

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVIII



ISSN 2038-0712

**MARZO - APRILE
2014**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Infermieri e cittadini, un dialogo costante

di Annalisa Silvestro

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Il percorso di riabilitazione dell'utente anziano con frattura del femore e il ruolo dell'infermiere: una revisione della letteratura

di Elisa Bellatti, Giuseppe Re Luca, Maura Lusignani

Il dibattito sulle casacche segnaletiche per prevenire le interruzioni durante il giro della terapia: una revisione narrativa

di Marcello Ferro, Sara Vecchiato, Marika Pascolo, Alvisa Palese

● CONTRIBUTI

INFERMIERI E VOLONTARI IMPEGNATI NEL SOCCORSO: LA POSIZIONE DEL CONSIGLIO DI STATO

di Annalisa Silvestro e Barbara Mangiacavalli

La competenza culturale: modelli, standard e strumenti per l'infermiere italiano

di Valentina Bressan, Simone Stevanin

● ESPERIENZE

La cura del cavo orale in soggetti portatori di gravi deficit neuro-psico-motori: l'esperienza di un Presidio sanitario territoriale fiorentino

di Carmina Cairo, Maddalena Isoldi, Antonia Rosa Marseglia, Marcello Bartalesi, Rita Greco

Il trattamento con Fingolimod (Gilenya®) nei pazienti con Sclerosi multipla: l'attività del Centro del Policlinico di Tor Vergata

di Francesco Zaghini, Serena Vale, Ada Martini, Andrea Scoccia

Qualità assistenziale e continuità di cura nella patologia cerebrovascolare: analisi dei ricoveri ospedalieri nell'Ospedale di Palestrina e confronto con un modello di ospedalizzazione domiciliare

di Maria Antonietta Paradiso, Ercole Vellone, Rosaria Alvaro, Giuseppe Liotta

Decidere eticamente nella pratica professionale: il Codice Deontologico quale strumento di discernimento

di Jole Barbara Vernillo, Giuliana Masera, Paola Siri, Antonella Gioia

● SCAFFALE

Braccialetti rossi. Il mondo giallo. Se credi nei sogni, i sogni si creeranno

Disuguaglianze nella salute e professione infermieristica. Risorse e criticità per l'equità del sistema sanitario



EDITORIALE

Infermieri e cittadini, un dialogo costante

di *Annalisa Silvestro*

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

L'8 maggio scorso la Federazione Ipasvi ha presentato il nuovo portale web **Infermieri per la salute** (www.infermieriperlasalute.it) un "canale certificato" sull'assistenza, dedicato ai cittadini.

Sono state le numerose richieste arrivate dai cittadini su come gestire i problemi di salute e di assistenza a far muovere verso tale direzione.

Come infermieri, in quanto professionisti dell'assistenza, riteniamo di poter offrire supporto e aiuto in questioni di nostra competenza e siamo convinti di poter seguire concretamente i cittadini nel percorso salute - malattia - salute offrendo consigli concreti e pratici sulle cose da fare o da non fare. Quella degli infermieri è una vicinanza stretta, mediata da un linguaggio semplice legato alla quotidianità.

Di fatto, l'elemento che più caratterizza il nuovo portale è il costante dialogo che da sempre è stato instaurato con il focus del sistema sanitario: il cittadino.

I nuovi media stanno trasformando il modo di comunicare anche nel mondo della salute: si assiste a un cambiamento rilevante; da una parte positivo perché oggi è possibile reperire numerose informazioni in modo facile e veloce, dall'altra preoccupante, in quanto i cittadini hanno veramente scarsa possibilità di verificarne la veridicità, la scientificità e la fonte delle informazioni stesse.

L'assistenza è il campo proprio di attività degli infermieri che sono in grado, per preparazione e competenze specifiche, di dare ai cittadini un'informazione professionale solida e certa.

Sempre più italiani usano internet per informarsi anche sulla salute: tramite il web è possibile mettere a loro disposizione informazioni, consigli, suggerimenti di facile utilizzo, oltre ad avere l'opportunità di far apprezzare meglio la figura dell'infermiere sempre più presente nelle strutture territoriali e a domicilio con una sempre più strutturata capacità di dare ai cittadini l'informazione più adatta e sicura, fatta di conoscenze, capacità ed esperienza.

Le sezioni che caratterizzano il nuovo portale web, sono quattro:

- **“Chi è l'infermiere?”** dove il cittadino può reperire informazioni e spiegazioni sulla formazione, le competenze l'effettiva iscrizione del professionista all'Albo professionale sul data base dei Collegi Provinciali;

- **“Lo sai che?”** un contenitore di articoli con consigli e informazioni per migliorare la propria salute o per documentarsi su temi di interesse tramite l’archivio che comprende 500 notizie suddivise per aree tematiche. Ogni settimana la sezione viene aggiornata con 3 new entry;
- **“Guide pratiche”** un contenitore di monografie di approfondimento con notizie utili su temi di interesse per il singolo e la famiglia (ad es. autogestione di malattie croniche come il diabete). L’archivio Ipasvi è già molto ricco di argomenti che vanno dall’igiene delle mani, all’endoscopia digestiva, alla somministrazione di insulina; dalla disfagia e disidratazione dell’anziano alla prevenzione degli incidenti domestici, fino alla febbre del bambino, alla frattura dell'anca, all’allattamento e molti altri temi;
- **“Vademecum”** spazio dedicato all’approfondimento di tematiche specifiche.

Il portale "Infermieri per la salute" si colloca nel vasto mondo dell’informazione digitale in medicina ma si distingue da altre piattaforme simili perchè offre un’informazione certificata, offerta con un linguaggio fruibile e con indicazioni operative vicine alle necessità della persona in quel momento.

Le opportunità che questo strumento può offrire sono numerose: dalla “domanda e risposta” in tempo reale, a come orientarsi e muoversi tra i servizi offerti nel proprio territorio, alla soluzione di problemi operativi e a difficoltà che il cittadino può incontrare dopo le indicazioni o le prescrizioni del medico fino alla gestione dei bisogni correlati ad una patologia cronica.

Il percorso di riabilitazione dell'utente anziano con frattura del femore e il ruolo dell'infermiere: una revisione della letteratura

Elisa Bellatti¹, Giuseppe Re Luca², Maura Lusignani³

¹Infermiere, Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano; ²Infermiere tutor, Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano; ³Ricercatore 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 Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano

Corrispondenza: lucagiuseppere@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione Le fratture del femore sono uno dei problemi più seri per la salute degli utenti anziani. Per garantire un recupero fisico, psichico e psicosociale ottimale è indispensabile la pianificazione di un percorso riabilitativo efficace da parte di un'équipe multidisciplinare. L'obiettivo dello studio, attraverso una revisione della letteratura, è descrivere gli interventi utili nel percorso di cura e riabilitazione dell'utente anziano con frattura del femore e illustrare il ruolo assunto dall'infermiere in questo percorso.

Metodi e strumenti È stata condotta una revisione della letteratura attraverso banche dati biomediche e siti Internet istituzionali.

Risultati Il ruolo dell'infermiere è riconosciuto come fondamentale nell'équipe multidisciplinare; esso può attuare interventi psicologici, emozionali e preventivi, di controllo delle complicanze post operatorie e di riabilitazione fisica.

Conclusioni L'approccio multidisciplinare è quello privilegiato per la riabilitazione dell'utente con frattura del femore; conduce al miglioramento dei principali esiti ma non ci sono prove conclusive della sua efficacia. Il ruolo dell'infermiere è ancora poco descritto. Non è emerso quali interventi siano propri dell'infermiere o se tutti o in parte siano da attribuire ad altri membri dell'équipe multidisciplinare.

Parole chiave: frattura del femore, équipe multidisciplinare, ruolo dell'infermiere

The rehabilitation process of elderly with hip fracture and the nurse's role: a literature review

ABSTRACT

Introduction Hip fractures are one of the most serious health problems of elderly users. A multidisciplinary team should plan a rehabilitation program to ensure effectiveness of physical, mental and psychosocial optimal recovery. Through a literature review, the objective of the study is to describe which interventions are useful for treatment and rehabilitation of elderly users with hip fracture and the role of the nurse in this process.

Methods A review of the literature through biomedical databases and institutional Internet sites was carried out.

Results Nurse's role is recognized as crucial in the multidisciplinary team; it can carry out psychological, emotional and preventive intervention, the control of postoperative complications and physical rehabilitation.

Conclusions The multidisciplinary approach is the best for the rehabilitation of the user with hip fracture, leading to the improvement of the main health outcomes but there aren't enough evidences of its effectiveness. The nurse's role is still poorly described; among the interventions investigated, it's unclear which ones belong to nurse's practice, totally or in part, and which ones are under responsibility of other members of the multidisciplinary team.

Key words: hip fracture, multidisciplinary team, nurse's role

INTRODUZIONE

Le fratture del femore sono uno dei problemi maggiori e più seri per la salute degli utenti anziani (NICE, 2011). Spesso sono l'effetto di una semplice caduta, aggravata dalla presenza di osteoporosi che non sempre viene individuata e curata (NICE, 2011; Handoll HHG, et al., 2011; AAOS, 2009). La maggioranza delle fratture del femore nei paesi industrializzati interessa persone con età superiore ai 65 anni (Mayo clinic, 2012) e il rischio aumenta sensibilmente nelle persone con età pari o superiori agli 80 anni (Handoll HHG, et al., 2009; Mayo clinic, 2012). Le donne hanno un rischio di contrarre fratture del femore più elevato rispetto agli uomini (Mayo clinic, 2012). In Italia le stime di incidenza attendibili sono state prodotte analizzando l'archivio nazionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) (ARS Toscana, 2012). Negli uomini il tasso di incidenza di frattura del femore è risultato pari allo 0,4% per quelli con meno di 65 anni di età, dell'1,4% per quelli tra i 65 e i 74 anni di età e, infine, dell'8,5% per gli uomini oltre i 74 anni di età (ARS Toscana, 2012). Nelle donne, per le stesse fasce di età, il tasso di incidenza è risultato rispettivamente pari allo 0,5%, al 3% e al 18,5% (ARS Toscana, 2012). L'impatto, anche economico, delle fratture del femore sulla società è grande e in procinto di subire un rapido incremento (ARS Toscana, 2012). È stato stimato che nel 1990 ci sono stati 1,26 milioni di fratture del femore in soggetti di oltre 65 anni e si pensa che il numero aumenterà fino a 21,3 milioni entro il 2050 (Handoll HHG, et al., 2009). La maggioranza delle fratture del femore è trattata chirurgicamente e ciò permette di evitare alcune delle complicanze derivate dal prolungato allettamento e dall'immobilizzazione (Handoll HHG, et al., 2011) ma nonostante ciò solo pochi utenti riescono a recuperare completamente (Handoll HHG, et al., 2011). Il 40% di coloro che riescono a sopravvivere fallisce nel ritornare ai livelli precedenti di mobilità e di attività; molti diventano spesso più dipendenti e circa tra il 10% e il 20% non è più in grado di ritornare al proprio domicilio (Handoll HHG, et al., 2011). Diversi utenti che prima della frattura del femore erano autonomi nelle attività di vita quotidiana, dopo l'intervento sono stati trasferiti in case di cura per più di un anno (Mayo clinic, 2012). Le maggiori complicanze dopo l'intervento sono attribuibili al ritardo dei trattamenti di mobilizzazione e a un prolungato allettamento (Mayo clinic, 2012). Oltre al problema di un recupero non ottimale si aggiunge quello dell'elevato tasso di mortalità (NICE, 2011; RCN, 2007; AAOS, 2009; Handoll HHG, et al., 2008): il 5-10% degli utenti con una frattura del femore muore entro un mese dall'incidente e il 12-37% muore entro un anno (NICE, 2011; RCN, 2007). Molte di queste morti non sono direttamente dovute alla frattura ma all'alta

presenza e prevalenza di patologie concomitanti nell'anziano (NICE, 2011). Le risorse richieste per fornire le cure necessarie agli utenti con fratture del femore all'interno degli ospedali e per proseguire la riabilitazione dopo l'evento acuto sono elevate (Handoll HHG, et al., 2009). Ogni anno nel Regno Unito si verificano tra i 70.000 e i 77.000 casi di fratture del femore con un costo complessivo di 785 milioni di sterline solamente per le cure in regime ospedaliero (Crotty M, et al., 2010) e le cifre salgono sensibilmente fino ad arrivare a 2 miliardi di sterline all'anno se si comprendono anche le cure extra ospedaliere (NICE, 2011). Uno studio ha stimato che in riferimento a una frattura del femore i costi diretti per sostenere i trattamenti e la gestione dei farmaci hanno superato i costi per il trattamento dell'infarto miocardico acuto (Handoll HHG, et al., 2009). In una prospettiva di allungamento della vita media delle persone i casi di frattura del femore e i costi connessi aumenteranno inevitabilmente, ponendo un'ulteriore pressione su un sistema sanitario già in difficoltà (Handoll HHG, et al., 2009; RCN, 2007). Il rapido recupero delle funzioni fisiche e psichiche nel percorso riabilitativo è l'aspetto più importante ma anche il più critico, in particolare se l'obiettivo principale è quello di fare ritornare l'utente al proprio domicilio e ai livelli di vita precedenti alla frattura (NICE, 2011). Diverse sono le figure professionali che devono precocemente iniziare a collaborare, dopo l'intervento, per instaurare un programma di riabilitazione sull'utente anziano (NICE, 2011) che gli consenta di riacquistare un ruolo all'interno della propria vita familiare e della società più in generale (Crotty M, et al., 2010). Qui scaturisce l'importanza e la necessità di fornire un percorso efficace ed efficiente per garantire il recupero ottimale della mobilità, dell'indipendenza e della qualità di vita (Handoll HHG, et al., 2009). Essendo ormai riconosciuto che l'approccio privilegiato in ambito sanitario è quello di natura multidisciplinare, per gli infermieri è quindi importante muoversi all'interno di un'équipe di cura (RCN, 2007). Dai dati della letteratura si evince però che, benché essi abbiano un ruolo strategico nella riabilitazione di utenti con frattura del femore, spesso questo ruolo viene sottovalutato e poco definito (RCN, 2008). Sia il ruolo sia il contributo fornito dall'infermiere all'interno di un percorso multidisciplinare di cura e riabilitazione non sono ancora stati ben descritti (Handoll HHG, et al., 2009; RCN, 2007; Handoll HHG, et al., 2011; AAOS, 2009).

Obiettivi

L'obiettivo principale di questo studio è descrivere gli interventi utili nel percorso di cura e riabilitazione multidisciplinare dell'utente anziano con frattura del femore attraverso una revisione della letteratura.

L'obiettivo secondario è illustrare il ruolo assunto dall'infermiere in tale percorso.

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed, la Cochrane Library, il National Library of Medicine (NLM) e siti Internet quali quello del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e del Royal College of Nursing (RCN). L'interrogazione di questi siti Internet e banche dati è stata effettuata utilizzando una serie di filtri e/o parole chiave.

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca, per un'efficace interrogazione delle banche dati e dei siti Internet considerati 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) (Tabella 1).

Per la revisione sono stati inclusi:

- gli studi condotti in popolazioni di utenti con un'età maggiore ai 65 anni;
- gli studi pubblicati negli ultimi 10 anni;
- gli studi con l'*abstract* disponibile;
- gli studi secondari.

La ricerca bibliografica è stata eseguita il giorno 18 gennaio 2013; 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 selezione degli articoli da parte di due degli autori (in modo indipendente), Bellatti E e Re Luca G, sulla base della pertinenza del titolo e dell'*abstract*; una volta selezionati gli articoli sono stati valutati integralmente. In caso di dubbio è stato interpellato il terzo autore, Lusignani M. La selezione e la valutazione degli articoli è avvenuta utilizzando una lista di controllo precedentemente predisposta dagli autori.

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave
PubMed	("Nursing Care"[Mesh]) OR ("Nursing"[Mesh]) AND "Hip Fractures/rehabilitation"[MeSH]
Cochrane Library	"hip fracture" (il termine è stato ricercato per i campi: titolo, abstract e parole chiave)
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	"hip fracture"
Royal College of Nursing (RCN)	"hip fracture"
National Library of Medicine (NLM)	"hip fracture"

RISULTATI

La selezione eseguita dagli autori in base ai criteri di inclusione stabiliti e alla lista di controllo utilizzata ha portato all'inclusione di 9 articoli. I contenuti dei singoli studi considerati nella revisione sono riportati in maniera sintetica in appendice 1 a pagina e21.

Gli interventi riabilitativi messi in atto per il recupero degli utenti anziani con frattura del femore sono di tipo psichico e psicosociale, fisico e nutrizionale (rispettivamente Tabelle 3, 4 e 5).

Interventi di riabilitazione psichica e psicosociale

Il recupero dopo una frattura del femore in utenti anziani è influenzato da fattori psicologici e psicosociali, per esempio la paura di cadere, la percezione della propria efficacia personale nel gestire gli eventi, la capacità di risolvere i problemi, eccetera (NICE, 2011; Handoll HHG, et al., 2009; RCN, 2007; Crotty M, et al., 2010; Mak JC, et al., 2010; Momsen AM, et al., 2012; Phillips NM, 2011). Al fine di rendere la persona assistita più autonoma e capace di prendere decisioni, l'in-

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

Metodologia PICO		
P	<i>patient</i> (paziente)	età superiore ai 65 anni con frattura del femore
I	<i>intervention</i> (intervento)	percorso di riabilitazione multidisciplinare
C	<i>comparison</i> (controllo)	percorso di riabilitazione non multidisciplinare
O	<i>outcomes</i> (risultati)	mortalità, complicazioni, durata del ricovero, riammissione, attività quotidiane
Quesito di ricerca		
L'utilizzo di un percorso di cure riabilitative di tipo multidisciplinare nell'utente anziano con frattura del femore può ridurre l'incidenza dei tassi di mortalità e morbilità, diminuire i tempi di degenza e il rischio di riammissioni e migliorare la performance nelle attività di vita quotidiana?		

fermiere di riabilitazione si occupa di stimolare l'*empowerment* del paziente (RCN, 2007): incrementa la stima di sé, l'autoefficacia e l'autodeterminazione, coinvolge l'utente nelle proprie cure e lo rende partecipe delle decisioni da prendere (RCN, 2008). Egli inoltre lo aiuta a orientarne gli obiettivi a lungo termine per renderli realizzabili contribuendo a scomporli in passi da compiere raggiungibili a breve e medio termine (RCN, 2007). L'infermiere agisce in qualità di facilitatore del dialogo tra utente, membri della sua famiglia o altre figure per lui importanti e di riferimento ed équipe professionale (RCN, 2007) per attuare un confronto attivo e partecipativo (Handoll HHG, et al., 2009; Crotty M, et al., 2010).

Interventi di riabilitazione fisica

La maggioranza delle fratture del femore è trattata chirurgicamente e dopo l'intervento l'utente deve affrontare un'ampia gamma di interventi di riabilitazione volti a garantire la ripresa (Handoll HHG, et al., 2009). Questi si rivolgono al recupero della mobilità e della deambulazione, quindi dell'indipendenza nelle normali attività di vita quotidiana e nella cura di se stessi per garantire all'utente una qualità di vita il più possibile simile a quella precedente alla frattura (Handoll HHG, et al., 2009; RCN, 2007; Handoll HHG, et al., 2011; Han-

doll HHG, et al., 2008; Mak JC, et al., 2010). Gli studi riportati in letteratura non hanno ancora evidenziato particolari strategie di mobilitazione che possano essere raccomandate più di altre (Handoll HHG, et al., 2011; Mak JC, et al., 2010).

Interventi di riabilitazione nutrizionale

Un apporto nutrizionale insufficiente negli utenti con frattura del femore può condurre ad apatia mentale, atrofizzazione muscolare, riduzione della potenza muscolare e può alterare la funzionalità cardiaca; questi problemi possono compromettere ulteriormente la mobilità, favorire la tendenza a sviluppare complicanze postoperatorie e ostacolare la guarigione (Avenell A, et al., 2010). Mortalità, complicanze intra ed extra ospedaliere e relativo aumento dei tempi di degenza possono ridursi garantendo un apporto adeguato di integratori nutrizionali (Griffiths R, 2012). L'infermiere, all'interno dell'équipe, è la figura che si occupa di fornire un adeguato apporto nutrizionale (Avenell A, et al., 2010; Craven RF, et al., 2007) e adattare le richieste dietetiche dell'utente anziano con frattura del femore; questo avviene in stretta collaborazione con la figura del dietista e in funzione alle specifiche circostanze cliniche (Mayo clinic, 2012; Mak JC, et al., 2010; Avenell A, et al., 2010; Craven RF, et al., 2007).

Tabella 3. Caratteristiche ed esiti degli interventi di riabilitazione psichica e psicosociale

Intervento	Durata (settimane)	Contesto	Esiti e impatto				Partecipazione infermieristica ¹
			Mortalità	Riammissione	Complicanze	Attività quotidiane	
Interventi di orientamento	nd	degenza	=	=	=	=	sì
		post degenza, domicilio	▼	nd	▼	▲	sì
Terapia occupazionale	nd	degenza	=	=	=	▲ ²	no
Terapia cognitivo comportamentale	nd	degenza	=	nd	=	=	no
Interventi motivazionali	8	degenza	=	nd	nd	▲	nd
		post degenza, domicilio	nd	nd	nd	▲	nd
Terapia fisica e funzionale	nd	domicilio	=	=	=	=	sì
Programmi di apprendimento di gruppo	nd	post degenza	=	=	=	▲	sì

Il confronto sugli esiti è inteso tra il non intervento e l'intervento esaminato, salvo diversamente indicato

¹ coinvolgimento dell'infermiere, all'interno dell'équipe, per l'attuazione dell'intervento

nd: dato non disponibile

² esito a breve termine

=: non sono state registrate differenze negli esiti e nell'impatto dell'intervento

▼: riduzione (mortalità, riammissione, complicanze)/peggioramento (attività quotidiane)

▲: incremento (mortalità, riammissione, complicanze)/miglioramento (attività quotidiane)

Tabella 4. Caratteristiche ed esiti degli interventi di riabilitazione fisica

Intervento	Durata (settimane)	Contesto	Esiti e impatto				Partecipazione infermieristica ¹
			Mortalità	Riammissione	Complicanze	Attività quotidiane	
Deambulazione (entro 48 ore <i>versus</i> ritardata) ²	1	degenza	=	▼	▼	▲	nd
Esercizi con pesi	2 <i>versus</i> 12 ³	degenza	=	=	=	=	nd
Fisioterapia intensiva	nd	degenza	=	▼	5	=	nd
Esercizi di potenziamento dei quadricipiti	nd	degenza	nd	nd	▼	▲	nd
Allenamenti con <i>tapis roulant</i>	nd	degenza	=	=	nd	=	nd
Stimolazione elettrica del quadricipite	nd	degenza	nd	nd	nd	▲	nd
Allenamenti di resistenza e integrazione con nutrienti	6-12	degenza	=	=	nd	=	nd
Esercizi di carico con pesi	2-16	degenza	=	=	=	=	nd
Allenamenti fisici intensivi	12	post degenza	nd	nd	▼	▲	nd
Programma terapia fisica individuale	36	domicilio	▲ ⁴	nd	▲	▲	nd

Il confronto sugli esiti è inteso tra il non intervento e l'intervento esaminato, salvo diversamente indicato

¹ coinvolgimento dell'infermiere, all'interno dell'équipe, per l'attuazione dell'intervento

² il confronto è stato fatto tra la deambulazione entro 48 ore e quella ritardata

³ il confronto è stato fatto tra interventi dello stesso tipo ma con durate differenti (2 e 12 settimane)

⁴ non si sono verificati decessi

⁵ i dati rilevati sono controversi

nd: dato non disponibile

=: non sono state registrate differenze negli esiti e nell'impatto dell'intervento

▼: riduzione (mortalità, riammissione, complicanze)/peggioramento (attività quotidiane)

▲: incremento (mortalità, riammissione, complicanze)/miglioramento (attività quotidiane)

DISCUSSIONE

Per consentire all'utente operato per frattura del femore il ritorno al proprio domicilio (NICE, 2011) occorre procedere con un buon recupero delle sue funzioni fisiche e psichiche (NICE, 2011; Handoll HHG, et al., 2009; RCN, 2007; RCN, 2008; Crotty M, et al., 2010; Mak JC, et al., 2010; Phillips NM, 2011). Da qui deriva l'importanza della riabilitazione e delle cure intermedie (NICE, 2011; Handoll HHG, et al., 2009; RCN, 2007; Abrams W, et al., 2013; Crotty M, et al., 2010). Per riabilitazione si intende:

- una riattivazione, ovvero un incoraggiamento rivolto agli utenti a essere parte attiva nella vita sociale (RCN, 2007; Crotty M, et al., 2010);
- una risocializzazione, ovvero un'esortazione degli utenti ad avere contatti fisici e verbali con i membri della società e soprattutto con i familiari (Handoll

HHG, et al., 2009; RCN, 2007; Crotty M, et al., 2010);

- una reintegrazione, ovvero favorire il rientro dell'utente all'interno della società e la riconquista dello *status* di persona (RCN, 2007; Crotty M, et al., 2010).

Per cure intermedie si intendono i servizi forniti per prevenire la riammissione in ospedale e facilitare la dimissione a coloro che non necessitano di continuare il ricovero (RCN, 2007).

Secondo una visione più recente la riabilitazione è un processo attivo, cooperativo, partecipativo e personalizzato che permette all'utente la condivisione delle attività con le persone vicine e l'équipe multidisciplinare (NICE, 2011; Handoll HHG, et al., 2009; RCN, 2007; Handoll HHG, et al., 2011; Crotty M, et al., 2010). Quest'ultima, nell'ambito delle cure riabilitative, è composta da medici, infermieri, terapisti occupazionali, fisioterapisti e psicologi (Handoll HHG, et al., 2009;

Tabella 5. Caratteristiche ed esiti degli interventi di riabilitazione fisica

Intervento	Durata (giorni)	Contesto	Esiti e impatto				Partecipazione infermieristica ¹
			Mortalità	Tempi di degenza	Complicanze	Attività quotidiane	
Integrazione per via orale	nd	degenza	=	nd	▼	▲	sì
Integrazione per via enterale (SNG-PEG)	nd	degenza	-.2	=	=	▲	sì
Combinazione via orale ed enterale	nd	degenza	=	=	=	=	sì
Integrazione per via parenterale e via orale	3+7	degenza	=	=	▼	▲	sì
Carico proteico per via orale	nd	degenza	-.2	▼	▼	-.2	sì
Somministrazione vitamine B1 e D	nd	degenza	=	=	=	=	sì
Presenza dietista	nd	degenza	=	=	=	nd	sì

Il confronto sugli esiti è inteso tra il non intervento e l'intervento esaminato, salvo diversamente indicato

¹ coinvolgimento dell'infermiere, all'interno dell'équipe, per l'attuazione dell'intervento

nd: dato non disponibile

² nessuna evidenza scientifica

=: non sono state registrate differenze negli esiti e nell'impatto dell'intervento

▼: riduzione (mortalità, riammissione, complicanze)/peggioramento (attività quotidiane)

▲: incremento (mortalità, riammissione, complicanze)/miglioramento (attività quotidiane)

RCN, 2007; Handoll HHG, et al., 2011; Crotty M, et al., 2010; Mak JC, et al., 2010; Phillips NM, 2011) e si definisce come “un insieme di diversi professionisti partecipanti alle cure di un gruppo circoscritto di utenti e collaboranti tra di loro regolarmente al fine di garantire agli stessi il migliore risultato possibile” (Handoll HHG, et al., 2011; Momsen AM, et al., 2012). L'équipe coopera con l'utente per stabilire il suo programma di riabilitazione (NICE, 2011; Handoll HHG, et al., 2009; NICE, 2007; Crotty M, et al., 2010; Mak JC, et al., 2010; Momsen AM, et al., 2012) tramite lo sviluppo di un piano individualizzato diretto al raggiungimento di obiettivi specifici comuni (RCN, 2008; Momsen AM, et al., 2012). Questo è l'aspetto principale attraverso cui il processo riabilitativo può modificare le esperienze degli utenti (RCN, 2008).

Efficacia dell'équipe multidisciplinare di riabilitazione

Risolto l'evento acuto, l'utente con frattura del femore, soprattutto se anziano, può non recuperare completamente e continuare a vivere con una disabilità di vario grado: è importante garantirgli un programma di cure tempestive per il trattamento della frattura in sé e per la prevenzione delle complicanze pre e post operatorie. Se l'utente è in buono stato di salute deve affrontare successivamente un delicato, impegnativo ma importante e necessario percorso riabilitativo per il recupero funzionale. L'approccio privilegiato per il trattamento e la riabilitazione è di natura multidisciplinare,

nonostante in letteratura non ci siano prove di efficacia conclusive riguardanti un significativo impatto sui tassi di mortalità, sui tempi di degenza e sulle riammissioni in ospedale; è tuttavia rimarcato l'effetto positivo sulla riduzione delle possibili complicanze direttamente connesse alla frattura del femore e sull'aumento di competenza dell'utente nell'attendere alle attività di vita quotidiana. Non sono emersi risultati sulla dannosità degli interventi programmati e implementati in équipe. Sono necessari studi più ampi per ottenere prove di efficacia più solide; le future ricerche dovranno focalizzare l'attenzione sui costi diretti e indiretti rapportati all'efficacia dei trattamenti e alle caratteristiche degli utenti con particolare riguardo al loro stato cognitivo. Le raccomandazioni e le prove di efficacia che sono emerse dalla letteratura si rivolgono per lo più al percorso riabilitativo dell'utente anziano ma, per carenza di studi indirizzati nello specifico alle fratture del femore, risulta difficile applicarle in questo contesto clinico assistenziale.

Ruolo dell'infermiere nell'équipe di riabilitazione multidisciplinare

Come già messo in luce dalla letteratura (RCN, 2007) gli infermieri hanno un ruolo importante all'interno del percorso riabilitativo dell'utente anziano con frattura del femore; tuttavia tale ruolo è ancora poco definito a causa della carenza di studi in merito. Nel novero dei trattamenti di riabilitazione psichici e psicosociali la funzione di supporto dell'infermiere è quella di:

- partecipare all'erogazione di interventi di orientamento dell'utente durante e dopo la degenza per accrescere le relazioni e la considerazione di se stessi (RCN, 2007; Crotty M, et al., 2010);
- garantire l'attuazione di interventi di riabilitazione fisica in collaborazione con i fisioterapisti, soprattutto in ambito domiciliare, che puntino a massimizzare il livello di indipendenza e le abilità funzionali dell'utente prevenendo futuri deterioramenti e disabilità (RCN, 2007; Handoll HHG, et al., 2011);
- partecipare a programmi di apprendimento di gruppo dopo la dimissione degli utenti per aumentare la confidenza e le competenze nelle attività di vita quotidiana (RCN, 2007).

Gli interventi di riabilitazione fisici sembrano non prevedere in modo esplicito la partecipazione dell'infermiere anche se nel contesto ospedaliero, quotidianamente, appare manifesto il suo ruolo fondamentale nella mobilitazione precoce dell'utente con frattura del femore (RCN, 2007; RCN, 2008). Gli interventi di riabilitazione nutrizionale indicati in letteratura, siano essi erogati utilizzando la via di somministrazione orale, enterale (sonda nasogastrica, gastrostomia endoscopica percutanea) o quella orale in combinazione con quella parenterale, hanno tutti l'infermiere quale figura cardine all'interno dell'équipe multidisciplinare: egli valuta lo stato nutrizionale dell'utente, garantisce un corretto ed equilibrato introito di nutrienti e pianifica assieme all'équipe gli interventi utili a ottimizzare il programma di recupero nutrizionale (RCN, 2007; RCN, 2008; Avenell A, et al., 2010).

CONCLUSIONI

Gli infermieri sono parte attiva del percorso di cura e riabilitazione multidisciplinare dell'utente anziano con frattura del femore. In letteratura non è però emerso in modo chiaro se gli interventi identificati appartengano propriamente allo specifico disciplinare infermieristico o piuttosto siano da attribuire, almeno in parte, ad altri professionisti della salute perché non sempre traspare un coinvolgimento diretto esplicitamente formalizzato.

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

BIBLIOGRAFIA

- Abrams W, Berkow R. (2013) *Manuale Merck di geriatria*. Seconda edizione, Excerpta Medica Italia. Disponibile all'indirizzo http://www.msd-italia.it/altre/geriatria/sez_2/sez2_22d.html
- Agenzia regionale di sanità (ARS) della Toscana. (2012) *Gli anziani in Toscana con ictus e frattura del femore: epidemiologia, epidemiologia, ospedalizzazione e riabilitazione nei periodi 2003-2005 e 2007-2010*. Documenti dell'Agenzia regionale di sanità (ARS) della Toscana.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). (2009) *Hip fracture*. Disponibile all'indirizzo <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00392>
- Avenell A, Handoll HH. (2010) *Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people*. Cochrane Database Syst Rev, (1), CD001880.
- Craven RF, Hirnle CJ. (2007) *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica* (terza edizione). Edizione Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Crotty M, Unroe K, Cameron ID, et al. (2010) *Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people*. Cochrane Database Syst Rev, (1), CD007624.
- Griffiths R. (2012) *Managing proximal femoral fractures*. Nurs Times, 108(11), 15.
- Handoll HHG, Cameron ID, Mak JC, et al. (2009) *Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures*. Cochrane Database Syst Rev, (4), CD007125.
- Handoll HHG, Parker MJ. (2008) *Conservative versus operative treatment for hip fractures in adults*. Cochrane Database Syst Rev, (3), CD000337.
- Handoll HHG, Sherrington C, Mak JC. (2011) *Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults*. Cochrane Database Syst Rev, (3), CD001704.
- Mak JC, Cameron ID, March LM. (2010) *Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update*. Med J Aust, 192(1), 37-41.
- Mayo clinic. (2012) *Hip fracture*. Disponibile all'indirizzo <http://www.mayoclinic.com/print/hipfracture/DS00185/DSECTION=all&METHOD=print>
- Momsen AM, Rasmussen JO, Nielsen CV, et al. (2012) *Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews*. J Rehabil Med, 44(11), 901-912.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011) *Hip fracture. The management of hip fracture in adults*. NICE clinical guideline.
- Phillips NM. (2011) *Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people*. Int J Older People Nurs, 6(1), 71-74.
- Richardson WS, Wilson MC, et al. (1995) *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions*. ACP J Club, 123(3), A12-A13.
- Royal College of Nursing. (2007) *Maximising independence. The role of the nurse in supporting the rehabilitation of older people*. RCN guidance 2007. Disponibile all'indirizzo http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/109326/003186.pdf
- Royal College of Nursing. (2008) *Role of the rehabilitation nurse*. RCN guidance 2007. Disponibile all'indirizzo http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0017/111752/003178.pdf

Appendice 1. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Articolo	Scopo	Risultati	Conclusioni	Spunti di ricerca
Avenell A, et al., 2010	Esaminare gli studi presenti in letteratura che trattano gli effetti di interventi nutrizionali in pazienti anziani dopo gli esiti di una frattura del femore; esaminare l'efficacia, la sicurezza e l'accettabilità degli interventi nutrizionali	Vi sono poche prove di efficacia a supporto dei benefici derivanti dagli integratori nutrizionali somministrati a pazienti anziani dopo frattura del femore a causa della scarsità di studi e dell'inadeguatezza delle dimensioni e delle modalità di selezione del campione	La via enterale sembra garantire il maggiore apporto energetico per ridurre il rischio di complicanze; la somministrazione di integratori via sonda nasogastrica si deve riservare a pazienti seriamente malnutriti con scarso apporto alimentare e in assenza di garanzia di un adeguato apporto nutrizionale per via orale	Sono richiesti maggiori studi, più ampi, meglio disegnati e appropriati alla popolazione; da esplorare maggiormente la necessità di un dietista. Gli studi futuri devono: indagare in maniera più ampia gli effetti della nutrizione attraverso una sonda nasogastrica o per via parenterale; esaminare lo stato funzionale, i livelli di cura, la compliance, la percezione della qualità della vita e i costi diretti e indiretti
Crotty M, et al., 2010	Valutare l'efficacia degli interventi utili a migliorare la funzionalità fisica e psicosociale e ridurre la mortalità, le riammissioni da seconda frattura del femore o da morbidità connessa al primo evento	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi di riorientamento: scarso impatto sulla mortalità e sulle riammissioni; • interventi di terapia occupazionale: nessuna conseguenza sulla qualità di vita; • terapie cognitivo-comportamentali: nessun risultato significativo. Alla dimissione c'è un miglioramento significativo della capacità di svolgere attività di vita quotidiana 	Gli studi sull'argomento sono pochi e di qualità eterogenea. I risultati non mettono in luce prove di efficacia chiare e univoche	Sono necessari studi più ampi con popolazioni rappresentative e con maggiore attenzione ai tempi di inizio e alla durata degli interventi attuati
Griffiths R, 2012	Raccomandare uniformità di cure per i pazienti con frattura del femore	-	La mortalità e la durata della degenza intraospedaliera si possono ridurre anche con interventi di supporto nutrizionale	-
Handoll HH, et al., 2008	Comparare rischi e benefici del trattamento conservativo e di quello chirurgico per la gestione delle fratture del femore negli adulti	Il trattamento chirurgico permette una guarigione migliore della frattura (senza accorciamento della gamba), porta a un ricovero più breve e a un aumento, anche se non significativo, dei pazienti che tornano al proprio domicilio	Non ci sono differenze tra i due trattamenti in termini di risultati primari. I trattamenti chirurgici sono correlati a una riduzione dei tempi di degenza ospedaliera e di riabilitazione. I trattamenti conservativi sono accettabili in assenza di moderni trattamenti chirurgici, riducono le complicanze legate all'intervento ma aumentano i tempi di riabilitazione e il rischio di deformità all'arto	Servono maggiori dati sul confronto fra i trattamenti conservativi e quelli chirurgici
Handoll HH, et al., 2009	Esaminare gli effetti della riabilitazione multidisciplinare sia in regime di ricovero ospedaliero sia al domicilio, in ambulatori e in day hospital per pazienti anziani con frattura del femore; comparare il trattamento riabilitativo con le cure usuali	Non ci sono prove di efficacia conclusive per un trattamento di riabilitazione di tipo multidisciplinare dopo un intervento chirurgico per frattura del femore ma i risultati principali sembrano essere positivi. È importante sottolineare che non emergono risultati sulla dannosità dei trattamenti	Gli studi disponibili sono eterogenei e non forniscono una conclusione solida sull'efficacia e sui costi del trattamento multidisciplinare per la riabilitazione di pazienti anziani con frattura del femore	Sono necessari studi più ampi per ottenere solide prove di efficacia. I futuri studi dovranno focalizzare l'attenzione sui costi diretti e indiretti in rapporto all'efficacia del trattamento e alle caratteristiche dei pazienti, compreso lo stato cognitivo



Articolo	Scopo	Risultati	Conclusioni	Spunti di ricerca
Handoll HH, et al., 2011	Valutare gli effetti dei diversi interventi proposti durante e dopo il ricovero per frattura del femore per migliorare la mobilità	Non ci sono prove di efficacia sufficienti per determinare l'effetto di ogni strategia di mobilizzazione o programma dopo un trattamento chirurgico per frattura del femore in pazienti anziani. Tuttavia è possibile migliorare la loro mobilità anche se non è chiaro attraverso quale metodo	La maggiore incertezza sulle prove di efficacia riguarda l'impatto sul rischio di nuove cadute, di fratture ulteriori e di un progressivo declino funzionale	Sono richiesti altri studi, preferibilmente multicentrici, che si devono focalizzare su interventi che devono apportare benefici a lungo termine
Mak JC, et al., 2010	Aggiornare le raccomandazioni di buona pratica clinica per la gestione delle fratture del femore negli anziani	Non vi sono particolari cambiamenti da implementare nella pratica clinica attuale. Permangono controversie sull'ottimizzazione della tempistica riguardante l'intervento chirurgico; alcuni studi raccomandano il trattamento entro 24-36 ore per abbattere il tasso di mortalità e morbidità e diminuire i tempi di degenza	Difficoltà a comprendere se le prove di efficacia ottenute su utenti adulti possano essere altrettanto valide per la popolazione geriatrica	Sono necessari studi focalizzati maggiormente sulla popolazione geriatrica
Momsen AM, et al., 2012	Investigare nella letteratura l'efficacia e l'efficienza di un'équipe multidisciplinare per l'erogazione di cure riabilitative rivolte a diverse condizioni disabilitanti o patologie	Le cure riabilitative prestate da un'équipe multidisciplinare si sono dimostrate essere efficaci. Tuttavia nei pazienti con sclerosi laterale amiotrofica o dolore cronico a collo e spalle non vi sono sufficienti prove di efficacia che supportino la necessità di erogare cure riabilitative necessariamente tramite un'équipe multidisciplinare	Sebbene questi studi includano gruppi di pazienti eterogenei fra di loro, sembra che un'équipe di cure riabilitative di tipo multidisciplinare migliori gli esiti di mortalità, morbidità e di efficacia degli interventi	Sono necessari ulteriori ricerche per confermare le ipotesi sostenute
Phillips NM, 2011	Comprendere il tipo di trattamenti infermieristici attuati e il loro impatto sul recupero fisico e psicosociale negli anziani con frattura di femore	Non ci sono sufficienti prove di efficacia a supporto dei cambiamenti nella pratica clinica attuale	La maggioranza degli studi non coinvolge infermieri; tuttavia ci sono spunti per indirizzare gli infermieri verso un coinvolgimento più attivo all'interno di un'équipe di cure riabilitative multidisciplinare	Servono studi con una maggiore dimensione campionaria, maggiore rappresentatività e più attenzione agli aspetti psicosociali

Il dibattito sulle casacche segnaletiche per prevenire le interruzioni durante il giro della terapia: una revisione narrativa

Marcello Ferro¹, Sara Vecchiato², Marika Pascolo³, Alvisa Palese⁴

¹Infermiere, Corso di laurea infermieristica, Università degli studi di Udine; ²Ricercatrice in linguistica francese, Università degli studi di Udine; ³Coordinatrice chirurgia d'urgenza, Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia", Udine; ⁴Professore associato di scienze infermieristiche, Università degli studi di Udine

Corrispondenza: alvisa.palese@uniud.it

RIASSUNTO

Introduzione Per ridurre le interruzioni durante la somministrazione della terapia, negli ultimi anni sono state introdotte in alcuni ospedali inglesi delle casacche colorate con la scritta "Sto preparando la terapia, non interrompere". Obiettivo del presente articolo è valutare gli effetti desiderabili e indesiderabili di questa iniziativa descritti in letteratura e attraverso i *media*.

Materiali e metodi È stata condotta una revisione della letteratura e delle pubblicazioni riportate dai *media* mediante le seguenti parole chiave: *tabard*, *red tabard*, *nursing*, *nurses*, *interruptions*, *drug round*, *medication errors*, *nurse-patient relation*, *patient safety*. Le 87 fonti trovate sono state analizzate da tre ricercatori seguendo l'evoluzione del dibattito scientifico e mediatico.

Risultati Malgrado la progressiva diffusione delle casacche negli ospedali, non vi sono ancora sufficienti evidenze a favore del loro utilizzo. L'impatto sociale rilevato dai *media* inglesi è controverso: le casacche possono causare per alcuni pazienti il timore di sentirsi vulnerabili, di non potere interagire, ma anche l'irritazione per il messaggio "Non disturbare". Anche gli infermieri soffrono perché accusati di ignorare i pazienti. In Francia l'implementazione delle casacche è stata bloccata a causa di non trascurabili reazioni degli infermieri e dei pazienti.

Conclusioni Gli infermieri sono molto provati dalle interruzioni e riconoscono che alcune di esse sono evitabili. Le casacche riducono l'accessibilità perché esibiscono un messaggio ambiguo che scoraggia l'interazione. In alcune culture è consentito interrompere l'altro mentre si lavora, in altre non è accettato. La valenza culturale delle interruzioni suggerisce la validazione del messaggio e della casacca prima della sua introduzione nei reparti, esplorando il vissuto degli infermieri e dei pazienti. Per evitare le interruzioni non è sufficiente introdurre un'unica strategia ma occorre sviluppare un intervento organizzativo di più ampio respiro.

Parole chiave: casacca segnaletica, somministrazione della terapia, interruzioni, infermieri, errori di terapia, relazione infermiere-paziente, sicurezza del paziente

Debate on using of red tabard to prevent interruptions during drug rounds: a narrative review

ABSTRACT

Introduction In recent years, red tabards with the sign "Drug round in progress, [please] do not disturb" have been introduced in some british hospitals in order to reduce interruptions during drugs administration. The aim of this narrative review is to assess the desirable and the undesirable effects of the tabards' introduction as reported in scientific literature and through media.

Methods A review of scientific literature and media sources was made by using the keywords *tabard*, *red tabard*, *nursing*, *nurses*, *interruptions*, *drug round*, *medication errors*, *nurse-patient relation*, *patient safety*. The 87 articles retrieved have been analysed by three researchers, who have synthesized the contents following the evolution of the scientific and media debate.

Results In spite of the progressive use of tabards in hospitals, there is yet no sufficient evidence for or against them. As reported by british media the social impact of tabards is controversial: tabards can cause patients negative feelings, such as fear to be unable to interact and vulnerable, as well as irritation for the message "Do not disturb". Nurses suffer too as they feel accused of ignoring the patients. In France, tabards implementation has been blocked due to significant reaction of nurses and patients.

Conclusions Nurses are very tired of interruptions and recognize that some are avoidable. Tabards make nurses less approachable, as they convey an ambiguous message that discourages interaction. In some cultures it is tolerated to interrupt persons during their work, in others this is not accepted. The cultural valence of interruptions suggests that the tabards should be validated before being introduced in hospital wards, and that the feelings of nurses and patients towards it should be explored. In order to avoid interruptions a single strategy is not sufficient; a wide-ranging intervention is needed.

Key words: tabards, drug round, interruptions, nurses, therapy errors, nurse-patient relation, patient safety

INTRODUZIONE

La relazione tra paziente e infermiere, secondo Northhouse & Northhouse (Northhouse LL, et al., 1998), è determinata anche dalla comunicazione non verbale dove la divisa assume un ruolo chiave (Kalisch BJ, et al., 1985) perché influenza le interazioni e l'immagine professionale percepita. Secondo Mangum e colleghi (Mangum S, et al., 1997), e più tardi Berry e Bendapudi (Berry LL, et al., 2003), i pazienti sviluppano un'idea sulla competenza professionale di un operatore nei primi dodici secondi di contatto visivo e, in questo processo, uno dei fattori determinanti è proprio la divisa (Bixler S, et al., 2000).

Gli anziani rappresentano l'infermiere con l'uniforme bianca mentre i giovani gradiscono anche altri colori; tuttavia, i pazienti sono confusi quando gli infermieri non indossano divise identificabili e gli operatori sanitari stessi concordano sul fatto che ciò che indossano è importante per la loro identificazione (Skorupski VJ, et al., 2006). Kaser e colleghi (Kaser M, et al., 2009), nel loro studio condotto negli Stati Uniti, hanno documentato la diversa percezione dei pazienti quando gli infermieri indossano uniformi di vari colori. Tramite l'impiego della Nurse Image Scale (NIS), un questionario in cui viene chiesto di dare un giudizio relativamente a una serie di immagini che ritraggono uno stesso infermiere con diverse divise, su un campione di 100 pazienti (età media 51 anni) è risultato che la divisa di colore rosso è la meno preferita, dopo – nell'ordine – quella di colore blu, bianco, porpora, nero e rosa. I giovani pazienti hanno indicato il rosso quale colore tradizionalmente associato a emozioni sia positive (quali romanticismo e amore) sia negative (quali la lotta e il sangue).

In un precedente studio statunitense (Albert NM, et al., 2008), a 499 pazienti e visitatori, in età sia adulta sia pediatrica, era stato chiesto di valutare quale uniforme, tra le otto proposte (differenti per stile e colore), era più professionale; i dati hanno mostrato come gli adulti, a differenza dei bambini, hanno una percezione diversa dell'infermiere a seconda della sua divisa e quella di colore bianco è risultata quella capace di comunicare maggiore professionalità. Il risultato è in linea con la letteratura ed è riconducibile al fatto che la divisa bianca è tradizionalmente as-

sociata all'immagine dell'infermiere (Kaser M, et al., 2009).

Dalle discussioni in merito alla divisa degli infermieri, negli ultimi anni si è aperto un dibattito collaterale in seguito alla pubblicazione dell'articolo *Nurses develop disposable drug rounds tabards* sul *Nursing Times* nel 2010 (Anonimo, 2010). Nell'articolo si spiegava, a scopo informativo, che in alcuni ospedali inglesi erano state introdotte casacche segnaletiche di colore rosso (pettorine), le *tabard*, che riportavano scritta l'indicazione di non disturbare chi le indossava durante il giro di terapia per minimizzare le interruzioni degli infermieri durante la somministrazione dei farmaci, ridurre il rischio di errore e quindi aumentare la sicurezza dei pazienti. La Aberdeen Royal Infirmary fu una delle strutture che introdusse queste casacche; in tre reparti gli infermieri utilizzarono casacche rosse corredate su entrambi i lati dal messaggio "Drug round in progress, please do not disturb" (giro della terapia in corso, per favore non disturbare).

Le interruzioni e il loro potenziale effetto sugli errori durante la somministrazione delle terapie costituiscono da sempre un aspetto delicato al quale i ricercatori hanno dedicato molta attenzione (Pape TM, et al., 2005). L'interruzione è generalmente considerata un'infrazione, ne è prova il fatto che chi interrompe sente spesso la necessità di scusarsi a priori; oltre una certa soglia le interruzioni possono provocare anche una crisi nell'interazione (Kerbrat-Orecchioni C, 1998). Inoltre, come ogni attività linguistica, anche l'interruzione è sottoposta a regole di organizzazione piuttosto precise, che variano da lingua a lingua: il livello di tolleranza riguardo al numero e alla modalità delle interruzioni differisce secondo la nazionalità e la cultura, anche se sembra essere presente un tratto comune nella relazione fra interruzione e posizione sociale degli interlocutori: potere interrompere è privilegio di chi si trova in posizione più elevata, che detiene più potere. Tuttavia, se l'interruzione proviene da una persona che si trova in posizione di "inferiorità" il gesto può essere facilmente percepito come "insolente"; per questa ragione le interruzioni sono ammesse con più tolleranza nel contesto familiare piuttosto che nel contesto formale e lavorativo, perché le regole di cortesia (*politeness*) vi

si esercitano in maniera più restrittiva. E' da tenere presente che l'interruzione può essere non solo un esercizio di potere ma anche una ricerca di contatto, di relazione, per fornire una consulenza o un supporto, come nel rapporto tra pazienti e infermieri. Va quindi riconosciuto che esistono alcune interruzioni evitabili, ovvero interruzioni intrusive, e altre inevitabili, ovvero necessarie allo svolgimento dell'attività assistenziale, e quindi identificabili come interruzioni cooperative (Murata K, 1994; Li HZ, et al., 2004, Li HZ, 2001; Nakane I, 2007). E' proprio per ridurre le interruzioni evitabili che sono state proposte e introdotte le casacche segnaletiche; questa iniziativa però ha catalizzato l'attenzione dell'opinione pubblica, di infermieri e ricercatori e aperto il dibattito scientifico e sociale, dapprima in Inghilterra e più recentemente in Francia, sui risultati e sulle conseguenze di queste casacche ma anche riguardo alla loro percezione da parte di pazienti, familiari, altri infermieri e personale sanitario più in generale.

L'obiettivo del presente articolo è documentare il dibattito riportato in letteratura e nei *media*, riguardo all'impiego di casacche segnaletiche per limitare le interruzioni durante il giro di terapia.

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione della letteratura utilizzando le seguenti parole chiave: tabard, red tabard, nursing, nurses, interruptions, drug round, medication error, nurse-patient relation, patient safety. Queste parole sono state combinate tra di loro prima su banche dati biomediche quali Medline e CINAHL e poi sul motore di ricerca Google per rintracciare articoli scientifici e giornalistici. Le 87 fonti emerse sono state recuperate e quindi analizzate per pertinenza da due ricercatori; complessivamente, 19 fonti sono state ritenute pertinenti alla tematica e quindi analizzate da quattro ricercatori che hanno sintetizzato i messaggi chiave del dibattito in chiave storico-evolutiva (Polit e Tatano-Beck, 2014).

RISULTATI

Il dibattito nella letteratura scientifica

Scott e collaboratori, nel 2010 (Scott J, et al., 2010), hanno condotto uno studio con l'obiettivo di esplorare l'impatto delle casacche sulle interruzioni, sul personale sanitario, sui pazienti e sui rischi infettivi. Tra gennaio e marzo 2008 erano stati osservati 602 giri di terapia, di cui 369 prima dell'introduzione delle casacche e 233 dopo la loro introduzione. E' stato poi somministrato un questionario di valutazione agli infermieri che avevano indossato la casacca, al personale sanitario e ai pazienti. Solo il 41% degli infermieri aveva risposto al questionario: di questi, il 67%

aveva indossato con continuità la casacca mentre circa un terzo non ne ha avuto l'opportunità per problemi dovuti al lavaggio delle stesse. Il 61% aveva gradito il colore rosso delle casacche e il 73% le aveva considerate adeguate, sebbene per alcuni siano state fonte di disagio a causa del caldo e della taglia non sempre adatta. Solo il 47% (n=43) dei pazienti coinvolti aveva risposto al questionario: tutti (100%) ritenevano importante l'uso delle casacche e, secondo l'86%, chi le indossava era comunque considerato un operatore sanitario al quale eventualmente rivolgersi per ricevere aiuto. Gli infermieri si erano sentiti sostenuti nell'iniziativa delle casacche dall'82% dei colleghi, dal 49% del personale medico, dal 45% degli altri operatori sanitari; il 49% dei pazienti e il 42% dei parenti non aveva invece apprezzato e sostenuto l'iniziativa. Per quanto concerne il rischio infettivo, i tamponi eseguiti su tutte le casacche avevano restituito la crescita del medesimo tipo di colture presenti normalmente sulle uniformi dell'*équipe*, rinvenute precedentemente. La numerosità delle interruzioni, infine, si era ridotta in modo statisticamente significativo passando da una media di 6 a 5 interruzioni per ciascun giro di terapia ($p < 0,001$); la maggioranza delle interruzioni poteva essere comunque evitata attraverso la formazione del personale, l'educazione di pazienti e visitatori, il riempimento dei carrelli dei farmaci con il necessario e chiedendo alle persone di ritardare la loro richiesta piuttosto che interrompere l'infermiere durante il giro di terapia (Scott J, et al., 2010).

Uno studio eseguito presso il Colchester General Hospital nella regione dell'Essex, in Inghilterra, aveva valutato gli effetti dell'uso delle casacche per un mese misurando il numero delle interruzioni, il tempo necessario a completare il giro di terapia e il numero complessivo di farmaci somministrati. I risultati avevano dimostrato una riduzione del numero delle interruzioni del 28%. In seguito a questo risultato la durata dello studio fu estesa di altri 3 mesi. La sperimentazione successiva aveva determinato, per effetto delle minori interruzioni, una riduzione media di 38 minuti del tempo del giro della terapia delle ore 8:00, una riduzione media di 9 minuti per ogni giro della terapia delle ore 18:00 e una riduzione del 71% del numero di interruzioni in generale; c'è stata inoltre una percezione positiva dell'iniziativa da parte del personale che indossava le casacche in quanto i giri di terapia erano più veloci, le cure erano erogate tempestivamente e c'era una maggiore sensazione di sicurezza e fiducia (Eradi O, et al., 2010).

Nel 2009 presso i reparti chirurgici dell'ospedale universitario di Udine è stato valutato l'effetto di un programma ospedaliero multi intervento comprendente

l'uso delle casacche rosse recanti il messaggio "Sto preparando farmaci. Per favore non disturbare". I risultati forniti dallo studio si sono rivelati paradossali: al tempo zero, prima dell'inserimento delle casacche, le interruzioni erano una ogni 3,2 farmaci somministrati; dopo la loro introduzione, si contava un'interruzione ogni 2,3 farmaci somministrati ($p=0,041$). La durata media delle interruzioni è tuttavia passata da 10 a 5 secondi circa. In particolare, dopo l'introduzione delle casacche, sono diminuite quelle provenienti dai pazienti (dal 26,5% al 14%) ma sono aumentate quelle da parte dei membri del personale (dal 24,7% al 40,5%). Questo effetto è stato considerato dagli autori paradossale perché le interruzioni che provengono dai pazienti dovrebbero essere considerate inclusive e non intrusive l'assistenza infermieristica: i pazienti durante la terapia chiedono informazioni sui farmaci, condividono preoccupazioni e informazioni sugli effetti della terapia e forniscono agli infermieri la possibilità di accertare i bisogni e garantire cure globali e individualizzate (Tomietto M, et al., 2012). Quando gli infermieri indossano la casacca con un messaggio che invita a non disturbare, i pazienti potrebbero interpretarlo erroneamente interferendo nella costruzione del rapporto tra infermieri e pazienti.

Malgrado la progressiva diffusione delle casacche negli ospedali, Raban e Westbrook (Raban MZ, et al., 2013) nella loro revisione sistematica della letteratura, hanno recentemente affermato che non vi sono ancora sufficienti evidenze a favore del loro utilizzo.

Il dibattito attraverso i media

Il Queen Elizabeth The Queen Mother Hospital, nel Margate, gli ospedali di Middlesex, Colchester, Cardiff, Aberdeen e Derby, la Aberdeen Royal Infirmary, il Christie Hospital, il Cardiff and Vale e le strutture della East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust sono alcuni esempi di strutture inglesi che negli ultimi anni hanno introdotto nei loro reparti le *tabard*, ovvero le casacche rosse con riportata la scritta di non disturbare da fare indossare agli infermieri durante la preparazione e somministrazione della terapia. L'obiettivo perseguito era la diminuzione delle interruzioni durante questa fase delicata di lavoro e la riduzione del rischio di commettere errori. L'iniziativa però ha scatenato una forte reazione di opposizione da parte dell'opinione pubblica, soprattutto di gruppi di pazienti ma anche da parte di alcuni operatori sanitari (Macfarlane J, 2011; Beckford M, 2011, a; Beckford M, 2011, b); la discussione è stata ripresa e continuata attraverso un "botta e risposta" di articoli pubblicati su riviste quali il *Daily mail*, il *The Telegraph* e il *Nursing Times*.

Due posizioni forti che hanno rappresentato l'opposizione all'introduzione delle casacche sono state quella di Joyce Robins, giornalista nel campo della sanità e fondatrice dell'organizzazione Patient Concern – impegnata a promuovere l'*empowerment* di tutti gli utenti dei servizi sanitari – e Cristina Odone, giornalista, ricercatrice presso il Centre for Policy Studies ed ex redattrice e vice direttrice rispettivamente delle riviste online *Catholic Herald* e *New Statesman*.

Joyce Robins aveva sostenuto che l'iniziativa delle casacche fosse ridicola: il giro della terapia è spesso l'unica occasione per i pazienti di incontrare e parlare con l'infermiere e quindi, anche se involontariamente, il messaggio comunicato dalle casacche sembra essere "don't bother me, I'm too important" (non disturbarmi, è troppo importante quello che sto facendo/sono troppo importante per essere disturbato). Questo genera distanza e potrebbe scoraggiare la ricerca di interazione da parte dei pazienti che spesso sono già intimiditi e resi vulnerabili dalla condizione in cui si trovano. Joyce Robins, al posto delle casacche, aveva piuttosto suggerito di visitare i pazienti prima del giro della terapia in modo tale da prevenire e gestire le eventuali richieste dei pazienti riducendo "alla radice" le potenziali interruzioni (Macfarlane J, 2011; Beckford M, 2011, a; Beckford M, 2011, b; Calkin S, 2011, a; Calkin S, 2011, b; Summer S et al., 2011).

Cristina Odone aveva espresso una dura critica al personale infermieristico partendo da un'esperienza personale: la giornalista spiegava che le casacche comunicano la perdita di identità del ruolo dell'infermiere; inoltre il loro impiego lascia i pazienti e i familiari in uno stato di preoccupazione (Odone C, 2011). Queste considerazioni di Odone sono state poi contestate da Summer S e Summer HJ e ritenute assurde oltre che piene di stereotipi sugli infermieri. Allo stesso tempo, però, gli autori avevano sostenuto che il problema degli errori durante la somministrazione dei farmaci, più che alle interruzioni, è dovuto alla carenza di personale e al carico di lavoro a cui gli infermieri sono sottoposti. Secondo loro, inoltre, il lieve beneficio delle casacche non giustifica il rischio che le stesse inibiscano i pazienti nel formulare una richiesta (Summer S et al., 2011).

L'iniziativa delle casacche ha anche ricevuto l'accusa di essere una soluzione economica al problema della carenza del personale (Beckford M, 2011, b). D'altro canto però il problema delle interruzioni o più in generale il problema degli errori commessi durante il giro della terapia, per esempio la somministrazione di farmaci o dosi sbagliate, è reale e molto sentito dagli stessi operatori e dalle istituzioni. Il giro della te-

rapia è riconosciuto come un processo molto delicato e complesso e lo stesso Peter Carter, amministratore delegato del Royal College of Nursing, pure considerando cruciale disporre di un adeguato numero di personale per prevenire gli errori terapeutici, era d'accordo nel sostenere l'iniziativa delle casacche in quanto pensata per offrire sostegno al personale stesso, aiutandolo a concentrarsi sul proprio lavoro (Macfarlane J, 2011; Beckford M, 2011, a; Beckford M, 2011, b; Calkin S, 2011, a; Calkin S, 2011, b).

Inoltre, durante il giro della terapia, è comunque pratica comune chiedere ai pazienti o ai visitatori di non disturbare gli infermieri; le casacche sono semplicemente un rafforzativo. Nessun infermiere, indipendentemente dalla casacca, si rifiuterebbe mai di aiutare un paziente e, comunque, gli operatori addetti al giro della terapia sono sempre seguiti da colleghi che restano a disposizione per rispondere a eventuali richieste (Beckford M, 2011, a).

Diversi articoli hanno poi riportato testimonianze ed esperienze che mostrano alcuni esiti positivi riconducibili alle casacche: Penny Searle, direttrice di reparto del Queen Elizabeth the Queen Mother Hospital, aveva affermato che le casacche aiutano gli infermieri a essere più produttivi e a svolgere più efficientemente il loro lavoro; l'iniziativa inoltre era stata sostenuta sia dagli infermieri sia dai pazienti; le casacche avevano avuto molto successo anche presso gli East Kent Hospitals, portando a un'ulteriore diffusione dell'iniziativa in altri reparti e strutture inglesi (Macfarlane, 2011; Beckford M, 2011, a; Summer S et al., 2011).

La bufera mediatica sollevata, tuttavia, aveva spinto gli East Kent Hospitals a rimuovere la scritta "Do not disturb" (non disturbare) dalle proprie casacche, lasciando solo la scritta "Drug round in progress" (giro della terapia in corso). Steve Hams, vice capo infermiere e responsabile della qualità presso queste strutture, aveva spiegato che questa decisione era stata presa proprio per rendere chiaro che in alcun modo si voleva minare il rapporto tra paziente e infermiere e che le casacche erano state introdotte solo per offrire il meglio delle cure ai propri pazienti che, tra l'altro, avevano apprezzato l'iniziativa perché trasmetteva loro un maggiore senso di sicurezza (Beckford M, 2011, b; Calkin S, 2011, a; Calkin S, 2011, b; Hams S, 2011).

Anche Suzette Woodward, direttrice della National Patient Safety Agency, in maniera più cauta, aveva espresso il suo sostegno all'iniziativa delle casacche: spiegava, infatti, che seppure le evidenze nel ridurre le interruzioni da parte delle casacche stesse non erano ancora convincenti, questo non implicava, a priori, che l'approccio fosse sbagliato; l'iniziativa do-

veva essere considerata come parte di un progetto più grande finalizzato al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Rimane comunque importante la presenza di sufficiente personale, a supporto degli operatori impegnati durante i giri della terapia, che restino a disposizione dei pazienti (Calkin S, 2011, a).

Infine Jenni Middleton, una giornalista del *Nursing Times*, in seguito a una visita presso gli East Kent Hospitals – strutture maggiormente rimaste nell'occhio del ciclone del dibattito – aveva colto e sottolineato la differenza tra le casacche "dipinte" negativamente dai *media* e ciò che erano nella pratica quotidiana. Aveva riportato inoltre lo sconcerto provato rispetto alla reazione dei *media* di alcuni responsabili di queste strutture, come Steve Hams e Lynne Wilkinson, vicedirettrice di reparto (Middleton J, 2011).

La bufera sul tema delle casacche attraverso i *media* inglesi si è via via ridimensionata ma si è riproposta in Francia in occasione della raccomandazione data dalla French Haute Autorité de Santé, autorità nazionale nell'ambito della salute in Francia (French Haute Autorité de Santé, 2011): si consigliava infatti l'introduzione di una casacca gialla riportante la scritta "Préparation de médicaments. Ne pas déranger" (farmaci in preparazione, non disturbare). Questa raccomandazione tuttavia non è stata accolta, in quanto gli ospedali in cui si è sperimentato l'uso delle casacche hanno rapidamente abbandonato l'idea in seguito alla forte reazione contraria degli stessi infermieri coinvolti nell'iniziativa (Le Bourlais CH, 2012).

DISCUSSIONE

In letteratura ogni interruzione è considerata un'infrazione (Kerbrat-Orecchioni C, 1998) che assume una valenza culturale propria anche rispetto alla lingua (Bettoni C, 2006). Zorzi Calò D ha documentato che le interruzioni nella lingua italiana sono più frequenti rispetto, per esempio, a quelle nella lingua inglese perché svolgono funzioni diverse all'interno dello scambio comunicativo: in italiano le interruzioni tendenzialmente "preparano" mentre in inglese "riparano" uno scarto interpretativo (Zorzi Calò D, 1990). Infine, come già indicato, non tutte le interruzioni sono uguali: esistono le interruzioni cooperative e quelle intrusive (Murata K, 1994; Li HZ, 2004; Li HZ, et al., 2001; Nakane I, 2007), ovvero rispettivamente interruzioni che aiutano ed altre che ostacolano un processo lavorativo o un'interazione. Interrompere gli infermieri durante la terapia può minacciare la loro attenzione e concentrazione, oltre che aumentare lo stress: nella loro pratica quotidiana gli operatori riconoscono le interruzioni evitabili (ad

esempio, quelle del telefono, correlate al *multitasking* – che potremmo denominare interruzioni intrusive) e quelle inevitabili, ovvero necessarie allo svolgimento dell'attività assistenziale (Murata K, 1994; Li HZ, 2004, Li HZ, et al., 2001; Nakane I, 2007).

Dall'analisi del dibattito, i pazienti riportano che gli infermieri che indossano le casacche con la scritta "Non disturbare", sono meno accessibili. Si tratta, infatti, di un messaggio che scoraggia l'interazione e che appare ambiguo nel contesto assistenziale. Le interruzioni del paziente non dovrebbero essere considerate intrusive, ma collaborative per l'assistenza infermieristica erogata perché aiutano a migliorarla e a personalizzare le scelte: i pazienti allertano gli infermieri su nuovi segni/sintomi, chiedono informazioni per poter gestire il problema di salute e così via. D'altra parte le casacche sembrano avere un potenziale effetto positivo perché riducono le interruzioni e, in questo modo, aiutano a guadagnare tempo: quando le interruzioni sono evitate, aumenta il tempo che gli infermieri possono dedicare ai loro pazienti aumentando, ad esempio, i giri di sorveglianza.

Tuttavia, le evidenze scientifiche a disposizione sull'efficacia delle casacche sono ancora limitate tanto da richiedere ulteriori ricerche, con disegni di studio più robusti. Inoltre, proprio per la valenza culturale dell'interruzione (in alcune culture è consentito interrompere l'altro mentre lavora, in altre non è accettato) è suggerita la validazione della casacca e del messaggio su di essa stampato prima della sua introduzione nei reparti, esplorando il vissuto di infermieri e pazienti in relazione al contesto in cui dovrebbe essere utilizzata. L'uso della casacca in una stanza con uno o più pazienti, invece che in un corridoio, fa comprendere immediatamente agli stessi che il messaggio è diretto a loro e riduce l'accessibilità alle cure infermieristiche; inoltre, potrebbe imbarazzare gli infermieri che le indossano e non influenzare la quantità complessiva di interruzioni se non sono attivate strategie organizzative di più ampio respiro. Diversamente, in un corridoio, oppure quando il messaggio è posto sulla schiena, di norma non rivolta ai pazienti, il messaggio dovrebbe essere percepito solo dal personale o dai visitatori. Non da ultimo va considerato anche il colore rosso della casacca, non gradito ai pazienti (Kaser M, et al., 2009) perché di norma utilizzato per indicare situazioni di pericolosità e allarme.

CONCLUSIONI

Gli infermieri sono esposti a numerose interruzioni durante il loro lavoro: quando si verificano in particolari momenti, le interruzioni possono indurre a commettere errori.

Pure nei limiti della revisione che ha individuato solo articoli giornalistici e scientifici (e non, per esempio, altre forme di comunicazione quali *blog* e programmi televisivi), le evidenze a favore delle casacche appaiono ancora limitate. Inoltre, proprio per la loro potenziale valenza culturale, anche alla luce della lezione appresa da altri Paesi, prima della loro introduzione è necessario effettuare un'attenta validazione consultando pazienti e infermieri al fine di sviluppare una profonda comprensione delle cause che determinano le interruzioni e disegnare interventi appropriati. Le interruzioni dovrebbero essere ridotte con approcci combinati che includono modificazioni organizzative e comportamentali individuali e del gruppo multiprofessionale: non è quindi sufficiente una sola strategia per evitarle, come per esempio l'uso delle casacche. Inoltre, proporre le casacche senza valutarne preliminarmente l'impatto potrebbe esitare in reazioni inaspettate e controproducenti per pazienti e infermieri, rendendo l'intervento nullo o peggiorativo delle già difficili condizioni di lavoro nei reparti ospedalieri.

BIBLIOGRAFIA

- Albert NM, Wocial L, Meyer KH, et al (2008) *Impact of nurses' uniforms on patient and family perceptions of nurse professionalism*. Appl Nurs Res, 21(4), 181-190.
- Anonimo (2010) *Nurses develop disposable drug rounds tabards*. Nursing Times, <http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/acute-care/nurses-develop-disposable-drug-roundstabards/5017087.article>
- Beckford M (2011; a) *Nurses wear "Do not disturb" signs during drug rounds*. The Telegraph, <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8728093/Nurses-wear-do-not-disturb-signs-during-drug-rounds.html>
- Beckford M (2011; b) *"Do not disturb" message removed from nurses' tabards*. The Telegraph, <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8728093/Nurses-wear-do-not-disturb-signs-during-drug-rounds.html>
- Berry LL, Bendapudi N (2003) *Clueing in customers*. Harv Bus Rev, 81(2), 100-106.
- Bettoni C (2006). *Usare un'altra lingua. Guida alla pragmatica interculturale*. Edizione Laterza, Roma-Bari.
- Bixler S, Scherrer-Dugan L (2000) *5 steps to professional presence: how to project confidence, competence and credibility at work*. Edizione Adams Media.
- Brixey JJ, Tang ZH, Robinson DJ, et al. (2008) *Interruptions in a level one trauma center: a case study*. Int J Med Inform, 77(4), 235-241.
- Calkin S (2011; a) *Patient group sparks debate over 'do not disturb' tabards*. Nursing Times, <http://www.nursingtimes.net/patient-group-sparks-debate-over-do-not-disturb-tabards/5034347.article>
- Calkin S (2011; b) *Hospital makes partial U-turn on "do not*

- disturb" tabards. Nursing Times, <http://www.nursing-times.net/nursing-practice-clinicalresearch/clinical-subjects/patient-safety/hospital-makes-partial-u-turn-on-do-not-disturb-tabards/5034432.article>
- Eradiri O, Kench S, Woodrow B (2010). *Nurses wearing tabards improves safety administering medicines*. Colchester General Hospital, Essex, UK. <http://www.gvhealth.com/images/stories/GVPDFs/tabards-improve-medicines-safety.pdf>
- French Haute Autorité de Santé (2011). *Outil de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie2_mettre_en_oeuvre.pdf
- Hams S (2011) *Red tabards keep patients safe and should not be undermined*. Nursing Times, <http://www.nursingtimes.net/red-tabards-keep-patients-safe-and-should-not-be-undermined/> 5034450.article
- Kalisch BJ, Kalisch PA (1985) *Dressing for success* Am J Nurs, 85(8), 887-893.
- Kaser M, Bugle LW, Jackson E (2009) *Dress code debate*. Nurs Manage, 40(1), 33-38.
- Kerbrat-Orecchioni C (1998) *Les interactions verbales*. Edizione A. Colin, Parigi.
- Le Bourlais CH (2012) *Cartographie des risques du circuit du médicament*. Conférence des pharmaciens des EDS de Bretagne, Journée Ateliers à Pontivy. http://cr-ph-eds-bzh.info/IMG/pdf/5_Cartographie_ANAP_CH_DINAN_juin_2012_Le_Bourlais.pdf
- Li HZ (2001) *Cooperative and intrusive interruptions in inter and intracultural dyadic discourse*. J Lang Soc Psychol. http://web.unbc.ca/~lih/cooperative_and_intrusive_interruption.pdf
- Li HZ, Krysko M, Desroches NG, et al. (2004) *Reconceptualizing interruptions in physician-patient interviews: Cooperative and intrusive*. Commun Med, 1(2), 145-157.
- Macfarlane J (2011) *Do not disturb: fury over nurses' uniforms that ban patients from trying to speak to them*. Daily Mail. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2030929/Do-Not-Disturb-Fury-nurses-uniforms-ban-patients-trying-speak-them.html>
- Mangum S, Garrison C, Lind C, et al. (1997) *First impressions of the nurse and nursing care*. J Nurs Care Qual, 11(5), 39-47.
- Middleton J (2011) *It's good old-fashioned nursing values that have really transformed the culture of the ward*. Nursing Times, <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-specialisms/management/its-good-old-fashioned-nursing-values-that-have-really-transformed-the-culture-of-the-ward/5037231.article>
- Murata K (1994) *Intrusive or co-operative? A cross-cultural study of interruption*. J Pragmat, 21(4), 385-400.
- Nakane I (2007) *Silence in intercultural communication. Perceptions and performance*. Amsterdam, John Benjamins Publishing Company.
- Northouse LL, Northouse PG (1998) *Health communication: strategies for Health Professionals*. Terza edizione. Edizione Appleton & Lange.
- Odone C (2011) *Nursing in no longer the caring profession*. The Telegraph, <http://www.telegraph.co.uk/health/8728849/Nursing-is-no-longer-the-caring-profession.html>
- Pape TM, Guerra DM, Muzquiz M, et al. (2005) *Innovative approaches to reducing nurses' distractions during medication administration*. J Contin Educ Nurs, 36(3), 108-116.
- Polit DF, Tatano-Beck C (2014) *Fondamenti di Ricerca infermieristica*. Edizione McGraw-Hill Education, Milano.
- Raban MZ, Westbrook JI (2013) *Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective? a systematic review*. BMJ.
- Rafaeli A (1993) *Dress and behavior of customer contact employees: a framework for analysis*. Advances in Services Marketing and Management, volume 2.
- Scott J, Williams D, Ingram G, et al. (2010). *The effectiveness of drug round tabards in reducing incidence of medication errors*. Nurs Times, 106(34), 13-15.
- Skorupski VJ, Rea RE (2006) *Patients' perceptions of today nursing attire: exploring dual images*. J Nurs Adm, 36(9), 393-401.
- Summers S, Summers HJ (2011) *Do not disturb: undervaluation in progress*. Nursing Times, <http://www.nursing-times.net/nursing-practice/clinical-specialisms/prescribing/do-not-disturb-undervaluation-in-progress/5034918.article>
- Tomietto M, Sartor A, Mazzocoli E, et al. (2012) *Paradoxical effects of a hospital-based, multi-intervention programme aimed at the reduction of medication round interruptions*. J Nurs Manag, 20(3), 335-343.
- Zorzi Calò D (1990) *Parlare insieme. La co-produzione dell'ordine conversazionale in Italiano e in Inglese*. Edizione CLUEB, Bologna.



CONTRIBUTI

INFERMIERI E VOLONTARI IMPEGNATI NEL SOCCORSO: LA POSIZIONE DEL CONSIGLIO DI STATO

di Annalisa Silvestro e Barbara Mangiacavalli

La posizione del Consiglio di Stato n.849 del 2014 ha provocato molte tensioni tra gli infermieri perché intesa come un pronunciamento sfavorevole alla professione nelle sue specificità operative. Di seguito la lettura ragionata della sentenza.

La storia

Il Collegio Ipasvi della provincia di Bolzano è da anni impegnato nella "querelle" infermieri vs volontari impegnati nei diversi mezzi di soccorso. Tutto nasce nel 1997 a seguito di un atto deliberativo provinciale (deliberazione n. 2739 del 17.06.1996) che non prevede la presenza di infermieri nelle ambulanze di soccorso. Dopo un ricco carteggio - che vede anche lo scambio di numerosi pareri legali - che si sviluppa negli anni con le Istituzioni provinciali, il Commissario di Governo e l'Azienda sanitaria, oltre che l'attivazione di numerose iniziative di confronto e sensibilizzazione per l'inserimento della figura dell'infermiere nelle ambulanze/mezzi di soccorso, si giunge nel 2003 ad un incontro con l'Assessore alla sanità e i diversi Direttori della ripartizione Sanità della Provincia.

Nell'incontro viene stabilito di inserire due componenti del consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Bolzano in un gruppo di lavoro provinciale denominato "medicina d'urgenza". Il gruppo di lavoro aveva l'obiettivo di elaborare e proporre alla Giunta Provinciale, i contenuti per la formazione di tipo A e B dei soccorritori volontari da inserire nelle ambulanze. Nel 2004 con deliberazione n. 312, la Provincia di Bolzano, nonostante la ferma opposizione del Collegio Ipasvi, approva anche i contenuti per la formazione di un livello "C".

I componenti infermieri del gruppo "medicina d'urgenza" nella riunione del 21.02.2005 evidenziavano l'intenzione di presentare un ricorso al TAR, se non si fossero portate modifiche sul programma di formazione del livello "C". Dopo l'espressione del TAR a favore del Collegio Ipasvi, la Provincia Autonoma di Bolzano in data 28.07.2006, presenta ricorso in sede giurisdizionale contro tale sentenza presso il Consiglio di Stato. Interviene nel procedimento l'associazione "Croce Bianca" a sostegno delle ragioni della Provincia Autonoma di Bolzano.

In data 06.06.2011 la Giunta Provinciale delibera con n. 922 l'impiego del personale infermieristico sui mezzi di soccorso, stabilendo però che sull'auto medica (nef) l'equipaggio deve essere composto, oltre che dal medico, dall'autista soccorritore e/o infermiere.

In data 05.10.2011 il Collegio Ipasvi di Bolzano ha fatto ricorso contro la Provincia Autonoma di Bolzano per annullamento della deliberazione della Giunta Provinciale del 06.06.2011 n. 92, avente per oggetto l'impiego del personale infermieristico sui mezzi di soccorso in Alto Adige.

L'attualità

La sentenza emessa dal Consiglio di Stato ha suscitato tensioni tra gli infermieri bolzanini e non solo, perché intesa come un pronunciamento sfavorevole alla professione infermieristica nelle sue specificità operative. L'attenta lettura del disposto del Consiglio di Stato induce a ritenere, di contro, che il pronunciamento sia coerente con le funzioni infermieristiche delineate dal quadro giuridico e regolamentare in vigore.

L'attività del Volontario del soccorso viene, infatti, vincolata in terreni puntualmente definiti e, marcatamente, non di tipo professionale. Il Consiglio di Stato, sottolinea più volte che le attività attribuite al Volontario del soccorso sono di stampo mansionariale, prive di autonomia, e prettamente ausiliarie al medico oltre che effettuate sotto la sua diretta supervisione.

Nella sentenza il volontario del soccorso non viene mai definito "operatore di interesse sanitario" (art. 1. c. 2, L. 43/2006).

Alcuni stralci della sentenza

Si riportano di seguito alcuni stralci della sentenza del Consiglio di Stato di particolare pregnanza per la questione di cui trattasi. La sentenza è consultabile all'indirizzo: http://www.giustizia-amministrativa.it/DocumentiGA/Consiglio%20di%20Stato/Sezione%206/2006/200607277/Provvedimenti/201400849_11.XML

"... 7.2.3 ... le singole descrizioni degli obiettivi formativi contenute nell'allegato A dell'impugnata deliberazione n. 3775 del 18 ottobre 2004 ... non possono qualificarsi come attributive ai soccorritori di compiti ed attività riservate alla professione infermieristica quali definite, in seguito alla legge di riforma delle professioni sanitarie (l. 26 febbraio 1999, n. 42), nelle tre fonti costituite dai decreti ministeriali istitutivi dei rispettivi profili professionali, dall'ordinamento didattico universitario e dal codice deontologico della professione di infermiere. Infatti, dall'esame degli elenchi degli argomenti formativi e degli obiettivi di apprendimento di cui agli allegati A e B dell'impugnata deliberazione ... emerge che l'attività del soccorritore si risolve in attività materiali e meramente ausiliarie a supporto del medico d'urgenza, da eseguire in sua presenza e senza la minima autonomia decisionale e, dunque, in un'attività di assistenza materiale al medico d'urgenza, mentre la figura professionale dell'infermiere è definita come ... [dm 739/94, nda] ... le conoscenze oggetto del programma di formazione dei soccorritori ... attengono, dunque ad attività a supporto materiale del medico d'emergenza, di natura meramente esecutiva ed alle strette ed immediate dipendenze di quest'ultimo che giammai possono qualificarsi alla stregua della sopra delineata attività professionale infermieristica, di assistenza clinica diretta ai pazienti; ... la competenza dei soccorritori di livello C in ordine ai medicinali non riguarda né la relativa prescrizione ai pazienti né la relativa somministrazione diretta, ma si esaurisce nell'attività meramente ausiliaria e materiale di 'conoscere e preparare alla somministrazione di tutti i farmaci presenti nell'unità mobile (flaconcini miscelanti, fiale perforabili e fiale a rottura)', su indicazione e sotto supervisione del medico di emergenza ferma restando la somministrazione al paziente ad opera del medico stesso ... né la deliberazione impugnata può ritenersi introduttiva di una nuova figura di professione sanitaria ... e/o di attività riservate a quest'ultima ma di attività assistenziali organizzative a supporto ed ausilio al medico di emergenza (v. sopra sub 7.2.2), senza dunque invadere le competenze statali in materia di professioni ...".

Considerazioni

Ogni applicazione generalizzata delle attività (ausiliarie, nda) citate nella sentenza del Consiglio di Stato per il Volontario del soccorso in contesti diversi da quelli previsti e puntualmente delineati, è chiaramente esclusa. Diviene pertanto obbligo deontologico, oltre che giuridico, denunciare ogni estensione di tali suddette attività, in campi già definiti per le professioni infermieristiche.



CONTRIBUTI

La competenza culturale: modelli, standard e strumenti per l'infermiere italiano

di *Valentina Bressan (1), Simone Stevanin (2)*

(1) Infermiera, Azienda ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine

(2) Dottorando di Ricerca in Scienze Infermieristiche, University of Eastern Finland

Corrispondenza: breva05@gmail.com

Lo sviluppo di un'assistenza sanitaria culturalmente competente è diventato un tema d'interesse internazionale e questo si riflette anche sulla letteratura infermieristica (Jeffreys, Dogan, 2012); tuttavia in Italia è un aspetto poco sviluppato anche a partire dalla formazione di base (Festini, Focardi et al., 2009). L'infermiere si confronta quotidianamente nel proprio lavoro con persone o gruppi di individui che portano con sé un determinato patrimonio culturale (Williamson, Harrison, 2010; Perng, Watson, 2012) che ne influenza la percezione di salute e le diverse manifestazioni di bisogno. Non tutti gli infermieri, però, possiedono un background e supporto teorico adeguati (Festini et al., 2009) per definirsi culturalmente competenti e questo influisce sulla qualità delle prestazioni erogate. In letteratura sono presenti diversi modelli infermieristici utili per orientare un'assistenza efficace (Campinha-Bacote, 2002; Higgimbottom, Richter et al., 2011; Kersey-Matusiak, 2012). Esistono inoltre standard indicanti le caratteristiche essenziali per un nursing culturalmente competente (Douglas, Pierce et al., 2011).

La competenza culturale e la diversità

Nell'infermieristica il termine cultura fa riferimento ai modelli di vita appresi e trasmessi, a valori, simboli, pratiche e norme proprie della professione, legate ad una specifica società (Bjarnason, Mick et al., 2009). Per competenza culturale nell'ambito sanitario, invece, si intende l'insieme delle conoscenze, capacità di comprensione e abilità che permettono al professionista della salute di fornire un'assistenza coerente con le diverse necessità del paziente (Purnell, Davidhizar et al., 2011), evitando standardizzazioni (Wood, 2010). Se questa non è adeguatamente posseduta si rischia di basare l'assistenza infermieristica su una valutazione superficiale, stereotipata ed etnocentrica (Papadopoulos, 2006; Takeno, 2010) o di pensare erroneamente che tutti i soggetti appartenenti ad gruppo culturale abbiano le medesime esigenze (Misra-Hebert, Isaacson, 2012).

È stata condotta una ricerca bibliografica per identificare strumenti che possano aiutare gli infermieri italiani ad affrontare e comprendere le diversità culturali dei pazienti. Sono stati consultati i database Pubmed e Cinahl, con i seguenti *MeSH term*, incrociati sistematicamente con l'operatore booleano "And": "*transcultural nursing*", "*cultural competence*", "*nursing attitude*", "*multicultural patient*", "*cultural care diversity*", "*nursing value*". Sono stati inclusi articoli pubblicati da gennaio 2008 a novembre 2013, in lingua inglese ed italiana, con disponibilità dell'abstract, comprendendo anche testi e altro materiale disponibile online. Sono stati scartati articoli relativi all'ambito educativo e alla formazione di base degli infermieri, studi effettuati in contesti culturali non comparabili con quello italiano o inerenti ambiti teorici diversi dal nursing.

I ricercatori hanno lavorato prima singolarmente e quindi insieme per confrontare e discutere i risultati. Al termine della selezione su 254 articoli ne sono stati scelti e analizzati 53, mentre mediante una ricerca manuale sono stati selezionati 7 testi.

Strumenti e modelli per un'assistenza culturalmente competente

A partire dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso, sono stati elaborati numerosi modelli per la pratica infermieristica che includono gli aspetti culturali del paziente (Campinha-Bacote, 2002; Higgimbottom, Richter et al., 2011; Kersey-Matusiak, 2012). Essi sono spesso associati a sistemi di valutazione che indagano il livello effettivo di competenza culturale posseduto dall'infermiere (**Tabella 1**) e a strumenti di rilevazione (**Tabella 2**).

Tabella 1 - Caratteristiche e aspetti essenziali di alcuni modelli/strumenti (Higgimbottom, Richter et al., 2011)

AUTORE	NOME DEL MODELLO	ANNO	CARATTERISTICHE PRINCIPALI
Campinha-Bacote	The Process of Cultural Competence in the delivery of Healthcare Services Model	1994	La competenza culturale è un processo che integra la consapevolezza culturale, le abilità culturali, le conoscenze culturali, gli incontri culturali e i desideri culturali.
Davidhizar R, Giger JN, Hannenpluf LW	Giger-Davidhizar Transcultural Assessment (GDTAM)	1988	Il Modello della valutazione Transculturale di Giger-Davidhizar serve a valutare le differenze tra le persone all'interno di gruppi culturali, considerando la comunicazione, lo spazio, l'organizzazione sociale, il tempo, il controllo dell'ambiente e le variazioni biologiche.
Davidson JU, Reiger T, Boos S	Family Cultural Heritage Assessment Tool (FAMCHAT)	1997	Lo strumento è progettato per una valutazione qualitativa. Si compone di domande aperte, centrate su una serie di variabili comprendenti il sistema di credenze, la lingua, l'influenza dell'acculturazione e il gruppo formale ed informale di appartenenza.
Kim-Godwin WS, Clarke PN, Barton L	The Culturally Competent Community Care Model (CCCC)	2001	Per valutare se l'assistenza è culturalmente competente in questo modello vengono proposti i seguenti costrutti: l'assistenza, la sensibilità culturale, le conoscenze culturali, le abilità culturali nelle comunità con un focus sulle etnie delle popolazioni.
Narayanasamy A	Assessment, Communication, Cultural negotiation and compromise, Establishing respect and rapport, Sensitivity, Safety (ACCESS) model	1999	Il modello delinea come punto cruciale dell'assistenza culturale la comunicazione. Agli infermieri viene richiesto di sforzarsi di essere sensibili verso le altre culture con la negoziazione e il compromesso, attraverso il rispetto e la relazione e mostrandosi sensibile alle esigenze dei pazienti.

Purnell L	The Purnell Model for Cultural Competence	1995	Questo modello dispone di dodici campi di applicazione, comuni a tutte le culture: patrimonio culturale, la comunicazione, i ruoli familiari e l'organizzazione, i problemi della forza lavoro, bio-ecologia culturale, comportamenti ad alto rischio, la nutrizione, la gravidanza e le pratiche legate alla gestazione, i rituali di morte, la spiritualità e le pratiche di gestione della salute riferite all'assistenza dell'operatore sanitario.
Papadopoulos, Tilky & Taylor	The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for developing cultural competence	2004	Consapevolezza e conoscenza culturale, la sensibilità e la competenza culturale.
Leiniger M	The Sunrise model	1955	Modello popolare di infermieristica transculturale focalizzato su fattori tecnologici, religiosi e filosofici, affinità e aspetti sociali, valori culturali e modi di vita, politici e giuridici, economici, educativi all'interno l'individuo, le famiglie, gruppi, comunità e istituzioni. Aspetti aggiuntivi sono: mantenimento/preservazione; adattamento/negoziazione e rimodellamento/ristrutturazione dell'assistenza culturale; visione del mondo dell'operatore.

Tabella 2 - Gli strumenti per misurare la competenza culturale maggiormente riportati in letteratura (modificato da Kumaş-Tan, Beagan et al., 2007; Loftin, Hartin et al., 2013)

STRUMENTI DI MISURAZIONE	APPLICAZIONI	PROPRIETÀ PSICOMETRICHE	STRUTTURAZIONE
<i>Multicultural counseling Inventory (MCI)</i>	Basato sul modello teorico di Sue e colleghi relativo agli atteggiamenti, conoscenze e abilità legate alla competenza culturale. È stato creato nel 1994 e utilizzato nell'ambito psicologico.	- Buoni i contenuti e la presentazione, - accettabili criteri di validità, - non sono noti test-retest di validazione, - moderata relazione tra le sottoscale, - il modello a quattro fattori ha solo una stima del 36% della varianza.	- 40 item, - scala Likert a quattro valori (da poco preciso a molto preciso), - un fattore generale della competenza multiculturale e quattro fattori specifici: consulenze multiculturali, abilità, consapevolezza, consulenza relazionale e conoscitiva multiculturale.
<i>Cultural self-efficacy scale (CSES)</i>	Creato nel 1987 per essere utilizzato nell'ambito infermieristico e rivisto nel 1993.	Buona affidabilità e attendibilità.	- 26 item, - scala Likert a cinque valori (da scarsa fiducia a fiducia completa), - tre sezioni: conoscenze relative ai concetti culturali, conoscenze relative ai fattori culturali e abilità nell'ambito del nursing transculturale.
<i>Inventory for assessing the process of cultural competence among health professionals (IAPCC and IAPCC-R)</i>	Basato sul modello della competenza culturale di Campinha-Bacote è stato creato nel 1998 e utilizzato nell'ambito infermieristico, medico e farmacologico. Rivisto nel 2003.	Buona coerenza interna e affidabilità.	- 25 item, - scala Likert a quattro variabili (da molto consapevole a inconsapevole; da fortemente in accordo a completamente in disaccordo; da molto informato a disinformato; da molto comodo a scomodo; da molto coinvolto a non coinvolto), - cinque sottoscale: consapevolezza culturale, conoscenze culturali, abilità culturali, incontri e desiderio culturali.

<i>Cross-cultural adaptability inventory (CCAI)</i>	Strumento generico, creato nel 1987 e modificato nel 1992.	Dati contrastanti: - Kelley e Meyers riportano una eccellente affidabilità, face validity e validità di costrutto, - discutibile la validità predittiva, - Davis e Finney riportano che la struttura a Quattro fattori non è replicabile e l'adattabilità transculturale non è misurabile con questi item e/o questa struttura.	- 50 item, - scala Likert a sei valori (da assolutamente falso a completamente vero), - quattro sottoscale: resilienza emotiva, flessibilità/apertura, acutezza percettiva e autonomia personale.
<i>Quick discrimination index (QDI)</i>	Creato nel 1995 per essere usato sia come strumento generico, sia nell'ambito psicologico.	- Buona la coerenza interna delle scale e sottoscale, - testata per quindici settimane, - presentazione promettente, validità dei costrutti e dei criteri correlati.	- 30 item, - scala Likert a cinque valori (da fortemente in disaccordo a completamente d'accordo), - tre sottoscale: atteggiamenti (cognitivi) generali ed emotivi sulla diversità razziale, e atteggiamenti generali sul problema legato alle donne.
<i>Culture attitude scale, or ethnic attitude scale (CAS/EAS)</i>	Creato per l'ambito infermieristico nel 1979 e modificato nel 1993.	Poca affidabilità.	- 20 item per ogni illustrazione (pazienti anglo e afro americani; possono essere aggiunte altre illustrazioni), - scala Likert a cinque valori (da fortemente in accordo a completamente in disaccordo), - tre fattori: assistenza infermieristica e interazione col paziente; comportamenti, atteggiamenti culturali legati alla salute e credenze.

Multicultural awareness, knowledge, and skills survey (MAKSS and MAKSS-CE-R)	Basato sul modello di competenza culturale proposto da Sue e colleghi, è stato creato nel 1991 per l'ambito psicologico e modificato nel 2003.	<ul style="list-style-type: none"> - Adeguata affidabilità, - accettabili i fattori a supporto dei costrutti e dei criteri di validità della scala e delle sottoscale, la MAKSS-CE-R rappresenta solo un terzo della varianza del questionario originale, il MAKSS (29.8%). 	<ul style="list-style-type: none"> - 33 item, - scala Likert a quattro valori (da molto limitato a molto consapevoli, da molto limitato a molto buono; da fortemente in disaccordo a molto d'accordo), - tre sottoscale: consapevolezza; conoscenza e abilità.
Cultural competence self-assessment Questionnaire (CCSAQ)	Basato sul modello di competenza cultural di Cross e colleghi, originariamente era stato pensato per l'ambito della salute mentale dei bambini e adolescenti.	<ul style="list-style-type: none"> - Affidabilità accettabile, tranne che per la parte del coinvolgimento personale, - validità supportata dalla letteratura e revisione di esperti. 	<p>Due versioni: una per gli operatori e una per gli amministratori dei servizi. La prima è composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 79 item con risposte organizzate secondo il sistema delle scale Likert a quattro variabili, - cinque sottoscale che indagano la conoscenza delle comunità, il coinvolgimento personale, le risorse e il personale, i collegamenti, i servizi di consegna, e le attività pratiche, le politiche organizzative e le procedure, l'interessamento verso la comunità.
Cross-cultural counseling inventory (CCCI and CCCI-R)	Basato sul modello di competenza culturale proposto da Sue e colleghi, è stato creato nel 1983 per l'ambito psicologico e modificato nel 1991.	<ul style="list-style-type: none"> - Discutibili i test-retest per l'affidabilità interna, - la struttura dei fattori rimane ancora in discussione. 	<ul style="list-style-type: none"> - 20 item, - scala Likert a sei variabili (da fortemente in disaccordo a completamente d'accordo) compilato da un osservatore, - tre fattori: abilità terapeutiche transculturali, consapevolezza sociopolitica e sensibilità culturale.

<p>Multicultural counseling knowledge and awareness scale, formerly the multicultural counseling awareness scale–form B (MCKAS)</p>	<p>Basato sul modello di competenza culturale proposto da Sue e colleghi, è stato creato nel 1991 per l'ambito psicologico e modificato nel 2002.</p>	<p>- Moderata validità convergente con la MCI, - discutibili i criteri di validazione, - il modello a due fattori presenta solo il 32% della varianza, - i risultati sono solo preliminari, la MCKAS non può essere utilizzata per ogni tipo di valutazione individuale.</p>	<p>- 32 item, - scala Likert a sette valori (da completamente falso a totalmente vero), - due sottoscale: conoscenze e consapevolezza.</p>
<p>Cultural Competence Assessment (CCA)</p>	<p>Basato sul modello della competenza culturale di Schim e Miller, è stato creato da Shim e colleghi nel 2003. Lo strumento è stato creato per per misurare la competenza culturale degli infermieri impiegati in Hospice.</p>	<p>- valori dell' Alfa di Cronbach globali di 0.92 e una affidabilità delle sottoscale di 0.93 e 0.75, - contenuti e face validity stabiliti attraverso due gruppi di esperti, - scala validata con analisi fattoriale e utilizzabile su diversi operatori sanitari con livelli d'istruzione e impiegati in contesti diversi.</p>	<p>- 25 item, - Scala Likert a 5 valori (da fortemente d'accordo a fortemente in disaccordo) e in aggiunta l'opzione nessuna opinione, - sottoscale: consapevolezza e sensibilità; esperienze culturali diverse; comportamenti culturalmente competenti.</p>
<p>Nurse Cultural Competence Scale (NCCS)</p>	<p>Basato sulla letteratura e sui modelli di Campinha-Bacote (2002), Jeffreys (2002), Ahmann (2002) e Burchum (2002). Creato nel 2011 da Perng e Watson</p>	<p>- testato attraverso un test pilota con 167 studenti infermieri, - Valori dell'alfa di Cronbach per le 4 scale in un range da 0.78 a 0.96, - face validity è stabilita attraverso la revisione di 4 esperti.</p>	<p>- 41 item, - Scala Likert a 5 valori (da completamente d'accordo a completamente in disaccordo), - misura 4 costrutti: consapevolezza culturale, conoscenze, sensibilità e abilità.</p>

Nel corso degli anni sono stati elaborati, inoltre, standard di riferimento che indicano quali dovrebbero essere le caratteristiche essenziali per un nursing culturalmente competente (Douglas, Pierce et al., 2011) (**Tabella 3**).

Tabella 3 - Norme di buona pratica per un'assistenza infermieristica culturalmente competente: 2011 (Douglas, Pierce et al., 2011)

STANDARD	DESCRIZIONE
1. Standard <i>Giustizia Sociale</i>	L'infermiere promuove la giustizia sociale per tutti. L'applicazione di principi di giustizia sociale guida gli infermieri nelle decisioni relative alla famiglia del paziente, alla comunità e ad altri professionisti del settore sanitario. Gli infermieri devono sviluppare capacità di leadership per sostenere le politiche di giustizia sociale.
2. Standard <i>Riflessioni critiche</i>	Gli infermieri devono impegnarsi in una riflessione critica sui propri valori, credenze e patrimonio culturale al fine di comprendere come questi aspetti possono incidere sull'assistenza infermieristica culturalmente congruente.
3. Standard <i>Conoscenze di Nursing Transculturale</i>	Gli infermieri devono comprendere le prospettive, le tradizioni, i valori, le pratiche e i sistemi familiari degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle popolazioni culturalmente diversi che assistono, nonché conoscere le complesse variabili che influenzano il raggiungimento della salute e del benessere.
4. Standard <i>Pratiche interculturali</i>	Gli infermieri devono utilizzare le conoscenze transculturali e le competenze culturalmente sensibili nell'erogare un'assistenza infermieristica culturalmente congruente.
5. Standard <i>Sistemi sanitari e Organizzazioni</i>	Le organizzazioni sanitarie dovrebbero fornire una struttura e le risorse necessarie per valutare e soddisfare le esigenze culturali e linguistiche dei propri pazienti.
6. Standard <i>Difesa dei pazienti ed Empowerment</i>	Gli infermieri devono riconoscere l'effetto sui pazienti delle politiche sanitarie, passaggio di informazioni, inoltre sono responsabili e devono sostenere i loro pazienti come indicato. Gli infermieri devono promuovere l'utilizzo delle credenze culturali dei loro pazienti e le pratiche in tutte le dimensioni della loro assistenza.
7. Standard <i>Forza lavoro multiculturale</i>	Gli infermieri devono essere attivisti nello sforzo globale di garantire una forza lavoro più multiculturale all'interno degli ambienti sanitari.
8. Standard <i>Educazione e formazione</i>	Gli infermieri devono essere formati per promuovere ed erogare un'assistenza sanitaria culturalmente congruente. Le conoscenze e abilità per assicurare che l'assistenza infermieristica sia culturalmente congruente sono inclusi nei programmi di assistenza globale sia come mandato di istruzione teorica e formazione clinico-pratica, sia come previsto nel proseguo della formazione, continuando l'istruzione anche per tutti gli infermieri che già lavorano.
9. Standard <i>Comunicazione transculturale</i>	Gli infermieri devono utilizzare abilità di comunicazione verbale e non verbale culturalmente competenti per identificare i valori, le credenze, le pratiche, le percezioni e le esigenze uniche di assistenza sanitaria del paziente.

10. Standard <i>Leadership transculturale</i>	Gli infermieri devono avere la capacità di influenzare gli individui, i gruppi e i sistemi per raggiungere i risultati di assistenza culturalmente competenti per le diverse popolazioni.
11. Standard <i>Sviluppo di politiche</i>	Gli infermieri devono avere le conoscenze e le competenze necessarie per lavorare con enti pubblici e organizzazioni private, associazioni professionali e comunità, per stabilire le politiche e gli standard per la completa attuazione e valutazione di un'assistenza culturalmente competente.
12. Standard <i>Evidence-Based Practice e ricerca</i>	Gli infermieri devono basare la propria pratica su interventi sistematicamente testati e che hanno dimostrato di essere i più efficaci per le popolazioni culturalmente diverse che assistono. Nei settori in cui vi è una mancanza di prove di efficacia, gli infermieri ricercatori devono investigare e testare interventi che devono essere i più efficaci nel ridurre le disparità nei risultati di salute.

Considerazioni

La capacità di relazionarsi con persone diverse per valori e cultura è una delle componenti della competenza culturale più difficile da valutare e autovalutare, rendendola un ambito complesso e delicato da descrivere.

Nelle valutazioni dirette l'attenzione viene focalizzata principalmente sull'analisi delle prestazioni (Byram, 1997), sul portfolio (Jacobson, Schleicher, Maureen, 1999; Ingulsruda, Kaib et al., 2002) o sulla formazione e aggiornamento continuo del professionista (Davis, Mazmanian et al., 2006).

Nei sistemi indiretti, invece, si analizzano contemporaneamente uno o più aspetti della competenza culturale mediante questionari o sistemi di autovalutazione. Molti degli strumenti a disposizione sono generici, utilizzabili da diversi operatori in differenti contesti professionali, come nel caso dell'*Inventory to Assess the Process of Cultural Competence Revised* (Campinha-Bacote, 2002) e del *Cultural Competence Assessment* (Schim, Doorenbos et al., 2003).

Nonostante questi metodi siano piuttosto diffusi, soprattutto nel mondo anglosassone, Perng e Watson (2012) evidenziano che spesso l'affidabilità e la validità delle misure dei sistemi di autovalutazione non sono state rigorosamente esaminate.

Inoltre, molti autori sottolineano che la competenza culturale è un sistema dinamico e complesso da valutare, in quanto la sua definizione non è sempre chiara (Johnson, Munch, 2009). Al momento non esistono né strumenti italiani che possano supportare gli infermieri nella presa in carico degli utenti culturalmente diversi, né modelli teorici nazionali a cui poter fare riferimento.

Conclusioni

Lo sviluppo di società multietniche segna sempre più la necessità di rivedere le dinamiche con le quali avviene l'incontro fra domanda e offerta in termini di salute. Per i professionisti sanitari, e in particolar modo per gli infermieri, è sempre più necessario fornire cure culturalmente appropriate e competenti.

Partendo dal presupposto che non esiste lo strumento perfetto, quanto proposto in letteratura può essere considerato come punto di partenza per nuovi studi nell'ambito infermieristico nazionale, da affiancare all'istruzione e formazione continua degli operatori. La competenza culturale potrebbe essere quindi vista come strumento essenziale per l'assistenza e la promozione della salute, sottolineando maggiormente la centralità del paziente (Basso, Perocco, 2003) anche nel nostro Paese.

BIBLIOGRAFIA

- Basso P, Perocco F (2003). *Gli immigrati in Europa. Disuguaglianze, razzismo, lotte*. Milano: Franco Angeli.
- Bjarnason D, Mick J, Thompson J A, Cloyd E (2009). *Perspectives on transcultural care*. [Nurs Clin North Am](#), 44(4), 495-503.
- Byram M (1997). *Teaching and assessing intercultural communicative competence*. Philadelphia, PA: Multilingual Matters.
- Campinha-Bacote J C (2002). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare service: a model of care*. *J Transcult Nurs*, 13(3), 181-184.
- Davis D A, Mazmanian P E, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe K E, Perrier L (2006). *Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review*. *JAMA*, 296(9), 1094-1102.
- Douglas M K e Pierce J H et al. (2011). *Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update*. *J Transcult Nurs*, 22(4), 317-333.
- Festini F e Focardi S et al. (2009). *Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy*. [J Nurs Scholarsh](#), 41(2), 220-227.
- Higgimbottom G M A, Richter M S et al. (2011). *Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: an integrative review of the literature*. *BMC Nursing*, 10(16). Consultato 16 maggio 2012, disponibile all'indirizzo: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/16>.
- Ingulsrud J E, Kaib K et al. (2002). *The assessment of cross-cultural experience: measuring awareness through critical text analysis*. *Int J Intercult Relat*, 26(5), 473-491.
- Jacobson W, Schleicher D, Maureen, B (1999). *Portfolio assessment of intercultural competence*. *Int J Intercult Relat*, 23(3), 467-492.
- Jeffreys M R, Dogan E (2012). *Evaluating the influence of cultural competence education on students' transcultural self-efficacy perceptions*. *J Transcult Nurs* 23(2), 188-197.
- Johnson Y M, Munch S (2009). *Fundamental contradictions in cultural competence*. *Social Work*, 54(3), 220-231.
- Kersey-Matusiak G (2012). *Competent care: are we there yet?* Nursing management April 2012.
- Kumas-Tan Z, Beagan B et al. (2007). *Measures of cultural competence: examining hidden assumptions*. *Academic Medicine*, 82(6), 548-57.
- Loftin C, Hartin V et al. (2013). *Measures of cultural competence in nurses: an integrative review*. *Scientific World Journal* 2013, 1-10.
- Misra-Hebert A D, Isaacson J H (2012). *Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy*. *Cleve Clin J Med*, 79(2), 127-133.
- Perng S J, Watson R (2012). *Construct validation of the Nurse cultural competence scale: a hierarchy of abilities*. *J Clin Nurs*, 21(11-12), 1678-84.
- Papadopoulos I (2006). *The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence*. In: *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*, pp. 7-24. Beijing: Elsevier Limited.
- Purnell L, Davidhizar R E et al. (2011). *A guide to developing a culturally competent organization*. *J Transcult Nurs*, 22(1), 1-7.
- Schim S M, Doorenbos A Z et al. (2003). *Development of a cultural competence assessment instrument*. *J Nurs Meas*, 11(1), 29-40.
- Takeno Y (2010). *Facilitating the transition of Asian nurses to work in Australia*. *J Nurs Manag*, 18(2), 215-224.
- Williamson M, Harrison L (2010). *Providing culturally appropriate care: a literature review*. *Int J Nurs Stud*, 47(6), 761-769.
- Wood M (2010). *Cultural safety and the socioethical nurse*. *Nurs Ethics*, 17(6) 715-725.

ESPERIENZE

La cura del cavo orale in soggetti portatori di gravi deficit neuro-psico-motori: l'esperienza di un Presidio sanitario territoriale fiorentino

di *Carmina Cairo (1), Maddalena Isoldi (2), Antonia Rosa Marseglia (3), Marcello Bartalesi (4), Rita Greco (5)*

(1) *Coordinatore infermieristico di staff, Direzione sanitaria aziendale, Asl Firenze*

(2) *Medico Villa Monteturli, San Felice a Ema, Asl Firenze*

(3) *Direttore sanitario Presidio San Felice a Ema, Oblate Asl Firenze*

(4-5) *Infermieri di Villa Monteturli, Asl Firenze*

Corrispondenza: carmina.cairo@gmail.com; maddalena.isoldi@gmail.com

La salute orale ha un impatto significativo sulla qualità della vita delle persone^[i]. Le alterazioni della mucosa del cavo orale possono manifestarsi con segni che vanno dall'arrossamento fino alla presenza di serie ulcerazioni e i sintomi variano dal dolore al disagio, fino all'impossibilità di tollerare cibo e/o fluidi. Una stima della frequenza del fenomeno risulta difficile: negli studi con dati sulla prevalenza delle lesioni della mucosa orale e sulle abitudini igieniche riguardo specifiche fasce di popolazione vengono riportanti dati molto vari. Si osservano ad esempio prevalenze dal 25-50%^{[ii]-[iii]} fino a valori che arrivano a toccare l'89%^[iv] nelle popolazioni studiate e che oscillano in relazione all'età, alle condizioni di salute, abitudini di vita etc.^{[v]-[vi]}.

Il dato ormai assodato e sul quale concordano tutte le evidenze scientifiche è l'importanza e la necessità di una corretta igiene orale in ogni fase della vita^[vii]. È stato accertato che una carente igiene orale è segno di sottostanti problemi di salute e talvolta ne è causa essa stessa, dato che le infezioni del cavo orale possono avere conseguenze su tutto l'organismo. L'influenza della salute del paraodonto sulla qualità della vita, inoltre, è innegabile in quanto la presenza di uno stimolo irritativo o doloroso può compromettere le attività della vita quotidiana, dalla semplice masticazione fino alla capacità di relazione con l'ambiente e con le persone, con conseguenze sia sul metabolismo che sul tono dell'umore^[viii].

Le affezioni che più comunemente si riscontrano, come carie, odontalgie, gengive sanguinanti, ulcere del cavo orale, alitosi e bocca arida, erosione dentale e tutte le malattie parodontali fino alla edentulia, sono legate ad una carente igiene orale^[ix]. Il cavo orale, insieme alla cute ed al tratto respiratorio superiore, è inoltre porta di entrata primaria per gli streptococchi viridanti, gli stafilococchi e i germi del gruppo HACEK (*Haemophilus, Actinobacillus, Cardiobacterium, Eikenella, Kingella*), responsabili delle endocarditi acquisite in comunità su valvole native. Infine, ampiamente associate da dati evidence-based sono le correlazioni tra patologie del cavo orale e malattie sistemiche, specie cronico-degenerative^[x]. Tali problemi vedono un ampio spazio di prevenzione e, in caso di fallimento di questa, devono essere trattati tempestivamente.

In età adulta, le pratiche di igiene orale sono rivolte alla prevenzione della carie e della paraodontopatia: tale intervento assume un particolare significato nei pazienti affetti da malattie invalidanti, portatori di protesi vascolari e ortopediche, soggetti trapiantati, individui con malattie metaboliche o immunosoppressive e portatori di handicap psicofisici. In questi individui, le metodiche di ablazione del tartaro e il controllo dell'infezione del cavo orale permettono di mantenere il paziente in un ambito di protezione di fronte all'insorgenza di complicanze su base infiammatoria-infettiva che potrebbero minare in modo significativo l'integrità organistica del soggetto^[xi]. Infine, dati di letteratura mostrano l'efficacia della formazione degli operatori sanitari per il miglioramento della salute del cavo orale dei pazienti istituzionalizzati^[xii].

Il nostro percorso

Sulla base di queste premesse è nato il “*Progetto assistenziale integrato per la promozione dell'igiene orale negli ospiti di Villa Monteturli*”: attraverso un percorso di crescita, sia professionale che organizzativo, è stato così affrontato il delicato problema della salute orale negli ospiti della struttura.

Per la stesura del progetto è stato seguito il metodo del Quadro logico^[xiii]; per la sua realizzazione è stato necessario reperire un finanziamento e, in seguito ad una visita ufficiale in struttura e alla presa di coscienza dei bisogni presenti, l'Assessorato per il diritto alla salute della Regione Toscana se ne è fatto carico.

Il progetto ha interessato gli ospiti della Rsd-Villa Monteturli, struttura che assiste un'utenza portatrice di *handicap psicofisici gravi e gravissimi*, congeniti o acquisiti, con patologie internistiche associate (epilessia, autismo, epatopatie, malattie autoimmuni, reumatologiche). La struttura ospita 36 persone, 12 donne e 24 uomini e un letto di sollievo, con un'età media di 40 anni; 32 sono in regime residenziale e 4 in semiresidenziale e tutti hanno il tutore legale. Nessuno è autosufficiente, 20 non sono deambulanti e tutti gli altri presentano gravi difficoltà nell'espletamento dei bisogni base di vita. Il personale che si occupa dell'assistenza e della cura di questi utenti è composto da 2 medici della medicina dei servizi per un totale di 17 ore settimanali, 1 fisiatra per un totale di 4 ore settimanali, uno psichiatra 4 ore al mese, 1 neurologo 4 ore al mese, 1 infermiere coordinatore dell'Asl, 7 infermieri dell'Asl, 1 coordinatore, 30 Oss, 1 Educatore e 1 Fisioterapista della Cooperativa Agorà.

La struttura usufruisce del servizio di “Special care odontoiatrica” dell'Asl di Firenze dedicato alle persone fragili (disabilità, età avanzata, comorbidità, etc.) con problematiche odontoiatriche. Prevede appuntamenti riservati sia nell'ambulatorio odontoiatrico, sia nella sala operatoria Day surgery, visite domiciliari per situazioni critiche e percorsi dedicati.

Obiettivi e metodi di realizzazione del progetto

Il progetto per la promozione dell'igiene del cavo orale si è inserito in un più ampio processo di miglioramento e implementazione di buone pratiche, con l'obiettivo di:

- integrare maggiormente Oss e infermieri;
- coinvolgere i medici della medicina dei servizi nello sviluppo dei Pai multidisciplinari;
- sviluppare competenze specifiche igienico sanitarie e relazionali.

Questo lavoro ha stimolato e facilitato una condivisione dei bisogni assistenziali che, se fino a quel momento erano comunque ben evidenti a tutti, non si era riusciti a decodificare con chiarezza e tentare, almeno in parte, di affrontarli. Tra questi era evidente il bisogno di intervenire nell'igiene e la cura del cavo orale, ambito in cui la Special care aveva fornito un appoggio strutturato, ma fino ad allora attivato solo in caso di grave necessità.

Per quanto attiene all'igiene del cavo orale, veniva effettuata con una garza imbevuta nel collutorio per rimuovere i residui del cibo, ma senza poter osservare altro, sia perché di difficile esecuzione, sia per la scarsa o assente collaborazione dei pazienti, sia per la necessità di una formazione mirata in merito nell'ambito della disabilità grave.

Per raggiungere gli obiettivi del progetto sono stati seguiti 3 step:

1. formazione in aula;
2. formazione sul campo;
3. attivazione dei percorsi di cura con la Special care.

Entrando nel dettaglio (**Tabella 1**), nella formazione in aula, oltre ad una conoscenza anatomica, funzionale e fisiopatologica del cavo orale, è stato fondamentale provare ad immedesimarsi negli ospiti della struttura.

Tabella 1
Obiettivo Generale del progetto
Promozione e implementazione dell'igiene e bonifica del cavo orale degli ospiti di Villa Monteturli.
Obiettivi Specifici del progetto
<ol style="list-style-type: none"> 1. bonifica del cavo orale presso il Servizio di odontoiatria della Asl 10 per tutti gli ospiti di Villa Monteturli; 2. formazione specifica del personale sanitario della struttura, per apprendere tecniche di pulizia del cavo orale adatte per pazienti con gravi cerebrolesioni e per acquisire le nozioni per una valutazione di base della condizione del cavo orale ed elementi sospetti per anormalità.

Per arrivare a svolgere l'igiene quotidiana con lo spazzolino era necessario infatti capire l'importanza del problema e la delicatezza della manovra che, scontata nel nostro quotidiano, implica per l'operatore una competenza relazionale specifica che consenta al paziente con disabilità grave e gravissima di affidarsi completamente a chi lo assiste. Conoscenza e immedesimazione sono state le colonne del metodo che ha visto gli operatori (infermieri, Oss, medici, e igienista dentale) impegnati a fare e farsi fare l'igiene orale con lo spazzolino.

Nella formazione sul campo la modalità d'uso dello spazzolino è stata personalizzata per ogni soggetto, in base non solo alle caratteristiche fisiche, ma soprattutto al carattere e alla collaborazione del paziente^[xiv]. In questa fase è stato essenziale l'apporto di ciascuno per conoscere la specificità di ogni paziente e personalizzare al massimo l'approccio. L'equipe del progetto si è fatta carico di effettuare per prima l'igiene orale con lo spazzolino a tutti gli ospiti della struttura e di stilare, per ogni paziente, una scheda con le indicazioni delle modalità di approccio specifiche.

Già a partire dalla formazione si è operata una integrazione con il medico odontoiatra responsabile del servizio aziendale odontoiatrico dedicato alla disabilità: si è avviata una valutazione periodica in Struttura dei pazienti residenti nella Rsd, diversamente a quanto accadeva precedentemente, con una presa in carico della salute del cavo orale sulla base delle necessità specifiche riscontrate. Dove necessario, i pazienti sono stati trattati in anestesia generale nella Day surgery della Special care odontoiatrica. È stata così possibile una presa in carico del 100% degli ospiti.

Dopo la formazione teorico-pratica (giugno 2012) e dopo un periodo sperimentale della durata di sei mesi (luglio-dicembre 2012), si è inserita l'igiene orale con lo spazzolino nelle attività quotidiane.

Principali risultati e riflessioni dell'esperienza

Nonostante le difficoltà che si incontrano giornalmente, l'obiettivo generale del progetto è stato raggiunto e l'esperienza ci ha svelato aspetti che vanno anche oltre la cura del cavo orale. Imparare a guardare con attenzione il paziente è stato necessario per poter "accedere alla sua persona" e di conseguenza poter prendersi cura di un bisogno specifico come quello dell'igiene orale.

Alla fine del progetto sono stati raggiunti i seguenti risultati:

1. presa di coscienza del problema della salute del cavo orale;
2. acquisizione di un metodo di osservazione del cavo orale;
3. inserimento dell'igiene orale con spazzolino nelle procedure di assistenza di base quotidiane e progressivo coinvolgimento degli ospiti nella sua attuazione;
4. riattivazione del percorso aziendale dedicato della Special care: attivazione di visite semestrali in struttura, intervento chirurgico quando necessario;
5. miglioramento dello stato di salute del cavo orale dei pazienti: riduzione del sanguinamento spontaneo e, durante l'igiene, diminuzione dell'alitosi.

La ricaduta di questa esperienza non è stata solo su aspetti specifici della salute del cavo orale, ma sull'educazione dello sguardo dell'operatore a cogliere la totalità e l'interdipendenza di tutti gli aspetti del comportamento del paziente, portando alla luce l'importanza di questo fattore nella qualità dell'assistenza, la sua oggettività e la possibilità di impararlo. Accanto ad una analisi dei punti di forza per implementare il metodo che si è dimostrato efficace, dovrebbe essere fatta una valutazione ed elaborazione delle minacce interne ed esterne al processo perché non si arresti il cammino iniziato.

Al termine del percorso abbiamo organizzato un workshop con crediti Ecm (14 dicembre 2012) dal titolo "Dalla relazione... l'assistenza. Esperienze di cura nella disabilità grave", dove è stato possibile confrontarsi con altre realtà nazionali che si occupano di persone affette da disabilità neurospicomotoria.

Gli operatori dell'equipe del progetto così introducevano al workshop il loro racconto di questa esperienza: "*La nostra storia dentro la loro*: con questa frase vorrei lanciare un messaggio dicendo che, come spesso accade nella vita di tutti i giorni, anche per noi operatori che lavoriamo ormai da tempo presso la nostra struttura, l'incubo peggiore è farsi prendere dalla routine e questo porta purtroppo a lavorare in maniera meccanica. La realizzazione di questo progetto non ha avuto effetti positivi solo sui nostri ragazzi, ma anche su di noi, in quanto ci ha riaperto quegli stimoli ed interessi che avevamo lasciato un po' in sospeso. Questa crescita interna la dobbiamo soprattutto ai nostri utenti, che con la loro volontà ed il loro impegno ci hanno dimostrato che si possono accettare i cambiamenti!"

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli operatori sanitari di Villa Monteturli. Uno speciale ringraziamento va a: l'Assessorato per il diritto alla salute della Regione Toscana, per le risorse economiche concesse; il Direttore sanitario del Presidio San Felice a Ema, dr.ssa A. Marseglia; l'infermiere coordinatore di Villa Monteturli, T. Tre Re; il coordinatore del personale Oss della Cooperativa L'Agorà, P. Zugheri; l'Associazione Prima infanzia (sig.ri Natali, Martini, Ricci, genitori di ospiti di Villa Monteturli); T. Nannelli per il sostegno nella pubblicazione.

BIBLIOGRAFIA

- [i] Almomani F, Brown C, Williams K B. *The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities*. Psychiatr Rehabil J 2006;29(4):274–81.
- [ii] Andreasen J O, Pindborg J J, Hjørring-Hansen E, Axell T. *Oral health care: more than caries and periodontal disease. A survey of epidemiological studies on oral disease*. Int Dent J 1986;36:207–14.
- [iii] Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. *The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area*. Oral Diseases 2008;14:356–66.
- [iv] Shakeri MT, Esfandyari A, et al. *Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran*. Gerodontology 2012;29(2):e930–4.
- [v] Andreasen J O, Pindborg J J, Hjørring-Hansen E, Axell T. *Oral health care: more than caries and periodontal disease. A survey of epidemiological studies on oral disease*. Int Dent J 1986; 36:207–14.
- [vi] Calamassi D, Baldini C, Niccolini S, Perra C, Rinaldini E, Poli M, Nannelli T. *Le alterazioni del cavo orale negli utenti in carico ai servizi di assistenza domiciliare: un'indagine di prevalenza*, Prevenzione & Assistenza dentale, 2012; 38(4):117-123.
- [vii] Registered nurses association of Ontario (Rnao). *Nursing best practice guidelines Oral health: nursing assessment and interventions*, 2008. (trad. *Igiene del cavo orale: Valutazione e interventi infermieristici* - traduzione a cura di Massimo Rivolo - Collaboratore Centro studi Ebn) ultima visita 06/11/2013 <http://rnao.ca/bpg/translations/igiene-del-cavo-orale-valutazione-e-interventi-infermieristici>.
- [viii] Ministero della salute. *Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale*. Quaderni del Ministero della salute: n. 7, gennaio-febbraio 2011.
- [ix] Ministero della salute. *Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali nell'età adulta*, dicembre 2009.
- [x] Ministero della salute. *Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali nell'età evolutiva*, 2010.
- [xi] Agenzia di sanità pubblica, Regione Lazio. *Disabilità e salute orale. La promozione della salute orale nelle persone diversamente abili*, 2005.
- [xii] B. Lange et al. *Improving the oral hygiene of institutionalized mentally retarded clients*, J. Dent. Hyg, 2000; 74(3):205-9.
- [xiii] M. Zupi et al. *Manuale di formazione. Le nuove opportunità della cooperazione decentrata*. A cura dell'Osservatorio interregionale sulla cooperazione allo sviluppo (Oics) e del Centro studi di politica internazionale (CeSPI); 2005.
- [xiv] Biscaglia L, De Giuli R, Custureri V. *Disabilità e salute orale*. Agenzia salute pubblica (Asp) Regione Lazio; 2005.

ESPERIENZE

Il trattamento con Fingolimod (Gilenya®) nei pazienti con Sclerosi multipla: l'attività del Centro del Policlinico di Tor Vergata

di *Francesco Zaghini (1), Serena Vale (2), Ada Martini (3), Andrea Scoccia (4)*

(1), (2), (3), (4) *Infermieri Dipartimento di neuroscienze, Policlinico di Tor Vergata, Roma*

Corrispondenza: francesco.zaghini@ptvonline.it

Premessa

La Sclerosi multipla (Sm) è una malattia autoimmune del Sistema nervoso centrale. Colpisce approssimativamente 2,5 milioni di individui nel mondo, prevalentemente i giovani adulti (Fernández, 2012) per i quali risulta essere la prima causa di disabilità. La forma clinica più comune di Sclerosi multipla è la Relapsing-Remitting (Rrms) che interessa il 65% dei pazienti affetti da questa malattia (Noseworthy et al., 2000).

I preparati prevalentemente utilizzati per il trattamento sono somministrati per via parenterale. Questa via è considerata, da chi è in terapia, difficoltosa e anche dolorosa oltre che limitante: gli interferoni richiedono modalità di somministrazione e conservazione specifiche, l'assunzione degli anticorpi monoclonali, invece, un accesso mensile in un Centro per il trattamento della Sm.

Di recente ha fatto la comparsa nel panorama dei possibili trattamenti il Fingolimod (FTY720 - Gilenya®) che risulta essere il primo preparato da assumere per via orale. Attualmente le persone che assumono Fingolimod in tutto il mondo sono circa 63000 (Osservatorio malattie rare, giugno 2013).

L'assunzione di questo preparato consente, di fatto, alle persone affette da Sclerosi multipla di modificare, migliorandola significativamente, la propria qualità di vita: non è più necessario procedere ad alcun tipo di somministrazione per via parenterale. Il preparato, facile da gestire richiede tuttavia, all'inizio della terapia, un attento monitoraggio dei parametri vitali come raccomandato dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema) che nel 2012 ha condotto una valutazione sui dati che si riferiscono agli effetti del farmaco in termini di rischio e beneficio. Questo, a seguito di alcune segnalazioni di eventi avversi a carico dell'apparato cardiocircolatorio e a un decesso avvenuto negli Stati Uniti (la cui causa non è però ancora stata chiarita) a meno di 24 ore dopo la prima somministrazione di Fingolimod.

Nello specifico, la raccomandazione dell'Ema riguarda il monitoraggio della funzionalità cardiaca in modo costante mediante elettrocardiogramma per sei ore dopo aver assunto la prima dose, della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca ogni ora per le sei ore successive alla somministrazione del farmaco.

L'esperienza del nostro Centro

Il nostro Centro, che è riferimento regionale per la Sclerosi multipla, ha iniziato la somministrazione di Fingolimod, prima in via sperimentale e successivamente come opzione terapeutica nel maggio 2011. In considerazione della raccomandazione dell'EMA è stato condotto uno studio osservazionale che ha coinvolto i pazienti in trattamento con Fingolimod allo scopo di verificare e monitorare l'eventuale comparsa di eventi avversi a carico dell'apparato cardiocircolatorio a seguito del trattamento.

La prima somministrazione del farmaco avviene in regime ambulatoriale ed è gestita dagli infermieri attraverso procedure e protocolli specifici (**Figura 1**).

Al momento della presa in carico il paziente viene intervistato e visitato da un'équipe multidisciplinare costituita dal medico e dall'infermiere. Quest'ultimo attraverso le specifiche schede di accertamento effettua l'anamnesi (patologica, remota e prossima) al fine di individuarne tutti i bisogni di assistenza reali e potenziali, accertare i possibili rischi conseguenti alla somministrazione del nuovo farmaco. In seguito a ciò, viene programmato l'accesso per la prima somministrazione.

Prima di far assumere il farmaco al paziente, l'infermiere compila la specifica documentazione, esegue un elettrocardiogramma e avvia il monitoraggio secondo la procedura specifica. La prima somministrazione richiede la permanenza del paziente presso l'ambulatorio per l'intera giornata poiché le rilevazioni dei parametri vitali hanno frequenza oraria e le funzioni vitali devono essere controllate attraverso monitor dedicato. Nel caso di reazione avversa e/o di complicanze nel corso del trattamento vengono avviate procedure d'intervento standardizzate.

Al termine del monitoraggio, dopo aver verificato lo stato di benessere del paziente, viene consegnata la terapia per un ciclo di 28 giorni e la cartella ambulatoriale viene chiusa. Ogni ciclo viene ritirato dal paziente presso il nostro centro.

I dati riguardanti i monitoraggi effettuati sui nostri assistiti, 68 in totale di cui 25 maschi e 43 femmine e con un'età compresa tra 21- 62 anni, sono stati inseriti in un foglio elettronico per facilitarne l'analisi e il confronto nel tempo: i valori medi e il trend dei parametri rilevati sono rappresentati nella **Tabella 1** e nella **Figura 2**.

Figura 1 - La procedura per la somministrazione del preparato: fase di somministrazione paziente stabile

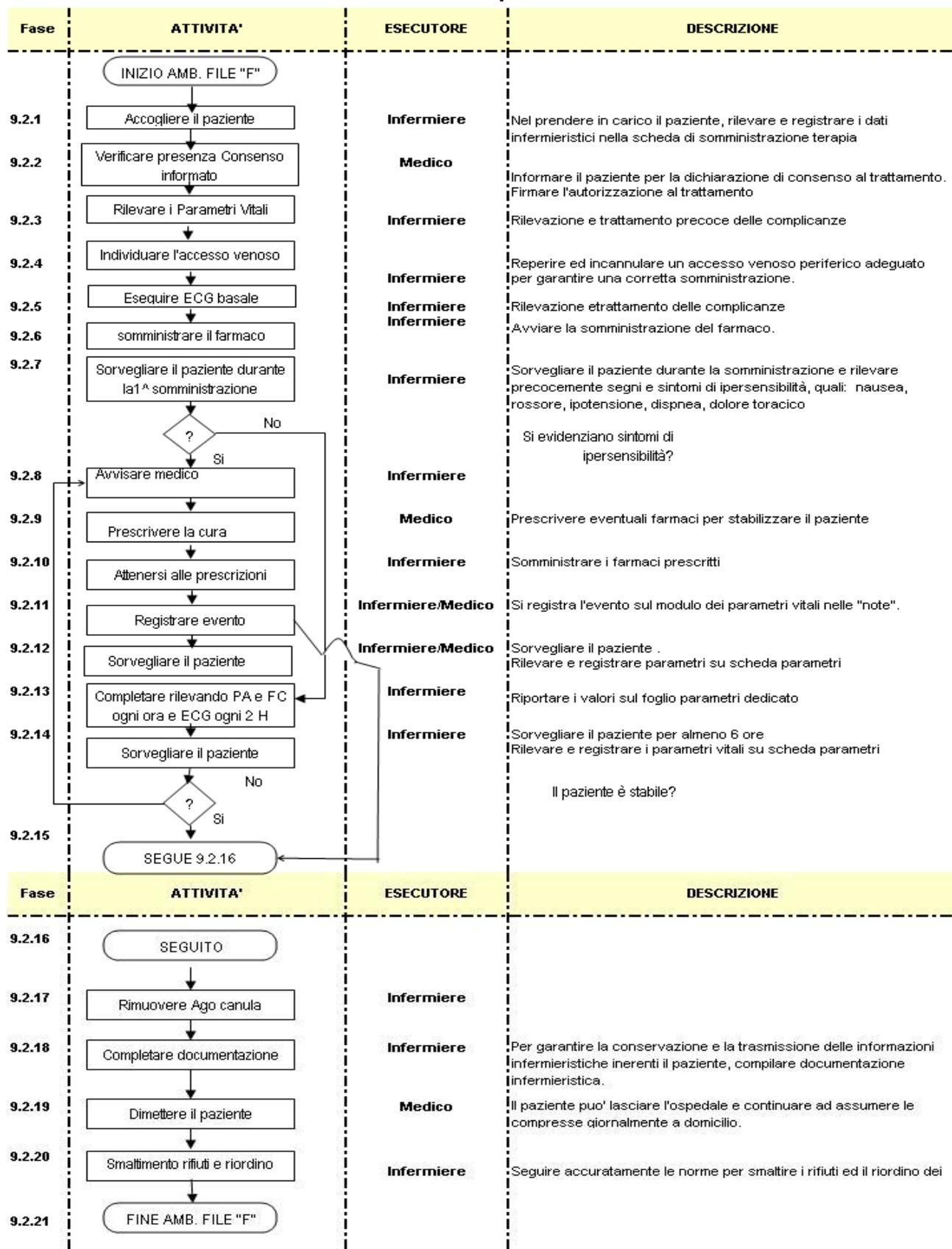
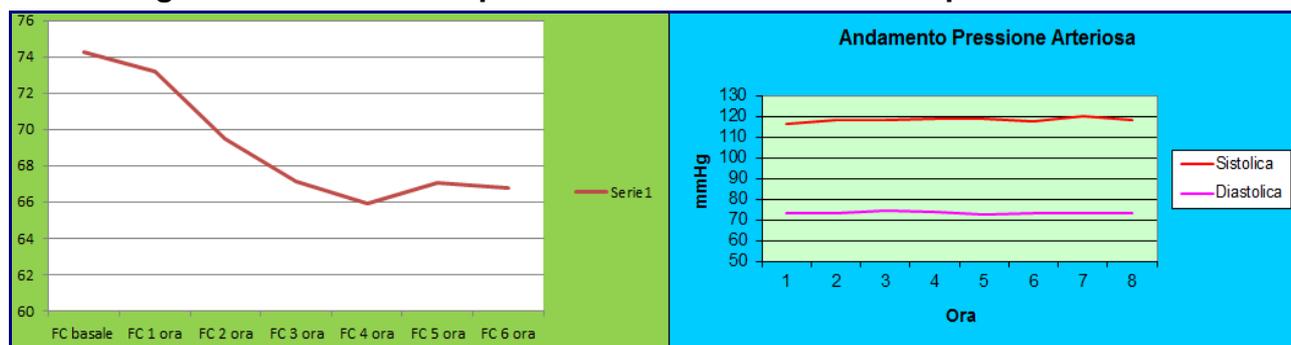


Tabella 1 - I valori medi della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca													
PA basale		PA 1 ora		PA 2 ora		PA 3 ora		PA 4 ora		PA 5 ora		PA 6 ora	
PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD
116	73	118	73	118	74	119	74	119	72	118	73	120	73
FC basale		FC 1 ora		FC 2 ora		FC 3 ora		FC 4 ora		FC 5 ora		FC 6 ora	
74		73		69		67		66		67		67	

Figura 2 - Il trend della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca



In tutte le nostre osservazioni, i valori si sono mantenuti costanti senza significative variazioni anche a mesi di distanza dall'inizio della terapia: non sono stati rilevati casi di sincope o blocco atrio-ventricolare durante il monitoraggio della prima somministrazione e neanche alterazioni della frequenza cardiaca e della conduzione atrio-ventricolare durante la prosecuzione del trattamento.

Nonostante il conforto dei dati raccolti e l'assenza di eventi avversi, il monitoraggio così come definito dalle procedure e dai protocolli in uso nel nostro centro verrà mantenuto: la nostra esperienza dimostra come l'utilizzo di procedure e protocolli elaborati per la gestione di questo tipo di trattamento, oltre che garantire la sicurezza dei pazienti, migliora anche l'aderenza terapeutica.

Questo percorso di gestione della terapia con Fingolimod, inizialmente implementato per monitorare gli eventuali eventi avversi correlati alla sua assunzione, ha di fatto prodotto risultati positivi sull'intero percorso assistenziale.

Gli assistiti si sentono realmente presi in carico, coinvolti in tutte le fasi del percorso terapeutico e ritengono le prestazioni erogate mirate ai bisogni specifici. L'approccio personalizzato, mirato e orientato all'educazione e alla prevenzione ha migliorato l'intero percorso assistenziale e rinforzato la collaborazione tra gli operatori e gli assistiti.

BIBLIOGRAFIA

- Fernández O. *Clinical utility of glatiramer acetate in the management of relapse frequency in multiple sclerosis*. J Cent Nerv Syst Dis. 2012;3:117–133.
- Noseworthy J H, Lucchinetti C, Rodriguez M, Weinshenker B G. *Multiple sclerosis*. N Engl J Med. 2000;33:938–952. doi: 10.1056/NEJM200009283431307.
- <http://www.osservatoriomalattie.it/sclerosi-multipla/3908-sclerosi-multipla-piu-di-63-mila-pazienti-trattati-con-fingolimod>.



ESPERIENZE

Qualità assistenziale e continuità di cura nella patologia cerebrovascolare: analisi dei ricoveri ospedalieri nell'Ospedale di Palestrina e confronto con un modello di ospedalizzazione domiciliare

di *Maria Antonietta Paradiso (1), Ercole Vellone (2), Rosaria Alvaro (3), Giuseppe Liotta (4)*

(1) *Professore a contratto, Corso di Laurea in infermieristica, Università di Tor Vergata - Roma*

(2) *Assegnista di ricerca Scienze infermieristiche, Università Tor Vergata - Roma*

(3) *Professore associato Scienze infermieristiche, Università Tor Vergata - Roma*

(4) *Ricercatore Igiene, Università Tor Vergata - Roma*

Corrispondenza: antonietta.paradiso@aslromag.it

Introduzione

In Italia ogni anno circa 200.000 persone vengono colpite da ictus cerebrale, di queste l'80% sono nuovi casi e la restante parte è costituita dalle recidive. I sistemi sanitari, concentrati nella lotta contro le malattie cronicodegenerative divenute nel frattempo, nei paesi industrializzati, patologie dominanti, si trovano a dover affrontare non solo i tradizionali problemi dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, ma anche quelli dell'efficienza e della produttività, dell'efficacia e dell'appropriatezza, dell'equità nel finanziamento e nell'accesso, della risposta adeguata alle richieste dei pazienti come la tempestività della risposta, il rispetto della dignità, la libertà di scelta.

Nella risposta alla crescente domanda di assistenza posta dalle patologie croniche, l'ospedale rappresenta spesso una forma molto costosa, a fronte di benefici limitati. Occorre quindi individuare forme organizzative territoriali dei percorsi diagnostico-terapeutici in grado di garantire la personalizzazione delle risposte terapeutiche insieme al contenimento della spesa. Presso l'Ospedale "San Giovanni Battista" di Torino il servizio di Ospedalizzazione domiciliare (Oad) è stato istituito sin dall'ottobre 1985 e offre trattamento terapeutico e diagnostica grazie ad un team di professionisti sanitari a domicilio del paziente in casi che, in altri contesti, richiederebbero il ricovero ospedaliero. Il team del servizio Oad è una équipe multidisciplinare che comprende geriatri, infermieri, fisioterapisti e consulenti.

L'esperienza dell'Ospedale di Palestrina

All'interno della nostra struttura abbiamo voluto valutare l'impatto della patologia vascolare cerebrale in termini di costi e di risorse nel ricovero ordinario. L'obiettivo della nostra analisi è stato quello di documentare i costi, i tempi e gli esiti della degenza ordinaria di pazienti affetti da stroke afferenti al Pronto soccorso dell'Ospedale di Palestrina, un Presidio ospedaliero facente parte dell'Azienda sanitaria locale RmG-Lazio e dal reparto di Medicina generale dello stesso presidio.

Abbiamo poi voluto comparare i costi, i tempi e gli esiti da noi rilevati con quelli di pazienti affetti dalla stessa patologia ricoverati presso il servizio di Ospedalizzazione domiciliare dell'Ospedale Le Molinette di Torino per verificare se e come questo nuovo modello organizzativo facilita il raggiungimento degli obiettivi di efficienza, appropriatezza e continuità assistenziale.

I pazienti oggetto dell'analisi da noi condotta sono stati 239 (103 di sesso maschile, 136 di sesso femminile), con un'età medi di 76 anni che avevano avuto accesso al Pronto soccorso per patologia cerebro-vascolare nell'anno 2010: di questi pazienti, 104 erano stati ricoverati presso la Medicina generale.

Per misurare i costi dell'ospedalizzazione abbiamo considerato le tariffe per Drg che permettono di fornire una misura omogenea per la comparazione dei costi a livello nazionale. I risultati ottenuti li abbiamo confrontati con quelli del Servizio di Ospedalizzazione a domicilio (Oad) operante presso l'Ospedale "San Giovanni Battista" di Torino che offre trattamento terapeutico e diagnostico con una tariffazione di 165 euro al giorno (delibera della Regione Piemonte del 16 marzo 2010, n. 85 – 13580).

L'analisi dei costi è stata effettuata sui 104 pazienti che sono stati ricoverati (49 maschi e 55 femmine, età media >80 anni) attraverso le cartelle cliniche dalle quali sono state ricavati dati su età, degenza media (circa 9 giorni) e esito della degenza.

Le diagnosi più frequenti sono state ictus cerebrale ischemico, seguito da Tia e dalla emisindrome dx o sx. La tariffazione di questi due Drg è di 3927 euro per l'ictus e di 2460 euro per il Tia che, moltiplicati per il numero dei pazienti ricoverati, ha prodotto una spesa complessiva pari a 382.002 euro.

I pazienti afferenti al servizio di Oad con patologia cerebrovascolare nei primi sei mesi dell'anno 2010, con i quali abbiamo effettuato il confronto, sono stati 19 (14 maschi, 5 femmine) con un'età media di 87 anni e una degenza media di 17 giorni: i costi complessivi ricavati dalla tariffazione giornaliera moltiplicata per i giorni di degenza e per il numero dei pazienti è risultato di euro 53.295. La differenza di spesa tra le due modalità di ricovero è stata pari 328.707 euro.

Conclusioni

Dalla nostra analisi emerge una spesa maggiore nella gestione della degenza in regime ordinario (382.002 euro per i 104 pazienti di Palestrina) a fronte dei 53.295 euro del ricovero domiciliare di Torino per la stessa patologia. La spesa per i ricoveri ordinari risulta particolarmente elevata rispetto alla corrispondente spesa nel caso di attivazione di un servizio assistenziale analogo a quello dell'ospedale torinese. Anche nell'ipotesi di una degenza più lunga, in presenza di una tariffazione molto più esigua quale è quella di Torino, si realizzerebbero importanti risparmi senza probabilmente incidere negativamente sulla salute dei pazienti. Accanto quindi ad una carenza di continuità nelle cure, conseguenza della carenza di posti letto nei reparti di riabilitazione, si osserva una spesa elevata, che è motivo di preoccupazione.

In letteratura, si evidenzia come il trattamento domiciliare di pazienti anziani con primo episodio di stroke ischemico acuto non complicato sia efficace tanto quanto il classico trattamento ricevuto in ospedale.

Non abbiamo osservato alcuna differenza nel tasso di mortalità o di deficit neurologici residui e nella capacità funzionale residua. A fronte del più lungo periodo di trattamento, i pazienti trattati a domicilio hanno avuto meno necessità di essere ricoverati in istituti di lungodegenza e hanno mostrato sintomi depressivi in misura minore.

L'intervento domiciliare consente potenzialmente di ridurre la percentuale di nuovi ricoveri in ospedale col vantaggio correlato del contenimento dei costi, aumenta la sopravvivenza e riduce la morbilità e infine migliora la qualità di vita dei pazienti stessi.

Il servizio Oad dell'ospedale torinese prende in carico patologie croniche che richiedono una quantità piuttosto ingente di risorse in termini di assistenza sanitaria ed eroga un'assistenza completa inclusi i servizi di riabilitazione precoce, servizi di counseling ai pazienti e ai caregivers e servizi di supporto anche psicologico per coloro che assistono il paziente o il familiare.

L'assistenza ospedaliera assorbe ingenti risorse e non sempre riesce a dare risposte efficaci ed efficienti ai nuovi bisogni che l'aumento dell'invecchiamento della popolazione ha generato.

La sfida che nel prossimo futuro il sistema sanità dovrà affrontare, ancorché con l'ausilio delle innovazioni tecnologiche, sarà proprio quella di garantire alle persone fragili assistenza sanitaria innovativa attraverso la promozione di servizi dentro e fuori il domicilio, migliorando la qualità dell'invecchiamento ma senza perdere di vista il contenimento della spesa.

È sul territorio che si dovranno assicurare questi servizi: l'assistenza territoriale o extra ospedaliera riveste un'importanza fondamentale, sia perché è primariamente interessata ai processi di deospedalizzazione che sono in atto in tutte le Regioni italiane, sia per la sua importanza economica.

BIBLIOGRAFIA

- Gavrilov L A, Heuveline P. *Aging of population*, in: Derneny Pand McNicoll G (Eds). *The encyclopedia of population*. Macmillan Reference USA, New York, 2003.
- Istat. *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione dal 1.1.2001 al 1.1.2051*, 2002.
- *Rapporto sanità*, 2009, CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma, Tor Vergata, Franco Angeli ed., 1993.
- Aimonino Ricauda N, Bo M et al. *Home hospitalization service for acute uncomplicated first ischemic stroke in elderly patients: a randomized trial*, JAGS,52:278-283,2004.
- Aimonino N, Tibaldi V et al. *Depressive symptoms and quality of life in elderly patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease or cardiac heart failure: preliminary data of a randomized controller trial*. Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl., 1 (2007), 7-12.



ESPERIENZE

Decidere eticamente nella pratica professionale: il Codice Deontologico quale strumento di discernimento

di Jole Barbara Vernillo (1), Giuliana Masera (2), Paola Siri (3), Antonella Gioia (4)

(1) Infermiera

(2) Professore a c. di Filosofia dell'assistenza - Università degli Studi di Parma

(3) Coordinatore dei Collegi Ipasvi della Regione Emilia-Romagna

(4) Presidente del Collegio Ipasvi di Piacenza

Corrispondenza: barbara.vernillo@gmail.com

Nel secolo scorso gli standard per la condotta degli infermieri, così come l'immagine e lo status della professione infermieristica, hanno subito importanti evoluzioni. Un tempo la conformità dell'essere infermiera agli standard etici si realizzava prevalentemente nell'obbedienza al medico e nella lealtà nei confronti della struttura di lavoro.

L'introduzione dei primi codici deontologici, l'abolizione del mansionario, la ridefinizione del Profilo professionale hanno allargato gli orizzonti verso una riflessione etica sistematica e maggiormente definita anche nella realtà italiana. Il "Code of ethics for nurses" redatto dall'*International council of nurses* (2000)^[1] ha rappresentato un modello per tutti i codici etici infermieristici. Tale codice enuncia gli standard etici per la pratica infermieristica, quali la responsabilità verso il paziente, la competenza nell'attività professionale, il rispetto della vita e della dignità della persona umana e la non discriminazione nei confronti dei pazienti. Come tutti i codici deontologici, anche quelli inerenti la professione infermieristica possono rivelarsi di difficile applicazione nelle situazioni assistenziali specifiche, visto che gli enunciati in essi contenuti rappresentano soprattutto valori morali piuttosto che comportamenti specifici.

Una presenza infermieristica significativa nel territorio piacentino parmense (circa 5000 infermieri iscritti presso i Collegi Ipasvi delle rispettive province) ci ha indotto a un'indagine per esplorare il grado di consapevolezza che gli infermieri hanno del proprio Codice deontologico, nonché le conoscenze relative all'etica professionale e al modo di intendere e vivere la relazione professionale. L'indagine ha avuto la durata complessiva di quattro mesi (febbraio-luglio 2013) con un campione di 50 Infermieri.

La relazione: possibilità di incontro con il paziente

Un terzo degli infermieri intervistati ha indicato come 'relazione professionale' quel rapporto che si instaura tra il professionista, il paziente e l'équipe (medici, Oss, altri operatori sanitari), mentre un quarto degli interpellati ha definito la relazione professionale come una relazione empatica, in cui l'infermiere deve essere in grado di apprendere appieno lo stato d'animo dell'altro. Per altri infermieri (20%) la relazione professionale è 'una delle componenti del processo di guarigione dell'individuo', relazione esclusiva tra l'infermiere e il paziente; per altri (12%) è una relazione che trascende da questioni personali. Circa la propria gratificazione professionale, gli infermieri indicano che il grado più elevato a livello relazionale si sperimenta con l'utente, poi con i familiari ed infine con l'équipe lavorativa.

La capacità di instaurare relazioni significative anche con le persone che si prendono cura del paziente costituisce un'abilità professionale importante: il contesto familiare, infatti, è parte integrante nel percorso di cura, soprattutto nelle situazioni di malattie croniche, quindi l'attenzione e la cura al caregiver diventa un ambito su cui concentrare tempo ed energie.

La maggior parte degli interpellati dichiara di esprimersi al meglio durante il proprio lavoro (56%), utilizzando tutte le qualità relazionali personali anche in ambito professionale. Nell'esercizio dell'attività professionale si mette quindi in gioco tutta la propria persona. Significativa è la risposta di una infermiera: *“È incredibile come il mio lavoro mi impegni ad utilizzare al meglio tutte le mie qualità relazionali, anche quelle più nascoste o usate meno nella quotidianità. A volte mi meraviglio di me stessa, penso di non avere quella caratteristica che in corsia fuoriesce, emerge e ne sono soddisfatta”*.

Altri infermieri dichiarano di non riuscire ad essere 'solari' durante le ore di lavoro, così come completamente sinceri e pazienti. A proposito della capacità di ascolto, un'infermiera scrive: *“Sono una persona che ascolta molto gli altri, ma spesso, sul lavoro, dove questa mia caratteristica dovrebbe essere amplificata, non ne sono capace: faccio tutto di fretta, i ritmi sono frenetici e l'ascoltare troppo l'altro mi porterebbe via troppo tempo”*. Rispetto invece alla realizzazione professionale un altro collega dice: *“Al lavoro mi sento incompleto. Non riesco a relazionarmi a fondo con i colleghi e non riesco ad essere disponibile. In ambito professionale non riesco a far valere i miei diritti, soprattutto con il coordinatore e a volte con alcuni colleghi”*. Un'infermiera si esprime sull'amicizia: *“Non sono amica di nessuno in corsia, gli amici li ho fuori, sul lavoro ho colleghi e pazienti che hanno bisogno di me, del mio aiuto ma non della mia amicizia. È impossibile sul luogo di lavoro esprimere completamente la qualità di relazione, c'è una chiusura del sistema ad andare oltre”*.

L'etica professionale ed il Codice deontologico nell'esercizio della professione

Un terzo degli infermieri definisce l'etica professionale come il rispetto delle norme morali, mentre altri indicano il rispetto del Codice deontologico. Altri, infine, identificano l'etica professionale con il rispetto del paziente.

È stato chiesto agli Infermieri di identificare almeno tre tematiche presenti nel Codice deontologico del 2009 e 45 Infermieri, su un totale di 50 intervistati, sono stati in grado di individuare le tre tematiche presenti.

Si elencano di seguito alcune delle risposte maggiormente riferite: l'infermiere nella sua assistenza rispetta la persona, tenendo conto dei suoi valori etici, religiosi, culturali (24 risposte); l'infermiere deve rispettare il segreto professionale (17 risposte); l'infermiere è il responsabile dell'assistenza infermieristica (16 risposte); l'infermiere aggiorna le proprie competenze con la formazione (9 risposte); l'infermiere nell'assistenza è al servizio della persona, della famiglia e della collettività (8 risposte); l'infermiere nell'assistenza è al servizio della persona, della famiglia e della collettività (8 risposte). Significativa la risposta di un'infermiera: *“Purtroppo non l'ho letto, faccio parte delle nostalgiche del mansionario. Allora tutto era più chiaro. Si sapeva qual era il ruolo dell'infermiera”*.

Questa espressione descrive i cosiddetti *nostalgici del mansionario*, ovvero il disagio di coloro che tra gli infermieri si sentivano “garantiti” da un testo prescrittivo, oggi chiamati a confrontarsi con situazioni assistenziali connotate da sempre maggior complessità e responsabilità, dove il Codice deontologico costituisce uno strumento importante di guida e confronto professionale.

Conclusioni

Quanto realmente gli infermieri sono a conoscenza del proprio Codice deontologico? Quanto sono consapevoli del cambiamento che è seguito alla Legge 42/99?

Dall'analisi dei dati emerge una buona consapevolezza dei contenuti etico-deontologici da parte della maggior parte degli infermieri ed è ipotizzabile che questa profonda consapevolezza e questa conoscenza possano essere la spinta per una crescita professionale della professione tutta.

Nessun Codice deontologico può fissare regole comportamentali da utilizzare in tutte le situazioni, poiché ogni occasione, ogni circostanza è a sé stante, unica, così come ogni unica è ogni persona^[2]. In un ambiente come quello clinico, progetti formativi per sviluppare ed accrescere la sensibilità morale degli infermieri sono indispensabili per migliorare l'applicazione del Codice deontologico.

Anche studi in ambito internazionale riferiscono correlazioni tra la sensibilità morale degli infermieri e la loro applicazione del Codice deontologico^[3].

La Federazione europea delle professioni infermieristiche (Fepi) ha stilato in accordo con la Direttiva 2005/36/EC - relativa al riconoscimento delle qualificazioni professionali - e con la Direttiva 2006/123/EC - relativa ai servizi nel mercato interno - il Codice deontologico e di condotta per gli infermieri Europei^[4]. L'obiettivo principale della Fepi è la protezione dei cittadini europei attraverso l'omogeneizzazione degli standard etici, lo sviluppo di competenze professionali, la costruzione di un codice di condotta etico basato su principi comuni. Oltre al Codice è stato redatto un *Proto-code*, ovvero un codice etico e di condotta per i dirigenti infermieristici europei, progettato e sviluppato dalla *European nurse directors association's* (Enda)^[5]. Questo codice invita al dialogo critico, a riflettere nelle diverse situazioni e allo sviluppo di specifici codici etici e di condotta da parte delle associazioni infermieristiche dei diversi Paesi.

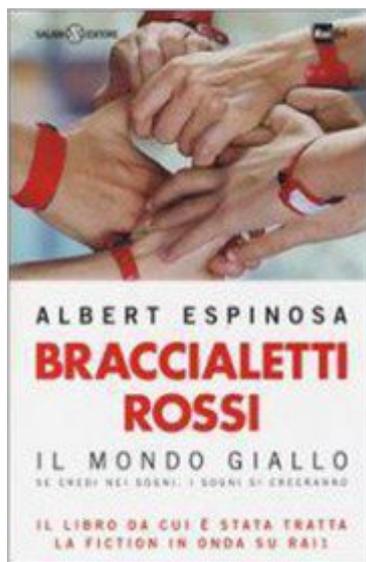
BIBLIOGRAFIA

- [1] *Code of ethics for nurses*, Icn, 2000.
- [2] Eren N. *Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings*. *Nursing Ethics*, October, 3, 2013, 97.
- [3] Yong Soon K et al. *Moral sensitivity relating to the application of the code of ethic.*, *Nursing ethics*, 2012, 20 (4): 470-478.
- [4] Sasso L, Stievano A, Jurado M, Rocco G. *Code of ethics and conduct for European nursing*. *Nursing Ethics*, 2008, 15 (6):821-36.
- [5] Stievano A, De Marinis M G , Kelly D, Filkins J, Meyenburg-Altwarz I, Petrangeli M, Tschudin V. *A proto-code of ethics and conduct for European nurse directors*. *Nursing Ethics*, 2012,19(2):279-88.

SCAFFALE

Braccialetti rossi. Il mondo giallo. Se credi nei sogni, i sogni si creeranno

Albert Espinosa
Salani Editore
pagine 179, euro 12,90



Albert Espinosa è nato a Barcellona nel 1973. A 13 anni gli è stato diagnosticato un osteosarcoma a causa del quale ha subito l'amputazione di una gamba. Le metastasi diffuse nel corpo hanno successivamente reso necessaria l'asportazione di un polmone all'età di 16 anni e di parte del fegato a 18 anni. Ha trascorso in totale 10 anni entrando e uscendo dagli ospedali, esperienza da cui ha tratto ispirazione per questo libro e da cui è nata successivamente la *fiction* televisiva *Pulseras rojas* i cui diritti sono stati acquistati all'estero: in Italia dalla Rai che ha realizzato "Braccialetti rossi" e negli Stati Uniti da Steven Spielberg, che realizzerà una *fiction* dal titolo "The Red band society".

Già nell'introduzione l'autore ci permette di avvicinarci a lui e di "visualizzare" il momento in cui il libro è stato scritto: una notte non troppo buia di un'estate non troppo afosa davanti ad una Coca Cola ghiacciata è l'inizio della storia, quando "*sente che è il momento di tratteggiare su carta il mondo giallo*" (pagina 12). Una giornata piovosa e fredda di settembre segna invece la conclusione del libro. In mezzo c'è il racconto della sua esperienza di malattia, gli insegnamenti appresi dal cancro e il desiderio di condividerli con tutti noi lettori.

Sono quattro le parti del libro: per "Cominciare", per "Continuare", per "Vivere" e "Riposare". E se la prima, che dà l'avvio, rappresenta l'inizio della malattia e l'ultima il rapporto con la morte, sono le parti centrali la vera forza del libro, all'interno delle quali l'autore ci permette di seguire le sue riflessioni e godere dei suoi suggerimenti. Perché una volta diagnosticata la malattia, è necessario "continuare a vivere". In queste pagine, l'autore ci propone un metodo descritto con precisione quasi scientifica, con cui poter applicare alla vita quotidiana quello che lui ha imparato grazie al cancro: una via percorribile per affrontare dolori, perdite, sconfitte, dubbi e i timori della vita di tutti i giorni, anche se non siamo mai stati ammalati.

Seguendo il suo percorso di crescita, ci vengono regalate, attraverso ventitré capitoli, le sue ventitré scoperte, rese possibili e introdotte nel testo dalle osservazioni e dalle frasi delle persone, spesso sconosciute, che ha incontrato in ospedale. Sono temi delicati e sembra davvero impossibile abbinare alla parola cancro la parola felicità ma è quanto invece emerge in tutto il racconto. Attraverso questi episodi ci vengono rivelate delle verità utili ad affrontare la vita.

Uno: le perdite sono positive e bisogna imparare a viverle, a piangerle, a ricordarle, a parlarne con gli altri perché da una perdita c'è sempre una rinascita. Due: il dolore non esiste. Tre: prima di reagire a una brutta notizia aspetta trenta minuti. Quattro: fai cinque buone domande ogni giorno. Riflessioni che fanno emergere e portano alla luce concetti preziosi, esprimono curiosità, attenzione e volontà di trasformare le esperienze negative in suggerimenti che saranno utili sempre, anche quando la malattia sarà superata. Ed ancora altri suoi insegnamenti concreti come l'importanza di sentirsi, di conoscersi, cercando il proprio respiro, la propria camminata, la propria risata. O ancora, l'importanza di avere la propria "cartella di vita" per scrivere le cose che amiamo, i momenti più significativi, per poterla rileggere, per segnare il proprio percorso di crescita e soprattutto per poterla lasciare alle persone che ci vogliono bene e che hanno il bisogno di ritrovarci quando non ci saremo più. La necessità di essere curiosi sempre, di avere dei segreti ma di essere capaci anche di svelarli; di non avere paura di sbagliare, di non giudicare, di saper accettare e gestire la propria rabbia, di cercare sempre le cose che più ci piacciono e di soffermarci a guardarle, di imparare a sentire le proprie emozioni e quelle degli altri e, ancora, l'importanza di sapersi divertire. Sono esperienze che tutti proviamo e che ci accomunano, indipendentemente dalla nostra professione. E la forza del libro è che questi insegnamenti sono davvero utili a tutti noi, nella nostra quotidianità.

Queste ventitré scoperte uniscono le due età di Espinosa, i 14 anni in cui è iniziata la malattia e i 24 in cui sulla sua cartella clinica è comparsa la scritta "il paziente è guarito" seguita da una linea tracciata dall'oncologo in fondo alla cartella. E la scelta di raccontarsi fa emergere con forza il significato della scrittura autobiografica, considerata un metodo auto-curativo poiché attribuisce significato ai ricordi e genera riflessività, oltre che esplorare la propria identità. Lo scrivere di sé diventa un modo per ripercorrere la propria storia e sempre, quando si scrive, si riscopre qualcosa di sé. Scrive l'autore "... così ho deciso di immergermi nella mia adolescenza, in quel ragazzo di quattordici anni che stava per ammalarsi e ho cominciato a unire le due età, i quattordici e i ventiquattro anni. È stato qualcosa di magico, di incredibile. Tornavo a quei ricordi, vedevo quello che amavo o che sognavo ed era come trapiantare tutto nel giovane di ventiquattro anni. Ho passato un anno meraviglioso a tendere ponti, intessendo un dialogo con le due persone che vivevano nello stesso corpo... l'ideale è ricostruirsi a partire da chi si era: tornare alle fondamenta, ai nostri quattordici anni..." (pagina 115).

Con la terza parte "Vivere", Espinosa ci parla di un mondo alla portata di tutti, che ha il colore del sole: il mondo giallo, a cui lui tiene moltissimo e che desidera farci conoscere. Un posto caldo, dove gli sconosciuti possono diventare i più grandi alleati e, come il sole, esistono e ci scaldano gratuitamente, senza il dovere di vederli spesso né di rimanere in contatto con loro. Persone che incrociano la nostra vita e che entrano con forza dentro di noi, con le parole, con i gesti, con l'intimità favorendo un'apertura reciproca. Quello che emerge nel libro, con forza e con grande ottimismo e a cui noi vogliamo credere è che i gialli ci sono e questo, di conseguenza, ci spinge a cercare, con la memoria, quelli già incontrati e che sono stati significativi nella nostra vita. Ci spinge anche ad avere un atteggiamento di curiosità per quelli non ancora trovati, con una maggiore capacità di ascolto e di attenzione per le persone che incrociamo sulla nostra strada. E non è una questione di tempo o di età perché li possiamo incontrare sempre, con la consapevolezza di essere, a nostra volta, i gialli per qualcun altro. Se questo è importante per ognuno di noi, diventa fondamentale nel ruolo di professionisti della salute. Come dice Espinosa "... in ospedale le possibilità di incontrare candidati al ruolo di gialli erano molto alte; vivere una situazione così estrema e trascorrere tutte quelle ore insieme, in un intervallo di tempo piuttosto breve, favorisce l'apparire di un giallo..." (pagina 128).

L'”essere gialli” ci porta a riflettere sull'importanza della comunicazione di noi professionisti, con le persone assistite, sulle parole che usiamo e sul messaggio che inviamo perché vengono raccolte e, come nei ventitré capitoli del libro, possono diventare lo spunto per una riflessione e per una nuova scoperta. Una grande responsabilità, quindi, da esercitare con cura, sapendola accompagnare con gesti adeguati di vicinanza.

E infine “Riposare”. Sono poche le pagine utilizzate per parlare della morte. Anche in questo caso i consigli sono molti e concreti ma, a differenza delle ventitré scoperte dell'autore, è solo l'argomento morte ad essere affrontato. È facile che ognuno di noi, nel suo percorso di vita, l'abbia incontrata sia come persona, sia come operatore. E allora ogni considerazione è superflua e l'augurio è di una buona lettura, in solitudine.

Anna Persico

Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica,
Università degli Studi di Torino
Aou Città della Salute e della Scienza

SCAFFALE

Disuguaglianze nella salute e professione infermieristica. Risorse e criticità per l'equità del sistema sanitario

Giordano Cotichelli
 Franco Angeli 2013
 pagine 192, euro 25,00



Il lavoro di Giordano Cotichelli ha diversi meriti. Il primo merito da segnalare è quello dell'ampia bibliografia internazionale consultata nell'ambito dei capitoli dedicati alla situazione internazionale, a quella italiana ed alla letteratura infermieristica sul tema delle disuguaglianze. Vi si può rintracciare una ricca e dettagliata descrizione delle tappe attraverso le quali la questione è stata posta all'attenzione degli addetti ai lavori nel settore sanitario ed anche dell'opinione pubblica nel mondo occidentale. Particolarmente interessanti il riferimento al Black report del 1980 nel Regno Unito, nel quale per la prima volta vengono messi in luce i legami stretti tra povertà materiale e disagio sanitario, quello alla Carta di Ottawa del 1986, la disamina delle diverse definizioni dei cosiddetti determinanti della salute e la crescente attenzione dedicata a quelli di natura socio-economica. Il secondo merito riguarda l'indagine effettuata su di un campione di infermieri in merito al tema studiato. Se ne

ricavano alcune interessanti conclusioni. Innanzitutto un approccio individuale e personalistico, legato ai temi del codice deontologico e alla pratica clinica, con scarsa capacità di cogliere la dimensione sociale della malattia e l'importanza del contesto di vita. Ancora, una lettura prevalentemente organicistica del problema. Da cui una sorta di rassegnazione di fondo, da ricondurre anche, secondo l'autore, al fatto che "l'infermiere ha poco potere attuale di influire, in Italia, sulle disuguaglianze della salute".

Carla Collicelli
 Vicedirettore generale Censis

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

Ciro Carbone, Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Gennaro Rocco, Annalisa Silvestro, Maria Adele Schirru, Franco Vallicella

Redazione

Monica Casati, Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Immacolata Dall'Oglio, Pietro Dri, Annamaria Ferraresi, Ennio Fortunato, Silvestro Giannantonio, Rita Maricchio, 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