L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVII

4

ISSN 2038-0712

LUGLIO - AGOSTO

2013

IPASVI

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

EDITORIALE
Esuberi di personale sanitario? proprio no!
di Annalisa Silvestro

FOCUS
Dentro la crisi: questioni "di genere"?
di Marina Vanzetta

Gli infermieri in Italia: quanti sono, che età hanno e come sono distribuiti
di Ennio Fortunato

SCIENZE INFERMIERISTICHE
Gli effetti di un corso di formazione infermieristica avanzata sullo sviluppo professionale e della carriera
di Angelo Dante, Claudia Miniussi, Helga Margetic, Alvisa Palese

La mobilizzazione precoce per la prevenzione della sindrome da allettamento prolungato nell'utente anziano ospedalizzato: una revisione della letteratura
di Alfio Tempera, Giuseppe Re Luca, Maura Lusignani

CONTRIBUTI
Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico
di Stefano Limardi, Rosaria Alvaro, Gennaro Rocco, Alessandro Stievano, Ercole Vellone, Maria Grazia De Marinis

Il valore del servizio di follow-up dopo la degenza in terapia intensiva
di Sara Ferrato, Franca Bilora

AISLeC: le "carte" del viaggio della maturazione (Mission Vision e Carta Etica)
a cura di Silvia Marcadelli, Angela Peghetti

ESPERIENZE
Costruzione di un percorso diagnostico assistenziale per i pazienti con problematiche tabacco-correlate
di J. Acquaro, M. Sasso, G. Bonadonna, G. Cerrato, V. Mascia, F. Pecora, I. Sette, C. Martini, E. Bignamini

Studenti infermieri e burnout: l'esperienza del CdI in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bari
di Elsa Vitale, Antonia Esposito

Revisione delle modalità di preparazione dei pazienti sottoposti a interventi di endourologia
di Mattia Boarin, Gloria Scampini, Francesco Mariani, Vito Schirò

L'organizzazione di un centro vaccinale in una Asl di Milano: tempi e metodi
di Wilma Zappi, Laura Rastelli

SCAFFALE
Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie
di Annalisa Pennini

Primary nursing. Conoscere e utilizzare il modello
a cura di Giorgio Magon e Tiziana Suardi

EDITORIALE

Esuberi di personale sanitario? proprio no!

di Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

La recente pubblicazione del Rapporto CEIS - CREA Sanità, curato dal prof. Federico Spandonaro, ha scatenato nel mondo infermieristico reazioni di stupore e di dissenso, che si sono espresse in particolare sulle pagine di facebook.

L'elemento contestato è stata la stima di un esubero, sull'intero territorio nazionale, di 18.800 medici e di 28.800 infermieri calcolato sul totale dei posti letto ospedalieri. Al di là della percezione comune sull'inattendibilità dei dati, è parso opportuno far subentrare alla reazione emotiva una valutazione tecnica e professionale dei risultati presentati.

Profilo tecnico

Nella stima dei presunti esuberi di infermieri e medici negli ospedali pubblici (nel Rapporto vengono considerate le sole aziende ospedaliere e gli ospedali gestiti direttamente dalle Asl), viene fatto ricorso a due indicatori:

- il numero di infermieri per posto letto;
- Il numero di medici per infermiere.

Per i due indicatori viene proposta, come standard di riferimento, la media dei valori più bassi registrati per ciascun indicatore nelle diverse Regioni. Le Regioni utilizzate per costruire l'indicatore sono:

- indicatore infermieri per posto letto: media dei valori di Emilia-Romagna e Molise (1,32);
- indicatore medici per infermiere: media dei valori registrati in Lombardia, Veneto, Trentino-Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia (0,37).

Applicando tali standard, gli estensori del Rapporto hanno proceduto al calcolo del numero di infermieri e di medici ritenuto ottimale per le diverse Regioni e, per differenza con le risorse effettive, hanno poi proceduto alla stima degli esuberi. In tal modo è emerso l'esubero di 18.800 medici e di 28.800 infermieri.

Con il supporto di esperti statistici, riteniamo di poter affermare che:

- è arbitrario assumere meccanicamente, come standard, i valori più bassi registrati dagli indicatori, perché tali valori potrebbero rappresentare situazioni caratterizzate da carenze e inadeguatezze dei servizi erogati, invece che condizioni di efficienza da proporre come modello;
- non è appropriato scegliere alcune Regioni per il primo indicatore ed altre Regioni per il secondo perché, così facendo, i due indicatori utilizzati vengono considerati indipendenti. Così non è.
- maggiore attendibilità avrebbe avuto il considerare combinazioni dei due indicatori e proporre come standard - in astratto - quella ritenuta migliore tra quelle osservate nelle Regioni;

- la stima dei possibili esuberi, potrebbe differire anche notevolmente da quella presentata nel Rapporto, se si adottasse come standard per l'indicatore "medico per infermieri" la media dei valori registrati nelle Regioni utilizzate per la definizione dello standard relativo all'indicatore infermieri per posto letto (Lombardia, Veneto, Trentino-Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia);
- così facendo, gli esuberi di infermieri si ridurrebbero da 28.000 a circa 1.400.

Profilo professionale

- Il criterio del posto letto utilizzato nel Rapporto è retrodatato, e semplificatorio della complessità clinico-assistenziale;
- il criterio del posto letto non è adeguato per una valutazione sulla congruenza o meno del numero di medici e infermieri perché non tiene conto delle molteplici e numerose attività che sono effettuate in un ospedale a prescindere dai posto letto;
- l'indice di turnover per posto letto, la degenza media, il tasso di occupazione - che in molti reparti, e non solo di medicina, supera il 100% - è di maggiore pertinenza per valutare il carico di lavoro degli infermieri e, quindi, il loro numero;
- il rapporto numerico esistente tra medici e infermieri è criterio fortemente discutibile per effettuare valutazioni di efficienza;
- il rapporto tra medici e infermieri poteva, forse, essere un criterio sostenibile ante 2009, quando l'infermiere era giuridicamente l'esecutore delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche...
- nel 2013 non più.

In conclusione, è bene fare attenzione alle strumentalizzazioni, di qualunque genere e di ogni provenienza.

Sappiamo tutti molto bene qual è la situazione economica del nostro Paese. Sappiamo anche, però, quali appetiti economici "girano intorno" alla sanità e quale valore rappresenta, per l'intera collettività nazionale, quel grande patrimonio valoriale, scientifico e professionale che è il SSN.

Se c'è da intervenire sull'organizzazione del lavoro, sui modelli gestionali e contrattuali per far continuare a vivere il SSN, ci siamo.

Siamo pronti a riflettere, a collaborare, a dare il nostro contributo con rigore scientifico e professionale.

Ma nella chiarezza e trasparenza, nel rigore scientifico e metodologico e nella certezza dei dati.

FOCUS

Dentro la crisi: questioni "di genere"?

di Marina Vanzetta

Un Rapporto di ENEGE analizza le ricadute della crisi sulla condizione femminile e indica le strategie per ridurne l'impatto sulle donne e sulla società

Una comunità professionale al femminile per circa l'80%, come quella infermieristica, non può non interrogarsi sugli effetti "di genere" determinati dalla crisi finanziaria economica e sociale che sta attraversando l'Europa a partire dal 2008.
Le politiche di rigore e di consolidamento fiscale adottate dai Paesi europei per ridurre il debito pubblico e i deficit sono sotto gli occhi di ogni cittadino. E, con la crisi a fare da sfondo, è in corso nel mondo sanitario anche un'importante quanto inevitabile evoluzione organizzativo–assistenziale conseguente allo sviluppo tecnico-scientifico, all'aumento dell'età media della popolazione e dell'incidenza delle malattie cronico-degenerative e delle fragilità.
Non servono le statistiche per comprendere come, in tale contesto, sia sempre più difficile conciliare professione, lavoro, vita familiare e vita sociale: in termini di occupazione e tagli ai servizi l'impatto è stato e continua ad essere pesante per tutti, ma in modo differente tra uomini e donne. E questo drammatico problema non riguarda solo il nostro Paese, ma colpisce tutta l'Europa.
Il network di ENEGE (European Network of Expert on Gender Equality) ha recentemente elaborato un rapporto, *The impact of the economic crisis on the situation of women and men and on gender equality policies, 2012*, finalizzato a valutare l'impatto della crisi sulle condizioni degli uomini e delle donne in Europa e sulle politiche di uguaglianza di genere. Il rapporto riguarda i Paesi membri, due Paesi canditati all'ingresso nell'Unione (Macedonia e Turchia) e i Paesi dell'EFTA (European Free Trade Association; Islanda, Liechtenstein, Svizzera e Norvegia).

Quattro le conclusioni cui sono giunte le esperte che l'hanno prodotto[1]:

1. *Durante la crisi si è assistito a un livellamento verso il basso della disparità di genere nell'occupazione*, nei salari, nella povertà, nella disoccupazione. Questo livellamento è conseguente a una diminuzione dei tassi di occupazione e a un aumento dei tassi di disoccupazione: non significa che c'è stato un progresso nella parità di genere;
2. *il comportamento delle donne sul mercato del lavoro durante la crisi è risultato simile a quello degli uomini*. Per lungo tempo si è pensato che le donne fossero manodopera di riserva (lavorano quando aumenta la domanda, non lavorano quando la stessa si contrae): questo pensiero, peraltro controverso, è stato invalidato dall'attuale crisi. Ciò che emerge, infatti, è che in questo periodo a rappresentare la "riserva" sono le donne, gli uomini, i giovani con contratti di lavoro precari oltre che i lavoratori immigrati;
3. *la crisi ha portato, in particolare nei primi anni, a una riduzione non uniforme delle prestazioni assistenziali*: il consolidamento fiscale potrebbe ridurre oltre che le prestazioni assistenziali, anche l'occupazione nel settore con conseguenti effetti anche sulla parità di genere;

4. *le politiche elaborate e attuate durante la crisi non hanno previsto, nella maggior parte dei Paesi, l'implementazione del mainstreaming di genere*. Le misure di consolidamento adottate molto spesso non sono state valutate in una prospettiva di genere.

Nella *Road Map* delle Pari Opportunità, edizione 2009, *Le donne e la crisi*, e nello specifico nel capitolo 1, *Quando la crisi morde… le donne*, emergono più elementi di riflessione sull'effetto di genere della crisi.
Infatti, oltre agli anziani e ai giovani a "scontarne" le conseguenze sono in particolar modo le donne, costrette a districarsi nelle maglie di bilanci familiari sempre più modesti. L'incertezza genera inquietudine e preoccupazione per le conseguenze che la crisi ha e può avere e, tra uomini e donne, a esprimerle maggiormente sono queste ultime([2]).
La crisi economica? Tutta sulle spalle delle donne è il titolo di un articolo comparso su "Famiglia cristiana" qualche mese fa. Tutti sono vittime della crisi, ma le donne tre volte di più: hanno comunque stipendi più bassi degli uomini, sono più spesso vittime della disoccupazione e ancora, sono loro a dover fronteggiare in prima linea i tagli del Welfare([3]).
Gli aspetti sottolineati riguardano l'aumento della violenza nei confronti delle donne a causa del clima sociale esasperato, i tagli sull'assistenza agli anziani o al sostegno all'infanzia, i cui effetti si ripercuotono in misura maggiore sulle donne.

Come aumentare, allora, l'uguaglianza di genere per concorrere a superare la crisi?

Le esperte di ENEGE hanno elaborato dieci proposte([4]):

1. *Incoraggiare gli Stati membri ad adottare sistemi efficaci di gender budgeting* per le iniziative politiche intraprese;
2. *riconsiderare la definizione di indicatori dell'uguaglianza di genere*;
3. *promuovere iniziative volte a favorire l'alfabetizzazione finanziaria delle donne*;
4. *monitorare la possibilità che il consolidamento fiscale si rifletta sulle misure di Welfare e sulle strutture dedicate alle pari opportunità* che sono state indebolite dalle misure di austerity in molti Paesi dell'unione;
5. *affrontare il carico sproporzionato della flessibilità del mercato del lavoro che grava sui giovani*;
6. *affrontare la questione della scarsa integrazione dei lavoratori nomadi e migranti*;
7. *accrescere la vigilanza e sensibilizzare il pubblico sui casi di violazione dei diritti di maternità e congedo* che potenzialmente sono più frequenti nelle imprese più piccole a fronte dei costi organizzativi più elevati;
8. *rafforzare il Fondo sociale europeo e rivederne le procedure*;
9. *incanalare la spesa sociale in modo da privilegiare i servizi di qualità rispetto ai sussidi economici*;
10. *estendere integralmente anche alle donne le misure di sostegno al reddito*.

L'Italia, secondo il *Global Gender Gap Report* del 2012 che stima in 136 Paesi i differenziali di genere riguardo all'accesso alle opportunità e alle risorse, si posizionava all'80° posto con un peggioramento rispetto al 2008 (67°posto) e al 2010 (74°)([5]).

Le proposte formulate dalle esperte della ENEGE sono tutte irrinunciabili: per noi, due in particolare sono molto importanti:

- la ridefinizione di indicatori di uguaglianza di genere: il tema delle differenze di genere è molto sentito e oggetto di discussione e confronto anche tra i professionisti sanitari[6];
- il controllo sugli effetti delle misure di consolidamento fiscale sul Welfare: di fatto, il nostro Paese sconta una grave carenza di strutture a supporto della donna che lavora.

Le differenze di genere, seppur con livelli diversi, sono un dato di fatto in molti Paesi. Gli esperti tendono a non ricondurle a un'unica causa dominante, ma a considerarle piuttosto il risultato di più fattori che si combinano in modo diversificato in ogni Paese interessato: il livello di formazione, la maternità, le abitudini e le diverse preferenze delle donne e degli uomini, gli ostacoli alla conciliazione tra vita e lavoro, la cultura.
Alcuni fattori sono in via di modificazione, mentre altri (quelli riconducibili all'organizzazione del lavoro, del contesto sociale e della cultura) sono ancora profondamente radicati.
Per superare o almeno ridurre il divario di genere ad oggi registrato e avere su questo degli effetti duraturi, sono necessari un impegno sistematico e costante di tutte le componenti della società. Su questa battaglia di tipo normativo e culturale, sono chiamati a impegnarsi in particolare le istituzioni e gli organi di governo, sia a livello centrale che periferico.
Dall'Europa anche l'Italia attende indicazioni che possano essere recepite quali orientamento cogente delle politiche nazionali finalizzate alla valorizzazione della donna e all'implementazione di strategie di conciliazioni più flessibili, come sostenuto e auspicato da coloro che conoscono a fondo il problema.

---

[1] Network ENEGE, Donne nella crisi un rapporto europeo, www.ingenere.it.
[2] Conferenza dei Presidenti delle Assemblee legislative delle Regioni e delle Province autonome, La crisi e le donne, Road Map delle Pari Opportunità, edizione 2009, www.parlamentiregionali.it.
[3] Famiglia Cristriana, La crisi? Sulle spalle delle donne, www.famigliacristiana.it.
[4] Network ENEGE, Donne nella crisi un rapporto europeo, www.ingenere.it.
[5] Bianco M., Lotti F., Zizza R., Le donne e l'economia italiana, Questioni di Economia e Finanza (Occasional Paper), n. 171/giugno 2013, Banca d'Italia, www.bancaditalia.it.
[6] Quotidiano Sanità, Donne in medicina, il futuro è nostro, www.quotidianosanita.it.

FOCUS

Gli infermieri in Italia: quanti sono, che età hanno e come sono distribuiti

di Ennio Fortunato (1)

(1) Dirigente di ricerca EPR

L'analisi delle caratteristiche demografiche degli iscritti agli Albi Ipasvi fornisce indicazioni sullo sviluppo attuale della professione infermieristica e sulle tendenze che potranno caratterizzarlo nei prossimi anni.

Quali tendenze stanno caratterizzando lo sviluppo della professione di infermiere? Gli ultimi dati sulle iscrizioni agli Albi Ipasvi avevano diffuso un certo ottimismo sulle possibilità che, nel giro di qualche anno, si potesse colmare il divario con gli altri Paesi europei per quanto riguarda la dotazione di risorse infermieristiche.
In effetti, negli ultimi anni in Italia il numero di infermieri è cresciuto: dai 5,9 infermieri per abitante del 2000 si è passati ai 6,1 nel 2005 e ai 6,6 nel 2011, ultimo anno disponibile. Tuttavia, si è ancora lontani da una condizione paragonabile con quella dei principali Paesi europei ed in linea con gli standard fissati a livello internazionale. Come mostra la tabella allegata (**Tavola 1** e **Grafico 1**), l'Italia è ancora parecchio indietro nella graduatoria europea stilata dall'OCSE. In questa classifica, il nostro Paese è infatti al diciottesimo posto, su 33. Non si tratta certo di un risultato lusinghiero, anche in considerazione del fatto che non necessariamente ad ogni nuova iscrizione corrisponde una effettiva condizione di lavoro.

Grafico 1 - Infermieri per 1.000 abitanti - graduatoria europea - anno 2011

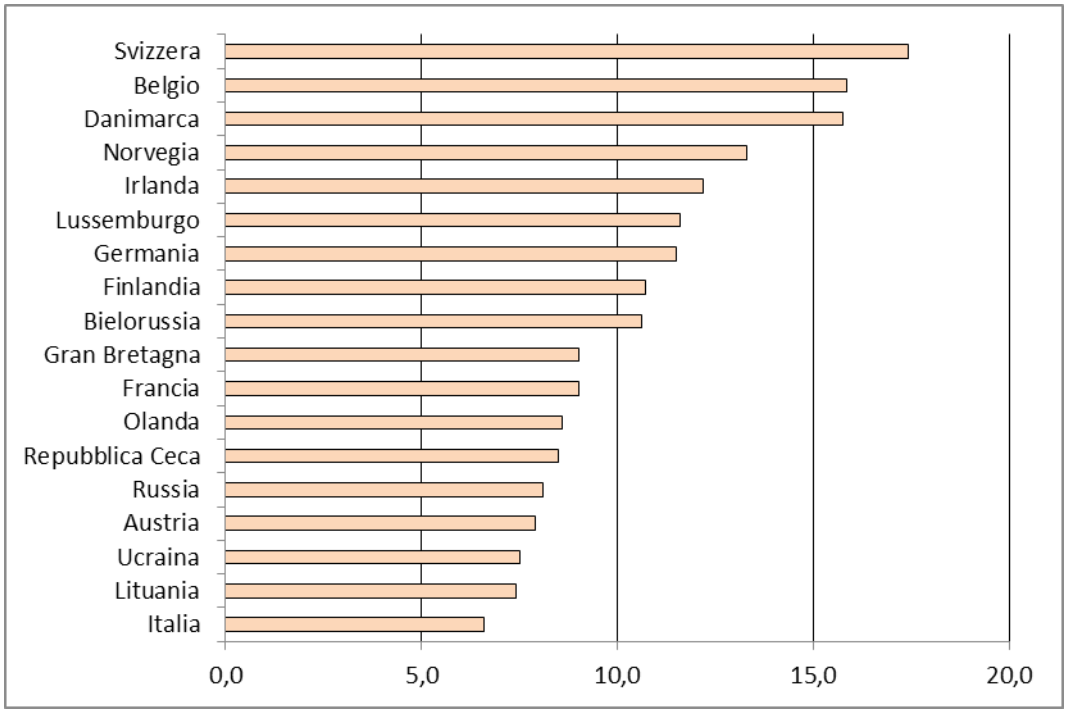
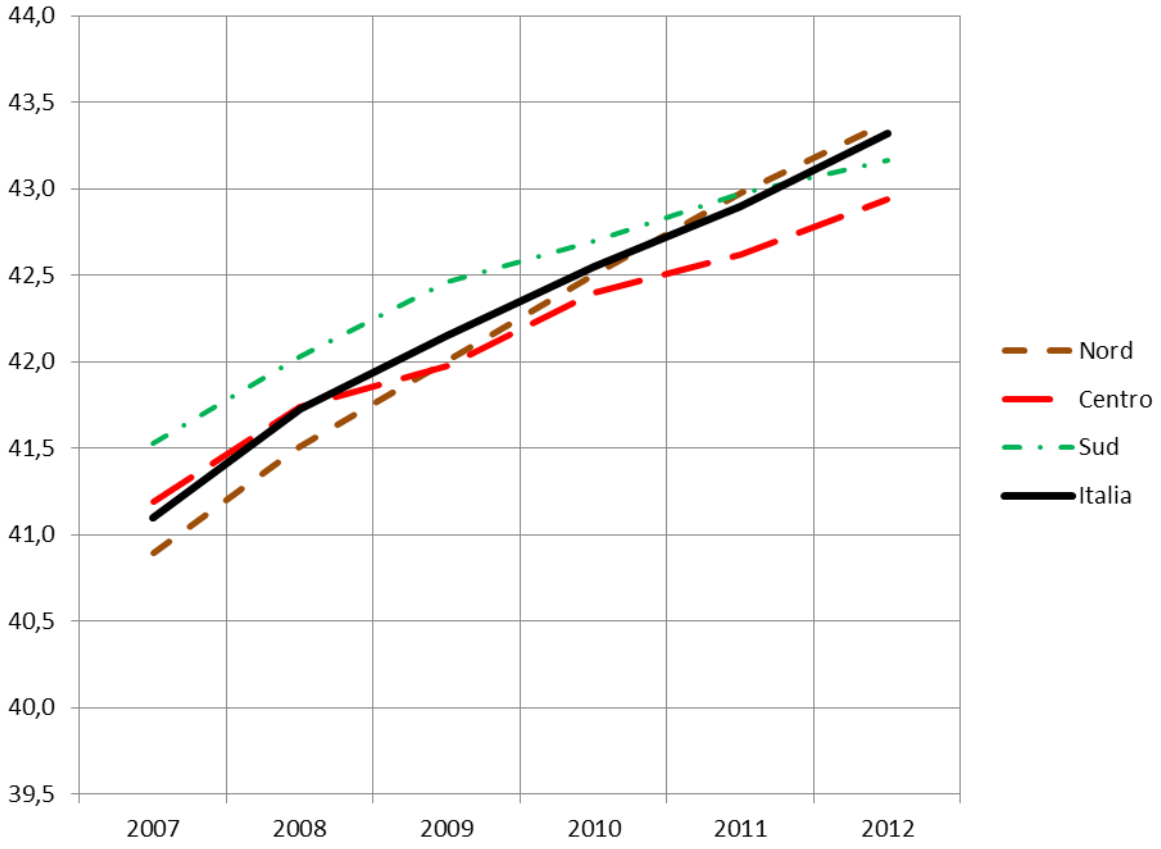


Tavola 1 - Infermieri per 1.000 abitanti - Graduatoria europea - anno 2000-2011				
		2000	**2005**	**2011(*)**
1	Svizzera	13,2	14,3	17,4
2	Belgio	…	…	15,8
3	Danimarca	12,6	14,6	15,7
4	Norvegia	…	14,1	13,3
5	Irlanda	…	12,3	12,2
6	Lussemburgo	7,6	11,3	11,6
7	Germania	9,8	10,4	11,5
8	Finlandia	9,5	9,5	10,7
9	Bielorussia	9,5	9,8	10,6
10	Gran Bretagna	…	…	9,0
11	Francia	7,1	8,1	9,0
12	Olanda	…	8,3	8,6
13	Repubblica Ceca	8,1	8,5	8,5
14	Russia	8,0	8,0	8,1
15	Austria	7,2	7,3	7,9
16	Ucraina	5,8	5,9	7,5
17	Lituania	8,0	7,4	7,4
18	Italia	5,9	6,1	6,6
	EUROPA	7,7	8,3	8,4
(*) o ultimo disponibile				

Un ulteriore parametro osservato nella popolazione degli iscritti impone una seria riflessione sulla necessità di interventi in grado di invertire la tendenza in atto. Il dato in questo senso più significativo è l'invecchiamento della popolazione infermieristica. Nell'ultimo quinquennio, la popolazione di infermieri è invecchiata di oltre due anni, nella media nazionale, passando dai 41,1 anni del 2007 ai 43,3 del 2012 (**Tavola 2** e **Grafico 2**). In alcune Regioni, come Lombardia, Liguria e Veneto, l'invecchiamento arriva anche a sfiorare i tre anni.

Tavola 2 - Età media degli iscritti Ipasvi - Anni 2007-2012				
	età media (anni)			
	Nord	**Centro**	**Sud**	**Italia**
2007	40,9	41,2	41,5	41,2
2008	41,5	41,7	42,0	41,7
2009	42,0	42,0	42,5	42,1
2010	42,5	42,4	42,7	42,5
2011	43,0	42,6	43,0	42,9
2012	43,4	42,9	43,2	43,3

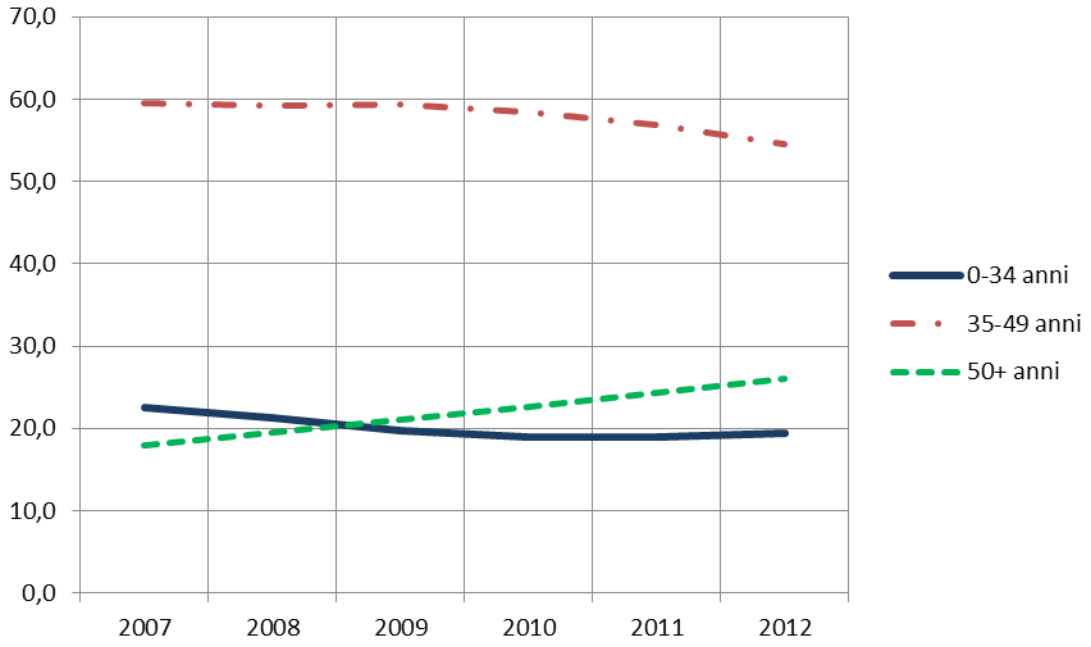
Grafico 2 - Età media degli iscritti Ipasvi - Andamento 2007-2012



Tale situazione è il risultato delle diverse dinamiche che hanno interessato le classi più giovani e quelle più anziane di infermieri e che sono destinate ad accentuarsi per effetto dei recenti interventi normativi in materia pensionistica.
Nell'ultimo quinquennio (**Tavola 3** e **Grafico 3**) la percentuale di giovani (sotto i 35 anni) tra gli infermieri è diminuita, al contrario di quella degli anziani (oltre i 50 anni) che è invece in progressivo aumento. Tra il 2007 e il 2012, la quota di infermieri con meno di 35 anni è passata dal 22,5% al 19,5%, quella degli infermieri ultra 50-enni dal 18,0% al 26,0%. Si tratta di una evoluzione molto significativa, soprattutto perché concentrata in relativamente poco tempo.

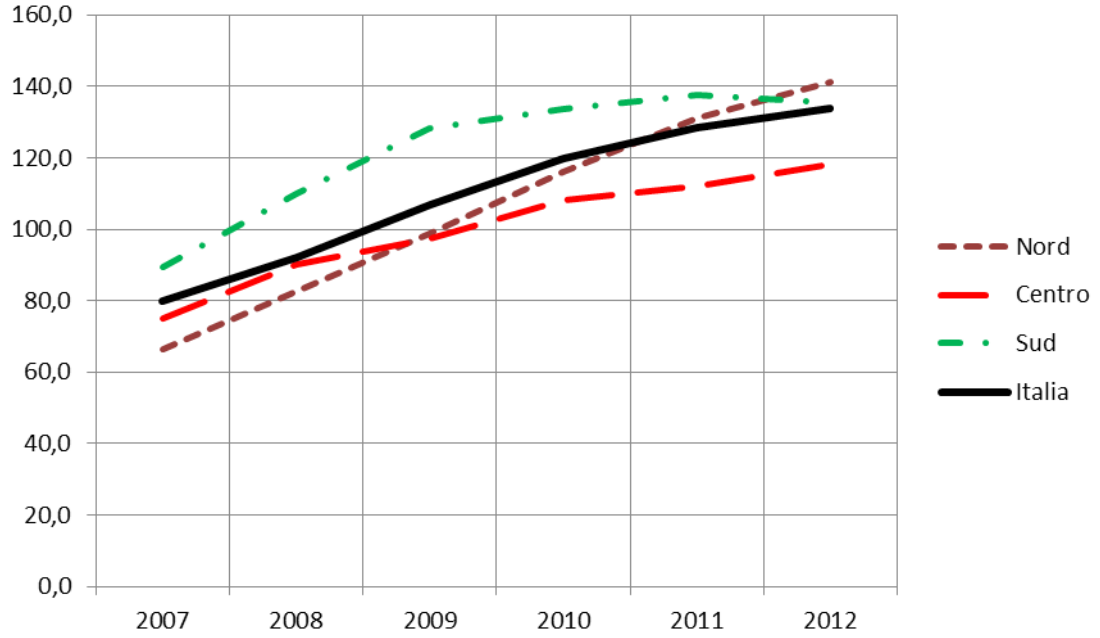
Tavola 3 - Iscritti Ipasvi per classi di età - Anni 2007-2012 (valori %)				
anno	**classi di età**			**indice di squilibrio**
	0-34 anni	**35-49 anni**	**50+ anni**	
2007	22,5	59,5	18,0	79,8
2008	21,3	59,1	19,6	92,0
2009	19,7	59,3	21,0	106,9
2010	19,0	58,4	22,7	119,7
2011	18,9	56,8	24,3	128,5
2012	19,5	54,5	26,0	133,6

Grafico 3 - Iscritti Ipasvi per classi di età - Andamento 2007-2012 (valori %)



L'indice di squilibrio (numero di anziani per 100 giovani) misura lo sbilanciamento tra le risorse che sono in una prospettiva di uscita dal lavoro e quelle che sono chiamate a rimpiazzarle: l'indice di squilibrio è quindi anche un indicatore delle prospettive di sviluppo della risorsa infermieristica nel medio termine (**Grafico 4**). Valori superiori a 100 inducono aspettative di crescita, valori inferiori suggeriscono invece l'idea di una progressiva contrazione. In Italia le prospettive di sviluppo sono andate progressivamente declinando nel corso degli ultimi anni. Da prospettive di sviluppo positive (valore dell'indice: 79,8) si è rapidamente passati a prospettive negative (valore dell'indice: 133,6). Il peggioramento riguarda tutto il territorio nazionale, ma è particolarmente evidente al Nord, dove il valore dell'indice di squilibrio è più che raddoppiato.

Grafico 4 - Indice di squilibrio delle risorse infermieristiche - Andamento 2007-2012



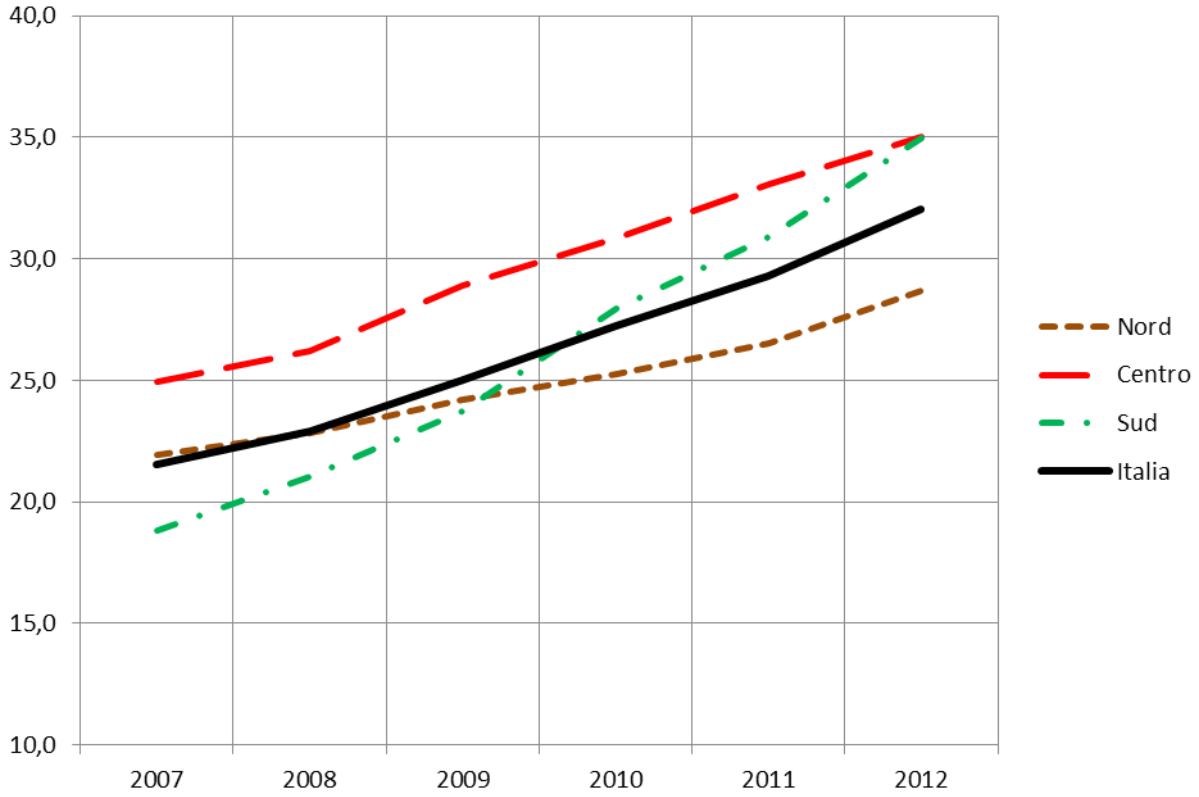
Un indicatore statistico di supporto all'analisi della composizione di una popolazione lavorativa è l'indice di inefficienza strutturale. Nel nostro caso tale indice, costruito rapportando il numero degli infermieri più giovani (in questo caso, sotto i 30 anni di età) e di quelli più maturi (dai 55 anni in su) a 100 infermieri di 30-54 anni di età, fornisce indicazioni sul potenziale sovraccarico operativo che grava sulla parte *stabile* delle risorse per i problemi connessi al completamento del processo formativo dei più giovani e al fisiologico ridimensionamento delle motivazioni da parte degli infermieri più anziani e prossimi alla pensione. L'indice esprime quindi il rischio che la particolare struttura del personale si traduca in inefficienza operativa. Più l'indice è elevato maggiori sono i rischi di inefficienza.
Nel 2012 in Italia l'indice di inefficienza strutturale era pari a 32,0 (**Tavola 4**).

Tavola 4 - Iscritti Ipasvi per classi di età - Anni 2007-2012 (valori %)

anno	classi di età		
	0-29 anni	30-54 anni	55+ anni
2007	8,6	82,3	9,1
2008	8,7	81,4	10,0
2009	9,3	80,0	10,7
2010	9,8	78,6	11,7
2011	10,1	77,4	12,5
2012	10,7	75,7	13,5

Su 100 infermieri di età compresa tra i 30 e i 54 anni *gravavano* quindi 32 tra giovani e anziani. Un valore non certamente basso, che peraltro è in crescita rispetto al 2007 (era a 21,5 nel 2007), in particolare nel Mezzogiorno (**Grafico 5**).

Grafico 5 - Indice di inefficienza strutturale delle risorse infermieristiche - Andamento 2007-2012



A completare il quadro, arriva il dato sulle cancellazioni dagli albi professionali. Non si tratta di un dato di particolare consistenza numerica, tuttavia sorprende rilevare che circa un quarto (23,6 %, ma in alcune Regioni anche il 30-35%) delle cancellazioni registrate nel 2012 si riferisca ad infermieri con meno di 50 anni, quindi nella pienezza della loro capacità lavorativa. Anche questo dato, che riflette le difficoltà che scaturiscono dal contesto della crisi in atto, deve essere attentamente valutato in sede di definizione delle specifiche politiche occupazionali.

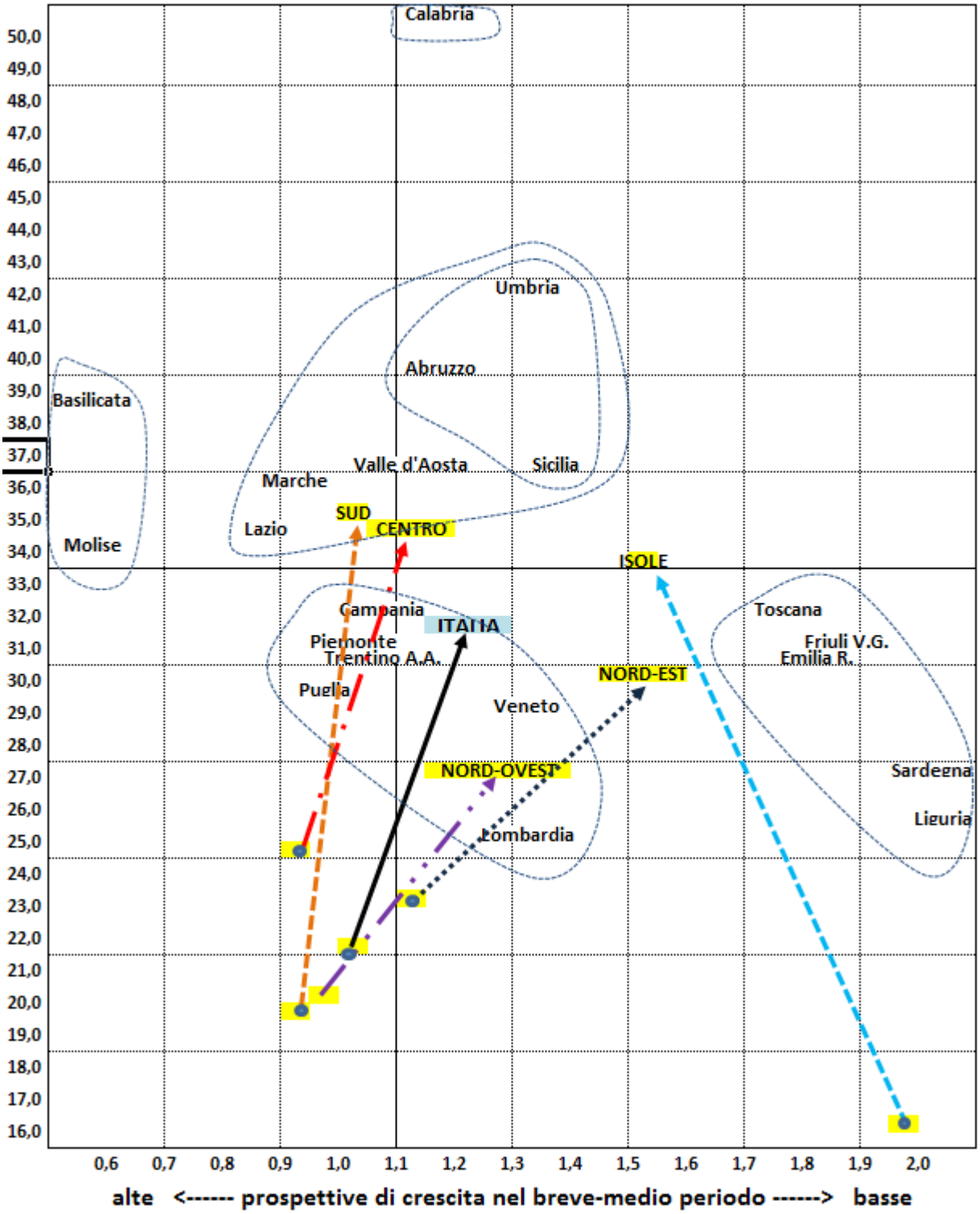
Tavola 5 - Cancellati Ipasvi per classi di età - Anno 2012 (valori %)

	classi di età (anni)				totale
	0-34	35-49	50-64	65+	
Nord	2,1	24,3	34,3	39,3	100
Centro	3,4	16,3	26,5	53,8	100
Sud	2,6	19,5	27,9	50,0	100
Italia	**2,6**	**21,0**	**30,6**	**45,8**	**100**

Al di là di quest'ultimo aspetto, sia l'*indice di sviluppo* a medio termine, sia l'*indice di inefficienza strutturale* possono essere interpretati come riflessi della crisi sulle condizioni lavorative della professione, soprattutto in considerazione del peggioramento che entrambi gli indicatori hanno registrato negli ultimi anni.
Tale realtà è ben rappresentata dallo schema riportato di seguito, che mostra la condizione generale delle Regioni in relazione agli indicatori descritti.

Nello schema, le frecce evidenziano in tutta la loro rilevanza le variazioni intervenute a livello di ripartizione geografica tra il 2007 e il 2012.

Schema 1 - Mappa delle criticità regionali - Anno 2012



A livello regionale, emerge una realtà alquanto variegata, con situazioni di criticità accentuata in particolare per Calabria, Umbria, Abruzzo e Sicilia, dove è l'indicatore di inefficienza strutturale a costituire la criticità maggiore, e per Sardegna, Liguria, Toscana, Emilia-Romagna e Friuli e Venezia Giulia, per le quali le preoccupazioni maggiori derivano invece dalle basse prospettive di crescita.

Conclusioni

Il generale invecchiamento della popolazione lavorativa è un fenomeno ormai diffuso nella società italiana, che ha un impatto diverso in relazione alla tipologia della professione osservata e alle attività che essa garantisce alla collettività. Ma, in particolare per la professione infermieristica, una progressiva riduzione del numero degli infermieri, nonché l'aumento dell'età media della popolazione lavorativa potrebbero determinare problemi rilevanti sia in termini di "tenuta" che di qualità del sistema assistenziale, proprio in riferimento alla particolare e delicata tipologia delle funzioni e prestazioni erogate.

In realtà, "proprio guardando all'epidemiologia e alla demografia il futuro degli infermieri non può che essere un futuro in espansione – commenta la Sen. Silvestro – C'è ancora sofferenza e fatica per uscire dal tunnel del contenimento delle risorse, ma dobbiamo essere guidati dall'ottimismo della volontà. Non possiamo gettare la spugna ora che siamo consapevoli di essere una risorsa fondamentale per l'intero sistema salute. Ma investire sul domani significa affrontare contemporaneamente anche la quotidianità: il nostro primo obiettivo è quello di far comprendere che senza un numero adeguato di infermieri non si danno risposte ai cittadini. E a dimostrarlo non possiamo che essere noi".

Gli effetti di un corso di formazione infermieristica avanzata sullo sviluppo professionale e della carriera

Angelo Dante[1], Claudia Miniussi[2], Helga Margetic[3], Alvisa Palese[4]
[1]Tutor del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Trieste; [2]Coordinatrice del Centro di Salute Mentale di Monfalcone, Azienda per i Servizi Sanitari numero 2 (ASS2), "Isontina", Gorizia; [3]Amministrativa, Università degli Studi di Trieste; [4]Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Udine

Corrispondenza: zeta-3@libero.it

RIASSUNTO

Introduzione La disponibilità di infermieri con competenze avanzate permette ai sistemi sanitari di raggiungere migliori esiti di salute e di ridurre la turbolenza organizzativa. In Italia il dibattito sugli effetti della formazione infermieristica avanzata è ancora a livello iniziale. L'obiettivo dello studio è di monitorare nel tempo gli effetti di un corso di formazione infermieristica avanzata, il Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (CdLSSIO), sullo sviluppo professionale e di carriera di un gruppo di laureati specialisti e sui livelli di autorevolezza e valorizzazione da loro percepiti in ambiente lavorativo.

Materiali e metodi Lo studio condotto è di tipo trasversale. Tramite un questionario semi-strutturato sono stati indagati gli effetti del CdLSSIO percepiti da un gruppo di laureati su: sviluppo professionale, sviluppo della carriera, livelli di autorevolezza e valorizzazione percepiti. Il questionario è stato somministrato in due periodi: al termine del corso e a due anni di distanza (*follow-up*). E' stata anche rilevata la situazione della carriera dei laureati precedente all'iscrizione al corso.

Risultati Hanno partecipato allo studio 91 laureati. A due anni di distanza dal termine del corso CdLSSIO si sono manifestati alcuni effetti positivi sullo sviluppo professionale, specialmente in ambito formativo e didattico. In quest'ambito infatti si è verificato un aumento significativo del coinvolgimento professionale dei laureati e degli incarichi a loro assegnati (p=0,000). Per quanto riguarda lo sviluppo della carriera è emersa una tendenza dei laureati a prediligere i ruoli manageriali a quelli clinici (p=0,022). Il livello di valorizzazione percepito in ambiente lavorativo è risultato molto basso. Non sono state trovate differenze nei livelli di autorevolezza e valorizzazione nei due periodi analizzati.

Conclusioni Risulta necessario promuovere il coinvolgimento dei laureati a livello professionale in tutti gli ambiti, soprattutto in quello clinico. Di fronte alla maggior assunzione di ruoli manageriali da parte dei laureati, risulta necessario introdurre modelli innovativi di assistenza che consentano una maggiore possibilità d'espressione delle competenze cliniche avanzate nella pratica professionale.

Sarebbe interessante progettare studi che misurino gli effetti della formazione infermieristica avanzata sulla salute dei pazienti.

Parole chiave: formazione infermieristica avanzata, sviluppo professionale, carriera

The effects of an advanced nursing education course on professional and career development

ABSTRACT

Introduction The availability of nurses with advanced competencies allows health care systems to achieve better health outcomes and reduce organizational turbulence. The scientific debate concerning the effects of the Italian advanced nursing education is at its initial stage. The main aim of the study is to evaluate the effects of an advanced nursing education course, the Master in Nursing and Midwifery Science (CdLSSIO), on professional and career development and the authoritative and appreciation levels in workplace of a group of newly graduates.

Methods A cross-sectional study was undertaken. Thanks to a semi-structured questionnaire have been investigated the effects of CdLSSIO perceived by a group of graduates on: professional and career development and the authoritative and appreciation levels in workplace. The questionnaire was administered in two times: at the end of the course and two years away (follow-up). The graduates' career situation before the course was also detected.

Results 91 graduates participated in the study. After two years from the end of CdLSSIO, there were posi-

tive effects on professional development especially in the didactic area thanks to an increase of work assignments for graduates and their professional involvement in this area (p=0.000). The analysis of career development showed a graduates' preference for management roles to detriment of clinical ones (p=0.022). No differences were found in the authoritative and appreciation levels in the two periods analyzed but the appreciation level perceived was low.
Conclusions There is the need of graduate professional involvement promotion in all the areas, especially in clinical one. If there is graduates' preference for managerial roles instead of the clinical ones, there is the need to introduce innovative care models to increase the expression of advanced clinical competencies in daily practice.
It could be interesting to set up evaluation studies on patients' health outcomes of advanced nursing education.
Key words: advanced nursing education, professional development, career

INTRODUZIONE

Con il Decreto ministeriale n. 509 del 1999 è stato istituito il Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (CdLSSIO) successivamente trasformato in Corso di Laurea Magistrale (Decreto ministeriale n. 270 del 2004). Con l'attivazione del secondo ciclo di formazione infermieristica si è attivata, anche in Italia, una formazione avanzata nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca (Decreto ministeriale del 2 aprile 2001). La disponibilità di infermieri con competenze avanzate permette alle organizzazioni sanitarie di raggiungere migliori esiti di salute (Bourbonniere M et al., 2002; Dellai M et al., 2006; Lake ET et al., 2006; Aiken LH et al., 2008; Aiken, 2011) e una maggiore stabilità organizzativa (Dellai M et al., 2006). Dove sono presenti infermieri con formazione avanzata è stata documentata nei pazienti una riduzione delle cadute accidentali (Imhof L et al., 2012), delle ulcere da pressione (Lake ET et al., 2006) e della durata della degenza (Newhouse RP et al., 2011). Gli effetti sugli esiti clinici e organizzativi sono tuttavia legati alla disponibilità quantitativa di infermieri con competenze avanzate (Brooten D et al., 2012). Anche le emergenti sfide imposte dalla crisi economica, che richiede l'equilibrio tra costi (Newhouse RP et al., 2011) e standard assistenziali (Casson P et al., 2012), sono più efficacemente affrontate se il numero di infermieri con formazione avanzata è più elevato (Brooten D et al., 2012).
In Italia il numero di posti disponibili per l'accesso al CdLSSIO è definito annualmente con un decreto del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR). Nell'ultimo triennio si è registrata una progressiva riduzione dei posti disponibili a livello nazionale che ha raggiunto un minimo di 806 posti nell'anno accademico 2011-2012 (Decreto ministeriale del 2 aprile 2001) e ha subito una prima inversione di tendenza in quello successivo, toccando i 986 posti (Decreto ministeriale n. 225 del 23 luglio 2012). L'incertezza sulla quantità di posti da mettere a disposizione non è solo legata al fabbisogno di funzioni dirigenziali (che nel tempo si è ridotto) ma anche all'esigenza di offrire opportunità di carriera in altri ambiti e di documentarne l'impatto. Il dibattito sugli effetti della formazione infermieristica avanzata in Italia è infatti ancora iniziale (Dante et al., 2011) mentre a livello internazionale sono disponibili più dati in letteratura (Thomas J et al., 2008; Spencer RL, 2006).
A distanza di oltre dieci anni dall'attivazione del CdLSSIO, documentare gli effetti a breve e a lungo termine di questo corso sullo sviluppo professionale e di carriera dei laureati è utile per conoscere le aree curriculari in cui tali effetti si sono maggiormente manifestati e riflettere sull'opportunità di rimodulare gli ordinamenti didattici in base alle esigenze socio-sanitarie emergenti (Sansoni J et al., 2007). Inoltre, tale valutazione aiuterebbe a comprendere la capacità dei sistemi sanitari di accogliere e valorizzare le competenze infermieristiche avanzate (Bryant-Lukosius D et al., 2004; Jones ML, 2005). La finalità di questo studio è pertanto quella di contribuire al dibattito nazionale sugli effetti della formazione infermieristica avanzata.

Obiettivi

Monitorare, in un intervallo di tempo, gli effetti di un corso di formazione infermieristica avanzata, nello specifico il Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (CdLSSIO), sullo sviluppo professionale e di carriera e sui livelli di autorevolezza e valorizzazione percepiti da un gruppo di laureati specialisti nella pratica quotidiana.

METODI E STRUMENTI

Lo studio condotto è di tipo trasversale.
E' stata eseguita un'indagine tramite un questionario semi-strutturato (Dante et al., 2011) volta a inda-

gare gli effetti del CdLSSIO percepiti da un gruppo di laureati su:

- sviluppo professionale nell'ambito manageriale, formativo e didattico, della ricerca e clinico;
- sviluppo della carriera, ovvero il ruolo professionale rivestito in diversi periodi;
- livelli di autorevolezza e valorizzazione percepiti nel gruppo multiprofessionale e tra i colleghi nel proprio contesto lavorativo, misurati attraverso una scala numerica da 0 a 10 (0 = nessuna valorizzazione; 10 = massima valorizzazione).

La raccolta dei dati sullo sviluppo professionale e della carriera è avvenuta tramite una prima rilevazione al termine del CdLSSIO e una seconda a distanza di due anni (*follow-up*); in occasione della prima rilevazione sono stati raccolti anche i dati relativi alla situazione di carriera dei laureati precedente all'iscrizione al CdLSSIO. Nell'intervallo di tempo considerato, i dati raccolti fanno riferimento a tre periodi differenti:

- t_0: prima dell'iscrizione al CdLSSIO;
- t_1: al termine del CdLSSIO;
- t_2: a due anni di distanza dal termine del CdLSSIO (*follow-up*).

L'indagine è stata rivolta a un campione di 100 laureati, presso il CdLSSIO, dell'Università degli Studi di Udine e Trieste (Dante et al., 2011).

Lo studio è stato approvato dalla struttura didattica e la risposta al questionario, ricevuta online, è stata considerata manifestazione di consenso alla partecipazione. L'analisi dei dati è stata condotta in forma anonima utilizzando il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 19.

L'evoluzione degli effetti del CdLSSIO è stata quantificata misurando lo scarto (Δ), inteso come differenza tra le frequenze percentuali o medie osservate nei periodi analizzati. È stato inoltre calcolato l'intervallo di confidenza (IC) al 95% della differenza tra le medie, il test del χ^2 per la valutazione dell'omogeneità degli effetti sullo sviluppo professionale e sullo sviluppo di carriera nei diversi periodi di riferimento (per esempio da t_1 a t_2 o da t_0 a t_2) e il test t di Student a due code per la valutazione della differenza tra le medie dei livelli percepiti di autorevolezza e valorizzazione professionale. Per le variabili continue è stata calcolata la deviazione standard (DS) per documentarne lo scostamento dalla media. La soglia di significatività (p) è stata fissata a 0,05.

RISULTATI

Dei laureati eleggibili (100), 91 (91,0%) hanno espresso il consenso a partecipare al *follow-up* a due anni di distanza dal termine del corso. Il campione era composto da 72 femmine (79,1%) e 17 maschi (20,9%).

Effetti del CdLSSIO sullo sviluppo professionale

Si sono verificati alcuni effetti sullo sviluppo professionale (vedi Tabella 1 a pagina seguente). A due anni di distanza dalla fine del corso si è verificato un aumento della percentuale di laureati che non hanno registrato alcun effetto del CdLSSIO sullo sviluppo professionale in ambito manageriale (t_1=23,1%, t_2=28,6%; Δ=5,5%) e nell'ambito della ricerca (t_1=46,2%, t_2=47,3%; Δ=1,1%). In entrambi i casi però queste differenze non sono risultate statisticamente significative (rispettivamente p=0,532 e p=0,380).

Parallelamente è diminuita la percentuale di laureati che non hanno registrato effetti del CdLSSIO sullo sviluppo professionale in ambito formativo e didattico (t_1=29,7%, t_2=17,6%; Δ=-12,1%). Tale variazione è risultata statisticamente significativa (p=0,000).

Tra la fine del corso (t_1) e il *follow-up* (t_2) non è stata registrata alcuna variazione nella percentuale di laureati che hanno percepito effetti sullo sviluppo professionale in ambito clinico.

Area manageriale

In ambito manageriale, dalla fine del corso (t_1) al momento del *follow-up* (t_2) si è verificato un leggero aumento dei laureati coinvolti nella partecipazione a gruppi di lavoro e/o a progetti di rilevanza organizzativa (t_1=36,3%, t_2=39,6%; Δ=3,3%) e una diminuzione di quelli coinvolti nella conduzione di progetti di miglioramento e/o di accreditamento (t_1=33,0%, t_2=31,9%; Δ=-1,1%).

In questo intervallo di tempo (da t_1 a t_2) è diminuita la percentuale di coloro che hanno percepito una maggiore efficacia nella propria azione manageriale rispetto a incarichi precedenti (t_1=34,1%, t_2=15,4%; Δ=-18,8%).

Queste variazioni, tuttavia, non sono risultate statisticamente significative (p=0,532).

Area della formazione e della didattica

In ambito formativo e didattico, dalla fine del corso (t_1) al momento del *follow-up* (t_2) si è verificato un aumento della percentuale di laureati coinvolti nella progettazione di interventi di formazione continua (t_1=13,2%, t_2=27,5%; Δ=14,3%), in attività di docenza nella formazione continua (t_1=16,5%, t_2=31,9%; Δ=15,4%) e universitaria (t_1=8,8%, t_2=24,2%; Δ=15,4%) e nella progettazione e/o gestione di laboratori didattici o seminari (t_1=6,6%, t_2=18,7%; Δ=12,1%). E' diminuita però la percentuale di laureati che sono stati responsabilizzati della progettazione di iniziative di formazione continua (t_1=28,6%, t_2=22,0%; Δ=-6,6%), di quelli incaricati di fare da tutor clinici (t_1=11,0%, t_2=6,6%; Δ=-4,4%) e di coloro che hanno percepito una mag-

Tabella 1. Rilevazione dello sviluppo professionale dei laureati nell'intervallo di tempo considerato (da t_1 a t_2)

Aree professionali e dimensioni indagate	Percentuale di laureati		Differenza nell'intervallo di tempo	Test χ^2, gradi di libertà e significatività		
	t_1	t_2	$\Delta(t_2-t_1)$			
	%	%	%	χ^2	*gl*	p
Management						
Partecipazione a gruppi di lavoro/progetti di rilevanza organizzativa	36,3	39,6	3,3	2,196	3	0,532
Responsabilizzazione della conduzione di progetti di miglioramento/accreditamento	33,0	31,9	-1,1			
Incremento dell'efficacia manageriale rispetto a precedenti incarichi	34,1	15,4	-18,8			
Nessun effetto percepito in quest'ambito	23,1	28,6	5,5			
Formazione e didattica						
Coinvolgimento nella progettazione di interventi di formazione continua	13,2	27,5	14,3	25,263	7	0,000*
Responsabilizzazione della progettazione di iniziative di formazione continua	28,6	22,0	-6,6			
Assegnazione di attività di docenza nella formazione continua	16,5	31,9	15,4			
Assegnazione di attività di docenza nella formazione universitaria	8,8	24,2	15,4			
Assegnazione di attività come tutor clinico a neo assunti e/o studenti	11,0	6,6	-4,4			
Coinvolgimento nella progettazione e/o gestione di laboratori didattici o seminari	6,6	18,7	12,1			
Incremento dell'efficacia formativa rispetto a precedenti incarichi	38,5	28,6	-9,9			
Ricerca						
Coinvolgimento nella progettazione di protocolli di ricerca	26,4	20,9	-5,5	5,298	5	0,380
Responsabilizzazione della progettazione di protocolli di ricerca	8,8	8,8	-			
Pubblicazione della propria tesi (o in corso di pubblicazione)	15,4	14,3	-1,0			
Realizzazione di pubblicazioni scientifiche	7,7	16,5	8,8			
Incremento dell'efficacia nella ricerca rispetto a precedenti incarichi	14,3	7,7	-6,6			
Nessun effetto percepito in quest'ambito	46,2	47,3	1,1			
Clinica						
Sono stato/a incaricato della revisione di protocolli/procedure, percorsi assistenziali	24,2	27,5	3,3	2,196	3	0,532
Responsabilizzazione su ruoli clinici	5,5	8,8	3,4			
Incremento dell'efficacia clinica rispetto a precedenti incarichi	30,8	22,0	-8,7			
Nessun effetto percepito in quest'ambito	45,1	45,1	-			

* Significatività statistica: $p<0,05$
Il campione totale considerato è composto da 91 laureati
gl: gradi di libertà

t_1: al termine del CdLSSIO
t_2: a due anni dal termine del CdLSSIO (*follow-up*)
$\Delta(t_2-t_1)$: differenza tra le percentuali osservate a t_2 e t_1

giore efficacia nella didattica/formazione rispetto a precedenti incarichi (t_1=38,5%, t_2=28,6%; Δ=-9,9%).
Le differenze trovate sono risultate statisticamente significative (p=0,000).

Area della ricerca

Per quanto riguarda l'area della ricerca, dalla fine del corso (t_1) al momento del *follow-up* (t_2) è aumentata la percentuale di laureati che hanno realizzato varie pubblicazioni scientifiche (t_1=7,7%, t_2=16,5%; Δ=8,8%). E' diminuita invece la per-centuale di laureati che sono stati coinvolti nella progettazione di protocolli di ricerca (t_1=26,4%, t_2=20,9%; Δ=-5,5%), la percentuale di coloro che hanno realizzato la pubblicazione della propria tesi (t_1=15,4%, t_2=14,3%; Δ=-1,0%) e quella di coloro che hanno percepito una maggiore efficacia nella gestione degli incarichi in quest'ambito (t_1=14,3%, t_2=7,7%; Δ=-6,6%). Nel periodo esaminato (da t_1 a t_2) non è stata trovata alcuna differenza nella percentuale di laureati che sono stati responsabilizzati della progettazione di protocolli di ricerca.
Le differenze trovate non sono risultate statisticamente significative (p=0,380).

Area clinica

In ambito clinico, dalla fine del corso (t_1) al momento del *follow-up* (t_2) si è registrato un aumento della percentuale di laureati incaricati di revisionare protocolli, procedure e/o percorsi assistenziali (t_1=24,2%, t_2=27,5%; Δ=3,3%) e di quelli che hanno assunto ruoli di responsabilità clinica (t_1=5,5%, t_2=8,8%; Δ=3,4%). E' diminuita invece la percentuale di laureati che hanno percepito un miglioramento della loro efficacia in ambito clinico (t_1=30,8%, t_2=22,0%; Δ=-8,7%).
Le differenze trovate non sono risultate statisticamente significative (p=0,532).

Effetti sullo sviluppo della carriera

Al momento del *follow-up* (t_2), 26 laureati su 91 (28,6%) hanno avuto uno sviluppo di carriera (Tabella 2). Confrontando i ruoli rivestiti dai laureati nel periodo t_2 rispetto a quelli nel periodo t_0 (precedente all'inizio del corso) è emersa una progressiva riduzione dei ruoli clinici, per esempio quello di infermiere clinico (t_0=24,2%, t_2=16,5%; Δ=-7,7%) o esperto (t_0=29,7%, t_2=16,5%; Δ=-13,2%), a vantaggio di quelli manageriali, per esempio dirigente aziendale (t_0=3,3%, t_2=11,0%; Δ=7,7%) o responsabile di struttura operativa (t_0=5,4%, t_2=9,9%; Δ=4,5%). Queste variazioni sono risultate significative (p=0,022).

Livelli di autorevolezza e valorizzazione percepita

I livelli di autorevolezza medi percepiti nel gruppo multiprofessionale e tra i colleghi sono stati simili sia al termine del corso (periodo t_1, rispettivamente 6,34±2,4 e 6,75±2,0) sia a due anni di distanza (periodo t_2, rispettivamente 6,91±2,1 e 6,90±2,1). Non è

Tabella 2. Rilevazione dello sviluppo della carriera dei laureati negli intervalli di tempo considerati (da t_0 a t_2)

	Percentuale di laureati			Differenze negli intervalli di tempo		
	t_0	t_1	t_2	Δ (t_1-t_0)	Δ (t_2-t_1)	Δ (t_2-t_0)
Ruolo	%	%	%	%	%	%
Infermiere, infermiere pediatrico, ostetrica/o clinica	24,2	18,7	16,5	-5,5	-2,2	-7,7
Infermiere, infermiere pediatrico, ostetrica/o esperto/a	29,7	18,7	16,5	-11,0	-2,2	-13,2
Coordinatore di reparto	19,8	15,4	12,1	-4,4	-3,3	-7,8
Coordinatore con posizione organizzativa	3,3	11,0	9,9	7,7	-1,1	6,6
Responsabile di dipartimento	11,0	13,2	14,3	2,2	1,1	3,3
Responsabile della struttura operativa	5,4	8,8	9,9	3,4	1,1	4,5
Dirigente aziendale	3,3	6,6	11,0	3,3	4,4	7,7
Tutor didattico del corso di laurea	3,3	6,6	7,7	3,3	1,1	4,4
Dottorando	-	1,1	2,2	1,1	1,1	2,2
Test χ^2 gradi di libertà (gl) significatività (p)	-	-	-	10,052 7 0,185	2,172 8 0,975	16,326 7 0,022*

* Significatività statistica: p<0,05
t_0: prima dell'iscrizione al CdLSSIO
t_1: al termine del CdLSSIO
t_2: a due anni dal termine del CdLSSIO (*follow-up*)

Δ (t_1-t_0): differenza tra le percentuali osservate a t_1 e t_0
Δ (t_2-t_1): differenza tra le percentuali osservate a t_2 e t_1
Δ (t_2-t_0): differenza tra le percentuali osservate a t_2 e t_0

Tabella 3. Livelli medi di autorevolezza e valorizzazione percepiti nell'intervallo di tempo considerato (da t_1 a t_2)

	Punteggio indicato dai laureati		Differenza media	Test t, gradi di libertà, significatività		
	t_1	t_2				
Autorevolezza	**media±DS**	**media±DS**	**Δ (t_2-t_1), IC 95%**	**t**	**gl**	**p**
Gruppo multiprofessionale	6,34±2,4	6,91±2,1	0,57, IC da -0,084 a -1,224	1,718	189	0,087
Colleghi	6,75±2,0	6,90±2,1	0,15, IC da -0,444 a -0,744	0,498	189	0,619
Valorizzazione	4,11±2,9	4,47±3,0	0,36, IC da -0,374 a -1,094	0,838	189	0,402

gl: gradi di libertà
t_1: al termine del CdLSSIO
t_2: a due anni dal termine del CdLSSIO (*follow-up*)
DS: deviazione standard

emersa alcuna differenza significativa nei livelli di autorevolezza tra i periodi t_1 e t_2 (Tabella 3).
Il livello medio di valorizzazione nel contesto lavorativo percepito dai laureati specialisti è risultato molto basso sia al termine del corso (4,11±2,9) sia a due anni di distanza (4,47±3,0).

DISCUSSIONE

Effetti sullo sviluppo professionale

Il CdLSSIO ha determinato diversi effetti sullo sviluppo professionale dei laureati. Tali effetti non sono stati omogenei nelle quattro aree curriculari e, fatta eccezione per l'area formativa e didattica, non sono stati statisticamente significativi. In particolare:

- area manageriale: al *follow-up* c'è stato un aumento del coinvolgimento dei laureati in gruppi di lavoro di rilevanza organizzativa e una leggera diminuzione della loro responsabilizzazione nella conduzione di progetti di miglioramento e/o accreditamento; tali variazioni non sono però risultate significative (p=0,532);
- area formativa e didattica: al *follow-up* c'è stato un aumento del coinvolgimento dei laureati nella progettazione di interventi di formazione continua, dell'assegnazione di incarichi di docenza nella formazione continua e universitaria, del loro coinvolgimento nella progettazione o gestione di laboratori didattici e/o seminari e una diminuzione nella responsabilizzazione della progettazione di iniziative di formazione continua e nell'assegnazione di incarichi di tutoraggio. Queste variazioni sono risultate statisticamente significative (p=0,000);
- area di ricerca: al *follow-up* si è registrato un aumento nella realizzazione di pubblicazioni da parte dei laureati, eccetto quella della propria tesi, ma al contempo una diminuzione nel loro coinvolgimento nella progettazione di protocolli di ricerca. Queste differenze tuttavia non sono risultate statisticamente significative (p=0,380);
- area clinica: al *follow-up* si è manifestato un aumento dell'assegnazione di incarichi ai laureati riguardanti la revisione di protocolli, procedure e percorsi assistenziali e della responsabilizzazione per ruoli clinici. Anche in questo caso, però, tali variazioni non sono risultate statisticamente significative (p=0,532).

La diversa distribuzione di crediti formativi universitari (CFU) nelle quattro aree curriculari del CdLSSIO potrebbe avere determinato una diversa acquisizione di competenze che si è successivamente manifestata nell'esercizio professionale. A tal proposito è necessario riflettere sulla necessità di garantire un maggiore equilibrio nell'attribuzione di crediti nelle diverse aree curriculari (Sansoni J et al., 2007).
La bassa percezione degli effetti nell'area manageriale e la mancanza di differenze significative nel periodo di studio potrebbe essere legata al fatto che la coorte dei laureati occupava già posizioni organizzative o aveva già competenze in area manageriale; infatti, nei primi anni di attivazione dei CdLSSIO, la prevalenza dei laureati aveva il titolo di dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI o IID) o di infermiere abilitato alle funzioni direttive (AFD). Pertanto i laureati, più che un miglioramento, hanno probabilmente percepito un sostanziale consolidamento delle proprie competenze. D'altra parte, negli ultimi anni, proprio nell'area organizzativa si sono registrati numerosi mutamenti nelle aziende sanitarie e ospedaliere accompagnati da vari percorsi di formazione continua inerenti a quest'ambito. Questo potrebbe spiegare perché i partecipanti potrebbero avere percepito in modo più sfumato il contributo del CdLSSIO nello sviluppo delle proprie competenze manageriali.
I significativi cambiamenti registrati nell'area della formazione potrebbero invece essere ricondotti alle maggiori opportunità offerte dai corsi di laurea che hanno progressivamente attivato il reclutamento di tutor e docenti tra coloro in possesso della laurea specialistica e a una progressiva valorizzazione dei laureati magistrali anche nelle attività di formazione continua.

Effetti sullo sviluppo della carriera

L'analisi dei dati raccolti riguardo agli effetti del corso CdLSSIO sullo sviluppo della carriera mostrano una

significativa tendenza dei laureati ad assumere posizioni organizzative di struttura o dipartimentale a sfavore di ruoli clinici, tendenza marcata soprattutto a distanza di due anni dal corso (p=0,022). Infatti, più del 20% dei partecipanti ha abbandonato il ruolo clinico a favore di ruoli manageriali.
I risultati suggeriscono una riflessione sulla necessità di offrire nuovi spazi di esercizio professionale nelle diverse aree (Saiani L et al., 2006) specie in quella clinica (Chiari P et al., 2008). L'apertura a ruoli di responsabilità in tale ambito permetterebbe di affrontare con maggiore efficacia le sfide emergenti (Casson P et al., 2012).

Limiti dello studio
Considerata la natura trasversale dello studio, nonostante siano stati pochi i laureati a non avere partecipato al *follow-up* a due anni di distanza (9%), i risultati non vanno generalizzati in assoluto. Inoltre non è stato possibile individuare il momento in cui si sono registrati i massimi effetti del CdLSSIO ma solo la variazione degli effetti alle varie rilevazioni.
Com'è noto, le traiettorie di carriera e di sviluppo professionale sono molto diversificate per coloro che intraprendono, per esempio, un percorso manageriale, della formazione o della ricerca; per questo motivo è auspicato un sistema di monitoraggio continuo sugli effetti anche a più lungo termine. Inoltre gli effetti del CdLSSIO a due anni potrebbero essere stati influenzati da un *recall bias;* può avere influito anche l'eventuale frustrazione dei laureati per non avere soddisfatto le proprie aspettative di sviluppo professionale e di carriera.
L'anonimato nell'analisi dei dati non ha permesso alcun appaiamento di dati tra le rilevazioni, per esempio il ruolo occupato da un laureato prima e dopo il CdLSSIO, come pure un'analisi di sottogruppo per indagare l'impatto sugli infermieri, sugli infermieri pediatrici e sulle ostetriche.

CONCLUSIONI
Il corso ha prodotto effetti positivi sullo sviluppo professionale dei laureati in tutte le aree che costituiscono la struttura curriculare del CdLSSIO, anche se in modo disomogeneo. Il fatto che questi effetti siano risultati statisticamente significativi solo in ambito formativo e didattico suggerisce la necessità di promuovere un maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione professionale dei laureati anche nelle altre aree.
Parallelamente, a livello di sviluppo della carriera, c'è una tendenza dei laureati all'assunzione di ruoli manageriali. Il fabbisogno di laureati magistrali però non può essere legato solo alla prospettiva dirigenziale ma deve considerare anche l'esigenza di far avanzare le competenze nelle altre aree, soprattutto quella clinica. Bisogna quindi riflettere sull'opportunità di creare modelli innovativi di assistenza che consentano una maggiore possibilità di espressione nella pratica professionale delle competenze cliniche avanzate acquisite nel percorso di studi, anche attraverso una maggiore attribuzione di ruoli di responsabilità clinica.
Una sfida potrebbe essere la progettazione di studi per misurare come la presenza di infermieri provenienti da corsi di formazione avanzata possa influenzare gli esiti di salute nei pazienti.

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

Ringraziamenti: gli autori ringraziano tutti i partecipanti per la disponibilità e il prezioso contributo offerto alla realizzazione dello studio.

BIBLIOGRAFIA
Aiken LH (2011) *Nurses for the future.* N Eng J Med, 364(3), 196-198.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. (2008) *Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes.* J Nurs Adm, 38(5), 223-229.

Bourbonniere M, Evans LK (2002) *Advanced practice nursing in the care of frail older adults.* J Am Geriatr Soc, 50(12), 2062-2076.

Brooten D, Youngblut JM, Deosires W, et al. (2012) *Global considerations in measuring effectiveness of advanced practice nurses.* Int J Nurs Stud, 49(7), 906-912.

Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Browne G, et al. (2004) *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation.* J Adv Nurs, 48(5), 519-529.

Casson P, Guarnier A, Taddia P (2012) *Priorità del Nursing Management*. Assist Inferm Ric, 31(4), 170-171.

Chiari P, Sist L, Moranda D, et al. (2008) *Studio per documentare l'esperienza d'inserimento degli infermieri case manager in reparti per acuti: il punto di vista degli operatori, dei pazienti ed i risultati clinico-organizzativi.* Assist Inferm Ric, 27(4), 202-209.

Dante A, Miniussi C, Margetic H, et al. (2011) *Gli effetti di un corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche e ostetriche: risultati di uno studio trasversale*. Ig Sanita Pubbl, 67(5), 575-589.

Decreto ministeriale n. 509 del 3 novembre 1999. *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*. Gazzetta Ufficiale n. 2, 4 gennaio 2000.

Decreto ministeriale del 2 aprile 2001. *Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie*. Gazzetta Ufficiale n. 128, 5 giugno 2001.

Decreto ministeriale n. 225 del 23 luglio 2012. *Programmazione lauree magistrali area sanitaria a.a. 2012-13.*

Decreto ministeriale n. 270 luglio 2004. *Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con Decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999 n. 509*. Gazzetta Ufficiale n. 266, 12 novembre 2004.

Decreto ministeriale 4 agosto 2011. *Programmazione lauree magistrali area sanitaria a.a. 2011/2012.*

Dellai M, Ruocco M, Roat O, et al. (2006) *La competenza infermieristica superiore/avanzata.* Assist Inferm Ric, 25(2), 92-97.

Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, et al. (2012) *Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older.* J Am Geriatr Soc, 60(12), 2223-2231.

Jones ML (2005) *Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis.* J Adv Nurs, 49(2), 191-209.

Lake ET, Cheung RB (2006) *Are patient falls and pressure ulcers sensitive to nurse staffing?* West J Nurs Res, 28(6), 654-677.

Legge n. 43 del 1 febbraio 2006. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*. Gazzetta Ufficiale n. 40, 17 Febbraio 2006

Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, et al. (2011) *Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review.* Nurs Econ, 29(5), 230-250.

Saiani L, Brugnolli A (2006) *Gli obiettivi ed i contenuti core di management infermieristico nei percorsi formativi di base e post base.* Assist Inferm Ric, 25(2), 74-83.

Sansoni J, Saiani L, Marognolli O (2007) *Riflessioni sull'applicazione del nuovo ordinamento didattico del Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche nei primi tre anni di avvio (a.a. 2004-2007).* Med Chir Suppl, 39, 1607-1616.

Spencer RL (2006) *Nurses', midwives' and health visitors' perceptions of the impact of higher education on professional practice.* Nurse Educ Today, 26(1), 45-53.

Thomas J, Herrin D (2008) *The executive master of science in nursing program: competencies and learning experiences.* J Nurs Adm, 38(1), 4-7.

La mobilizzazione precoce per la prevenzione della sindrome da allettamento prolungato nell'utente anziano ospedalizzato: una revisione della letteratura

Alfio Tempera[1], Giuseppe Re Luca[2], Maura Lusignani[3]
[1]Infermiere, Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; [2]Infermiere tutor, Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; [3]Ricercatrice di Scienze Infermieristiche presso il Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Coordinatrice didattica del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Corrispondenza: lucagiuseppere@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione Nel paziente anziano il ricovero ospedaliero può causare il declino funzionale e cognitivo e aumentare il rischio di una temibile complicanza: la sindrome da allettamento prolungato.
L'obiettivo dello studio è quello di illustrare le strategie di mobilizzazione precoce ed esplicitare il ruolo dell'infermiere per prevenire la sindrome da allettamento prolungato.
Metodi E' stata condotta una revisione della letteratura tramite l'utilizzo di banche dati biomediche e la loro interrogazione tramite filtri e parole chiave; l'analisi e la sintesi degli articoli è presentata in forma narrativa e con tabelle sinottiche.
Risultati Il concetto di mobilizzazione precoce non ha ancora un significato chiaro e univoco; essa aiuta a prevenire il decadimento funzionale e cognitivo, stimola il trofismo muscolare, migliora l'umore e l'autostima dell'utente anziano ed evita l'insorgenza di complicanze dovute all'inattività prolungata.
Conclusioni La mobilizzazione precoce è essenziale per il ripristino della salute dopo un ricovero ospedaliero. L'esito è condizionato da variabili legate all'utente, al personale, al modello organizzativo e al contesto di cura. Gran parte della letteratura si occupa di strategie di mobilizzazione rivolte a utenti adulti non anziani. Occorrono ulteriori ricerche utili a pianificare e valutare l'efficacia di programmi riabilitativi specifici per l'utente anziano a rischio di sindrome da allettamento prolungato.
Parole chiave: sindrome da allettamento prolungato, mobilizzazione precoce, anziano, ospedalizzazione

Early mobilization for the prevention of prolonged bed rest syndrome in the hospitalized elderly user: a review

ABSTRACT

Introduction In the elderly user hospitalization can cause cognitive and functional decline and increase the risk of a serious complication: the prolonged bed rest syndrome.
The aim of the study is to explain the strategies of early mobilization and clarify the nurse's role to prevent the prolonged bed rest syndrome.
Materials and methods A review of the literature has been conducted through the query of biomedical databases with filters and keywords; the articles analysis and synthesis has been made in narrative form and with synoptic tables.
Results The concept of early mobilization does not yet have a clear and unambiguous meaning. Early mobilization helps to prevent cognitive and functional decline, stimulates the muscle tropism, improves the mood and the self-esteem of elderly user and avoids the onset of complications due to prolonged inactivity.
Conclusion Early mobilization is essential for the restoration of health after a hospital stay. Outcome is influenced by variables related to user, staff, organizational model and context of care. Most of the literature refers to mobilization strategies aimed at non-elderly adult users. Further research will be needed in planning and evaluating the effectiveness of specific rehabilitation programs for elderly user at risk for prolonged bed rest syndrome.
Key words: prolonged bed rest syndrome, early mobilization, elderly, hospitalization

INTRODUZIONE

Il soddisfacimento del bisogno di movimento, pure non rientrando tra quelli prioritari nella fase acuta di una patologia, non deve essere sottovalutato perché, se rimandato nel tempo, il ripristino delle funzioni locomotorie diventa problematico, complesso e a volte del tutto impossibile, specie in pazienti anziani e/o affetti da patologie cronico degenerative invalidanti (Bliss MR, 2009). La complessità clinica e assistenziale del paziente e la presenza di linee infusionali, drenaggi, una o più soluzioni di continuo o ferite chirurgiche, la mancanza di tempo e/o di personale non devono rappresentare un ostacolo alla mobilizzazione (Morris PE, 2007). Infatti il rischio è di esporre il paziente a vari tipi di complicanze fra cui la più temibile, e quella che forse le riassume tutte, è la sindrome da allettamento prolungato (Killewich LA, 2006). Con tale termine si intende una serie di cambiamenti fisiologici che avvengono nell'organismo a seguito di una protratta inattività (King BD, 2006). Quest'ultima può causare il declino delle normali attività funzionali e aumentare il rischio di complicanze riguardanti vari sistemi e apparati dell'organismo (Knight J et al., 2009) quali per esempio il sistema muscolo-scheletrico, i sistemi cardiocircolatorio, respiratorio e gastroenterico e l'apparato genitourinario (Winkelman C, 2009). La sindrome oltre a essere caratterizzata da una componente fisiologica ne possiede anche una psicologico-ambientale (Lipnicki DM et al., 2009). La popolazione prevalentemente a rischio è quella che conduce vita sedentaria, con età superiore ai 65 anni di entrambi i sessi (Kortebein P, 2009) con un indice di massa corporea (IMC) superiore a 25 chilogrammi per metro quadrato (Johnson KL et al., 2009) e con problemi nutrizionali (Lindgren M et al., 2004). E' preventivabile che all'aumentare dell'aspettativa di vita e della frequenza annuale di eventi traumatici corrisponderà un incremento d'incidenza della sindrome (Kortebein P et al., 2008). La sindrome da allettamento prolungato può generarsi o peggiorare durante un ricovero ospedaliero laddove la condizione patologica e/o lo stato d'immobilizzazione prolungata agiscono da fattori favorenti (Milbrandt EB, 2008). La mobilizzazione precoce contribuisce a prevenire il declino funzionale e le complicanze associate a un prolungato allettamento (Milbrandt EB, 2008; Graf C, 2006) ma occorre definire i tempi e le modalità di prevenzione ottimali e i contesti clinico assistenziali facilitanti in quanto attualmente non esistono né linee guida né protocolli condivisi (Milbrandt EB, 2008).

Obiettivo

Illustrare lo stato dell'arte a livello clinico assistenziale in merito alla mobilizzazione precoce per la prevenzione dell'insorgenza della sindrome da allettamento prolungato negli utenti d'età superiore ai 65 anni.

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) e Physiotherapy Evidence Database (PEDro). L'interrogazione di queste banche dati è stata effettuata utilizzando una serie di filtri e parole chiave.

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca, per un'efficace interrogazione delle banche dati biomediche e per un ottimale reperimento delle citazioni pertinenti l'argomento considerato nello studio è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PICO (patient, intervention, comparison, outcome) (Richardson WS, 1995) (Tabella 1).

Per la revisione sono stati inclusi:

- gli studi pubblicati negli ultimi dieci anni;
- gli studi con l'*abstract* disponibile;
- gli studi in lingua inglese.

La ricerca bibliografica è stata eseguita il giorno 15 dicembre 2012; le fonti biomediche di interesse per lo studio e le relative strategie di ricerca sono illustrate in Tabella 2.

Al termine della ricerca è stata operata una prima selezione da parte di due degli autori, Tempera A e Re Luca G, sulla base della pertinenza del titolo e dell'*abstract*; in caso di dubbio è stato interpellato il terzo autore, Lusignani M.

RISULTATI

I risultati congruenti al quesito clinico sviluppato sono stati 32. Questi articoli, utilizzando una lista di controllo precedentemente predisposta (Tabella 3), sono stati ulteriormente valutati dagli autori, ciascuno in maniera indipendente dagli altri, e quindi fil-

Tabella 1. Quesito clinico di ricerca individuato tramite la metodologia PICO

Metodologia PICO		
P	*patient* (paziente)	età superiore ai 65 anni
I	*intervention* (intervento)	mobilizzazione precoce
C	*comparison* (controllo)	paziente allettato
O	*outcomes* (risultati)	sindrome da allettamento prolungato

Quesito di ricerca

Durante il periodo post operatorio l'utilizzo di strategie di mobilizzazione precoce negli utenti di età superiore ai 65 anni può ridurre il rischio di insorgenza della sindrome da allettamento prolungato?

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave	Filtri
PubMed		
Prima ricerca	"bed rest"[Mesh] AND "early ambulation"[Mesh]	• presenza di *abstract* • pubblicato negli ultimi 10 anni • testo in lingua inglese • età superiore ai 65 anni
Seconda ricerca	("prolonged bed rest"[tiab] OR "bed rest"[tiab]) AND ("rehabilitation"[tiab] OR "nursing"[tiab] OR "rehabilitation nursing"[tiab])	• presenza di *abstract* • pubblicato negli ultimi 10 anni • testo in lingua inglese • età superiore ai 65 anni
CINAHL	"bed rest" AND "postoperative"	• presenza di abstract • pubblicato tra il 2002 e il 2012 • età superiore ai 65 anni
PEDro		
Prima ricerca	"rehabilitation" AND "postoperative period"	Non sono stati impostati filtri
Seconda ricerca	"rehabilitation" AND "bed rest"	
Terza ricerca	"postoperative" AND "bed rest"	

Tabella 3. Lista di controllo utilizzata per la selezione degli articoli individuati

Condizioni per la selezione degli articoli*
1. Il titolo è chiaro e l'argomento pertinente e di rilevanza clinica
2. Esiste un'esplicita dichiarazione degli eventuali conflitti di interesse
3. Esiste un'esplicita dichiarazione degli eventuali finanziatori dello studio
4. E' presente un riassunto strutturato secondo lo schema IMRAD** che bilancia in modo equilibrato che cosa è stato eseguito e che cosa si è ottenuto
5. C'è congruenza e coerenza fra riassunto e testo
6. Lo scopo dello studio è ben definito (chiarezza di intenti, importanza del quesito, rilevanza del quesito)
7. La metodologia di conduzione dello studio è adeguata per il tipo di quesito
8. Il disegno di ricerca è appropriato per lo scopo dello studio (giustificazione sul disegno utilizzato)
9. La strategia di reclutamento del campione è adeguata per lo scopo dello studio (chiarezza sulle modalità di selezione del campione, chiarezza sui criteri di inclusione ed esclusione)
10. I dati raccolti sono indirizzati alla risposta del quesito (giustificazione sull'impostazione della raccolta dati, chiarezza sulla metodologia di raccolta dei dati, giustificazione sulla metodologia prescelta, esplicitazione della metodologia prescelta, giustificazione di eventuali modifiche nella metodologia in corso d'opera, chiarezza sul formato dei dati)
11. Sono state affrontate eventuali considerazioni di natura etica (mantenimento standard etici, richiesta del consenso informato e rispetto della privacy, corretta gestione dei dati sensibili, approvazione del comitato etico)
12. L'analisi dei dati è stata rigorosa (descrizione approfondita del processo di analisi, esplicitazione della selezione dei dati per la conduzione del processo di analisi, i dati sono sufficienti per supportare i risultati, modalità di trattamento dei dati non contraddittori)
13. I risultati sono presentati in modo chiaro (esplicitazione dei risultati, adeguatezza e appropriatezza della discussione dei risultati, contestualizzazione sulla credibilità dei risultati, discussione dei risultati pertinente al quesito di ricerca)
14. I risultati dello studio sono rilevanti (esplicitazione del contributo dello studio alle conoscenze attuali, identificazione di nuovi ambiti di ricerca, esplicitazione delle modalità di trasferimento dei risultati nella pratica clinica)

* durante l'analisi di un articolo gli autori indicano, con risposta dicotomica (sì o no), se ciascuna condizione è rispettata o meno
** IMRAD: introduction, methods, results and discussion

trati; in seguito a questo passaggio sono stati esclusi altri sette articoli. Sono stati quindi considerati 25 articoli (Tabella 4).
I contenuti dei singoli studi considerati nella revisione sono riportati in maniera sintetica nella tabella a pagina e71.
I fattori di rischio per l'insorgenza della sindrome da allettamento prolungato si suddividono in intrinseci, legati alla persona, per esempio l'età e lo stile di vita sedentario, ed estrinseci, non legati alla persona ma interagenti con essa, per esempio l'ambiente di vita (Boltz M, 2012). Gli effetti della sindrome d'allettamento prolungato (Winkelman C, 2009; Lipnicki DM et al., 2009; Brower RG, 2009) sono sintetizzati in Tabella 5. Il rimodellamento muscolare e osseo, e quindi l'effetto di un allettamento prolungato, è diverso tra uomo e donna: esso è meno accentuato nel sesso femminile, probabilmente a causa di una differente azione ormonale rispetto a quella maschile (Winkelman C, 2009). Si stima che dal 35% al 50% circa degli anziani ricoverati in ospedale subisce un declino funzionale a partire dal terzo giorno di ricovero dovuto principalmente a riposo prolungato, nutrizione inadeguata, sviluppo di malattie iatrogene, infezioni nosocomiali e procedure chirurgiche (King BD, 2006). Le condizioni patologiche più comuni

Tabella 4. Risultati della ricerca bibliografica effettuata secondo le strategie stabilite

Banca dati	Articoli			
	Trovati	Correlati	Considerati	Inclusi nello studio
PubMed				25
Prima ricerca	13	549	19	
Seconda ricerca	25	164	11	
CINAHL	14	-	1	
PEDro				
Prima ricerca	14	-	-	
Seconda ricerca	11	-	1	
Terza ricerca	1	-	-	

Tabella 5. Componente fisiologica e psicologico-ambientale della sindrome da allettamento prolungato

Componente fisiologica		Componente psicologico-ambientale
Sistema	**Effetto**	
Muscoloscheletrico	atrofia, osteopenia, contratture e perdita di massa magra per aumentato catabolismo delle proteine muscolari	Vita sedentaria e povera di stimoli, mancanza di motivazione, stato di apatia, senso di inutilità
Cardiocircolatorio	alterazioni delle pareti cardiache e della pressione arteriosa con ipotensione ortostatica	
Respiratorio	atelettasie, accumulo di secrezioni, edema polmonare, perdita della capacità aerobica e ipossia	
Gastroenterico	rallentamento della peristalsi e costipazione	
Genitourinario	distensione vescicale e ritenzione urinaria con rischio di edemi diffusi e nefrolitiasi	
Circolatorio	ipercoagulabilità e stasi venosa con formazione di trombi ed emboli	
Tegumentario	alterazioni della cute e della sensibilità con rischio di lesioni da compressione	
Immunitario	immunosoppressione	
Metabolico	perdita di ioni di calcio (Ca^{++}) dal tessuto osseo con le urine, resistenza all'insulina delle cellule muscolari, aumento della glicemia, colesterolemia, trigliceridemia	
Sistema nervoso centrale	alterazione del ciclo sonno veglia, alterazione della memoria a breve termine e della funzione esecutiva, delirio, confusione, irritabilità, senso di inutilità, isolamento, alterazione della soglia del dolore	

negli utenti ricoverati in ospedale per lo sviluppo di sindrome da allettamento prolungato sembrano essere quelle che colpiscono il sistema cardiovascolare e respiratorio e le fratture (Lindgren M et al., 2004). I pazienti con problemi cognitivi hanno maggiore probabilità di avere un deficit funzionale (Kortebein P et al., 2008). Da non sottovalutare infine il fatto che l'immobilizzazione prolungata, creando perdita della propriocettività e del reclutamento dei motoneuroni per il disuso, aumenta il rischio di cadute (Winkelman C, 2009). Le più diffuse cause di mortalità connesse alla sindrome da allettamento prolungato sono le infezioni a carico dell'apparato respiratorio e le embolie polmonari (Johnson KL et al., 2009).

Per qualunque individuo l'esercizio fisico riduce lo stress ossidativo, migliora il tono dell'umore, riduce la sensazione di fatica e il decadimento muscolare (Vollman KM, 2010); dunque la mobilizzazione precoce di un utente, dopo l'evento acuto che ne ha determinato il ricovero in una struttura ospedaliera, rappresenta uno standard di cura per favorire il recupero ed evitare di incorrere nella sindrome da allettamento prolungato (Winkelman C, 2009). L'attività fisica contribuisce alla ripresa funzionale qualora sia regolare e consideri le caratteristiche dell'utente e la complessità della malattia (Winkelman C, 2009). Alcune strategie possono essere svolte al di là delle condizioni critiche in cui verte l'utente ma occorre sempre valutarne le capacità funzionali residue, la tolleranza all'esercizio, lo stato cognitivo, il tipo e il livello di gravità della patologia (Morris PE, 2007; Kortebein P, 2009; English KL et al., 2010; Winkelman C, 2009; Pellatt GC, 2007; Killewich LA, 2006; Vollman KM, 2010). In Tabella 6 sono rappresentate schematicamente alcune strategie di mobilizzazione precoce.

La mobilizzazione precoce non è indicata in particolari condizioni patologiche come per esempio l'angina instabile, le coronaropatie, l'insufficienza cardiaca allo stato terminale, le valvulopatie, le aritmie maligne o instabili, l'aneurisma aortico; in tali casi è richiesto un trattamento personalizzato per evitare un peggioramento della condizione ma per molte altre i dati disponibili in letteratura non forniscono risposte certe (Kortebein P, 2009). Allo stato attuale non esistono linee guida che forniscano un protocollo unico e condiviso di riabilitazione precoce (Milbrandt EB, 2008) e non è univocamente chiaro quali siano la dose ottimale di terapia motoria precoce e le figure preposte (fisioterapisti, infermieri, pazienti o *caregiver*) in funzione del tipo di paziente, della condizione patologica, della strategia di mobilizzazione e dell'obiettivo di cura (Milbrandt EB, 2008). Inoltre esistono condizioni predisponenti o limitanti per la mobilizzazione precoce (Tabella 7) che inevitabilmente possono condizionare gli esiti di cura a prescindere dalla tecnica di mobilizzazione precoce prescelta e dalla figura professionale individuata per attuarla (Kortebein P, 2009; Graf C, 2006; Gillis A et al., 2005; Boltz M, 2012; Morris PE, 2007; King BD, 2006; Milbrandt EB, 2008; Killewich LA, 2006; Bliss MR, 2009; Vollman KM, 2010).

La qualità della relazione infermiere-paziente è fondamentale nel corso della degenza perché influisce sull'andamento del percorso di cura e la relativa precoce ripresa funzionale, soprattutto se l'individuo è anziano (Gillis A et al., 2005). Occorre stabilire, in collaborazione con gli altri professionisti, con il paziente e gli eventuali familiari o *caregiver*, gli obiettivi riabilitativi personalizzati, condivisi, concordati, negoziati e raggiungibili in modo che si instauri una mutua collaborazione (Gillis A et al., 2005). Il paziente dev'essere stimolato e reso partecipe delle tecniche che deve apprendere o compiere, bisogna prestare ascolto alle sue sensazioni e dare risposta ai suoi dubbi oltre a cercare di instaurare un rapporto di empatia per poter trarre il massimo beneficio soprattutto durante le fasi acute della patologia, ovvero quelle in cui c'è il maggiore rischio di insorgenza della sindrome da allettamento prolungato (Gillis A et al., 2005). In modo coerente è necessario avere rispetto delle abitudini e degli stili di vita del paziente correggendone nel tempo solo gli aspetti che più rischiano di inficiare il successo del programma riabilitativo e offrendo adeguati tempi e modi affinché egli comprenda l'errore e si corregga spontaneamente (Gillis A et al., 2005).

DISCUSSIONE

La mobilizzazione precoce è molto importante per contrastare il declino funzionale, accelerare la ripresa dell'organismo e prevenire l'insorgenza della sindrome da allettamento prolungato. Anziché farsi condizionare dalla complessità del paziente, dai presidi sanitari a esso collegati o dal timore di commettere un errore durante la mobilizzazione occorre rivolgere l'attenzione sui benefici apportati, non ultimo il minore soggiorno in ospedale.

Il termine "precoce" non autorizza a definire con precisione quando sia più opportuno iniziare una terapia riabilitativa per il paziente ma l'essenziale è che essa sia eseguita quando i parametri emodinamici sono stabilizzati. Alcune delle strategie di mobilizzazione precoce possono essere attuate dall'infermiere il quale, dunque, ha un ruolo attivo e fondamentale nel prevenire la sindrome da allettamento prolungato, soprattutto con pazienti fragili e anziani.

Tabella 6. Strategie di mobilizzazione precoce

Strategia		Obiettivo		Razionale e modalità	Indicazioni e controindicazioni	Avvertenze	Figure preposte
Esercizi di ROM*	attivi**	mantenere il trofismo muscolare		flessione ed estensione, supinazione e pronazione, abduzione e adduzione delle principali articolazioni Durata degli esercizi: - 45-60 min/die in pazienti anziani acuti - 2-3 ore/die in pazienti anziani non acuti	- indicazioni: paziente ad alta criticità ma cosciente	non forzare rispetto ai normali ROM fisiologici	- fisioterapista - infermiere - paziente (su indicazione)
	passivi***				- indicazioni: paziente ad alta criticità in stato di coma reversibile o irreversibile o sedato		
Esercizi di resistenza		contrastare la perdita di massa muscolare		ripetute contrazioni di un muscolo o gruppi di muscoli contro un carico per un periodo di tempo prolungato	- indicazioni: paziente anziano con malattie croniche - controindicazioni: paziente in fase acuta di malattia	nessuna	- fisioterapista
Esercizi di forza		rafforzare le ossa e la muscolatura		forza massimale che un muscolo o un gruppo di muscoli genera a una data velocità	- indicazioni: paziente collaborante con malattia non in fase acuta - controindicazioni: paziente non collaborante o con malattia in fase acuta	nessuna	- fisioterapista
Esercizi isometrici		prevenire l'atrofia muscolare, l'osteoporosi	allenare la forza e/o la resistenza muscolare	produzione di forza ma non di spostamento articolare	- indicazioni: anche in fase di preabilitazione prima di un intervento chirurgico	nessuna	- fisioterapista - infermiere
Esercizi isotonici			provocare contrazione muscolare e modificazione della lunghezza del muscolo	produzione di tensione muscolare senza richiesta di movimento di parti del corpo (per esempio camminare, ginnastica aerobica, movimento delle braccia e gambe contro una lieve resistenza)	- indicazioni: anche paziente immobilizzato a letto - controindicazioni: pazienti intolleranti	in pazienti intolleranti ricorrere a esercizi isometrici	- fisioterapista - infermiere - paziente (su indicazione)
Deambulazione precoce		coadiuvare alla ripresa funzionale soprattutto a livello cardiocircolatorio, cutaneo, respiratorio e muscolare		camminare a fianco dell'utente con o senza dispositivo di sussidio alla deambulazione	- indicazioni: qualunque paziente, in base a diagnosi, coordinazione muscolare, stato cognitivo	eventuale promozione di percorsi riabilitativi (per esempio la traiettoria per stimolare l'equilibrio, salita e discesa di gradini)	- fisioterapista - infermiere - operatore socio sanitario
Preabilitazione		miglioramento della capacità aerobica e della forza		esercizi aerobici	- indicazioni: pazienti da sottoporre a intervento chirurgico	nessuna	- infermiere
Posizionamento		coadiuvare alla ripresa funzionale a livello cardiocircolatorio, respiratorio e cutaneo		variazione periodica decubiti (minimo ogni due ore); posizionamento su decubiti preferenziali in funzione della patologia o condizione	- indicazioni: qualunque paziente in stato di immobilizzazione forzata (temporaneo o permanente)	paziente critico: 5-10 minuti per adattarsi alla nuova posizione (stabilizzazione cambiamenti emodinamici legati a variazione di decubito)	- infermiere - operatore socio sanitario

* Range Of Motion: questi esercizi sfruttano il fisiologico grado di escursione articolare; ** esercizi eseguiti dall'utente su indicazione dell'operatore sanitario; *** esercizi eseguiti dall'operatore sanitario

Tabella 7. Mobilizzazione precoce: condizioni facilitanti e limitanti

	Condizioni facilitanti	Condizioni limitanti
Utente	- buon grado di autonomia - capacità di autocura - coinvolgimento familiari e/o *caregiver*	- età - stato di coscienza compromesso - tipo e gravità della patologia di base - tipo e gravità di patologie concomitanti - stato funzionale preospedalizzazione - declino cognitivo - stile di vita sedentario - ambiente di vita sfavorevole - assenza di familiari e/o *caregiver* - risorse economiche - livello culturale - motivazione - non attenzione alla propria salute - tempi di recupero - senso di dipendenza - senso di inutilità - isolamento sociale
Personale	- specializzazione - multidisciplinarità - motivazione	- non sufficiente attenzione ai bisogni dell'utente - eccessivo tecnicismo e burocrazia - eccessivo affidamento ai costosi presidi riabilitativi - valutazione superficiale del livello di autostima dell'utente - considerazione eccessiva della complessità clinica e assistenziale dell'utente - timore di dislocazione dei presidi connessi all'utente - timore di produrre danni derivanti da errate manovre in corso di mobilizzazione precoce - tendenza a raccomandare riposo a letto per utenti critici
Organizzazione	- attitudine a lavorare per obiettivi - programmazione in funzione del livello di mobilità dal momento del ricovero - flessibilità dei programmi - percorso riabilitativo personalizzato - carichi di lavoro progressivi - obiettivi di cura raggiungibili, condivisi, negoziati - presenza di standard di cura - approccio multidisciplinare alle cure - corretta gestione dello stato nutrizionale - controllo periodico della glicemia - riduzione dello stato di sedazione - pianificazione di un appropriato *follow-up* - controllo del dolore - rispetto delle abitudini dell'utente - negoziazione con l'utente sui tempi e sulle modalità di riabilitazione motoria	- attività orientata allo svolgimento di compiti o mansioni - non ottimizzazione di spazi e percorsi fisici - mancato rispetto del ritmo sonno-veglia
Contesto di cura	-	- mancanza di tempo - carenza di personale - costo dei presidi - ambiente di cura - ospedalizzazione

CONCLUSIONI

Diversi studi illustrano le modificazioni fisiologiche che avvengono in un individuo a seguito di un allettamento prolungato; tuttavia sono pochi quelli che trattano di mobilizzazione precoce attuata in utenti anziani ricoverati in ospedali per acuti. Molte delle co-

noscenze si riferiscono a una popolazione giovane o adulta in fase di riabilitazione dopo traumatismi o interventi ortopedici; è auspicabile la promozione d'ulteriori ricerche in merito allo sviluppo di programmi riabilitativi specifici per l'utente anziano e finalizzati alla riduzione del rischio di insorgenza della sindrome da allettamento prolungato.

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

BIBLIOGRAFIA

Bliss MR (2009) *The rationale for sitting elderly patients in hospital out of bed for long periods is medically unsubstantiated and detrimental to their recovery*. Med Hypotheses, 62(4), 471-478.

Boltz M (2012) *Functional decline in hospitalized older adults: can nursing make a difference?* Geriatr Nurs, 33(4), 272-279.

Brower RG (2009) *Consequences of bed rest*. Crit Care Med, 37(10), S422-428.

English KL, Paddon-Jones D (2010) *Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest*. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 13(1), 34-39.

Gillis A, MacDonald B (2005) *Deconditioning in the hospitalized elderly*. Can Nurse, 101(6), 16-20.

Graf C (2006) *Functional decline in hospitalized older adults*. Am J Nurs, 106(1), 58-67.

Johnson KL, Meyenburg T (2009) *Physiological rationale and current evidence for therapeutic positioning of critically ill patients*. AACN Adv Crit Care, 20(3), 228-240.

Killewich LA (2006) *Strategies to minimize postoperative deconditioning in elderly surgical patients*. J Am Coll Surg, 203(5), 735-745.

King BD (2006) *Functional decline in hospitalized elders*. Medsurg Nurs, 15(5), 265-71.

Knight J, Nigam Y, Jones A (2009) *Effects of bedrest 2: gastrointestinal, endocrine, renal, reproductive and nervous systems*. Nurs Times, 105(22), 24-27.

Kortebein P (2009) *Rehabilitation for hospital-associated deconditioning*. Am J Phys Med Rehabil, 88(1), 66-77.

Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J et al. (2007) *Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults*. JAMA, 297(16), 1772-1774.

Kortebein P, Symons TB, Ferrando A et al. (2008) *Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 63(10), 1076-1081.

Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M et al. (2004) *Immobility a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study*. Scand J Caring Sci, 18(1), 57-64.

Lipnicki DM, Gunga HC (2009) *Physical inactivity and cognitive functioning: results from bed rest studies*. Eur J Appl Physiol, 105(1), 27-35.

Milbrandt EB (2008) *Use it or lose it!* Crit Care Med, 36(8), 2444-2445.

Morris PE (2007) *Moving our critically ill patients: mobility barriers and benefits*. Crit Care Clin, 23(1), 1-20.

Pellatt GC (2007) *Clinical skills: bed making and patient positioning*. Br J Nurs, 16(5), 302-5.

Richardson WS, Wilson MC et al. (1995) *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions*. ACP J Club, 123(3), A12-3.

Vollman KM (2010) *Introduction to progressive mobility*. Crit Care Nurse, 30(2), S3-5.

Winkelman C (2009) *Bed rest in health and critical illness: a body systems approach*. AACN Adv Crit Care, 20(3), 254-266.

Hvid L, Aagaard P, Justesen L et al. (2010) *Effects of aging on muscle mechanical function and muscle fiber morphology during short-term immobilization and subsequent retraining.* J Appl Physiol, 109(6), 1628-34.

Needham DM (2008) *Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function.* JAMA, 2300(14):1685-90.

Nigam Y, Knight J, Jones A (2009) *Effects of bedrest 3: musculoskeletal and immune systems, skin and self-perception.* Nurs Times, 105(23); 18-22.

Winkelman C (2007) *Inactivity and inflammation in the critically ill patient.* Crit Care Clin, 23(1), 21-34.

Tabella. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Articolo	Scopo	Risultati	Conclusioni	Spunti di ricerca
Bliss MR, 2009	Illustrare il posizionamento razionale dei pazienti anziani durante il prolungato soggiorno in ospedale	Vi sono vantaggi e svantaggi in base al tipo di posizionamento dei soggetti anziani in lungodegenza. Utilizzare letti antidecubito fino a quando il soggetto si sia ripreso dalla malattia. Mantenere la posizione seduta per non più di due ore	Scegliere quale sia il momento più consono per effettuare gli esercizi riabilitativi. Far riposare il soggetto a letto dopo gli esercizi	Carenza di studi sul posizionamento in associazione alle varie patologie
Boltz M, 2012	Individuare i soggetti adatti a tale programma di cure e valutare la ripresa funzionale	Una buona valutazione del soggetto anziano consente la personalizzazione e la riuscita del programma di cure riabilitative	I soggetti con un ridotto stato funzionale prima del ricovero in unità ospedaliera non hanno riacquisito le funzionalità di base. Per i soggetti con acuzie il ricovero con il programma di cure rappresenta un'opportunità fondamentale	Necessità di approfondimenti sul ruolo dell'assistenza infermieristica e dell'autocura
Brower RG, 2009	Valutare gli effetti benefici e gli svantaggi del riposo prolungato a letto prescritto dal medico e le misure di prevenzione contro le complicanze	La mobilizzazione precoce consente una rapida ripresa funzionale	Il medico consiglia il riposo a letto quando vuole che il paziente eviti sforzi inutili che contribuiscono al consumo di ossigeno. L'immobilizzazione prolungata aumenta il rischio di lesioni da compressione, compromissione del microcircolo, malnutrizione e infezioni	Carenza di studi sugli effetti della elettrostimolazione
English KL et al., 2010	Valutare l'associazione dei benefici di una corretta assunzione di proteine durante il giorno e l'attività fisica per contrastare le complicanze derivanti dall'immobilizzazione prolungata nei soggetti anziani	Un'adeguata attività fisica e un corretto apporto di proteine riducono il rischio di decadimento funzionale nell'anziano	La perdita di massa muscolare è più evidente negli anziani anche per un breve periodo di inattività. C'è rischio di grave declino della forza e della capacità funzionale. Un supplemento di proteine associato a esercizi aerobici aiuta anche se il recupero è lento	Mancano studi che confrontino le complicanze associate all'immobilizzazione prolungata tra giovani, adulti e anziani
Gillis A et al., 2005	Rilevare l'importanza della comunicazione e relazione tra paziente e infermiere in caso di utente costretto ad allettamento prolungato	La buona relazione tra paziente e infermiere genera un sentimento di fiducia che influenza positivamente l'umore e la ripresa della persona	Elementi basilari, come la comunicazione tra paziente e infermiere, se trascurati, possono portare al declino funzionale e cognitivo dell'utente	Necessità di approfondire il settore relazionale tra paziente e infermiere
Graf C, 2006	Valutare i fattori che contribuiscono al declino funzionale e gli esercizi fisici più opportuni per prevenirlo	Gli esercizi di *range of motion* (ROM) passivo e quelli di resistenza contribuiscono a ridurre le complicanze da immobilizzazione prolungata ma sui primi c'è maggiore aderenza	L'invecchiamento spesso è accompagnato da fragilità, è possibile stabilire standard di prevenzione e cura nelle unità geriatriche. L'assistenza deve essere multidisciplinare	Occorrono ulteriori studi e informazioni sui programmi di prevenzione contro gli effetti di un allettamento prolungato
Johnson KL et al., 2009	Rivalutare le opzioni di posizionamento terapeutico nei pazienti critici	Ogni posizionamento è adatto per una particolare condizione patologica (e un certo BMI) e non necessariamente anche per altre	A prescindere dal tipo di posizionamento ottimale, il cambio di posizione del paziente ogni due ore non viene sempre rispettato, a svantaggio dell'efficacia. Deve essere posta attenzione alla mobilizzazione dei soggetti obesi: la maggior parte degli interventi di posizionamento derivano da modifiche apportate alla mobilizzazione dei soggetti normopeso	Occorrono ulteriori ricerche per comprendere le basi fisiologiche e scientifiche del posizionamento ottimale nel paziente critico
Killewich LA, 2006	Comprendere se esistono strategie che possono minimizzare il decondizionamento post operatorio nei soggetti anziani	Un percorso terapeutico fatto di nutrizione e mobilizzazione precoce e controllo dell'analgesia consente una ripresa precoce e una ridotta permanenza in ospedale	La preabilitazione è fondamentale in quanto rende una persona in condizioni fisiche migliori nel pre operatorio per facilitare la ripresa nel post operatorio	Servono più studi su: esercizi fisici in soggetti anziani prima di essere sottoposti a intervento chirurgico; confronto tra lo stato nutrizionale pre operatorio e il decondizionamento; supporto motivazionale al decondizionamento nell'anziano

Segue a pagina e72

Prosegue da pagina e71

Tabella. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Articolo	Scopo	Risultati	Conclusioni	Spunti di ricerca
King BD, 2006	Evidenziare i fattori predisponenti al declino funzionale per evitare o minimizzare gli effetti negativi della lungodegenza in ospedale; attuare piani di ripresa personalizzati	Quasi la metà degli anziani ricoverati in ospedale subisce un declino funzionale a partire dal terzo giorno di ricovero	Occorre contrastare il declino funzionale con una mobilizzazione precoce e una dieta appropriata	E' necessaria una continua ricerca sulle cure appropriate per l'invecchiamento della popolazione
Knight J et al., 2009	Illustrare le conseguenze sull'organismo del riposo prolungato a letto ed evitare le complicanze	L'immobilizzazione prolungata a letto produce complicanze a carico dei sistemi gastrointestinale, endocrino, renale, riproduttivo e nervoso centrale	Vi è un rallentamento del metabolismo basale di tutti i sistemi a partire da dieci ore di immobilizzazione prolungata a letto	Le conoscenze sulle complicanze legate all'immobilizzazione prolungata rimangono carenti riguardo all'attività fisica e sessuale
Kortebein P, 2009	Valutare il grado di decondizionamento per potere programmare un piano di riabilitazione	I programmi personalizzati di riabilitazione per rallentare il declino funzionale sono fondamentali	Le cause del declino funzionale nei pazienti anziani ospedalizzati durante le fasi acute della malattia sono multifattoriali e non chiare. La riabilitazione deve massimizzare la ripresa funzionale in maniera sicura e tenendo conto della gravità della malattia	Ci sono pochi studi sui programmi riabilitativi nei pazienti acuti
Kortebein P et al., 2007	Verificare se il riposo a letto prolungato può contribuire alla compromissione o al declino funzionale	Un prolungato riposo a letto determina perdita di massa muscolare in particolare negli arti inferiori e una diminuzione della forza muscolare	L'effetto è ubiquitario sui due sessi mentre risente del numero e del tipo di patologie concomitanti	Servono ulteriori studi per valutare la compromissione nutrizionale e le modalità per prevenire il declino funzionale nella popolazione anziana
Kortebein P et al., 2008	Analizzare i fattori che influiscono sul cambiamento di alcune capacità come la riduzione della forza, della massa muscolare, il livello di performance e la capacità aerobica	Risulta utile garantire esercizi fisici di resistenza, nutrizione adeguata e una terapia farmacologica mirata	Gli anziani dopo un'immobilizzazione prolungata perdono massa e forza muscolare e capacità aerobica. Devono essere sottoposti a un programma riabilitativo precoce	Servono ulteriori ricerche future vista la scarsità di informazioni su tali argomenti
Lindgren M et al., 2004	Valutare i fattori che possono favorire la comparsa di lesioni da compressione in pazienti immobilizzati per un tempo prolungato	La causa principale di insorgenza di ulcere da compressione è il riposo a letto prolungato	Altri fattori che contribuiscono a far insorgere ulcere: età, peso e durata della degenza	Il problema delle lesioni da compressione causate dall'immobilità prolungata risulta molto serio e necessita di essere esaminato ulteriormente
Lipnicki DM et al., 2009	Valutare i meccanismi con cui l'inattività fisica agisce sulla funzionalità cognitiva	L'inattività produce l'aumento dei tempi di reazione sia visivi sia uditivi, alterazione del pensiero astratto e delle funzioni esecutive. L'attività fisica migliora le capacità cognitive durante il riposo a letto	L'esercizio fisico contrasta il decadimento funzionale, favorisce il miglioramento dell'umore e delle capacità cognitive	Mancano ancora studi sul rapporto tra attività/inattività fisica e capacità cognitiva
Milbrandt EB, 2008	Valutare l'appropriatezza di associare al riposo a letto la mobilizzazione precoce nei primi giorni di terapia intensiva	La mobilizzazione precoce aiuta a una ripresa funzionale immediata	La mobilizzazione precoce contrasta il declino funzionale. Restano aperte alcune questioni come quale sia la dose ottimale di terapia motoria precoce, che cosa si intende per precoce e se questo tipo di terapia è applicabile da tutti e a tutti	Rimangono aperte ancora questioni inerenti al significato di "precoce"
Morris PE, 2007	Valutare i vantaggi e gli ostacoli alla mobilizzazione precoce nel paziente in terapia intensiva ed eventuali strategie alternative	Il riposo prolungato a letto può causare diverse alterazioni controllabili tramite opportune strategie di mobilizzazione precoce	Gli elevati costi, la criticità della persona assistita, la facilità di dislocazione di alcuni presidi sanitari favoriscono la permanenza a letto prolungata	Pochi studi possono aiutare gli operatori a definire i rischi associati al movimento dei pazienti critici
Pellatt GC, 2007	Evitare l'insorgenza di complicanze legate al mal posizionamento del soggetto	Il cambio di posizione e la mobilizzazione sono fattori importanti per evitare l'insorgenza di lesioni da compressione	Il corretto posizionamento di un soggetto non autonomo è una competenza anche infermieristica	L'utilizzo di strategie di posizionamento che richiedano meno risorse fisiche e umane è un settore in via di sviluppo

Segue a pagina e73

Prosegue da pagina e72

Tabella. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Articolo	Scopo	Risultati	Conclusioni	Spunti di ricerca
Vollman KM, 2010	Valutare i tempi di inizio della mobilizzazione precoce e gli ostacoli che portano a preferire l'immobilizzazione del paziente critico	La mobilizzazione precoce, per quanto complessa possa apparire durante la degenza in terapia intensiva, è importante per accelerare la normale ripresa funzionale	La mobilizzazione di un paziente in terapia intensiva presenta diverse sfide ma i benefici per il paziente sono elevati	Occorrono studi che valutino e incrementino le tecniche di mobilizzazione precoce nel processo di cura
Winkelman C, 2009	Descrivere le conseguenze del riposo a letto prolungato e della mobilizzazione	Finché non c'è stabilità emodinamica è sconsigliata la mobilizzazione	Anche se comprensibile, il riposo in terapia intensiva non rimane privo di eventi avversi e dannosi	Occorrono studi sulla durata e frequenza delle attività riabilitative in pazienti compromessi
Hvid L, 2010	Valutare gli effetti e i benefici dell'allenamento della forza in soggetti anziani con patologie cronico degenerative durante la degenza ospedaliera subito dopo un intervento chirurgico	I soggetti che hanno ricevuto l'allenamento progressivo di forza hanno un minore decremento del diametro dell'arto inferiore	L'allenamento progressivo della forza è un metodo molto efficace per ripristinare la funzionalità muscolare e contrastare il decadimento funzionale	Non esistono molti studi sull'effetto dell'immobilizzazione negli anziani acuti
Needham DM, 2008	Comprendere se la mobilizzazione precoce in terapia intensiva apporti benefici	La riabilitazione precoce migliora la forza, il trofismo, l'umore, il benessere e la salute della persona assistita	La mobilizzazione precoce in terapia intensiva è un settore ancora in via di sviluppo. La debolezza neuromuscolare viene scoperta tardivamente	Gli studi finora effettuati risultano incoraggianti ma forniscono solo una base per nuove ricerche
Nigam Y, 2009	Prevenire gli effetti negativi dell'immobilizzazione sulla risposta immunitaria, sul decadimento muscolare e scheletrico e sull'immagine di sé	Più un muscolo è allenato e più facilmente e velocemente si ha perdita di massa e forza muscolare. L'esecuzione degli esercizi isometrici non previene l'atrofia muscolare	L'atrofia muscolare colpisce maggiormente gli arti inferiori. Vi è immunosoppressione indotta. L'immagine del proprio corpo precipita con la malattia (depressione, solitudine, perdita di autostima, senso di inutilità e isolamento sociale)	Rimangono aperte questioni sulla concezione di sé e della malattia, sulla percezione di un corpo malato e sulla stima di sé stessi in presenza di una patologia
Winkelman C, 2007	Valutare quando l'attività fisica produce effetti benefici e quando invece risulta eccessiva	In pazienti con malattie cronico degenerative si osservano: resistenza all'insulina con iperglicemia, contratture e lesioni dei nervi periferici, alterazione del sonno e dell'umore, confusione, depressione, irritabilità e agitazione	L'attività motoria di media-bassa intensità è utile al ripristino funzionale e non sembra esacerbare l'infiammazione	Servono ulteriori indagini per determinare se la terapia fisica possa influenzare positivamente il funzionamento dei pazienti critici senza esacerbare i processi infiammatori

CONTRIBUTI

Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico

di Stefano Limardi (1), Rosaria Alvaro (2), Gennaro Rocco (3), Alessandro Stievano (4), Ercole Vellone (5), Maria Grazia De Marinis (6)

(1) Dottorando di ricerca in Scienze infermieristiche Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
(2) Professore associato di Infermieristica Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
(3) Direttore Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica
(4) Ricercatore Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica
(5) Assegnista di ricerca in Scienze infermieristiche Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
(6) Professore associato di Infermieristica generale e clinica, Università Campus Bio-medico Roma

Corrispondenza: ste.lim@libero.it

Lo sviluppo di una disciplina implica il riesame continuo delle teorie e dei concetti che la compongono, anche di quelli ritenuti core o fondamentali. In questo quadro uno dei fenomeni che riscuote oggi un notevole interesse multidisciplinare è quello della resilienza vale a dire dell'"*idoneità di una persona ad affrontare le avversità e a superarle*"([1]). L'attenzione crescente nel nursing per la resilienza trova riscontro:

- nell'aumento del numero di articoli sul tema. Infatti, una ricerca in *Pubmed* e *Cinahl* su riviste infermieristiche, dal 1981 ad oggi, evidenzia che il tema della 'resilience' è stato oggetto del 22% delle pubblicazioni, datate 2011 e primi 11 mesi del 2012 (al 19 novembre 2012 reperiti 199 articoli: 160 da *Pubmed* e 39 da *Cinahl*);
- nell'assegnazione da parte di *Pubmed* del *MeSH Resilience, Psychological* nell'anno 2009;
- nell'inclusione nell'agosto 2009 da parte della *North American nursing diagnosis association* della resilienza tra le diagnosi infermieristiche del gruppo "Integrità dell'Io" (*Ego-integrity*) vale a dire tra le "capacità di sviluppare e utilizzare le competenze e comportamenti per integrare e gestire esperienze di vita"([2]).

Tra i lavori reperiti, quelli ritenuti importanti per fornire una migliore comprensione del concetto sono tre articoli ed un lavoro accademico di *concept analysis* sulla resilienza. (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Lavori scientifici infermieristici sul concetto di resilienza che applicano il metodo della concept analysis secondo Walker&Avant (2005)

1	Dyer J G, McGuinness T M (1996). Resilience: analysis of the concept. Archives of Psychiatric Nursing, 10(5),276-82
2	Gillespie B M, Chaboyer W, Wallis M (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. Contemporary nurse, 25(1-2),124-35
3	Earvolino-Ramirez M (2007). Resilience: a concept analysis. Nursing forum, 42(2),73-82
4	Cooper L (2008). Concept analysis: resilience. (Dissertation) Pacific Lutheran University School of nursing (Internet). Consultato il 19 aprile 2012, disponibile all'indirizzo: http://www.plu.edu/~cooperlk/doc/concept-analysis.doc

L'analisi del concetto (o *concept analysis*) può essere effettuata applicando varie tecniche (Rodgers, 1989; Hupcey, Penrod, 2005), tra cui quella di Walker e Avant (2005). Alcuni autori muovono delle critiche alla metodologia della *concept analysis* come base concettuale di definizione dei fenomeni di interesse. Ad esempio Morse (1995) afferma: "le *concept analysis* non producono una base teoretica utile" e Paley (1996) le considera un esercizio arbitrario. Secondo Hupcey e Penrod (2005) il potenziale contributo della *concept analysis* nello sviluppo della scienza infermieristica è stato talvolta "forzato". Comunque, in attesa di ulteriori sviluppi, nella nostra analisi sulla resilienza sono proprio le *concept analysis* che hanno contribuito a definire meglio il concetto e hanno permesso di delinearne con più chiarezza i contorni.
Il costrutto della resilienza ha un duplice valore nel nursing: clinico e culturale. Il valore clinico deriva dalla possibilità di controllare uno degli aspetti psicologici e comportamentali più importanti della risposta al problema di salute. Infatti l'osservazione del fenomeno della resilienza può indicare quali siano le condizioni personali, di setting e, più in generale, assistenziali che ne favoriscono lo sviluppo. La gestione dell'evento malattia, orientata da queste indicazioni, può associare all'inevitabile danno un possibile beneficio.
Il valore culturale è insito nella trasformazione del significato della partecipazione alle cure della stessa persona assistita, del caregiver o degli operatori. Difatti, perseguire la reintegrazione resiliente trasforma l'esperienza assistenziale in una possibilità di crescita personale e professionale.

Un'analisi del concetto di resilienza nella disciplina infermieristica
Il costrutto della resilienza è di difficile definizione, sia per la diversità degli orientamenti disciplinari di chi lo ha studiato che per l'evoluzione del concetto stesso (Luthar et al., 2000; Masten, 2007). Non esiste consenso su una sola definizione operativa e, anche se il problema è contenuto dall'uso di domini simili, il costrutto è utilizzato in ambiti diversi e per definire contenuti differenti (Shaikh, Kauppi, 2010).

La resilienza è stata analizzata da diversi punti di vista (Huang Min-Feng, 2009) come:

1. *tratto della personalità* - inizialmente la resilienza era associata al concetto di invulnerabilità innata (Werner, Smith, 1982), in seguito sostituito da quello di caratteristica della personalità (Stewart et al., 1997; Wagnild, Young, 1993);
2. *processo* - diversi autori (Luthar et al., 2000; Masten, 2001; Richardson, 2002) concordano sulla natura dinamica del costrutto, anche se ciascuno ne sottolinea aspetti e relazioni con fattori di protezione differenti (Rutter 1985);
3. *risultato* - taluni sostengono (McCubbin,2001; Olsson et al., 2003; Ahern et al., 2006) che la resilienza sia un risultato della risposta allo stress. Questa ipotesi ha suscitato critiche e trova scarsa applicazione nella ricerca. Le prime definizioni, riportate in tre dei quattro lavori considerati, sono di carattere generale e provengono da dizionari (**Tabella 2**).

Tabella 2 - Definizioni da dizionari riportate nei lavori esaminati

Definizione / fonte	Concept analysis
"la capacità di riprendersi dalla sfortuna o modificarla facilmente" Merriam - Webster Dictionary (2002)	Earvolino-Ramirez (2007); Cooper (2008)
"la capacità di riprendersi in fretta dalla malattia, dalla depressione, o modificare la sventura" American Heritage Dictionary (2005)	Earvolino-Ramirez (2007)
"atto di ritrarsi o rimbalzare indietro" (evitare l'ostacolo n.d.a.) Oxford Dictionary (1989)	Gillespie. et al. (2007)
"elasticità, la forza di riprendere l'originale forma o posizione dopo piegatura o altri shock" Oxford Dictionary (1989)	Gillespie. et al. (2007)
"la capacità di successo 'rimbalzo' da stress e traumi e riflette la capacità di mantenere l'equilibrio" Dizionario Barnhardt di Etimologia (1988)	Gillespie. et al. (2007)

Le definizioni estratte dalla letteratura scientifica (**Tabella 3**) presumono tutte la capacità di riprendersi da un'avversità (Dyer, McGuinness, 1996; Cooper, 2008).

Tabella 3 - Contenuti delle definizioni di resilienza dedotti dalla letteratura scientifica

Contenuti	Autori
contenimento del danno da stress - accettazione dell'avversità - adattamento	(Werner, Smith 1982) (Wagnild, Young 1993)
ripristino delle condizioni - mantenimento o recupero dell'omeostasi psichica	(Rutter 1985) (Curly 1998). (Felten, Hall 2001) (Humphgreys 2001) (Turner 2001)
insieme di fattori individuali e/o elementi del contesto	(Margalit 2004) (Garmezy 1993) (Polk 1997) (Walsh 2003) (Deveson 2003) (Holaday, McPhearson 1997)
processo dinamico	(Rutter 1990) (Luthar et al. 2000) (Dyer, McGuinness 1996)
competenza - modello - comportamento	(Werner 1993) (Connor, Davidson 2003) (Richardson 2002) (Dyer, McGuinness 1996)

Gli antecedenti della resilienza

Gli antecedenti, secondo Walker e Avant (2005), sono elementi o situazioni che precedono il verificarsi del concetto. Tutti gli autori sono concordi sulla necessità di un'*avversità* affinché la resilienza possa manifestarsi: infatti solo in presenza dell'avversità si rivelano le scelte coscienti o incoscienti di reintegrazione resiliente (Richardson et al.,1990), poiché i disagi permettono all'individuo di apprendere e verificare la capacità di resilienza (Richardson, 2002).

Le avversità devono costituire un trauma fisico o psicologico (Holaday, McPhearson, 1997; Sigal, Weinfeld, 2001) e devono presupporre una possibile risposta (Deveson, 2003; Humphreys, 2001; Turner, 2001). Inoltre il soggetto deve possedere la capacità cognitiva e sociale di interpretare tali avversità (Werner, 1993; Masten, 1994) ed una visione realistica del mondo, anziché un falso ottimismo o un atteggiamento depressivo (Holaday, McPhearson, 1997; Deveson, 2003). Risulta anche che avere ricevuto nell'infanzia *attenzioni e cure da un adulto* è un importante antecedente (Dyer, McGuinness, 1996) che contraddistingue il concetto.

Gli attributi critici della resilienza

Gli attributi critici, sempre secondo Walker e Avant (2005), sono le proprietà fondamentali della resilienza. Questi si possono collocare in due ambiti, correlati ed interagenti: gli attributi relativi alla percezione del sé e gli attributi sociali.

Per quanto riguarda gli attributi relativi alla percezione del sé Gillespie e Chaboyer (2007), Cooper (2008) e Earvolino-Ramirez (2007) segnalano *l'autoefficacia.* Quest'ultima associa l'autoefficacia con l'*autostima* e sottolinea, anche, l'importanza del *senso dell'umorismo* e dell'*alta aspettativa* che è generata dallo scopo esistenziale e dall'attribuzione di senso alla propria vita (Earvolino-Ramirez 2007). Dyer e McGuinness (1996) sostengono l'importanza del *senso di sé* e Gillespie e Chaboyer (2007) e Cooper (2008) quella della *percezione del sé* che scompongono in fiducia nelle proprie capacità e nella possibilità di controllo sulla situazione. Sia Dyer e McGuinness (1996) che Earvolino-Ramirez (2007) interpretano la *determinazione* e l'*autodeterminazione* come perseveranza, ma i primi ne sottolineano il carattere deciso e intraprendente, mentre l'altra la collega all'autostima.

L'importanza della *speranza* nel costrutto di resilienza è sostenuta dalla letteratura (Werner, 1993; Holaday, McPhearson, 1997; Kashden et al 2002; Kohli, Mather, 2003). Snyder (2000) definisce la speranza: orientamento ad un obiettivo, fede di poterlo raggiungere e convinzioni, cognitive e motivazionali, che il relativo percorso può essere creato e seguito. La speranza è associata con strategie di *coping* adattive (Snyder, McCullough 2000; Werner 2004), oppure orientate a prevenire ed affrontare lo stress ma anche con il senso di controllo (Magaletta, Oliver, 1999; Snyder, McCullough, 2000) e di *empowerment* (Snyder, McCullough, 2000; Werner, 2004). Inoltre, la speranza è riconducibile alla *visione positiva* della vita (Cooper, 2008) e all'alta aspettativa (Earvolino-Ramirez, 2007), almeno come loro componente. La speranza è un presupposto del senso di sé (Dyer, McGuinness, 1996).

Anche il *coping*, come la speranza, è un attributo critico della resilienza (Gillespie, Chaboyer, 2007), per il suo valore di mediatore della risposta emotiva (Lazarus, Folkman, 1984), dunque, come predittore. Il coping è in stretto rapporto con la speranza (Gillespie, Chaboyer, 2007) o con il senso dell'umorismo (Earvolino-Ramirez, 2007).

Relativamente agli attributi sociali: Dyer e McGuinness. (1996), Earvolino-Ramirez (2007) e Cooper (2008) propongono il *superamento delle avversità* e il *reinserimento/reintegrazione sociale,* anche se con definizioni e contenuti diversi. Per Dyer e McGuinness (1996) vi è una parziale sovrapposizione con il senso di sé. Earvolino-Ramirez (2007) parla di reinserimento come della ripresa delle attività abituali e asserisce l'esistenza di un vantaggio conseguente al superamento, senza però definirlo.

La *ripresa dalle avversità* di Cooper (2008) richiama modelli concettuali della resilienza (Werner, Smith, 1982), dove il ripristino dell'omeostasi psico-fisica ha un ruolo centrale. Anche *le relazioni sociali* sono riconosciute come un attributo della resilienza da Dyer e McGuinness (1996), da Earvolino-Ramirez (2007) e da Cooper (2008), che rispettivamente le definiscono *atteggiamento pro-sociale*, *relazioni positive/assistenza sociale*, *relazione positiva con gli altri*. Gli atteggiamenti amichevoli e cordiali avvicinano le altre persone che con la loro presenza favoriscono il processo di resilienza (Dyer, McGuinness, 1996). A questi comportamenti sono sottese la *duttilità* e la *malleabilità* (Dyer, McGuinness, 1996). Earvolino-Ramirez (2007) mette in rapporto l'esistenza e la qualità delle relazioni sociali con la possibilità di avere sostegno. Anche Cooper (2008) indica la relazione positiva con gli altri quale attributo critico. Earvolino-Ramirez (2007) sostiene che all'attributo *flessibilità* corrispondono comportamenti simpatici, collaborativi e tolleranti, descrivendoli come temperamento semplice. Gli attributi sociali si riferiscono a condizioni complesse determinate da più di un soggetto e risultano, pertanto, di difficile utilizzazione nella pratica della ricerca.

Le conseguenze della resilienza

In tre delle quattro *concept analysis* esaminate, le conseguenze della resilienza (elementi o circostanze che seguono il verificarsi del concetto) riguardano il miglioramento della personalità. In un articolo si parla di *aumento della tempra* (Dyer, McGuinness, 1996), mentre altri due si riferiscono ad un insieme più ampio di elementi. Ad esempio Gillespie e Chaboyer (2007) parlano di *sviluppo personale* conseguente ai turbamenti, mentre Cooper (2008) di *crescita complessiva della personalità*. Earvolino-Ramirez (2007) e Dyer e McGuinness (1996) elencano tra le conseguenze della resilienza il *coping efficace*. Earvolino-Ramirez (2007) e Gillespie e Chaboyer (2007) lo descrivono come la *capacità di gestire le avversità* mantenendo un livello di funzionalità ottimale e come l'*esercizio della capacità di controllo*. Il *senso di controllo* non è definito ma paragonato al *mastery* che presuppone il possesso di grandi abilità o conoscenze (Earvolino-Ramirez, 2007), oppure viene riferito ad elementi concreti (Gillespie, Chaboyer, 2007) ed inquadrato come *controllo del contesto* (Masten, 1994). *L'adattamento positivo* è una conseguenza della resilienza di natura semplicemente psicologica (Kohli, Mather,2003; Masten, 1994; Woods, Isenberg, 2001). Per Earvolino-Ramirez (2007) l'adattamento positivo corrisponde al respingimento di un evento dirompente o negativo seguito da un recupero utile ed efficace.

La *reintegrazione* è una delle conseguenze della resilienza e per Cooper (2008) va intesa come *reintegrazione sociale,* mentre Gillespie e Chaboyer (2007) la descrivono come *integrazione fisica e psicologica nel contesto* (Deveson, 2003; Holaday, McPhearson, 1997; Richardson, 2002).

Cooper (2008), oltre a Dyer e McGuinness (1996), afferma che una conseguenza della resilienza è la *capacità, precedentemente assente, di far fronte alle difficoltà* che assume il significato di *senso di superamento della situazione* (Dyer, McGuinness, 1996).

I referenti empirici della resilienza

I referenti empirici sono realtà oggettive che provano l'esistenza del concetto e che permettono di valutare l'entità di una condizione connessa al costrutto (Walker, Avant 2005). Si identificano, principalmente, con gli strumenti di misurazione del concetto disponibili. Solo tre delle quattro *concept analysis* prendono in esame strumenti di misurazione della resilienza (**Tabella 4**).

Tabella 4 - Concept analysis e relativi strumenti di misura della resilienza esaminati

Concept analysis	Strumenti di misurazione della resilienza					
	Ego resilience scale (ER 89) Block e Kremen (1996)	Resilience scale (RS) Wagnild e Young (1993)	Connor-Davidson resilience scale (CD RISC) Connor e Davidson (1994)	Brief Resilient coping scale (BRCS) Sinclair e Wallston (1996)	Resiliency attitudes scale (RAS) Biscoe e Harris (1994)	Resilience scale for adults (RSA) di Friborg 2003
Gillespie e Chaboyer 2007	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	
Earvolino-Ramirez 2007						**X**
Cooper 2008		**X**	**X**			**X**
Dyer, McGuinness 1996	-	-	-	-	-	-

Gillespie e Chaboyer (2007) esaminano cinque strumenti di misurazione confrontandone l'affidabilità, i domini (sottoscale), gli item che li compongono e le modalità di assegnazione dei punteggi. Riportano per due scale i valori della validità convergente e per una la validità concorrente. L'affidabilità (α di Cronbach) è risultata migliore nella *CD-RISC: Connor-Davidson resilience scale* (Connor, Davison, 2003), con uno score da 0.89 a 0.93 e nella *RS: Resilience scale* di Wagnild e Young (Wagnild, Young, 1993), con uno score da 0.79 a 0.91. Il numero di item, che è inversamente proporzionale alla facilità e alla rapidità di somministrazione del test, parte dai 72 item della scala *RAS: Resiliency attitudes scale* (Biscoe, Harris, 1994) per passare ai 37 della *RSA: Resilience scale for adults* (Friborg, Hjemdalet al., 2003), ai 25 della RS e della CD-RISC, ai 14 della ER–89: the *Ego resilience scale* (Block, Kremen, 1996) e ai 9 della *BRCS: Brief resilient coping scale* (Sinclair, Wallston 2004).
I domini di ogni strumento riflettono teorie elaborate in base a studi in genere qualitativi, condotti su popolazioni molto caratterizzate (Tusaie, Dyer,2004), quindi poco generalizzabili. Earvolino-Ramirez (2007) esamina la scala RSA che considera anche il contesto socio-familiare, oltre all'individuo. L'autrice illustra con una tabella il parallelo tra gli attributi critici esposti nel suo articolo e i domini della scala. Anche Cooper (2008), che confronta la RSA, la CD-RISC e la RS giudica quest'ultima la migliore. Infatti, dai lavori esaminati risulta che la scala a 25 item di Wagnild e Young è lo strumento con i migliori riscontri psicometrici sperimentato su una più vasta gamma di popolazioni. Dyer e McGuinness (1996) non studiano i referenti empirici.

Il metodo dei casi
Il metodo dei casi consiste nel riportare casi nei quali il concetto si realizza pienamente, si realizza in parte (casi borderline), non si realizza affatto (casi contrari) oppure nell'esporre casi ipotetici che esemplifichino l'attuazione del concetto (Walker, Avant 2005). Il metodo dei casi è applicato in tre delle quattro *concept analysis*: Earvolino-Ramirez (2007), Cooper (2008), Dyer eMcGuiness (1996) propongono casi originali reali, realistici o di pura finzione, mentre Gillespie e Chaboyer (2007) non applicano il metodo dei casi.

In letteratura il metodo dei casi della *concept analysis* è criticato (Beckwith et al., 2008) in quanto: 1) il nesso che lega il caso al costrutto è opinabile, poiché non si può stabilire quanto dipenda dalla casualità e quanto sia riconducibile alla causalità. In altre parole, gli innumerevoli fattori comportamentali e di contesto sono difficilmente separabili gli uni dagli altri e questo è particolarmente rilevante nell'infermieristica, dove è spesso impossibile enucleare una variabile per poterla studiare indipendentemente dalle altre; 2) l'osservazione dei casi non porta a conclusioni oggettive circa la presenza del costrutto, perché ogni caso viene inevitabilmente interpretato dall'osservatore. Queste critiche sono ancora più fondate quando i casi non sono reali (Beckwith et al, 2008). In base a queste osservazioni, le indicazioni deducibili dal metodo dei casi hanno avuto, ai fini di questo lavoro, un'importanza relativa.

Conclusioni

L'applicazione della *concept analysis* alla resilienza è condizionata dalla natura astratta del concetto e dall'elevato numero delle sue proprietà che contraggono, tra loro, rapporti ambivalenti. Il metodo di analisi, quindi, fornisce risultati non conclusivi, da interpretare con cautela, ma comunque utili per orientare la scelta delle variabili operative e dei relativi strumenti di misura. Pertanto, le indicazioni delle *concept analysis* riguardano ampie aree di interesse, nelle quali si devono cercare elementi oggettivi e misurabili riferiti alla specifica popolazione che si vuole esaminare e al tipo di avversità che innesca il processo resiliente.

In estrema sintesi e semplificando quanto precedentemente esposto, la resilienza:

1. è una risposta ad un trauma fisico o psicologico che un individuo include nella propria esperienza;
2. è caratterizzata da speranza, senso del sé, autodeterminazione, flessibilità, autostima, autoefficacia, relazioni positive, presenza di una rete sociale;
3. determina: uno sviluppo della personalità che comprende l'incremento della capacità di adattamento, di superamento delle difficoltà, anche attuando strategie di *coping* efficace e di reintegrazione psico-fisica e sociale nel contesto.

Earvolino-Ramirez (2007) evidenzia che vi sono diversi pareri circa le modalità con cui si manifestano le conseguenze della resilienza. Tolan (1996) sostiene che, affinché si possa riscontrare la resilienza, è necessario che le sue conseguenze si manifestino contemporaneamente a livelli elevati, mentre Luthar (1991) sostiene che è sufficiente che si riscontri una prestazione elevata in un dominio e nella media negli altri.

Possibili sviluppi del concetto nella pratica

Son molteplici le ricadute delle conoscenze inerenti un concetto come la resilienza, dalle profonde implicazioni assistenziali, e applicabile a tutti gli attori dei *setting* sanitari.

Sinteticamente si possono ricondurre a tre ambiti:

- *clinico-organizzativo*: studi sulle condizioni e sulle dinamiche del *setting* assistenziale nel processo di reintegrazione resiliente;
- *etico*: studi sul valore personale e professionale del processo di resilienza per l'infermiere;
- *formativo*: studi sull'applicazione del concetto e del processo di resilienza nella formazione infermieristica.

La ricerca futura si dovrebbe orientare ad una più approfondita teorizzazione del costrutto e successivamente alla conoscenza del ruolo che riveste nel processo assistenziale e delle qualità che attori e *setting* debbono possedere per promuoverla.

[1] http://dizionari.zanichelli.it/parola-del-giorno/2006/06/13/.
[2] http://www.fchs.ac.ae/fchs/uploads/Files/Semester 1 - 2011-2012/NANDA group list.pdf.

BIBLIOGRAFIA

- Ahern N R, Kiehl E M, Sole M L, Byers J (2006). *A review of instruments measuring resilience*. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29(2), 103-125.
- Beckwith S, Dickinson A, Kendall S (2008). *The "con" of concept analysis: a discussion paper which explores and critiques the ontological focus, reliability and antecedents of concept analysis frameworks*. International Journal of Nursing Studies. 45(12), 1831-41.
- Biscoe B, Harris B (1994). *Resiliency attitudes scale*. Oklahoma City, Sage.
- Block J, Kremen A (1996). *IQ and Ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness.* Journal of Personality and Social Psychology 70(2), 349–361.
- Connor K M, Davidson R T (2003). *Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale*. Depression and Anxiety(18) 76–82.
- Cooper L (2008). *Concept analysis: resilience (Dissertation)*. Tacoma. Pacific Lutheran University School of nursing (Internet). Consultato il 19 aprile 2012, disponibile all'indirizzo: http://www.plu.edu/~cooperlk/doc/concept-analysis.doc.
- Curly M A (1998). *Patient-nurse synergy: optimizing patient outcomes*. American Journal of Critical Care. 7(1) 64–72.
- Deveson A. (2003). *Resilience*. Sydney: Allen & Unwin, 267, 161. 2.
- Dyer J G, McGuinness T M (1996). *Resilience: analysis of the concept*. Archives of Psychiatric Nursing 10(5), 276-82.
- Earvolino-Ramirez M (2007). *Resilience: a concept analysis*. Nursing Forum. 42(2),73-82.
- Felten B S, Hall J M (2001). *Conceptualizing resilience in women older than 85*. Journal of Gerontological Nursing 27(11), 46–53.
- Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J, Martinussen M (2003). *A new rating scale for adult resilience: what are the central prospective resources behind healthy adjustment?* International Journal of Methods in Psychiatric Research 12(2), 65–76.
- Garmezy N (1993). *Children in poverty: resilience despite risk*. Psychiatry 56, 127–136.
- Gillespie B M, Chaboyer W, Wallis M (2007). *Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis*. Contemporary Nurse, 25(1-2),124-35.
- Holaday M, McPhearson R W (1997). *Resilience and severe burns*. Journal of Counseling and Development 75(5), 346–357.
- Huang Min-Feng (2009). *Resilience in chronic disease: the relationships among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes. (Dissertation)*. Brisbane, Institute of health and biomedical innovation School of nursing Queensland University of Technology. (Internet) consultato il 2 dicembre 2012, disponibile all'indirizzo: http://eprints.qut.edu.au/30313/.
- Humphreys J C (2001). *Turnings and adaptations in resilient daughters of battered women*. Journal of Nursing Scholarship 9(33), 245-251
- Hupcey J E, Penrod J (2005). *Concept analysis: examining the state of the science*. Research and theory for nursing practice, 19(2), 197-208.
- Kashden T, Pelham W, Lang A, Hoza B, Jacob R, Jennings R, Blumenthal J, Gnagy E (2002). *Hope and optimism as human strengths in the parents of children with externalising disorders: stress is in the eye of the beholder.* Journal of Social and Clinical Psychology 21(4), 441–429.
- Kohli R, Mather R (2003). *Promoting psychosocial well-being in unaccompanied asylum seeking young people in the United Kingdom*. Child and Family Social Work 8, 201–212.
- Lazarus R S, Folkman S (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer.
- Luthar S (1991). *Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents*. Child Development, 62 , 600–616.
- Luthar S S, Cicchetti D, Becker B (2000). *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work.* Child development, 71(3), 543-62.
- Magaletta P, Oliver J (1999). *The Hope construct, will and ways: their relations with self efficacy, optimism, and general well being*. Journal of Clinical Psychology55(5), 539–551.
- Margalit M (2004). *Second generation research on resilience: social-emotional aspects of children with learning disabilities*. Learning disabilities research and practice19(1), 45–48.
- Masten, A S (1994). *Resilience in individual development: successful adaptation despite risk and adversity.* In M C Wang & E W Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Masten A S (2001). *Ordinary magic: resilience processes in development*. American Psychologist, 56(3), 227-238.
- Masten A (2007). *Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises*. Development and psychopathology, 19, 921-930.
- McCubbin L (2001). *Challenges to the definition of resilience*. Proceedings of the Annual Meeting of the American Psychological Association, August 24-28.
- Morse J M (1995). *Exploring the theoretical basis of nursing knowledge using advanced techniques of concept analysis*. Advances in Nursing Science, 17, 31.
- Paley J (1996). *How not to clarify concepts in nursing*. Journal of Advanced Nursing, 24, 572.
- Olsson C A, Bond L, Burns J M,, Vella Brodrick D A, Sawyer S M (2003). *Adolescent resilience: a concept analysis*. Journal of Adolescence, 26(1), 1-11.
- Polk L (1997). *Toward a middle range theory of resilience*. Advances in Nursing Science19(3), 1–13.
- Richardson, G E, Neiger B, Jensen S, Kumpfer K (1990). *The resiliency model*. Health Education, 21 , 33–39.
- Richardson G E (2002). *Metatheory of resilience and resiliency*. Journal of Clinical Psychology, 58(3), 307-321.
- Rodgers B L (1989). *Concepts analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle.* Journal of Advanced Nursing, 14, 330.
- Rutter M (1985). *Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder.* British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.
- Rutter M (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. In Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S, (Eds): *Risk and protective factors in the development of psychopathology:social competence in children*. Hanover, University Press.
- Shaikh A, Kauppi C (2010). *Deconstructing resilience: myriad conceptualizations and interpretations*. International Journal of Arts and Sciences 3(15), 155-176.
- Sigal J, Weinfeld M (2001). *Do children cope better than adults with potentially traumatic stress? A 40 year follow up of Holocaust survivors*. Psychiatry 64(1), 69–80.
- Sinclair V, Wallston K (2004). *The development and psychometric evaluation of the Brief resilient coping scale*. Assessment11(1), 94 – 101.
- Snyder C (2000). *The past and possible futures of hope*. Journal of Social and Clinical Psychology 19(1), 11–29.
- Snyder C, McCullough M (2000). *A positive psychology field of dreams: 'If you build it, they will come ...'*. Journal of Social and Clinical Psychology19, 151–160.
- Stewart M, Reid G, Mangham C (1997). *Fostering children's resilience*. Journal of Pediatric Nursing, 12(1), 21-31.
- Tolan P T (1996). *How resilient is the concept of resilience?* The Community Psychologist , 29, 12-15.
- Turner S (2001). *Resilience and social work practice: three case studies*. Families in Society 82 (5): 441–450.
- Tusaie K, Dyer J (2004). *Resilience: a historical review of the construct*. Holistic Nursing Practice, 2, 3–8,
- Wagnild G, Young H (1993). *Development and psychometric evaluation of the Resilience scale*. Journal of Nursing Measurement 1(2), 165-178.
- Walker L O, Avant K C, (2005). *The Strategies for theory construction in nursing 4th ed*. Upper Saddle River, Pearson Prentice Hall.
- Walsh F (2003). *Crisis, trauma and challenge: a relational resilience approach for healing, transformation and growth*. Smith College Studies in Social Work 74 (1),49–62.
- Werner E E, Smith R (1982). *Vulnerable but not invincible*. New York, McGraw-Hill.
- Werner E E (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.
- Werner E E (2004). *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery*. Paediatrics 114(2), 492.
- Woods S, Isenberg M (2001). *Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women*. Nursing Science Quarterly 14 (3), 215-221.

CONTRIBUTI

Il valore del servizio di follow-up dopo la degenza in terapia intensiva

di Sara Ferrato (1), Franca Bilora (2)

(1) Infermiere
(2) Medico
Clinica Medica II^ - Azienda ospedaliera di Padova

Corrispondenza: saraferrato.ss@gmail.com

Negli ultimi anni le possibilità di sopravvivere alle malattie critiche sono notevolmente aumentate grazie ai rapidi progressi e all'evoluzione che ha interessato le cure intensive (Uti). Si calcola che il 75% circa delle persone sopravviva al ricovero in Uti. È noto, però, come vi siano delle sequele che accompagnano il paziente dal momento della dimissione dal reparto e si protraggano anche a distanza di mesi e anni. Ne deriva che tra gli esiti auspicabili da una degenza in Terapia intensiva (Uti) si deve includere non solo la sopravvivenza del paziente e la prevenzione delle varie sequele patologiche, ma anche la qualità della vita successiva, secondo un modello bio-psicosociale.
Nel 2002, a Bruxelles, si è tenuto l'incontro "Sopravvivere alla Terapia intensiva", nel quale un gruppo di esperti si è confrontato sul possibile significato attribuito da pazienti e familiari riguardo la sopravvivenza post-Uti. Volgendo l'attenzione agli esiti a medio/lungo termine di tali pazienti, alcuni autori hanno indagato se effettivamente i risultati sono i migliori ottenibili dalle cure fornite e se il modo di assistere cambierebbe se si avessero maggiori informazioni circa gli esiti successivi alla dimissione dall'Uti (Angus, Carlet, 2003). Le risposte a questi quesiti sono state in gran parte fornite dai servizi di follow-up, in particolare da quelli di tipo ambulatoriale, promossi prevalentemente dai servizi sanitari dei Paesi del Nord Europa.
Considerando dunque la crescente attenzione per la qualità di vita delle persone dopo la malattia critica e la degenza in Uti è stato interessante e utile esaminare, attraverso l'analisi della letteratura, quanto finora raggiunto grazie ai servizi di follow-up nei Paesi in cui sono stati attivati. Lo scopo è stato di valutare i benefici e l'impatto di tali servizi sugli esiti, sul benessere e sulla qualità della vita delle persone che vi hanno avuto accesso.

Dalla letteratura emerge che il servizio di follow-up è raccomandato come mezzo di valutazione della qualità dell'assistenza di Terapia intensiva erogata (*Department of health* - London, 2000). È inoltre sottolineato come senza di esso il personale abbia solo "la morte" o "la dimissione del paziente vivo dalla Terapia intensiva" come risultati da cui partire per valutare l'attività di cura e assistenza, mentre è necessario arricchire costantemente le conoscenze, perché è proprio su queste che si basano le decisioni per migliorare la pratica clinica (Strahan et al., 2003).
Vi sono molti studi e opinioni di esperti, inoltre, che ritengono che le sequele della malattia critica possano essere meglio affrontate grazie ai servizi di follow-up, i quali offrono la possibilità ai professionisti della Terapia intensiva di discutere con i pazienti e i familiari delle esperienze, dei problemi e di fornire loro consigli e aiuti.

In particolare, si evince come i follow-up ambulatoriali, che permettono l'incontro faccia a faccia tra i protagonisti, siano più utili rispetto a dei più semplici follow-up telefonici o basati sull'adozione di strumenti di screening. Questi ultimi, infatti, non consentono una visita diretta e un esame obiettivo della persona, che è sicuramente più appropriato per rilevare eventuali problemi e rispondere con opportune misure. In sintesi, un servizio di follow-up ambulatoriale:

- favorisce la chiarificazione dell'evento/malattia critico e del trattamento effettuato in Terapia intensiva;
- offre un'opportunità per domande e discussione;
- permette l'identificazione di morbilità specifica della Terapia intensiva;
- consente la sorveglianza e il trattamento della morbilità fisica e psicologica;
- è un'opportunità per audit, ricerca e miglioramento dei servizi;
- favorisce un meccanismo di feedback sull'attività dello staff della Terapia intensiva.

I servizi di follow-up

I servizi di follow-up rivolti ai pazienti dimessi dall'Uti sono stati attivati in diversi Paesi con organizzazioni e modalità di sostegno diversi. Le prime forme di follow-up post-intensivi risalgono al 1990, periodo in cui in Norvegia e Svezia gli infermieri cominciarono ad adottare di loro iniziativa un Diario di terapia intensiva come strumento per aiutare i pazienti a dare un significato alla loro esperienza di malattia e seguirli nel loro percorso di recupero.

In Danimarca, invece, il servizio di follow-up è stato inserito come parte integrante del programma di recupero dalla Terapia intensiva nei primi anni del 2000: attualmente, il 17% delle Unità di terapia intensiva offre un follow-up, circa il 42% di questi servizi utilizza il diario. In Norvegia il 44% delle Unità di terapia intensiva utilizza come strumento il diario e il 26% delle Uo offre un servizio di follow-up ben definito, il quale viene anche svolto telefonicamente nel caso in cui vi fossero limitazioni a impedire gli incontri di persona. In Svezia il 76% delle Uti utilizza i diari, mentre il 30-40% offre un servizio di follow-up ben strutturato, altri, solo occasionale per la consegna del diario (Egerod et al., 2013).

Nel 2006, nel Regno Unito, è stato condotto un sondaggio per ottenere una stima del numero di servizi di follow-up ambulatoriali attivati. Il 30% esegue follow-up ambulatoriali, il 55% dei quali è gestito da infermieri, mentre il 70% non esegue follow-up, principalmente per limitazioni finanziarie.

I follow-up sono rivolti ai pazienti che sono stati ricoverati in Uti per tre o più giorni e i primi, sono fatti a distanza di 8-12 settimane dalla dimissione.

I servizi di follow-up attivati sono eterogenei: non esiste un modello particolare di follow-up e gli strumenti adottati sono vari, in percentuale maggiore quelli di derivazione locale, ma anche lo *Short form heath survey* (Sf-36), l'*Hospital anxiety and depression scale-anxiety* (Hads), l'*EuroQoL-5D* (Eq-5D) e uno strumento di screening per il Disturbo post traumatico da stress (Griffith set al., 2006).

In Italia (Bambi et al., 2013) solo il 7% delle UTI offre un servizio di follow-up , il quale risulta essere prevalentemente medico e solo in una realtà è completamente gestito da infermieri, mentre il 93% non prevede alcun tipo di follow-up. Gli utenti sono generalmente tutti quelli che sono stati ammessi all'Uti senza una particolare selezione, ad esclusione del caso in cui il servizio è rivolto ai *Chronically critically ill patients*, ossia a quei soggetti scompensati che dipendono da trattamenti tecnologicamente avanzati e che nel 50% dei casi muoiono entro l'anno dalla dimissione.

I follow-up sono effettuati a 3 e 6 mesi di distanza dal ricovero. Gli strumenti di valutazione adottati sono diversi, tra questi il più utilizzato è quello per la valutazione della qualità della vita (EQ-5D).

Anche i criteri per valutare il recupero fisico, psicologico e sociale sono numerosi e vari. Da ciò risulta impossibile avviare un confronto tra le diverse realtà sui dati ottenuti e rafforzare una rete di collaborazione tra i professionisti impegnati in questo servizio, al fine di ottenere miglioramenti e renderlo il più possibile efficace. La principale ragione dell'esiguità delle realtà che offrono tale servizio è riconducibile alla ridotta disponibilità di finanziamenti, di risorse umane e non per la loro attivazione, ma anche una scarsa consapevolezza generale dell'utilità di tale servizio (Bambi et al., 2013).
La presenza di studi di follow-up australiani e americani testimonia che tali servizi sono effettuati anche a livello extraeuropeo, anche se non sono stati rintracciate pubblicazioni che descrivano nel dettaglio come sono organizzati e gestiti.

Le tipologie di follow-up, le strategie individuate e gli strumenti più utilizzati
I servizi di follow-up sono promossi prevalentemente dai Servizi sanitari nazionali dei Paesi dell'Europa settentrionale. Tuttavia non esistono programmi di follow-up standard, condivisi da tutte le realtà e un modello ideale non è ancora stato individuato (Williams et al., 2011).

Uno studio di comparazione dei servizi di follow-up danesi, svedesi e norvegesi (Egerod et al., 2013) ha individuato quattro modelli di follow-up gestiti interamente da infermieri o con il supporto di un team multidisciplinare, definiti da tempi precisi d'intervento, attività e strumenti specifici. Il primo modello, gestito solo da infermieri e caratterizzato dall'utilizzo del diario, è utilizzato nei paesi nordici. Il secondo modello, presente solo in Danimarca, è un follow-up sempre condotto dagli infermieri, che ha le stesse caratteristiche del primo, ma non prevede l'utilizzo dei diari. Il terzo modello, della Svezia, è multidisciplinare e prevede il diario per ogni paziente; gli incontri avvengono sia già durante la degenza che nei mesi successivi alla dimissione. Il quarto modello, infine, è presente solo in Danimarca e differisce dal terzo solo per il non utilizzo del diario come strumento del programma.
In sintesi, considerando tutti gli studi reperiti in letteratura, un programma di cure post intensive può essere distinto in tre fasi principali:

- la prima si svolge mentre il paziente è ancora degente in Terapia intensiva e prevede l'eventuale stesura del "Diario del paziente" (per quanto riguarda i paesi scandinavi che li adottano) e realizzazione degli interventi di riabilitazione precoce;
- la seconda si attua durante la degenza del paziente nell'unità operativa successiva al trasferimento dalla Terapia intensiva e prevede la possibile consegna di un opuscolo con informazioni importanti riguardanti il recupero, nonché colloqui con il paziente;
- la terza avviene dopo la dimissione dall'ospedale e prevede la valutazione del paziente mediante esame obiettivo diretto e attraverso l'uso di strumenti validati di screening, discussione del diario, se presente, e raccolta d'informazioni da parte del personale riguardo la soddisfazione dell'utente.

Egerod ha riconosciuto poi tre strategie emerse dai diversi programmi di follow-up consistenti nella focalizzazione del lavoro nel passato del paziente, nel presente o un maggiore sguardo verso il suo futuro. Un programma di follow-up può includerle tutte o concentrarsi di più su una delle tre, in base agli obiettivi che si vogliono perseguire.
La prima strategia si concentra sull'esperienza di malattia vissuta dal paziente e prevede il colloquio diretto con il paziente, l'utilizzo di un diario e la possibilità di rivisitare la stanza in cui il paziente ha trascorso i suoi giorni in Terapia intensiva. Il diario da solo, infatti, non è in grado di trasmettere percezioni visive, uditive, olfattive, sensazioni che possono riaffiorare, invece, tornando direttamente nel luogo di permanenza (Storli, Lind, 2009).

Lo scopo è di favorire il recupero del paziente dal punto di vista psicologico attraverso l'elaborazione dell'esperienza vissuta, la ricostruzione di una parte della sua vita, il riempimento del vuoto che per molti pazienti rappresenta il periodo di degenza in Uti, poiché molto spesso i ricordi dei fatti avvenuti possono essere pochi e distorti. La seconda strategia si concentra sull'analizzare il paziente nel presente, così come si presenta al momento dell'incontro: la valutazione prevede l'utilizzo di strumenti validati come l'Icu-memory tool, Hads, Pts-14, Sf-36. La terza strategia è volta, invece, al recupero fisico del paziente attraverso un programma definito di riabilitazione. Un buon programma di follow-up per essere completo e considerare l'individuo in modo olistico dovrebbe comprendere tutte e tre le strategie.
Dall'analisi della letteratura considerata emerge come i programmi di follow-up inglesi siano particolarmente attenti anche all'aspetto riabilitativo fisico del paziente, mentre quelli scandinavi si concentrano più sul dialogo e, dunque, sul supporto psicologico. Un trial clinico randomizzato (Rct) effettuato in tre ospedali del Regno Unito ha mostrato, ad esempio, l'efficacia di uno specifico programma di riabilitazione guidata, in aggiunta ai comuni incontri di follow-up per favorire il recupero fisico e ridurre la depressione (Jones et al., 2003).
Gli strumenti prevalentemente utilizzati nei servizi di follow-up sono i seguenti:

- Short form health survey (Sf-36);
- EuroQol-5D (Eq-5D);
- Hospital anxiety and depression scale-anxiety (Hads);
- Davidson trauma scale (Dts);
- Impact event scale (Ies);
- Icu - memory tool;
- Intensive care experience questionnaire (Iceq);
- Diario di terapia intensiva del paziente.

Gli studi analizzati sono prevalentemente di tipo qualitativo, ossia ci offrono il giudizio degli utenti e, in alcuni casi, dei loro familiari riguardo ai servizi di follow-up. Tra questi, quello di Cutler et al. (2003) descrive un programma costituito da una prima visita, effettuata nella unità ove il paziente è stato trasferito dopo la degenza in Uti, e da altri due incontri a tre e sei mesi di distanza dalla dimissione. Dopo un anno, 1/3 dei pazienti in un'intervista telefonica semi-strutturata ha sottolineato l'importanza del servizio di follow-up per una migliore comprensione dell'evento critico (Engstrom et al., 2010, Prinjha, 2009). Anche nel più recente studio di Petersson et al. (2011) viene riportato come nel complesso il servizio sia stato considerato positivamente. È emerso, poi, come il primo contatto tra il paziente e l'infermiere si sia rivelato essenziale per molti pazienti. Molti hanno riferito, infatti, che il periodo immediatamente successivo alla dimissione è stato il più duro e quello in cui necessitavano maggiormente di sostegno e rassicurazioni. Per i pazienti per i quali non era possibile eseguire un colloquio di persona, sono stati garantiti dei contatti telefonici. Prinjha et al. (2009) hanno riscontrato come molti pazienti abbiano ritenuto il follow-up (previsto a tre e sei mesi di distanza dalla degenza) troppo lontano dalla dimissione, mentre avrebbero preferito essere contattati anche solo telefonicamente prima.
Nel 2012, grazie al supporto di due siti web appartenenti a due grandi gruppi di sostegno rivolti ai pazienti che hanno vissuto un'esperienza in Uti, "Icu steps"e "Ards foundation", è stato condotto uno studio per esplorare il punto di vista di ex pazienti in merito al programma di assistenza post-intensiva. I trentacinque partecipanti, provenienti da Stati Uniti, Canada, Regno Unito hanno risposto ad alcune domande aperte che invitavano ad indicare quali erano per loro le componenti essenziali di un buon programma di recupero e a commentare gli aspetti dell'assistenza post-intensiva ricevuti o meno.

Molti di essi hanno affermato che una volta lasciato l'ospedale hanno sentito il bisogno di ricevere più informazioni riguardo l'evento critico superato e rispetto a cosa aspettarsi nel futuro, nonché la necessità di essere rassicurati su ciò che stavano vivendo. I partecipanti hanno inoltre riconosciuto l'importanza di essere ascoltati e di avere contatti diretti con un infermiere di Terapia intensiva che potesse seguirli ed essere un punto di riferimento per loro, sottolineando così il valore di un adeguato supporto personale e della disponibilità di un professionista. Sebbene si tratti di una piccola indagine, dato il campione ristretto di persone che vi hanno preso parte, ma allo stesso tempo estesa, perché è riuscita a coinvolgere persone provenienti da realtà e paesi diversi, questo studio conferma che il servizio di follow-up può essere una valida soluzione, utile a rispondere al bisogno di raccontarsi e al bisogno di sapere dei pazienti.
Uno degli aspetti chiave di un buon programma di recupero è dunque l'informazione e l'educazione, in quanto le conoscenze limitano l'ansia e lo stress e aiutano a colmare il potenziale vuoto dettato dalla scarsa e distorta memoria dei fatti avvenuti (Deacon, 2012). Lo studio effettuato da Samuel e Corrigan (2009) in Svezia offre un esempio concreto di un programma post-cure intensive che rientra nel terzo modello di follow-up individuato da Egerod et al. Il programma, basato su un approccio multidisciplinare, con il coinvolgimento di medici e psicologi, oltre alla figura principale dell'infermiere di Terapia intensiva, si è rivelato realizzabile e ha ottenuto un elevato livello di soddisfazione da parte dei pazienti e dei loro familiari. Esso però non ha riportato i risultati concreti raggiunti in termini di miglioramento della salute e benessere. Dallo studio emerge che un programma come questo è ben gestibile da un infermiere esperto e ben qualificato di Terapia intensiva, assistito da un team multidisciplinare in caso di necessità, anche disponendo di risorse relativamente modeste. Il servizio è rivolto a tutti gli utenti che hanno trascorso almeno 48 ore in Uti. Lo studio sottolinea la necessità di dedicare almeno 90 minuti al colloquio per permettere l'instaurarsi di un clima disteso appropriato, in modo da favorire il paziente ad aprirsi e a raccontarsi, tenendo conto della sua vulnerabilità e della delicatezza degli argomenti trattati. Il colloquio, condotto con una particolare sensibilità, premura e rispetto da parte del personale infermieristico, è considerato anche un'occasione per permettere la trasmissione d'informazioni, l'individuazione di altre esigenze essenziali per il paziente, oltre che essere un servizio volto al supporto psicologico. Gli incontri hanno inoltre permesso all'intera equipe dell'Uti di ricevere preziosi feedback: dai racconti dei pazienti, infatti, sono emersi gli aspetti ritenuti più stressanti durante la degenza, che hanno permesso di individuare alcune delle aree sulle quali agire al fine di un miglioramento successivo.
Un altro studio effettuato in Svezia da Schandl et al. (2011). ha sottolineato il valore di un servizio di follow-up multidisciplinare (sempre rientrante nella terza categoria di follow-up descritti precedentemente) per individuare problemi fisici e psicologici non altrimenti osservati. Il 65% dei pazienti coinvolti necessitava di un programma di riabilitazione che non era stato avviato, nonostante i problemi fisici presenti; il 56% dei pazienti presentava punteggi superiori alla norma in almeno uno degli strumenti di screening psicologico e per il 35% di questi, dopo una valutazione diretta, è stata suggerita una visita psichiatrica. 61 pazienti, che hanno trascorso almeno quattro giorni in Uti o che sono stati degenti per un tempo inferiore, ma che hanno manifestato episodi di grave confusione o allucinazioni durante la degenza, sono stati invitati a partecipare a tre incontri di follow-up a tre, sei e dodici mesi di distanza dalla permanenza in Uti. Per tutti il primo incontro con un infermiere appartenente all'équipe della Terapia intensiva è avvenuto a distanza di una settimana, nel servizio in cui sono stati trasferiti dopo il ricovero in ITU. In questa occasione l'infermiere ha consegnato loro il diario, ha discusso dei ricordi del paziente e ha dato informazioni, comprese quelle riguardanti il successivo incontro.

Sono stati utilizzati come strumenti di screening Ies, Hads, Sf-36 e Icu memory t ool, che i pazienti dovevano portare con sé compilati nei successivi tre incontri. In ogni incontro, 40 minuti erano dedicati alla consultazione con il fisioterapista, 40 minuti con l'infermiere, durante i quali veniva discusso il contenuto del diario e l'infermiere valutava il paziente, gli aspetti riguardanti il suo stato occupazionale, cognitivo e sociale, considerando le risposte date ai questionari. Infine altri 40 minuti erano dedicati al colloquio con il medico.
Nel 2009 è stato poi pubblicato uno studio multicentrico randomizzato e controllato (Cuthbertson), effettuato tra il settembre 2006 e l'ottobre 2007, che coinvolgeva 286 pazienti di tre ospedali del Regno Unito, senza restrizioni nel campione se non per l'età (>18). L'obiettivo è stato quello di testare l'ipotesi dell'efficacia e convenienza dei programmi di follow-up gestiti da infermieri per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti ad un anno dalla dimissione dalla Terapia intensiva. I servizi di follow-up sono stati messi a confronto con le cure standard altrimenti fornite ai pazienti, utilizzando come parametri i valori degli esiti ottenuti in termini di qualità di vita correlata alla salute, misurati con l'Sf-36, ed eseguendo un'analisi costo-efficacia. A dodici mesi, non sono stati rilevati dati interessanti che potessero confermare l'efficacia di tali servizi: le differenze infatti tra i due campioni a confronto non sono risultate statisticamente significative. I servizi di follow-up, poi, non si sono nemmeno potuti considerare convenienti, in quanto per il loro costo non hanno ottenuto risultati che potessero giustificarlo. Il programma dei follow-up, che si atteneva ai percorsi Nhs, prevedeva incontri a tre e nove mesi dalla permanenza in Uti, durante i quali avveniva la discussione delle esperienze vissute, la valutazione dei requisiti per richiedere la consulenza di un medico specialista, lo screening per valutare la morbilità psicologica con il punteggio del Davidson trauma score e Hads e, per i pazienti ritenuti a rischio era previsto un controllo da parte di un professionista della salute mentale. Veniva poi rivisto il trattamento farmacologico in corso, data la possibilità di rivisitare il servizio di Terapia intensiva, rivisto il programma di fisioterapia se necessario e consegnata una lettera contenente i progressi evidenziati, qualora ve ne fossero, da consegnare al proprio medico di base. Il campione di comparazione, invece, aveva come riferimento il medico di medicina generale, il quale poteva indirizzare i pazienti a medici specialisti. Le valutazioni prevedevano il Sf-36, il Davidson trauma score e l'Hads a sei e dodici mesi, questionari non somministrati di persona, ma inviati a domicilio. L'analisi del costo-efficacia avveniva a sei mesi, mentre l'analisi della mortalità a dodici mesi. Uno dei motivi che si ipotizza possa aver contribuito a risultati non significativi per quanto riguarda i follow-up è il tempo degli interventi: a parte il programma di riabilitazione fisica stabilito alla dimissione, il primo incontro con i pazienti non è avvenuto prima dei sei mesi.

Conclusioni

L'ottimizzazione del recupero, piuttosto che la mera sopravvivenza, è un obiettivo importante della Terapia Intensiva. Studi osservazionali hanno constatato una diminuzione della qualità della vita e una maggiore necessità di assistenza sanitaria per sopravvissuti alla malattia critica (Williams, 2011). La malattia di un paziente infatti non si esaurisce con la sua dimissione dalla Terapia Intensiva.
Conoscere lo stato di salute dei pazienti che sono stati degenti in Terapia Intensiva è doveroso innanzi tutto nei riguardi dei pazienti stessi, poiché questi molto spesso portano con sé anche a distanza di tempo i segni della malattia. Questi segni sono "l'effetto collaterale" della cura, "il costo" che hanno dovuto sostenere per sopravvivere alla malattia. Ogni gesto di cura, ogni atto sanitario, deve poter essere valutato secondo il semplice e universalmente riconosciuto rapporto costo/beneficio. Il beneficio della degenza in Terapia Intensiva non può essere misurato solo in termini di sopravvivenza: sicuramente questo è uno degli indicatori di successo della cura, ma non è il principale e soprattutto non può continuare a essere l'unico.

Incontrare questi pazienti permette di dare valore e significato al “peso” che portano con loro. La presenza degli operatori sanitari nella vita di queste persone è tanto breve quanto dirompente, ma soprattutto può condizionare in maniera indelebile il loro futuro.
Il follow-up post intensivo può essere un valido servizio di sostegno al paziente in questo senso, anche se dalla letteratura disponibile e analizzata si evince come esso sia ancora una novità e/o in fase di sviluppo per molte realtà. La debolezza principale di tale servizio sta nella mancanza di prove concrete a sostegno dei suoi effetti (Egerod et al., 2011): sono quindi necessarie maggiori evidenze affinché possa essere giustificata e promossa la sua istituzione diffusa.

BIBLIOGRAFIA

- Angus D C, Carlet J. *Surviving intensive care: a report from the 2002 Brussels roundtable*. Intensive care med 2003; 29:368–377.
- Associazione nazionale italiana infermieri di area critica http://www.aniarti.it/documentazione/programma.php?eventkey=12 [17/11/2012].
- Bambi S, Solaro M, Cianchi G, Peris A. *Outpatient intensive care unit follow-up services in Italy: a national survey*. Dimens crit care Nurs 2013; 32(1):46-49.
- C Jones, Skirrow P, Phil M, Griffiths R D, Humphris G H, Ingleby S, Eddleston J, Waldmann C, Gager M. *Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial*. Crit care med 2003; 31:2456-2461.
- Chaboyer W, Grace J. *Following the path of Icu survivors: a quality improvement activity*. Nurs crit care 2003; 8:149-155.
- Chaboyer W, James H, Kendall M. *Transitional care after the intensive care unit: current trends and future directions*. Crit care nurse 2005; 25:16-28.
- Chrispin P S, Scotton H, Rogers J, Lloyd D, Ridley S A. *Short form 36 in the intensive care unit: assessment of acceptability, reliability and validity of the questionnaire*. Anaesthesia 1997; 52:15–23.
- Cuthbertson B H, Rattray J, Campbell M K, Gager M, Roughton S, Smith A, Hull A, Breeman S, Norrie J, Jenkinson D, Hernàndez R, Johnston M, Wilson E, Waldmann C. *The PRaCTICaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomized controlled trial*. Bmj2009; 339:b3723.
- Cutler L, Brightmore K, Colqhoun V, Dunstan J, Gay M. *Developing and evaluating critical care follow-up*. Nursing in critical care 2003; 8:116-125.
- Deacon K S. *Re-building life after Icu: a qualitative study of the patients' perpective*. Intensive and critical care nursing 2012; 28:114-122.
- Department of health. *Comprehensive critical care: a review of adult critical care services*. London: The stationery office 2000.
- Egerod I, Risom S S, Thomsen T, Storli S L, Eskerud R S, Holme A N, Samuelson K A M. *Icu-recovery in Scandinavia: a comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden*. Intensive and critical care nursing 2013; 29:103-111.
- Egerod I, Storlib S L, Akerman E. *Intensive care patient diaries in Scandinavia: a comparative study of emergence and evolution*. Nurs inq 2011; 18(3): 235–246.
- Engstrom A, Andersson S, Soderberg S. *Re-visiting the Icu Experiences of follow-up visits to an Icu after discharge: a qualitative study*. Intensive and critical care nursing 2008; 24:233-241.
- Engstrom A, Soderberg S. *Critical care nurses' experiences of follow-up visits to an Icu*. Journal of clinical nursing 2010; 19:2925-2932.
- Graja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A. *Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect they quality of life*. Critical care 2005; 9:R96-R109.
- Griffiths J A, Barber V S, Cuthbertson B H, Young J D. *A national survey of intensive care follow-up clinics*. Anaesthesia 2006; 61:950-955.
- Harvey M A, Davidson J. *Long-term consequences of critical illness: a new opportunity for high-impact critical care nurses*. Crit care nurse 2011; 31:12-15.
- Lof L, Berggren L, Ahlstrom G. *Icu patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-ups after 3 and 12 month*. Intensive and critical care nursing 2008; 24:108-121.
- Myhren H, Ekeberg O, Stokland O. *Heath-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: a 1 year follow up study*. Crit care med 2010; 38:1554-1561.
- Oeyen S G, Vandijck D M, Benoit D D, Annemans L, Decruyenaere J M. *Quality of life after intensive care: A systematic review of the literature*. Crit care med 2010; 38: 2386-2400.

- Pavoni V, Gianesello L, Paparella L, Buoninsegni L T, Mori E, Gori G. *Outcome and quality of life of elderly critically ill patients: an Italian prospective observational study*. Archives of gerontology and geriatrics 2012; 54:e193-e198.
- Petersson C G, Bergbom I, Brodersen K, Ringdal M. *Patients' participation in and evaluation of a follow-up program following intensive care*. Acta anaesthesiol scand 2011; 55:827–834.
- Prinjha S, Field K, Rowan K. *What patients think about Icu follow-up services: a qualitative study*. Critical care 2009; 13: R46.
- Samuelson K A M, Corrigan I. *A nurse-led intensive care after-care programme-development, experiences and preliminary evaluation*. British association of critical care nurses, Nursing in critical care 2009; 14:254-262.
- Schandl A N, Brattström O R, Svensson-Raskha A, Hellgren E M, Falkenhav M D, Sackey PV. *Screening and treatment of problems after intensive care: a descriptive study of multidisciplinary follow-up*. Intensive and critical care nursing 2011; 27:94-101.
- Storli S L, Lind R. *The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective*. Scand J caring sci 2009; 23:45–56.
- Strahan E, McCormick J, Uprichard E, Nixon S, Lavery G. *Immediate follow-up after Icu discharge: establishment of a service and initial experiences*. Nursing in critical care 2003; 8:49-55.
- Sukantarat K, Greer S, Brett S, Williamson R. *Physical and psychological sequelae of critical illness*. British journal of health psychological society 2007; 12:65-74.
- Williams T A, Leslie G D. *Beyond the walls: a review of Icu clinics and their impact on patient outcomes after leaving hospital*. Australian critical care 2008; 21:6-17.
- Williams T A, Sci M H, Leslie G D. *Challenges and possible solutions for long-term follow-up of patients surviving critical illness*. Australian critical care 2011; 24:175-185.
- Zetterlund P, Plos K, Bergbom I, Ringdal M. *Memories from intensive care unit persist for several year: a longitudinal prospective multi-centre study*. Intensive and critical care nursing 2012; 28:159-167.

CONTRIBUTI

AISLeC: le "carte" del viaggio della maturazione (Mission Vision e Carta Etica)

A cura di Silvia Marcadelli, Angela Peghetti

"Non ci posso credere!" esclamò Alice. "No?" rispose la Regina.
"Quando avevo la tua età, io ci provavo sempre una mezzoretta al giorno.
A volte riuscivo a credere anche fino a sei cose impossibili prima di colazione, al mattino".
(C. Lewis Carroll Dodgson, 1865)

Sviluppare un ideale, muoversi in gruppo per costruirlo, significa a volte credere a cose impossibili.
In questa nostra società, in questo nostro mondo professionale, spesso ancora in affanno alla ricerca della legittimazione e del riconoscimento di una dignità professionale, che ondeggia tra momenti di conferme e momenti di sconforto, credere che la maturazione si raggiunga attraverso un percorso di consapevolezza e conoscenza, vuole dire interrogarsi sui valori che contraddistinguono un certo comportamento e "metterci la faccia", dichiarando ciò che ci muove.
Al *to care*, verbo che usiamo nei nostri contesti per distinguerci come professionisti dell'assistenza dal *to cure*, abbiamo voluto dare la stessa connotazione presentata nel doppiaggio di un famoso film: tenerci. *We care*: ci teniamo!
E siccome ci teniamo a ciò che facciamo, al nostro valore di persone che svolgono una professione al servizio della comunità, abbiamo iniziato a dare forma al nostro ideale.
È un ideale che si dipana in tre documenti, che costituiscono la traccia, la direzione e l'aspirazione di coloro che appartengono ad AISLeC: la *mission*, la *vision* e la *carta etica*.
Questi documenti derivano da un profondo confronto sviluppato all'interno della nostra comunità scientifica e professionale, scritti a più menti e a più mani, con la partecipazione dei componenti del consiglio direttivo, del comitato scientifico e di tutti i rappresentanti regionali. Sono quindi il prodotto di gruppi reali e virtuali, che hanno lavorato in presenza e a distanza, in modo sincrono e asincrono, utilizzando il tempo in tutte le sue sfaccettature, e le tecnologie che oggi consentono la distanza ravvicinata.
Non ci vogliamo dilungare nella descrizione del significato della parola etica: troppe volte è stato fatto e troppi riferimenti sono a disposizione. È però importante per noi dichiarare cosa ci muove, cosa è alla base di ogni nostro comportamento.
Il confronto ha portato alla condivisione di 5 valori fondamentali: Cura, Accountability, Coraggio della conoscenza, Riconoscimento-Considerazione, Indipendenza. Ognuno di questi è stato esploso in lemmi significativi esposti in una forma grafica suggestiva, per noi, di attenzione.

CURA. Storicamente le professioni sanitarie si sono distinte tra chi ha posto prevalenza sul *cure* (curare) e chi sul *care* (prendersi cura-assistere). Oggi vogliamo superare questa differenza perché non c'è distinzione tra curare ed aver cura: prendersi cura è allo stesso tempo cura. È cura tutto ciò che contribuisce al benessere della persona. Al centro del nostro interesse c'è la persona e non la lesione: la cura è della persona, non solo della malattia o della lesione.
Gli aspetti specifici del prendersi cura si sostanziano, per noi, in:

- ***presenza***. Sapere osservare e saper ascoltare: il paziente, il familiare, il collega, l'ambiente, le nostre emozioni;
- ***identità professionale***. Difesa della professione, promozione dell'immagine professionale, orgoglio professionale;
- ***fiducia***. Cercare fiducia, creare fiducia, avere fiducia nella persona assistita, nei colleghi, in noi stessi;
- ***accoglienza***. Mettere a proprio agio, comprendere, attendere: il tempo del paziente non è il tempo del professionista;
- ***collaborazione***. Disponibilità a fornire la propria competenza, offrire consulenza, informare e formare, diffondere, educare;
- ***autostima e intimità***. Promozione dell'autostima, tutela della dignità, salvaguardia dell'intimità.

ACCOUNTABILITY. Il termine inglese ne racchiude molti italiani: trasparenza, partecipazione, responsabilità. La migliore traduzione è "rendere conto di ciò che si fa".
Tutto questo si trasforma in un valore che, comprendendo tutti gli aspetti, rende i professionisti credibili.
Per noi è accountability:

- ***farsi carico***. La persona si presenta, molto spesso, con problemi indefiniti, ci chiede di interpretarli ed affrontarli o indirizzarla verso chi può farlo;
- ***concordare***. Assistere facendo proposte e concordando i trattamenti con persone e strutture;
- ***decidere***. Le decisioni devono essere prese ed è necessario argomentare ed esplicitare i criteri su cui lo si fa;
- ***scelte***. Conoscere e saper argomentare il motivo delle scelte permette di promuovere e difendere ciò che si fa. Dare l'opportunità di scegliere è la base dell'autodeterminazione;
- ***evitare la deriva***. Motivazione ed impegno contribuiscono allo sviluppo delle competenze del singolo e alla promozione della professione;
- ***consapevolezza***. L'agire di un singolo ha influenza sul tutto;
- ***equità***. Il trattamento appropriato va riconosciuto e applicato, non dando tutto a tutti, ma a ciascuno secondo necessità:
- ***risultato***. Una buona o eccellente tecnica può essere inficiata se non si tiene a cuore la persona che la riceve e non si identifica chiaramente l'obiettivo giusto per lei.

CORAGGIO DELLA CONOSCENZA. Conoscere è più di un dovere. Il sapere, quello dato dalla conoscenza, è dinamico, perché più si cerca di sapere e più si diventa consapevoli della vastità della conoscenza e di quanto è doveroso conoscere. Sapere richiede coraggio, perché il sapere trasforma la persona: lo stile, il comportamento, i riferimenti. Il vero sapere è trasformativo.
Il nostro coraggio si esprime in:

- ***rispetto delle opinioni***. Informazione ed educazione sono alla base delle decisioni di salute della persona. Ascolto, accoglienza e rispetto delle opinioni personali consentono alla persona di autodeterminarsi;
- ***impegno***. La conoscenza è tale solo se messa a disposizione della comunità e condivisa attraverso la diffusione dei risultati della ricerca e della buona pratica;
- ***spendibilità***. Riconoscere e far riconoscere le competenze acquisite rende spendibili, nelle organizzazioni e nella comunità, i titoli ed i percorsi formativi che i professionisti hanno acquisito;
- ***decisioni difficili***. Vi sono decisioni difficili da prendere, ma il benessere della persona si ottiene anche evitando l'accanimento a favore di cure palliative;
- ***trasformazione***. La burocrazia messa al servizio delle persone trasforma ciò che spesso appare vincolo in opportunità. Gli organi competenti hanno bisogno che i professionisti forniscano le indicazioni appropriate per il miglior risultato di cura;
- ***visione professionale***. Sviluppare e promuovere gli ideali professionali;
- ***cambiamento***. Regole e abitudini posso diventare ingiuste, non vanno mantenute in essere. A volte vi sono richieste che configurano pretese illegittime, perché assecondarle?

RICONOSCIMENTO-CONSIDERAZIONE. Riconoscere il lavoro nostro e altrui, l'impegno di un assistito o di un suo familiare, la volontà di apprendere e di migliorare dei colleghi non specializzati nella competenza, che richiedono consulenza. Il riconoscimento ci consente di superare il nostro egocentrismo e di valorizzare il significato del contributo altrui ma, allo stesso tempo, di metterci a disposizione per una crescita più ampia. Questo sviluppa il senso di appartenenza. Avere considerazione del proprio lavoro significa tenerci, trovando piacere nel far bene per il senso di completezza e libertà che ne consegue.
Noi ci esprimiamo in merito in questo modo:

- ***collaborazione***. La collaborazione è un fattore vincente. Fornire consulenza ed avvalersi della consulenza di colleghi migliora la cura;
- ***valore***. Come singoli e come professione abbiamo valore. Questo deve essere visibile a noi e alla società;
- ***riconoscimento***. La persona assistita e la sua famiglia hanno caratteristiche uniche e distintive senza omologazione di genere, ruolo o funzioni;
- ***autenticità***. Le relazioni autentiche sono quelle che si creano superando il mero adempimento, nella ricerca del senso che diamo al nostro e altrui agire;
- ***fierezza***. Lavorare per il bene altrui è un onore e far parte di AISLeC è motivo di orgoglio professionale;
- ***solidarietà professionale***. Anche il collega può trovarsi in difficoltà, soprattutto se in formazione o inserimento;
- ***garanzia di standard***. Gli standard di buona pratica professionale devono essere definiti, applicati e mantenuti nel tempo.

INDIPENDENZA. L'indipendenza si conquista sviluppando la consapevolezza. Ciò vuole dire andare oltre la superficie degli eventi per scendere nella profondità delle cose. La consapevolezza ci permette di conoscere noi stessi e l'ambiente, in modo da cogliere le opportunità che trasformano le difficoltà in apprendimento e miglioramento dell'offerta assistenziale. Conoscenza, tempo e materiali sono il patrimonio che il professionista gestisce. Quando questo patrimonio diventa ciò su cui singolo e collettività investono è possibile realizzare il vero guadagno per tutti.
Noi siamo indipendenti quando agiamo e mettiamo in condizione di agire:

- ***legittimazione***. L'agire assistenziale è legittimato dal corpus di conoscenze della singola disciplina e dalle evidenze scientifiche. Non c'è dominanza disciplinare ma integrazione delle conoscenze e delle visioni;
- ***oculatezza***. Uso e indicazioni d'uso dei materiali, considerando il miglior utilizzo di ciò che è disponibile in relazione alle capacità del paziente di accettare la cura proposta in funzione del miglior risultato di cura;
- ***creare opportunità e agire ruoli***. Le opportunità si creano e si colgono, pur con la consapevolezza del proprio ruolo nell'organizzazione, avendo l'obiettivo di portare il proprio contributo;
- ***libertà***. Condizionamenti o pressioni da parte di ditte produttrici, ma anche pressioni morali da parte di assistiti o organizzazioni, non sono accettabili in un'ottica di equità e appropriatezza;
- ***mediazione***. C'è un momento giusto per discutere ed è necessario cercare la migliore modalità per non alimentare conflittualità;
- ***potenzialità***. Ogni persona ha potenzialità che vanno coltivate: professionista e paziente possono migliorare il loro empowerment;
- ***investimento***. Ogni utilizzo non appropriato costituisce uno spreco. Il materiale utilizzato rappresenta una spesa per la società mentre il giusto uso è un investimento per il benessere della persona.

In ognuno di questi valori c'è il nostro cuore professionale.
Ci teniamo.

Il Consiglio direttivo e Collegio revisori dei conti AISLeC
il Comitato scientifico AISLeC
i Rappresentanti regionali AISLeC

ESPERIENZE

Costruzione di un percorso diagnostico assistenziale per i pazienti con problematiche tabacco-correlate

di J. Acquaro (1), M. Sasso (1), G. Bonadonna (1), G. Cerrato (2), V. Mascia (3), F. Pecora (4), I. Sette (5), C. Martini (6), E. Bignamini (7)

(1) Infermiere, Dip. Patologie da dipendenza 1 Asl TO2 - Torino
(2) Psicologo, Responsabile Centro antifumo, Dip. Patologie da dipendenza 1 Asl TO2 - Torino
(3) Coordinatore Educatori professionali, Dip. Patologie da dipendenza 1 Asl TO2 - Torino
(4) Educatrice professionale ,Dip. Patologie da dipendenza 1 Asl TO2 - Torino
(5) Coordinatore Infermieristico, Dip. Patologie da dipendenza 1 Asl TO2 - Torino
(6) Psicologo, Responsabile Qualità procedure protocolli di lavoro, Dip. Patologie da dipendenza 1 Asl TO2 - Torino
(7) Medico Psichiatra, Direttore Dip. Patologie da dipendenza 1 Asl TO2 - Torino

Il tabagismo rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale: secondo l'Organizzazione mondiale della sanità è la seconda causa di morte nel mondo. Nei paesi dell'Unione europea (Ue) ogni anno muoiono prematuramente a causa del fumo 650.000 persone. Secondo i più recenti dati della Commissione europea, benché il numero dei fumatori nella Ue sia in calo, un terzo degli europei fuma ancora. Nell'ambito delle attività di prevenzione, il Ministero della salute prevede tra i suoi mandati la protezione della salute dei non fumatori. Ad oggi il 26,7% dei piemontesi tra 18 e 69 anni dichiara di essere un fumatore. L'abitudine al fumo è più frequente tra gli uomini, interessando circa un uomo ogni tre (32,7%) e una donna ogni cinque (20,7%). Le differenze di genere sono presenti in tutte le fasce di età, ma risultano particolarmente marcate nelle fascia 25-34 anni, (uomini: 44,4%; donne: 21,1%). L'abitudine al fumo si struttura in età relativamente precoce, tra gli 11 ed i 17 anni. La fascia di età maggiormente interessata all'abitudine al fumo in Piemonte riguarda gli uomini fra i 30 ed i 44 anni (Oed, 2011). Entrando nel merito delle patologie il fumo è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di neoplasie e di patologie cardiovascolari e respiratorie (Cdc, 2012).

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali: cronaca di un'esperienza

Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale/Profilo integrato di cura (Pdta/Pic) è uno strumento di governo clinico. Nel complesso delle sue fasi di definizione, costruzione, implementazione e monitoraggio, consente di strutturare e integrare attività e interventi implicati nella presa in cura attiva e globale del cittadino che presenta un problema di salute attraverso un approccio per processi. In un contesto multidisciplinare e su differenti aree d'intervento (ospedale, territorio, ecc.), il Pdta/Pic consente inoltre di valutare l'appropriatezza delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle raccomandazioni di riferimento e alle risorse disponibili. Permette inoltre la misura delle attività e il confronto dei risultati con indicatori specifici, conducendo al miglioramento di ogni intervento in termini di efficacia e di efficienza.

I principali obiettivi del Pdta/Pic proposto per fornire linee d'indirizzo semplici e applicabili su tutto il territorio regionale sono:

- costruzione del percorso ottimale nel processo diagnostico e di follow-up;
- individuazione della procedura operativa per la diagnosi e il trattamento dei pazienti;
- identificazione degli attori responsabili e dei ruoli all'interno del Pdta/Pic;
- identificazione di indicatori di processo ed esito per la verifica dell'implementazione del Pdta/Pic.

Le tappe di un'attività condivisa

Per la costruzione del Pdta/Pic sviluppato nel Dipartimento dipendenze 1 della Asl TO2 di Torino ci si è avvalsi delle "Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e Profili integrati di cura nelle Aziende sanitarie della Regione Piemonte" redatte dall'Agenzia regionale per i servizi sanitari (Aress). Il lavoro è durato da febbraio a giugno 2012. Per elaborare il documento è stato istituito un gruppo multi professionale *ad hoc*, composto da 2 educatori, 4 infermieri e uno psicologo, supervisionati dallo psicologo responsabile della qualità procedure protocolli di lavoro e dal direttore di Dipartimento. Il gruppo ha lavorato via mail, nonché confrontandosi in riunioni multi professionali programmate. Durante l'elaborazione sono stati analizzati e descritti:

- il *percorso effettivo* che descrive la realtà esistente, le maggiori problematiche e criticità individuate rispetto agli alcol correlati e dipendenze da sostanze legali in Piemonte;
- il *percorso ideale* che descrive le migliori pratiche di gestione tratte dalle linee guida e dalla letteratura di riferimento;
- il *percorso di riferimento* ossia il frutto del confronto fra realtà esistente e linee guida di riferimento.

Quest'ultimo percorso rappresenta quindi, mediante la definizione di una procedura operativa, la pianificazione logica e cronologica degli interventi fondamentali e ottimizzati. Esso rappresenta il percorso raccomandato e descrive le distinte fasi di lavoro del percorso diagnostico e di trattamento, le modalità e le attività relative alla presa in carico dell'utente, dal momento del suo contattato con il servizio, per realizzare un percorso terapeutico individualizzato. Prevede inoltre la descrizione delle attività svolte dal personale in ogni fase dall'accoglienza al *follow-up*.

Risultati

L'ambulatorio per la disassuefazione dal tabacco del Dipartimento dipendenze 1 della Asl TO2 di Torino, presente sul territorio dal 2004, ha attualmente in trattamento 118 utenti, di cui 10 prevalenti e 108 incidenti. Possono afferire all'ambulatorio, dopo prenotazione, tutti coloro che ritengono di voler smettere di fumare. Non occorre impegnativa medica, né pagamento di ticket. Le modalità di accesso dell'utenza al servizio e i relativi percorsi sono suddivisi in due aree che rimandano a procedure parzialmente differenziate (**Figura 1**).

Figura 1 - Modalità di accesso dell'utenza al Servizio

L'intero trattamento prevede l'alternanza medico-psicologo/farmaci-colloqui e ha una durata media di tre mesi per circa 12 incontri. Per gli utenti ricoverati presso i dipartimenti di Cardiologia e Neurologia dell'Ospedale Maria Vittoria che necessitano di un trattamento antifumo, esistono specifiche modalità di prenotazione direttamente dal reparto. Ogni processo di lavoro si compone di fasi logicamente e cronologicamente concatenate tra di loro (**Figure 2-3**).

Figura 2 - Flow chart area territoriale

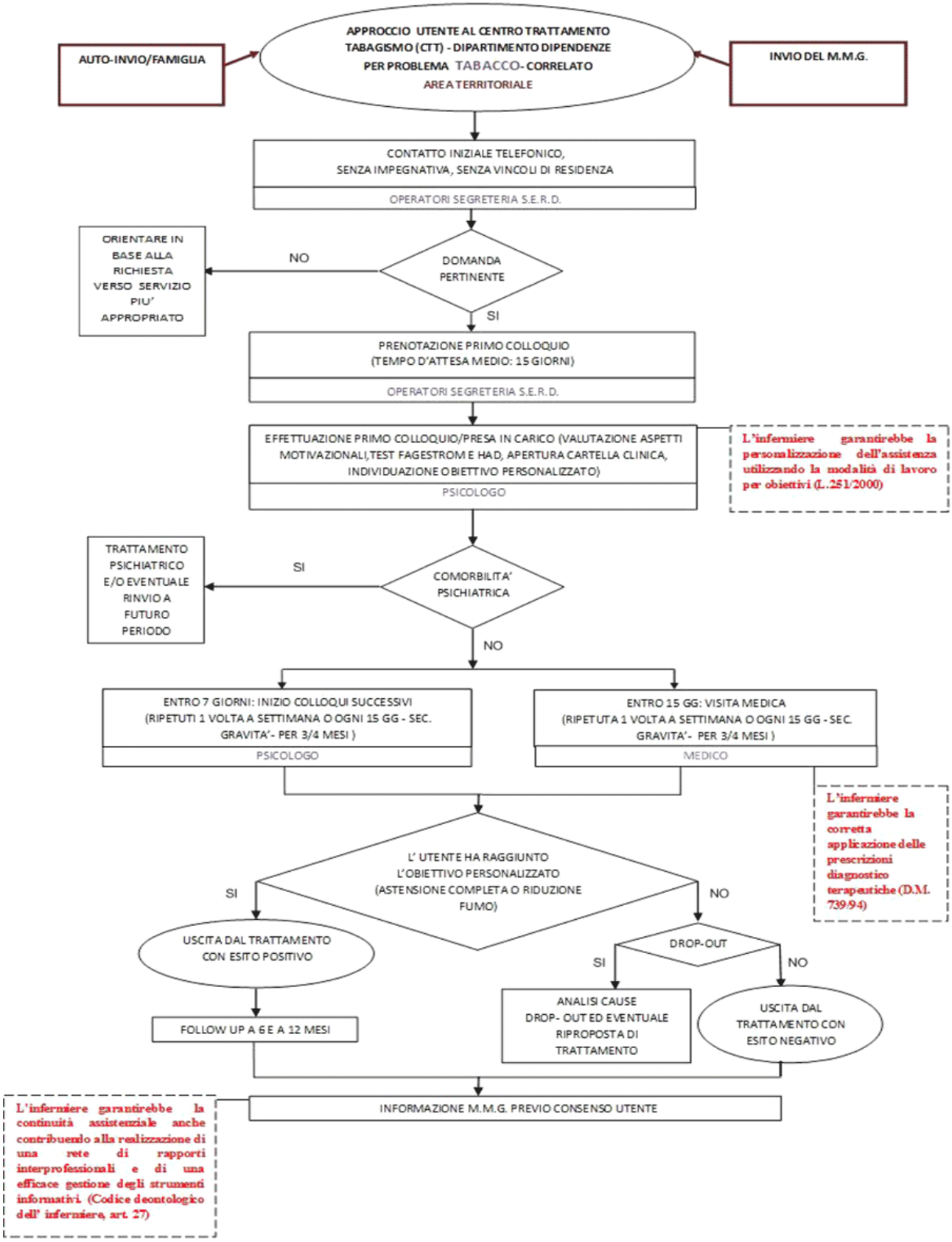
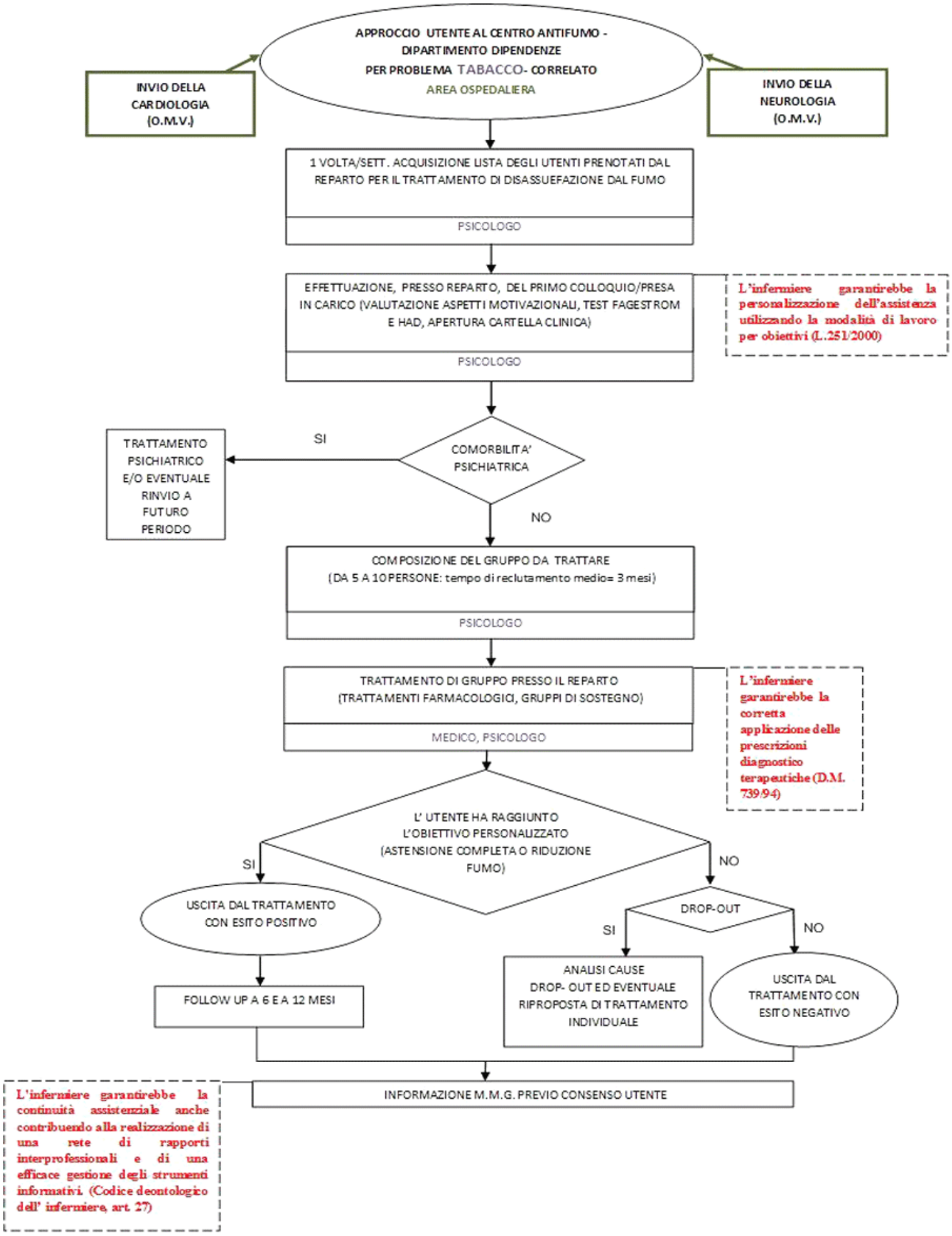


Figura 3 - Flow chart area ospedaliera



Discussione e potenzialità

L'Agenzia regionale per i servizi sanitari (Aress) promuove l'adozione dei Pdta/Pic da parte delle Aziende sanitarie piemontesi. I problemi tabacco-correlati sono caratterizzati da elevata complessità assistenziale in termini di stabilità/instabilità clinica, comprensione/scelta, dipendenza/autonomia. La complessità assistenziale della persona affetta da problemi tabacco-correlati genera bisogni specifici e la necessità di piani assistenziali personalizzati. L'attuale assenza di infermieri nel Centro Antifumo determina una risposta limitata all'utenza. Il Servizio accoglie e valuta nuovi utenti dal punto di vista medico-psicologico, prevede trattamenti individuali e di gruppo. Nel Piano regionale antitabacco 2008-2012 l'assistenza e il supporto alla disassuefazione prevedono il coinvolgimento di numerosi attori e professionalità (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Assistenza e supporto alla disassuefazione (Piano regionale antitabacco 2008-2012) - Sintesi

Attori coinvolti	**Azioni**
DoRS, RePES, SerT, operatori Caf, Mmg, Pediatri Libera Scelta, operatori della prevenzione e altri operatori della salute (specialisti patologie fumo correlate, ostetriche, infermieri, farmacisti, ecc.), Referenti aziendali della rete HPH, Oed, Cpo (Gruppo tecnico antitabacco)	Realizzare corsi di formazione di base sul tabagismo rivolti ai Mmgg e agli altri operatori della salute
	Promuovere l'azione dei Mmg attraverso la diffusione di materiale informativo, protocolli di intesa, registrazione informatizzata del dato fumo
	Definire con i Mmg e con i servizi di prevenzione azioni di sensibilizzazione relativamente all'audit sulla registrazione del dato fumo di tabacco nella popolazione assistita e al monitoraggio annuale
	Diffusione delle Linee Guida per promuovere la cessazione
	Sostenere ogni azienda sanitaria nella creazione di un piano per la cessazione e la realizzazione di una rete di operatori sanitari che promuova la disassuefazione
	Garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni offerte dai Servizi secondo le Linee guida
	Curare l'aggiornamento e la formazione continua degli operatori
	Realizzare protocolli e procedure operative tra il Servizio per la cessazione del fumo, i Mmg e gli altri operatori della rete per la consulenza e/o per la gestione integrata dei pazienti
	Svolgere, in collaborazione con i media locali, attività di informazione volta a favorire l'accesso dei fumatori ai programmi di disassuefazione
	Attivare un sistema per la rilevazione e quantificazione dei costi per l'assistenza sanitaria ai pazienti affetti da patologie fumo correlate
	Produzione di report periodici relativi al monitoraggio e alla valutazione dei programmi per la cessazione del fumo.

Legenda:
DoRS: Centro di documentazione per la promozione della salute
RePES: Referenti Asl per la promozione della salute
SerT: Servizi per le tossicodipendenze
CAF:Centro antifumo
MMG: Medico di medicina generale
HPH: Health promoting hospitals
OED: Osservatorio epidemiologico dipendenze
CPO: Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione Oncologica

In particolare l'infermiere potrebbe collaborare con il medico di medicina generale, lo psicologo, l'educatore, il personale medico/sanitario del centro antifumo e della rete ospedaliera. Tenendo conto delle specifiche competenze professionali sarebbe ipotizzabile, ad esempio un'accoglienza dei nuovi invii gestita dall'infermiere e dall'educatore professionale (figure attualmente non presenti nel Servizio). In particolare sono state individuate le attività con le quali l'infermiere potrebbe integrare il percorso con le proprie competenze specifiche:

- collaborazione con lo psicologo nella conduzione dei gruppi di sostegno, garantendo così la personalizzazione dell'assistenza, utilizzando la modalità di lavoro per obiettivi;
- gestione delle terapie farmacologiche, valutazione congiunta degli esiti per l'assistito, monitoraggio dei parametri vitali e dello stato di salute;
- somministrazione del test di Fagerström (**Tabella 2**);
- Counselling sanitario.

Tabella 2 - Test di Test di Fagerström (Ossfad - Istituto superiore di sanità (2008)

Domande	**Risposte**	**Punti**
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti Entro 6-30 minuti Entro 31-60 minuti Dopo 60 minuti	3 2 1 0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?	Si No	1 0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino Tutte le altre	1 0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno 11-20 21-30 31 o più	0 1 2 3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Si No	1 0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Si No	1 0
Punteggio totale 0-2 = livello di dipendenza **lieve** Punteggio totale 3-4 = livello di dipendenza **media** Punteggio totale 5-6 = livello di dipendenza **forte** Punteggio totale 7-10 = livello di dipendenza **molto forte**		

Secondo la revisione Cochrane (2011) gli interventi realizzati dal personale infermieristico (raccomandazioni e/o counselling) sono efficaci rispetto a nessun intervento. Poiché l'infermiere "…ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte" (Federazione nazionale Ipasvi, 2009), sarebbe auspicabile includere questi interventi tra quelli del servizio, in modo da poter essere offerti a tutti i pazienti, prevedendo anche la possibilità di dedicarsi al follow up e al recupero dei drop-out relativi ai trattamenti individuali e di gruppo.
La letteratura internazionale dimostra che per raggiungere risultati soddisfacenti, in particolare rispetto a persone con problemi cronici e ad alta complessità, è necessario implementare il modello organizzativo con la figura del case manager infermieristico (Park E. Kim C., 2008).

Conclusioni
L'osservanza del Pdta/Pic permette di raggiungere un buon risultato e di ottimizzare tempi e risorse da utilizzare al fine di una miglior pratica clinica. La mancanza di infermieri ed educatori andrebbe compensata poiché il Piano socio sanitario regionale 2012-2015 evidenzia il carattere unitario della gestione e dell'organizzazione della rete dei presidi e dei servizi attraverso il lavoro di gruppo e la massima integrazione multidisciplinare, mirando alla valorizzazione di tutte le professionalità. La complessità del fenomeno dipendenza rende necessaria la collaborazione, oltre che tra i diversi servizi territoriali ed ospedalieri, anche con i Medici di Medicina generale. La flessibilità operativa, ispirata ai principi della continuità terapeutica, dell'equità dell'accesso e dell'unitarietà del percorso assistenziale è una caratteristica imprescindibile del percorso. Il percorso declinato in fasi del Pdta/Pic migliora la qualità del servizio erogato all'utente ponendolo al centro del percorso, favorendo l'integrazione fra gli operatori, riducendo la variabilità clinica, contribuendo a diffondere la medicina basata sulle evidenze.

BIBLIOGRAFIA
- Centre for disease control and prevention (Cdc) (2012) *Health effects of cigarette smoking*. Disponibile all'indirizzo: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/#definition [ultimo accesso 21/05/2012].
- IPASVI (2009) *Il codice deontologico dell'infermiere*. Disponibile all'indirizzo: http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm [ultimo accesso 22/04/2013]
- Osservatorio epidemiologico delle dipendenze - Regione Piemonte (Oed) (2011). *Fatti e cifre sul fumo di Tabacco in Piemonte Bollettino 2011*. Disponibile all'indirizzo: http://www.oed.piemonte.it/pubblic/Bollettino_FUMO2011%20light.pdf [ultimo accesso 08/10/2012].
- Ossfad - Istituto superiore di sanità (Iss) (2011). *Sintesi delle revisioni sistematiche Cochrane sulla efficacia degli interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco*. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/fumo/cont/efficacia_fumo1_rev_23_5_COMPLETO.pdf [ultimo accesso 19/04/2013]
- Park Eun-Jun, Kim Chunmi (2008). *Case management process identified from experience of nurse case managers*. J Korean Acad Nurs Vol. 38 No. 6, 789-801.

ESPERIENZE

Studenti infermieri e burnout: l'esperienza del CdI in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bari

di Elsa Vitale (1), Antonia Esposito (2)

(1), (2) Infermiere presso l'Unità operativa di ortopedia II dell'Azienda ospedaliero-universitaria consorziale Policlinico di Bari

Corrispondenza: vitaleelsa@libero.it

La sindrome del burnout viene definita come l'esito patologico di un processo stressogeno che può colpire tutti coloro che esercitano professioni d'aiuto, qualora non vi è una risposta adeguata ai carichi eccessivi di stress che il lavoro a cui sono preposti li porta ad assumere.
Alcuni studi internazionali hanno evidenziato la presenza di questa sindrome anche tra gli studenti di Infermieristica: questi studenti risultano essere più suscettibili al burnout a causa della natura della professione per cui si stanno formando.
Watson R. et al (2007) hanno monitorato il burnout in un gruppo di studenti di Infermieristica di Hong Kong ed i risultati sono stati allarmanti: il livello di burnout risultava essere medio-alto. Un altro studio (Gibbson C. 2009) ha valutato il livello di stress e di burnout in un campione di studenti iscritti all'ultimo anno del corso di Infermieristica e anche in questo studio i risultati non sono stati incoraggianti.

La nostra esperienza
È su questa premessa che abbiamo pensato di somministrare il questionario di valutazione del burnout di Masclach gli studenti iscritti regolarmente al terzo anno del Corso di laurea in Infermieristica presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro". Sono stati scelti gli studenti del terzo anno perché, rispetto agli studenti del primo e del secondo anno, sono stati maggiormente esposti all'attività clinica.
Nell'attività clinica ogni studente si rapporta e deve interagire in modo efficace con le persone assistite e con i professionisti (infermieri, medici, ecc.). La relazione assistito-studente e professionista-studente non è solitamente simmetrica: a essere in gioco sono ruolo, conoscenze, abilità e competenze diverse.
I quesiti che hanno stimolato e guidato la realizzazione dell'esperienza condotta sono stati i seguenti: 1. Il contesto clinico-formativo può avere delle ripercussioni sugli studenti?; 2. Gli studenti possono sviluppare la sindrome del burnout durante il percorso formativo?; 3. Se si, quali potrebbero essere i livelli di burnout al termine del percorso formativo?
Gli studenti ai quali abbiamo somministrato il questionario sono stati 100: 40 di sesso maschile e 60 di sesso femminile, di età media di 25 anni. Il questionario è stato compilato correttamente e completamente da 96 studenti: 38 di sesso maschile e 58 di sesso femminile.

Il livello di burnout registrato tra gli studenti alla fine del percorso formativo è risultato alto (**Tabella 1**).

Tematiche indagate	Studenti maschi	Studenti femmine	Valori di riferimento
Esaurimento emotivo	14.10	20.10	Alto: > 30 Mod.: 18 – 29 Basso: < 17
Depersonalizzazione	14.00	13.76	Alto: > 12 Mod.: 6 – 12 Basso: < 5
Gratificazione personale	29.29	30.37	Alto: < 36 Mod.: 34 - 39 Basso: > 40

Ad esclusione della sfera dell'esaurimento emotivo, risultato moderato tra le femmine e basso tra i maschi, il livello di depersonalizzazione è risultato alto e il livello di gratificazione personale, invece, basso per entrambi i sessi.
Questi dati ci hanno fatto riflettere sulla necessità di individuare le possibili situazioni di disagio che gli studenti possono vivere durante il loro percorso formativo e che in modo diverso si possono riflettere sulle aree esplorate con il questionario. Questo consentirebbe, forse, di implementare delle strategie efficaci di prevenzione del burnout. Inoltre, secondo noi sarebbero necessari studi più strutturati per comprendere e analizzare bene il fenomeno tra i nostri studenti, partendo dall'analisi più approfondita della letteratura più recente.

BIBLIOGRAFIA

- Gibbons C. (2008). *Measuring stress and eustress in nursing students*. PhD Thesis. Queen's University Belfast, UK.
- Gibbons C., Dempster M., Moutray M. (2008). *Stress and eustress in nursing students*. Journal of advanced nursing, 61, (3), 282-290.
- Gibbson C. (2009). *Stress, coping and burnout in nursing students*. International journal of nursing studies, 47, 1299-1309.
- Maslach C. & Leiter M. P. (2002). *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Trento: Ed.Erickson.
- Watson R., Deary I., Thompson D., Li G. (2007). *A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: a questionnaire survey*. International journal of nursing studies, 45, 1534-1542.

ESPERIENZE

Revisione delle modalità di preparazione dei pazienti sottoposti a interventi di endourologia

di Mattia Boarin (1), Gloria Scampini (2), Francesco Mariani (3), Vito Schirò (4)

(1), (2), (3) Infermiere
(4) Coordinatore
Uo Urologia, Ospedale San Raffaele, Milano

Corrispondenza: boarin.mattia@hsr.it

Nella nostra unità operativa, a tutti i pazienti candidati a interventi endourologici (es. resezione trans-uretrale di neoplasia vescicale - Turbk; resezione trans-uretrale di prostata - Turp), oppure a interventi di chirurgia minore uro-andrologica effettuati in anestesia spinale, nonché per l'esecuzione di alcune procedure diagnostiche endoscopiche con sedazione, è sempre stata effettuata una preparazione intestinale con un clisma evacuativo la sera precedente l'intervento chirurgico, consentendo solo l'assunzione di liquidi (generalmente un brodo di carne oppure tè zuccherato) e prescritto il digiuno dalla mezzanotte. Ciò avveniva indipendentemente dall'ordine del paziente nel programma operatorio del giorno successivo.

La revisione delle procedure di preparazione del paziente

Da qualche tempo, ormai, all'interno dello staff era in discussione la reale utilità dell'esecuzione del clisma preconfezionato per la preparazione agli interventi endoscopici, che non richiedono nemmeno un'incisione cutanea e in cui il recupero da parte del paziente è immediato. Nei primi mesi del 2012, alla luce di numerose prove di efficacia disponibili in letteratura, si è deciso di rivedere le procedure in uso nella nostra Uo. È stata sospesa la somministrazione del clisma evacuativo per tutti gli interventi di endourologia, di chirurgia minore uro-andrologica e di tutte le procedure diagnostiche endoscopiche con sedazione, ad esclusione delle ago-biopsie prostatiche transrettali.

La sera precedente, al paziente è consentito il consumo di un pasto leggero e l'assunzione di liquidi chiari fine a due ore prima dell'intervento o della procedura. Infine sono state modificate anche le indicazioni alla tricotomia, limitandone necessità ed estensione, secondo le più recenti raccomandazioni.

Per facilitare l'adesione alle procedure riviste da parte di tutti gli operatori dello staff coinvolti nella preparazione del paziente è stata anche preparata una tavola sinottica dei cambiamenti adottati (**Tabelle 1 e 2**).

Tabella 1 - Preparazione agli interventi di chirurgia endourologica e diagnostica endoscopica

PATOLOGIA	INTERVENTO	PREPARAZIONE INTESTINALE	DIETA PREOPERATORIA	TRICOTOMIA
Ipertrofia prostatica benigna (Ipb)	Enucleazione prostatica con Laser ad Holmio (HoLep) Resezione trans-uretrale di adenoma prostatico (Turp) Incisione della prostata (TuipP)	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
Sospetta neoplasia prostatica	Ago-biopsie prostatiche transrettali	1 clistere evacuativo 2 ore prima della manovra	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
Neoplasia vescicale	Resezione trans-uretrale di neoformazione vescicale (Turv/Turbk)	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
Sospetta neoplasia vescicale	Cistoscopia con mapping	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
Calcolosi renale	Ureterorenoscopia (Urs)	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
Sclerosi del collo vescicale	Resezione trans-uretrale del collo vescicale (Turbn)	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
Stenosi uretrale	Uretrotomia endoscopica	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
	Posizionamento nefrostomia percutanea	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
	Posizionamento di catetere ureterale tipo Mono/Double J	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
	Pielografia ascendente	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
	Cistografia/Pielografia discendente	Nessuna	Libera	Nessuna

Tabella 2 - Preparazione agli interventi di chirurgia minori uro-andrologica

PATOLOGIA	INTERVENTO	PREPARAZIONE INTESTINALE	DIETA PREOPERATORIA	TRICOTOMIA
Varicocele	Legatura vene spermatiche	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Regione pubica + scroto e perineo con clipper
Idrocele	Resezione tunica vaginale	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Regione pubica + scroto e perineo con clipper
Neoplasia testicolare	Orchifunicolectomia	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Regione pubica + scroto e perineo con clipper
Fimosi	Circoncisione	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
Testicolo ritenuto/Criptorchidismo	Orchipessi	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Regione pubica + scroto e perineo con clipper
Frenulo breve	Frenuloplastica	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Nessuna
Incontinenza urinaria	Posizionamento di Tot/Tvt-Ams 800 Iniezione di tissucol	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Regione pubica + perineo con clipper
Disfunzione erettile **Induratio penis plastica (M. di La Peyronie)**	Posizionamento di protesi peniena	Nessuna	Liquidi chiari fino a 2 h prima, 3+pastina fino a 6 h prima dell'intervento	Regione pubica + scroto e perineo con clipper 2h prima

I risultati

A un mese dall'inizio dell'applicazione delle nuove procedure di preparazione agli interventi chirurgici, è stato organizzato un incontro per discutere eventuali problemi, valutare le difficoltà incontrate dagli operatori e le ricadute dei cambiamenti introdotti sul comfort dei pazienti, definire strategie di ulteriore miglioramento.

Dal confronto non sono emerse criticità e, anche se basato sulla percezione degli operatori, si è registrato un miglioramento della soddisfazione dei pazienti relativamente al comfort.

Dopo un anno non si sono registrati problemi o complicanze intraoperatorie correlate all'assenza di preparazione intestinale.

La possibilità per i pazienti di alimentarsi la sera prima dell'intervento con una dieta leggera e di assumere liquidi chiari fino alle due ore precedenti la procedura, ha migliorato anche indirettamente la gestione del programma operatorio. Il digiuno prolungato da solidi e da liquidi messo in atto in precedenza determinava spesso disagio e discomfort, soprattutto per i pazienti programmati per l'intervento chirurgico o l'esame diagnostico nel tardo pomeriggio o addirittura per coloro ai quali veniva rimandato l'intervento al giorno successivo per problemi imprevedibili o per urgenze non programmabili.
I risultati ottenuti ci hanno a promuovere azioni di miglioramento per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Sugihara T., Yasunaga H., Horiguchi H., Fujimura T., Nishimatsu H., Ohe K., Matsuda S., Fushimi K., Kattan M. W., Homma Y. *Does mechanical bowel preparation improve quality of laparoscopic nephrectomy? Propensity score-matched analysis in Japanese series*. Urology 2013;81(1):74-9.
- Dean A, Fawcett T. (2002). *Nurses' use of evidence in pre-operative fasting*. Nurs Stand. 17(12):33-7.
- Soreide E., Eriksson L. I., Hirlekar G., Eriksson H., Henneberg S. W., Sandin R., Raeder J. (2005). *Pre-operative fasting guidelines: an update*. Acta Anaesthesiol Scand. 49(8):1041-7.
- Zmora O., Mahajna A., Bar-Zakai B., Rosin D., Hershko D., Shabtai M., Krausz M. M., Ayalon A. (2003). *Colon and rectal surgery without mechanical bowel preparation: a randomized prospective trial*. Ann Surg. 237(3):363-7.
- Boarin M. (2009). *L'esecuzione della tricotomia preoperatoria*. Nursing Oggi; 4:3-7.

ESPERIENZE

L'organizzazione di un centro vaccinale in una Asl di Milano: tempi e metodi

di Wilma Zappi (1), Laura Rastelli (2)

(1) Assistente sanitaria, Coordinamento Uffici professioni sanitarie
(2) Infermiera pediatrica, Ufficio professioni sanitarie
Asl Milano

Corrispondenza: wzappi@als.milano.it - lrastelli@aslmilano.it

L'Asl, in adesione al Piano nazionale della prevenzione vaccinale (Ministero della salute, 2012), ha tra le sue attività istituzionali l'immunizzazione attiva di tutti i residenti sul territorio di competenza secondo il calendario vaccinale.
Gli indicatori di tale attività sono rappresentati dalle coperture vaccinali rigidamente previste dal Piano nazionale vaccini e coerenti con il Piano regionale e aziendale. Per raggiungere le coperture vaccinali previste, in un contesto caratterizzato da una riduzione continua della spesa sanitaria, la valorizzazione delle risorse umane e la costante attenzione alle loro attività e al contributo organizzativo apportato risultano nodali per poter garantire l'efficienza.
Nella nostra Asl, che conta 7 distretti, il settore dedicato alla Prevenzione in termini di attività vaccinale è costituito da 18 Centri vaccinali (Cv) con 32 ambulatori. L'apertura al pubblico degli ambulatori è pari a 646 ore settimanali.
Le informazioni richieste dall'utenza sono di varia natura: notizie sul calendario vaccinale, programmazione della vaccinazione, registrazione riservata delle vaccinazioni effettuate, ricezione del certificato vaccinale, variazioni degli appuntamenti programmati, informazioni varie riguardo la Carta regionale dei servizi e i servizi offerti dalla Asl.
Il personale svolge l'attività sia in front-office che in back-office. Tra le attività di front-office vi sono, ad esempio, l'accettazione dell'utente, la programmazione della vaccinazione in altra data, la consegna del certificato vaccinale, le informazioni varie e la programmazione di colloqui vaccinali *ad hoc*. In back-office, invece, la registrazione di vaccinazioni effettuate altrove, la gestione delle comunicazioni per posta elettronica, la programmazione dell'agenda vaccinale, il censimento dei soggetti inadempienti.
In alcune situazioni specifiche, prima di procedere alla vaccinazione, è necessario verificare la situazione anticorpale del soggetto attraverso l'esecuzione, in sede, di prelievi ematici.
Nel 2005 con la deliberazione N. VIII/1587 del 22/12/2005 della Regione Lombardia (Determinazioni in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto), sono state stabilite le competenze e le responsabilità in merito alle vaccinazioni dell'età infantile e adulta e definite in tre documenti essenziali: *Revisione e riordino della profilassi vaccinale*, *Calendario delle vaccinazioni raccomandate*, *Dotazione minima raccomandata per i Centri vaccinali* (Cv).

Il Decreto della Direzione generale sanità n. 1065 del 09/02/2009 (Regione Lombardia, 2009) ha fornito, come indicazione per la riorganizzazione dei Cv in termini di qualità ed efficienza, i seguenti standard di riferimento:

- apertura della sede per almeno cinque giorni settimanali;
- somministrazione di almeno 50 vaccini/giornata.

Il progetto

L'applicazione di questi standard a livello locale ha reso necessaria la progettazione di una analisi organizzativa, definendo in termini esperienziali l'intervallo tra appuntamenti vaccinali. A elaborare il disegno del progetto è stato un gruppo di lavoro comprendente: i Responsabili della Struttura semplice di prevenzione dei distretti 1, 6 e 7; il Responsabile del Coordinamento inter-distrettuale degli Uffici professioni sanitarie; l'infermiera Pediatrica; l'Ufficio professioni sanitarie del distretto 3.

Gli obiettivi del progetto sono stati i seguenti:

- individuazione di un tempo standard del processo vaccinale e incidenza percentuale delle altre attività del Centro;
- gestione uniforme dell'organizzazione dei Cv in osservanza dello standard definito;
- autovalutazione organizzativa di ciascun Distretto in rapporto alle risorse;
- individuazione di sistemi di riorganizzazione inter e intra-distrettuali;
- definizione del livello di complessità dell'attività svolta.

Si è proceduto, quindi, all'osservazione diretta dei tempi dell'intero percorso vaccinale: sono stati considerati i dati relativi ad alcune attività e la procedura vaccinale. Nello specifico, i dati di attività analizzati sono stati i seguenti:

- numero di accessi per vaccinazione di utenti 0-18 anni;
- numero somministrazioni in soggetti 0-18 anni;
- numero di accessi per vaccinazione di utenti adulti.

Il percorso vaccinale è stato analizzato considerando le fasi che lo compongono: accoglienza con verifica appuntamento e situazione vaccinale, consegna moduli da compilare (Fase 1), compilazione dei moduli (Fase 2), colloquio anamnestico, esecuzione dell'iniezione del vaccino, registrazione del certificato vaccinale, raccomandazioni post vaccinali (Fase 3) e prenotazione successivo appuntamento (Fase 4).

In due Distretti la fase 1 (verifica dell'appuntamento vaccinale) e la fase 3 (relativa alla registrazione del certificato vaccinale) sono preparate in back office. Anamnesi e vaccinazione relativa alla fase 3, in alcune realtà, sono gestite da due Infermieri/Assistenti sanitari senza medico (in relazione ai medici presenti in organico; un medico è comunque sempre presente all'interno del Cv).

La fase 2 non è facilmente delineabile, poiché influenzata dalla variabilità di tipologia della popolazione e della complessità della vaccinazione stessa o della situazione vaccinale di ciascun soggetto.

L'osservazione vera e propria è stata condotta nel mese di febbraio 2012: per ogni ambulatorio sono state raccolte 12 rilevazioni del tempo dedicato a ogni utente di età compresa tra 0-18 anni per espletare un appuntamento vaccinale. Le rilevazioni che corrispondono al 17% degli accessi settimanali di utenti minori nei Cv di Asl sono state così differenziate:

- 3 rilevazioni per prima esavalente in soggetto italiano;
- 3 rilevazioni per prima esavalente in soggetto non italiano;
- 3 rilevazioni per altra vaccinazione in soggetto italiano;
- 3 rilevazioni per altra vaccinazione in soggetto non italiano.

Non sono state osservate somministrazioni vaccinali a adulti; il valore temporale di riferimento assunto è stato di 8 minuti per persona vaccinata. Questo valore è stato poi moltiplicato per il numero di soggetti adulti vaccinati calcolati sui dati medi settimanali nell'anno 2011.
Sono inoltre state considerate nell'osservazione le ore di front-office, il numero di soggetti non pervenuti che incidono sulla riprogrammazione di recupero calcolati da due Distretti, il calcolo della percentuale aggiuntiva d'impegno del tempo Infermieri nei Distretti con ambulatori gestiti senza presenza del medico.
Infine, sono state rilevate le attività complementari non direttamente collegate all'esecuzione della vaccinazione, quali il tempo per: eseguire un prelievo, evasione di 10 mail, registrazione di 10 certificati. Analizzando il 1° trimestre 2012 sono stati raccolti il numero di prelievi effettuati, mail evase, registrazione di certificati, tempo dedicato all'accettazione telefonica. In ultimo sono state registrate anche le ore di presenza degli operatori suddivisi per profilo professionale: Infermieri/Infermieri pediatrici/Assistenti sanitari; Amministrativi; Medici/Pediatri.

I risultati dell'osservazione

I dati di attività osservati insieme a quelli relativi alla procedura vaccinale (**Tabelle 1 e 2**) evidenziano un significativo volume di attività. La differenza osservabile tra accessi e somministrazione è giustificata dalla possibilità che ogni soggetto possa ricevere più di un vaccino contemporaneamente.

Tabella 1 - Attività vaccinale Asl

N° accessi adulti	N° somministrazioni adulti	N° accessi 0-18	N° somministrazioni 0-18
16034	20720	104522	163154

Tabella 2 - Dimensione e variabili del campione analizzato

Variabile	Tempi osservati in minuti	Utenti osservati
1° vaccinazione	**Totale**	**Totale**
Italiano	1407	93
Straniero	1409	80
Altra vaccinazione		
Italiano	1468	113
Straniero	1366	108
Importo totale	**5650**	**394**

Il tempo calcolato comprende tutte le 4 fasi del percorso vaccinale; i tempi medi per ogni variabile considerata e la media totale per variabile sono descritti nella **Tabella 3**.

Tabella 3 - Tempi medi rilevati

1° vaccinazione sogg. Italiano	1° vaccinazione sogg. straniero	Altra vaccinazione sogg. Italiano	Altra vaccinazione sogg. straniero	Media
18,68	22,74	15,30	16,01	17,80

Per rispondere alla necessità di individuare un tempo d'intervallo fra gli appuntamenti si sono analizzati i tempi delle singole fasi del processo vaccinale. Analizzando la media dei dati osservati, la fase 1 e 2 (accoglienza con verifica appuntamento e situazione vaccinale, consegna moduli da compilare) richiedono 4-5 minuti. Il resto del processo può essere identificato come attività svolta all'interno dell'ambulatorio vaccinale e un tempo di 10 minuti è stato assunto come parametro per la cadenza degli appuntamenti. Nella **Tabella 4** sono invece riassunti i dati relativi alle attività complementari (gestione dei prelievi, all'elaborazione delle e-mail, alla registrazione dei certificati).

Tabella 4 - Attività complementare	
Minuti a prelievo	12,7
Prelievi a settimana	1,2
Minuti per 10 mail	90,2
Mail a settimana	43,6
Minuti per 10 mail	90,2
Certificati a settimana	34,4
Front office telefonico	40,0

Nella **Tabella 5** sono presentati i dati relativi al tempo complessivo dedicato dagli operatori alle diverse attività.

Tabella 5 - Tempo operatori dedicato alle attività	
Attività	**Ore**
Vaccinazioni ai minori	680,6
Vaccinazioni ad adulti	46,5
Gestione prelievi	4,2
Gestione mail	45,7
Gestione certificati	42,7
Front-office telefonico	280,4
Front-office	485,5
Gestione redazione inviti	46,0
Totale	**1630**

I dati della Tabella 5 sono stati ricavati su una media settimanale sull'anno 2011, considerando un tempo lavorato di 46 settimane l'anno, escludendo periodi festivi e ferie. Prima di confrontare le ore di presenza del personale con il tempo osservato delle attività, è stata effettuata un'ulteriore rilevazione di dati non considerati in precedenza.
Questo perché le attività analizzate non sono esaustive del volume complessivo di attività: in ogni Cv sono effettuate anche altre attività di carattere generale (es. gestione dei turni, dei farmaci e dei presidi, preparazione del materiale cartaceo a uso dell'utenza, verifiche di processo, attuazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale, altro), per le quali i tempi sono stati stimati attraverso un'indagine svolta in tre Distretti.

Per ogni attività è stato calcolato l'impegno settimanale in termini di tempo e numero di operatori. Il dato medio è stato applicato a ogni Distretto per trarre il valore complessivo da aggiungere ai totali dei dati precedenti (**Tabella 6**).

Tabella 6 - Attività e ore/settimana di presenza del personale

Attività dedicate	**Ore/settimana**	**Percentuale**
Attività vaccinale	1246	49%
Attività complementari	419	17%
Gestione, verifiche e controlli	873	35%
Tempo residuo		-1%

Conclusioni

Il tempo dedicato a ogni utente per sviluppare l'intero percorso vaccinale considera l'impegno del personale nelle varie fasi, dal momento dell'accettazione allo sportello sino all'assegnazione dell'appuntamento per la vaccinazione successiva. Stante l'assetto organizzativo attuale, tenendo conto dei dati da noi rilevati e analizzati, occorre considerare che l'apertura di un Cv comporta la necessità di un numero minimo di operatori che devono garantire i punti strategici. Il numero degli operatori deve essere ponderato in funzione di:

- bacino d'utenza;
- strutturazione degli orari di apertura;
- numero di utenti effettivamente raggiunti;
- necessità di due operatori nell'ambulatorio vaccinale;
- utenti prenotati e non presentati;
- riprogrammazione degli utenti non presentati;
- sicurezza della prestazione;
- necessità di un operatore di supporto per gestire urgenze, emergenze, rallentamenti dovuti a malori, bambini da contenere, stranieri o non con particolari esigenze.

La nostra analisi ha permesso di fotografare l'organizzazione dei Cv nella Asl di Milano, che, considerando il bacino d'utenza e gli out-come prodotti, può essere ritenuta unica in tutto il territorio nazionale e può essere intesa come esempio per orientare altre realtà locali con minor afflusso.

Poiché l'organizzazione dei Cv a Milano non può basarsi su dati certi di afflusso degli utenti, risentendo questi di numerose variabili non controllabili a priori, è necessaria un'adeguata ponderazione di queste variabili così da consentire una gestione flessibile delle risorse. L'inferenza conseguente all'analisi ha permesso di definire un end-point per la determinazione di un modello di Cv che tiene in considerazione sia il dato reale d'impegno, sia la garanzia di sicurezza dell'utenza e degli operatori coinvolti.

Le attività analizzate non esauriscono tutti gli aspetti dell'impegno del personale di un Cv; l'analisi delle attività che gli operatori svolgono quotidianamente e che non sono state oggetto di osservazione potrebbe configurare uno sviluppo ulteriore del progetto.

BIBLIOGRAFIA

- Asl Milano. *Piano della performance 2012-2014* 22 Maggio 2012. (Consultato il Agosto 10, 2012) disponibile all'indirizzo: http://www.asl.milano.it.
- Decreto n. 1065 del 09/02/2009. sanita.regione.lombardia. 2009. (Consultato il giorno Agosto 16, 2012) disponibile all'indirizzo: http://normativasan.servizirl.it/port/GetNormativafile.
- *Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014*. Ministero della salute Governo.it. 2012. (consultato il giorno Agosto 08, 2012) disponibile all'indirizzo http://www.governo.it/backoffice/allegati/67507-7587.pdf.
- Rastelli L. (2012). *Le vaccinazioni: aspetti cognitivi, organizzativi e proposte migliorative dei processi* (Tesi di laurea). Milano, Università degli Studi di Milano. Relatore Folgieri R., correlatore Mapelli V, Aa 2011-2012.
- Regione Lombardia. "Deliberazione N.VIII/1587 Regione Lombardia 22.12.2005" (consultato il giorno Agosto 10, 2012) disponibile all'indirizzo: http://www.sanita.regione.lombardia.it.

SCAFFALE

Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie

di Annalisa Pennini

McGrawHill, 2013
pagine 304, euro 25,00

Diversità e *universalità* nelle funzioni di Coordinamento: questo è il *leit motif* del testo di Annalisa Pennini, Dottore Magistrale in Scienze infermieristiche. Il volume, indirizzato a tutte le professioni sanitarie, affronta il processo di professionalizzazione (empirico e normativo) che ha condotto nel tempo all'attribuzione della funzione di coordinamento e come esso si sia evoluto in considerazione dei cambiamenti dell'organizzazione (recessione economica, riorganizzazione complessiva dei processi e dei sistemi, revisione della spesa, ricerca dell'equilibrio tra costi e qualità, fra diritti e sostenibilità del sistema).
Il testo è frutto della storia professionale dell'autrice, che racconta da quattro angolature (dal di SOTTO la funzione di coordinamento in quanto pregressa infermiera; da DENTRO l'attività di coordinamento, svolta da coordinatore; da SOPRA nella funzioni di Dirigente; di LATO come formatore dei Coordinatori), ma anche rintraccia e propone esperienze empiriche raccolte sul campo. Riporta inoltre gli esiti di un confronto con i colleghi delle varie professioni sanitarie, coinvolti negli ambienti di coordinamento.
"*Le numerose evidenze empiriche raccolte dai coordinatori hanno consentito costantemente il contatto con la realtà (p. XII)"*. Preme sottolineare ai lettori del volume, siano essi studenti in formazione o già coordinatori, che questo tratto di aderenza alla realtà operativa è il valore aggiunto da attribuirsi alla sforzo produttivo dell'Autrice, che utilizza i concetti di "diversi e uguali" propri del paradigma proposto da M. Leininger sull'Assistenza transculturale per riformulare la funzione del Coordinamento: non esiste un profilo standard di coordinatore, piuttosto questo è il risultato del peso di quattro variabili, contenute: *a) nella professione di appartenenza; b) nel contesto in cui viene svolta l'attività di coordinamento; c) nell'età (anagrafica e di permanenza nella funzione) e la formazione manageriale; d) nelle attitudini, talenti e motivazioni personali.* L'universalità, che rappresenta il lato B del paradigma, approfondisce gli elementi che caratterizzano i tratti comuni dei coordinatori: lo *stare in mezzo, il possesso di competenze mixate, le funzioni e il ruolo, il valore del lavoro svolto e gli aspetti etici, la responsabilità e gli aspetti giuridici, i metodi e gli strumenti di lavoro, le modalità di svolgimento delle attività* (pagina 7).
Il testo non si configura come il consueto manuale di metodologia manageriale: organizzato in tre parti "Essere Coordinatore, fare il Coordinatore", "Gli strumenti per il coordinamento", "*Lean Organization*", offre l'opportunità di scandagliare i vari punti di forza e di debolezza del coordinamento, in un'organizzazione composta, come ricordato dall'autrice, da "uomini/professionisti".

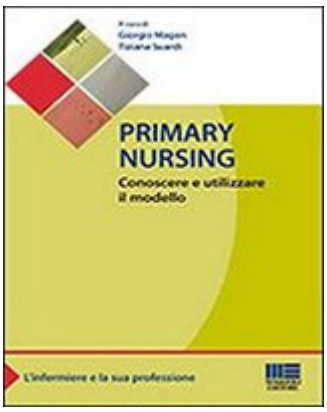
Ogni capitolo si conclude con un riepilogo e un test di autovalutazione, che metodologicamente aiuta il lettore a condurre una sintesi sulle informazioni ricevute e sull'apprendimento acquisito. Gli approfondimenti manageriali e gestionali trovano la loro collocazione in specifici box che rinviano, attraverso una bibliografia ragionata, a testi e autori specializzati, e a passaggi successivi a cura del lettore, motivato ad una maggiore comprensione del fenomeno manageriale. In appendice della prima parte sono riportate le testimonianze di 9 professionisti che ben esprimono, attraverso la loro testimonianza, quello "spaccato di vita", che è alla base del paradigma "diversità/universalità".
Nella seconda parte sono rappresentati gli strumenti per il coordinamento necessari a realizzare la funzione nell'organizzazione. Questa parte del volume si connota come un "viatico", attribuendo a questo sostantivo la funzione di "*un sostegno, un conforto in un'impresa o in un'attività"* soprattutto per la modalità narrativa che lo caratterizza: appare quasi un passaggio di consegne fatto di "*consigli e ricette segrete*", non solo nate dall'operatività quotidiana e quindi frutto dell'esperienza, ma fondate su presupposti manageriali. Questa è infatti la sensazione che pervade il lettore seguendo via via l'Autrice nella sua progressiva esposizione: sostenere e consigliare coloro che si interessano a varie ragioni del *management* nelle funzioni di coordinamento, in un'impresa ardua e delicata che richiede dedizione e competenza specifica, ma soprattutto maturità e onestà intellettuale, condita da una buona dose di capacità autocritica e di assertività.

Antonella Leto
Dirigente Area infermieristica e ostetrica, Dipartimento assistenza alla persona, Asl Roma C.

SCAFFALE

Primary nursing. Conoscere e utilizzare il modello

a cura di Giorgio Magon e Tiziana Suardi
Maggioli Editore, 2013
pagine 178, euro 19,00



In un momento storico di crisi globale come quello che stiamo vivendo in Italia, che mette in discussione i pilastri dello stato sociale, il libro di Magon e Suardi può rappresentare una "boccata di aria fresca". Finalmente si parla di cambiamenti dei modelli organizzativi culturali e non dell'ennesima rivisitazione del modello per compiti e funzioni, tanto caro all'infermieristica italiana, in cui l'unica alternativa è la suddivisione in moduli, aree, zone, ma fondamentalmente il lavoro è sempre centrato sulla mansione e non sulla persona assistita.
Il testo si apre appunto con una disamina, condotta da due economisti, circa le specificità del deficit "di intensità e densità assistenziale" (pagina 13) in Italia. Una specificità che ha determinato la difficoltà ad attuare progetti che sperimentano approcci organizzativi innovativi, ma che ha comportato l'utilizzo, per la salvaguardia delle perfomance assistenziali, di modelli organizzativi ispirati a logiche tayloristiche che, come ricordano gli Autori, risultano desuete anche nelle industrie automobilistiche dalle quali sono state generate. Gli autori sottolineano come "la valutazione complessiva del rapporto costi-benefici e della sostenibilità nel lungo periodo della spesa dell'assistenza infermieristica del servizio sanitario nazionale italiano non può limitarsi ad un progetto di riduzione di costo tout court" (pagina 23).
Segue, a cura di Magon e Suardi, una presentazione dell'approccio all'assistenza proprio del *primary nursing*: un modello organizzativo basato sulla relazione e guidato dalle risorse. Un modello che ha il suo baricentro nella relazione che si instaura tra infermiere e persona assistita quale condizione più adatta per scoprire e comprendere le persone che vengono curate e per rendere significative le informazioni che esse veicolano.
Evidenziamo come il prendersi cura o *caring* infermieristico sia una pratica che si realizza attraverso azioni competenti e disponibilità a occuparsi intenzionalmente della persona assistita. L'infermiere capace di prendersi cura della persona dispone di conoscenze, competenze cliniche esperte, capacità di *problem solving* e di *decision making,* competenze tecniche e capacità relazionali. Tutto ciò porta gli infermieri a sviluppare competenze che, una volta, erano principalmente di "sostituzione" mentre ora mirano allo sviluppo delle capacità di autogestione della persona.
Entrando nel vivo del testo, pochi sono gli scritti o gli articoli italiani su come organizzare l'assistenza quotidiana centrando il fulcro sulla presa in carico della persona assistita; la maggior parte delle riflessioni su questo argomento sono state condotte in una cultura diversa da quella italiana e i testi di riferimento sono, in gran parte, tradotti dalla lingua inglese. È questo il contributo specifico che quest'opera apporta alla cultura infermieristica italiana: la sperimentazione nella realtà, come dicono gli autori, "dalle parole ai fatti: realizzare il cambiamento" (pagina 47).

Il testo dettaglia in modo specifico i passaggi chiave necessari all'implementazione di un nuovo modello, la scelta e la sua dichiarazione, l'analisi della realtà, la condivisione, la sperimentazione, la verifica e l'implementazione.
Molto interessante il paragrafo sugli "ostacoli più grossi" (pagina 45) che sono stati individuati in questo percorso, la puntualizzazione sulla pianificazione come strumento "che parla al futuro" (pagina 46) e che aiuta a stabilire corretti rapporti tra infermiere di riferimento (*primary*) e infermiere associato. Questa è una delle problematiche più sentite nei gruppi che si sono affacciati a questo tipo di modello. Come lo è anche la visibilità del ruolo infermieristico nel percorso della persona assistita, che è sia un riconoscimento, ma anche una responsabilità che gli infermieri non sempre sono pronti ad affrontare.
Un importante lavoro vien proposto sulla documentazione: ogni elemento fondamentale del *primary nursing* è stato analizzato e sono stati rivisti sia gli strumenti sia le modalità di utilizzo (ad esempio la trasmissione delle consegne). Il testo presenta questi strumenti offrendo quindi al lettore esemplificazioni interessanti che possono, fatte salve le dovute contestualizzazioni, essere utili nell'implementazione del modello.
Interessante inoltre la nascita di progetti complementari al *primary nursing* che individuano specifici ruoli (*case manager*) o costruiscono strumenti per la valutazione della *performance* del professionista. Questi progetti testimoniano come, attraverso una progettualità condivisa, si aprono nuove e originali prospettive di lavoro ad integrazioni dei percorsi originali.
Crediamo che un testo come quello di Magon e Suardi aiuti, non solo gli infermieri ma anche la dirigenza, a vedere oltre agli ostacoli un orizzonte di possibilità. Possibilità che devono da una parte basarsi sul riconoscimento e sulla valorizzazione dei soggetti in gioco - le persone che assistiamo, le persone che assistono - e, dall'altra, orientarsi al confronto su come le nuove modalità di erogazione dell'assistenza contribuiscano a raggiungere risultati sulla collettività. Questo lavoro lancia quindi due sfide: la prima è la sperimentazione di questo modello anche in realtà sanitarie meno protette dal punto di vista organizzativo - vedi l'influenza dei servizi d'emergenza-urgenza sulla programmazione assistenziale delle aree di degenza - e integrate tra servizi ospedalieri e servizi di cure domiciliari a sostegno della continuità assistenziale. La seconda sfida riguarda la valutazione degli *outcome* conseguibili dall'applicazione dello stesso. Lavorare sui risultati vuol dire identificare con chiarezza lo scopo per il quale lavoriamo: sviluppare l'autocura e sostenere l'autodeterminazione delle persone delle quali ci prendiamo cura.

Chiara Boggio Gilot *e* ***Claudia Gatta***
Coordinatori Scientifici Progetto Primary Biella

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 Drì, 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