

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVIII

3

ISSN 2038-0712

**MAGGIO-GIUGNO
2014**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE**

Metodo Stamina, infusioni a Brescia.

Federazione Ipasvi: "Nessun infermiere può essere obbligato"

di Annalisa Silvestro

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

Il ruolo delle Unità di endoscopia nella gestione dei pazienti con gastrostomia endoscopica percutanea: un'indagine nazionale

di Giorgio Iori, Oreste Sidoli, Antonio Cordioli Davide, Ivan Salardi, Veronica Iori, Romano Sassatelli, Lorenzo Camellini

Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e i sistemi elettronici per la raccolta di dati clinici: una revisione della letteratura

di Simonetta Cesa, Monica Casati, Giancarlo Galbiati, Pasqualina Colleoni, Tiziano Barbui, Laura Chiappa, Enrica Capitoni

● **CONTRIBUTI**

Tecniche e approcci assistenziali per ridurre l'ansia e la fobia degli aghi nelle persone adulte

di Giulia Lotto, Massimo Alberio

Il contributo informatico nella compilazione della cartella clinica integrata

di Giovanni Parravicini, Valentina Spedale

● **ESPERIENZE**

Le competenze relazionali nel gruppo di lavoro

di Roberta Oriani

Come aiutare i caregiver? Risultati di un corso teorico-pratico sulle tecniche assistenziali di base

di Mario Degan, Federico Pegoraro, Cristina Dalla Riva, Stefania Zulpo, Elena Colalto, Francesca Vivian

La percezione degli studenti sull'efficacia delle attività didattiche di tutorato nei Cli dell'Università di Bologna

di Antonio Nappo, Danilo Cenerelli, Sandra Scalorbi

Ambulatorio per lo scompenso cardiaco e gestione infermieristica

di Elena Rosteghin, Antonio Boscolo Anzoletti, Sabrina Barro

Dimissioni difficili: dalla rilevazione di criticità alla costruzione di un'opportunità, il Care manager

di Antonella Croso

● **SCAFFALE**

Tevere

Quando si sogna. Racconti di ragazzi su adolescenza e disabilità



EDITORIALE

Metodo Stamina, infusioni a Brescia. Federazione Ipasvi: "Nessun infermiere può essere obbligato"

di Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

"Nessun infermiere può essere obbligato a prendere parte a pratiche non validate scientificamente, se non mediante adesione volontaria".

Con un preciso richiamo al Codice deontologico della professione, la Federazione nazionale Collegi Ipasvi si schiera apertamente con il presidente del Collegio provinciale di Brescia, Stefano Bazzana, nella netta contrarietà all'ordinanza di reclutare infermieri di sala operatoria e infermieri di anestesia per attuare il cosiddetto "metodo Stamina". La presidente della Federazione, la senatrice Annalisa Silvestro, dichiara che "l'Ipasvi tutelerà in tutte le sedi i propri iscritti che riceveranno ordini di servizio in tal senso".

"E' un dato di fatto che al momento non esista alcuna prova di efficacia - continua Silvestro - del trattamento Stamina: gli articoli 11 e 12 del nostro Codice deontologico precisano che l'infermiere fonda il proprio operato su validate conoscenze, pur riconoscendo il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze per i benefici dell'assistito".

Questo significa, secondo l'Ipasvi, garantire sempre e comunque l'assistenza e la vicinanza ai pazienti e alle loro famiglie, "ma non possiamo accettare - puntualizza la senatrice - di partecipare alla somministrazione di un trattamento non validato ne brevettato".

(Comunicato stampa del 22 luglio 2014)

Il ruolo delle Unità di endoscopia nella gestione dei pazienti con gastrostomia endoscopica percutanea: un'indagine nazionale

Giorgio Iori¹, Oreste Sidoli², Antonio Cordioli Davide³, Ivan Salardi¹, Veronica Iori¹, Romano Sassatelli¹, Lorenzo Camellini¹

¹Unità di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; ²Unità di nutrizione artificiale, Azienda unità sanitaria locale (AUSL) di Parma; ³Gruppo Operatorio P.O. Isola della Scala e Villafranca, Unità locale socio sanitaria (ULSS) n. 22, Bussolengo

Corrispondenza: giorgio.iori@asmn.re.it

RIASSUNTO

Introduzione L'indagine ha lo scopo di studiare il ruolo delle Unità di endoscopia in Italia nell'assistenza dei pazienti dopo il posizionamento della gastrostomia endoscopica percutanea.

Materiali e metodi E' stato distribuito un questionario strutturato agli infermieri soci dell'Associazione nazionale operatori tecniche endoscopiche (ANOTE)/Associazione nazionale infermieri di gastroenterologia e associati (ANIGEA).

Risultati Sono stati analizzati 90 questionari. Per la gestione dei pazienti con gastrostomia endoscopica percutanea, i rispondenti hanno indicato la presenza nelle loro realtà di un servizio infermieristico domiciliare nel 98,9% dei casi e un'équipe di supporto nutrizionale nel 44,4% dei casi. La prima sostituzione della gastrostomia endoscopica percutanea è avvenuta in endoscopia nell'87,8% dei casi. Nel 75,3% dei casi la sonda di sostituzione usata più spesso è stata quella a palloncino ma è stata sostituita al letto del paziente in meno di un terzo dei casi. Gli operatori dei centri dove è stata adottata una politica di pianificazione delle sostituzioni (28,9% dei casi) hanno lamentato meno frequentemente accessi urgenti al loro servizio per sostituzione della sonda rispetto a quelli dei centri dove questa politica non è stata adottata (7 su 26 contro 34 su 64; $p=0,04$).

Conclusioni Le modalità di gestione dei pazienti con gastrostomia endoscopica percutanea sono disomogenee sul territorio nazionale e le Unità di endoscopia sono spesso coinvolte nella sostituzione delle sonde.

Parole chiave: nutrizione enterale, assistenza domiciliare, assistenza infermieristica, gastrostomia endoscopica percutanea

The role of Endoscopy Units in the aftercare of patients with percutaneous endoscopic gastrostomy: a national survey

ABSTRACT

Introduction The aim of this survey is to investigate the role of Endoscopic Units in the care of patients after percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) insertion in Italy.

Methods A questionnaire was distributed among ANOTE/ANIGEA members.

Results 90 questionnaires were analyzed. A community nurse service and a multidisciplinary nutrition support team were reported to be present in respectively 98.9% and 44.4% of the centers. The first replacement of the PEG tube was usually performed at the Endoscopy Unit in 87.8% of the centers. In 75.6% of the centers, a balloon type tube was most frequently substituted for the initially placed bumper-type tube, but this type of tube was replaced at bed-side in less than a third of cases. Operators of centers, where a replacement planning was adopted (28.9%), more rarely complained of urgent admittances for tube replacement (7/26 versus 34/64; $p=0.04$).

Conclusion In Italy care strategies for patients with PEG are not homogeneous and Endoscopic Units are usually involved in tube substitutions.

Keywords: enteral nutrition, home care, nursing, percutaneous endoscopic gastrostomy

INTRODUZIONE

Nel 1998 l'incidenza media di nutrizione enterale domiciliare (NED) negli adulti in Europa è stata di 163 casi annui per milione di abitanti (Hebuterne X, et al., 2003). Nel 2005 in Italia la Società italiana di nutrizione parenterale ed enterale (SINPE) ha stimato la prevalenza di nutrizione enterale domiciliare in 128,4 casi per milione di abitanti (Pironi L, et al., 2005). Tra il 54% e il 75% dei nuovi casi di nutrizione enterale domiciliare sono alimentati con gastrostomia percutanea endoscopica (Hebuterne X, et al., 2003; Smith T, 2011; Duszak R Jr, et al., 2003).

Le linee guida sulla nutrizione enterale domiciliare, elaborate da società scientifiche e organismi regolatori (Bankhead R, et al., 2009; Löser C, et al., 2005; Ministero della Salute, 2006, a; NICE, 2006; SINPE, 1998; Westaby D, et al., 2010), insistono sui principi di centralità del paziente e di continuità dell'assistenza ospedaliera e domiciliare. Un ruolo chiave è attribuito all'équipe multidisciplinare di supporto alla nutrizione, comprendente almeno un medico nutrizionista, un infermiere esperto, un dietista e un farmacista; questa équipe dovrebbe prendere in carico il paziente dal momento in cui viene evidenziato un rischio di malnutrizione fino alla conduzione a lungo termine della nutrizione artificiale. Tra i compiti dell'équipe è compresa la gestione del rapporto tra gli operatori sanitari e i caregiver. Ulteriori linee guida descrivono il corretto posizionamento della gastrostomia percutanea endoscopica e la sua gestione a domicilio (ANOTE/ANIGEA, 2009; ASGE, 2010; Casati M, et al., 2008; Del Piano M, et al., 2008; NHS, 2008; NNNG, 2012) ma non esplicitano sempre e chiaramente i ruoli e le dovute competenze dei diversi operatori come anche l'appropriato contesto in cui devono essere eseguite alcune manovre chiave, quali la sostituzione delle sonde gastrostomiche. Il modello ottimale di erogazione della nutrizione enterale domiciliare può variare a seconda del contesto geografico e culturale, della logistica complessiva del sistema sanitario e delle competenze disponibili a livello locale. Purtroppo, pochi studi si sono concentrati sul confronto delle strategie di gestione domiciliare dei pazienti che necessitano di nutrizione enterale domiciliare e pochi dati sono disponibili sulla relativa organizzazione a livello domiciliare in Italia (Guglielmi FW, et al., 2005).

Lo scopo del presente studio è stato quello di indagare il ruolo, in Italia, delle Unità di endoscopia digestiva nella gestione dei pazienti dopo il posizionamento di una gastrostomia percutanea endoscopica. L'attenzione è stata focalizzata sulla presenza di un'équipe di supporto alla nutrizione, sulla sostituzione delle sonde di alimentazione e sulle esigenze formative degli infermieri delle Unità di endoscopia.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di un questionario strutturato. Il questionario comprende 22 domande, per lo più a scelta multipla, ed è organizzato in tre sezioni: posizionamento della gastrostomia percutanea endoscopica, gestione della sonda gastrostomica e formazione degli operatori. Lo strumento è stato distribuito in forma cartacea tra i partecipanti ai Convegni di ANOTE/ANIGEA, che si sono tenuti a Sorrento (31 partecipanti) e a Reggio Emilia (230 partecipanti). I partecipanti avevano la possibilità di rispondere autonomamente o collaborando con altri colleghi infermieri e medici della stessa unità e, in questo caso, dovevano dichiararlo. Si è inoltre invitato i partecipanti a diffondere il questionario ai referenti regionali della loro società, che comprendeva allora 523 soci, di cui il 60,6% nel Nord Italia, il 20,1% al Centro e il 19,3% nel Sud Italia. I dati provenienti da più questionari relativi al medesimo centro sono stati accorpati, risolvendo eventuali incongruenze (solo in un caso) attraverso il contatto diretto con i compilatori.

Il Comitato etico provinciale di Reggio Emilia non ha ritenuto di dovere esprimere un'approvazione formale in quanto nel questionario non venivano richiesti dati relativi a pazienti o altre informazioni sensibili. I partecipanti sono stati informati circa le finalità dell'indagine e hanno acconsentito all'uso dei dati.

Analisi dei dati

I risultati della ricerca sono stati riportati in forma descrittiva e con l'ausilio di tabelle; le frequenze sono state confrontate utilizzando il test del chi quadro (χ^2) con la correzione di Yates (o il test esatto di Fisher, quando appropriato). La soglia di significatività è stata fissata a 0,05.

RISULTATI

Sono stati raccolti 98 questionari ma ne sono stati esclusi 8 e, quindi, ne sono stati considerati 90; il 41,1% di questi sono stati raccolti durante i congressi. Tra questi, 57 sono stati compilati dai rispondenti insieme ad altri colleghi: prevalentemente infermieri di endoscopia o dei servizi domiciliari e medici di endoscopia. La Tabella 1 mostra i volumi di procedure eseguite all'anno suddivise per macroarea.

Posizionamento della gastrostomia percutanea endoscopica

Le indicazioni più frequenti alla gastrostomia percutanea endoscopica erano: le malattie degenerative del sistema nervoso centrale, nell'88,8% dei casi, le patologie neoplastiche delle alte vie digestive e dell'esofago, nel 6,7% dei casi, e gli esiti traumatici a ca-

Tabella 1. Numero questionari suddivisi per macroarea, classificati sulla base del volume di attività del centro

Macroarea	Questionari	Numero di procedure eseguite all'anno		
		<20	21-40	>40
Nord	54	6	19	29
Centro	12	2	4	6
Sud e isole	24	10	10	4
Totale	90	18	33	39

rico del sistema nervoso centrale, nel 4,5% dei casi. In tutte le Unità sono state impiantate prevalentemente sonde rimovibili per trazione con metodica *pull* nel 73,9% dei casi e *push* nel 26,1% dei casi.

La presenza di un'anestesista durante le procedure di primo impianto è stata indicata nel 40,7% dei casi relativi a centri del Nord Italia e nel 75% dei casi nelle altre regioni ($p=0,003$).

Gestione della gastrostomia percutanea endoscopica

Per la gestione della gastrostomia percutanea endoscopica, i rispondenti hanno indicato che nelle rispettive realtà erano presenti un servizio infermieristico domiciliare nel 98,9% dei casi, un'équipe di supporto nutrizionale nel 44,4% dei casi e un ambulatorio dedicato nel 33,3% dei casi.

La presenza di un'équipe di supporto nutrizionale è stata riportata nel 25% dei casi provenienti dal Sud Italia e nel 51,2% dei casi del Centro e del Nord Italia ($p=0,03$).

La prima sostituzione della gastrostomia percutanea endoscopica è stata eseguita prevalentemente in Unità di endoscopia nell'87,8% dei casi, in ambulatorio nel 7,7% dei casi o al letto del paziente nel 3,3% dei casi. Nessun rispondente ha riferito come comportamento abituale la scelta di tagliare la sonda, lasciando il *bumper* nello stomaco. La metodica di rimozione indicata come più frequente è stata quella per trazione, nel 60,7% dei casi, o quella endosco-

pica, nel 14,6% dei casi; nei restanti casi sono state usate entrambe le metodiche con la medesima frequenza. Il 65,5% dei rispondenti ha riferito di tentare abitualmente la rimozione per trazione e di passare a quella endoscopica in caso di insuccesso. Nella scelta della modalità di rimozione delle sonde sono stati indicati come importanti: il deterioramento del tubo, nel 44,4% dei casi, il tempo dal primo posizionamento, nel 26,7% dei casi, lo stato di coscienza, nel 14,4% dei casi, e il rischio anestesilogico, nel 14,4% dei casi. Il 24,4% dei rispondenti ha riferito di controllare il corretto posizionamento della nuova sonda mediante endoscopia, anche quando la precedente era stata rimossa per trazione; 13 rispondenti hanno riportato complicanze legate alla rimozione per trazione (di questi 4 hanno dichiarato il distacco del *bumper*, 5 un malposizionamento della sonda di sostituzione, di cui 3 con peritonite, e 4 per altri motivi); 2 rispondenti hanno riportato una lacerazione superficiale della mucosa cardiaca durante la rimozione endoscopica. La sedazione è stata utilizzata durante la manovra di sostituzione della sonda in più della metà dei casi (Tabella 2).

Il 75,3% dei rispondenti ha riferito che la sonda a palloncino è stata la sonda di sostituzione preferita e di questi un terzo la sostituiva successivamente al letto del paziente (Tabella 3); quindi, la seconda sostituzione era eseguita al letto del paziente più spesso della prima (rispettivamente nel 22,2% e nel 3,3% dei casi; $p=0,0001$). L'83,3% dei rispondenti è stato in gra-

Tabella 2. Modalità prevalente di sostituzione della sonda di primo impianto e uso della sedazione

Modalità di sostituzione	Questionari	Uso della sedazione		
		Mai usata	Nei pazienti coscienti	Nella maggioranza dei casi
Per trazione	54	37	12	5
Endoscopia	12	1	1	10
Entrambe le tecniche**	21	2	7	12
Totali	87*	40	20	27

* Il numero totale di questionari a cui si fa riferimento è di 87, ovvero quelli che hanno riportato notizie sia sulla modalità di sostituzione, sia sull'uso della sedazione

** L'uso di entrambe le tecniche è stato riportato con uguale frequenza

Tabella 3. Tipo più frequente di sonda di sostituzione e luogo prevalente in cui la sostituzione è stata eseguita

Tipo di sonda	Questionari	Luogo di sostituzione		
		Endoscopia	Ambulatorio	Al letto del paziente
A palloncino	67	44	3	20
Bottone a basso profilo	10	10	-	-
Stessa sonda del 1° impianto	7	7	-	-
Altri tipi	5	3	2	
Totali	89*	64	5	20

* Il numero totale di questionari a cui si fa riferimento è di 89, ovvero quelli che hanno riportato notizie sul tipo di sonda usato in entrambi gli impianti

do di stimare la percentuale di sonde sostituite durante il primo anno presso il proprio centro: il 47,8% ha indicato la sostituzione delle sonde in meno del 30% dei casi, il 17,8% tra il 30% e il 50% dei casi e il 17,8% in più del 50% dei casi. Il 28,9% dei rispondenti ha indicato che la prima sostituzione è stata programmata dopo un periodo di tempo predefinito: dopo 12, 6 e 3 mesi rispettivamente nel 34,6%, 61,5% e 3,8% dei casi. I rispondenti dei centri in cui è stata adottata una politica di sostituzione pianificata (28,9%) hanno segnalato più spesso una percentuale di sostituzione durante il primo anno superiore al 50%, ovvero nel 38,5% dei casi, mentre nei centri dove questa politica non è stata adottata (71,1%) la percentuale di casi è stata del 9,4% ($p=0,0012$); allo stesso tempo i centri con una politica di sostituzione pianificata hanno lamentato più raramente accessi urgenti per la sostituzione della sonda, ovvero nel 26,9% dei casi, rispetto ai restanti centri (53,1%) ($p=0,04$). Alla domanda sulla pianificazione della seconda sostituzione della sonda hanno risposto 88 su 90 rispondenti; tale pianificazione è stata adottata nel 26,1% dei casi, in particolare dopo 12, 6 e 3 mesi rispettivamente nel 13,0%, 47,8% e 39,1% dei casi.

Formazione

Il 61,1% dei rispondenti del Nord Italia e il 25% ($p=0,0004$) di quelli delle altre aree ha ricordato eventi formativi organizzati nelle proprie Unità per migliorare l'assistenza dei pazienti con gastrostomia percutanea endoscopica. Si è trattato di corsi rivolti a infermieri di endoscopia (33 questionari), al personale dei servizi domiciliari (22) o ad altri operatori e familiari (8). Tra questi, 37 rispondenti hanno preso parte come partecipanti e 33 come docenti. Tutti i colleghi hanno apprezzato e ritenuto utili gli eventi formativi attuati in questo ambito.

DISCUSSIONE

Nei centri compresi in questa ricerca era quasi sempre coinvolto un servizio infermieristico domiciliare nel-

l'assistenza ai pazienti con gastrostomia percutanea endoscopica; in meno della metà era invece presente un'équipe di supporto nutrizionale e in un terzo dei casi circa un ambulatorio dedicato. Le Unità di endoscopia sembrano svolgere un ruolo importante anche dopo il posizionamento della sonda, in particolare quando si rende necessaria la sua sostituzione. In Italia l'erogazione della nutrizione enterale domiciliare si inserisce nelle cure domiciliari, a loro volta comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) (Ministero della Salute, 2006, b). In diverse esperienze, un'équipe di supporto nutrizionale è risultata in grado di ridurre l'ospedalizzazione dei pazienti in nutrizione enterale domiciliare (Kurien M, et al., 2012; Scott F, et al., 2005). Tuttavia, l'organizzazione di queste équipe è stata deliberata solo da alcune regioni italiane; ciò concorre a determinare differenze territoriali, peraltro già note (Guglielmi FW, et al., 2005; Pironi L, et al., 2005) e che abbiamo in parte confermato con questa ricerca. Dove non è presente un'assistenza domiciliare qualificata i pazienti apprezzano la disponibilità di ambulatori dedicati (Martin L, et al., 2012), soluzione questa prescelta da circa un terzo dei centri oggetto di indagine. Il 45,5% dei rispondenti ha lamentato frequenti accessi non pianificati all'endoscopia per complicanze legate alla sonda che possono costituire un importante aggravio di lavoro (Rosenberger LH, et al., 2011). Inoltre, l'assistenza ai pazienti con nutrizione enterale domiciliare richiede competenze nutrizionistiche e di medicazione delle ferite che non sempre sono disponibili presso le Unità di endoscopia. Questa indagine ha dato voce a una necessità di formazione ben avvertita dagli infermieri di endoscopia.

La mortalità a un anno dal posizionamento di una gastrostomia percutanea endoscopica è compresa tra il 28% e il 63% (Sanders DS, et al., 2000; Figueiredo FA, et al., 2007). Tenuto conto anche della prevalente politica di sostituzione della sonda su richiesta, non sorprende che il volume di sostituzioni riportato sia contenuto (meno del 30% in un anno). Né la so-

cietà americana di endoscopia (ASGE), né quella italiana (SIED) forniscono nelle loro linee guida indicazioni sulla sostituzione delle sonde gastrostomiche (ASGE, 2010; Del Piano M, et al., 2008). Le sonde rimovibili per trazione potrebbero essere sostituite al letto del paziente ma i risultati hanno mostrato che questo non è l'approccio preferito in Italia. Le ragioni possono essere l'inadeguata formazione degli operatori (è indispensabile una piena familiarità con la sonda da sostituire, la cui storia deve essere ben documentabile dal momento dell'impianto), il timore di complicanze e la consapevolezza di non potere gestire un eventuale insuccesso della manovra. La rimozione per trazione può essere una procedura sgradevole per i pazienti coscienti e per questo in alcuni centri è eseguita in sedazione. Il deterioramento della sonda può avvenire con rapidità non prevedibile, in particolare nel caso di una gestione non ottimale e spesso le case produttrici non garantiscono per quanto tempo il *bumper* interno possa rimanere flessibile e non traumatico senza rischio di distacco durante la rimozione. E' controverso se un controllo endoscopico o radiologico debba essere sempre eseguito dopo la sostituzione di una sonda di primo impianto. Studi recenti (Showalter CD, et al., 2012) non hanno confermato l'elevata incidenza di rottura della fistola gastrostomica (fino al 20%) riportata in passato in pazienti pediatrici (Romero R, et al., 1996). In pazienti adulti l'incidenza di malposizionamento dopo rimozione per trazione è compresa tra lo 0,4% e lo 0,8% (Gauderer MW, et al., 1993; Nishiwaki S, et al., 2011). Fattori di rischio di malposizionamento sono: la rimozione accidentale o traumatica, l'inserimento tramite otturatore di un bottone a basso profilo e il diametro del dispositivo di sostituzione maggiore di quello della sonda di primo impianto. Numerosi autori (Schrag SP, et al., 2007; Taheri MR, et al., 2011) ritengono che quando la fistola è matura la conferma del corretto posizionamento del dispositivo di sostituzione sia da riservare ai casi dubbi. Nella nostra indagine quasi un terzo degli operatori ha riferito di controllare sempre il corretto posizionamento del dispositivo di sostituzione tramite endoscopia, anche dopo la rimozione per trazione; probabilmente un controllo radiologico in casi selezionati sarebbe stato meno invasivo e più economico. Tuttavia è consigliabile cautela, dal momento che anche nella nostra indagine sono stati segnalati casi di peritonite secondari riconducibili al malposizionamento della sonda. Rari casi di malposizionamento sono riportati anche durante la sostituzione di sonde a palloncino (Taheri MR, et al., 2011), ma la manovra è più agevole e si ritiene possa essere eseguita al letto del paziente da parte di personale infermieristico qualifica-

to (Fletcher J, 2011; Ojo O, 2011). Questa politica, abituale nel Regno Unito (NHS, 2008; NNG, 2012), è stata scelta solo da un terzo dei centri coinvolti in questa indagine. La scelta di sostituire una sonda di primo impianto con un'altra analoga è sorprendente, forse motivata dalla maggiore durata di questo tipo di sonde. La nostra indagine suggerisce che una politica di sostituzione pianificata della sonda aumenta il numero totale delle sostituzioni ma potrebbe diminuire le ospedalizzazioni in urgenza per occlusione o dislocamento. Questa ipotesi dovrebbe essere confermata da studi prospettici. Il tasso di rimozione accidentale della sonda in letteratura è superiore al 12,8% (Rosenberger LH, et al., 2011).

La nostra indagine ha molti limiti. Prima di tutto gli infermieri di endoscopia potevano non essere a conoscenza dei servizi effettivamente operanti nei loro distretti; tuttavia la maggioranza dei questionari sono stati compilati in collaborazione con più di un collega. I questionari sono stati diffusi con modalità variabili (durante congressi e tramite diffusione periferica); un numero limitato di soci ha risposto (18,4%) e di questi il 60% proveniva dal Nord Italia, il che riflette la non omogenea distribuzione sul territorio nazionale. Il campionamento di convenienza limita la generalizzazione dei risultati. Infine questa indagine non ha analizzato se le Unità di endoscopia hanno un ruolo negli aspetti dell'assistenza non direttamente correlati all'attività endoscopica, per esempio nel trattamento delle complicanze dello stoma o la consulenza dietetica.

CONCLUSIONE

La nostra indagine ha evidenziato come le modalità di gestione dei pazienti portatori di gastrostomia percutanea endoscopica siano disomogenee sul territorio nazionale e che i servizi infermieristici domiciliari hanno un ruolo importante nella gestione di questi pazienti, mentre le équipe di supporto nutrizionale e gli ambulatori dedicati non sono omogeneamente diffusi sul territorio nazionale. Le Unità di endoscopia sono coinvolte in particolare nella sostituzione delle sonde, manovra che presenta tuttora aspetti controversi per quanto riguarda l'appropriatezza delle procedure e del contesto assistenziale. La sostituzione al letto del paziente delle sonde a palloncino è comunque pratica comune in circa un terzo dei centri e crediamo possa essere ulteriormente promossa con un'adeguata formazione degli operatori.

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

Ringraziamenti

Ringraziamo l'Associazione nazionale operatori tecniche

endoscopiche e l'Associazione nazionale italiana infermieri di gastroenterologia e associati (ANOTE/ANIGEA) che hanno gentilmente concesso il patrocinio a questa indagine e tutti i colleghi che vi hanno contribuito con i loro questionari.

BIBLIOGRAFIA

- Associazione nazionale operatori tecniche endoscopiche (ANOTE)/Associazione nazionale infermieri di gastroenterologia e associati (ANIGEA) (2009) *Linee guida. Assistenza al paziente portatore di gastrostomia percutanea endoscopica*. http://www.anoteanigea.it/php_files/download_file.php?id_file=89-16-48-58-lineeguida-anoteanigearev.3del2502.pdf
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) Technology Committee (2010) *Technology status evaluation report. Enteral nutrition access devices*. *Gastrointestinal Endosc*, 72, 236-248.
- Bankhead R, Boullata J, Brantley S, et al. (2009) *Enteral nutrition practice recommendations*. *JPEN*, 33, 122-167.
- Casati M, Maricchio R (2008) *La nutrizione artificiale*. *I Quaderni de l'Infermiere*, 23(5), 17-38.
- Del Piano M, Ballarè M (2008) *Raccomandazioni SIED. La gastrostomia endoscopica percutanea*. <http://www.sied.it/index.cfm?object=ct&catid=242>
- Duszak R Jr, Mabry MR (2003) *National trends in gastrointestinal access procedures: an analysis of Medicare services provided by radiologists and other specialists*. *J Vasc Interv Radiol*, 14, 1031-1036.
- Figueiredo FA, da Costa MC, Pelosi AD, et al. (2007) *Predicting outcomes and complication of percutaneous endoscopic gastrostomy*. *Endoscopy*, 39, 333-338.
- Fletcher J (2011) *Nutrition: safe practice in adult enteral tube feeding*. *Br J Nurs*, 20, 1234-1239.
- Gauderer MW, Stellato TA, Wade DC (1993) *Complications related to gastrostomy button placement*. *Gastrointest Endosc*, 39, 467.
- Guglielmi FW, Mazzuoli S, et al (2005) *Nutrizione artificiale domiciliare: analisi delle differenze tra le regioni italiane. Ruolo del ministero della salute*. *RINPE*, 23, 205-212.
- Hebuterne X, Bozzetti F, Moreno Villares JM et al. (2003) *Home enteral nutrition in adults: a European multicentre survey*. *Clin Nutr*, 22, 261-266.
- Kurien M, White S, Simpson G et al. (2012) *Managing patients with gastrostomy tubes in the community: Can a dedicated enteral feed dietetic service reduce hospital readmissions?* *Eur J Clin Nutr* 66, 757-760.
- Löser C, Aschl G, Hebuterne X et al. (2005) *ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition—Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG)*. *Clin Nutr*, 24, 848-861.
- Martin L, Blomberg J, Lagergren P (2012) *Patients' perspectives of living with a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG)*. *BMC Gastroenterology*, 12, 126.
- Ministero della Salute (2006, a) *Linee guida sulla nutrizione artificiale domiciliare*. http://www.omco.pd.it/bollettino-news/doc_download/195-linee-guida-sulla-nutrizione-artificiale-domiciliare.html
- Ministero della Salute (2006, b) *Commissione LEA. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_572_allegato.pdf
- National Nutrition Nurses Group (NNNG) 2012. *Changing of a balloon gastrostomy tube into the stomach for adults and children*. <http://www.nnng.org.uk>
- National Health Service (NHS) Quality Improvement Scotland (2008) *Gastrostomy tube insertion and aftercare: for adults being cared for in hospital or in the community*. <http://www.healthcareimprovementscotland.org/his/idoc.ashx?docid=a9190589-ea50-4e12-9c19-1c4d10e7b05f&version=-1>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2006) *Nutrition support in adults: oral nutrition, support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10978/29981/29981.pdf>
- Nishiwaki S, Araki H, Fang JC et al. (2011) *Retrospective analyses of complications associated with transcutaneous replacement of percutaneous gastrostomy and jejunostomy feeding devices*. *Gastrointest Endosc*, 74, 784-791.
- Ojo O (2011) *Balloon gastrostomy tubes for long-term feeding in the community*. *Br J Nurs*, 20, 34-38.
- Pironi L, Candusso M et al (2005) *Prevalence of home artificial nutrition in Italy: A SINPE survey*. *RINPE*, 23, 99-104.
- Romero R, Martinez FL, Robinson SY et al. (1996) *Complicated PEG-to-skin level gastrostomy conversions: analysis of risk factors for tract disruption*. *Gastrointest Endosc*, 44, 230-234.
- Rosenberger LH, Newhook T, Schirmer B et al. (2011) *Late accidental dislodgement of a percutaneous endoscopic gastrostomy tube: an underestimated burden on patients and the health care system*. *Surg Endosc*, 25, 3307-3311.
- Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J et al. (2000) *Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia*. *Am J Gastroenterol*, 95, 1472-1475.
- Scott F, Beech R, Smedley F et al. (2005) *Prospective, randomized, controlled, single-blind trial of the costs and consequences of systematic nutrition team follow-up over 12 mo after percutaneous endoscopic gastrostomy*. *Nutrition*, 21, 1071-1077.
- Schrag SP, Sharma R, Jaik NP et al. (2007) *Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A Comprehensive clinical review*. *J Gastrointest Liver Dis*, 16, 407-418.
- Showalter CD, Kerrey B, Spellman-Kennebeck S et al.

- (2012) *Gastrostomy tube replacement in a pediatric ED: frequency of complications and impact of confirmatory imaging*. *Am J Emerg Med*, 30, 1501-1506.
- Smith T (2011) *Artificial nutrition support in the UK, 2000-2010. A report by the British Artificial Nutrition Survey, a committee of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition*. http://www.bapen.org.uk/pdfs/bans_reports/bans_report_11.pdf
- Società italiana di nutrizione parenterale ed enterale (SINPE)
- (1998) *Linee guida per l'impiego della nutrizione parenterale ed enterale nei pazienti adulti a domicilio*. *RINPE*, 16(S3), 1-68.
- Taheri MR, Singh H, Duerksen DR (2011) *Peritonitis After Gastrostomy Tube Replacement: Case Series and Review of Literature*. *J Parenter Enteral Nutr*, 35, 56-60.
- Westaby D, Young A, O'Toole P et al. (2010) *The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service*. *Gut*, 59, 1592-1605.

Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e i sistemi elettronici per la raccolta di dati clinici: una revisione della letteratura

Simonetta Cesa¹, Monica Casati², Giancarlo Galbiati³, Pasqualina Colleoni⁴, Tiziano Barbui⁵, Laura Chiappa⁶, Enrica Capitoni⁷

¹Direttore, Direzione professioni sanitarie, Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ²Dirigente, responsabile Area di ricerca, formazione e sviluppo, Direzione Professioni Sanitarie, Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ³Infermiere, personale dell'Area di ricerca, formazione e sviluppo, Direzione professioni sanitarie, Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ⁴Coordinatore infermieristico, personale dell'Area di ricerca, formazione e sviluppo, Direzione professioni sanitarie, Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ⁵Direttore scientifico, Fondazione per la ricerca Ospedale Maggiore, Bergamo; ⁶Direttore sanitario, Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ⁷Coordinatore infermieristico, Fondazione per la ricerca Ospedale Maggiore, Direzione professioni sanitarie, Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Corrispondenza: scesa@hpg23.it

RIASSUNTO

Introduzione La misura degli esiti sensibili alle cure infermieristiche dovrebbe costituire parte integrante della normale pratica clinica per la valutazione degli interventi negli ospedali per acuti. Le modalità di rilevazione di questi esiti nei sistemi sanitari avanzati si basano sempre di più su sistemi elettronici di raccolta dati. L'obiettivo di questa revisione è di conoscere le esperienze a livello internazionale sull'implementazione di questi sistemi per la rilevazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche e l'impatto che questi hanno sui pazienti e sugli operatori.

Materiali e metodi E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso banche dati biomediche quali PubMed, CINAHL, Cochrane Library e siti Internet di agenzie sanitarie nazionali, associazioni ed enti.

Risultati La ricerca ha permesso di individuare 6 documenti e 5 articoli. Le diverse banche dati elettroniche disponibili sono il risultato di collaborazioni tra enti diversi e presentano esiti sensibili comuni all'assistenza infermieristica relativi a diverse dimensioni dell'assistenza. Il vantaggio di questi sistemi è la possibilità di analisi di grandi quantità di dati, mentre gli svantaggi sono dovuti alla possibile complessità del processo di estrazione dei dati e alla possibile presenza di fattori confondenti.

Conclusioni I sistemi elettronici di raccolta dati rappresentano una risorsa fondamentale per la gestione dei processi clinici e organizzativi orientati agli esiti sensibili alle cure infermieristiche. La loro efficacia deve essere rafforzata da ulteriori ricerche in questo ambito, in particolare per ridurre possibili *bias* durante l'analisi dei dati.

Parole chiave: esiti sensibili alle cure infermieristiche, qualità delle cure, indicatori assistenziali, indicatori clinici, documentazione clinica elettronica, repertorio minimo di dati assistenziali

Nursing sensitive outcomes and electronic health records: a literature review

ABSTRACT

Introduction The detection of nursing sensitive outcomes (NSO) should be part of routine clinical practice for the evaluation of interventions in acute care hospitals. In advanced health services the NSO detection is based on electronic health records. The objective of this review is to know international experiences about the implementation of these electronic systems and their impact on patients and operators.

Methods A review of the literature through biomedical databases and national health agencies, associations and organizations Internet sites was carried out.

Results Six docs and five articles were found. Electronic health records are the result of the collaboration among several agencies which have common NSO related to different aspects of care. These systems allow the analysis of large amounts of data but the process of data extraction could be complex and influenced by confounding factors.

Conclusions Electronic health records are fundamental for the management of clinical and organizational

processes oriented to NSO. Their effectiveness should be enhanced by further research, in particular for the reduction of bias.

Key words: nursing sensitive patient outcomes, quality of care, care indicators, clinical indicators, electronic health records, nursing minimum data set

INTRODUZIONE

Gli infermieri rappresentano la componente professionale più numerosa negli ospedali per acuti. Dalla qualità delle prestazioni assistenziali spesso dipendono gli esiti sensibili alle cure infermieristiche, o *nursing sensitive outcome* (NSO), più o meno favorevoli per i pazienti (Aspden P, et al., 2004). La rilevazione degli esiti costituisce parte della ricerca valutativa (Liberati A, 2006) e rappresenta un elemento strategico per tutti i sistemi sanitari al fine di valutare l'efficacia degli interventi e fornire informazioni per migliorare la qualità delle cure. Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche possono essere classificati a seconda dell'ambito al quale si riferiscono: clinici e di sicurezza, organizzativi e relativi dell'ambiente lavorativo, soggettivi dei pazienti e degli operatori (Doran DM, 2013; Van den Heede K, et al., 2009; Griffith P, et al., 2008). Esistono diversi modelli di classificazione di questi esiti anche se parte di questi sono comuni a tutti e sono denominati *front runner* (Griffith P, et al., 2008).

Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche sono raccolti all'interno della pratica quotidiana e sono registrati all'interno della documentazione clinico-assistenziale; nella realtà italiana essa è solitamente cartacea anche se l'implementazione di sistemi elettronici di raccolta dati ha introdotto la documentazione digitale.

Questi sistemi hanno diversi vantaggi: forniscono informazioni agli infermieri e alle organizzazioni in tempo reale sugli interventi e sulla loro efficacia (CRNN, 2013; a, b), offrono la possibilità di collegare i dati a quelli di altre fonti e di porre in rete gli ospedali del territorio (ANA, 1998). Tra gli svantaggi concorrono una possibile complessità nella rielaborazione dei dati, che può essere influenzata da variabili confondenti, e la possibilità di commettere errori sistematici, o *bias*. A livello internazionale sono presenti esperienze che hanno previsto l'introduzione di sistemi elettronici di raccolta dati per valutare gli esiti sensibili alle cure infermieristiche come parte della normale pratica clinica. Alla luce di queste premesse, l'obiettivo è descrivere lo stato dell'arte circa l'implementazione dei sistemi elettronici per la rilevazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche a livello internazionale e valutarne l'impatto sugli esiti assistenziali all'interno di ospedali per acuti. Tali obiettivi sono di particolare rilievo anche per l'Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, oggi dotata di moderni sistemi elettronici di raccolta dati destinati alla documentazione clinica, per orientare un

potenziamento del monitoraggio degli esiti sensibili alle cure infermieristiche, peraltro già precedentemente sperimentato. Da tempo infatti nel contesto aziendale, attraverso lo studio della letteratura e l'individuazione di standard di processo e di esito delle attività assistenziali, è stata intrapresa un'analisi delle pratiche esistenti effettuando interventi di natura formativa, organizzativa e documentale al fine di garantire e monitorare tali standard.

La possibilità di organizzare la documentazione assistenziale in modo che si creino flussi informativi a scopo di monitoraggio e a scopo gestionale può beneficiare di un repertorio minimo di dati di natura assistenziale (*nursing minimum data set*) basato sulle indicazioni della letteratura.

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed, CINAHL e Cochrane Library e la consultazione di siti Internet di agenzie sanitarie nazionali, associazioni ed enti.

L'interrogazione delle banche dati è stata effettuata nei mesi di settembre e ottobre 2013 da due ricercatori indipendenti. La strategia di ricerca ha previsto la combinazione sia di termini controllati tramite *thesaurus*, sia di termini liberi inerenti l'argomento (Tabella 1). Le parole chiave utilizzate sono state: *nursing sensitive patient outcomes*, *clinical indicators*, *nursing outcomes*, *nursing minimum data set*, *quality of care*, *electronic health record*.

Per la revisione sono stati inclusi:

- gli articoli riguardanti i *setting* ospedalieri per acuti in pazienti adulti;
- gli studi multicentrici, randomizzati controllati, osservazionali e riguardanti gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e l'utilizzo di sistemi elettronici di raccolta dati.

La selezione degli articoli da considerare nella revisione della letteratura è stata effettuata congiuntamente dai due ricercatori attraverso un confronto su ogni singolo documento in base alla valutazione del titolo, dell'*abstract* e infine dell'intero articolo (Liberati, 2009).

La ricerca di documenti pubblicati da agenzie sanitarie nazionali, associazioni ed enti è stata condotta individuando i principali siti Internet ufficiali e analizzando la loro storia, evoluzione e le loro banche dati.

Tabella 1. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Stringhe di ricerca	Filtri
PubMed	<ul style="list-style-type: none"> • (“sensitive”[Title] AND “nurse”[Title] AND “outcome”[Title] • “Nursing outcomes”[Free Term] AND “Clinical Indicators”[Free Term] • ((electronic[All Fields] AND health[All Fields] AND record*[All Fields]) AND (and nurse*[All Fields]) 	<ul style="list-style-type: none"> • presenza di <i>abstract</i> • pubblicazioni complete (<i>full-text</i>) • ultimi 6 anni, in lingua inglese e in italiano
CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> • “Clinical Indicators”[MH] AND “Nursing Outcomes”[MH] • “Quality of Nursing Care”[MH] AND “Clinical Indicators”[MH] • “Nursing-sensitive patient outcomes”[Free Term] • “Nursing minimum data set”[MH] • “Nursing-sensitive patient outcomes”[Free Term] AND “Quality of care”[Free Term] 	
Cochrane Library	<ul style="list-style-type: none"> • “Nursing”[MeSH] AND “Quality Indicators, Health care”[MeSH] • “Nursing Care”[MeSH] AND “Quality Indicators, Health care”[MeSH] • “Nursing-sensitive patient outcomes”[Free Term] 	

RISULTATI

La consultazione dei siti Internet di agenzie sanitarie nazionali, associazioni ed enti ha permesso di individuare 6 documenti (ANA, 1998; NQF, 2004; Cal NOC, 1996; HOBIC, 2010; Aydin, et al., 2011; JCI, 2010); nella letteratura sono stati individuati 5 articoli (Brown DS, et al., 2013; Schreuders LW, et al., 2013; Dowding DW, et al., 2012; Furukawa MF, et al., 2010; Unruh LY, et al. 2012).

Sistemi elettronici di raccolta dati ed esiti sensibili alle cure infermieristiche

Le prime banche dati sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche sono nate da alcune ricerche commissionate dall’American Nursing Association (ANA) nei primi anni novanta per l’identificazione degli esiti dei pazienti sensibili alle cure infermieristiche (Doran DM, 2013). I primi esiti identificati sono stati le lesioni da pressione, l’incidenza delle cadute dei pazienti e diverse misurazioni della soddisfazione del paziente verso le cure infermieristiche ricevute. Inoltre sono stati identificati due indicatori organizzativi quali il livello di *staffing* degli infermieri, ovvero il rapporto tra il numero di infermieri e di pazienti, e lo *skill mix*, ovvero l’insieme delle esperienze, conoscenze, capacità e competenze presenti nel personale (Maben J, et al., 2012).

National Database Nursing Quality Indicators (NDNQI)

Nel 1998 l’American Nursing Association (ANA) fondò il National Database Nursing Quality Indicators (NDNQI) una delle prime banche dati che fornivano relazioni trimestrali sugli indicatori delle singole

strutture, dei processi e degli esiti per valutare l’assistenza infermieristica (Montalvo I, 2007). A oggi, su base volontaria, più di 2.000 ospedali degli Stati Uniti fanno parte del NDNQI mentre è obbligatoria la partecipazione per quegli ospedali che ambiscono a ottenere il riconoscimento di “Magnet hospital” dell’American Nurses Credentialing Centre (Doran DM, 2013). Gli indicatori monitorati sono 26 e sono riportati in Tabella 2.

National Quality Forum (NQF)

Il National Quality Forum (NQF) è un’organizzazione no profit che opera per migliorare la qualità del sistema sanitario statunitense attraverso la costruzione di un consenso sulle priorità e gli obiettivi di miglioramento delle prestazioni sanitarie. Sostiene standard di consenso nazionale per la misurazione e la pubblicazione di report periodici di prestazione e promuove il raggiungimento degli obiettivi nazionali attraverso programmi di educazione e sensibilizzazione. Oltre a una numerosa serie di indicatori sanitari, nell’ottobre 2004 il NQF ha pubblicato il primo documento che individuava 15 indicatori standard nazionali riguardanti gli esiti sensibili alle cure infermieristiche. L’obiettivo era quello di quantificare l’influenza dell’attività del personale infermieristico sulla qualità delle cure sanitarie e sulla sicurezza del paziente negli ospedali per acuti (NQF, 2004). I 15 indicatori sono indicati in Tabella 2. Nel 2007 il National Quality Forum ha pubblicato un documento riguardo all’adozione di questi 15 indicatori in diversi ospedali e i fattori di successo, le sfide e le barriere tecniche o di altra natura nell’implementazione e nel monitoraggio degli indicatori stessi (NQF, 2007).

Tabella 2. Sinossi degli esiti sensibili alle cure infermieristiche utilizzati nelle banche dati identificate

Esiti sensibili alle cure infermieristiche	NDNQI	NQF	Cal NOC	HOBIC
Clinici e di sicurezza				
Lesione da pressione	• ¹	•	•	•
Cadute	•	•	•	•
Cadute con lesione	•	•	•	
Dolore (gestione, intervento e rivalutazione)	•			•
Nausea				•
Dispnea				•
Fatigue				•
Stato funzionale del paziente/attività di base della vita quotidiana (ADL)				•
Self-care terapeutico ²				•
Aggressione psichiatrica fisica/sexuale	•			
Infiltrazione endovenosa periferica	•			
Contenzione fisica	•	•	•	
Infezioni del tratto urinario associate a catetere	•	• ³		
Infezione ematiche associate a linea centrale	•	•		
Infezioni ematiche associate a presenza di cateteri PICC			•	
Polmonite associata a ventilazione	•	•		
Complicanze associate a ventilazione meccanica	•			
Precisione nella somministrazione dei farmaci: prevalenza osservata delle principali pratiche sicure ed errori			•	
Failure to rescue ⁴		•		
Consulenza <i>no smoking</i> in pazienti con infarto del miocardio		•		
Consulenza <i>no smoking</i> in pazienti con insufficienza cardiaca		•		
Consulenza <i>no smoking</i> in pazienti con polmonite		•		
Organizzativi e dell'ambiente lavorativo				
Skill mix	• ⁵	•	•	
Livello di formazione, certificazione, esperienza e di anni di servizio degli infermieri	•		•	
Ore lavorate dagli infermieri per paziente al giorno	• ⁶	•	•	
Tasso di turnover degli infermieri	•	•	•	
Tasso di ricoveri, dimissioni e trasferimenti dell'Unità operativa			•	
Percentuale di ore del personale esterno per sopperire a carenze temporanee			•	
Soggettivi del paziente e degli operatori				
Soddisfazione del lavoro	•			
Valutazione della pratica assistenziale	•			
Valutazione ambiente di lavoro		•		

NDNQI: National Database Nursing Quality Indicators

NQF: National Quality Forum

Cal NOC: Collaborative Alliance for Nursing Outcomes

HOBIC: Health Outcomes for Better Information and Care

¹ Tasso di incidenza delle lesioni da pressione su tre livelli: acquisite prima del ricovero in ospedale, in ospedale e all'interno dell'Unità operativa

² Abilità di gestione dei farmaci, capacità di comprendere i propri sintomi, abilità nella cura di sé, sapere chi contattare per chiedere aiuto e capacità di gestire le attività di vita quotidiana

³ Solo per Unità di cura intensiva

⁴ Significa letteralmente "salvataggio mancato" ed è un indicatore messo a punto dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e adottato anche nel nostro paese per studi sulla qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria; offre una misura di come le organizzazioni sanitarie rispondono ad alcuni eventi che accadono ai pazienti durante la degenza quali polmoniti, shock, arresti cardiaci, emorragie gastroenteriche, sepsi e trombosi venose profonde. Lo scopo è di individuare i pazienti per i quali vi è un ritardo nella diagnosi o nella terapia per una delle complicanze elencate per le quali una maggiore efficacia delle prestazioni sanitarie e la tempestività d'azione potrebbe ridurre il rischio di morte

⁵ Skill mix su tre livelli: percentuale di infermieri, di figure di supporto all'assistenza e di ausiliari socio sanitari

⁶ Ore lavorate dagli infermieri per paziente al giorno, su tre livelli: percentuale di infermieri, di figure di supporto all'assistenza e di ausiliari socio sanitari

Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (Cal NOC)

Da una delle sei ricerche commissionate dall'American Nursing Association (ANA) nei primi anni novanta e da una *joint venture* autofinanziata dell'Association of California Nurse Leaders, nel 1996 nasce il Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (Cal NOC). Attualmente questa banca dati viene alimentata da circa 175 ospedali su base volontaria dove vengono utilizzati 12 indicatori (Tabella 2). Anche questa banca dati permette agli ospedali partecipanti di confrontarsi con altri ospedali di simili dimensioni, ottenere informazioni dettagliate specifiche per ciascuna delle proprie unità e ricevere rapporti che confrontano ospedali all'interno dello stesso sistema (Doran DM, 2013).

Health Outcomes for Better Information and Care (HOBIC)

Nel 2006 la Canadian Nurses Association (CNA) con il Ministero della Salute canadese ha individuato gli esiti sensibili alle cure infermieristiche da inserire nell'Electronic Health Record (EHR). Nel maggio 2007 nasceva così la Health Outcomes for Better Information and Care (HOBIC), con l'obiettivo di promuovere e diffondere l'uso standardizzato di informazioni infermieristiche e restituire *feedback* agli infermieri relativi agli esiti dei pazienti (Hannah KJ, et al., 2009). Attualmente contribuiscono alla banca dati 148 organizzazioni sanitarie su base volontaria (Doran DM, 2013). I dati relativi all'assistenza infermieristica riguardano 8 esiti sensibili alle cure infermieristiche identificati attraverso una rigorosa revisione della letteratura. Il monitoraggio di questi indicatori è stato sviluppato in diversi contesti assistenziali: ospedali per acuti, lungodegenza, continuità ospedale-territorio e al domicilio. Gli indicatori della fase acuta sono indicati in Tabella 2. Sono presenti strumenti per il monitoraggio degli indicatori presso ciascun ospedale e un manuale di istruzioni con la definizione e le caratteristiche di ogni specifico indicatore (HOBIC, 2010).

Royal College of Nursing (RCN)

Nel 2009 in Inghilterra, il Royal College of Nursing ha realizzato un documento di indirizzo sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche per misurare la qualità dell'assistenza (Aydin CE, et al., 2011). Di fatto, non esiste un unico sistema a livello nazionale ma ogni regione ha costruito un proprio set di indicatori. Il Galles, per esempio, focalizza l'attenzione sull'igiene delle mani, sulle lesioni da pressione, sugli *score* nutrizionali, sugli standard igienici, sul gradimento dell'assistenza e sulla documentazione assistenziale. Il sistema elettronico di raccolta dati è nato grazie a una collaborazione tra organizzazioni professionali, uni-

versità e Ministero della Salute. L'Irlanda del Nord con l'agenzia governativa Public Health Agency ha adottato un sistema simile a quello del Galles tenendo monitorati esiti quali le cadute, le lesioni da pressione, gli errori di somministrazione dei farmaci, la documentazione infermieristica, la nutrizione e l'idratazione. La Scozia ha elaborato un progetto, il "Leading Better Care-LBC", che ha stabilito un gruppo di indicatori, i *clinical quality indicators* (CQIs), relativi a: nutrizione, idratazione, cadute, lesioni da pressione e indicatori di tipo organizzativo quali gli indici di assenteismo e di presenza del personale. In Inghilterra da qualche anno è stato implementato un *dataset* informatizzato creato dal gruppo Heart of England NHS Foundation Trust (HEFT). Gli indicatori sono di tipo organizzativo (*turnover* del personale, assenteismo), igienico-ambientali e relativi a infezioni, *score* nutrizionali, cadute accidentali e *virtual interactive teaching and learning* (VITAL) che comprende 14 aree di autovalutazione da parte degli infermieri. Il Royal College of Nursing si prefigge di mantenere una funzione di coordinamento all'interno della rete nazionale sugli indicatori al fine di migliorare il lavoro e la ricerca in questo ambito.

Joint Commission International (JCI)

Nel 2010 la Joint Commission International (JCI) ha classificato tre misure di esito all'interno degli standard previsti per gli ospedali, le *nursing sensitive care measure* (NSC); per ciascuna sono forniti: la definizione, il razionale, le misure di esito correlate, i contesti sanitari di riferimento, il numeratore e il denominatore per la loro misurazione e i criteri di inclusione ed esclusione. Gli indicatori misurabili sono: la prevalenza di lesioni da pressione, le cadute e le cadute con lesioni. Gli indicatori sono descritti in modo dettagliato con un'ampia bibliografia. Nel documento sono anche fornite indicazioni metodologiche generali per la conduzione di un progetto di ricerca per la rilevazione e l'analisi degli esiti nelle strutture ospedaliere per acuti (JCI, 2010).

Studi inclusi nella revisione

I cinque studi selezionati sono di tipo osservazionale. La durata degli studi è stata rispettivamente di cinque (Brown DS, et al., 2013; Schreuders LW, et al., 2013), sei (Dowding DW, et al., 2012), nove (Furukawa MF, et al., 2010) e otto anni (Unruh LY, et al. 2012). Tutti gli studi hanno avuto un campione ampio di pazienti; quattro studi sono stati condotti negli Stati Uniti (tre in California, uno in Florida) e uno in Australia. L'intervento è rappresentato dalla valutazione dell'impatto di sistemi elettronici dedicati agli esiti sensibili alle cure infermieristiche. Gli esiti primari degli studi

considerati sono stati: la valutazione delle correlazioni tra esiti sulla sicurezza ed esiti organizzativi (Schreuders LW, et al., 2013; Dowding DW, et al., 2012; Furukawa MF, et al., 2010; Unruh LY, et al. 2012) e tra esiti soggettivi, sulla sicurezza e organizzativi (Brown et al. 2013). L'esito secondario per tutti gli studi considerati è stata l'analisi delle problematiche derivanti dall'estrazione dei dati in modo automatizzato.

Lo studio condotto da Brown e collaboratori (2013), attraverso un'intervista diretta al personale e all'estrazione dei dati amministrativi da Cal NOC, ha associato esiti soggettivi, riportati dagli operatori (motivazione), a esiti clinici e organizzativi (le cadute, le lesioni da pressione, lo *skill mix*, il *turnover*, il carico di lavoro e l'impegno assistenziale). Dallo studio risulta che quando sono presenti elevati livelli di motivazione si riducono le segnalazioni delle cadute e delle lesioni da pressione e gli eventi avversi. Fondamentale è l'atteggiamento non punitivo e di sostegno del *management* per lo sviluppo di una cultura sulla sicurezza e la riduzione del *turnover* degli infermieri. Tuttavia, lo studio pone in evidenza la possibilità di commettere errori durante il processo di estrazione di dati da grandi banche dati, quali una possibile non corretta codifica delle diagnosi o degli esiti e la presenza di variabili nascoste. Alle stesse conclusioni giungono Dowding e collaboratori (2012) che a seguito dell'introduzione di sistemi elettronici di raccolta dati e di strumenti informatizzati per la gestione dei rischi di cadute e lesioni da pressione evidenziano diminuzioni delle seconde, ma non delle prime, così come differenze tra gli ospedali del Nord rispetto a quelli del Sud della California, spiegabili solo con la presenza di variabili legate all'organizzazione del lavoro propria di ogni ospedale, non controllabili dallo studio, o ai sistemi di segnalazione delle stesse.

Nella logica di ridurre i fattori confondenti che possono alterare i risultati, Unruh e collaboratori (2012) hanno utilizzato un metodo statistico ad andamento variabile nel tempo al fine di considerare le relazioni vere tra le variabili (per esempio, gli esiti considerati sono stati osservati non solo in relazione agli standard di personale ma anche alle caratteristiche e alla numerosità dei pazienti in studio). In questo caso sono risultate associazioni significative tra il *failure to rescue* e la sepsi con le ore lavorate dagli infermieri, mentre le associazioni tra lesioni da pressione e ore lavorate non sono risultate significative.

La sovrastima degli esiti rilevati in ambito ospedaliero che potrebbero invece essere la conseguenza di precondizioni presenti prima del ricovero rappresenta un altro fattore confondente analizzato nell'articolo di Schreuders e collaboratori (2013). Ciò è risultato da osservazioni di tipo retrospettivo in pa-

zienti fragili portatori di comorbilità provenienti da strutture non ospedaliere. Lo studio ha indicato un lasso di tempo di due anni pre-ricovero, come periodo congruo di osservazione in questi pazienti, per una corretta attribuzione degli esiti.

Lo studio di Furukawa (2010) ha riportato risultati contrastanti. Infatti, l'introduzione di sistemi informatizzati che rilevano gli esiti sensibili alle cure infermieristiche è risultato associato a un aumento nel numero degli infermieri, a costi più elevati per paziente al giorno e a un incremento della durata della degenza media con una riduzione della mortalità per alcune patologie. Si sono osservate variazioni negli esiti a seconda del livello di introduzione dei sistemi elettronici e del tempo di implementazione degli stessi. I sistemi introdotti a livello avanzato pesavano maggiormente sui costi, sul personale e sulle giornate di degenza, contrariamente all'atteso. Ciò è stato spiegato con possibili resistenze al cambiamento da parte degli operatori, all'impossibilità di ridurre ulteriormente le giornate di degenza per razionalizzazioni già effettuate, a problemi organizzativi tra medici e infermieri con il conseguente aumento del numero di complicanze. I contenuti degli studi considerati nella revisione sono riportati in maniera sintetica in appendice 1 a pagina e45.

DISCUSSIONE

I sistemi in uso negli Stati Uniti e in Canada utilizzati da più ospedali con caratteristiche omogenee sono frutto della collaborazione di diversi enti e istituzioni nonché di organizzazioni infermieristiche che hanno pubblicato documenti sulle evidenze scientifiche derivanti da questi studi a seguito dell'implementazione dei sistemi elettronici (CRNN, 2013, a, b). A livello europeo, il materiale sui processi di implementazione di sistemi elettronici per la raccolta dati e la valutazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche è più scarso. In Gran Bretagna si sono attivati percorsi analoghi a quelli americani con il supporto di università che hanno prodotto importanti revisioni della letteratura e indicazioni pratiche sull'argomento (Griffith P, et al., 2008; Maben J, et al., 2012). La Joint Commission International (JCI) è un'emanazione dell'organizzazione statunitense a livello europeo e sta promuovendo percorsi di ricerca in questo campo in alcune realtà, tra cui l'Italia.

Vi sono alcuni esiti sensibili alle cure infermieristiche comuni a tutte le banche dati analizzate, i *front runner* (Griffith P, et al., 2008), ovvero le cadute, le lesioni da pressione, la contenzione fisica (esiti clinici e di sicurezza), lo *skill mix*, le ore lavorate dagli infermieri per paziente al giorno e il tasso di *turnover* degli infermieri. Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche soggettivi

sono diversi per ciascuna banca dati analizzata e richiedono il coinvolgimento diretto di pazienti e di operatori per la loro raccolta.

Per quanto riguarda gli articoli selezionati riguardanti l'impatto dei sistemi elettronici sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche all'interno di ospedali per acuti, in generale si rileva l'assenza di studi europei e l'esiguità numerica di lavori reperibili.

La discussione sugli elementi emersi nel presente lavoro deve tenere conto della disponibilità di informazioni scientifiche che da oltre dieci anni popolano la letteratura internazionale relativamente alla correlazione tra esiti clinici e *staffing* (Needleman J, et al., 2002; Needleman J, et al., 2011) o *skill mix* (Aiken LH, et al., 2003) e dei più recenti lavori sulla relazione tra *staffing*, *skill mix* ed esiti clinici (Duffield Duffield C, et al., 2010; Lankshear AJ, et al., 2005; Newbold D, 2008).

In Italia, da qualche anno, è sensibilmente aumentata l'attenzione organizzativa, accademica e delle associazioni professionali relativamente all'argomento. Questa revisione presenta alcuni limiti identificabili innanzitutto dal modesto numero di studi selezionati sull'argomento, peraltro quasi tutti provenienti dalla realtà statunitense, molto diversa da quella italiana. Inoltre sono stati selezionati esclusivamente articoli in lingua italiana e in lingua inglese. Non sono pertanto note esperienze originali di altri Paesi. Un altro limite è rappresentato dal numero molto ampio di esiti sensibili alle cure infermieristiche individuati e dalle differenze metodologiche utilizzate per la conduzione degli studi che non li rendono facilmente confrontabili.

CONCLUSIONI

Con questo lavoro si sono raggiunti gli obiettivi di descrivere lo stato dell'arte circa l'implementazione di sistemi elettronici di raccolta dati per la rilevazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche a livello internazionale e di valutare l'impatto di queste sugli esiti assistenziali correlati all'assistenza all'interno di ospedali per acuti.

La rilevazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche si dimostra infatti uno strumento strategico per le organizzazioni sanitarie; alcuni esiti assistenziali sono riconosciuti e rilevati da tutti i sistemi elettronici analizzati.

In letteratura sono assenti esperienze italiane in questo ambito, così come non si sono reperiti studi che diano evidenza dell'efficacia dei sistemi elettronici per la rilevazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche. Infatti, si è visto che questi sistemi, pure rappresentando una risorsa indispensabile per la raccolta dei dati, presentano una serie di limiti che devono essere considerati nella definizione della strut-

tura delle banche dati e nelle modalità di raccolta e analisi dei dati.

Nel nostro contesto aziendale i sistemi elettronici per la documentazione clinica sono sempre più orientati a sostenere il monitoraggio degli esiti attraverso percorsi di individuazione di standard di processo e di esito delle attività assistenziali. L'occasione di organizzare la documentazione assistenziale in modo che si rafforzino i flussi informativi a scopo gestionale può beneficiare di un repertorio minimo di dati di natura assistenziale (*nursing minimum data set*) indicato dalla letteratura, a potenziamento e integrazione delle attività aziendali indirizzate da tempo in tal senso.

Si rendono necessari in questo ambito progetti italiani per documentare e pesare l'assistenza infermieristica. Diventa fondamentale l'attivazione di una rete di collaborativi di ricerca basati su sistemi controllati e omogenei di raccolta dei dati, su forme di consenso professionali e interprofessionali e gestiti da organismi istituzionali. La ricerca in questo settore presuppone la sensibilizzazione di organismi di rappresentanza politica, professionale, delle Università e delle Associazioni a tutela dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB et al. (2003) Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA*, 290, 1617-1623.
- Aydin CE, Bolton LB, Donaldson N, et al. (2011) Beyond Nursing Quality Measurement: The Nation's First Regional Nursing Virtual Dashboard. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al (2011) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43614/>
- Alexandrou E, Murgu M, Calabria E, et al. (2012). Nurse-led central venous catheter insertion-procedural characteristics and outcomes of three intensive care based catheter placement services. *International journal of nursing studies*, 49(2), 162-168.
- Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, et al. (2004) Patient safety: achieving a new standard for care. Institute of Medicine. The National Academies Press, Washington.
- Brown DS, Wolosin R (2013) Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 35(4).
- Chaboyer W, Johnson J, Hardy L, et al. (2010) Transforming care strategies and nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of advanced nursing*, 66(5).
- Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (Cal NOC) (1996) <http://www.calnoc.org/>
- College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNN)

- (2013; a). Registered nurse-sensitive outcomes: a summary report. 2013 update. <http://www.crns.ca/documents/RNSensitiveOutcomes2013.pdf>
- College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNN) (2013; b). Nurse practitioner-sensitive outcomes: a summary report 2013. Disponibile al sito: http://www.crns.ca/documents/NP_Sensitive_Outcomes_2013.pdf. Consultato il 29-11-2013
- Doran DM (2013) Nursing outcomes: gli esiti sensibili alle cure infermieristiche. Edizione Mc Graw Hill Education, Milano.
- Dowding DW, Turley M, Garrido T (2012) The impact of an electronic health record on nurse sensitive patient outcomes: an interrupted time series analysis. *J Am Med Inform Assoc*, 19(4), 615-620.
- Duffield C, Roche M, Diers D, et al. (2010) Staffing, skill mix and the model of care. *J Clin Nurs*, 19, 2242-2251.
- Furukawa MF, Raghu TS, Shao BBM (2010) Electronic medical records, nurse staffing, and nurse-sensitive patient outcomes: evidence from California hospitals, 1998-2007. *Health services research*, 45(4), 941-962.
- Griffith P, Maben J, Murrells T et al. (2008) State of the art metrics for nursing: A rapid appraisal. National Nursing Research Unit, King's College, University of London. <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/publications/Reports/Metricsfinalreport.pdf>
- Hannah KJ, White PA, Nagle LM, et al. (2009) Standardizing nursing information in Canada for inclusion in electronic health records: C-HOBIC. *J Am Med Inform Assoc*, 16(4), 524-530.
- Health Outcomes for Better Information and Care (HOBIC) (2010) HOBIC acute care, learning manual. <http://tinyurl.com/my8fee8>
- Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A (2005) Nurse staffing and health outcome: a systematic review of the International Research Evidence. *ANS Adv Nurs Sci*, 28(2), 163-174.
- Liberati A (2006) La ricerca e l'innovazione clinica ed organizzativa nel Servizio sanitario nazionale. In: Tendenze nuove 2. Edizioni Il Mulino Editore, Bologna.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS medicine* 6(7).
- Joint Commission International (JCI) (2010). Nursing Sensitive Care Measures.
- Kane R, Shamliyan T, Mueller C, et al (2007) The Association of Registered Nurse. Staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*, 45(12), 1195.
- Maben J, Morrow E, Ball J, et al. (2012) High quality care metrics for nursing. National Nursing Research Unit, King's College, University of London. <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/publications/Reports/High-Quality-Care-Metrics-for-Nursing—Nov-2012.pdf>
- Montalvo I (2007) The National Database of Nursing Quality indicators (NDNQI). *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).
- Montgomery P, Pe C (2009) Patient health outcomes in psychiatric mental. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16, 32-45.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S et al. (2002) Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*, 346(22), 1715-1722.
- Needleman J, Buerhaus P, Pankratz S et al. (2011) Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *N Engl J Med*, 364(11), 1037-1045.
- Newbold D (2008) The production economics of nursing: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*, 45, 120-128.
- American Nurses Association (ANA) (1998) National Database Nursing Quality Indicators (NDNQI). <http://www.nursingquality.org/About-NDNQI?source=powerful-insight#quality-data>
- National Quality Forum (NQF) (2004) National voluntary consensus standards for nursing-sensitive care: an initial performance measure set – a consensus report. http://www.qualityforum.org/Publications/2004/10/National_Voluntary_Consensus_Standards_for_Nursing-Sensitive_Care__An_Initial_Performance_Measure_Set.aspx
- National Quality Forum (NQF) (2007) Tracking NQF-Endorsed Consensus Standards for Nursing-Sensitive care: a 15-month study. http://www.qualityforum.org/Publications/2007/07/Tracking_NQF-Endorsed%20%AE_Consensus_Standards_for_Nursing-Sensitive_Care__A_15-Month_Study.aspx
- Orlandi C (2012) Gli effetti degli organici infermieristici sugli esiti clinici dei pazienti. *L'Infermiere*, 56(5), 14-20
- Palese A, Beltrame ER, Bin A et al (2008) Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 27(1), 33-42.
- Schreuders LW, Bremner AP, Geelhoed E et al (2013) Using linked hospitalisation data to detect nursing sensitive outcomes: a retrospective cohort study. *International journal of nursing studies*. In corso di pubblicazione.
- Silber JH, Williams SV, Krakauer H et al (1992) Hospital and patient characteristics associated with death after surgery: a study of adverse occurrence and failure to rescue. *Medical Care*, 30(7), 615-629.
- Unruh LY, Zhang NJ (2012) Nurse staffing and patient safety in hospitals: new variable and longitudinal approaches. *Nursing research*, 61(1), 3-12.
- Van den Heede K, Lesaffre E, Diya L, Vleugels A et al (2009). The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: analysis of administrative data. *Int J Nurs Stud*, 46(6), 796-803.

Appendice 1. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Articolo	Scopo	Misure di esito	Risultati principali
Brown DS, et al., 2013	Esplorare la relazione tra la misura degli esiti sensibili alle cure infermieristiche e la cultura della sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> • Cadute accidentali con lesioni • lesioni da pressione (stadio 2) • <i>skill mix</i> • turnover del personale infermieristico • ore lavorate 	<p>E' stata individuata un'associazione significativa tra il lavoro di squadra (<i>team</i>) e la segnalazione delle cadute e delle lesioni da pressione.</p> <p>Sono state individuate associazioni multiple significative tra la motivazione e alcuni esiti sensibili alle cure infermieristiche di tipo organizzativo quali: il sostegno del <i>management</i>, l'atteggiamento non punitivo del <i>management</i>, il turnover di tutto il personale e il lavoro di squadra. E' stato segnalato il rischio di commettere <i>bias</i> durante l'analisi di grandi banche dati</p>
Schreuders LW, et al., 2013	Valutare l'impatto di banche dati sul tasso di incidenza di 11 esiti sensibili alle cure infermieristiche. Valutare le caratteristiche dei pazienti e la loro associazione con gli esiti	<ul style="list-style-type: none"> • Complicanze al sistema nervoso centrale • infezioni da ferita chirurgica • insufficienza respiratoria • infezioni urinarie • lesioni da pressione • polmoniti • trombosi venosa profonda • sanguinamento gastrico • sepsi • squilibrio metabolico • arresto cardiaco 	Riduzione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche attribuibili al ricovero ospedaliero quando era applicata un'analisi delle precondizioni nei 2 anni antecedenti. I pazienti che manifestavano esiti sensibili alle cure infermieristiche erano anziani, di sesso femminile, con comorbilità (Charlson Comorbidity Index), trasferiti da altri centri e avevano una maggiore durata della degenza con periodi di ricovero in terapia intensiva
Dowding DW, et al., 2012	Valutare l'impatto della cartella clinica elettronica sui processi di assistenza e gli esiti sensibili alle cure infermieristiche	<ul style="list-style-type: none"> • Cadute accidentali • lesioni da pressione 	<p>L'implementazione della cartella clinica elettronica si è associata in modo significativo a: un aumento della documentazione sul rischio di lesioni da pressione; una diminuzione del 13% delle lesioni da pressione ma non delle cadute.</p> <p>Le lesioni da pressione hanno continuato a ridursi nel tempo al contrario delle cadute. Sono state trovate differenze significative tra le strutture del Nord e del Sud della California, dovute a fattori organizzativi, per quanto riguarda sia le lesioni da pressione, sia le cadute</p>
Furukawa MF, et al., 2010	Stimare gli effetti dell'implementazione delle cartelle cliniche elettroniche	<ul style="list-style-type: none"> • costi sostenuti dalle unità medico-chirurgiche per acuti • durata media della degenza • totale ore lavorate dagli infermieri • <i>skill mix</i> • costo orario del personale infermieristico • lesioni da pressione • <i>failure to rescue</i> • infezioni • infarto miocardico • mortalità • mortalità per scompenso cardiaco • mortalità per polmonite 	<p>L'introduzione delle cartelle cliniche elettroniche a livello medio è stata associata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un aumento del 6-10% dei costi delle unità medico-chirurgiche per acuti per dimissione; • un aumento del 15-26% delle ore giornaliere di lavoro degli infermieri per paziente; • una riduzione del 2-4% del costo orario del personale di supporto. <p>L'introduzione delle cartelle cliniche elettroniche a livello avanzato è stata associata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una riduzione del 3-4% della mortalità per alcune patologie
Unruh LY, et al., 2012	Esaminare la relazione tra i livelli di personale e gli esiti sensibili alle cure infermieristiche considerando l'andamento delle variabili nel tempo all'interno di un sistema integrato di dati	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalità in DRG a bassa complessità • lesioni da pressione • <i>failure to rescue</i> • infezioni • fratture di femore post intervento • insufficienza respiratoria post intervento • sepsi 	E' presente una correlazione inversa tra il <i>nurse staffing</i> (rapporto tra numero di infermieri e pazienti) ed esiti quali il <i>failure to rescue</i> , ulcere da decubito, infezioni selezionate e sepsi post operatoria. L'utilizzo di un modello variabile nel tempo ha permesso rilevazioni accurate degli esiti con tendenze non sempre costanti tra le variabili



CONTRIBUTI

Tecniche e approcci assistenziali per ridurre l'ansia e la fobia degli aghi nelle persone adulte

di *Giulia Lotto (1), Massimo Alberio (2)*

(1) *Infermiera*

(2) *Tutor e Docente Corso di laurea in Infermieristica - AO San Gerardo di Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca*

Corrispondenza: massimo.alberio@unimib.it

Il problema

La fobia degli aghi è classificata dal Dsm-iv-Tr (2007) come una fobia specifica (Karunaratne, 2010), ovvero un'esperienza di ansia e paura irrazionale correlata all'esposizione ad aghi, butterfly, siringhe e qualsiasi procedura che ne richiede l'utilizzo. La principale differenza tra fobia e paura è che la fobia è una possibile causa di risposta vasovagale, che consiste nell'instaurarsi di bradicardia e ipotensione arteriosa, manifestandosi con vertigini, shock, sincope, convulsioni tonico-cloniche, aumento della sensazione dolorosa, eccessiva sudorazione e nausea (Sokolowski et al., 2010).

È da considerare che la risposta vasovagale può condurre anche al decesso: si attribuiscono 23 morti a questo problema (Sokolowski et al., 2010). Hanno individuato che le persone fobiche evitano, seppur necessari per la loro salute, interventi terapeutici quali vaccinazioni, esami ematici, anestesie locali, terapia endovenosa, intramuscolare, intradermica e sottocutanea.

Per quanto concerne l'eziologia, una prima ipotesi considererebbe l'ereditarietà, per cui risulterebbe una residua avversione a tutto ciò che potrebbe pungere e ferire la cute, come denti, coltelli, proiettili e aghi e che penetrando potrebbe causare la morte della persona.

Coloro che avrebbero questa paura e la trasmettono ai posteri aumenterebbero la possibilità di sopravvivenza di quest'ultimi. Si stima che l'80% delle persone che soffrono di questo problema hanno un parente di primo grado con questo stessa fobia (Lynn, 2010).

La seconda ipotesi prevede di considerare la causa di fobia degli aghi nelle esperienze negative, soprattutto se vissute da bambino e risultate particolarmente dolorose (Lynn, 2010).

Per quanto riguarda la prevalenza, dato che la fobia degli aghi è stata definita solo di recente, la letteratura è in grado di fare una stima solo indiretta. Si ritiene che ne soffra il 10% della popolazione mondiale (Wright et al., 2009), con un'incidenza maggiore nel sesso femminile, nei giovani, nelle persone che soffrono di malattia cronica e con un'istruzione scolastica di grado inferiore (Kose, Mandiracioglu, 2007; Cox, Fallowfield, 2007). È da considerare che l'incidenza di diagnosi è nettamente inferiore alla prevalenza presunta, indice del fatto che questo problema non viene considerato adeguatamente.

Scopo di questo contributo è l'identificazione di tecniche, metodi e approcci assistenziali che potrebbero aiutare concretamente una persona ad affrontare e risolvere la propria paura. Di fondamentale importanza è che le tecniche evidenziate possano essere utilizzate per persone adulte e che possano essere eseguite autonomamente o in équipe dal personale infermieristico.

Alcune tecniche utili per ridurre la fobia degli aghi

Attraverso la revisione della letteratura, gli articoli pertinenti hanno permesso l'identificazione di molteplici approcci assistenziali e tecniche utili ed efficaci per ridurre ed affrontare la fobia degli aghi.

In diversi studi (Lynn, 2010; Goodspeed et Lee, 2011) si è evidenziata la necessità, sia da parte di infermieri che delle persone assistite, di avere una stanza adeguata dove la persona possa sdraiarsi durante la procedura, per ridurre anche il rischio di reazione vasovagale, e dove successivamente possa avere tutto il tempo necessario per potersi riprendere. Una stanza dove vi è tranquillità e dove non vi è una sensazione di oppressione aiuterebbe molto la persona ad affrontare la situazione con minor ansia e paura. Inoltre si è identificato come punto di partenza per affrontare questa paura l'instaurarsi di una buona comunicazione infermiere-assistito per la creazione di un rapporto positivo e di fiducia.

Per quanto riguarda le tecniche per ridurre il dolore, la *Pain free technique* viene utilizzata per iniezione sottocutanea e intramuscolare (Goodspeed et Lee, 2011). Il primo passo di questa tecnica è di riservare un tempo adeguato per la discussione della paura con la persona, valutando l'origine e la causa della stessa. La persona deve essere informata sulla procedura che verrà eseguita, creando il miglior comfort realizzabile, utilizzando ove possibile aghi di calibro inferiore. Tre sono i principi fondamentali per la realizzazione di questa tecnica: il caldo (la soluzione, se riscaldata, risulta essere meno dolorosa durante l'iniezione); il tocco morbido (inserire l'ago in modo deciso ma delicato); lento e costante (iniettare lentamente, mantenendo la velocità costante per far risultare meno dolorosa l'iniezione).

Sempre per la riduzione del dolore, principale causa di fobia post traumatica, un metodo utile può essere l'utilizzo della crema *Eutectic mixture of local anesthetics* (Emla) (Lynn, 2010), contenente lidocaina e prilocaina, indicata per l'esecuzione di un'anestesia topica della cute: riduce l'ipersensibilità al dolore e inibisce la sensazione fastidiosa dell'ago che penetra la cute.

Una nuova soluzione presentata dalla letteratura è la combinazione di freddo e vibrazione. Il presidio con queste caratteristiche è "*Buzzy bee*" (Lynn, 2010), un'ape vibrante con un impacco di ghiaccio che, posta poco al di sopra della sede della venipuntura e messa in funzione per tutta la sua durata, riesce a bloccare la trasmissione nervosa del dolore dando un significativo sollievo alla persona. Viene utilizzato maggiormente per l'assistenza pediatrica, sebbene sia efficace anche negli adulti.

Fondamentale durante una procedura con aghi è, oltre alla riduzione del dolore, la capacità di controllare ansia e stress delle persone fobiche. Per questo sono state ideate tecniche per la gestione rapida dello stress (Mackereth et al., 2012). La *Mindful moist mouth* sostiene che, per la riduzione della sensazione fastidiosa di bocca asciutta provocata dallo stress, sia efficace masticare una gomma o stringere la punta della lingua stimolando la produzione di saliva. Inoltre, sorseggiare acqua o saliva servirebbe ad interrompere l'intensificazione dell'ansia. Questa tecnica può essere insegnata alle persone interessate che potranno utilizzarla anche autonomamente.

Un'altra soluzione è l'utilizzo delle palline anti-stress come mezzo distraente, ma soprattutto come presidio per instaurare una respirazione adeguata, in quanto nei momenti di ansia e paura la respirazione tende a diventare tachipnoica. Gli esperti suggeriscono di invitare la persona a comprimere la pallina durante l'inspirazione per poi, espirando, guardarla riacquistare la sua forma. Questi dispositivi possono avere forme divertenti, raffiguranti medici e infermieri.

La tecnica comportamentale *Three-step progressive muscle relaxation training* si basa sul tentativo di reindirizzare l'attenzione della persona, cercando di farle rilassare la muscolatura di tre aree del corpo: piedi, ginocchia e mani.

Gli autori consigliano di partire dai piedi, zona più lontana dalla sede del prelievo e utile per il ritorno venoso, riducendo il rischio di reazione vasovagale. La tecnica consiste nel far contrarre i muscoli inspirando e di farli rilassare durante l'espiazione, ripetendo questa sequenza quattro volte per ciascuna zona. In questo modo la respirazione si regolarizza e si interrompe la risposta fisiologica attacco o fuga.

Un'altra tecnica che ha lo scopo di spostare l'attenzione dalla procedura è la visualizzazione (Andrews et Shaw, 2010). Il metodo utilizzato maggiormente è quello della visualizzazione geografica, per cui la persona viene invitata ad immaginare un luogo reale o meno che le susciti una sensazione di calma, tranquillità e di posto sicuro. Per questo motivo la visualizzazione è considerata personale. Inoltre è di fondamentale importanza anche il coinvolgimento di altri aspetti sensoriali, come quello olfattivo e cinestetico. Oltre alla più utilizzata visualizzazione geografica, si possono anche utilizzare domande veloci che instaurano una conversazione su argomenti come lavoro, scuola, tempo libero.

Queste stesse domande permettono anche l'instaurarsi di un rapporto positivo tra infermieri e assistito, in quanto quest'ultimo si sente valorizzato. Nei dati qualitativi raccolti nelle interviste condotte su dieci infermieri e due medici di famiglia che praticano la visualizzazione nella zona di West London e Buckinghamshire, si osserva che questa tecnica risulta essere l'unica e l'ultima opzione terapeutica disponibile.

Per quanto riguarda la distrazione verso gli stessi presidi che vengono utilizzati, sono stati creati gli *Stress-reducing medical devices* (Kettwich et al., 2007). Questi presidi, siringhe e butterfly decorati con design particolari, sono stati ideati con lo scopo di stimolare aree del cervello che solitamente non sono associate alla risposta ad una minaccia. In questo modo questi strumenti riescono a sopprimere ansia, paura e avversione associata a fobia per gli aghi. Per verificare la loro effettiva efficacia è stato eseguito uno studio Rct su un gruppo in terapia chemioterapica di 25 adulti e 25 bambini reclutati presso l'Università dell'Ospedale di New Mexico. I presidi a cui le persone sono state esposte sono: siringhe di dimensione 10 ml decorate con note musicali, fiori e faccine sorridenti; butterfly con ali decorate con fiori, farfalle, pesci e smile. Per valutare il grado di stress complessivo è stata utilizzata la *Visual analogue overall stress scale* (Voss), il cui punteggio è la somma degli score generati dalle tre seguenti scale: *Vaas* (*Visual analogue anxiety scale*) per la valutazione dell'ansia, *Vafs* (*Visual analogue fear scale*) per la paura e *Vas* (*Visual analogue aversion scale*) per l'avversione agli aghi. Per quanto riguarda il gruppo degli adulti, il 100% di quelli che soffrono di fobia degli aghi hanno risposto positivamente a questi presidi, con una riduzione media del 77% nei punteggi della Voss per gli aghi butterfly e del 60-65% per le siringhe. Inoltre è da sottolineare che il 90% degli adulti partecipanti ha preferito gli *stress-reducing devices* e il 100% ritiene che debbano essere disponibili nella pratica quotidiana per la chemioterapia nei bambini e il 76% negli adulti.

Per le persone che soffrono di paura degli aghi e hanno la necessità di eseguire periodicamente terapie con iniezioni intramuscolari o sottocutanee, è consigliata l'iniezione autoinflitta (Lopez et al., 2011). Nel *Day-care hospital* di Sabadell (Spagna) gli infermieri hanno stabilito un programma educativo per le persone affette da Epatite C individuate per la terapia con Interferone e Ribavirina con la paura degli aghi.

Per raggiungere gli *outcome* prestabiliti, ovvero autocontrollo della paura, autogestione della terapia e soddisfazione della persona, sono stati stabiliti degli interventi infermieristici:

- riduzione dell'ansia - spiegando l'intera procedura, provando a comprendere la prospettiva della persona;
- rinforzo iniziale - promuovendo un controllo graduale della situazione, aiutando l'assistito a riflettere sui vantaggi della auto-iniezione, stimolando flessibilità della tempistica, promuovendo maggiore autonomia e minor necessità di essere vincolati al centro di cura;
- rinforzo di sicurezza - rimanendo con la persona durante la prima auto-iniezione.

È stato previsto che, dopo il terzo appuntamento, l'intervento dell'infermiere si riduce alla sola supervisione, mentre la persona eseguirà autonomamente l'intera procedura.

Considerazioni

La letteratura ha fornito alcuni spunti interessanti per quanto concerne le tecniche utili per affrontare e superare l'ansia e la fobia degli aghi; considerando l'alta prevalenza di persone con paura degli aghi, per di più ritenuta sottostimata, si deduce che l'utilizzo di queste tecniche sia solo parziale. L'efficacia di alcuni di questi mezzi e approcci assistenziali è stata verificata e accertata in molteplici studi, anche se spesso il campione scelto non poteva essere reputato sufficientemente adeguato.

Ciò nonostante è da evidenziare che una delle principali lacune relative a questo problema assistenziale è la mancata e inadeguata formazione del personale sanitario e infermieristico in particolare. Per questo sarebbe necessaria una formazione e prima ancora sensibilizzazione mirata, in modo da fornire un sostegno reale per queste persone. Si deve anche sottolineare che nei servizi dovrebbero rendersi disponibili dei presidi necessari e più adeguati, come gli *stress reducing medical devices* citati in letteratura ma ancora poco presenti nella realtà italiana.

Per quanto riguarda l'ansia e la fobia degli aghi nelle persone adulte, anche la letteratura scientifica non affronta in modo adeguato questo problema: dovrebbe esserci una presenza più cospicua di studi e contributi sui metodi maggiormente efficaci nel trattamento e nella gestione di persone adulte con ansia e fobia per gli aghi, visto che il benessere e la tutela della persona assistita sono obiettivi della professione infermieristica.

Conclusioni

Questa revisione ha fornito sicuramente spunti interessanti per quando riguarda l'individuazione di tecniche e approcci assistenziali per affrontare e risolvere la fobia degli aghi in persone adulte. Tuttavia è da sottolineare che probabilmente la vera questione non sta nell'individuazione di metodi efficaci per risolvere la fobia, piuttosto in una scarsa sensibilità al fenomeno. Si deve quindi evidenziare che si deve promuovere un'attenzione più spiccata, anche da parte della letteratura, visto che questo è un goal previsto dal Codice deontologico stesso degli infermieri italiani, quindi dal proprio mandato professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Andrews G J, Shaw D (2010). *“So we started talking about a beach in Barbados”*: visualization practices and needle phobia. *Social science & medicine* 71(10): 1804-1810;
- Cox A C, Fallowfield, L (2007). *After going through chemotherapy I can't see another needle*. *European journal of oncology nursing* 11: 43-48;
- Goodspeed R B, Lee B Y (2011). *What if... a patient is highly fearful of needles?* *Journal of ambulatory care management* 34(2): 203-204;
- Karunaratne M (2010). *Neuro-linguistic programming and application in treatment of phobias*. *Complementary therapies in clinical practice* 16(2010): 203-207;
- Kettwich S C, Sibbitt W L Jr, Brandt J R, Johnson C R, Wong C S, Bankhurst A D (2007). *Needle phobia and stress-reducing medical devices in pediatric and adult chemotherapy patients*. *Journal of pediatric oncology nursing* 24(1): 20-28;
- Kose S, Mandiracioglu A (2007). *Fear of blood/injection in healthy and unhealthy adults admitted to a teaching hospital*. *Int J Clin Pract* 61(3): 453-457;
- Lynn K (2010). *Needle phobics: stuck on not getting stuck*. *Mlo: Medical laboratory observer* 42(9): 46-48;
- Lopez M, Moreno L, Dosal A, Pujol M M, Vergana M, Gil M (2011). *Interferon and the fear of needles*. *Gastroenterology nursing* 34(5): 384-388;
- Mackereth P, Hackman E, Tomlinson L, Manifold J, Orrett, L (2012). *“Needle with ease”: rapid stress management techniques*. *British journal of nursing* 21(14): 18-22;
- Sokolowski C J, Giovannitti J A Jr, Boysen S G (2010). *Needle phobia: etiology, adverse consequences and patient management*. *Dent Clin North Am* 54(4): 731-744;
- Wright S, Yelland M, Heathcote K, Ng S K (2009). *Fear of needle nature and prevalence in general practice*. *Australian family physician* 38(3): 172-176.



CONTRIBUTI

Il contributo informatico nella compilazione della cartella clinica integrata

di **Giovanni Parravicini (1)**, **Valentina Spedale (2)**

(1) *Infermiere libero professionista*

(2) *Tutor e Docente Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi Milano Bicocca*

Corrispondenza: g.parravicini3@campus.unimib.it

La cartella clinica integrata è ormai utilizzata quotidianamente in molte realtà sanitarie, ma vi sono senza dubbio margini di miglioramento di questo strumento d'équipe. Dall'introduzione dei sistemi informatizzati ad oggi si è evidenziato in letteratura che sussistono barriere tra il professionista e la raccolta dei dati, in particolare mancanza di tempo per la compilazione, indisponibilità di sistemi informatici operativi efficienti e difficoltà nell'inserimento dei dati.

Si è deciso di approfondire l'argomento con l'intento di ricercare le prove di efficacia per una compilazione efficace della cartella clinica integrata, al fine di raggiungere un'ottimizzazione dei tempi, quindi maggiore disponibilità per l'assistenza diretta alla persona assistita o per altre prestazioni previste tra i numerosi interventi pianificati nel workflow quotidiano.

L'introduzione di innovazioni che portino ad una riduzione del tempo di compilazione della cartella clinica integrata, senza sminuirne l'importanza assistenziale e che siano mirati al miglioramento della percezione e consapevolezza del professionista rispetto alla stessa, è necessaria per un'assistenza orientata all'eccellenza.

Nel periodo di innovazione tecnologica che stiamo vivendo ci siamo quindi chiesti che tipo di contributo le nuove tecnologie informatiche possano dare alla professione infermieristica rispetto ai metodi di compilazione della cartella clinica integrata.

Qual è lo stato dell'arte?

L'utilizzo di una cartella clinica integrata informatizzata, rispetto a quello di una cartacea, riduce il tempo di compilazione della cartella da parte degli infermieri?

Nel primo studio osservazionale preso in esame, condotto da Clancy et al. (2007), gli autori si sono posti come obiettivo la ricerca di metodi predittivi sull'impatto degli *Electronic health records* (Ehr) sulla pratica clinica attraverso un software di calcolo. Viene dimostrato statisticamente come, dopo l'implementazione degli Ehr e l'utilizzo degli stessi mediante linee guida esplicitamente istituite dalle aziende, ci siano stati significativi cali di ore annue totali. Il lavoro complessivo in termini di ore/annue per l'infermiere, detto *process time*, passa nel post-implementazione di Ehr da 8374,28 ore a 5892,014, comportando così una riduzione del 12,56% di ore annue (**Tabella 1**). Lo studio sottolinea inoltre come con l'implementazione di Ehr si raggiunga un risparmio di 121,513 mila dollari, grazie alla tecnologia che evita errori obsoleti e ripetizioni di esami.

Tabella 1 - Comparazione delle ore totali annue dedicate a specifiche prestazioni calcolate con un simulatore Pre e Post implementazione di sistemi informatizzati (Clancy et al., 2007)

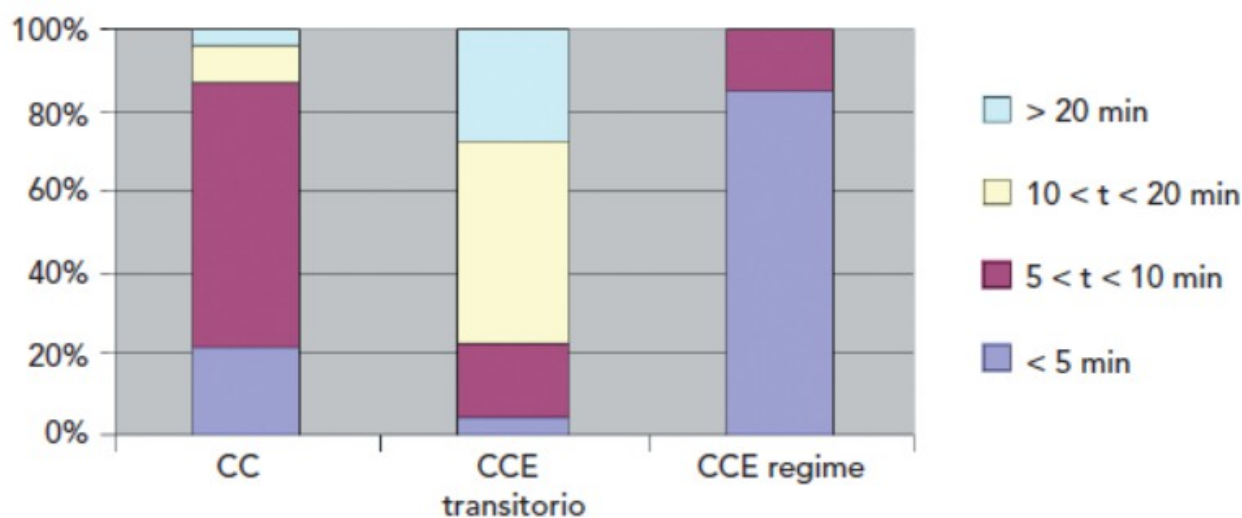
Variables; Process Delay (hours)	Pre-EHR (simulated)	Post-EHR (simulated)	Difference	+/- 95% Confidence Interval
MD Work Time	207.05	388.747	181.69*	1.62; 18.77
Nurse Work Time	8,374.28	5,892.01	(2,488.27)*	183.6; 263.3
Lab	1,195.2	1,040.02	(155.18)*	6.82; 15.17
Radiology	716.1	585.91	(130.19)*	0; 50.24
Pharmacy	1,164	632.85	(529.15)*	0; 40.11
Respiratory Care	862.08	589.18	(272.91)*	33.71; 39.09
ECGs and Echos	694.020	678.65	(15.37)	0; 26.3

Perry (2008) evidenzia nel suo studio gli esiti positivi riscontrati al *Dublin methodist hospital* con l'introduzione di nuove tecnologie e sistemi informatizzati: in particolare sottolinea la percezione degli infermieri nettamente a favore dell'implementazione. Con la possibilità di poter entrare in stanza dell'assistito aggiornando la cartella mediante un notebook portatile che sostituisce la versione cartacea precedente, accessibile solo con badge personale, si ottiene un miglioramento a favore del tempo di assistenza diretta al malato.

Un altro parere positivo a favore della compilazione di una cartella clinica integrata informatizzata viene espresso nell'articolo di Kunz (2010), nel quale l'autrice afferma, supportata dallo studio di Korst et al. del 2005, che il tempo di compilazione della cartella clinica integrata rappresenta il 5.1% del totale lavorativo giornaliero dell'infermiere attraverso l'uso della cartella elettronica, contro il 10.5% utilizzando la cartella cartacea. Nello studio qualitativo di Cornell et al. (2010) gli autori indagano in quattro studi il tempo dedicato a diverse attività che l'infermiere compie nell'arco di una giornata lavorativa. Le attività svolte mediante strumenti elettronici sono al terzo posto, precedute solo da "camminare" e "comunicare"; comportano il 19% del totale lavorativo giornaliero e comprendono la navigazione, la ricerca di informazioni al computer e la documentazione della cartella clinica integrata.

Corradini et al. (2010), presso l'ospedale Valduce di Como, con uno studio osservazionale hanno comparato l'utilità della cartella clinica elettronica (Cce) e cartacea (Cc), calata nel nursing practice rispetto ai seguenti indicatori di performance: tempo di pianificazione dell'assistenza infermieristica, passaggio di informazioni durante il cambio turno, note condivise, gestione della terapia farmacologica, parametri vitali e infine clima organizzativo. Dallo studio è emerso che nella pianificazione con cartella cartacea il 65% degli utenti impiegava dai cinque ai dieci minuti, mentre con quella informatizzata l'85% degli utenti impiegava un tempo minore di cinque minuti (**Grafico 1**).

Grafico 1 - Valutazione del tempo di pianificazione per l'assistenza infermieristica mediante l'utilizzo di una Cartella clinica cartacea (Cc), periodo transitorio con Cartella clinica elettronica (Cce transitorio) e infine mediante Cartella clinica elettronica a regime (Cce regime) (Corradini et al., 2010)



Dallo studio, condotto su un campione di 22 infermieri e 81 cartelle, emerge inoltre che l'89% della popolazione in oggetto preferisce l'uso della cartella informatizzata. Il tempo di passaggio di consegna, grazie alla cartella informatizzata, viene ridotto di cinque minuti circa.

Nella revisione della Cochrane di Urquhart et al. (2010), in cui vengono analizzati articoli di tutta la letteratura fino al 2008, gli autori si prefiggono di ricercare gli effetti dei sistemi informatizzati sulla pratica infermieristica e sugli outcome degli assistiti. Su 38 articoli reperiti in letteratura, solo 9 sono stati presi in considerazione. Secondo gli autori non ci sono forti segnali che indichino un netto miglioramento nel tempo di compilazione della cartella clinica integrata con l'utilizzo di quella informatizzata.

Goldschmidt K et al. (2012) esprime un parere personale, ammonendo i precipitosi. L'efficienza dell'innovazione tecnologica comporta un periodo antecedente e fondamentale di ricerca e sperimentazione dei migliori sistemi informatizzati che conducano ad evitare eventuali problemi successivi per la "riparazione di danni", che causerebbero costi aggiuntivi da sostenere.

Lo studio qualitativo di McDonald et al. (2012) è condotto a partire dall'implementazione della cartella clinica integrata secondo l'analisi di quattro diversi outcome percettivi degli infermieri: l'esito dell'implementazione sullo staff e sul workload, sul tempo risparmiato, sull'accuratezza dello strumento elettronico e sull'accreditamento normativo, sulle cure dell'assistito. Dallo studio si evince il notevole contributo e l'impatto positivo della cartella clinica integrata informatizzata sugli infermieri con buone basi informatiche e con un *personal decision style* consolidato. Risultano invece negative le percezioni da parte del personale sottoposto ad un elevato livello di stress personale o poco fiducioso nelle potenzialità dei sistemi informatizzati o non sufficientemente alfabetizzato dal punto di vista informatico o privo di un *personal decision style*.

Nell'articolo di Robinson (2012), che ha interpellato un campione di 2554 infermieri, emerge che la compilazione della cartella viene percepita come la pratica meno gradita della professione, che occupa il 25% del tempo di *workflow* quotidiano.

L'autore sfrutta come esempio esplicativo di miglioramento l'*Nns foundation trust*, che ha guadagnato 1200h/annue per ogni infermiere attraverso l'implementazione di sistemi informatizzati sin dal primo anno di utilizzo.

I brasiliani Lima et al. (2012) si sono posti l'obiettivo di cogliere la percezione degli infermieri in seguito all'introduzione del sistema informatizzato. Allo studio hanno aderito 11 infermieri che hanno riportato le loro osservazioni riguardo al periodo di studio. Le percezioni più frequenti e rilevanti sono state: maggior rapidità di compilazione, ammissione di persone nel sistema facilitata, migliori reperibilità e leggibilità dei dati.

Considerazioni

Analizzando lo stato dell'arte sull'argomento, troviamo che la review della letteratura della Cochrane, pubblicata nel 2010 ma riconducibile a studi eseguiti negli anni precedenti il 2008, dimostra come non ci siano prove sufficienti che indichino un sostanziale miglioramento nel tempo di compilazione della cartella clinica integrata quando si utilizza un modello informatizzato piuttosto che cartaceo. Nella letteratura più recente, invece, sono molti gli studi a favore dell'utilizzo di una cartella clinica integrata informatizzata. Basti pensare che negli ultimi anni sono aumentati nella professione dell'infermiere corsi di formazione per agevolare l'utilizzo di sistemi informatizzati, proposti già a livello di formazione universitaria.

L'evoluzione tecnologica innescata con WEB 2.0 nell'ambito extrasanitario comporta una predisposizione all'utilizzo della tecnologia e quindi di sistemi informatici. Questo spiegherebbe come le percezioni, sia degli esperti che delle popolazioni campioni di infermieri, siano per la stragrande maggioranza a favore dell'utilizzo delle cartelle informatizzate. Il fatto che da alcuni studi emergano evidenze basate su percezioni non è un fattore secondario in quanto esse, pur derivando da esperienze prettamente individuali e soggettive, sembrano migliorare anche il vissuto professionale e il rapporto tra l'infermiere e la cartella, oltre che la qualità dell'assistenza.

Dalla letteratura più recente emerge che la maggior parte degli infermieri preferisce una cartella clinica integrata informatizzata poiché essa permette di organizzare e migliorare l'elaborazione delle informazioni da parte del professionista, redigendo in economia di tempo uno strumento efficace ed insostituibile. Questa preferenza non giustifica però un passaggio radicale dalla cartella cartacea a quella informatizzata, perché necessitano ulteriori evidenze ed un supporto scientifico più ampio.

Dal punto di vista dell'innovazione tecnologica dei sistemi informatici sono stati riscontrati miglioramenti quantitativi nel tempo di compilazione.

Conclusioni

Per comprendere fino in fondo le considerazioni sopra enunciate è necessaria una premessa fondamentale: ricercando una risposta concreta alla domanda iniziale (Qual è lo stato dell'arte?), ci si accorge che nel valutare il tempo di compilazione della cartella clinica integrata bisogna tener conto, oltre che della centralità rappresentata dalla persona assistita, di alcune variabili: 1. il momento temporale nel quale viene compilata la cartella; 2. il compilatore; 3. la cartella stessa.

1. Il momento temporale è un parametro altamente volatile e quindi poco prevedibile, in quanto direttamente dipendente da fattori interni ed esterni nel quale il compilatore si trova (stato emotivo alterato del compilatore, luogo della compilazione non idoneo, priorità assistenziale in casi di emergenza-urgenza).
2. Il compilatore è rappresentato dall'infermiere o dal professionista che si accinge a introdurre dati nella cartella clinica integrata. È un parametro su cui bisogna agire primariamente a partire dalla formazione universitaria, dall'organizzazione di corsi, convegni e seminari didattici, anche dopo l'avvenuta formazione del professionista stesso. Avvalorando quindi il rapporto tra l'infermiere e lo strumento, si prevencono errori grossolani, si migliora la compliance di compilazione da parte del professionista e, più importante, si migliora la qualità dell'assistenza erogata.
3. La cartella clinica integrata. Essa viene distinta dalle realtà sanitarie in cartacea e informatizzata. L'obiettivo da ottenere è raggiungere una cartella che sia il più efficiente possibile. Ottenere l'efficienza massima non è così immediato, poiché devono essere considerate alcune variabili: il tempo di compilazione, la compliance di compilazione dell'infermiere e l'efficienza costo-beneficio.

Con questo contributo si è indagato un outcome di uno dei tre aspetti migliorabili nella compilazione della cartella clinica, arrivando alla conclusione che con l'evoluzione dei sistemi di software e hardware i pronostici a favore di una cartella clinica integrata informatizzata non possono che essere positivi.

Il cambiamento del trend sembra iniziato da tempo, le difficoltà economiche moderne e gli atteggiamenti di rigidità derivanti dall'incapacità di adeguarsi ai cambiamenti repentini nella raccolta dei dati oppongono resistenza, rallentando questo processo, ma l'introduzione a lungo termine in via definitiva di cartelle cliniche integrate informatizzate sembra ineluttabile.

BIBLIOGRAFIA

- Perry C (2008). [High-tech hospital gives staff more patient time](#). Hospital case, anagement; 16 (4): 56-8;
- Cornell P; Riordan M; Herrin-Griffith D (2010). [Transforming nursing workflow. Part 2: the impact of technology on nurse activities](#). Journal of nursing administration; 40 (10): 432-9;
- Corradini M, Frigerio D, Castelli R (2010). *La cartella clinica elettronica dell'Ospedale Valduce di Como: analisi comparativa della documentazione infermieristica cartacea e digitalizzata*. L'Infermiere; 47(2):34-41;
- Goldschmidt K, Grossman M (2012). *Technology and the illusion of saving time*. Journal of pediatric nursing; 27(4):423-4;
- Lima A F, de Oliveira Melo T (2012). [Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation](#). Escola de Enfermagem Usp; 46(1):175-83;
- Kunz M K (2010). [Embracing the electronic medical record: helping nurses overcome possible barriers](#). Nursing for women's health; 14 (4): 290-300;
- McDonald T, Russell F (2012). *Impact of technology-based care and management systems on aged care outcomes in Australia*. Nursing and health science; 14(1):87-94;
- Robinson G, Lomas C (2012). *The burden of bureaucracy*. Nurse standard; 26(30):22-4;
- Clancy Thomas R, Delaney C W, Segre A, Carley K, Kuziak A, Yu H (2007). [Predicting the impact of an electronic health record on practice patterns using computational modeling and simulation](#). Amia Annual symposium proceeding; p145-9;
- [Urquhart C, Currell R, Grant M J, Hardiker N R](#) (2009). *Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes*. The Cochrane collaboration; (1)1-67.

Sitografia

- <http://www.ecmccampus.it/#1>. Consultato il 15 giugno 2013
- http://www.ipasvibo.it/documenti/riviste/2007/02/pag_32.pdf. Consultato il 15 giugno 2013



ESPERIENZE

Le competenze relazionali nel gruppo di lavoro

di **Roberta Oriani**

Infermiera, psicologa, docente del Corso di laurea in Infermieristica, Aosta

Corrispondenza: roriani@ausl.vda.it

Il gruppo

Nel linguaggio comune il termine “gruppo” presenta un’ambivalenza di fondo: viene visto come una risorsa ma anche considerato con diffidenza. Secondo Speltrini (2002) il gruppo, la vita e il lavoro con gli altri sono costitutivi dell’esistenza umana ma tutto ciò implicherebbe l’uso di competenze gruppali necessarie per superare complessi di conflittualità favorendo l’appartenenza.

Nei contesti lavorativi sanitari agli individui viene richiesto un mix di capacità distinguibili in tecniche specialistiche, relazionali e organizzative.

I gruppi di lavoro nei contesti di cura sono sicuramente più di altri a rischio di sviluppare quei malesseri che Kaës (1996) definisce “sofferenze istituzionali” in quanto sono poste a confronto con tensioni massicce, generate dal loro compito primario e dall’oscillazione continua tra l’onnipotenza e l’impotenza nella cura delle malattie.

Nell’assistenza alle persone malate e nel contatto con le sofferenze, la morte, le menomazioni, il personale di cura si trova soggetto all’alternanza di sovraeccitazioni e sottoeccitazioni e ciò determina un meccanismo di risonanza con le angosce arcaiche che possono deformare lo spazio grupale istituzionale soprattutto là dove non vi è un contenimento: se non vi è una trasformazione della sofferenza, questa ricade sul processo grupale determinando “un’intossicazione”.

Ciò causa una caduta dei sistemi di alleanza che determinano una rottura del “contratto di appoggio” tra i membri del gruppo: questo contratto è indispensabile alla funzionalità di ogni istituzione in quanto presume il riconoscimento dei colleghi, l’accoglienza, il contenimento, la trasformazione di vissuti dolorosi. Inoltre, suppone l’esistenza di mutui legami che permettono la presa in carico della sofferenza grupale.

Le competenze relazionali nel gruppo di lavoro

Le capacità relazionali assumono una rilevanza nel team ove il raggiungimento degli obiettivi è legato alla coesione tra i membri. Lo scopo del lavoro effettuato è stato quello di indagare le competenze gruppali del personale infermieristico di 9 strutture complesse dell’Ospedale “Umberto Parini” di Aosta e di verificare se tali competenze possano essere influenzate da alcune variabili (anagrafiche, esperienza, contesto e fiducia nel gruppo di lavoro).

L’indagine è stata condotta su nove reparti ospedalieri in cui svolgono il tirocinio gli studenti del corso di laurea in infermieristica: in queste sedi i temi della relazione, del gruppo e delle competenze vengono affrontati in corsi di formazione e quindi il personale infermieristico ha sviluppato una sensibilità verso tali argomenti. Gli infermieri coinvolti sono stati 120.

Lo strumento utilizzato è stato un questionario costruito ad hoc, estrapolando alcuni items, maggiormente rappresentativi di situazioni relazionali gruppali, da test validati e adattati come la Sib – Scala di valutazione del comportamento interpersonale ed assertivo - di Willem Arrindell e il Big five test, di C. V. Caprara, C. Barabaranelli, L. Borgogni. Lo strumento finale contava 50 items che rappresentano situazioni sociali e lavorative con cui l'infermiere si confronta quotidianamente.

L'analisi delle variabili del questionario ha permesso di individuare 6 fattori che sembrano essere rappresentativi delle competenze relazionali gruppali che gli infermieri coinvolti nell'indagine hanno indicato come maggiormente significativi:

1. gestione dei limiti personali;
2. coerenza nelle proprie opinioni;
3. cooperazione;
4. apertura;
5. cordialità;
6. supporto.

Questi sei fattori emersi trovano in letteratura i seguenti punti di accordo:

- la **gestione dei limiti personali e supporto** consentono di creare delle alleanze tra i colleghi, contribuendo a costruire quei legami istituzionali (Kaës, 1998) che permettono la presa in carico della sofferenza gruppale. L'ammettere con i colleghi i propri limiti, il saper chiedere aiuto portano ad un avvicinamento all'altro in quanto simile a sé. La consapevolezza del proprio o altrui disagio determina un aumento del sostegno tra i colleghi, dell'apertura e della flessibilità nell'affrontare le difficoltà. (Bertani e Mazzoleni, 2003). Come sostiene E. Diet (1998): "... *Ci appoggiamo tutti ai nostri gruppi di appartenenza e l'istituzione e l'organizzazione non sono cose esterne, ma oggetti e sistemi di relazioni introiettate e investite...*";
- la "cooperazione" è legata all'integrazione (Quaglino, 1992) che sviluppa la collaborazione tra i membri, ove la relazione è fondamentale in quanto permette ai membri stessi di condividere un obiettivo. Per raggiungere l'obiettivo, oltre alla chiarezza, ci deve essere accordo reciproco sui risultati da raggiungere (Kets De Vries, 2001). Molte ricerche effettuate tra il personale sanitario dimostrano come la collaborazione è strettamente legata ad una comunicazione chiara, alla condivisione dei ruoli e dei valori ed al rispetto del punto di vista dell'altro;
- la **coerenza con le proprie opinioni** sottolinea la capacità dell'operatore nell'esprimere e mantenere le proprie opinioni e viene analizzata anche nell'*Interaction process analysis* (Bales 1950, 1970);
- l'**apertura** viene descritta dagli items del Big five test come "l'andare in cerca di una soluzione nuova a quei problemi per i quali ne è già disponibile una efficace, l'essere affascinato da ogni novità, credere che un problema possa essere risolto in modi molto diversi". Secondo Quaglino (1998): "... *È anche la percezione di esprimere le proprie idee, i dubbi, i sentimenti. L'apertura permette di accettare anche il disaccordo e il dissenso, indispensabili per il risultato finale; preserva il gruppo dal conformismo, aumentando la creatività e riducendo i rischi degli errori...*" Tale abilità risulta fondamentale quindi in un lavoro di squadra, in un contesto sanitario dinamico che richiede ai suoi operatori di essere elastici ma anche creativi e innovativi per affrontare nuove sfide.

Alcune considerazioni

Dall'analisi effettuata sui fattori indicati è emerso che l'apertura è probabilmente influenzata dal contesto, quindi si può ipotizzare, come sostiene anche Ekavall G. (1997) che "... *un ambiente sereno basato sulla fiducia permette una maggiore sicurezza nelle relazioni; quando c'è un alto livello di fiducia le persone osano di più, si sentono libere di uscire dagli schemi e di avere altri punti di vista e possono essere prese iniziative senza timore...*". Sembrano invece non avere alcuna influenza le variabili riferite all'età anagrafica e all'anzianità di lavoro.

Si evidenzia inoltre, come la fiducia influenzi i sei fattori estratti e quindi è possibile pensare che le competenze relazionali gruppali degli infermieri siano favorite dall'atmosfera di fiducia presente tra i membri del team. Scrima e Di Maria (2009) sostengono che "... *La fiducia è uno degli elementi predittivi dell'efficienza dei gruppi di lavoro, che determina il sentirsi sicuro delle proprie capacità, il confidare nelle proprie esperienze e conoscenze ed in quelle degli altri...*".

Anche Kets de Vries afferma che là dove regna la fiducia, qualunque sia il luogo - la foresta pluviale, la società pigmea o l'ufficio di New-York - tutto si risolve.

La capacità di relazionarsi nel gruppo di lavoro è fondamentale in un contesto sanitario ove l'incontro con la malattia e la sofferenza portano gli infermieri a vivere momenti di smarrimento: il gruppo diviene la rete per contenere e trasformare le angosce arcaiche. La formazione infermieristica dovrebbe quindi prevedere l'acquisizione di tali competenze in quanto la relazione è un processo chiave che permette il funzionamento operativo del gruppo di lavoro grazie non solo allo scambio di informazioni ed al raggiungimento degli obiettivi, ma favorendo la collaborazione, la fiducia e la coesione. È essenziale indurre nei membri del gruppo una consapevolezza sulla necessità di possedere delle competenze relazionali che favoriscano l'integrazione e la reciprocità: tutto ciò risulta fondamentale soprattutto in un contesto di cura ove a volte i vissuti sono così densi di sofferenza da bloccare le relazioni, la comunicazione, il supporto tra gli operatori.

BIBLIOGRAFIA

- Arrindell W, Nota L, Sanavio E, Sica C, Soresi S (2004). *Sib. Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo*. Trento, Erickson;
- Ekavall G (1997). *Il clima organizzativo per la creatività e l'organizzazione*. Psicologia e Lavoro, 105;
- Kaës R, Pinel J P, Kerberger O, Correale A, Diet E, Duez B (2008). *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*. Borla;
- Kets De Vries M F R (2001). *L'organizzazione irrazionale*. Milano, Raffaello Cortina Editore;
- Quaglino G P (1990). *Appunti sul comportamento organizzativo*. Torino, Tirrenia Stampatori;
- Quaglino G P, Casagrande S, Castellano A (1992). *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*. Milano, Raffaello Cortina Editore;
- Scrima F, Di Maria F (2009). *Psicodinamiche di convivenza nel gruppo di lavoro: un'indagine esplorativa*. Risorsa uomo, fascicolo 4;
- Speltrini G (2002). *Stare in gruppo*. Bologna, Il Mulino.

ESPERIENZE

Come aiutare i *caregiver*? Risultati di un corso teorico-pratico sulle tecniche assistenziali di base

di Mario Degan (1), Federico Pegoraro (2), Cristina Dalla Riva (3), Stefania Zulpo (3), Elena Colalto (4), Francesca Vivian (5)

(1) Dirigente Servizio professioni socio-sanitarie (Spss)

(2) Infermiere coordinatore Servizio formazione

(3) Infermiere coordinatore Spss

(4) Infermiere Spss

(5) Fisioterapista Spss

Ulss 5 - Ovest Vicentino

Corrispondenza: servizio.professioni.sanitarie@ulss5.it

I *caregiver*, dal coinvolgimento al sostegno

I bisogni di salute della popolazione veneta sono in continua evoluzione: l'età media sta incrementando e, contemporaneamente, aumenta anche il numero di persone affette da patologie croniche, da comorbidità. e da disabilità (Pssr, 2012).

Le aziende sanitarie stanno adottando diverse strategie tese a costruire un'efficace alleanza con le famiglie poiché, di fatto, a quest'ultime è stata affidata buona parte dell'assistenza di base dei propri congiunti più fragili.

Si distingue, così, un'assistenza di tipo *formale* - quando le cure sono fornite da un professionista della salute - da una *informale* - prestata da persone, denominate *caregiver*, che già sono in contatto con i destinatari delle loro cure attraverso legami personali diretti, come i familiari, gli amici o i vicini di casa (Istat, 2011).

Diversi studi si sono interessati al fenomeno *caregiving*, dimostrando effetti positivi per la salute dell'assistito ma, soprattutto, una migliore qualità di vita.

Il prezzo per il *caregiver*, però, è l'essere sottoposto ad un elevato stress con effetti negativi che riguardano sia la dimensione fisica sia quella psicologica sia quella sociale.

Nel campo degli interventi di supporto, la *Registered nurse association of Ontario* raccomanda espressamente di "istruire e fornire informazioni alle famiglie per aiutarle a gestire gli eventi psicosociali stressanti attesi o inattesi" (Rnao, 2002).

L'infermiere, da sempre coinvolto in prima persona nel supportare le famiglie, deve quindi esplorare sempre nuove soluzioni per aiutare i *caregiver*.

In tal senso, il Servizio professioni socio-sanitarie dell'Ulss 5 ha promosso ed organizzato un corso di formazione rivolto ai *caregiver* per l'apprendimento delle tecniche assistenziali di base a domicilio.

Un'esperienza di formazione per i *caregiver*

Partendo dal presupposto che, indipendentemente dalla specifica patologia sofferta, gran parte degli assistiti in famiglia sono accomunati da bisogni comuni e trasversali, è stato creato un corso multidimensionale, incentrato sui problemi funzionali dell'assistito (mobilità, incontinenza, disorientamento, deglutizione, ecc.) ma anche con una particolare attenzione agli aspetti della qualità di vita ed al benessere del *caregiver*.

La struttura del corso

Il corso, gratuito, è aperto a tre diversi destinatari: i familiari, i volontari e le cosiddette badanti.

È articolato in moduli, ciascuno composto da lezione teorica, dibattito ed esercitazioni pratiche, per una durata complessiva di 14 ore.

Gli argomenti affrontati sono: modalità di gestione dello stress psico-fisico del *caregiver*, le tecniche assistenziali di base per mantenere e gestire la mobilità, l'igiene, l'alimentazione, l'eliminazione urinaria e fecale, il disorientamento spazio-temporale ed una panoramica dei servizi socio-sanitari e dei sussidi economici disponibili per le famiglie.

I docenti sono infermieri, fisioterapisti, educatori, logopedisti, dietiste ed assistenti sociali delle strutture ospedaliere e territoriali dell'Ulss che hanno elaborato e sviluppato contenuti, metodi e materiali didattici originali.

Ad ogni modulo sono compresenti due docenti, afferenti a diverse professionalità, in modo da fornire informazioni complete ai partecipanti e favorire il confronto interpersonale con i discenti, soprattutto nelle esercitazioni pratiche.

Nell'arco di 18 mesi sono state effettuate 16 edizioni del corso, con risultati molto lusinghieri per i promotori.

I risultati

Ecco di seguito i risultati presentati rispondenti a cinque domande.

1. Quanti *caregiver* hanno accolto la proposta formativa?

Nel progettare il corso, c'era il timore di non incontrare il favore dei destinatari sia per la possibile "timidezza a tornare a scuola" (convinzione di sapere già tutto, vergogna ad esporre le proprie emozioni ad altri, ecc.) sia perché i *caregiver* sono poco raggiungibili dai convenzionali sistemi di divulgazione (dépliant e locandine, comunicati stampa, ecc.).

La strategia vincente è stata il coinvolgimento diretto, tramite colloqui pre-dimissione ospedaliera oppure incontri a domicilio a cura di infermieri ed assistenti sociali.

Nei fatti, gli iscritti ai corsi sono stati complessivamente 473, in media quasi 30 per edizione, a coprire tutti i posti disponibili.

2. Quanti *caregiver* hanno effettivamente partecipato ai corsi?

Anche in questo caso si temeva che, alla prova dell'aula, i *caregiver* non riscontrassero utilità nei corsi (perché, ad esempio, troppo generici rispetto alle loro esigenze), oppure che non riuscissero a concluderlo perché, tipicamente, costretti ad una sorta di reclusione domestica per assistere il loro congiunto.

Complessivamente invece, 381 persone (oltre l'80% degli iscritti) hanno frequentato almeno tre moduli su quattro dell'intero corso.

3. Quali bisogni formativi avevano i *caregiver*?

Ai partecipanti sono stati somministrati alcuni questionari in modo che i docenti potessero sviluppare tematiche più pertinenti alla situazione vissuta ed invece tralasciare quelle meno significative.

Una prima serie di dati è servita a comprendere se i caregiver erano sottoposti allo stress tipico della loro condizione.

A tal fine è stato utilizzato il *Caregiver stress inventory* (Csi), uno strumento che analizza cinque diverse dimensioni del carico assistenziale:

- *oggettivo*, dipendente dal tempo e dalle competenze richieste;
- *evolutivo*, inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei;
- *fisico*, che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute di natura somatica;
- *sociale*, inerente la percezione di un conflitto con altri membri della famiglia;
- *emotivo*, che indaga i sentimenti negativi verso il familiare assistito.

È risultato che i caregiver mostrano maggiori livelli di stress per il carico *oggettivo*, quello cioè dovuto al deficit di competenze tecniche (“non saper come fare”) nel sostenere o sostituire l’assistito nelle attività di vita quotidiana.

Per le altre aree, più legate al vissuto soggettivo del caregiver (“non ce la faccio più”) i punteggi di stress erano meno importanti.

4. Come abbiamo risposto al bisogno formativo espresso?

Si è quindi costruito un corso teso, in particolar modo, al rapido apprendimento di tecniche assistenziali specifiche, rispondendo a semplici quesiti, ad esempio:

- come rifare un letto occupato?
- come controllare l’incontinenza urinaria e fecale?
- come lavare una persona allettata?
- come spostare la persona allettata dal letto ad una carrozzina?
- come utilizzare un bastone da passeggio?

A margine, sono state anche illustrate alcune semplici modalità di gestione dello stress, quali tecniche di respiro, di visualizzazione, ecc.

Una seconda sezione del questionario indagava le caratteristiche degli assistiti, affinché i partecipanti potessero ricevere suggerimenti mirati al tipo di problema assistenziale, attraverso moduli didattici supplementari da inserire solo se si fossero rilevati specifici bisogni (come la gestione di stomie intestinali o del catetere vescicale, dell’aggressività nelle persone disorientate, del lutto per le patologie terminali, ecc.).

Come ci si aspettava, l’età media degli assistiti era elevata: in media 81 anni e con il 67% dei partecipanti con un’età superiore a 75 anni; il 56% erano donne ed il 44% “single” (vedovo, divorziato o non coniugato).

L’analisi dello stato funzionale ha rivelato complessivamente un quadro di media disabilità, dovuto a patologie di natura cronica ed ingravescente (esiti di ictus cerebrale, morbo di Alzheimer, etc.).

In riferimento alle attività di vita quotidiana, si evidenziano più alti livelli di dipendenza nell’ambito della mobilità (spostarsi, vestirsi, lavarsi) e meno nella continenza uro-fecale e nell’alimentazione.

Più specificatamente, il 4% degli assistiti era costantemente a letto, il 28% era in grado di spostarsi solo in carrozzina, mentre il 22% ed il 42% deambulavano, rispettivamente, con aiuto oppure autonomamente.

Rispetto alla competenze relazionali, il 23% non era in grado di comprendere ciò che gli si diceva ed il 14% non riusciva a comunicare verbalmente.

L'11% portava un catetere vescicale a permanenza ed il 2% una gastrostomia percutanea, mentre nessuno degli assistiti aveva stomie tracheali, intestinali od urinarie. Il 9% era affetto da lesioni da compressione.

5. Il corso è stato gradito?

A tutti i partecipanti è stato somministrato un questionario a 8 domande con scala 0-7: utilità del corso, ricaduta delle tecniche apprese nel quotidiano, corrispondenza tra programma divulgato e quello poi effettivamente proposto, qualità dei supporti organizzativi e tecnici, chiarezza dei materiali didattici, qualità dei docenti, livello di apprendimento, giudizio complessivo.

Valori elevati di gradimento sono stati ottenuti in tutti gli indicatori, compresi in media tra 6,2 e 6,7.

I punteggi più alti sono stati nel *giudizio complessivo* e per la *qualità dei docenti*, meno per la *qualità dei supporti organizzativi* e per il *livello di apprendimento* percepito. Questi ultimi due ambiti hanno presentato infatti la maggiore variabilità delle risposte.

Conclusioni

L'esperienza descritta dimostra che i corsi finalizzati all'acquisizione di tecniche assistenziali di base vanno incontro ad un significativo bisogno formativo dei *caregiver* ottenendo alti livelli di adesione e partecipazione, di gradimento e di apprendimento.

I corsi sono tuttora in continuo svolgimento ed appaiono un buon strumento per aiutare coloro che assistono a casa persone con livelli di dipendenza medio-lievi e agli esordi e che hanno una buona padronanza nella gestione dello stress psico-fisico-sociale correlato al *caregiving*.

Si è tuttavia consapevoli della difficoltà a favorire la partecipazione di altri *caregiver*, quelli coinvolti nell'assistenza domestica da più tempo e/o rivolta ad utenti più gravi. Per raggiungerli, si intende allora offrire uno/due interventi a domicilio di *counseling* familiare breve, al fine di orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del *caregiver*, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di prendere decisioni e di auto-organizzare un'assistenza personalizzata.

Presso l'Ulss 5 si sta lavorando perché, in via sperimentale, possa essere attuato un programma di visite domiciliari di *counseling* breve già a partire nell'anno 2014.

BIBLIOGRAFIA

- Istituto nazionale di statistica (2011). *Rapporto annuale: la situazione del Paese nel 2010*. Pagg. 163-190 - consultato il 26 settembre 2013 e disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110523_00/;
- Legge Regionale Veneto n. 23 del 29 giugno 2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016". Pagg. 19-34 - consultata il 26 settembre 2013 e disponibile all'indirizzo: <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095>;
- Registered nurse association of Ontario (2002). *Supporting and strengthening families through expected and unexpected life events*. Traduzione italiana a cura del Centro studi Ebn – Azienda ospedaliera Università di Bologna. Consultato il 26 settembre 2013 e disponibile all'indirizzo: www.evidencebasednursing.it/traduz_RNAO/Rinforzo_famiglie.pdf.

Nota: maggiori informazioni sul corso sono reperibili all'indirizzo:

http://www.ulss5.it/contenuti_speciali/contspec_professioni_sanit/

Il materiale didattico reperibile sul sito è liberamente utilizzabile citando la fonte.



ESPERIENZE

La percezione degli studenti sull'efficacia delle attività didattiche di tutorato nel Cli dell'Università di Bologna

di Antonio Nappo (1), Danilo Cenerelli (2), Sandra Scalorbi (3)

(1) Corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche dell'Università di Bologna

(2) Coordinatore responsabile della Sezione formativa Bologna1, Corso di Laurea in infermieristica dell'Università di Bologna

(3) Coordinatore didattico Sezione formativa Bologna1, Corso di Laurea in infermieristica dell'Università di Bologna

Corrispondenza: <mailto:nappoantonio1977@gmail.com>

**“Prendete i vostri libri e
le vostre penne,
sono la vostra arma più potente.
Un bambino, un insegnante, una penna e un libro
possono cambiare il mondo”**

Malala Yousafzai, 2013

Il percorso formativo infermieristico nel corso di Laurea in infermieristica dell'Università di Bologna (Sezione formativa BO1) si articola nell'insegnamento della disciplina infermieristica, nell'attività di laboratorio, nel tutorato clinico ed individuale e nel tirocinio clinico. Tali attività, fra loro correlate, sono finalizzate ad individuare, realizzare e garantire condizioni di apprendimento tali da facilitare e guidare lo studente nel raggiungimento degli obiettivi formativi.

Gli studi condotti sull'efficacia del tutorato in ambito formativo e clinico sono molti e altrettanti sono gli studi condotti sulla valutazione e validazione di strumenti idonei a valutare il livello di competenza sviluppato dallo studente (Wellard, 2007, Brosnan, 2006, Norman, 2002) e gli interventi tutoriali. L'acquisizione delle competenze dev'essere favorita e guidata in ogni momento del percorso formativo attraverso la riflessione sull'esperienza e la preparazione di un contesto adeguato; questi aspetti rappresentano il core della funzione tutoriale (Zannini, 2005). Le attività di tutorato rappresentano una costante nel processo di apprendimento dello studente presente in tutte le fasi pre e post cliniche e mirano a supportare lo studente nell'esperienza diretta con l'assistito (Tomietto, 2007).

In letteratura sono diversi gli strumenti idonei a rilevare la soddisfazione degli studenti in relazione ai modelli tutoriali ed in particolare in ambito di apprendimento clinico (Tomietto, 2007), ma nessuno di questi è risultato idoneo a rilevare la percezione di efficacia delle attività ad essi connesse.

Esistono più forme di tutorato:

- il *tutorato clinico* (Laboratorio metodologico clinico) è finalizzato all'acquisizione e sviluppo di capacità riflessive e di analisi critica, all'integrazione fra teoria e pratica, allo sviluppo di capacità di autoapprendimento. Gli studenti durante l'attività di tirocinio partecipano alle attività di tutorato specifiche per aree cliniche;
- il *tutorato individuale* è finalizzato all'orientamento guida, sostegno personalizzato rispetto al percorso di studio, all'individuazione di criticità, alla ricerca di soluzioni.

Si è voluta indagare l'efficacia percepita degli studenti in relazione all'attività didattica di tutorato, con un questionario anonimo costruito *ad hoc*.

Cosa dicono gli studenti

Hanno partecipato all'indagine complessivamente 84 studenti, raggiungendo una partecipazione media per anno di corso di circa il 20%.

Gli studenti che hanno partecipato alle attività didattiche di tutorato clinico sono stati 82 (97,6%), mentre quelli che hanno partecipato alle attività didattiche di tutorato individuale sono stati 52 (61,9%).

La partecipazione al tutorato clinico è nettamente maggiore rispetto a quella del tutorato individuale. A tal proposito va ricordato che il primo è programmato, mentre il secondo è a supporto dello studente su richiesta dello stesso. L'andamento della frequentazione alle attività del tutorato individuale oscilla nei diversi anni di corso senza un'apparente causalità. Al secondo anno di corso si osserva la frequenza maggiore di partecipazione, probabilmente legata alle attività teoriche e pratiche in ambito clinico. Quest'anno di corso rappresenta per gli studenti un anno cruciale in termini di apprendimento clinico e confronto con gli ambiti tecnici, relazionali ed educativi dell'assistenza infermieristica.

Va sottolineato che la percezione di efficacia dell'attività di tutorato individuale risulta essere tendenzialmente più elevata. Questo risultato è probabilmente legato alla scelta di questa attività su base volontaria e non programmata. La differenza maggiore tra le due attività si osserva al terzo anno di corso e per gli studenti fuori corso, anni questi che vedono lo studente proiettato verso la fine del percorso o in una condizione di fuori corso che potrebbe richiedere un maggiore aiuto-sostegno-orientamento personalizzato; in entrambe le situazioni l'attività di tutorato individuale è la miglior risposta al bisogno dello studente.

Le osservazioni spontanee relative al tutorato sottolineano come questo:

- miri a *sviluppare sicurezza* nell'individuazione dei bisogni di assistenza infermieristica;
- *favorisca il confronto* sia con colleghi sia col tutor;
- consenta di *ricevere stimoli*;
- susciti curiosità, oltre che favorire l'apprendimento di aspetti clinici specifici di difficile comprensione nei momenti di formazione d'aula.

Il tutorato clinico viene percepito come facilitatore dell'apprendimento e supporto. Il tutorato individuale invece viene percepito come momento di *confronto* e *approfondimento* col tutor-docente circa argomenti o contenuti teorici.

Le osservazioni spontanee hanno evidenziato l'efficacia del tutorato individuale come *generatore* di *strategie* nell'applicazione dei contenuti teorici al contesto tecnico-pratico, in considerazione del "carattere" dello studente. Il tutorato in quest'area viene perciò percepito come strumento per generare strategie personalizzate per l'apprendimento.

Il tutorato individuale riscuote successo anche *nell'orientare* gli studenti *nei percorsi post-base*.

Il tutorato clinico è stato efficace nella gestione clinica di aspetti critici legati all'assistenza diretta, attraverso la *riflessione* sui casi trattati ed in particolare su quelli meno frequenti. Chiarisce, infatti, aspetti assistenziali relativi alla gestione delle criticità collegate alla pratica clinica, piuttosto che agli aspetti relazionali-educativi, in particolare *nell'elaborazione* degli aspetti emotivi legati alla gestione di pazienti critici e alla preparazione della salma, aspetti questi dell'assistenza infermieristica di forte impatto emotivo, in particolare nel periodo di formazione di base, quando la "confidenzialità" è esigua rispetto a certi interventi. Inoltre, ritorna l'aspetto del "dare sicurezza" inteso come *generatore di autoefficacia* rispetto all'implementazione e l'utilizzo dei saperi "aggiornati" rispetto a quelli "obsoleti" della pratica clinica corrente, ritorna l'aspetto del "dare sostegno" durante le "diatribe" professionali rispetto alle tecniche-procedure applicate all'assistenza.

Il tutorato è percepito come strumento a supporto della pianificazione del percorso formativo e professionale futuro dello studente, come strumento per l'elaborazione delle emozioni legate all'assistenza e alle relazioni professionali e come strumento per il supporto allo sviluppo e confronto professionale.

Conclusioni

Le attività didattiche tutoriali raccolgono in generale una discreta percezione di efficacia da parte degli studenti ed in particolare l'attività di tutorato individuale risulta essere percepita, in generale, come maggiormente efficace.

Il tutorato clinico e quello individuale risultano attività molto efficaci per il raggiungimento degli obiettivi formativi relativi al processo di assistenza, in particolare nelle abilità di giudizio clinico e nella presa di decisioni. Il tutorato individuale raccoglie inoltre una buona efficacia anche nell'area relativa alla guida e orientamento.

Permettere allo studente di potersi esprimere rispetto all'offerta formativa che riceve nel proprio percorso di studi, dovrebbe far parte di una pratica consolidata ai fini del miglioramento continuo dell'offerta stessa. Nello specifico delle attività didattiche tutoriali, in cui la figura del tutor è il riferimento per lo studente, diventa pertanto necessario un feedback continuo al fine di riflettere ed attuare metodologie tutoriali idonee a soddisfare le attese dello studente.

Questa indagine ha favorito una riflessione su quelle che sono le priorità da affrontare ed ha permesso di osservare l'efficacia percepita da un punto di vista diverso, quello dello studente. Il limite di questo lavoro è quello della partecipazione da parte degli studenti, ma rispecchia ed assolve alle attese previste per le indagini postali, di circa il 20%.

In futuro sarebbe auspicabile dirigere la ricerca verso la costruzione di strumenti idonei a monitorare il punto di vista dello studente, validati e sperimentati nell'ambito della tutorship universitaria. Inoltre restano inesplorati gli effetti sullo sviluppo delle competenze degli studenti dei molteplici ruoli (tutor, docente, coordinatore, ecc.) degli infermieri coinvolti nel percorso formativo.

BIBLIOGRAFIA

- Brosnan M, Evans W, Brosnan E, Brown G (2006). *Implementing objective structured clinical skills evaluation (Osce) in nurse registration programmes in a centre in Ireland: a utilisation focused evaluation*. Nurse Educ Today, 26(2):115-22;
- Norman I J, Watson R, Murrells T, Calman L, Redfern S (2002). *The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwifery students*. Int J Nurs Stud, 39(2):133-45;
- Scalorbi S, Burrai F (2008). *Clinical practice quality in Bnc (Bachelor of nursing course). Evaluation of students' satisfaction in the Italian Red cross school of nursing, University of Bologna*. Prof. Inferm. 61(2):67-73. Italian;
- Tomietto M (2008). *Apprendimento clinico. Valutare gli ambienti di tirocinio nella formazione infermieristica*. Edizioni Serele;
- Wellard S J, Bethune E, Heggen K (2007). *Assessment of learning in contemporary nurse education: do we need standardised examination for nurse registration?* Nurse Educ Today, 27(1):68-72. Review;
- Zannini L (2005). *La Tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini Scientifica, Milano.



ESPERIENZE

Ambulatorio per lo scompenso cardiaco e gestione infermieristica

di *Elena Rosteghin (1), Antonio Boscolo Anzoletti (2), Sabrina Barro (3)*

(1) Infermiera

(2) Coordinatore infermieristico, Uo di Cardiologia, Ulss 14 Chioggia

(3) Infermiera, Centro per lo scompenso cardiaco, Uo di Cardiologia, San Donà di Piave (VE), Chairperson Anmco

Corrispondenza: bos.toni@tiscali.it

Il problema

L'insufficienza cardiaca rappresenta attualmente una delle più importanti cause di morbilità e mortalità, essendo il motivo più frequente di ospedalizzazione nei soggetti di età superiore ai 65 anni. Circa l'1-2% della popolazione adulta nei paesi sviluppati è affetta da scompenso cardiaco, con una prevalenza che supera il 10% tra le persone con età superiore ai 70 anni (European heart journal, 2012). Tale patologia risulta essere in continua crescita a causa sia dell'aumento dell'età media della popolazione, sia della maggior sopravvivenza alle patologie cardiovascolari determinatosi anche dal progressivo miglioramento ed efficacia delle cure. L'instabilità e la progressiva evoluzione della patologia richiedono un'assistenza olistica e continua del paziente, con interventi volti a migliorare la *compliance* del paziente.

Infatti molto spesso le ospedalizzazioni non sono dovute ad un'inevitabile evoluzione della patologia, ma ad un peggioramento della stessa dovuto alla scarsa *compliance* del paziente (Verdiani, 2004). In alcuni casi il fattore scatenante è proprio la mancata aderenza del paziente alle prescrizioni farmacologiche e non; questo è dovuto al fatto che le malattie croniche impongono schemi farmacologici complessi, prescrizioni a lungo termine e modificazioni dello stile di vita (Verdiani, 2004).

Esistono molte unità di Cardiologia in cui è presente un ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco, gestito da un team multidisciplinare di medici e infermieri, la cui finalità è la gestione del paziente e il suo coinvolgimento attivo, stabilizzandone le condizioni cliniche, rallentando la progressione della malattia e prevenendo le recidive. Questa gestione contribuisce inoltre al miglioramento della qualità di vita, alla riduzione della mortalità e alla diminuzione dei costi (Verdiani, 2004).

Lo scopo dello studio qui presentato è l'individuazione dei pazienti "stabili" mediante criteri oggettivi, ovvero tratti da criteri presenti e studiati in letteratura, da parte dell'infermiere che esegue il primo contatto, con l'intento di verificare le condizioni che permettano di evitare ulteriori approfondimenti non necessari, ottimizzando in tal modo le risorse e i costi per la struttura e riducendo attese e disagi per il paziente.

Il nostro ambulatorio per pazienti stabili e instabili

Per l'indagine sono stati utilizzati dati raccolti dal database dell'ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco della Cardiologia dell'ospedale "Madonna della Navicella" dell'Ulss 14 di Chioggia.

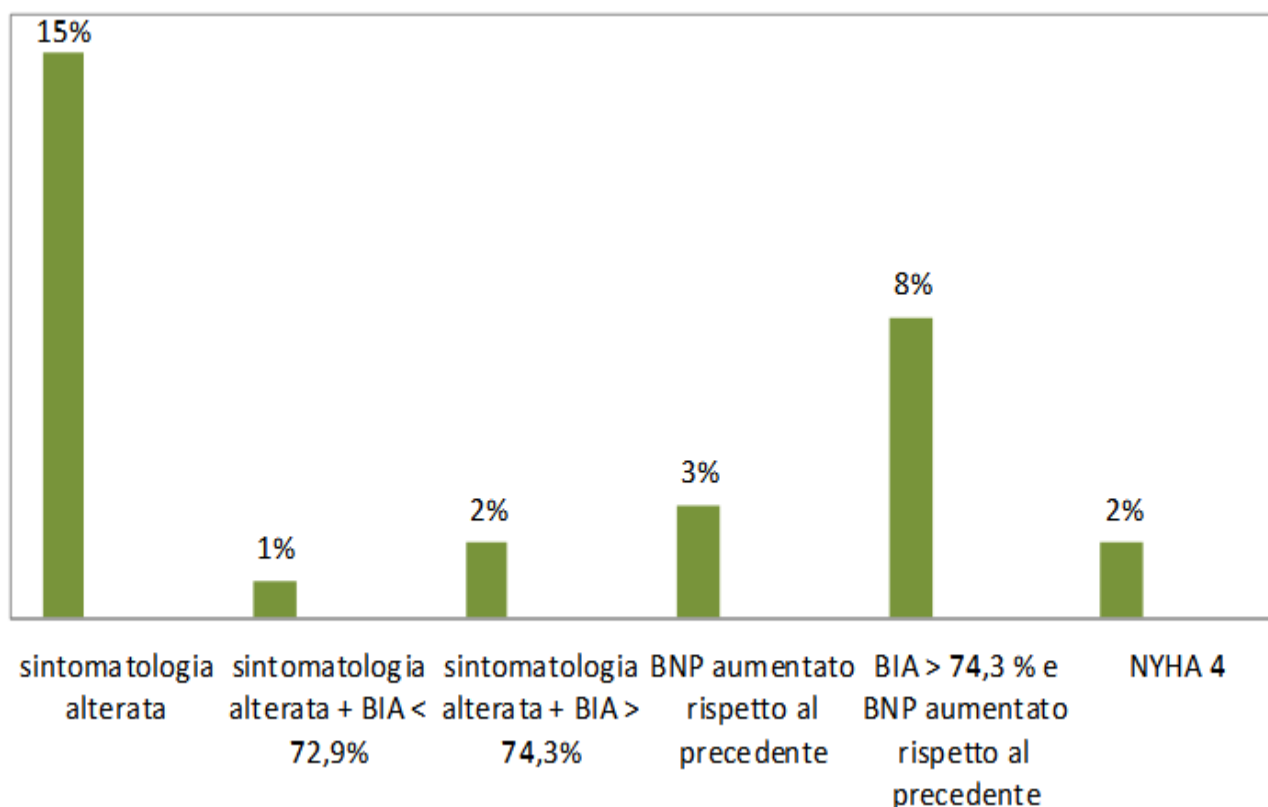
Delle 703 cartelle analizzate relative alle visite di follow up, ne sono state considerate per lo studio 423 relative a 170 pazienti, poiché per ogni paziente sono state prese in considerazione due o più visite.

I pazienti sono stati suddivisi in “stabili” e “non stabili” in base alla classe Nyha di appartenenza, ai segni e sintomi riferiti, al valore della Bia e al dosaggio del Bnp. In particolare per verificare la stabilità o meno del paziente sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- la classe Nyha di appartenenza non doveva essere peggiorata rispetto alla visita precedente;
- l'assenza o la presenza di lievi segni e sintomi, quali ad esempio dispnea, astenia, oliguria, nicturia ma già conosciuti;
- il peso non doveva aver subito aumenti improvvisi;
- nessun aumento >30 % del Bnp rispetto al precedente;
- lo stato di idratazione rilevato con la Bia, il cui valore doveva essere compreso tra 72,9% e 74,3%;
- nessuna sensazione soggettiva di malessere riferita dal paziente durante l'intervista.

Dall'analisi dei dati è risultato che il 69% (117) dei pazienti che afferiscono all'ambulatorio possono essere definiti “stabili”, non presentando variazioni significative dei parametri presi in considerazione e non necessitando, conseguentemente, di alcuna modifica della terapia in atto o di ulteriori visite specialistiche a breve termine. Il 31% (53) dei pazienti, invece, ha presentato alterazioni delle variabili prese in considerazione che richiedevano ulteriori approfondimenti mediante visita medica per eventuali indagini specifiche e/o variazioni della terapia.

Figura 1 - L'instabilità del paziente: motivazioni



In **Figura 1** sono presentate le percentuali delle variabili che hanno portato a considerare instabili il 31% dei pazienti.

Le variabili prese in considerazione sono state:

- sintomatologia riferita dal paziente stesso;
- Bia >74.3%
- Bia <72,9%;
- aumento >30% del Bnp rispetto alla visita precedente;
- peggioramento di una o due classi funzionali Nyha, rispetto alla dimissione o al controllo precedente.

Dall'analisi è risultato che il 15% dei pazienti ha riferito un'alterazione dello stato di benessere, presentando segni e/o sintomi che hanno richiesto un'ulteriore visita cardiologica.

Il 3% presentava una sintomatologia alterata associata ad un'alterazione della Bia: di questi il 2% aveva una Bia >74.3%, mentre per l'1% era <72,9%.

Il 3% presentava valori del Bnp aumentati rispetto alla visita precedente.

Nell'8% dei pazienti si è verificato un aumento sia del Bnp sia della Bia.

Infine il 2% dei pazienti presentava una classe Nyha 4.

Come migliorare?

Il numero di pazienti che accedono all'ambulatorio per lo scompenso è in costante aumento data la sempre maggiore incidenza della patologia nella popolazione. I tempi di attesa per effettuare la visita (che comprende prima il colloquio infermieristico e poi la visita medica cardiologica) possono essere mal tollerati dal paziente stesso a causa della frequente presenza di sintomi invalidanti.

A tal proposito per i pazienti stabili potrebbe essere sufficiente l'esecuzione da parte dell'infermiere dei controlli periodici, educando e fornendo indicazioni per la gestione della patologia. In caso di variazioni dei valori in precedenza rilevati, l'infermiere invierà il paziente al cardiologo per i necessari approfondimenti.

Dalla letteratura analizzata è emerso che in alcuni paesi europei (ad esempio, Regno Unito, Svezia e Usa) sono già presenti ambulatori a conduzione esclusivamente infermieristica: le *Nurse-led clinic*, ovvero ambulatori che forniscono un servizio per il cliente, gestiti e organizzati da soli infermieri, competenti nel valutare, trattare e consultare o inviare il cliente ad altri specialisti quando richiesto.

La particolarità del *Nurse-led clinic* consiste nel fatto che vengono gestite dagli infermieri in autonomia considerando il paziente olisticamente. Le prestazioni erogate in questi ambulatori riguardano la valutazione e il monitoraggio dello stato di salute del paziente, la consulenza riguardo alle modifiche dello stile di vita e alla corretta somministrazione della terapia (Best practice, 2010).

Questo modello organizzativo potrebbe, in futuro, essere adottato ed applicato, nel rispetto della normativa vigente, anche in Italia. Il paziente considerato "stabile", in seguito a valutazione dei parametri proposti in questo studio, potrebbe concludere il follow up al primo step, avvalendosi del medico solo in caso di alterazione significativa dei parametri, come avviene nelle *Nurse-led clinic*.

Ciò porterebbe ad un'ottimizzazione delle risorse sia umane che economiche, con riduzione delle liste d'attesa e dei costi della struttura.

Fin dai primi anni Novanta sono state condotte numerose ricerche sul ruolo dell'infermiere nei diversi programmi di gestione dello scompenso cardiaco. Da tali studi è emersa una riduzione del numero di ricoveri, delle giornate di degenza e dei conseguenti costi.

Inoltre si è verificato un aumento dei tempi di riospedalizzazione e un miglioramento della qualità di vita e riduzione della mortalità. (Cline, Israelsson, Willeheimer, et al., 1998), (Stewart, Marley, Horowitz, 1999).

I dati raccolti suggeriscono che l'infermiere è in grado di accertare la stabilità clinica del paziente affetto da scompenso cardiaco. Inoltre si pongono le condizioni, senza rischi per il paziente, per l'organizzazione di ambulatori a conduzione infermieristica. Il modello di gestione proposto, dato l'elevato numero di pazienti che potrebbero essere seguiti, permetterebbe di ridurre i tempi di attesa, non solo per il paziente che accede all'ambulatorio per lo scompenso cardiaco, ma anche per le visite cardiologiche e gli esami strumentali.

È, quindi, un ruolo qualificante per la professione e utile, in definitiva, sia per il paziente che avrebbe meno tempi d'attesa, sia per l'organizzazione che può destinare diversamente altre risorse professionali verso altre attività. Questo comporta, certamente, per l'infermiere maggiori responsabilità, ma in linea con il suo profilo professionale e con la naturale evoluzione dell'infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- Verdiani V, Nozzoli C (2004). *Scompenso cardiaco: prevenire le riospedalizzazioni applicando programmi di gestione*. Monaldi Arch Chest Dis; 62: 2, 86-96;
- Jbi. *Nurse-led clinics to reduce modifiable cardiac risk factors in adults*. Best practice 14(2) 2010;
- Cline C M, Israelsson B Y, Willeheimer R B et al. *Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation*. Heart. 1998 Nov;8'(5):442-6;
- Stewart S, Marley J E, Horowitz J D. *Effects of a multidisciplinary, home based intervention on unplanned readmission and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study*. Lancet 1999 Sep 25;354(9184):1077-8;
- Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Levin L A, Karlsson J E, Dahlström U. *Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial*. Eur Heart J. 2003 Jun;24(11):1014-23;
- European heart journal (2012) 33, 1787–1847.



ESPERIENZE

Dimissioni difficili: dalla rilevazione di criticità alla costruzione di un'opportunità, il Care manager

di Antonella Croso

Responsabile Direzione delle Professioni Sanitarie - Azienda Sanitaria Locale BI di Biella

Corrispondenza: antonella.croso@aslbi.piemonte.it

Da dove nasce il progetto? Il progetto prende vita da due criticità che attraversano il quotidiano infermieristico, criticità che si sono trasformate in un'opportunità grazie al confronto che si è sviluppato tra chi "assiste" e chi "organizza per assistere".

La prima criticità

La prima scaturisce dall'ambito assistenziale e, nello specifico, dalla difficoltà a pianificare le dimissioni e, in particolare, le cosiddette dimissioni difficili.

Pianificare le dimissioni è un argomento fortemente dibattuto che si pone come obiettivo quello di garantire una dimissione al domicilio più sicura, cercando di prevenire le riammissioni e altri problemi che potrebbero allungare i periodi di cura ospedaliera e ulteriori disagi per il malato.

Per comprendere al meglio la criticità partiamo all'analisi di un caso emblematico che ha coinvolto un gruppo di lavoro.

La signora Luisa vive sola, ha due figli, di cui uno vive nella sua stessa città mentre l'altro vive lontano. Lei è sempre stata indipendente e autonoma sia nei movimenti che nelle decisioni, è aiutata, due giorni alla settimana, nelle faccende domestiche da una vicina di casa. È stata trovata a terra in camera da letto dopo circa 24 ore dalla caduta, dal figlio che abita lontano, la signora non si ricorda nulla.

La signora è una paziente cirrotica, viene definita un po' confusa in quanto non si ricorda di essere caduta e continua a sostenere che era nel letto a leggere il giornale e poi si è ritrovata in ospedale. Questo suo non ricordarsi la irrita, ... dice di essere un po' pasticciona, ... non ascolta nessun consiglio, vuole fare come decide lei. Il figlio riferisce che la madre beve alcolici, la signora nega...

Scala Brass: classe alta.

È una dimissione difficile? Certo. L'applicazione della scala di Brass (*Blaylock risk assesment screening*) evidenzia come la situazione possa essere catalogata nella classe ad alto rischio, una classe che richiede un'approfondita valutazione multiprofessionale.

Forse però è necessario, oltre a una prima "catalogazione", domandarsi quale "presa in carico della persona assistita" è stata fatta, quale è necessaria....

Cosa conosciamo di questa persona? Cosa sappiamo delle sue scelte, delle sue difficoltà, delle sue risorse?

"ex giornalista"... classe 1943 scolarità: scuola media superiore... nel 1950 solo il 4% degli italiani avevano questo livello scolastico. Come ci siamo rivolti a lei? Che cosa lei vuole fare? Di che cosa pensa di avere bisogno?

Ha due figli, uno non è presente, l'altro è molto spaventato, si è rivolto autonomamente ai servizi sociali territoriali per cercare una soluzione, "licenzia" la vicina di casa e assume una ragazza di circa vent'anni che dovrebbe passare un'ora al giorno tutti i giorni dalla madre... Gli infermieri hanno allertato i servizi sociali ospedalieri.

La Signora vuole essere dimessa e tornare a casa, il figlio non vuole che sia dimessa, vuole che sia trasferita in una struttura residenziale.

Progettare una dimissione superando una visione "burocratica amministrativa" necessita di condividere con la persona la sua progettualità. Una progettualità che non può essere limitata a cose da fare ma alle scelte che la stessa ritiene possibile fare in ragione della sua storia, delle sue risorse, della sua rete sociale... La possibilità di condividere è vincolata a un rapporto fiduciario che si stabilisce tra la persona e i professionisti che l'assistono. È inoltre di fondamentale importanza il colloquio con i parenti attraverso il quale si possono individuare sia l'autonomia del paziente prima del ricovero sia il sostegno sociale, le necessità istruttive, i fattori ambientali (barriere architettoniche), le aspettative e le risorse a disposizione.

Come è facilmente intuibile sono le persone appartenenti alle "fasce deboli", in particolare le donne e gli anziani le categorie che risultano maggiormente a rischio.

La signora viene dimessa il sabato, in forma anticipata rispetto a quanto pianificato, le viene consegnata la lettera di dimissione indirizzata al suo medico di base, viene effettuata segnalazione ai servizi sociali.... Il figlio minaccia di denunciare in quanto non ritiene sua madre sufficientemente tutelata, la signora si sente sminuita, ritiene di essere trattata come "un'incapace".

La signora viene nuovamente ricoverata dopo 8 giorni per caduta, durante l'accettazione si evidenzia che la signora non aveva contattato né il Mmg né i servizi territoriali...

La dimissione ospedaliera rappresenta un momento critico sia per il paziente che per la sua famiglia. Ecco allora che la pianificazione della dimissione, definita da Rorden & Taft come "un processo costituito da una serie di fasi il cui obiettivo immediato è quello di anticipare i cambiamenti dei bisogni di cura, mentre l'obiettivo a lungo termine è quello di garantire la continuità delle cure sanitarie", diventa una operazione importante e delicata.

Un caso tra i tanti, l'analisi effettuata ci aveva evidenziato il nostro orientamento al "fare" delle cose legate alla sfera della dipendenza/indipendenza e non al prospettarsi - preoccuparci - di individuare con la persona possibili percorsi dando il giusto valore alla storia della signora. Una dimissione difficile ma anche una difficoltosa presa in carico...

La seconda criticità

Le norme che regolano il funzionamento del Servizio sanitario richiamano sempre con più frequenza concetti di maggiore "qualità", "appropriatezza", "efficacia" ed "efficienza" nell'erogazione di un servizio per la "salute" che, nel contempo, non deve eccedere nei costi a carico di tutta la collettività.

Sostenere la qualità necessita di una strategia di valorizzazione delle competenze degli operatori che da una parte evidenzia l'esercizio necessario di nuove responsabilità nel ruolo degli stessi (nel rispondere alle esigenze dell'utente così come nel creare quel clima collaborativo per lavorare sinergicamente) e, dall'altra, formalizzi lo sviluppo di tali competenze in modo tale che siano riconosciute e riconoscibili all'interno della struttura organizzativa.

La Responsabile della Direzione delle professioni sanitarie si trovava quindi da una parte a raccogliere il disagio vissuto dai gruppi infermieristici, sia ospedalieri sia territoriali, rispetto alla difficoltà nel garantire quella continuità della quale si sentivano responsabili e, dall'altra, pressata dall'esigenza di individuare un sistema di sviluppo professionale strutturato e definito per evitare elementi di autoreferenzialità. Considerando che il sistema doveva ancorarsi obbligatoriamente all'obiettivo di rispondere alle esigenze dei pazienti, la Responsabile, in accordo con i coordinatori dei dipartimenti, costruisce un progetto organizzativo che, attraverso una modalità di lavoro flessibile, possa sostenere una rete consulenziale interna alle aree omogenee e alla stessa Azienda per affrontare il problema della continuità dell'assistenza. Inoltre la Responsabile coglie le opportunità fornite, da una parte dal progetto di ricerca finalizzata della Regione Piemonte - per il finanziamento dello stesso - e, dall'altra, dal sistema di progressioni verticali (D-DS) per il riconoscimento delle "nuove" figure messe in campo.

La costruzione di un'opportunità: il care manager

L'idea alla base di questo progetto era l'introduzione di figure professionali dedicate, i *care manager*, cioè infermieri qualificati, che interagiscono con i pazienti per aiutarli nell'autogestione delle proprie patologie o per educarli a stili di vita più idonei al mantenimento della propria salute, per fornire ai pazienti una nuova forma di assistenza più accessibile e diretta di quelle usualmente presenti. Tale figura quindi non sostituisce alcuna professionalità e ruolo medico ma piuttosto si affianca ad essi in modo coordinato costituendosi quale facilitatore e guida per l'utente e per i colleghi più inesperti.

Il progetto organizzativo, costruito dal Responsabile della Direzione delle professioni sanitarie, prevedeva per ogni area omogenea la presenza di un "*Care manager*"^[1] quale referente per il gruppo professionale nel caso fosse individuato dallo stesso un "paziente difficile" in termini di continuità assistenziale ospedale-domicilio (dimissione difficile).

Nel progetto erano inoltre specificati:

- gli obiettivi da perseguire attraverso l'inserimento della figura del care manager nell'ambito delle aree;
- le funzioni principali del care manager nell'ambito della particolare realtà dell'Asl, nello specifico:
 - analisi dei casi da prendere in carico e ricerca informazioni specifiche;
 - negoziazione con paziente/parente sugli obiettivi realisticamente raggiungibili;
 - pianificazione del percorso di dimissione;
 - impostazione e verifica piani educativi;
 - valutazione del raggiungimento degli obiettivi;
 - valutazione e gestione delle ferite croniche;
 - colloqui con parenti, caregiver e paziente;
 - colloquio con infermieri territoriali, assistenti sociali ospedalieri e territoriali, Mmg;
 - responsabilità della documentazione assistenziale per la dimissione: predisposizione della lettera di dimissione infermieristica nella quale vengono riportati i vari step del percorso del paziente, la loro evoluzione durante il ricovero, il piano terapeutico oltre che il percorso educativo instaurato con la famiglia e i risultati ottenuti;

- le risorse da attivare e il sistema organizzativo a sostegno del progetto: è stata prevista la necessità di 20 infermieri care manager, sono stati pertanto messi a bando i passaggi per la progressione verticale da D a DS. Sono stati inoltre previsti riunioni semestrali per la valutazione in itinere del progetto e, in particolare, per il monitoraggio delle segnalazioni di dimissioni difficili;
- le modalità di accesso al bando di selezione: la possibilità di accedere alla ruolo di care manager era subordinata sia al superamento di una selezione basata sulla valutazione del percorso professionale del professionista che si candidava e ai risultati di un colloquio preliminare con i Responsabili della Direzione delle professioni e della formazione, sia alla frequenza e superamento di un corso di formazione.

L'attuazione del progetto ha avuto un feed-back positivo sul livello di soddisfazione dei pazienti che pare aumentare quando la dimissione è pianificata.

Inoltre ha permesso di rendere evidenti taluni aspetti in particolare:

- a livello organizzativo:
 - il miglioramento delle dimissioni è il risultato di un miglioramento complessivo della presa in carico della persona assistita;
- a livello assistenziale e disciplinare:
 - la presa in carico delle persone assistite e di conseguenza la pianificazione delle dimissioni non possono essere circoscritte solo a situazioni complesse ma devono essere uno stile di lavoro infermieristico diffuso in quanto:
 - riconoscere il bisogno di assistenza infermieristica e pianificare l'assistenza è un dovere professionale;
 - l'appropriatezza dell'assistenza è subordinata ad un'azione coerente al bisogno;
 - la responsabilità infermieristica non può essere esercitata su atti bensì su risultati che la stessa ottiene o collabora ad ottenere;
 - i risultati prioritari che l'assistenza infermieristica persegue sono il sostegno all'autonomia della persona e alla sua autodeterminazione.

Queste riflessioni, frutto dei risultati positivi del modello Care manager di presa in carico di specifiche persone per le quali erano ipotizzate "dimissioni difficili", hanno portato alla necessità di passare, quasi come conseguenza naturale, ad un modello organizzativo diverso. Il modello organizzativo scelto è stato quello del Primary nursing, un modello che evidenzia come tutte le persone assistite debbano avvalersi di una presa in carico personalizzata. In questo modello ogni paziente ha un infermiere di riferimento che lo accompagna durante il percorso ospedaliero, lo prepara alla dimissione garantendo una continuità assistenziale ospedale-territorio.

Oggi siamo nella fase di sperimentazione di questo modello, una fase che si è avvalsa del contributo dei Care manager che hanno assunto il ruolo di facilitatori e di consulenti per i colleghi che iniziavano l'esperienza quali infermieri primary sostenendoli nei processi di presa in carico e, su loro richiesta, nei processi di dimissioni complesse.

[1] È stato scelto il profilo di "Care manager" a discapito del più conosciuto "Case manager" innanzitutto per la caratteristica specifica allo stesso attribuita di gestire i percorsi e, secondariamente, per l'utilizzo inflazionato del termine "Case" che avrebbe generato dei fraintendimenti nell'ambito delle competenze aziendali già presenti.

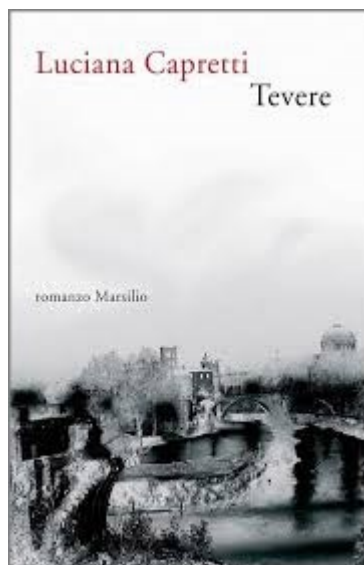
BIBLIOGRAFIA

- Chiari P, Santullo A (2010). *L'infermiere case manager: dalla teoria alla prassi*. McGraw Hill, Milano.
- Cohen E, Cesta T (2005). *Nursing case management. From essentials to advanced practice applications*. Elsevier Mosby, United States of America.
- Manthey M (2008). *La pratica del primary nursing*. Il pensiero scientifico editore, Roma.
- Marcadelli S, Petraia V, Saponaro V (2008). *La dimissione del paziente anziano: uno strumento per la valutazione del rischio - l'indice di BRASS*. I luoghi della cura, 2008, 6: 13-17.
- Mistiaen P, Francke AL, Poot E (2007). *Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review*. BMC Health Serv Res. 2007; 4;7:47.
- Saiani L, Zanolin M E, Dalponte A, Palese A, Viviani D (2008). *Sensibilità e specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile*. Assist Inferm Ric 2008; 27(4): 184-93.
- Waters K, Allsopp D, Davidson I, Dennis A (2001). *Sources of support for older people after discharge from hospital: 10 years on*. J Adv Nurs. 2001;33 (5):575-82.
- Zwicker D, Picariello G (2003). *Discharge planning for the older adult*. In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker DA, editor(s). *Geriatric nursing protocols for best practice*. 2nd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2003. p. 292-316.

SCAFFALE

Tevere

Luciana Capretti
Marsilio Editore, 2014
pagine 220, euro 17,50



Scrivere della vita vera non è facile. Luciana Capretti in “Tevere” è riuscita a farlo in modo tale da includere il lettore in questa vita vera, in questo dramma che segna la vita non solo di Clara - la protagonista - ma anche quella di tutte le persone a lei care, a loro volta al centro di una storia reale, identificata e connotata da un periodo storico della nostra Italia ben preciso che viene descritto negli atti quotidiani della gente comune.

Il lettore non può non essere tirato dentro nel rincorrersi degli eventi come solo durante la lettura di un giallo può accadere. E “Tevere” è anche un giallo. Giallo come il colore-titolo dei capitoli che seguono il filo di ciò che accade a partire dalla sera in cui Clara scompare, i documenti intatti - nonostante la pioggia fitta - sulla riva del Tevere, di lei nessuna traccia. Seguono le indagini che nello scrupolo attento, quasi amico, del commissario che si occupa del “caso” scoprono un passato di Clara sconosciuto allo stesso marito di lei.

È un passato crudo, duro, violento nella carne così come nel cuore e nell'anima, un passato che viene ripreso nei capitoli neri. Buie giornate di una guerra in cui l'ingenuità dell'adolescenza non viene perdonata e la vendetta sarà indicibile. Sprazzi di luce nel bianco dei capitoli che prendono questo nome. La nuova vita - da sopravvissuta ma con la morte dentro - in un'altra città, un amore che diventerà un marito incapace di confrontarsi con una malattia che toglie il respiro anche a chi non ce l'ha, finalmente la gioia di avere due figli, ma *“Questa determinazione ad annullarsi che neppure l'amore dei suoi figli riesce a vincere...”* (pagina 180).

Il bianco, la luce, risentire la vita di dentro durano poco. Il buio ritorna e invade tutto nel momento in cui la nascita della prima figlia scuote l'assetto ormonale e la stabilità mentale, nel progetto di una vita creata che sta iniziando, si insinua il dolore dell'esistenza vissuta ed inizia la tragedia.

La depressione - quella vera, nuda, impietosa - è subdola. Si infila lentamente ma senza tregua nella trama della vita quotidiana, nel sentire l'affetto verso le persone amate che si va pian piano appiattendolo e che non basta più a tenere a galla la voglia di vivere. Il corpo non risponde più nelle azioni a una mente che non sa più che direzione prendere, spaventata da ogni via percorribile: *“Ma c'erano giorni in cui telefonare era difficilissimo, giorni in cui non riusciva a sollevare la cornetta...”* (pagina 12). Il corpo, la carne diventano il primo terreno in cui la distruzione prende inizio *“Lei non sentì nulla, l'ottundimento era divenuto un rimbombo profondo che le saliva nel petto, un fragore che le batteva nelle tempie...”* (pagina 19).

Non serve la vicinanza dei cari, marito, figli, amici. Non solo non porta sollievo a Clara ed alla sua malattia ma a lungo termine le persone più intime - se non adeguatamente attrezzate e supportate - giungono al distacco, all'allontanamento difensivo: *“Sono stato vittima delle sue scenate, la sua depressione, quel buio, quel silenzio costante in casa, una condanna”* (pagina 125), dice suo marito, ormai compagno di un'altra donna ma che continua a vivere in quella casa dove Clara passa il tempo nella sua stanza, le sigarette sul comodino, libri mai letti tutt'intorno, flaconi di farmaci per annullare la sofferenza e cercare in qualche occasione di farla finita. La depressione è subdola perché è anche cattiva, perché chi ne soffre la utilizza - in qualche occasione - per ottenere un ritorno, perché porta ad oscillare tra la sofferenza derivante dalla consapevolezza del dolore che in qualche modo si causa anche agli altri - *“La mia bambina, quanto male le faccio, pensò, e le lacrime cominciarono a scorrere sul viso bianco”* (pagina 164) - all'usare il proprio stato *“Piuttosto ti devo chiedere una cosa... una promessa... Ti prego, ho poche forze, non mi interrompere”* (pagina 165), rivolgendosi alla stessa figlia che Clara è consapevole di ferire, di segnare a vita, per chiederle di non fare entrare in casa l'amante del marito una volta che Clara non ci sarà più.

E nella storia di questa vita si rivela inutile qualsiasi intervento dei professionisti a curarla, questa depressione. Nella lettura del romanzo sorprende quasi che il medico che più si dimostra empatico, compassionevole nei confronti di questa donna, sia la psichiatra alla quale si rivolge il commissario nel corso delle sue indagini oramai divenute quasi private, non portando quelle ufficiali ad alcun riscontro. Come non sorprende che le persone di cui si percepisce maggiore l'interesse nei confronti della sofferenza della protagonista siano proprio quelle che entrano nella sua vita nel momento in cui Clara è già via, lontana anche se non si sa dove, comunque fuori dalla scena. Il commissario, la psichiatra, la turista straniera che ci dà un'ottima lezione di empatia nella descrizione della sua deposizione *“... si fermò a guardare il commissario, il sorriso spento, sembrava attraversata dalla pena dell'altra...”* (pagina 126). Un'empatia che non ritroviamo nei professionisti della salute deputati al trattamento di Clara. Nella casa di cura infermieri e medici distaccati, quasi scostanti.

Si è a lungo dibattuto nella storia dei sanitari che operano in ambito psichiatrico, su quali siano i giusti limiti del coinvolgimento affettivo del personale nei confronti dei propri pazienti. Non solo a tutela dei professionisti ma soprattutto a tutela dei pazienti stessi. L'assistenza infermieristica nell'ambito del disagio mentale non può non ricorrere ad insegnamenti della disciplina psicologica dato l'obiettivo del proprio lavoro: l'altra persona intesa non solo come corpo di cui prendersi cura, come in altri ambiti assistenziali, ma come mente non da riparare ma da comprendere e da aiutare nei suoi processi di elaborazione e ricostruzione degli eventi, anche di eventi tragici che hanno segnato una vita e che non si curano durante un periodo di ricovero come se si trattasse di un intervento chirurgico. I pazienti psichiatrici, proprio per questo, sono pazienti cronici. Al di là e senza entrare nel discorso dell'eziopatogenesi: familiarità, genetica, traumi infantili su cui i pareri e i vertici di osservazione sono diversi e non sempre concordanti, anche se la multifattorialità sembra una delle determinanti più accettate.

Gli infermieri esperti in questo ambito parlano di assistenza infermieristica nei termini di *“maternage”*, di *“contenimento”* che prima di essere fisico (così brutalmente sottolineato nel testo) è relazionale, affettivo, quando affettivo non significa affettuoso. In un'epoca, quella attuale, in cui fortunatamente l'elettroshock non è la terapia di prima scelta, l'intervento farmacologico non può non essere affiancato, per garantire un minimo di efficacia, da una presa in carico infermieristica che prevede una preparazione specifica in questo ambito.

Una preparazione che spieghi in che modo si struttura nel corso della crescita la personalità di ognuno, in che modo la struttura della personalità porti di conseguenza a vivere lo stato affettivo, ovvero i vari umori derivanti dal vissuto emotivo intimo e dalla capacità di comprensione e di *coping* nei confronti dello stesso. In che modo una figura di riferimento professionale e preparata possa fungere da catalizzatore, ingrediente fondamentale di metabolizzazione, di esperienze di vita che portano ad affrontare la vita successiva con un certo stile piuttosto che con un altro. Assistenza in ambito psichiatrico è anche assistenza educativa: per riprendere la storia di Clara, impossibilitata dalla malattia a fare una telefonata, significa lavorare sulle paure e timori che impediscono di prendere in mano una cornetta del telefono, significa lavorare e ri-elaborare sui pensieri non adeguati o disfunzionali che stanno dietro a quelle paure.

Da qui la complessità dell'operare infermieristico nell'area del disagio mentale.

Complessità che un professionista può affrontare solo quando - oltre alle conoscenze teoriche specifiche - vi siano delle caratteristiche personali che diventano *conditio sine qua non* per un intervenire efficace senza riportare troppi danni su di sé. Maturità ed equilibrio affettivo impediscono di ricercare e ricreare nel rapporto - spesso individuale e privilegiato - con un paziente quelle gratificazioni di cui si può essere carenti nella propria vita personale. Solo quando l'equipaggiamento è completo la depressione - come altre malattie mentali - si può comprendere e non fa più paura.

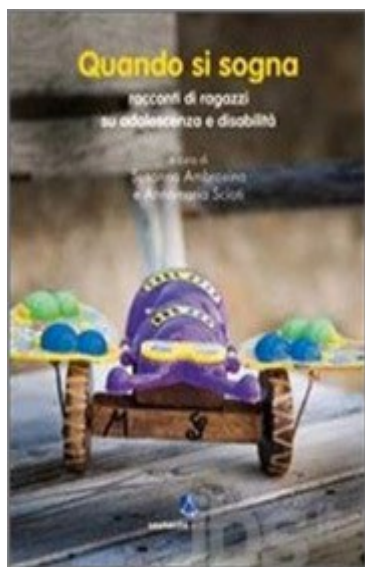
Cristiana Rossin

Coordinatrice infermieristica del Servizio psichiatrico Diagnosi e Cura
Ospedale degli Infermi di Biella

SCAFFALE

Quando si sogna. Racconti di ragazzi su adolescenza e disabilità

Susanna Ambrosino, Annamaria Sciotti
Sestante Edizioni, 2013
pagine 160, euro 16,00



Per le persone che si occupano di disabilità le problematiche riferite in questo libro potrebbero apparire banali e scontate. Ma è invece importante, in questo delicato momento che la sanità e la medicina vivono, stretto tra classificazioni, codificazioni e necessità di riportare ad un numero, un codice le patologie, le sindromi e le complicanze che ogni giorno trattiamo nei servizi di riabilitazione e di Neuropsichiatria infantile, ricordarci e porre attenzione al vissuto dei nostri utenti.

Le autrici infatti non affrontano le patologie che contraddistinguono i differenti ragazzi ma guardano la patologia da un altro punto di vista: quello del loro vissuto concreto. Utilizzano per inabissarsi in questo oscuro mondo, per troppi anni taciuto e rimosso anche dagli operatori, una tecnica ed una modalità poco utilizzata in medicina: la scrittura. *“Raccontare, riprodurre in parole ciò che ci accade e ciò che proviamo è uno strano modo per dare un senso alla*

nostra esperienza, per comprenderla, per collocarla nella nostra autobiografia” (pagina 10). Attraverso i racconti dei differenti ragazzi emergono, a volte in maniera cruda ma viva ed efficace, le limitazioni che subiscono da parte della società, della “diversità” che ogni giorno viene loro rimarcata e che sperimentano, dei sogni non realizzati ma anche della voglia di autonomia e di guardare al futuro come i loro coetanei “sani”. È interessante che nei racconti le patologie che contraddistinguono i diversi ragazzi non emergano, non vengano menzionate. Tutto ciò a rimarcare che il focus è quello di fare emergere il vissuto: *“il nostro desiderio era quello di evidenziare similitudini, differenze, punti di contatto, lungo un continuum di stati d’animo ed eventi vissuti”* (pagina 9). *“Il libro prende avvio dalla testimonianza in prima persona di ragazzi disabili che riflettono su di sé e la propria quotidianità, che con le loro parole ci danno uno spaccato sull’adolescenza che non è teorizzazione sulle fatiche della crescita e del cambiamento, bensì racconto del sentire, pensare, affrontare di un adolescente anche alle prese con le limitazioni fisiche”* (pagina 16).

Avanzando nella lettura del libro, attraverso i testi scritti dai ragazzi, si è portati, in modo involontario ma quasi inevitabile, a fermarsi e riflettere sul proprio lavoro e ad interrogarsi se accanto al dolore fisico poniamo attenzione al dolore soggettivo e alle emozioni: quel dolore e quelle emozioni che emergono dagli scritti di Beatrice, Cristiano, Fiamma, Fedez, Francesco...

In questo modo il libro appare come una testimonianza di un percorso proposto ed attuato presso il Servizio di Neuropsichiatria infantile degli Ospedali riuniti di Bergamo e contemporaneamente come uno strumento per gli operatori dei servizi per riflettere e considerare differenti punti di vista intorno alla disabilità. Inoltre attraverso i testi emerge un altro importante quesito: la diversità tra integrazione ed inclusione. Scrive Raffaello *“All'interno di questo gruppo ho infatti avuto la possibilità di sentirmi normale attraverso lo stare con gli altri, condividendo un obiettivo creativo comune al quale ognuno dava il proprio contributo, mettendo in gioco le proprie caratteristiche specifiche e in cui la relazione si costruiva spontaneamente, nutrita dalla reciproca curiosità di conoscersi, di conoscere le peculiarità di ciascuno al di là delle etichette del disabile. Nulla a che vedere con quelle tipiche attività organizzate con l'obiettivo esplicito di integrare il disabile che di fatto mi fanno sentire ancora più diverso...”* (pagina 63). Nella scuola, ad esempio, come cita l'Index per l'inclusione, il paradigma a cui fa implicitamente riferimento l'idea di integrazione è quello “assimilazionista”, fondato sull'adattamento, dell'alunno disabile, a un'organizzazione scolastica che è strutturata in funzione degli alunni “normali”. All'interno di tale paradigma, l'integrazione diviene un processo basato principalmente su strategie per portare l'alunno disabile a essere quanto più possibile simile agli altri. La qualità di vita scolastica del soggetto disabile viene dunque valutata in base alla sua capacità di colmare il varco che lo separa dagli alunni normali... Viceversa l'idea di inclusione si basa non sulla misurazione della distanza da un preteso standard di adeguatezza, ma sul riconoscimento della rilevanza della piena partecipazione alla vita scolastica da parte di tutti i soggetti. Se l'integrazione tende a identificare uno stato, una condizione, l'inclusione rappresenta piuttosto un processo, una filosofia dell'accettazione, ossia la capacità di fornire una cornice dentro cui gli alunni - a prescindere da abilità, genere, linguaggio, origine etnica o culturale - possono essere ugualmente valorizzati, trattati con rispetto e forniti di uguali opportunità a scuola, [...] inclusione è ciò che avviene quando “ognuno sente di essere apprezzato e che la sua partecipazione è gradita” (T. Booth, M. Ainscow, *L'Index per l'inclusione*, Erickson, Trento 2008, pagine 12 e 13). Le autrici di “Quando si sogna”, riescono attraverso questa raccolta delle “testimonianze” dirette di un gruppo di ragazzi disabili, a farci riflettere su tematiche che in modo trasversale attraversano la nostra società. In conclusione, questo libro ci offre lo spaccato di un vissuto poco noto e soprattutto di un punto di vista, quello dei ragazzi, a volte non sufficientemente ascoltato dagli operatori. Un testo di questo tipo, pertanto, può essere una lettura interessante per tutti coloro che a vario titolo si occupano della presa in carico dei ragazzi disabili, sia nel contesto ospedaliero, che quello dei servizi sul territorio. L'obiettivo può essere quello che, sia pure da un'augmentata consapevolezza sia dei curanti che dei curati, di questa volontà e bisogno di sentirsi inclusi, si possano pensare e costruire percorsi che ne facilitino e supportino la crescita, muovendo dalle loro potenzialità, nonostante tutto. Ecco perché questi racconti così organizzati, rappresentano uno stimolo prezioso a tanti livelli: gli operatori sanitari e sociali, la scuola, sia in servizio che in formazione, le famiglie e quando possibile i ragazzi stessi.

Maurizio Sabbadini

Dirigente medico Uo di Neuroriabilitazione pediatrica
Irccs Ospedale pediatrico Bambino Gesù

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

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

Redazione

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