Pazienti con dolore (Doloplus-2 \geq5)		6	13,33	6	12,77
Pazienti con dolore trattati		6	100,00	3	50,00
Situazione terapeutica	T0	-	-	3	50,00
	T1	6	100,00	3	50,00
	T2	-	-	-	-
	T3	-	-	-	-
	T <i>ad hoc</i>	-	-	-	-

CPS: Cognitive Performance Scale
MMSE: Mini Mental State Examination
T0: assenza di terapia antalgica
T1: presenza di una terapia antalgica precedente alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2
T2: attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2
T3: potenziamento della terapia antalgica preesistente
T *ad hoc*: trattamento *ad hoc*, ovvero l'attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2 (T2) o il potenziamento della terapia antalgica preesistente (T3)

Tabella 5. Risultati della rilevazione di giugno (R4) effettuata nelle due strutture

		Casa Bartoli		Casa Gregoretti	
		Numero di pazienti	%	Numero di pazienti	%
Residenti		110		88	
Pazienti con deterioramento cognitivo		45	40,91	47	53,41
CPS \geq 2, MMSE $<$ 10		6	13,33	6	12,77
CPS \geq 2, 10 \leq MMSE \leq 14		9	20,00	1	2,13
Presenza di demenza severa		30	66,67	40	85,11
Deceduti		-	-	-	-
Ricoverati		1	2,22	-	-
Pazienti con dolore (Doloplus-2 \geq5)		3	6,67	6	12,77
Pazienti con dolore trattati		1	33,33	2	33,33
Situazione terapeutica	T0	2	66,67	4	66,67
	T1	1	33,33	2	33,33
	T2	-	-	-	-
	T3	-	-	-	-
	T <i>ad hoc</i>	-	-	-	-

CPS: Cognitive Performance Scale
MMSE: Mini Mental State Examination
T0: assenza di terapia antalgica
T1: presenza di una terapia antalgica precedente alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2
T2: attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2
T3: potenziamento della terapia antalgica preesistente
T *ad hoc*: trattamento *ad hoc*, ovvero l'attivazione di una terapia antalgica in seguito alla rilevazione del dolore con la scala Doloplus-2 (T2) o il potenziamento della terapia antalgica preesistente (T3)

In nessuna delle cinque rilevazioni effettuate è stata trovata una correlazione significativa tra il punteggio della scala CPS e quello del test Doloplus-2

DISCUSSIONE

L'età media dei soggetti (86 anni) e la percentuale di soggetti con deterioramento cognitivo (47,78%) sono dati in linea con le evidenze della letteratura secondo cui la prevalenza media di deterioramento cognitivo delle strutture residenziali per anziani va dal 50% al 75% (Matthews FE et al., 2002; Paquay L et al., 2007). I soggetti con deterioramento cognitivo rappresentano una popolazione di assistiti caratterizzata da un elevato assorbimento di risorse clinico-assistenziali e formative. Il riconoscimento del declino cognitivo è un aspetto critico nello sviluppo di piani di cura efficaci e influenza la qualità di vita dei residenti: se il deterioramento è misconosciuto la gestione clinico-assistenziale viene influenzata negativamente (Chodosh J et al., 2008).

Circa il 50% dei soggetti aveva un livello di deterioramento cognitivo da moderatamente grave a grave, dato questo che si discosta da quelli rilevati in letteratura, dove la prevalenza di deterioramento da medio a grave è del 19% (Paquay L et al., 2007). Questo risultato circoscrive un'area in cui sono necessarie ulteriori ricerche in quanto all'aumentare del deterioramento cognitivo aumenta la difficoltà nell'intercettare i bisogni di assistenza.

In letteratura la prevalenza di dolore negli anziani istituzionalizzati varia dal 40% all'80% dei soggetti⁷ mentre quella del campione oggetto di studio è stata molto inferiore (13,51%); tuttavia tale percentuale è riferita a un sottogruppo di soggetti con deterioramento cognitivo, una popolazione non confrontabile con quella della letteratura.

È già stato evidenziato che le persone con demenza hanno minori possibilità di riportare il dolore rispetto alle persone cognitivamente intatte nonostante le condizioni cliniche simili correlate al dolore: infatti, le persone cognitivamente intatte, in grado di riportare il dolore, ricevono farmaci antalgici approssimativamente tre volte di più rispetto agli anziani con deterioramento cognitivo (Hadjistavropoulos T et al., 2010). Sebbene quasi la metà dei residenti cognitivamente intatti in strutture lungodegenziali riceveva una regolare terapia antalgica, solo il 25% degli anziani con decadimento cognitivo presenta tali prescrizioni (Reynolds KS et al., 2008). Nel nostro studio, come già affermato, i dati sono difficilmente confrontabili. A una prima analisi il 62,66% dei soggetti con dolore ha ricevuto una terapia antalgica ma bisogna considerare che solo al 14,73% dei soggetti è stata somministrata una terapia *ad hoc*, e questo significa che la te-

rapia preesistente (trattamento 1) non era efficace, cioè le persone erano comunque positive al Doloplus-2 nonostante la terapia in atto. A queste considerazioni va aggiunto il fatto che nel 37,34% dei soggetti con dolore non è stata somministrata alcuna terapia. In accordo con quanto riportato in letteratura, il sottotrattamento del dolore negli anziani rappresenta attualmente per i clinici una delle questioni etiche più pressanti (Ferrell BR et al., 2001).

Una limitazione dello studio è la bassa numerosità del campione considerato.

CONCLUSIONI

Dallo studio emerge che il deterioramento cognitivo interessa la metà dei residenti nelle due strutture esaminate, dato di notevole significatività clinica per l'elevato assorbimento di risorse terapeutiche e assistenziali e la necessità di sensibilizzazione/formazione di tutti gli operatori sul tema. La prevalenza nel tempo del dolore in questo gruppo di assistiti è stata del 13,51% e nel 37,34% dei soggetti con dolore non è stata somministrata alcuna terapia antalgica *ad hoc*. Quest'ultimo dato è da investigare nelle condizioni cliniche dei singoli casi e diventa motivo di sensibilizzazione dei professionisti e argomento di un eventuale *audit* clinico. Data la possibile variabilità d'interpretazione delle affermazioni della scala Doloplus-2, in accordo con la letteratura (Hølen JC et al., 2007), si evidenzia una necessità di ulteriori ricerche per la validazione della scala in Italia e la necessità di formazione continua per mantenere le abilità relative alla sua compilazione.

Concludendo, vista la notevole prevalenza del deterioramento cognitivo e del dolore in questa popolazione, emerge la necessità di formazione continua e specifica, in modo particolare sulle strategie di comunicazione di supporto e sulle modalità di accertamento dei due fenomeni; emerge inoltre la necessità di sensibilizzare maggiormente gli operatori al trattamento del dolore. In seguito a questo studio la rilevazione puntuale del dolore con la scala Doloplus-2, in tutte le persone con deterioramento cognitivo prese in carico in qualsiasi contesto assistenziale residenziale o domiciliare della provincia di Trieste, è diventata prassi nella pratica clinica ed è stata inserita come obiettivo aziendale del Piano attuativo locale 2013 dell'Azienda per i servizi sanitari numero 1 (ASS1) di Trieste.

BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization (WHO) (2012) *Dementia: a public health priority*. Risorsa disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf
 Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e pro-

- mozione della salute (Cnesps) (2011) *Demenze*. Risorsa disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/demenza/demenza.asp>
- Chatterjee J (2012) *Improving pain assessment for patients with cognitive impairment: development of a pain assessment toolkit*. *Int J Palliat Nurs*, 18(12), 581-590.
- Brugnoli A (2007) *La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo*. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 26(1), 38-45.
- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) *The management of persistent pain in older persons*. *J Am Geriatr Soc*, 50(6), S205-S224.
- Walker J (2013) *Management of common fractures*. *Nursing Older People*, 25(1), 30-36.
- Davies E, Male M, Reimer V, et al. (2004) *Pain assessment and cognitive impairment: part 1*. *Nurs Stand*, 19(12), 39-42.
- Hughes LD (2012) *Assessment and management of pain in older patients receiving palliative care*. *Nursing Older People*, 24(6), 23-29.
- Husebo B, Strand L, Moe-Nilssen R, et al. (2008) *Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study*. *J Am Med Dir Assoc*, 9, 427-433.
- Zwakkhalen SM, Harmers JP, Abu-Saad HH, et al. (2006) *Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools*. *BMC Geriatric*, 6, 3.
- Manfredi PL, Breuer B, Meier DE, et al. (2003) *Pain assessment in elderly patients with severe dementia*. *J Pain Symptom Manage*, 25, 48-52.
- Hadjistavropoulos T, von Baeyer, Craig KD (2001) *Pain assessment in person with limited ability to communicate*. *Handbook of pain assessment*. Edizione Guilford, New York.
- Bottos S, Chambers CT (2006) *The epidemiology of pain developmental disabilities. Pain in children and adults with developmental disabilities*. Edizione Brookes Publishing, Baltimore.
- AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons (1998) *The management of chronic pain in older persons*. *J Am Geriatr Soc*, 46, 635-651.
- Wary B, Doloplus C (1999) *Doloplus-2, a scale for pain measurement*. *Soins Gerontol*, 19, 25-27.
- Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, et al. (2010) *Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting*. *BMC Geriatrics*, 10, 19.
- Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010
- Bula JC, Wietlisbach V (2009) *Use of the Cognitive Performances Scale (CPS) to detect cognitive impairment in the acute setting: concurrent and predictive validity*. *Brain Research Bulletin*, 80, 173-178.
- Nia White, Anne Scott, Robert T Woods, et al. (2002) *The limited utility of the Mini Mental State Examination in screening people over the age of 75 years for dementia in primary care*. *Br J Gen Pract*, 52, 1002-1003.
- De Renzi E; Vignolo LA (1962) *The Token Test: a sensitive test to detect disturbances in aphasics*. *Brain*, 85, 665-678.
- Matthews FE, Denning T (2002) *Prevalence of dementia in institutional care*. *Lancet*, 360, 225-226.
- Paquay L; De Lepeleire J; Schoenmakers B; et al. (2007) *Comparison of the diagnostic accuracy of the Cognitive Performance Scale (minimum data set) and the Mini-Mental State Exam for the detection of cognitive impairment in nursing home residents*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22 (4), 286-293.
- Chodosh J, Edelen MO, Buchanan JL, et al. (2008) *Nursing home assessment of cognitive impairment: development and testing of a brief instrument of mental status*. *J Am Geriatr Soc*, 56, 2069-2075.
- Hadjistavropoulos T, Fitzgerald TD, Marchildon GP (2010) *Practice guidelines for assessing pain in older persons with dementia residing in long-term care facilities*. *Physiother Can*, 62 (2), 104-113.
- Reynolds KS, Hanson LC, DeVellis RF, et al. (2008) *Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents*. *J Pain Symptom Manage*, 35, 388-96.
- Ferrell BR, Novy D, Sullivan MD, et al. (2001) *Ethical dilemmas in pain management*. *J Pain*, 2, 171-180.
- Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, et al. (2007) *Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment?* *BMC Geriatrics*, 7, 29.



ESPERIENZE

La gestione proattiva del rischio in sala operatoria: l'esperienza del gruppo operatorio di una Azienda Ulss veneta

di **Marika Da Rold**

Infermiera Unità coronarica – emodinamica

Corrispondenza: marika_darold@libero.it

La sicurezza del paziente è una delle sfide principali per i moderni sistemi sanitari. I dati della letteratura internazionale da anni evidenziano la gravità del problema degli eventi avversi in medicina, in termini di costi sia umani sia economici (Vincent, 2001).

Solo la piena consapevolezza di questo dato di fatto può condurre ad azioni concrete per un'efficace gestione della sicurezza.

Un programma di gestione del rischio utilizza diversi metodi e strumenti: l'analisi degli eventi avversi con metodi di tipo reattivo, l'analisi dei processi per prevenire gli eventi con modalità di tipo proattivo. Secondo noi tra i differenti approcci possibili per la valutazione della qualità e della sicurezza del paziente, è da preferire quello di tipo proattivo. Tra quelli di tipo proattivo vi è il metodo Fmea/Fmeca che permette di identificare e prevenire problemi, sui prodotti o processi, prima che essi insorgano. La Fmea (*Failure mode and effect analysis*) è un'analisi di tipo qualitativo intesa a definire quello che potrebbe succedere (il modo di guasto errore) se si verificasse un difetto, una omissione, un errore; la Fmeca (*Failure mode and critical effect analysis*) aggiunge un percorso di tipo quantitativo orientato all'assunzione di decisioni operative coerenti. Comunemente, nel concetto di Fmea è implicito il significato di Fmeca.

La nostra esperienza

Nel periodo gennaio-giugno 2011, in seguito a un'analisi dei metodi di gestione del rischio, abbiamo deciso di sperimentare l'applicazione della tecnica Fmeca nel nostro blocco operatorio. Abbiamo perciò costituito un gruppo di lavoro composto di 3 infermieri, con esperienza lavorativa di almeno 3 anni all'interno dell'unità operativa, e dalla coordinatrice. Il blocco operatorio è composto di 6 sale operatorie, ciascuna dedicata ad una specialità chirurgica (chirurgia, urologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurochirurgia, ostetricia/ginecologia). Tutto il personale presta servizio, a rotazione, in tutte le sale. L'esperienza triennale maturata all'interno del blocco ha permesso una conoscenza approfondita del processo, di conseguenza un'analisi dei modi di errore conforme alla realtà.

Si è proceduto alla scomposizione dell'intero processo operatorio in 5 macroattività (accettazione paziente; preparazione paziente; preparazione sala/équipe; esecuzione intervento; dimissione del paziente dalla sala) e in attività più semplici. Non sono stati presi in considerazione i processi di lavaggio/sterilizzazione ferri chirurgici e tutte le attività assistenziali inerenti l'induzione/mantenimento anestesia, in quanto saranno oggetto di studio futuro.

Per ciascuna attività si sono individuate le possibili modalità di errore, le cause e gli effetti degli errori. Ad ogni modo di errore sono stati assegnati dei pesi relativi a gravità G (gravità del danno che il paziente può subire in conseguenza all'accadimento dell'errore), probabilità P (frequenza di accadimento dell'errore), rilevabilità R (livello delle misure di controllo già presenti nel processo, che consentono di individuare precocemente gli errori). La scala numerica attribuita a ognuna delle 3 dimensioni va da 1 a 5 (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Assegnazione dei punteggi di gravità, probabilità, rilevabilità degli errori					
GRAVITA'	Punteggio	PROBABILITA'	Punteggio	RILEVABILITA'	Punteggio
Nessun danno	1	Remota	1	Molto elevata	1
Lieve danno	2	Bassa	2	Elevata	2
Moderato danno a breve termine	3	Moderata, accade occasionalmente	3	Moderata	3
Grave danni	4	Alta, accade frequentemente	4	Bassa	4
Danni permanenti	5	Altissima, quasi inevitabile	5	Bassissima	5

Ciascun membro del gruppo ha valutato individualmente ogni attività; si è poi proceduto a calcolare una media dei valori attribuiti ad ogni dimensione da ciascuno dei soggetti. Successivamente si è calcolato l'Indice di priorità di rischio (Ipr) moltiplicando $G \times P \times R$. Dalla valutazione qualitativa sono emersi 81 modi di guasto/errore; con la valutazione di tipo quantitativo, invece, abbiamo potuto individuare i valori di Ipr. Il più elevato in assoluto è risultato di 64 e quello più basso è stato di 4.

Sulla base di questi risultati abbiamo definito le azioni di miglioramento da attivare per migliorare le attività con Ipr più alto: prioritariamente l'attenzione è stata posta all'attività relativa al conteggio dello strumentario chirurgico. In effetti in letteratura è molto alta l'attenzione a questo rischio, che può essere causa anche di decessi dei pazienti (Brown, 2005).

Il conteggio di tutti gli strumenti e dei dispositivi utilizzati va svolto prima, durante e dopo ogni intervento chirurgico, seguendo una procedura standardizzata e condivisa all'interno del blocco operatorio (Porteous, 2004). Per questa ragione, il primo passo è stato quello di definire una procedura per il conteggio dello strumentario, che ha integrato quella già presente per il conteggio delle garze, con l'introduzione di una checklist 'conteggio ferri' (**Tabella 2**).

Le azioni pianificate hanno riguardato sia i singoli operatori che il contesto organizzativo.

Tabella 2 - Elaborazione azioni correttive			
ATTIVITA'	MODO DI GUASTO - ERRORE	IPR	AZIONI CORRETTIVE
Conteggio strumentario chirurgico	Mancato conteggio	64	1. creazione procedura condivisa su modalità conteggio ferri 2. creazione modulo 'conta garze e strumentario chirurgico' che preveda una checklist elenco ferri da verificare prima e dopo l'intervento

La procedura e il nuovo modulo con la checklist sono state presentate e condivise con gli infermieri del blocco operatorio.

In conformità a quanto prevede il metodo Fmeca, il gruppo di lavoro ha compiuto un controllo nel tempo delle azioni correttive adottate, allo scopo di verificare e garantire l'effettiva gestione del rischio. A distanza di 6 mesi dall'implementazione della procedura, sono stati presi in considerazione gli interventi d'elezione e d'urgenza svolti in un mese nella sala chirurgica del blocco operatorio: sono stati esclusi dalla valutazione tutti gli interventi effettuati in laparoscopia e quelli in cui non è avvenuta l'apertura della cavità peritoneale, retroperitoneale, pelvica e toracica.

Gli interventi valutati sono stati complessivamente 35: nell'88% dei casi è stato effettuato il conteggio ferri chirurgici secondo la procedura definita, utilizzando il nuovo modulo con la checklist 'Conta garze e strumentario chirurgico'. Nel rimanente 12% (4 casi) i moduli presentavano errori metodologici nella compilazione (3 casi) o non erano stati compilati (1 caso). Ciò può essere riconducibile sia alla scarsa/inadeguata formazione degli infermieri coinvolti in quest'attività, sia alla freneticità dei tempi di lavoro della sala operatoria. Abbiamo perciò pensato di implementare ulteriori percorsi formativi rivolti a tutti gli operatori del gruppo operatorio, finalizzati ad aumentare e/o rinforzare conoscenze e responsabilità.

L'applicazione del metodo Fmeca ci ha inoltre consentito di evidenziare che nel conteggio strumentario chirurgico, come in molte altre criticità, la distorsione della comunicazione tra i professionisti emerge come causa concorrente al potenziale errore. La comunicazione tra operatori riveste un ruolo fondamentale all'interno della sala operatoria ed è un requisito cardine per il miglioramento della sicurezza dei pazienti (Lingard et al., 2004). Una comunicazione inefficace tra professionisti, durante l'intervento chirurgico, influenza negativamente gli *outcome*, specie nella prevenzione della ritenzione di garze, strumenti e altro materiale nel sito chirurgico (Riley et al., 2007).

Anche questo ambito, quindi, dovrà essere oggetto di azioni di miglioramento all'interno dell'organizzazione, per incrementare l'aderenza alla nuova procedura di conteggio strumentario chirurgico e, più in generale, i processi comunicativi che sono peculiari e trasversali a qualsiasi attività.

BIBLIOGRAFIA

- Vincent C. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. BMJ, London 2001.
- Vincent C, Coulter A. *Patient safety: what about the patient?* Qual Saf Health Care 2002; 11: 76-80.
- Brown J, Feather D. *Surgical equipment and materials left in patients*. Br J Perioper Nurs 2005; 15: 259-262, 264-265.
- Porteous J. *Surgical counts can be risky business!* Can Oper Room Nurs J. 2004 dec; 22(4):6-8, 10,12.
- Lingard L, Espin S et al. *Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects*. Qual Saf Health Care 2004; 13: 330-334.
- Riley R, Manias E, Polglase A. *Governing the surgical count through communication interactions: implications for patient safety*. Qual Saf Health Care 2007 Jun; 16(3):240.

ESPERIENZE

Le competenze dell'infermiere in contesto di cooperazione internazionale

di *Ida Settino (1)*, *Cinzia Gradellini (2)*

(1) *Infermiere*

(2) *Tutor e docente del Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio - Azienda Ospedale Santa Maria Nuova*

Corrispondenza: cinzia.gradellini@asmn.re.it

Nell'ultimo trentennio la speranza di vita, su scala mondiale, è aumentata di sette anni. Con l'incremento della speranza di vita si sono accentuate le disuguaglianze sanitarie tra i diversi paesi e all'interno degli stessi, relativamente a differenze economiche, etniche e di genere. Più di un miliardo di persone, nel mondo, non beneficia dei progressi della scienza in campo medico e in essi l'aspettativa di vita è diminuita (*World health organization*, 2012). Nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, le risorse deputate alla gestione della salute dipendono in gran parte da finanziamenti esterni, allo stesso modo di quanto utilizzato per la gestione progetti di bonifica, costruzione impianti idrici e sistemi fognari. La mancanza di continuità nell'erogazione di tali fondi impedisce di mettere a punto strategie sanitarie a medio e lungo periodo (Pietragrande, 2012).

Coerentemente alle strategie internazionali di lotta alla povertà, la salute occupa un posto prioritario nelle politiche di sviluppo; nonostante ciò, alcune problematiche sembrano accantonate, quali la debolezza dei sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo, l'aumento delle malattie croniche e l'assenza di una ricerca continuativa in ambito medico-scientifico (Pietragrande, 2012).

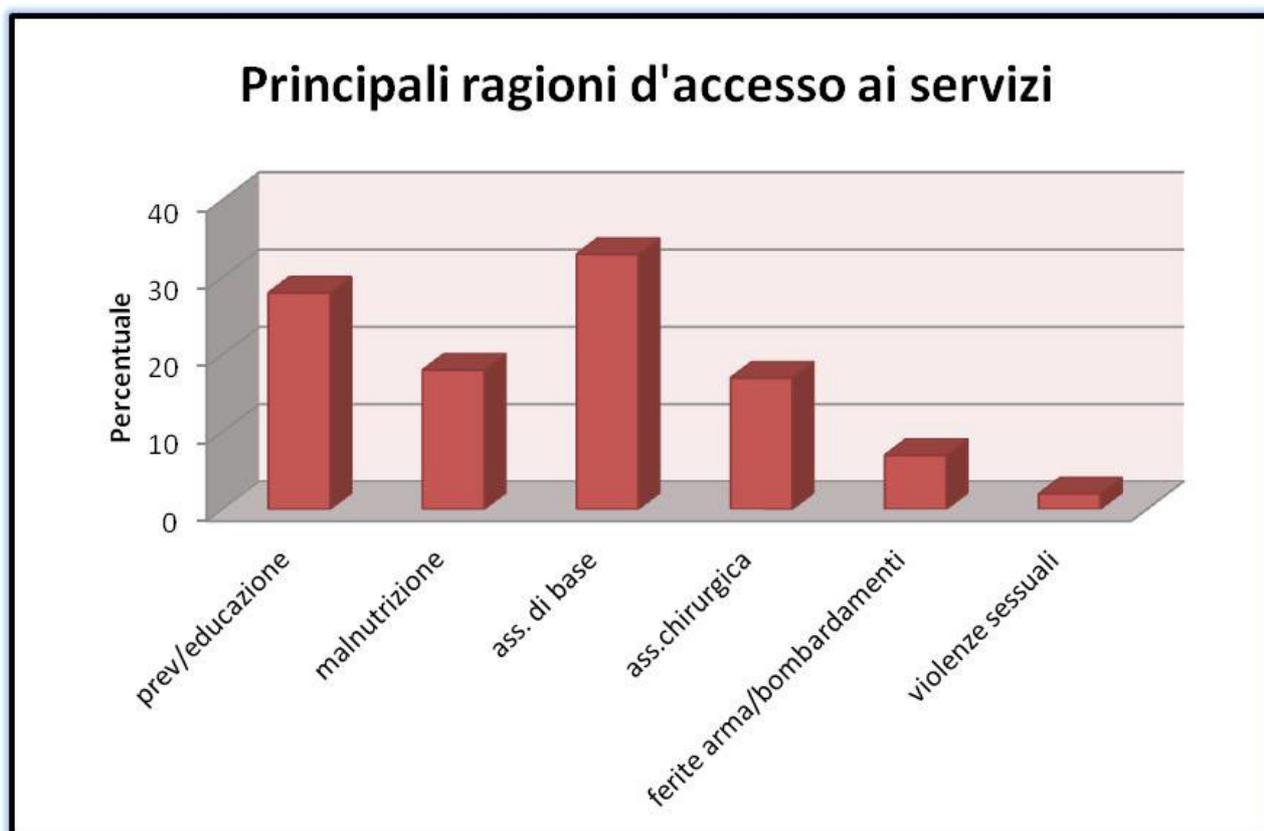
Il 2015 sarà l'anno di chiusura degli obiettivi fissati nella Dichiarazione del millennio: lotta alla povertà e alla fame, riduzione della mortalità infantile, lotta all'Aids e alle altre malattie infettive, miglioramento della salute materno-infantile (Ministero affari esteri, 2012). Al raggiungimento di tali obiettivi collaborano Organizzazioni non governative (Ong), Onlus e Associazioni di volontariato che operano in contesti di cooperazione internazionale. Le risorse umane sono certamente la principale forza della cooperazione: operatori che, in possesso di specifiche competenze, lavorano, talvolta, in contesti difficili a promozione di salute e sviluppo. Tra le figure che operano in progetti di promozione della salute, l'infermiere riveste un ruolo fondamentale ed è per tale ragione che si rende necessario identificarne le competenze specifiche in tale ambito. Considerando la complessità e la variabilità del contesto in cui opera, tali competenze, intese come la capacità di raggiungere un obiettivo, applicando conoscenze e abilità (Benner, 2003), garantiscono il raggiungimento di standard di qualità. Se la persona competente deve essere in grado di contestualizzare la propria azione professionale (Alberici, 2008), la capacità di mediazione con il contesto in cui si opera, con l'organizzazione, con il gruppo di lavoro diventa competenza essenziale in cooperazione internazionale.

Le competenze infermieristiche in cooperazione

Considerando le specificità del contesto di cooperazione internazionale, si è provato a riflettere sulle competenze necessarie all'infermiere che vi lavora, coinvolgendo professionisti che hanno avuto esperienza sul campo. Grazie alla collaborazione di tre Ong e tre Onlus italiane, ai professionisti di cui sopra è stato inviato un questionario già utilizzato in ricerche precedenti (Giannetto et al., 2008), ma riadattato alle esigenze dello studio. Su un totale di ottantasette questionari, ne sono rientrati quarantadue.

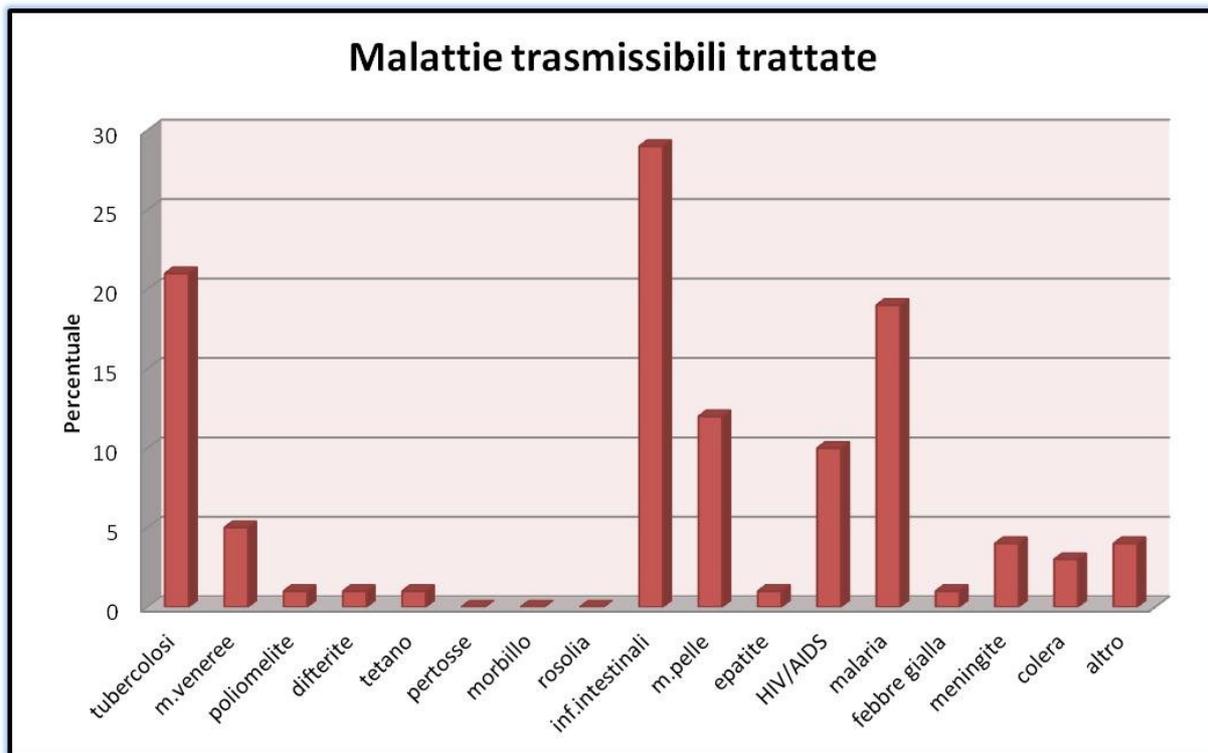
La maggior parte degli infermieri che ha collaborato all'indagine è di genere femminile (76% *versus* il 24% degli uomini). La principale ragione che porta l'utenza locale al servizio facente parte del progetto di cooperazione è l'assistenza di base (31%), seguita da richieste di educazione/prevenzione (27%), malnutrizione (17%), assistenza chirurgica (16%), ferite da arma da fuoco/bombardamento (7%), violenze sessuali (2%). Gli infermieri che hanno indicato come prima ragione d'accesso l'educazione hanno specificato che generalmente svolgono attività di formazione professionale e sul percorso materno-infantile (**Grafico 1**).

Grafico 1 - Principali ragioni di accesso ai servizi di cooperazione



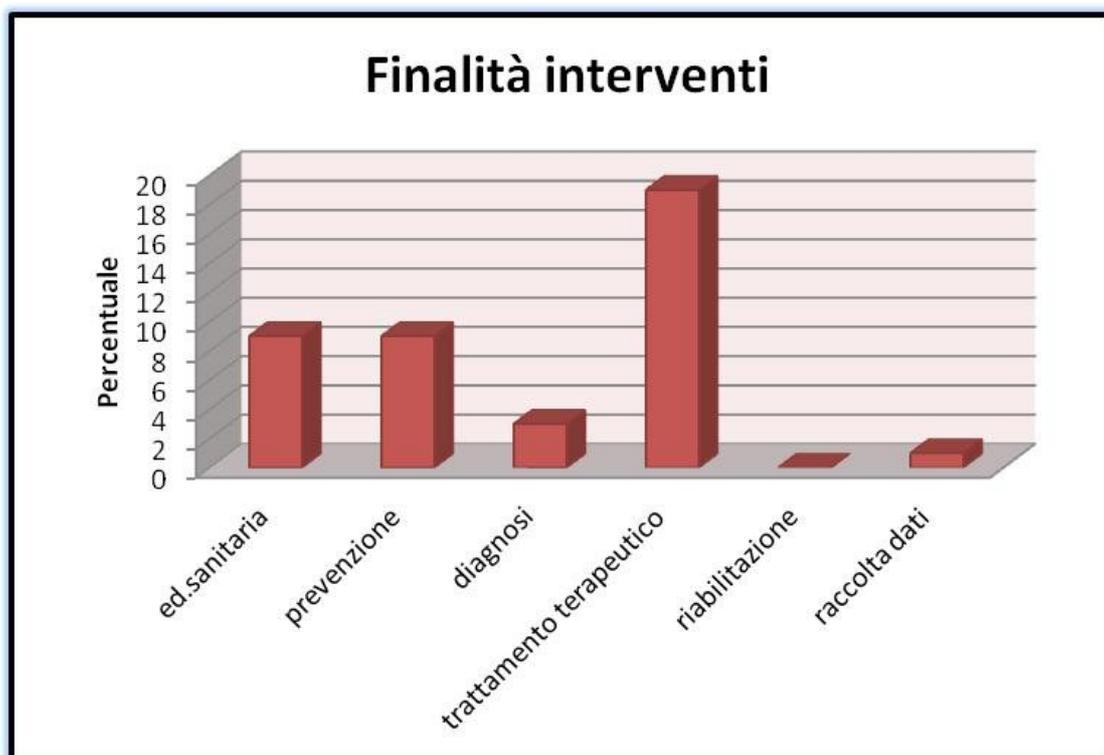
Relativamente alla gestione delle malattie trasmissibili, la predominanza riguarda le infezioni intestinali (26%), la tubercolosi (19%) e la malaria (17%); seguono le malattie della pelle (11%) e Hiv/Aids (9%) (**Grafico 2**).

Grafico 2 - Principali malattie trasmissibili nei confronti delle quali si interviene



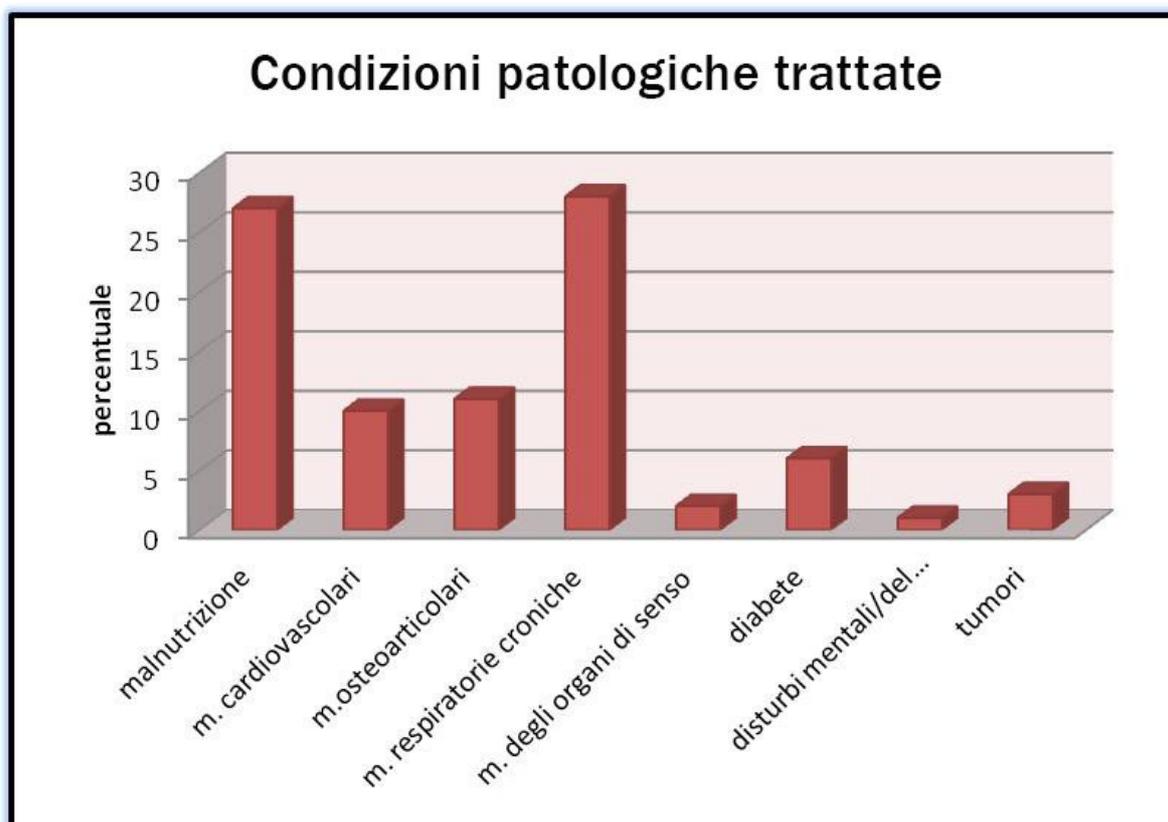
Su tali patologie la maggior parte degli interventi risulta finalizzata al trattamento terapeutico (46%) e alla diagnosi (25%); solo in minima parte riguarda la raccolta dei dati epidemiologici (3%) (**Grafico 3**).

Grafico 3 – Finalità interventi maggiormente effettuati nei confronti delle malattie trasmissibili



La maggior parte degli interventi infermieristici è relativa alla gestione delle malattie croniche dell'apparato respiratorio (32%), alla malnutrizione (31%), alle malattie osteoarticolari (13%) e alle malattie cardiovascolari (11%) (**Grafico 4**).

Grafico 4 - Principali condizioni patologiche trattate



Fra le prestazioni svolte dagli infermieri, quella praticata con maggiore frequenza è la somministrazione di terapie e vaccini (28%); seguono le medicazioni semplici (18%), il controllo dei parametri (14%), le medicazioni complesse (13%), le iniezioni (11%), l'assistenza in sala operatoria (10%), i prelievi (5%), la rimozione dei punti di sutura (1%). Una netta predominanza (79%) dichiara di svolgere interventi di educazione sanitaria: rivolta a gruppi di persone (64%) o a favore di singoli (36%). La maggior parte degli interventi riguarda l'alimentazione e la salute in generale (23%), l'utilizzo di terapie per Hiv/Aids (20%), la gestione del bambino (17%), la gestione del neonato (14%), procreazione/contraccezione e gravidanza/parto (11%), problemi legati all'invecchiamento (4%). Il 55% degli infermieri riferisce di coinvolgere "spesso" la persona nella soluzione dei problemi; il restante 45% che lo fa "qualche volta".

Più della metà degli infermieri (55%) ritiene necessaria, nella prima presa in carico della persona, la gestione della complessità relazionale correlata alla percezione del problema di salute. A questo suggerimento segue la gestione della complessità relazionale legata alla diversità culturale (14%), la capacità di triage (12%) e la valutazione delle priorità della persona (12%). Solo in minima parte vengono indicati la necessità di conoscere i criteri di classificazione del problema di salute e le risorse messe a disposizione dal posto in cui si opera (5%).

La maggior parte degli infermieri (68%) dichiara una maggiore importanza della relazione nell'ambito della cooperazione, rispetto ad altri contesti; un terzo (38%) riferisce medesima importanza, solo il 2% considera una maggior importanza della relazione nei contesti di lavoro ordinari.

Il 74% sottolinea l'importanza di competenze relazionali avanzate in ambito di cooperazione. La netta predominanza (90%) dichiara la necessità di competenze avanzate per poter lavorare efficacemente in équipe; tra queste il 60% fa riferimento a competenze specifiche per il lavoro in équipe multiculturale, il 37% al lavoro in équipe multidisciplinare, mentre la capacità di attivare e garantire percorsi assistenziali complessi è segnalata dal 3% del campione.

Quasi la totalità degli infermieri (98%) pensa sia importante una propensione personale alla specificità del contesto; di questi, il 45% fa riferimento alla capacità di adattamento/flessibilità; il 22% alla capacità di lavorare in condizioni di stress; il 13% indica il possedere buone doti comunicative. La disponibilità di permanenza all'estero per un periodo superiore ai sei mesi è indicata dal 7% del campione. Un ulteriore 13% di infermieri che ha scelto l'opzione "altro" ha specificato il rispetto e la conoscenza delle culture, una spiccata capacità di osservazione e il saper ascoltare.

È importante segnalare che più della metà degli infermieri (57%) afferma di aver svolto attività richiedenti competenze avanzate, in situazioni di emergenza e/o in assenza del medico/chirurgo: trattamento di patologie in sala operatoria, trattamento di ferite da arma da fuoco, gestione di ustioni di terzo/quarto grado, attività di diagnosi (piccole diagnosi differenziali quali enteriti/gastroenteriti piuttosto che addome acuto), somministrazione di terapia senza indicazione medica, riduzione di fratture con confezionamento di apparecchio gessato, assistenza al parto in contesto rurale (36%). Il 16% dichiara di aver svolto attività manageriali, pur non essendo in possesso di una preparazione o di un'esperienza specifica: approvvigionamento di risorsa e logistica, pianificazione dei turni di lavoro, gestione del materiale, corsi di formazione professionale e di primo soccorso per volontari autoctoni, gestione di una farmacia ospedaliera, apertura e supervisione di un centro nutrizionale, attivazione di misure di potabilizzazione dell'acqua per epidemie, quali il colera, e organizzazione di strategie condivise dalla popolazione per evitare il contagio. Due infermieri (5%) si sono cimentati nel ruolo di mediatore culturale e politico durante i conflitti e in caso di disastri naturali, prendendo accordi con i governi locali e con i dirigenti Onu.

Tutto gli infermieri dichiarano l'importanza della conoscenza di almeno un lingua straniera, preferibilmente inglese e francese.

Conclusioni

Gli utenti accedono ai servizi di cooperazione per assistenza di base (31%); agli infermieri sono richieste con maggior frequenza terapie e iniezioni (39%), medicazioni semplici e complesse (31%). I colleghi suggeriscono essenziale una predisposizione personale (98%) e capacità gestionali che vanno oltre il proprio ruolo (36%). Capacità di adattamento e flessibilità diventano, comprensibilmente, l'elemento principale se si considera la complessità del contesto, relativa non solo alla differenza di lingua e cultura, ma anche alla situazione di paese di guerra o post-calamità. L'esperienza clinica ha un'elevata importanza, tant'è che la maggioranza del campione lavora da diversi anni e ha all'attivo diverse esperienze in specifico contesto di cooperazione.

Competenze relazionali avanzate sono considerate necessarie per il 74% degli operatori, sia per la gestione del lavoro in équipe multidisciplinare e multiculturale, sia per la gestione del paziente: il 70% dà la priorità alla capacità di gestire la complessità relazionale (legata alle diversità di lingua e culturale di percezione del problema di salute), come competenza necessaria nella prima presa in carico della persona. Oltre a queste considerazioni, si suggerisce una riflessione sull'importanza della relazione in ambito educativo, in cui opera il 79% degli infermieri, con un'attenzione all'empowerment per il 55%.

Complessivamente, emerge la necessità di conoscenze di elementi di igiene e sanità pubblica, dell'organizzazione socio-politica e sanitaria del paese e della cultura di riferimento (tradizioni, medicina locale, correlati concetti di salute/malattia), oltre a padronanza di almeno una lingua straniera (inglese/francese).

Tra le competenze avanzate suggerite emerge la capacità di: organizzare e gestire gli accessi alla rete di servizi, raccogliere ed elaborare dati, gestire l'approvvigionamento, non solo di farmaci, ma anche di scorte alimentari e altre risorse di vario genere, collaborare alla supervisione dei centri di salute locali, gestire un budget e programmare/gestire progetti specifici (ad esempio programmi di vaccinazione, controllo malattie trasmissibili, igiene ambientale, campagne contro gli abusi sessuali, gestione emergenze sanitaria in caso di guerre o calamità naturali). Tra le competenze di cui sopra, risultano elementi richiesti da Ong e Onlus nel reclutamento degli operatori, ma è necessario puntualizzare che molte di queste vengono acquisite nei percorsi di formazione post-base.

BIBLIOGRAFIA

- Alberici A (2008). *Approccio biografico e formazione riflessiva per lo sviluppo delle competenze in sanità*. FOR, 77, 82-87.
- Benner P (2003). *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere*. Calamandrei C, Rasero L (edizione italiana a cura di), Milano: McGraw-Hill.
- Giannetto M S, Gradellini C, Fornaciari R (2003). *Il ruolo dell'infermiere negli ambulatori dedicati all'assistenza sanitaria per stranieri*. Management Infermieristico, 4, 5-10.
- Ministero degli affari esteri (2012). *Contesto internazionale della cooperazione* (Internet). Consultato il 10 settembre 2012, disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerodegliaffariesteri.it>.
- Ministero degli affari esteri (2012). *Forum della cooperazione internazionale* (Internet). Consultato il 15 ottobre 2012, disponibile all'indirizzo: <http://www.misterodegliaffariesteri.it/ForumCooperazione>.
- Pietragrande E (2012). *Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane* (Internet). Consultato il 28 agosto 2012, disponibile all'indirizzo: <http://www.cespi.it>.
- World health organization (2012). *World health report* (Internet). Consultato il 10 settembre 2012, disponibile dal sito: <http://www.who.int>.

ESPERIENZE

Modello di insegnamento/apprendimento dall'esperienza (tirocinio) per il Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche: l'esperienza dell'Ucsc di Roma

di Caterina Galletti (1), Patrizia Ghera (2), Carlo Talucci (3), Maria Luisa Rega (4)

(1) Coordinatore didattico corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche Ucsc di Roma

(2) Infermiere, Tutor corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche Ucsc di Roma

(3) Infermiere, Tutor corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche Ucsc di Roma

(4) Infermiere coordinatore corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche Ucsc di Roma

Corrispondenza: galletti@rm.unicatt.it

La ri-strutturazione del sistema formativo che ha interessato la realtà infermieristica italiana (D. Murst n. 509/1999 e D. Miur n. 270/2004) ha tra le sue ricadute anche quella di contribuire alla ridefinizione della figura, dell'identità e del ruolo dell'infermiere laureato magistrale.

Il Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche (LmSio) ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione (D. Miur n. 270/2004, art. 3 comma 6). In linea con il contesto europeo ed internazionale, il corso si propone di garantire allo studente, rispetto ai percorsi di primo ciclo, un'*espansione* e un'*estensione* (Schober, Affara, 2008) delle conoscenze, favorendo una preparazione avanzata e di valenza adeguata a più impegnativi livelli di lavoro e di professionalità.

Nei corsi di studio di LmSio devono perciò essere elaborati *curricula* orientati allo sviluppo di competenze avanzate, per sviluppare l'innovazione organizzativa e professionale, la capacità di pianificazione, conduzione e programmazione, le abilità di negoziazione e integrazione multi-professionale.

Appare chiaro, quindi, come il legislatore abbia voluto porre l'attenzione sulla necessità, per i nuovi percorsi universitari, di garantire una professionalità spendibile nel mercato del lavoro. Il carattere di professionalità si sintetizza nel termine competenza, introdotto da organismi internazionali come l'Ocse e l'Unione europea, che ne hanno fatto il concetto portante di un disegno generale di razionalizzazione ed omogeneizzazione dei diversi sistemi educativi nazionali (Galletti, Marmo et al. 2008) e il costrutto di base di un nuovo approccio ai problemi del *curricolo* (Banadusi, Di Francesco, 2002).

La formazione di secondo livello e le sue criticità

La riforma degli ordinamenti didattici (Dm 8 gennaio 2009) ha introdotto l'obbligatorietà, anche per il corso LmSio, dello svolgimento di un numero minimo di crediti formativi universitari per le attività di tirocinio (Cfu 30) e di laboratorio (Cfu 5): i piani di studio sono stati quindi rivisitati sia dal punto di vista organizzativo che pedagogico.

Dalla attuazione di tali cambiamenti è stato possibile rilevare le seguenti criticità (Galletti, Zanotti et al. 2012):

1. ciascuna sede universitaria ha avviato una serie di laboratori che si differenziano non solo per una diversa collocazione nel *curricolo*, ma soprattutto per obiettivi, modalità di conduzione, processi attivati negli studenti, materiali utilizzati e valutazione dei risultati;
2. il tirocinio, nella formazione di secondo ciclo, è un ambito ancora tutto da esplorare, in quanto ciascuna università autonomamente ha declinato la forma e gli ambiti di svolgimento. Pertanto:
 - gli *obiettivi* - sono attualmente individuati dalle singole sedi e quindi molto disomogenei;
 - la *modalità* - non esiste un modello concettuale condiviso e l'utilizzo della formula del progetto non sempre tiene conto delle competenze in entrata degli studenti, che sono diverse per profilo e diversificate per livello di esperienza;
 - i *tutor* - mancanza di criteri di scelta e di identificazione di un modello di *tutoring* appropriato per lo studente di un Corso di laurea magistrale;
 - la *sede di tirocinio* - relativamente ai criteri di scelta e all'articolazione (che a caduta vengono a mancare in virtù delle carenze sopra descritte);
3. la valutazione in entrata ed in uscita delle competenze possedute e acquisite dallo studente. La mancanza di un modello e di strumenti per verificare e valutare il bagaglio di conoscenze e il posseduto esperienziale con il quale lo studente inizia il Corso di laurea magistrale rende difficile non solo una pianificazione individualizzata, ma anche la valutazione dei risultati raggiunti in termini di *output* e di *outcome*.

Il problema

In virtù delle criticità su esposte, può essere considerato un problema *la pianificazione del percorso di insegnamento/apprendimento dall'esperienza dello studente del corso LmSio* in ottemperanza al Dm 8 gennaio 2009. Pertanto, come Gruppo di coordinamento delle attività di tirocinio e laboratori (composto dal Coordinatore didattico, dal Coordinatore del tirocinio, dai Tutor) si è sentita l'esigenza di identificare un modello di riferimento per la valutazione delle competenze che supporti la progettazione dei tirocini degli studenti del Corso di laurea magistrale dell'Ucsc.

Per definire il problema in modo dettagliato, avere la possibilità di comprenderlo e poter giungere ad un miglioramento della situazione, il Gruppo di coordinamento ha scelto il *metodo della ricerca-azione*.

Di seguito viene presentato il "modello concettuale per la valutazione delle competenze", elaborato dal Gruppo di coordinamento con la finalità di condividere con i colleghi che si occupano di formazione il modello stesso e suscitare riflessioni e discussioni utili alla comunità infermieristica.

Modello concettuale per la valutazione delle competenze

Il percorso di tirocinio prende avvio dal *core competence* del profilo dell'infermiere magistrale, che ne orienta la formazione e dal quale sono stati declinati gli obiettivi formativi e articolate le corrispondenti dimensioni strutturali del *curricolo* (i saperi, i laboratori e i tirocini).

Per articolare il progetto formativo di insegnamento/apprendimento dall'esperienza, il Gruppo di coordinamento ha ritenuto necessario individuare la valenza da attribuire al termine competenza, viste le molteplici definizioni riscontrate in letteratura.

È stata scelta quella che la descrive come insieme riconosciuto e provato di rappresentazioni, conoscenze, capacità e comportamenti mobilizzati e combinati in maniera pertinente in un contesto dato (Le Botef, 1994).

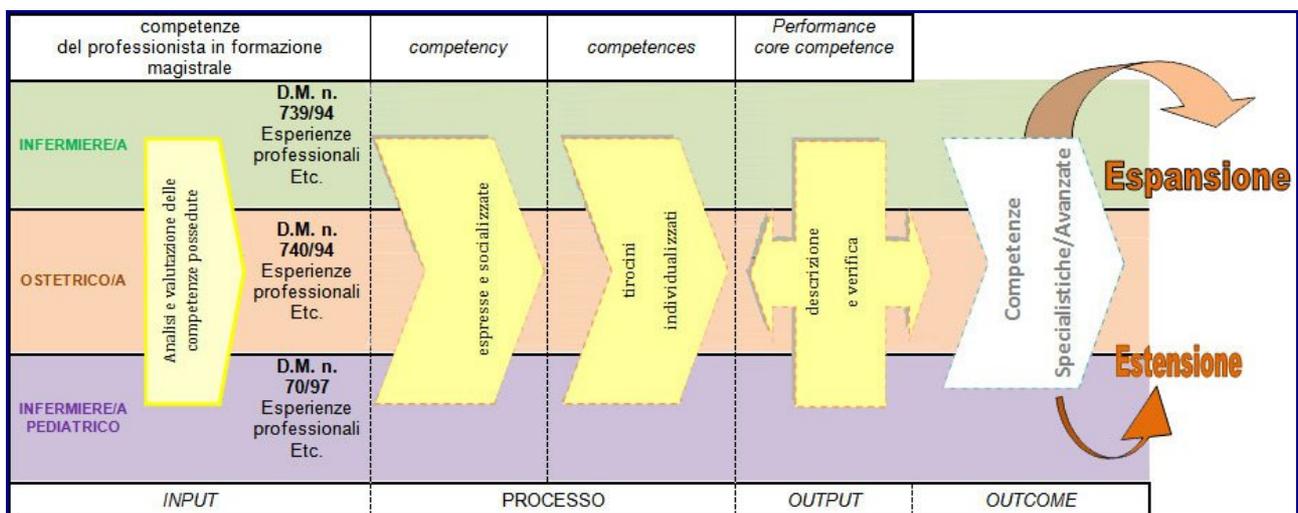
Quindi, la competenza presuppone un contesto e una motivazione ad agire, per questo motivo non è generalizzabile un modello di competenza che prescindia dall'analisi del contesto organizzativo in cui va applicato. Inoltre, per una corretta e completa comprensione del termine è fondamentale distinguere da *performance* (ciò che può essere osservato), ovvero l'insieme dei comportamenti che l'individuo mette in atto per raggiungere obiettivi dati, realizzando così la prestazione (Rotondi, Saggin, 2002).

Da questa premessa è stato possibile schematizzare i tre capisaldi su cui fondare un sistema di valutazione delle competenze per l'ambito formativo del corso LmSio:

1. *le caratteristiche individuali che sono alla base di prestazioni efficaci.* Tali caratteristiche indicate dagli anglosassoni con il termine *competency* (Cowan, Norman et al., 2005), devono essere rappresentate analiticamente poiché descrivono la risorsa personale e professionale in ingresso e giustificano il modo di organizzare i processi formativi;
2. *il processo di attivazione, mobilitazione e regolazione delle risorse disponibili alla persona.* Tali caratteristiche indicate dagli anglosassoni con il termine *competences* (Cowan, Norman et al., 2005), riguardano la possibilità di recuperare e finalizzare le risorse di fronte alle esigenze e alle condizioni concrete in un dato contesto. Riguarda quindi la capacità di elaborazione di vari elementi (conoscenze, capacità, esperienze, attitudini, ecc.) utili per il conseguimento di un determinato scopo;
3. *i risultati dell'azione, ovvero la prestazione.* In questo caso le evidenze comportamentali coincidono con la competenza. L'azione competente, ovvero ciò che la persona è in grado di realizzare, di fare con efficacia, rispetto ad un certo criterio, costituisce la competenza della persona in un ambito dato, permette di fare inferenze sulla sua riproducibilità in compiti simili e consente di realizzare *performance* (Sarchielli, 2006).

Per sviluppare la sequenza *competency – competences - performance* il Gruppo di Coordinamento ha elaborato il “modello di insegnamento/apprendimento dall'esperienza” (Figura 1).

Figura 1 - Il modello di insegnamento/apprendimento dall'esperienza



Tale modello si pone l'obiettivo di misurare il grado di conoscenze, le capacità possedute e le competenze espresse del professionista in formazione magistrale, che sono fondamentali per orientare e pianificare un percorso di tirocinio individuale.

Il Modello in dettaglio

Il "modello" rappresentato nella Figura 1 evidenzia tre momenti in cui ufficializzare la valutazione delle competenze, perché l'apprendimento dall'esperienza deve essere pianificato e sviluppato partendo dal profilo culturale e professionale del professionista e integrandolo con gli apporti dei saperi teorici e pratici.

1. Input

La prima valutazione delle competenze avviene in entrata, durante il primo mese del primo semestre/primo anno del corso LmSio. Infatti, lo svolgimento delle attività didattiche ad orientamento professionalizzante richiede al professionista in formazione magistrale la "stima di valore" delle proprie conoscenze ed abilità e la consapevolezza di ciò che è in grado di mettere in essere.

In particolare, gli *elementi* su cui il professionista in formazione magistrale orienta la valutazione delle proprie competenze sono: il profilo abilitante di appartenenza (Dm n. 739/94; n. 740/94; n. 70/97), la formazione post base, l'ambito lavorativo e le esperienze ulteriori (all'estero o in ambiti particolari).

Strumenti. Una scheda anagrafica e professionale (*curriculum*) viene compilata da ciascun professionista in formazione e presentata al Coordinatore del tirocinio e ai Tutor. Il *curriculum* professionale e biografico viene socializzato in aula con tutti i colleghi di corso.

Scopo. La storia personale e il lavoro strutturano gran parte della realtà quotidiana delle persone e costituiscono le principali fonti dell'identità e del senso del valore personale.

2. Processo

Il sistema di valutazione delle competenze per raggiungere obiettivi di valorizzazione e sviluppo del potenziale delle persone deve necessariamente essere costruito tenendo in considerazione alcuni criteri, quali sistematicità e periodicità della valutazione; partecipazione del valutato e condivisione con i valutatori; flessibilità/adattabilità del sistema.

Il percorso di valutazione è stato articolato in valutazione della *competency* e valutazione della *competences*, per valorizzare la specificità di ciascun infermiere/ostetrica in formazione magistrale e garantire il diritto di ciascuno a perseguire, all'interno dello stesso *core competence*, obiettivi specifici differenti.

Nel primo anno di corso viene valutata la *competency*, ovvero l'insieme di capacità e conoscenze che la persona possiede o non è consapevole di possedere o che possiede ma che non ha ancora espresso, non avendone avuto la possibilità o necessità di agirle per carenza di contesto adeguato.

Nel modello proposto, questa fase del processo deve tendere all'identificazione del potenziale dell'infermiere/ostetrica in formazione.

L'analisi della *competency* non è riducibile alla valutazione del bisogno formativo, ma alla finalità di cercare il punto di maggior coerenza tra le caratteristiche del professionista in formazione magistrale e gli obiettivi formativi. La strategia di sviluppo sarà mirata sul singolo infermiere/ostetrica affinché, attraverso i laboratori e la sperimentazione attiva di metodologie, arrivi a possedere quelle capacità (di ricerca delle conoscenze e di pensiero critico) che sono necessarie per sviluppare il proprio sapere e collocarsi negli ambiti organizzativi.

Strumenti. Un *dossier* elaborato dall'infermiere/ostetrica magistrale in formazione a partire da uno schema di base predisposto dal Gruppo di coordinamento. Il documento redatto comporta la definizione del percorso in ordine a competenze acquisibili e risponde all'esigenza di stimolare percorsi personali di apprendimento e di sviluppo professionale.

Scopo. Strutturare un percorso di formazione esperienziale coerente tra il mandato formativo del corso LmSio e le competenze possedute dallo studente. Il corso di laurea magistrale deve diventare un contenitore assolutamente sinergico e isomorfo rispetto al suo contenuto.

Nel secondo anno di corso viene valutata la *competences*, ovvero la capacità della persona di attivare saperi e di realizzare operativamente il conseguimento di un determinato scopo.

Nel modello proposto, in questa fase del percorso vengono svolte attività ad orientamento professionalizzante per sviluppare consapevolezza e padronanza della logica secondo cui, per progettare e attuare il proprio intervento professionale, è necessario coordinare conseguentemente e coerentemente gli apporti dei saperi scientifici e pratici di riferimento. Pertanto, i tirocini si sviluppano attorno al modello di elaborazione progettuale dell'azione professionale in cui ciascuno studente è chiamato a cimentarsi. Ciò avviene immergendosi nelle realtà sanitarie e assistenziali con la supervisione di un tutor.

Strumenti. Un progetto, scaturito da un preciso caso identificato autonomamente dal professionista sanitario in formazione magistrale, con l'obiettivo di individuare e analizzare una situazione problematica (relativa agli ambiti dell'infermieristica) rilevata in un contesto reale, elaborando almeno un progetto di risoluzione/miglioramento.

Scopo. Lo studente è elemento centrale e attivo del suo percorso di apprendimento e viene incoraggiato a sviluppare saperi, abilità promuovendo un'azione diretta e consapevole attraverso l'uso dello strumento della progettazione.

3. Output

La valutazione delle *performance* avviene al termine del primo anno/secondo semestre e del secondo anno/secondo semestre. Obiettivo di questi momenti è la misurazione degli esiti, ovvero i risultati ottenuti in relazione agli obiettivi individuati e perseguiti da ciascun infermiere/ostetrica in formazione magistrale. La misurazione (sviluppata collegialmente da tutti i soggetti che hanno contribuito alla formazione dello studente) è sia di tipo quantitativo (in trentesimi) che qualitativo (giudizio motivato), analizzando i documenti, i *report* e le prestazioni realizzati dallo studente.

Strumenti. La riflessione sull'esperienza vissuta e il confronto tra il progetto sviluppato e gli obiettivi formativi declinati dal *core competence*. Il professionista in formazione magistrale socializza anche con il gruppo il proprio percorso con elaborazione documentale/progettuale. L'eventuale non raggiungimento degli obiettivi di tirocinio richiede di comprenderne i motivi, prima di strutturare una nuova esperienza di tirocinio.

Scopo. L'individualizzazione del percorso di apprendimento dall'esperienza, che privilegia l'adattamento delle variabili pedagogiche alle caratteristiche e alle capacità di apprendimento del professionista in formazione magistrale, consente sia di perseguire gli obiettivi istituzionali del corso LmSio sia lo sviluppo professionale declinato da ciascun professionista con progetti di tirocinio mirati e specifici.

4. Outcome

Il percorso di apprendimento, per essere efficace, deve suscitare il cambiamento del comportamento nelle persone coinvolte. La valutazione dei cambiamenti realmente avvenuti potrà essere fatta nel tempo, dopo il conseguimento della laurea magistrale, con un monitoraggio negli anni circa l'applicazione e l'utilizzo delle competenze che consentono al professionista con formazione magistrale una crescita del proprio ambito di competenza in espansione o in estensione (Icn, 2008).

Conclusioni

Il modello concettuale per la valutazione delle competenze è stato sviluppato per la formazione universitaria di secondo ciclo, avente come destinatari, professionisti già formati e portatori di competenze, che devono essere identificate, valutate e considerate la base per la pianificazione del progetto di tirocinio individuale.

L'elemento *core* delle lauree magistrali è l'utenza con le sue *competency* (capacità e conoscenze), le sue *competences* (capacità di mobilitare le competenze possedute) e le *performance* (ciò che si è in grado di realizzare). Questi sono i capisaldi su cui si basa la pianificazione del percorso di insegnamento/apprendimento dall'esperienza che prevede diverse fasi per la valutazione delle competenze dello studente. Infatti, solo il possesso delle conoscenze non produce competenze e il soggetto stesso produce competenza attraverso una combinazione originale delle proprie risorse come risposta al contesto (Le Boterf, 1994).

L'individualizzazione dei percorsi di tirocinio (Sonatore, 2010) ha portato a considerare l'organizzazione individualizzata dell'esperienza, l'utilizzazione flessibile del supporto tutoriale e l'integrazione con segmenti di formazione da svolgere in sedi esterne all'università.

La sperimentazione del modello proposto è ancora in corso e a conclusione dell'a.a. 2012-13 potranno essere disponibili i primi dati sulla sperimentazione condotta nel biennio 2011-13.

BIBLIOGRAFIA

- Banadusi L, Di Francesco G (2002). *Formare per competenze*. Napoli, Tecnodid Editore.
- Cowan DT, Norman I, Coopamah VP (2005) *Competence in nursing practice: a controversial concept – A focused review of literature*. Nurse Education Today, 25, 355–362.
- Galletti C, Marmo G, Schirru MA (2008). *L'infermiere in prospettiva dalla formazione all'esercizio professionale*. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- Galletti C, Zanotti R, Merlo E, Rega ML (2012). *Il tirocinio e i laboratori nel curriculum del Corso di laurea specialistica/magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche*. Medicina e Chirurgia, 55:2459-2464.
- Icn (2008). *La struttura e le competenze del continuum dell'assistenza infermieristica del Consiglio Internazionale degli Infermieri*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana.
- Le Boterf G (1994). *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*. Paris: Editions d'organisations.
- Rotondi P, Saggin A (2002). *Persona e organizzazione. Sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità*. Milano, McGraw-Hill.
- Sarchielli G (2006). *Il valore della competenza: definizione ed evoluzione di un codice semantico e teorico*. In: Professione formatore Aif. Il valore della competenza. Logiche ed esperienze a confronto. Milano, FrancoAngeli, 33-55.
- Schober M, Affara F (2008). *Assistenza infermieristica avanzata*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana.
- Sonatore A (2010). *Imparare facendo*. Milano, FrancoAngeli.
- Speziale HJS, Carpenter DR (2005). *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*. Napoli, Idelson-Gnocchi.

ESPERIENZE

Chirurgia robotica: percorso formativo multiprofessionale e organizzazione di una sala operatoria multidisciplinare presso la Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

di Nicoletta Marinelli (1), Sabrina Bonalumi (2), Cinzia Garofalo (3)

(1) Infermiera Blocco operatorio urologia, tutor progetto chirurgia robotica

(2) Infermiera responsabile Area a valenza dipartimentale dei blocchi operatori

(3) Responsabile Sviluppo e valorizzazione competenze professionali - Sitra

Corrispondenza: sitra@policlinico.mi.it

All'interno della Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, la chirurgia robotica urologica è una realtà consolidata da qualche anno. In virtù del suo ruolo di Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico, la Fondazione ha ritenuto di implementare la chirurgia robotica anche in altri campi specialistici, ampliando l'utilizzo del *robot* anche in altri ambiti chirurgici. Si è quindi passati da un'organizzazione monospecialistica ad una plurispecialistica, scelta che ha comportato una selezione naturale di specialità chirurgiche già omologate per attitudini e riconosciute dalle linee guida internazionali: urologia pediatria, ginecologia, otorinolaringoiatria, chirurgia epatica, chirurgia toracica e chirurgia generale. Ogni contesto chirurgico ha reagito in modo differente: c'è stato chi, consapevole della utilità e del sicuro avvenire di tale tecnologia, ha subito risposto positivamente, trovando soluzioni per l'acquisto del materiale e selezionando casi per poter realizzare interventi chirurgici robotici; altri, invece, più titubanti per motivazione o per disponibilità economica, hanno temporeggiato nell'attesa di essere certi dei reali benefici derivanti da una scelta così importante.

Infermieri e personale di supporto afferenti ai blocchi operatori della Fondazione sono entrati da subito nei progetti di innovazione. Per quanto riguarda il gruppo professionale afferente al blocco operatorio dell'Unità operativa di urologia, sono state sfruttate le competenze acquisite e sviluppate in anni di utilizzo della tecnologia robotica: all'interno del gruppo è stata identificata un'infermiera esperta nell'utilizzo del *robot*, nella strumentazione degli interventi robotici assistiti e nell'assistenza intraoperatoria rivolta ai malati sottoposti a tali interventi. I colleghi di altri blocchi operatori sono stati coinvolti quali esperti dell'assistenza intraoperatoria durante gli interventi chirurgici che avrebbero iniziato ad essere eseguiti con il robot.

L'insieme delle competenze di un medesimo gruppo professionale afferente a specialità chirurgiche differenti, quindi, ha portato alla creazione di un'*équipe* infermieristica di sala operatoria multispecialistica e all'organizzazione di una sala operatoria multidisciplinare all'interno della quale, grazie alla tecnologia robotica, si sono realizzati interventi chirurgici non solo urologici. La formazione è sicuramente stata l'elemento chiave e di successo nella realizzazione del progetto.

Costituzione di un'equipe multiprofessionale e realizzazione del percorso formativo

Gli infermieri selezionati svolgono la propria attività presso i blocchi operatori, sia come infermieri di sala che come infermieri strumentisti. Di ognuno sono stati valutati i requisiti e le potenzialità, optando per coloro che si sono distinti per dinamismo, conoscenza e motivazione. In particolare, il personale selezionato doveva possedere tra le caratteristiche professionali un'esperienza in chirurgia convenzionale e un'esperienza in chirurgia laparoscopica. Il definitivo reclutamento nel progetto è stato condiviso con i singoli, definendo con loro l'impegno richiesto.

Una volta selezionato e coinvolto il personale è iniziata la formazione, sviluppata con soggetti interni alla Fondazione, esperti in materia e con capacità didattiche e di coinvolgimento. A tale proposito, per la formazione degli infermieri, è stata indispensabile la presenza di un'infermiera *tutor* che ha affiancato i colleghi nell'apprendimento, assegnando progressivamente responsabilità fino ad ottenere un professionista autonomo. La figura dell'infermiere *tutor* è stata essenziale anche per l'organizzazione del programma formativo congiunto tra infermieri e chirurghi e per l'organizzazione della sala operatoria.

La formazione è stata suddivisa in lezioni frontali, *training* su modello inanimato e addestramento sul campo. La fascia oraria mattutina è stata destinata al *training* degli infermieri, mentre quella pomeridiana al *training* dei chirurghi. La formazione delle due figure professionali è stata parallela e non sovrapposta, allo scopo di concedere a entrambi un tempo congruo alle attività di apprendimento.

Al pomeriggio, una volta predisposta la sala da parte degli infermieri, subentrava l'*equipe* medica. Al fine di ottimizzare la curva d'apprendimento della chirurgia robotica è stato indispensabile sviluppare un programma formativo crescente e non statico, permettendo così l'aumento progressivo delle difficoltà e della conseguente autonomia. I chirurghi, affiancati da uno *specialist*, inizialmente hanno utilizzato un simulatore in gomma, sul quale sono stati applicati dei punti di sutura, al fine di prendere contatto con la diversa percezione tattile sui *master* e ritrovare confidenza con la tensione dei fili; successivamente i professionisti hanno provato a spostare degli oggetti per realizzare la forza esercitata e trasmessa ed, infine, hanno eseguito l'intervento chirurgico effettivo (colecistectomia, resezione epatica, altro) su modello inanimato.

L'esperienza formativa è continuata con l'addestramento sul campo, in contemporanea con l'organizzazione di una sala operatoria multispecialistica e multidisciplinare. Durante l'esperienza formativa, le difficoltà più evidenti sono state rappresentate dal dover far collimare le attività lavorative, le scadenze, gli impegni e le esigenze di servizio con il programma formativo. I costi sostenuti sono stati una variabile importante per la realizzazione del progetto.

Organizzazione di una sala operatoria multispecialistica e multiprofessionale

L'organizzazione della sala operatoria è stata possibile grazie alla sinergia nata tra il gruppo professionale esperto di chirurgia robotica urologica e i gruppi professionali afferenti alle altre specialità chirurgiche. La chirurgia epatica è la prima disciplina ad aver risposto positivamente al nuovo approccio chirurgico e ad esserci cimentata nella realizzazione di interventi di resezione epatica robotici assistiti. In particolare per la realizzazione del primo intervento, una settimana prima della seduta operatoria concordata si è svolta una riunione tra le seguenti figure professionali:

- chirurgo epatico e infermieri esperti di chirurgia epatica coinvolti nel progetto;
- chirurgo e infermiera *tutor* responsabili del progetto multidisciplinare;
- infermiere coordinatore del blocco operatorio di chirurgia epatica e responsabile dell'area dei blocchi operatori.

Durante l'incontro sono state concordate le modalità operative, sono state evidenziate le problematiche tecniche e si sono ipotizzate le possibili soluzioni; anche successivamente l'interfaccia tra i vari professionisti è stata costante per la condivisione di scelte e priorità. Fondamentale è stata la collaborazione fra le varie figure facenti parte del progetto e in ugual misura è stata importante la presenza dello *specialist* di elevata professionalità e disponibilità.

Per quanto riguarda l'allestimento della sala operatoria dedicata alla realizzazione degli interventi, il materiale necessario per la vestizione del robot è stato fornito dal blocco operatorio ospitante, mentre gli strumenti robotici specialistici sono stati acquisiti direttamente dall'Unità operativa di chirurgia epatica. Per ottimizzare il trasporto del materiale è stata creata una valigia robotica contenete tutto l'occorrente per l'assistenza al paziente e la strumentazione dell'intervento chirurgico: questo ha permesso di agevolare l'arrivo e il ritorno del materiale e ha facilitato l'organizzazione delle sedute operatorie successive. Ha anche garantito la sicurezza, in quanto tutto ciò poteva essere utile anche per interventi di chirurgia epatica a cielo aperto e laparoscopica, quindi da trasferire insieme al materiale robotico: questo anche in considerazione della lontananza fisica dei blocchi operatori uno dall'altro, oltre che dall'eventuale necessità di procedere, anche in urgenza, con approcci chirurgici tradizionali.

Per il conteggio delle vite degli strumenti è stata creata una modulistica differente da quella già esistente, poiché i dispositivi utilizzati sono diversi da quelli impiegati per la chirurgia urologica. Infine, è stato realizzato un protocollo operativo contenente la descrizione dell'intervento e dell'assistenza al paziente al fine di standardizzare i comportamenti e ottimizzare il risultato.

Risultati e conclusioni

Presso la Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, ad oggi sono stati operati con tecnologia robotica 281 pazienti sottoposti a diversi interventi chirurgici (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Pazienti operati con tecnologia robotica dal 2009 al 2013 (I° trimestre)						
	2009	2010	2011	2012	2013	TOT
Prostatectomia radicale	12	43	76	97	20	248
Pieloplastica ureterale	/	/	2	2+3*	1*	4+4*
Reimpianto ureterale	/	/	/	1*	1*	2*
Nefrectomia	/	/	2	3	2	7
Resezione renale	/	/	/	4	/	4
Cistectomia	/	/	/	1	/	1
Resezione epatica	/	/	/	4	2	6
TOT	12	43	80	115	31	281

* pazienti pediatrici

L'*équipe* che si occupa di questa attività è multidisciplinare e multispecialistica; in particolare, per quanto riguarda l'assistenza infermieristica intraoperatoria, sono stati coinvolti e formati infermieri esperti sia in chirurgia robotica sia in diverse specialità chirurgiche, in grado di assistere pazienti in età adulta e in età pediatrica sottoposti a interventi robotici di diverso tipo.

Fisicamente, i pazienti sono stati operati all'interno di una sala operatoria dedicata alla chirurgia robotica, all'interno della quale ruotano varie specialità chirurgiche e conseguentemente diverso materiale e personale. L'*équipe* è sempre mista e vede congiunta la competenza di personale esperto sia per la parte tecnologica sia per la parte clinica; all'*équipe* è affidata la predisposizione della sala operatoria, il controllo del materiale necessario, l'assistenza intraoperatoria e la strumentazione dell'intervento chirurgico.

L'estensione dell'utilizzo della tecnologia robotica ad altre specialità chirurgiche oltre all'urologia ha portato all'ideazione di un modello organizzativo multispecialistico e multidisciplinare, che ad oggi è stato implementato con successo. Non solo, infatti, ha reso possibile l'esecuzione di interventi prima realizzati con approcci chirurgici tradizionali, ma ha anche ampiamente sviluppato il contributo professionale in un ottica di supporto reciproco, miglioramento continuo e condivisione delle competenze.

L'approccio organizzativo sperimentato con successo potrà essere utilizzato per ulteriori estensioni di utilizzo della tecnologia a disposizione. Ad oggi, infatti, si sono mossi solo i primi passi verso un vero e proprio polo robotico; la strada è ancora lunga, fatta di sospensioni per limiti culturali e soprattutto per una logica legata ai contenimento dei costi. La concretizzazione del progetto plurispecialistico è di fatto iniziata e poco alla volta sta prendendo forma; il tempo potrà dare torto o ragione del futuro di questa telechirurgia, che rappresenta una realtà oltreoceanica già esistente e consolidata, mentre nel nostro Paese ancora in via di sperimentazione.

Sicuramente l'esito atteso è un polo dedicato alla telechirurgia, con tutte le specialità integrate: ciò faciliterebbe la gestione organizzativa ed eliminerebbe tutte le problematiche legate al trasferimento del materiale necessario per ogni singola specialità chirurgica, a favore di una distribuzione delle risorse proporzionale, equa, diretta, controllata.

BIBLIOGRAFIA

- Ficarra V, Novara G, Artibani W et al. *Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies*. Eur Urol, May; 55(5): 1037-63, 2009.
- Rocco B, Matei D V, et al. *Robotic vs open prostatectomy in a laparoscopically naive centre: a marche-pair analysis*. BJU International, 104, 991-995, 2009.
- Cicchetti A, Marchetti M. *Manuale di health technology assessment*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2010.
- Orvieto M A, Marchetti P, Castillo O A, Coelho R F, Chauhan S, Rocco B et al. *Robotic technologies in surgical oncology training and practice*. Surg Oncol, Sep; 20(3): 203-9, 2011.
- Tsakonas E C, Tran K et al. *Robot-assisted surgery compared with open surgery and laparoscopic surgery: clinical effectiveness and economic analyses*. (Internet), Ottawa: Canadian agency for drugs and technologies in health, (Technology report no. 137), 2011.



ESPERIENZE

“Una mela al giorno”: mini guida di educazione alla salute on-line*di Barbara Berta**Università Cattolica del Sacro Cuore, Corso di laurea in Infermieristica,
Presidio sanitario Ospedale Cottolengo - Torino*

L'Oms identifica nell'inattività fisica, nella scorretta alimentazione, nell'obesità, nell'ipercolesterolemia e nel tabagismo, i primi e principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche. In modo particolare, dai rapporti stilati emerge come i problemi legati all'alimentazione e al sovrappeso riscontrabile in età evolutiva rappresentino un problema di salute pubblica, in relazione soprattutto alla netta discrepanza tra indicazioni nutrizionali e stili alimentari adottati (Ministero della salute, 2008).

Il *Sistema d'indagine sui rischi comportamentali in età 6-17 anni*, promosso e finanziato nel 2007 dal Ministero della salute e coordinato dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con le Regioni, il Ministero dell'istruzione, dell'Università e della ricerca, dell'Iran e delle Università di Torino, Siena e Padova, ha sviluppato il sistema di sorveglianza sullo stato ponderale e i comportamenti a rischio nei bambini. A essere coinvolte sono state le scuole primarie che aderiscono all'iniziativa di monitoraggio *OKkio alla salute*, collegata ai Piani di prevenzione nazionali e regionali e appartenente al progetto dell'Organizzazione mondiale della sanità Regione europea *Childhood obesity surveillance initiative* (Oms, 2008).

I risultati riguardanti l'anno 2008, riconfermati nella successiva ricerca condotta nel 2010, evidenziano dati preoccupanti circa la salute dei bambini presenti sul territorio nazionale. L'indagine, il cui campione era rappresentato da 45.590 alunni di età compresa tra i 6 e i 12 anni di 18 regioni italiane, descrive un incremento preoccupante dell'obesità infantile: il 12,3 % dei bambini è obeso, mentre il 23,6 % è in sovrappeso. Ciò significa che in Italia circa 1.100.000 bambini tra i 6 e i 12 anni sono obesi oppure in sovrappeso.

L'analisi della situazione nazionale e dei dati prima citati richiama l'attenzione sull'importanza dell'implementazione d'interventi educativi fin dall'infanzia, periodo in cui i più piccoli apprendono comportamenti che li accompagneranno per tutto il corso della vita e che ne influenzeranno la salute anche in età adulta. È nell'ambito dello studio *Educazione alla Salute: dall'analisi alla progettazione di mini percorsi on-line per i bambini*, svolto presso il Corso di laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Torino, che è nato il progetto *Una mela al giorno: mini guida di educazione alla salute on-line*.

Dall'approfondimento delle caratteristiche cognitive del bambino, dei suoi modi di apprendimento e delle diverse e nuove prospettive offerte dalle tecnologie informatiche e dalla rete, è emerso come, nell'educazione al cambiamento, non ci si possa esimere dal considerare le caratteristiche di apprendimento delle nuove generazioni, i cosiddetti 'nati digitali' (Prensky, 2010).

Oltre ad avere una spiccata dimestichezza con le tecnologie, questi bambini raccolgono informazioni dal mondo esterno e apprendono attraverso l'interazione e la costruzione, in prima persona, di conoscenza secondo modalità *multitasking*: svolgono più azioni contemporaneamente, immersi in ambienti a forte connotazione tecnologica.

Il web in particolare rappresenta una risorsa importante per l'apprendimento dei più piccoli: la rete, infatti, costituisce un ambiente che li stimola ad acquisire conoscenze attraverso esperienze partecipative, in uno spazio di azione multimediale, ricco di stimoli creativi e di supporto all'approfondimento. Per tutte queste ragioni la rete non è considerata solo una fonte d'innovazione: è anche elemento di crescente interesse per tutte le istituzioni che si occupano di educazione e formazione dei più piccoli. Di fatto si sta assistendo al passaggio dal concetto di *Distance education* a quello *On-line education* (Calvani, 2008). Ciò rimarca la forte connotazione di attività legata alla rete, in contrapposizione ai sistemi di formazione a distanza del passato che prevedevano radio, tv o posta.

La progettazione della guida per una sana alimentazione: 'Una mela al giorno'

Prima della realizzazione del progetto '*Una mela al giorno*' abbiamo effettuato un'analisi di portali web dedicati all'infanzia, al fine di valutare la presenza e la qualità di interventi educativi stimolanti e puntuali nell'ambito della salute. L'indagine ha messo in luce come spesso i bambini si trovino di fronte a informazioni non sempre corrette e proposte in ambienti non adatti alla loro età, sia per modalità d'interazione che per design.

I siti dedicati all'infanzia che abbiamo visitato, mediante una check list strutturata ad hoc, sono stati 13: questo ci ha permesso di avere un quadro oggettivo dell'esistente e sviluppare le basi sui cui costruire un progetto educativo.

Nell'esaminare i possibili strumenti attraverso i quali articolare il progetto educativo, il *flip-book* si è rivelato l'applicativo più adeguato alle competenze/esigenze del target considerato e alla natura dei contenuti da veicolare. Il *flip-book* è un tipo di applicazione digitale che permette di sfogliare a monitor diverse pagine, come se si trattasse di un libro cartaceo, consentendo però l'integrazione di codici comunicativi differenti (immagini, immagini in movimento, audio, video e testo), con lo scopo di rendere l'approccio alla conoscenza a misura di bambino: divertente e coinvolgente. Spaziando tra scenari diversi che presentano ognuno un alimento della piramide alimentare, i bambini hanno la possibilità di conoscere le proprietà dei singoli alimenti e come questi agiscano sul proprio organismo.

Per facilitare il percorso e rendere l'apprendimento piacevole e divertente, abbiamo articolato il testo in periodi brevi, costituiti da vocaboli semplici e un font facilmente leggibile. Per rinforzare i contenuti, abbiamo arricchito il testo con immagini relative all'alimento trattato, e, ove possibile, file audio e video filmati per permettere al bambino di contestualizzare e sperimentare in modo realistico ciò che apprende. Il personaggio guida che abbiamo scelto per accompagnare il bambino ad acquisire abitudini alimentari adeguate è un simpatico coniglietto (Timothy Carota), un animale facilmente riconoscibile dai più piccoli, rassicurante per le sue fattezze, dai tratti morbidi e che infonde sensazioni positive, quali tenerezza, dolcezza, allegria. È bene che il personaggio guida, infatti, non evidenzii differenze di genere o di cultura, per potersi avvicinare a tutti i bambini.

Come si evince dalla divisa che indossa, il coniglietto è un infermiere: le braccia aperte e tese e il sorriso vogliono trasmettere ai bambini un senso di accoglienza, così come le orecchie così pronunciate sottolineano il valore dell'ascolto e dell'attenzione.

Il colore che abbiamo utilizzato per lo sfondo del flip-book è il verde, tonalità dell'impegno, che sollecita il bambino a sviluppare la propria creatività e a sviluppare tenacia e volontà nell'affrontare nuove conoscenze. Il verde è particolarmente indicato per questo tipo di percorso, poiché sottolinea l'armonia legata alla rappresentazione della natura.

Nelle diverse pagine del flip-book vengono poi integrati anche i colori primari blu, giallo e rosso, per stimolare i processi percettivi e rendere il contesto accattivante e adeguato alle esigenze del target.

All'apertura del flip-book compare il titolo di richiamo dell'applicazione, l'immagine del personaggio guida e un sottotitolo che enuncia gli scopi del percorso che si sta per affrontare (**Figura 1**).

Figura 1 - Pagina di apertura del flip-book



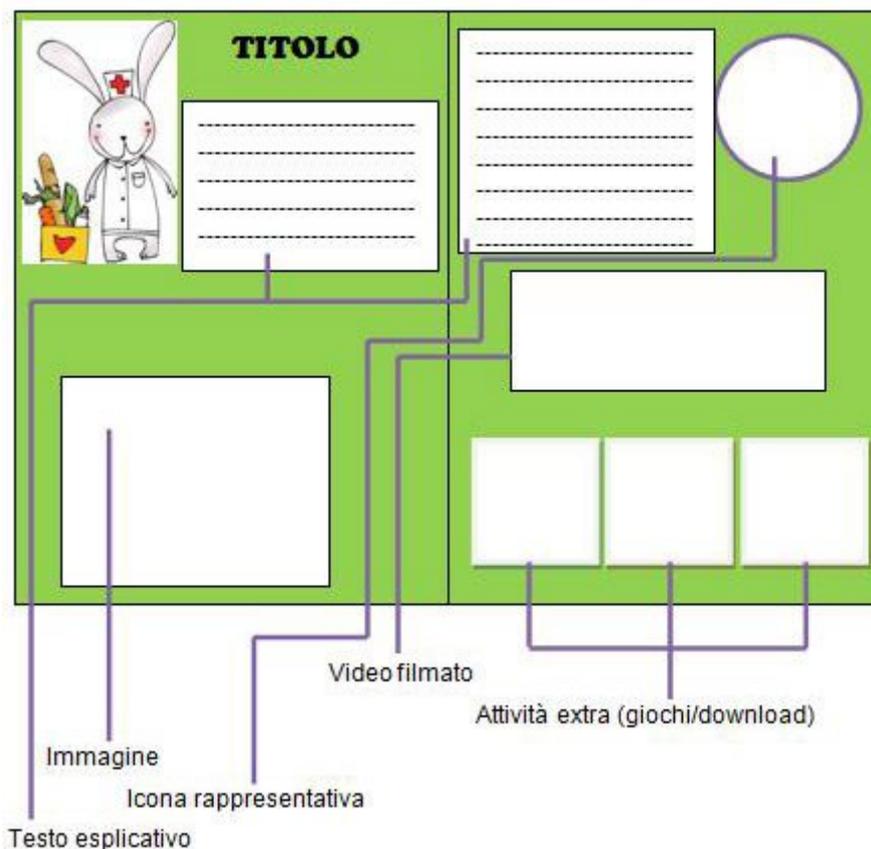
Nella seconda pagina è invece presente l'indice dei contenuti, caratterizzato da vocaboli brevi e significativi (**Figura 2**).

Figura 2 - Indice del flip-book



Con un click su ognuna delle singole voci, il bambino può accedere direttamente alla sezione desiderata, impostata in base allo schema rappresentativo di **figura 3**.

Figura 3 - Layout di una sezione del flip-book



In ogni sezione è presente Timothy Carota che spiega ai bambini quali sono i benefici che possono ottenere assumendo l'alimento descritto. Inoltre, laddove il progetto lo consente, è possibile prevedere uno speakeraggio che legga il testo riportato nelle pagine, al fine di creare una risorsa utile anche a bambini più piccoli che non hanno ancora le competenze nella lettura e nella scrittura.

L'autoapprendimento è valorizzato con esercizi specifici: nel caso della sezione 'Frutta e verdura' (**Figura 4**) il piccolo utente ha l'opportunità di conoscere da vicino, attraverso attività ricreative (es. cruciverba), le numerose tipologie di frutta e verdura che può introdurre nella sua alimentazione (sulla base delle linee guida fornite dal Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali e dall'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione).

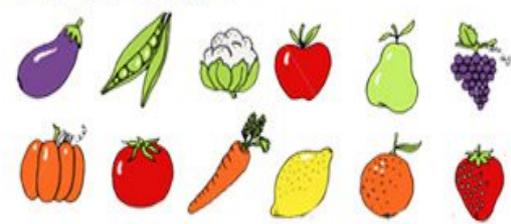
Figura 4 - La sezione 'Frutta e verdura' del flip book

FRUTTA E VERDURA



Mangiare tutti i giorni frutta e verdura è molto importante!!
Sai perché!?
Regalano le vitamine, i minerali, le fibre e gli zuccheri, importanti per crescere e a far funzionare nel modo giusto il nostro corpo! Frutta e verdure sono ricche di vitamina A, vitamina C e B!

La vitamina A aiuta il nostro corpo a difendersi, dalle sostanze estranee al nostro organismo! Si trova soprattutto nella frutta di colore **giallo, arancione, rossa** e **verde scuro**



La vitamina B permette di regolare tutte le funzioni del nostro corpo! La vitamina C rafforza le ossa e in particolare i denti! La frutta e la verdura contengono anche le fibre, che aiutano il nostro intestino a funzionare meglio, e gli zuccheri ...quelli semplici che servono come riserva di energia che il nostro corpo può usare quando ne ha bisogno!





Attività

LA PIRAMIDE ALIMENTARE
costruisci e colora la sezione frutta e verdura





LA STAGIONE GIUSTA PER LA FRUTTA
crea il calendario

**È IMPORTANTE MANGIARE FRUTTA E VERDURA NON SOLO A PRANZO E A CENA!
MA ANCHE A MERENDA! QUANDO SEI A SCUOLA O A GIOCARE CON I TUOI AMICI!!**

In ogni sezione è presente una piccola area download dalla quale è possibile scaricare alcune risorse, come stampare e ritagliare una diversa sezione della piramide alimentare. Dopo aver completato tutte le parti del percorso, il bambino potrà capire come distribuire gli alimenti durante il giorno, costruendo da solo una piramide alimentare tridimensionale, oppure potrà realizzare un calendario della frutta di stagione.

Il progetto 'Una mela al giorno', è stato pubblicato all'interno del portale 'La nave di Clo' (www.navediclo.it), dove è tuttora consultabile; il portale per bambini fascia 6-10 anni è nato alcuni anni fa a Torino, in concomitanza di una tesi di laurea sulla produzione di contenuti web rivolti ai bambini. Come recita il profilo presente sul portale, "Clo e il suo equipaggio non sono però rimasti su dei fogli di carta: la nave si è trasformata in un luogo concreto in cui i piccoli possono trovare momenti di svago e interesse, spaziando in diverse aree che permettono di imparare giocando e di apprendere in modo consapevole. Il sito, pensato con un design inedito e realmente vicino al target di riferimento, è stato sviluppato nel tentativo di trasferire sul web attività che da sempre hanno accompagnato lo sviluppo e l'educazione dei bambini, proposte in una chiave attuale e facilitante lo sviluppo di spontaneità, attitudini e interessi secondo desideri e necessità individuali".

Alla Nave di Clo sono stati attribuiti prestigiosi riconoscimenti che sottolineano come la sua progettazione si avvicina in modo mirato alle esigenze dei più piccoli e la navigazione è divertente e sicura. Nel Settembre 2010 al portale è stato assegnato il *World summit youth award* per la categoria *Education for all*; nel dicembre dello stesso anno, l'*eContent award* Italia 2010, organizzato dalla Fondazione Politecnico di Milano e MEDICI Framework. Nell'anno 2011 ha ottenuto il riconoscimento di Adiconsum e *Save the Children*, qualificandosi come miglior prodotto per i contenuti digitali per la fascia di età 6-12 anni. Trovando spazio all'interno del portale La Nave di Clo, il progetto 'Una mela al giorno' è stato recensito da numerose testate on-line legate sia alla vita di famiglia e al benessere dei bambini che alla buona alimentazione.

Quanto realizzato costituisce un esempio di come l'infermiere abbia la possibilità di integrare le proprie conoscenze con quelle di altre figure professionali, al fine di realizzare interventi volti a potenziare in modo corretto e coerente le abilità dei più piccoli in un'ottica multidisciplinare e non solo in ambito prettamente clinico.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della salute, Ministero della pubblica istruzione. *L'Educazione alla Salute. Linee di indirizzo* [online]. In: http://cms.cosvifor.it/cms/uploads/files/politiche/nazionali_educazione_alla_salute_linee_MPI_Salute_2008.pdf
- Organizzazione mondiale della sanità, Regione europea. *OKkio alla salute: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria*. Risultati 2008[online]. In: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/datiNazionali.asp>
- Prensky M. *Homo Sapiens Digitale: dagli immigrati digitali e nativi digitali alla saggezza digitale*. Tecnologie didattiche 2010; 50: 17-24.
- Calvani A. *I nuovi media nella scuola*. 1. Roma, Carocci editore, 2008.
- Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali, Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana* [online]. In: <http://www.inran.it/>

SCAFFALE

La notte può attendere. Lettere e storie di speranza nelle stanze della malattia terminale

di **Elena Miglioli**

Paoline Editoriale Libri, 2013
pagine 96, euro 10,00



“La vita delle farfalle dura il tempo di un volo. Un volo sopra una manciata di albe e tramonti che copre al massimo qualche cambio di stagione e raramente taglia il traguardo di un lunario (...). La farfalla buca l’involucro che l’ha custodita e libera la sua eleganza, preparandosi a portare a termine la missione che l’ha chiamata ad esistere. Non importa quanti siano i crepuscoli che la separano dal termine del suo volo. La bellezza e l’importanza del compito vincono su tutto. Anche solo per un istante. Perché ogni istante contiene in sé un germe di eternità”.

Inizia con una metafora - e a numerose metafore fa ricorso sfruttando uno stile poetico - il libro di Elena Miglioli ‘La notte può attendere. Lettere e storie di speranza nelle stanze della malattia terminale’, delle edizioni Paoline. La metafora è quella della farfalla, la cui brevità di vita la fa diventare ‘sorella’ del malato terminale. La farfalla è, in realtà, metafora più generale della vita

umana, comunque destinata a terminare, ma sempre preziosa, in ogni suo momento, anche quando il ritmo dei giorni viene scandito dalla malattia e dalla malattia non è più possibile guarire.

Ma anche allora la Medicina può fare ancora molto e ha un ruolo anzi delicatissimo: accompagnare il paziente verso una buona morte. Le Cure palliative mettono a disposizione infermieri, medici, psicologi, fisioterapisti, operatori sociosanitari e volontari adeguatamente formati per rispondere a un ventaglio di esigenze manifestate dal malato e dai suoi familiari: cliniche, psicologiche, spirituali.

Un testo, quello di Elena Miglioli, giornalista e responsabile della Struttura comunicazione dell’Azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova, che della narrativa e della poesia sfrutta parole, tempi, immagini e immaginazione. Si leggono toccanti testimonianze lasciate dai pazienti e dalle famiglie in un diario custodito in reparto. Si trovano poi racconti di vita quotidiana, pianti, sorrisi, silenzi, ritratti di personaggi che hanno lasciato il segno. La realtà cede il posto anche alla fantasia: non è reale Amelia, l’unico personaggio che porta un nome (gli altri sono stati omessi per rispetto della privacy), che si sta spegnendo in un letto dell’Hospice. Tuttavia, è quanto mai reale, nel suo incarnare il dolore, lo sconforto, la fiducia e le domande esistenziali che ogni malato - e ogni individuo - si pone. A quelle domande proverà a dare risposta una nonna che viene a trovare la nipote dall’aldilà e conversa con lei la sera, sotto le stelle, e una bambina (un angelo?) che entra nella sua stanza per raccontarle una storia struggente.

'La notte può attendere' è un viaggio che si spinge nei luoghi della sofferenza, ma che da quei luoghi attinge continuamente speranza e fiducia nella vita, che chiede di essere vissuta con intensità fino alla fine.

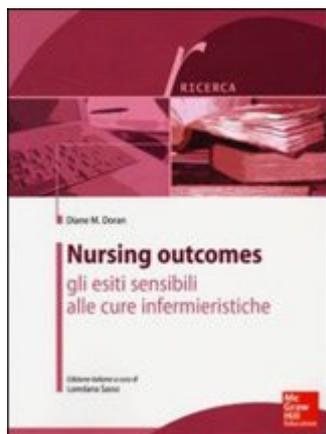
Franco Vallicella

SCAFFALE

Nursing outcomes: gli esiti sensibili alle cure infermieristiche

di Diane M. Doran

McGraw-Hill Education, 2013
pagine 370, euro 35,00



L'autrice di questo testo è Diane M. Doran, Direttore scientifico del Servizio di ricerca infermieristica e Professore ordinario di *Nursing* presso la Facoltà di *Nursing* dell'Università di Toronto in Canada, da molti considerata la naturale discendente intellettuale di Florence Nightingale per la sua produzione scientifica orientata principalmente agli esiti sensibili alle cure infermieristiche.

La sua attenzione è da sempre rivolta alla ricerca quale mezzo per migliorare la capacità degli infermieri nell'erogare assistenza infermieristica di alta qualità. Nel suo ruolo di professionista esperta in quest'ambito, Doran ha più volte ribadito che il forte stimolo che ha guidato la sua attività professionale verso questa direzione derivi dalla profonda convinzione di poter contribuire

concretamente a quel cambiamento. È necessario e possibile, a suo avviso, migliorare l'erogazione dell'assistenza e così determinare, come ricaduta positiva, il miglioramento dell'esperienza vissuta da tutte le persone che si trovano ad affrontare una malattia.

L'autrice ha dimostrato come la ricerca infermieristica abbia un impatto positivo sui pazienti tale da rappresentare un'opportunità reale di cambiamento per i servizi sanitari. Questa visione del *nursing* e, più in particolare, del ruolo della ricerca infermieristica è condiviso da Loredana Sasso, curatrice dell'edizione italiana del testo, il cui obiettivo è avviare, anche all'interno della comunità scientifica infermieristica italiana, il dibattito internazionale già in corso sugli esiti sensibili all'assistenza infermieristica.

Il testo italiano si focalizza sugli *indicatori specifici di risultato* influenzati sensibilmente dal ruolo indipendente e dalle azioni autonome pianificate ed erogate dagli infermieri come risposta ai problemi delle persone e alle loro condizioni cliniche - gli esiti sensibili alle cure infermieristiche (*nursing outcomes*). Ogni capitolo include un'analisi del concetto di esito: sono identificate e definite le specifiche caratteristiche del concetto stesso, con l'obiettivo principale di sviluppare una chiara definizione concettuale di esito. Sono inoltre identificate e discusse le variabili strutturali e di processo che influiscono e contribuiscono al raggiungimento degli esiti funzionali, dei sintomi e della sicurezza della persona in diversi contesti assistenziali.

In particolare, in ogni capitolo sono evidenziati gli strumenti utilizzati per misurare ciascun concetto di esito nei diversi ambiti assistenziali: acuzie, cronicità, comunità. Per ciascuno degli strumenti di misura descritti è stata valutata la coerenza con le caratteristiche essenziali di ciascun concetto di esito - validità di contenuto - ed è stata condotta una revisione critica degli strumenti in termini di affidabilità, validità, capacità a rilevare il cambiamento e sensibilità all'assistenza infermieristica.

L'autrice offre una sintesi completa della letteratura, esamina criticamente la qualità delle prove di efficacia e fornisce indicazioni per selezionare le variabili di esito e gli approcci appropriati per la loro misurazione.

Il testo è suddiviso in 11 capitoli, in ciascuno dei quali è trattato un indicatore di esito. I capitoli hanno una struttura omogenea: introduzione, rationale teorico, definizione concettuale, prove di efficacia e raccomandazioni per la ricerca infermieristica.

Il testo, oltre a rendere evidente l'importanza degli esiti sul paziente in ambito sanitario, contribuisce a definire il ruolo positivo che l'infermieristica svolge all'interno del sistema sanitario attraverso le attività specifiche della professione orientate alla qualità del *caring*.

Questo testo, per la sua struttura *user-friendly* e il linguaggio pratico utilizzato, non si rivolge esclusivamente ai direttori dei servizi infermieristici, ai coordinatori e agli infermieri direttamente impegnati nella clinica, ma rappresenta una guida pratica per tutti gli studenti di scienze infermieristiche, dal percorso di laurea triennale ai master, fino ad arrivare ai dottorandi che vogliono impegnarsi nella promozione e nella progettazione di studi clinici di ricerca infermieristica che si caratterizzino per l'elevato valore scientifico dei risultati ottenuti attraverso l'impiego di metodologie robuste, che definiscano e misurino gli esiti attesi sulla popolazione in studio.

Le numerose tabelle presenti in molti dei capitoli in cui il testo è suddiviso permettono una consultazione rapida e allo stesso tempo approfondita delle prove di efficacia alle quali il testo fa riferimento, agevolando la comprensione della loro applicazione pratica in ambito clinico e favorendo un'azione di *benchmarking* finalizzato ad analizzare in modo critico l'assistenza erogata nei diversi contesti assistenziali italiani fino ad oggi. Questo favorisce e offre a tutte quelle organizzazioni sanitarie orientate a migliorare la qualità dell'assistenza la comprensione dei fattori assistenziali sui quali si può intervenire per raggiungere prestazioni infermieristiche avanzate ed esiti efficaci per la persona.

Il volume offre non in ultimo strumenti utili per avviare tra gli infermieri italiani un processo di apprendimento dei punti di forza conseguenti alla misurazione degli esiti, tali da stimolarne, a mio avviso, l'adattamento nella propria organizzazione, per esempio attraverso programmi di miglioramento della qualità e azioni volte ad accrescere i livelli di *performance* verso l'eccellenza.

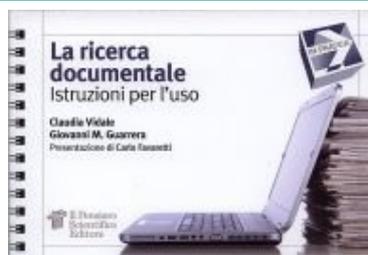
Il libro offre una serie di spunti di riflessione in ognuna delle 370 pagine di cui si compone: per questo rappresenta un forte stimolo per la professione infermieristica italiana, che da questo momento in poi avrà un valido motivo in più per promuovere e avviare iniziative nella pratica clinica e nella ricerca centrate sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche.

Gianluca Catania
Infermiere, Irccs Aou San Martino-IST
Dottorando, Università di Genova



SCAFFALE

COLLANA 'IN PRATICA'



La ricerca documentale Istruzioni per l'uso

Claudia Vidale,
Giovanni M. Guarrera
**Collana: In Pratica
Pensiero Scientifico
Editore**

Anno: 2013
pagine 80
euro 12,00



Come leggere uno studio controllato randomizzato

Tom Jefferson
**Collana: In Pratica
Pensiero Scientifico
Editore**

Anno: 2012 (II Edizione)
pagine 48
euro 8,00



Impact factor, h-index e la valutazione della ricerca

Ombretta Perfetti
**Collana: In Pratica
Pensiero Scientifico
Editore**

Anno: 2013
pagine 88
euro 12,00

La collana "In pratica" del Pensiero Scientifico Editore offre una serie di guide utili, come indica il titolo stesso, all'agire quotidiano. Si presentano di seguito tre testi legati tra loro dal tema della ricerca, delle evidenze e della loro valutazione.

Nella pratica clinica-assistenziale è necessario che gli atti compiuti dai professionisti della salute passino attraverso un ragionamento che ne ricerchi i presupposti nelle evidenze scientifiche. È attraverso il processo di evidence-based practice che gli infermieri, i medici e gli altri operatori sanitari assumono decisioni utilizzando le migliori evidenze scientifiche disponibili, la propria esperienza clinica e le preferenze dei loro pazienti.

La guida "La ricerca documentale - istruzioni per l'uso" scritta da Claudia Vidale, documentarista biomedico, e da Giovanni Guarrera, medico, ha l'obiettivo di mettere in grado il lettore di affrontare la ricerca delle migliori evidenze scientifiche. In particolare la guida offre un valido strumento per orientarsi nella ricerca di materiale bibliografico utile per la pratica clinica-assistenziale. Nelle prime pagine gli Autori richiamano il concetto di gerarchia dell'evidenza, ricordandone la diversa affidabilità dei risultati e la modalità per strutturare un buon quesito di ricerca bibliografica. Nelle pagine successive focalizzano l'attenzione su quali motori e database bibliografici utilizzare per recuperare della valida documentazione. In particolare gli Autori descrivono *Google Scholar* (motore di ricerca nella letteratura accademica), *Scirus* (che recupera materiale scientifico presente sul web), il database del *Centre for reviews and dissemination* (fornisce informazioni sugli interventi sanitari), *The Cochrane library* (permette di recuperare revisioni sistematiche utili per la pratica clinica) e altri quali *Health technology assessment*, *TRIP* e *SUMSearch 2* (meta-motore di ricerca medica).

Una parte della guida è dedicata alle risorse della *National library of medicine*. Per ogni database o motore di ricerca gli Autori forniscono una breve definizione e consigli tecnici per facilitare il lettore nell'utilizzo pratico, proponendo anche alcuni esempi e indirizzi per un'efficace ricerca.

La guida "*Come leggere uno studio controllato randomizzato*" scritta da Tom Jefferson, medico epidemiologo, vuole sviluppare la competenza dei professionisti sanitari nella lettura critica di uno studio sperimentale randomizzato e controllato. In particolare l'Autore descrive la struttura dell'articolo e suggerisce al lettore strumenti per farne una lettura approfondita e critica. Vengono inoltre proposti elementi indispensabili per comprendere i risultati presentati nello studio, descrivendo concetti come il *valore di p*, *l'intervallo di confidenza*, *Number needed to treat (Nnt)*, *odds*, *odds ratio* e altri concetti e misure per valutare i risultati.

La guida, in una parte dedicata, esplora gli strumenti utili per la valutazione critica degli studi sperimentali e termina con indicazioni su dove trovare i report di studi randomizzati e controllati.

La guida "*Impact factor, h-index e la valutazione della ricerca*", scritta da Ombretta Perfetti della Biblioteca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, cerca di sviluppare nel lettore conoscenze sulle capacità di valutazione della ricerca, addentrandosi anche sul significato e l'utilizzo di indicatori bibliometrici. Nella prima parte della guida, l'Autrice analizza le principali banche dati bibliografiche, quali *Medline*, *CINAHL*, *Embase*, *PsycINFO*, ma anche i database citazionali quali *Science Citation Index* e *Scopus*. Nella parte successiva della guida, l'Autrice fornisce un approfondimento e discussione sugli indicatori bibliometrici maggiormente utilizzati, come *l'Impact Factor* e *l'H-index*, evidenziandone i punti di forza e di debolezza. Vengono inoltre indicate ai lettori le modalità operative per calcolare *l'H-Index* in *Web of science*, in *Scopus* e in *Google Scholar*. Viene altresì richiamata l'attenzione sui nuovi strumenti di analisi e valutazione della comunicazione scientifica, quali internet e i social web.

Il formato delle tre guide, piccole e maneggevoli, e le modalità di presentazione dei contenuti le rendono adatte non solo ai professionisti, ma anche agli studenti che desiderano approfondire aspetti specifici e tecnici della ricerca.

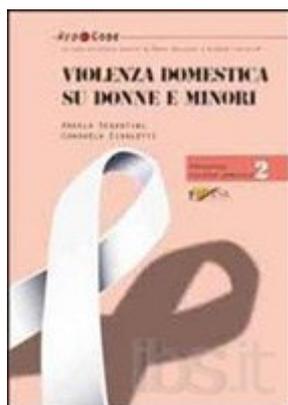
Alberto Dal Molin

SCAFFALE

Violenza domestica su donne e minori

di *Angela Segantini, Consuela Cigalotti*

*Athena, Modena, 2013
pagine 230, euro 17,50*



Negli ultimi anni, a partire dalla pubblicazione della ricerca Istat sulla violenza contro le donne (2007), è emerso in maniera sempre più articolata e peculiare l'interesse della professione infermieristica a prendere parola sul tema della violenza contro le donne e i minori. Ciò sta avvenendo in vari ambiti, da quello accademico a quello della ricerca, pervadendo anche la pratica professionale, con la rielaborazione di protocolli di accoglienza e assistenza, di linee guida, oltre alla sperimentazione di modelli organizzativi specifici per la presa in cura della donna e del minore vittime di abusi.

Il libro "Violenza domestica su donne e minori" di Segantini e Cigalotti, due colleghe forensi di Trento, si aggiunge a queste voci professionali. L'approccio scelto è di tipo pragmatico, con l'obiettivo

principale di dare strumenti operativi. Il lavoro fornisce in maniera chiara alcuni indirizzi finalizzati a realizzare interventi volti alla presa in carico e alla tutela di donne e minori fatti oggetto di abusi, maltrattamenti, violenze e mutilazioni genitali. I contenuti, di volta in volta epidemiologici, definitori, legali e criminologici, operativi e psicologici, vengono proposti in modo semplice e di facile comprensione. Il volume può quindi rilevarsi utile non solo per chi voglia aggiornarsi rispetto al tema, per sé o per l'équipe di appartenenza, ma anche per chi si trovi nella necessità di una rapida ridefinizione organizzativa e procedurale dei servizi offerti.

Il libro di Segantini e Cigalotti risponde a parecchie domande pratiche e, comprensibilmente, lo sguardo forense costituisce il baricentro epistemologico.

Un'impostazione e una cornice così simbolicamente forte, come quella criminologica, fanno correre il rischio al lettore e alla lettrice di ridurre alle sole dimensioni forensi e procedurali le problematiche che il bisogno di salute generato dalla violenza di genere pone al singolo professionista, all'unità operativa ove opera, all'organizzazione sanitaria di cui è parte. Il che è comunque una dimensione cruciale di tutela sanitaria e di giustizia. Ma giustamente le colleghe Segantini e Cigalotti fanno notare che nell'incontro con la persona vittima di abuso noi portiamo la nostra storia di relazioni sofferte e che nella misura in cui siamo consapevoli di questo filtro autobiografico, inevitabile, possiamo riuscire a disinnescare l'intralcio delle emozioni che sorgeranno inevitabilmente nell'incontro con questo tipo di bisogno.

La cronaca recente ci ha reso partecipi improvvisamente, troppo tardi, della sofferenza che una collega viveva nella propria vita privata. L'uccisione dell'infermiera Michela Fioretti a Roma nell'aprile del 2013 è ancora più lacerante laddove apprendiamo che le misure cautelari, che forse l'avrebbero protetta dall'ex marito Guglielmo Berettini, non sono state messe in atto dal Giudice per le indagini preliminari, perché per contestare i reati di minacce e maltrattamenti mancavano certificati medici adeguati.

Chissà se i saperi pratici e gli atti appropriati dal punto di vista medico-legale di cui trattano Segantini e Cigalotti avrebbero fatto la differenza. E chissà se possiamo riconsiderare i nostri ambienti di lavoro come luoghi dove possono trovare ascolto il disagio ed il dolore che alcune colleghe (e a volte anche alcuni colleghi) vivono nelle proprie relazioni personali. Ciò potrebbe forse costituire l'inizio di una più appropriata presenza ed attivazione di noi come curanti nei confronti di chiunque abbia un bisogno come questo. Comunque, questi interrogativi devono richiamare noi tutti e tutte, donne e uomini nella cura, ad una responsabilità rispetto a ciò che sappiamo riconoscere, mettere in atto, suggerire, custodire, proteggere, aiutare.

Massimo M. Greco

Servizio prevenzione e protezione – Policlinico Tor Vergata di Roma

SCAFFALE

Relazioni tra i generi e violenza

*Pedagogika.it anno XVII n. 2
Aprile, maggio, giugno 2013*



La violenza contro le donne è il tema a cui è dedicato il secondo numero di quest'anno della rivista *Pedagogika.it*, trimestrale di educazione, formazione e cultura rivolto ad insegnanti, genitori, educatori e professionisti della cura. *Pedagogika.it* è composto da un dossier di carattere monografico, che si avvale della collaborazione di docenti universitari ed esperti del settore, e da uno spazio che ospita esperienze sul campo e rubriche di interesse culturale.

Mettere al centro dell'attenzione le relazioni di genere e la violenza che ne può scaturire significa indagare i modelli di uomo e di donna che ci si porta dentro, mutuati dalla storia personale, dai rapporti e dalla cultura in cui si vive. Nell'era in cui i rapporti sociali, il lavoro, le istituzioni divengono sempre più "fluidi", anche i rapporti tra maschile e femminile si stanno trasformando ed

emergono spesso categorie quali potere/perdita, appartenenza/distacco, vulnerabilità/fragilità che ci mostrano come vengono "costruiti" e individuati i soggetti deboli implicati nella violenza di prossimità.

La vulnerabilità appare un carattere legato soprattutto alle donne, la fragilità emerge invece come un vissuto del maschile causato probabilmente dalla rottura dei modelli tradizionali di relazioni tra generi - nei quali la violenza si risolveva soprattutto all'interno di un sistema codificato di ruoli e di potere - e ad un maggiore protagonismo femminile nella società e nel lavoro.

Come sottolinea Tamar Pitch nel suo contributo, sono proprio la paura della libertà delle donne e la crisi del patriarcato che portano gli uomini a compiere atti violenti contro le donne con cui hanno relazioni strette. Le ricerche degli ultimi anni hanno evidenziato come la violenza ed il femminicidio siano messi in atto soprattutto da partner, padri o altri parenti. Il Fondo delle Nazioni unite per la donna sostiene che il 33% della popolazione femminile mondiale subisce maltrattamenti all'interno delle mura domestiche e, secondo la Commissione europea del 2010, in tutto il mondo la prima causa di morte delle donne tra i 16 e i 44 anni è l'aggressione da parte del padre, del marito o del fidanzato.

È nell'ambito delle relazioni di prossimità che si creano le condizioni per lo scatenarsi di episodi di violenza fisica, psicologica, verbale, economica. Le relazioni affettive e la famiglia diventano a volte una sorta di zona franca dove anche uomini insospettabili si sentono in diritto di scaricare su partner, figlie, sorelle le proprie frustrazioni, la propria volontà di controllo e la propria mancanza o eccesso di potere.

Un altro dato che emerge dal dossier di *Pedagogika* è il fatto che la maggior parte delle donne che subiscono violenza non denunciano alle autorità competenti e ciò accade perché si riscontrano delle mancanze nelle istituzioni sia a livello legislativo, sia a livello relazionale quando, come scrive la sociologa Daniela Danna, una donna maltrattata non trova nei medici, negli infermieri, nei poliziotti, nei giudici e negli assistenti sociali persone pronte ad ascoltare e comprendere.

Gli esseri umani concreti che stanno dietro le istituzioni possono “essere convinti dell'ingiustizia della violenza oppure non accettare quello che la legge prescrive, possono identificarsi con la vittima oppure con il carnefice o magari omettere qualsiasi azione per amore del quieto vivere, per non interferire con il dominio del più forte”. Fondamentali risultano quindi la professionalità e la sensibilità degli operatori sociali e sanitari che si trovano di fronte a donne maltrattate che necessitano di accoglienza e ascolto senza pregiudizi.

Ciò che colpisce spesso, quando si parla di femminicidio o di violenza sulle donne, sono la crudeltà e la ferocia che gli uomini imprimono ai loro atti: donne strangolate, picchiate, accoltellate, bruciate, uccise con veleno o con armi da fuoco. Immagini forti che ci vengono proposte e riproposte dai media che, come sottolinea lo scrittore Giacomo Brunoro, non solo giovano dell'aumento di audience che queste notizie portano, ma che si pongono anche in una posizione “violenta e maschilista” suscitando dubbi sull'“integrità morale” delle vittime, diffondendo particolari intimi e loro atteggiamenti considerati troppo disinibiti. Perché qualcosa cambi è necessario quindi che non solo le donne si impegnino per sensibilizzare l'opinione pubblica, ma che anche gli uomini si interrogino criticamente sui modelli maschili dominanti. Questo avviene da qualche anno in Italia grazie, ad esempio, al gruppo MaschilePlurale, di cui fanno parte anche Alberto Leiss, autore dell'articolo “Un morto non ancora sepolto. Resistenza del virilismo” e Massimo Michele Greco. Quest'ultimo, in particolare, autore dell'articolo “Aver cura delle storie tese. Ipotesi per una narrative *stewardship* delle storie di chi ha subito violenza”, porta all'interno del dossier il suo sguardo di infermiere e formatore: “la prospettiva infermieristica”, scrive Greco, “mi aiuta a considerare il testo autobiografico come un corpo, che mi viene affidato e la cui intimità io debbo preservare considerando la misura del riserbo qualcosa che non riguarda solo la persona svelata, ma anche il pudore, la sensibilità o la malizia di chi capiti a tiro di sguardo alla messa a nudo”. Bisogna quindi imparare ad accogliere queste storie di violenza con una particolare attenzione, soprattutto in contesti formativi e di cura, in modo che venga assicurato a ciascuno/a il riconoscimento della propria specifica narrazione e soggettività.

Nella costruzione della identità personale il conflitto è indispensabile: non solo è parte integrante di qualsiasi relazione, ma ne è anche un fondamento evolutivo. In quest'ottica perfino la violenza può essere vista come una “forza necessaria” che bisogna imparare a dosare e ad accettare come parte dell'agire.

Una forza necessaria di cui parla Anna Maria Piussi nel suo articolo “Come fili d'erba”, cioè una forza pro-attiva, combattiva, coraggiosa, creativa, come base per un senso libero dell'essere uomini e donne: “la qualità dei rapporti tra uomini e donne, dai rapporti intimi a quelli pubblici, è elemento costitutivo della qualità di una società, dato che la relazione tra i sessi è fondamento della vita comune, della percezione di se stesse/i, degli altri, del mondo”.

Come genitori, partner, educatori e professionisti della cura la questione della violenza di genere, dunque, ci stimola ad indagare i processi di costruzione delle identità di genere e delle relazioni affettive e a cercare una ridefinizione degli equilibri relazionali e di potere tra i sessi. Più in generale ci interroga sulla possibilità di disegnare nuovi spazi di libertà e di cittadinanza per uomini e donne.

A cura della Redazione di Pedagogika.it

Costo singolo numero: 9 euro

Per ordini scrivere a ordini@pedagogia.it

Per info e abbonamenti: www.pedagogia.it

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, Alberto Dal Molin, 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