

# L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

**ONLINE**

Anno LVIII

4

**LUGLIO-AGOSTO  
2014**



ISSN 2038-0712

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

## INDICE

 **EDITORIALE****Le vittorie del passato e gli obiettivi per il futuro***di Annalisa Silvestro* **SCIENZE INFERMIERISTICHE****Il livello di empatia e le strategie di coping in un gruppo di infermieri: un'indagine osservazionale***di Stefania Fabbri, Luigi Cirio, Tommaso Novo, Anna Padovan, Simona Facco, Laura Cominetti, Maria Valentina Mussa, Valerio Dimonte, Ezio Ghigo***Antisepsi chirurgica delle mani: due modalità a confronto***di Sonia Bustreo, Alessandra Bolzoni, Cinzia Ronzio, Marzia Scrivanti, Paola Binaghi, Filippo Romanazzi, Fabio Ferentini, Giorgio Colusso, Laura Gerardi, Laura Vismara, Pierangelo Clerici, Bianca Osnaghi* **CONTRIBUTI****Effetti delle cure infermieristiche sugli esiti dei pazienti: è tempo di decisioni***di Alvisa Palese***Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno?****Alla ricerca di opportunità di miglioramento***di Diamante Iavarone* **ESPERIENZE****La valutazione in situazione***di Annarita Bionaz, Alfredo Diano, Patrizia Lalli, Stefania Lasciandare, Manuela Nuvolari, Roberta Oriani, Nives Paroli, Loredana Ronc***L'infermieristica in Kenya: esperienza di una studente nel contesto del Progetto Malindi District Hospital***di Jennifer Capra, Michele Chieppi, Roberta Conti, Piera Bergomi, Barbara Mangiacavalli***L'educazione e la riabilitazione del paziente stomizzato: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP)***di Monica Scateni, Stefano Madrigali, Natascia Tonarelli, Marilena Pradal, Monica Della Longa, Daniela Pinelli, Federica Melani, Marco Bulleri, Francesco Uccelli* **SCAFFALE****Fondamenti di Ricerca infermieristica****A sinistra del cuore****La parte migliore**



## EDITORIALE

## Le vittorie del passato e gli obiettivi per il futuro

**di Annalisa Silvestro**

*Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi*

Le professioni compiono in queste settimane venti anni. Venti anni percorsi con un grande impegno per la crescita della professione e del livello della qualità dell'assistenza. Ma si tratta di una ricorrenza che cade in un momento in cui più che una strada in discesa, spianata dalle numerose vittorie professionali della categoria dal 1994 a oggi, abbiamo la percezione di un affanno significativo dell'organizzazione: i livelli assistenziali diminuiscono tra contratti e turn over bloccati da anni e possibilità di carriera spesso congelata nel nome di un risparmio di spesa che, a quanto pare, non basta mai.

Sentiamo ancora parlare di tagli e di nuovi blocchi dei contratti, invece che di vera riorganizzazione dei servizi, di impegno contro l'abusivismo, di spazio per i giovani, di riconoscimento a chi è più anziano e merito per l'attività svolta e per ciò che ancora è con qualità fare.

La Federazione denuncia da anni la carenza di infermieri; sottolinea che nel futuro - che è già domani - il fabbisogno di assistenza infermieristica non può che aumentare sia in ambito territoriale che ospedalieri. Nel territorio per garantire l'attivazione degli ospedali di comunità, l'assistenza domiciliare h.24 ai pazienti cronici, ai pazienti non autosufficienti, alle persone anziane oltre che il supporto alle loro famiglie, l'assistenza primaria. Nell'ospedale per superare l'anacronistica organizzazione per disciplina clinica, per passare all'organizzazione per complessità assistenziale.

Tutto questo induce a ridire basta a blocchi del turn over obbligatori nelle Regioni in difficoltà economiche per i disavanzi e "di fatto" nelle altre che in difficoltà per i tagli alla spesa usano il personale per riassetare i loro bilanci.

A farne le spese non sono solo gli infermieri e tutti i professionisti della salute, ma anche i pazienti, per i quali aumentano i rischi legati alla sicurezza delle strutture e si riduce la qualità - e spesso anche la tempestività con liste di attesa sempre più lunghe - dei servizi.

Noi riteniamo che il Servizio sanitario nazionale debba essere collocato su un piano diverso dal resto della pubblica amministrazione e di non guardare più a quanto si spende, ma a come si spende e, soprattutto, per che cosa.

Bisogna aggredire le duplicazioni esistenti di centri decisionali, funzioni e strutture che assorbono risorse impropriamente e penalizzano l'equità di accesso alle cure. Questi e non altri sono i primi sprechi da tagliare per ottenere veri risparmi.

# Il livello di empatia e le strategie di *coping* in un gruppo di infermieri: un'indagine osservazionale

Stefania Fabbri<sup>1</sup>, Luigi Cirio<sup>2</sup>, Tommaso Novo<sup>1</sup>, Anna Padovan<sup>3</sup>, Simona Facco<sup>4</sup>, Laura Cominetti<sup>4</sup>, Maria Valentina Mussa<sup>4</sup>, Valerio Dimonte<sup>5</sup>, Ezio Ghigo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Infermiera, libera professione, Clinica Cellini, Torino; <sup>2</sup>Coordinatore del Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Torino; <sup>3</sup>Infermiera counselor, libera professione; <sup>4</sup>Infermiera, docente del Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Torino; <sup>5</sup>Professore associato in scienze infermieristiche, Università degli Studi di Torino; <sup>6</sup>Professore ordinario di endocrinologia, Università degli Studi di Torino, Scuola di Medicina

Corrispondenza: stefania.fabbri9@gmail.com

## RIASSUNTO

**Introduzione** Le capacità empatiche e le strategie di *coping* vengono identificate come competenze infermieristiche cardine per fronteggiare efficacemente i problemi.

L'obiettivo di questo lavoro è misurare le capacità empatiche e le strategie di *coping* di un campione di infermieri di endocrinologia e diabetologia.

**Materiali e metodi** Lo studio è di tipo osservazionale trasversale e considera un campione di convenienza di 69 infermieri. Per rilevare le strategie di *coping* è stato utilizzato il Coping Orientation to Problems Experienced-nuova versione italiana (COPE-NVI) mentre per l'empatia il Jefferson Scale of Physician Empathy nella versione HP2 (JSPE-HP2).

**Risultati** Il punteggio medio complessivo ottenuto dagli infermieri nel COPE-NVI è stato di 140 punti ( $DS=\pm 12$ ) mentre quello ottenuto nella JSPE-HP2 è stato di 109 punti ( $DS=\pm 12$ ). Più della metà degli infermieri (52%) si sono posizionati nella fascia corrispondente al più alto livello di empatia (da 111 a 140). Non è emersa alcuna relazione statisticamente significativa ( $p=0,568$ ) fra l'empatia e il *coping*.

**Conclusioni** Gli infermieri specializzati in endocrinologia e diabetologia possiedono buoni livelli empatici e di *coping*; lo studio non ha individuato una correlazione fra i due indici.

**Parole chiave:** empatia, strategie di *coping*, infermieri, relazione, comunicazione

## Empathic skills and coping strategies in a group of nurses: an observational survey

### ABSTRACT

**Introduction** Empathy skills and coping strategies are identified as basic nursing competences to deal problems. The aim of the study is to measure empathy skills and coping strategies in a sample of nurses of endocrinology and diabetology.

**Methods** This is a cross-observational study with convenience sample of 69 nurses. The Coping Orientation to Problems Experienced-Italian new version (COPE-NVI) has been used to measure coping strategies and the Jefferson Scale of Physician Empathy HP2 version (JSPE-HP2) has been used to measure empathy skills.

**Results** The overall average score of COPE-NVI was 140 points ( $SD=\pm 12$ ). The average score of JSPE-HP2 was 109 points ( $SD=\pm 12$ ). More than half of nurses (52%) have reached the highest level of empathy (range 111-140). There was no statistically significant relationship between empathy and coping.

**Conclusions** The nurses specialized in endocrinology and diabetology have good empathic skills and coping strategies although the study does not demonstrate correlation between two indexes.

**Key words:** empathy, coping strategy, nurses, relationship, communication

## INTRODUZIONE

A causa della progressiva evoluzione scientifico tecnologica, negli ultimi anni si è assistito a un costante incremento della popolazione geriatrica con conseguente aumento di patologie croniche e di comorbidità (Istat, 2013).

La figura infermieristica spesso rappresenta l'anello di unione tra la persona e il percorso di cura intrapreso dal paziente. Le competenze infermieristiche necessarie per rispondere a tali bisogni sono sempre più ampie e vanno da quelle tecniche e cognitive fino a quelle comunicativo-relazionali. Queste ultime,

spesso considerate come abilità individuali facoltative, sono invece considerate non meno importanti delle competenze cliniche e tecnico-operative (Decreto Ministeriale n. 739/1994).

L'infermiere infatti è colui che aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte attraverso un percorso di cura, adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere ed è colui che ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali; infine sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito (Silvestro A, 2009).

Per fare fronte a un'efficace comunicazione è fondamentale sviluppare delle capacità empatiche, ovvero un atteggiamento verso gli altri caratterizzato da un impegno di comprensione dell'altro, escludendo un'attitudine affettiva personale e il giudizio morale, per creare una vera relazione di fiducia (Fields SK, et al., 2004). Rogers ha definito l'empatia come "la capacità di percepire il mondo privato del cliente come se fosse proprio, senza mai perdere la condizione del 'come se'" (Rogers CR, 2008). In termini più comuni l'empatia può essere indicata come il "mettersi nei panni dell'altro".

Due dimensioni dell'empatia considerate determinanti al fine di generare una risposta empatica sono la condivisione emotiva (componente affettiva) e la comprensione del vissuto dell'altro (componente cognitiva) (Hojat M, et al., 2002). Un professionista con un elevato livello di capacità empatiche non solo saprà rispondere con maggiore efficacia ai bisogni della persona assistita ma saprà anche accogliere e progettare un percorso di cura più mirato e personalizzato, saprà lavorare maggiormente in gruppo e trarre dall'esperienza professionale la massima ricchezza. A questo proposito alcuni studi hanno osservato come a una maggiore capacità empatica sia associato un migliore esito della malattia e una maggiore soddisfazione degli operatori stessi (Kim SS, et al., 2004).

Per rispondere ai bisogni della persona assistita in maniera olistica non è meno importante la capacità dell'infermiere di sapere fronteggiare situazioni stressanti, ovvero possedere quelle che vengono definite strategie di *coping* (Happell B, et al., 2013).

Il concetto di *coping* può essere definito come la capacità di fronteggiare, gestire e risolvere i problemi, ovvero l'insieme di strategie mentali e comportamentali messe in atto per fronteggiare una situazione critica (Beasley M, et al., 2003). La capacità di *coping* si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivati dal contatto con i problemi. Questi due aspetti sono ugualmente importanti ed entrambi possono essere sviluppati: non sarebbe utile

infatti sapere risolvere concretamente un problema senza al contempo sapere gestire in maniera fisiologica le emozioni scatenate dal problema stesso. Ogni evento in grado di produrre una reazione emozionale potrebbe essere definito come avvenimento stressante (Pancheri P, 1993), per cui uno stimolo produrrà o meno una reazione di stress a seconda di come viene interpretato e valutato (Lazarus RS, et al., 1984). Le capacità e le abilità finora descritte vengono identificate come competenze cardine per gli operatori sanitari per fronteggiare in maniera efficace i problemi presenti in una popolazione di pazienti sempre più complessa e avvicinarsi sempre di più a un'umanizzazione delle cure, senza la quale alcuna pratica assistenziale verrà considerata efficace e di qualità (Haque OS, et al., 2012).

### Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è misurare le capacità empatiche e le strategie di *coping* in un campione di infermieri di endocrinologia e diabetologia.

### MATERIALI E METODI

Lo studio è di tipo osservazionale trasversale e ha considerato un campione di convenienza costituito da infermieri iscritti all'Associazione nazionale infermieri di endocrinologia e diabetologia (ANIED). I questionari sono stati somministrati, compilati e raccolti nel periodo compreso tra novembre 2012 e febbraio 2013.

### Strumenti di misurazione

Per descrivere le strategie di *coping* possedute dal campione è stato utilizzato il Coping Orientation to Problem Experienced nella nuova versione italiana (COPE-NVI) (Sicaa C, et al., 2008). Il questionario è composto da 60 affermazioni; per ciascuna sono presenti quattro possibili risposte corrispondenti a una scala di gradimento che va da "di solito non lo faccio" a "lo faccio quasi sempre". Il punteggio complessivo va da 60 a 240 punti: maggiore è il punteggio, maggiore è il benessere psicologico di fronte a situazioni stressanti.

Nelle istruzioni è stato specificato di rispondere facendo riferimento a quello che abitualmente si fa di fronte a situazioni stressanti più che a un evento in particolare.

Lo strumento indaga cinque dimensioni:

- sostegno sociale: la ricerca di comprensione, di informazioni e di sfogo emotivo;
- strategie di evitamento: l'utilizzo di negazione, distacco comportamentale e mentale;
- attitudine positiva: l'atteggiamento di accettazione e reinterpretazione positiva degli eventi;

- orientamento al problema: le strategie positive, attive e di pianificazione;
- orientamento trascendente: la pratica religiosa e l'assenza di umorismo.

L'attitudine positiva e l'orientamento al problema, al contrario delle strategie di evitamento, sembrano portare a benessere, proteggendo dal disagio psicologico. Il sostegno sociale e l'orientamento trascendente, invece, riguardano aspetti molto complessi del comportamento umano e, quando utilizzate nel processo di *coping*, queste ultime due dimensioni non sembrano favorire il benessere.

Per la valutazione del livello empatico è stata somministrata la Jefferson Scale of Physician Empathy nella versione HP2 (JSPE-HP2) (Di Lillo M, et al., 2009). La scala è costituita da 20 affermazioni in cui gli intervistati indicano il loro accordo o disaccordo tramite una scala Likert a 7 punti che va da "completamente in disaccordo" a "completamente d'accordo". L'intervallo di punteggio può variare da 20 a 140 punti; maggiore è il punteggio, più alto è il livello di empatia. Per semplificare la lettura dei risultati riguardanti l'empatia, l'intervallo di punteggio del JSPE-HP2 è stato suddiviso in 4 livelli:

- livello 1: da 20 a 50 punti, assenza di empatia;
- livello 2: da 51 a 80 punti, basso livello di empatia;
- livello 3: da 81 a 110 punti, medio livello di empatia;
- livello 4: da 111 a 140 punti, alto livello di empatia.

Gli strumenti utilizzati per la ricerca (COPE-NVI e JSPE-HP2) sono validati in italiano, di facile compilazione, anonimi e di tipo *self-report*.

### Analisi dei dati

I dati sono stati imputati ed elaborati con il programma Microsoft Excel e sono stati gestiti esclusivamente in forma aggregata. I risultati sono stati presentati mediante distribuzioni di frequenza, indici di posizione centrale (media e mediana) e di dispersione (deviazione standard, DS, e intervalli di punteggio). Per il calcolo dell'indice di correlazione di Pearson e per l'analisi della varianza (eta quadro) è stato utilizzato il programma JsStat - analisi quantitativa dei dati e data mining, versione 2.16.

### Aspetti etici

Il consenso alla raccolta dei dati è stato raccolto online attraverso l'approvazione scritta dei partecipanti all'indagine previa compilazione del questionario per via telematica. E' stata garantita la confidenzialità dei dati degli infermieri. Le schede di raccolta dei dati erano anonime.

## RISULTATI

Dei 125 infermieri contattati hanno partecipato in 69

(55,2%). Questi erano prevalentemente donne (88,4%) con un'età media di 45 anni, per lo più sposate (75%); il 58% ha indicato di possedere una formazione post base (laurea magistrale, master, eccetera) e la durata media della loro esperienza lavorativa è risultata di  $22 \pm 8$  anni.

Il punteggio medio complessivo ottenuto dagli infermieri nel COPE-NVI è stato di 140 punti (deviazione standard,  $DS = \pm 12$ ) in un intervallo da 107 a 178 punti. Per il 98,5% degli infermieri è stato riscontrato un livello di empatia buono (livello 3) o alto (livello 4); in particolare, per più della metà degli infermieri (52,2%) è stato registrato il livello empatico più alto (livello 4); solo per un infermiere è stato registrato un basso livello di empatia (livello 2) (Figura 1).

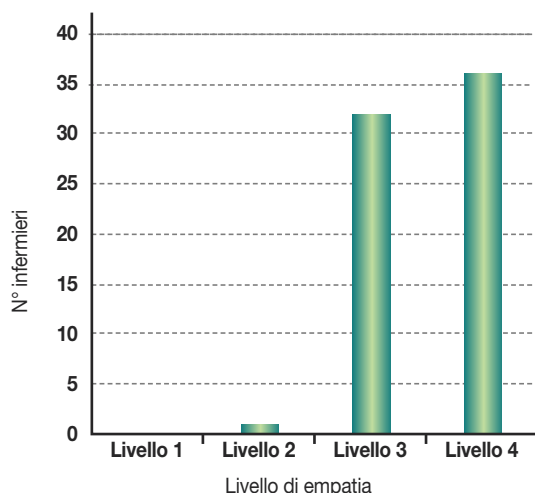
Il punteggio medio complessivo ottenuto dagli infermieri nella JSPE-HP2 è stato di 109 punti ( $DS = \pm 12$ ) in un intervallo da 66 a 133 punti; i punteggi suddivisi per dimensione sono indicati in Tabella 1.

E' emerso che essere separati o divorziati è correlato significativamente con una valutazione più alta delle capacità di *coping* ( $p = 0,03$ ).

Non sono state trovate correlazioni tra variabili quali l'età, il genere, la formazione e gli anni di servizio degli infermieri e il livello di empatia e di *coping*.

Infine, il livello di empatia non è risultato correlato al livello di *coping* ( $r = 0,07$ ;  $p = 0,568$ ).

**Figura 1.** Distribuzione degli infermieri per livello di empatia rilevato tramite JSPE-HP2



JSPE-HP2: Jefferson Scale of Physician Empathy, versione HP2

Livello 1, da 20 a 50 punti: assenza di empatia

Livello 2, da 51 a 80 punti: basso livello di empatia

Livello 3, da 81 a 110 punti: medio livello di empatia

Livello 4, da 111 a 140 punti: alto livello di empatia

**Tabella 1. Punteggi ottenuti nel COPE-NVI per ciascuna dimensione indagata**

| Dimensione COPE-NVI (punteggio minimo-massimo) | Media $\pm$ DS (intervallo) |
|------------------------------------------------|-----------------------------|
| Sostegno sociale (12-48)                       | 28 $\pm$ 5 (16-42)          |
| Strategie di evitamento (16-64)                | 27 $\pm$ 3 (19-35)          |
| Attitudine positiva (12-48)                    | 31 $\pm$ 4 (24-40)          |
| Orientamento al problema (12-48)               | 32 $\pm$ 5 (23-44)          |
| Orientamento trascendente (8-32)               | 21 $\pm$ 4 (13-31)          |

COPE-NVI: Coping Orientation to Problem Experienced nella nuova versione italiana  
DS: deviazione standard

## DISCUSSIONE

L'umanizzazione delle cure è uno dei principali motori di cambiamento per rispondere in maniera efficace ai diversi e complessi bisogni espressi dalla persona assistita (Haque OS, et al., 2012). Il problema dell'umanizzazione delle cure si è accentuato da quando in Italia è stata condotta un'indagine dal Tribunale del malato; essa ha dimostrato che, su oltre 20.000 pazienti, la quasi totalità degli interpellati lamentava un atteggiamento indifferente o addirittura scostante di molti operatori sanitari (Facco S, et al., 2013).

Nonostante ormai da tempo sia stato dimostrato che, al di là di alcune predisposizioni personali più o meno accentuate dell'individuo, le abilità e le competenze relazionali possono essere acquisite o migliorate, esse vengono ancora spesso considerate caratteristiche intrinseche del soggetto; infatti alcuni ricercatori, per esempio, ritengono che l'empatia sia un valore che può diminuire durante l'esercizio professionale ma anche migliorare con specifiche attività educative e corsi mirati (Olsen D, 1991).

Questo progetto di ricerca si è posto l'obiettivo di esplorare alcune abilità di *coping* e il livello di empatia al fine di studiare percorsi formativi *ad hoc* da avviare in particolare in quei contesti di cura in cui le abilità relazionali sono tra i principali strumenti messi in atto per rispondere ai bisogni dell'assistito.

Aiutare la persona a vivere "con la malattia" e non "per la malattia" rappresenta una delle principali sfide dei professionisti sanitari, in particolare quelli impegnati nei contesti in cui la patologia cronica è spesso protagonista, come la popolazione considerata nello studio.

La limitata presenza di studi di ricerca che misurino l'empatia e il *coping* tra professionisti sanitari non permette di confrontare in modo articolato i risultati emersi dal presente studio. La maggioranza delle indagini svolte ha esplorato tali attitudini nei medici,

nonostante un recente studio sembri dimostrare che nella popolazione infermieristica vi siano maggiori abilità relazionali ed empatiche rispetto a quella medica (Hojat M, et al., 2003), o su studenti di infermieristica (Pederson R, 2009). Kuo e collaboratori, a Taiwan, hanno fotografato le competenze empatiche di infermieri impegnati in differenti contesti (Kuo JC, et al., 2012); dai dati emersi sembra che le abilità empatiche infermieristiche corrispondano a quelle rilevate in questo studio (il punteggio medio nella JSPE-HP2 rilevato era di 110; 109 nel presente studio). Nello studio di Kuo e collaboratori è emerso inoltre come la genitorialità, la maggiore esperienza infermieristica e una precedente esperienza in ambito psichiatrico possano influenzare significativamente i livelli di empatia posseduti dal professionista.

Il campione preso in esame rappresenta una popolazione specializzata (infermieri di endocrinologia e diabetologia) prevalentemente femminile. Da studi precedenti sembrerebbe che le donne presentino punteggi di empatia significativamente più alti rispetto agli uomini in funzione a diversi fattori, per esempio culturali, familiari, professionali, personali, eccetera (Hojat M, et al., 2002; Crandall S, et al., 2009).

La popolazione osservata è per lo più specializzata con un'importante esperienza sul campo e una parallela e consistente formazione certificativa acquisita nel tempo (il 58% degli infermieri ha svolto percorsi di formazione post base). La partecipazione a percorsi di studio inerenti l'assistenza a pazienti cronici può avere influito sull'acquisizione di alcune importanti competenze relazionali che spesso vengono rilevate come abilità innate dell'individuo.

Sembra che il livello di empatia non sia strettamente correlato a una positiva strategia di *coping*; pertanto non è automatico che a una risposta empatica si associ un'adeguata strategia di *coping*. Lavorare sul concetto di sé è un aspetto cardine per poter affrontare maggiori ostacoli e rispondere in maniera più adeguata a un bisogno. Gli eventi stressanti che portano a una rivisitazione di sé sono molteplici e tra questi parrebbe, dai risultati emersi, che le difficoltà che si incontrano nella vita personale (per esempio nell'ambito delle relazioni) possano fortificare le proprie capacità di affrontare situazioni stressanti (*coping*), seppure non ci siano studi a conferma o negazione di questa ipotesi.

Data la limitata numerosità del campione e la sua natura non probabilistica, i dati devono essere interpretati con cautela e sono scarsamente generalizzabili.

## CONCLUSIONI

L'infermiere ha un ruolo chiave nella relazione con l'assistito pertanto esplorarla nelle sue dimensioni

aiuta a comprenderne le potenzialità e i limiti e su questi progettare futuri interventi formativi specifici e mirati. Sensibilizzare i professionisti su questi temi sembra essere una strategia efficace per migliorare gli esiti assistenziali e la qualità delle cure (Haque OS, et al., 2012).

Questo studio ha esplorato la presenza di due competenze cardine dell'assistenza infermieristica, quali l'empatia e il *coping*, e rappresenta una delle poche esperienze nazionali di carattere osservazionale nell'ambito della cronicità. La gran parte degli studi su queste tematiche sono svolti per lo più in paesi anglosassoni, come si evince anche dalle linee guida emanate dalla Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) inerenti alle relazioni terapeutiche nell'assistenza infermieristica (RNAO, 2002). A causa della complessità dell'argomento, delle diverse interpretazioni attribuibili ai risultati e dei pochi strumenti di indagine oggettivi che possano fotografare le competenze relazionali, fino a oggi sono stati condotti pochi studi che descrivono tale fenomeno. Sono necessari ulteriori studi, su campioni più numerosi ed eventualmente anche in popolazioni differenti, per confermare i risultati di questo studio e per approfondirne le valutazioni.

## BIBLIOGRAFIA

- Beasley M, Thompson, Davidson J (2003) *Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness*. Personality and Individual Differences, 34, 77-65.
- Crandall S, Marion GS (2009) *Identifying attitudes towards empathy: an essential features of professionalis*. Academic Medicine, 84, 1174-1176.
- Decreto Ministeriale n. 739, 14 Settembre 1994. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*. [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/leggi/179/DM140994n739.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf)
- Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, et al. (2009) *The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians*. Academic Medicine, 84, 1198-1202.
- Facco S, Cirio L, Galante J, et al. (2013) *Le capacità empatiche degli infermieri di area chirurgica*. L'Infermiere, 2, 28-31.
- Fields SK, Hojat M, Gonnella JS, et al. (2004) *Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy*. Evaluation and the Health Professions, 27, 80-94.
- Happell B, Read-Searl K, Dwyer T, et al. (2013) *How nurses cope with occupational stress outside their workplaces*. Collegian, 20, 195-199.
- Haque OS, Waytz A (2012) *Dehumanization in medicine: causes, solutions and functions*. Perspectives on Psychological Science, 7, 176-186.
- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, et al. (2002) *Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty*. The American Journal of Psychiatry, 159, 1563-1569.
- Hojat M, Fields SK, Gonnella JS (2003) *Empathy: an NP/MD comparison*. The Nurse Practitioner, 28, 45-47.
- Istat (2013) *Epidemiologia popolazione italiana*. [www.istat.it](http://www.istat.it).
- Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV (2004) *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*. Evaluation and the Health Professions, 27, 237-251.
- Kuo JC, Cheng JF, Chen YL, et al. (2012) *An exploration of empathy and correlates among Taiwanese nurses*. Japan journal of nursing science, 9, 169-176.
- Lazarus RS, Folkman, S (1984) *Stress, appraisal and coping*. Edizione Springer, New York.
- Olsen D (1991) *Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing*. Advances in Nursing Science, 14, 62-75.
- Pancheri P (1993) *The clinical picture of anxiety. The problems and prospects*. Recenti Progressi in Medicina, 84, 127-128.
- Pederson R (2009) *Empirical research on empathy in medicine—A critical review*. Patient Education and Counseling, 76, 307-322.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2002) *Establishing Therapeutic Relationship. Nursing Best Practice Guidelines*. [http://www.bluewaterhealth.ca/documents/187/Establishing\\_Therapeutic\\_Relationships.pdf](http://www.bluewaterhealth.ca/documents/187/Establishing_Therapeutic_Relationships.pdf)
- Rogers CR (2008) *Terapia centrata sul cliente*. Edizione La Meridiana, Bari.
- Sicaa C, Magnia C, Ghisib M, et al. (2008) *Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping*. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 14, 27-53.
- Silvestro A (2009) *Commentario al Codice Deontologico dell'infermiere*. Edizione McGraw Hill. Milano.

## Antisepsi chirurgica delle mani: due modalità a confronto

Sonia Bustreo<sup>1</sup>, Alessandra Bolzoni<sup>1</sup>, Cinzia Ronzio<sup>1</sup>, Marzia Scrivanti<sup>1</sup>, Paola Binaghi<sup>1</sup>,  
Filippo Romanazzi<sup>3</sup>, Fabio Ferentini<sup>3</sup>, Giorgio Colusso<sup>4</sup>, Laura Gerardi<sup>4</sup>, Laura Vismara<sup>2</sup>,  
Pierangelo Clerici<sup>2</sup>, Bianca Osnaghi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azienda ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano", Blocco operatorio di Magenta; <sup>2</sup>Azienda ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano", Unità operativa di microbiologia, Magenta; <sup>3</sup>Azienda ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano", Unità operativa di oculistica, Presidio ospedaliero Magenta-Abbiategrosso; <sup>4</sup>Azienda ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano", Unità operativa di qualità, accreditamento e risk management

Corrispondenza: sonia.bustreo@ao-legnano.it

### RIASSUNTO

**Introduzione** Questo studio ha lo scopo di introdurre la decontaminazione idroalcolica in ambito chirurgico confrontando due modalità di antisepsi chirurgica delle mani, già validate scientificamente.

**Materiali e metodi** Lo studio pilota, della durata di 10 sedute operatorie, ha coinvolto cinque strumentiste per interventi chirurgici – definiti "puliti" (per esempio l'intervento di cataratta) – della specialità di oculistica presso il blocco operatorio di Magenta dell'Azienda ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano", per un totale di 50 interventi. Le strumentiste hanno applicato alternativamente due modalità di antisepsi chirurgica delle mani, ciascuna per cinque interventi consecutivi; è stata rilevata la carica batterica dalle mani delle strumentiste, in tempi diversi, tramite adesione dei polpastrelli su piastre di agar triptoso per 10 secondi. Le due modalità di antisepsi chirurgica delle mani prevedono un primo lavaggio comune, ovvero un lavaggio per 5 minuti con una spugna monouso sterile imbevuta di triclosano e l'asciugatura con un telino sterile. Dal secondo lavaggio in poi la procedura differisce a seconda della modalità: lavaggio di 3 minuti con acqua calda e spugna monouso imbevuta di triclosano (modalità 1); frizione per 1 minuto e mezzo con un prodotto a base di triclosano e alcol (modalità 2).

**Risultati** L'applicazione della modalità 2 di antisepsi chirurgica delle mani ha ridotto significativamente la carica batterica residua sino a ottenere, in alcuni casi e all'ultimo riscontro di piastra, l'assenza completa di colonie batteriche. È stato riscontrato che le strumentiste, indipendentemente dalla modalità antisettica chirurgica delle mani applicata, hanno curato maggiormente la pulizia della mano destra.

**Conclusioni** La modalità 2 di antisepsi chirurgica delle mani ha evidenziato una riduzione significativa della carica batterica residua, risultato che non è stato raggiunto dall'altra modalità; è inoltre un procedimento più rapido ed economico.

**Parole chiave:** lavaggio chirurgico, contaminazione mani, triclosano, alcol, piastra agar triptoso

### Surgical scrub: a comparison between two methods

#### ABSTRACT

**Introduction** The aim of this study was to compare two methods of surgical hand antisepsis, which had already received scientific validation.

**Methods** The study, lasted 10 operating sessions, involved five surgical technologists of ophthalmology, at the surgical unit of the Hospital of Magenta "Ospedale Civile di Legnano", for a total of 50 interventions – defined "clean" (i.e. cataract intervention). The surgical technologists have applied alternately two methods of surgical hand antisepsis, each for five consecutive interventions; the bacterial load was detected from surgical technologists' hands, at different times, by the adhesion of the fingertips on tryptose agar plates for 10 seconds. The two methods of surgical hand antisepsis share a common first step: washing for 5 minutes with a sponge soaked in sterile disposable triclosan and drying with sterile drape. From the second step the washing procedure differs depending on the method: washing for 3 minutes with warm water and disposable sponge soaked with triclosan (method 1); clutch for 90 seconds with a product containing triclosan and alcohol (method 2).

**Results** The method 2 of surgical hand antisepsis has significantly reduced the bacterial load remaining on surgical technologists' hands until obtaining, in some cases and at the last reading of the tryptose agar plates, the complete absence of bacterial colonies. Regardless by the method of surgical hand antisepsis used, it was found that the surgical technologists cleaned better the right hand.

**Conclusions** The method 2 of surgical hand antisepsis led to a significant reduction of the remaining bacterial load, a result that has not been achieved by the method 1; it is also a quicker and cheaper method.

**Key words:** surgical scrub, hands contamination, triclosan, alcohol, tryptose agar plates

## INTRODUZIONE

Tutti gli operatori sanitari possono essere fonte di infezione e la modalità più frequente di trasmissione delle infezioni nelle strutture sanitarie è il contatto diretto.

La rilevante riduzione delle infezioni ospedaliere che si è verificata a partire dalla fine dell'Ottocento è per gran parte il risultato della consapevolezza che i microrganismi sono causa di malattie e che possono essere controllati per mezzo di misure di asepsi (Widmer AF, et al., 2010) che rimane quindi il primo metodo per prevenire le infezioni (Tanner J, et al., 2008; Kampf G, et al., 2005). La prevenzione della trasmissione dei microrganismi è una priorità che riguarda tutti gli operatori sanitari; l'utilità dell'antisepsi chirurgica delle mani è ormai consolidata come strumento di prevenzione delle infezioni chirurgiche (Chen CF, et al., 2012; Pittet D, et al., 2009) ed è stata spesso motivo di studio e di ricerca. Si è passati dal lavaggio con cloruro di calce e soda, nel XIX secolo, all'utilizzo di sostanze antisettiche applicate ripetutamente sulle mani, fino ad arrivare alla fine del XX secolo con la pubblicazione di linee guida sul lavaggio delle mani da parte dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta che hanno introdotto l'utilizzo di sapone antimicrobico prima e dopo le procedure invasive; qualche anno dopo è stato raccomandato anche l'uso di una molecola a base antimicrobica e alcolica (Paulson DS, 1994). Oggi in commercio esistono prodotti alcolici ad alto grado di antisepsi e diversi studi hanno già dimostrato la loro efficacia anche per l'antisepsi chirurgica (Al-Naami MY, et al., 2009; Pichansathian W, 2004; Carro C, et al., 2007; Larson EL, et al., 2001; Bryce EA, et al., 2001; Dal Molin A, et al., 2010).

Lo scopo di questo studio è di evidenziare la validità dei prodotti idroalcolici e confrontarne i metodi d'utilizzo nella pratica quotidiana.

## MATERIALI E METODI

E' stato condotto uno studio pilota della durata di 2 mesi e mezzo, da maggio a luglio 2012, considerando solo il giorno dedicato alla seduta operatoria della specialità di oculistica.

Sono state coinvolte 5 strumentiste ognuna delle quali ha applicato due differenti metodi di lavaggio delle mani per cinque interventi consecutivi, per un totale di 50 interventi; quindi, sono stati effettuati 25 interventi applicando una modalità di antisepsi chi-

urgica delle mani e 25 interventi applicando l'altra. E' stata scelta la specialità chirurgica di oculistica dell'ospedale di Magenta al fine di limitare il numero delle variabili:

- ridotto numero di operatori: 5 strumentiste e 2 chirurghi oculisti;
- omogeneità degli interventi chirurgici considerati: facoemulsificazione, correzioni di strabismi o sondaggio dei dotti lacrimali;
- contesto operatorio omogeneo: la seduta viene eseguita sempre di lunedì, nella stessa sala e nelle medesime condizioni ambientali;
- intervento definito pulito: facoemulsificazione, caratterizzato da un numero di infezioni (endofthalmiti) sostanzialmente omogeneo alle casistiche mondiali, riducendo così le variabili legate all'intervento e facilitando il *follow-up* post-operatorio;
- operatività: per ciascuna seduta di facoemulsificazione venivano coinvolti la stessa strumentista e lo stesso chirurgo per l'intera procedura.

## Metodologia

Lo studio ha previsto la rilevazione della carica batterica presente sulle mani di cinque strumentiste, in tempi diversi, durante 5 interventi consecutivi svolti applicando una modalità di antisepsi chirurgica delle mani e successivamente durante altri 5 interventi consecutivi svolti applicando l'altra modalità. Ciascuna strumentista, quindi, ha sperimentato entrambe le modalità di antisepsi chirurgica delle mani alternandole settimanalmente, applicando ciascuna per cinque interventi consecutivi.

E' stata rilevata la carica batterica dai polpastrelli delle mani delle strumentiste, in tempi diversi, tramite adesione su piastre di agar triptoso per 10 secondi. Ogni piastra è stata identificata mediante un'etichetta che segnalava la data di esecuzione, la lateralità della mano e il momento della campionatura identificato così come segue:

- t0, prima di sottoporsi al lavaggio chirurgico (inizio seduta);
- t1, dopo l'asciugatura dal primo lavaggio con triclosano per 5 minuti;
- t2, al termine del primo intervento;
- t3: al termine del secondo intervento;
- t4: al termine del terzo intervento;
- t5: al termine del quarto intervento;
- t6: al termine del quinto intervento;

Sono state effettuate delle rilevazioni anche al mo-

mento t3a (dopo l'asciugatura dal terzo lavaggio) e a t7 (al termine del sesto intervento) tuttavia, a causa di una rilevazione erronea, i relativi dati non sono stati utilizzati ai fini statistici.

Le due modalità di antisepsi chirurgica delle mani prevedono un primo lavaggio comune, ovvero un lavaggio per 5 minuti con una spugnetta monouso sterile imbevuta di triclosano e l'asciugatura con un telino sterile. Dal secondo lavaggio in poi la procedura, specifica per modalità, è stata la seguente:

- modalità 1: lavaggio per 3 minuti con acqua calda e spugnetta monouso imbevuta di triclosano;
- modalità 2: frizione per 1 minuto e mezzo con un prodotto a base di triclosano e alcol;

L'intervallo da t1 a t2 corrisponde alla fase di lavaggio comune a entrambi gli studi; l'intervallo da t3 a t6 rappresenta la fase di lavaggio specifica per modalità. Per ciascun passaggio (da t0 a t6) sono state raccolte 7 piastre ottenute dalla mano destra e 7 dalla sinistra. Le stesse sono state consegnate al laboratorio di microbiologia per l'incubazione e la successiva lettura, di cui si è occupato un operatore microbiologico.

#### Analisi statistica

Tramite test di Fisher sono state valutate eventuali differenze tra le cariche batteriche dopo il primo lavaggio diversificato (al t3); è stata valutata la differenza di carica batterica tra il primo lavaggio e l'ultimo (da t1 a t6) e tra le due modalità, dal momento in cui si sono differenziate (da t3 a t6).

La soglia di significatività ( $p$ ) è stata fissata a 0,05.

#### Metodo microbiologico

Le piastre d'agar triptosio raccolte sono state incubate a 37°C. Per ciascuna piastra, dopo 48 ore d'incubazione, è stata rilevata la carica batterica definita in unità formanti colonie (UFC) per piastra.

Ciascuna tipologia di colonia è stata identificata con colorazione di Gram.

Gram positivi (Gram<sup>+</sup>):

- *Staphylococcus* spp (cocchi);
- *Propionibacterium* spp (bacilli, cute);
- *Corynebacterium* spp (bacilli, ambiente).

Gram negativi (Gram<sup>-</sup>):

- *Neisseria* (cocchi);
- coliformi (bacilli).

#### RISULTATI

Sono state raccolte un totale di 74 piastre relative all'applicazione della modalità 1 di antisepsi chirurgica delle mani (4 erroneamente rilevate, dati non utilizzati ai fini statistici) e 70 piastre relative all'applicazione della modalità 2. La lettura totale delle piastre è sintetizzata nella tabella 1.

Nella Tabella 2 sono riportate le unità formanti colonia totali rilevate, contate direttamente dalla piastra di crescita e tabulate per morfologia batterica.

La contaminazione della punta delle dita è variata da 0 a 300 UFC (Boyce JM, et al., 2002; Pittet D, et al. 2009).

#### Modalità 1 di antisepsi chirurgica delle mani

Per la modalità 1 di antisepsi chirurgica delle mani (Figura 1) non è stata registrata una diminuzione significativa della carica batterica sulle mani delle strumentiste tra il primo lavaggio (comune, da t1 a t2) e il momento della prima applicazione del lavaggio specifico per la modalità 1 (t3) ( $p=0,24$ ).

Non è stata trovata nessuna differenza significativa tra la carica batterica rilevata:

- dopo il primo lavaggio (t1) e dopo l'ultimo lavaggio (t6) ( $p=0,4$ );
- in seguito alla prima applicazione del lavaggio specifico per la modalità 1 (t3) e l'ultimo lavaggio (t6)

**Tabella 1. Totale delle unità formanti colonia (UFC) rilevate sulle mani delle strumentiste in momenti diversi per ciascun metodo di antisepsi chirurgica delle mani utilizzato**

| Tempo rilevazione | Totale UFC  |               |             |               |
|-------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
|                   | Metodo 1    |               | Metodo 2    |               |
|                   | Mano destra | Mano sinistra | Mano destra | Mano sinistra |
| t0                | 250         | 320           | 450         | 315           |
| t1                | 182         | 160           | 181         | 210           |
| t2                | 91          | 145           | 250         | 250           |
| t3                | 123         | 175           | 20          | 50            |
| t4                | 146         | 203           | 6           | 35            |
| t5                | 185         | 195           | 13          | 18            |
| t6                | 205         | 240           | 1           | 5             |

Le fasi t3a e t7 non sono riportate perché le relative piastre sono state raccolte erroneamente

**Tabella 2.** Totale delle unità formanti colonia (UFC) rilevate, suddivise per morfologia batterica

| Microrganismi                                                                          | Totale UFC  |               |             |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
|                                                                                        | Metodo 1    |               | Metodo 2    |               |
|                                                                                        | Mano destra | Mano sinistra | Mano destra | Mano sinistra |
| Cocchi (Gram <sup>+</sup> )                                                            | 1097        | 1378          | 551         | 638           |
| Cocchi (Gram <sup>+</sup> ), bacilli (Gram <sup>+</sup> )                              | -           | 90            | 210         | 105           |
| Cocchi (Gram <sup>+</sup> ), bacilli (Gram <sup>-</sup> )                              | 60          | -             | -           | 100           |
| Cocchi (Gram <sup>+</sup> ), cocchi (Gram <sup>-</sup> ), bacilli (Gram <sup>-</sup> ) | 50          | -             | -           | -             |
| Cocchi (Gram <sup>+</sup> ), cocchi (Gram <sup>-</sup> )                               | -           | -             | 60          | 40            |
| Totale                                                                                 | 1207        | 1468          | 821         | 883           |

( $p=0,7$ ). La variazione della carica batterica tra questi lavaggi è leggermente aumentata, anche se non in maniera significativa.

### Modalità 2 di antisepsi chirurgica delle mani

Per la modalità 2 di antisepsi chirurgica delle mani (Figura 2) è stata registrata una diminuzione significativa della carica batterica sulle mani delle strumentiste tra il primo lavaggio (comune, da t1 a t2) e il momento della prima applicazione del lavaggio specifico per la modalità 2 (t3) ( $p=0,0004$ ). E' stata inoltre trovata una differenza significativa tra la carica batterica rilevata:

- dopo il primo lavaggio (t1) e dopo l'ultimo lavaggio (t6) ( $p=1,28 \times 10^{-11}$ );
- in seguito alla prima applicazione del lavaggio spe-

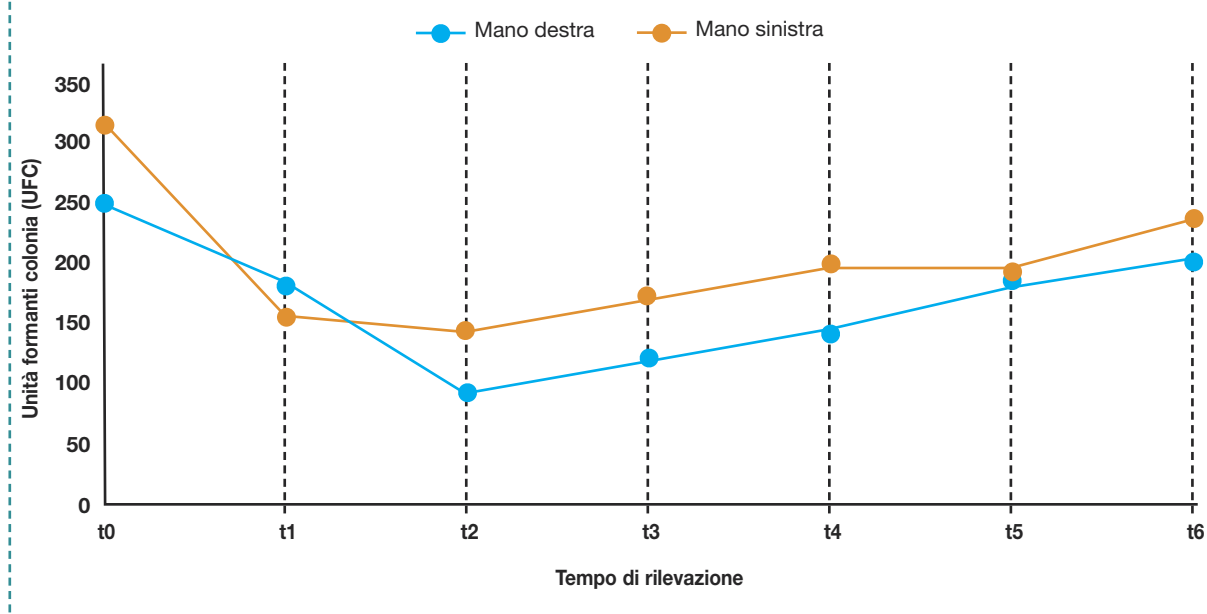
cifico per la modalità 1 (t3) e l'ultimo lavaggio (t6) ( $p=2,19 \times 10^{-6}$ ).

Dalle Figure 1 e 2 è possibile osservare che, indipendentemente dalla modalità di antisepsi chirurgica delle mani utilizzata, per la mano destra, rispetto alla sinistra, è stata sempre registrata una minore carica batterica.

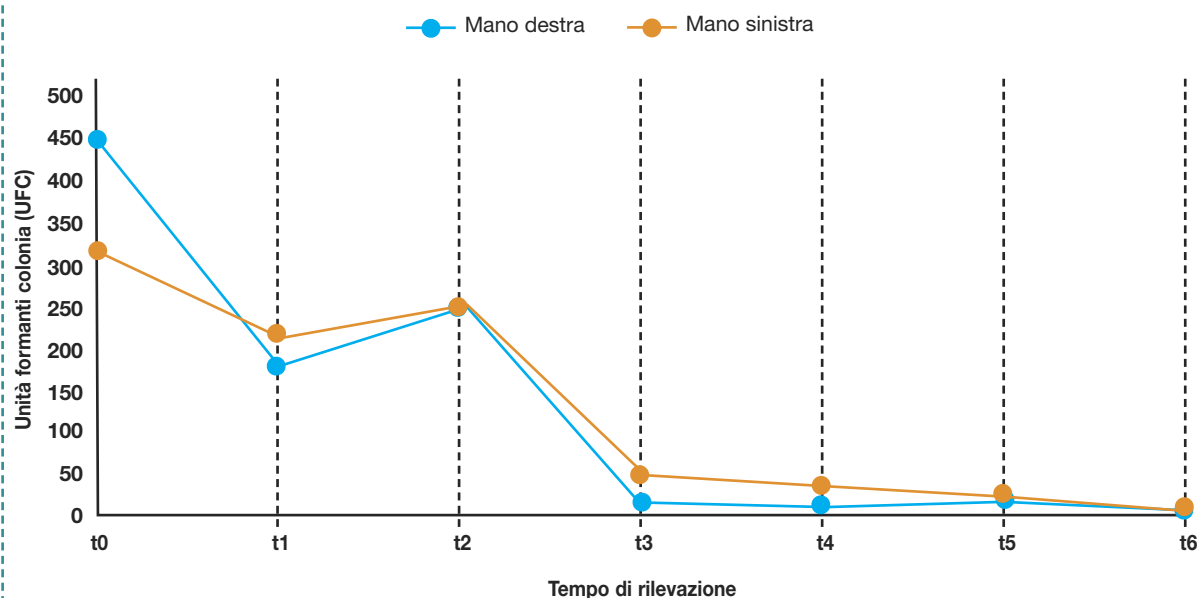
### DISCUSSIONE

La casistica interna delle infezioni post chirurgiche relativa agli interventi di cataratta (endoftalmiti) (Wong TY, et al., 2004; Hatch WV, et al., 2009), cioè quelle che si verificano con tempistica bifasica a seconda dell'agente patogeno – o molto precocemente (entro 2-4 giorni) o a distanza di 15-20 giorni (Taban M, et al., 2005; West ES, et al., 2005) – è rimasta invariata

**Figura 1.** Carica batterica totale presente sulle mani delle strumentiste ai vari tempi di rilevazione (da t0 a t6) relativa agli interventi eseguiti applicando la modalità 1 di antisepsi chirurgica



**Figura 2.** Carica batterica totale presente sulle mani delle strumentiste ai vari tempi di rilevazione (da t0 a t6) relativa agli interventi eseguiti applicando la modalità 2 di antisepsi chirurgica



nonostante l'introduzione di una nuova modalità di antisepsi chirurgica delle mani. In particolare, nessuno dei pazienti che ha partecipato allo studio ha manifestato segni o sintomi di infezione post chirurgica. Dai risultati si evince che utilizzare alcol per il lavaggio chirurgico (modalità 2) riduce e a volte addirittura elimina la carica batterica residente sulle mani, rappresentando così una procedura di lavaggio sicura nella pratica chirurgica. Inoltre la sua breve durata potrebbe renderlo un metodo consigliato in tutti quegli interventi da eseguire in emergenza. Inoltre va considerato che la modalità 2 di antisepsi chirurgica prevede solo l'utilizzo del prodotto antisettico, al contrario della modalità 1 che implica anche il consumo di circa 20 litri di acqua per ogni lavaggio; la modalità 2, di conseguenza, oltre a sembrare più efficace, è preferibile alla prima anche sul piano economico.

Un dato interessante è che, indipendentemente dalla modalità di antisepsi chirurgica delle mani utilizzata, la mano destra è sempre risultata quella con minore carica batterica; è possibile che questo risultato sia influenzato dal fatto che tutte le strumentiste coinvolte erano destrimani. Questo dato, se pur tratto da un piccolo campione, può essere di stimolo per effettuare altri studi sull'argomento e potrebbe essere un elemento di discussione per tutti gli studi che hanno valutato la flora residua delle mani dopo l'utilizzo di due antisettici diversi in mani diverse.

## CONCLUSIONI

L'antisepsi chirurgica effettuata prima delle procedure operatorie ha lo scopo di eliminare la flora batterica transitoria e ridurre in modo consistente quella residente delle mani e degli avambracci. Dallo studio emerge che l'utilizzo di triclosano per 5 minuti nelle due modalità come primo lavaggio ha sempre eliminato la flora batterica transitoria dalle mani, dimostrando la corretta esecuzione della pratica. Con i lavaggi successivi invece si è potuto misurare la riduzione della carica batterica residente che generalmente è responsabile di infezioni opportuniste a seguito di contaminazione di siti corporei normalmente sterili.

La modalità 1 di antisepsi chirurgica delle mani non ha portato a una diminuzione significativa della flora batterica residente rispetto a quella individuale a inizio seduta (Aiello AE, et al., 2007), mentre l'antisepsi chirurgica effettuata seguendo la modalità 2 ha portato a una riduzione statisticamente significativa della carica batterica residua, in alcuni casi col raggiungimento dell'assenza completa di colonie batteriche. Sarebbe interessante estendere lo studio a diverse tipologie di intervento e operatori sanitari (per esempio ai chirurghi) al fine di misurare tutte le variabili che concorrono all'applicazione delle due modalità di antisepsi e ottenere risultati con significatività inferenziale che permettano di indicare istruzioni operative a diffusione aziendale.

## BIBLIOGRAFIA

- Aiello AE, Larson EL, Levy SB (2007) *Consumer antibacterial soaps: effective or just risky?* Clinical Infectious Diseases, 45(2), S137-147.
- Al-Naami MY, Anjum MN, Afzal MF, et al. (2009) *Alcohol based hand rub versus traditional surgical scrub and the risk of surgical site infection: a randomized controlled trial.* EWMA Journal, 9(3), 59.
- Boyce JM, Pittet D (2002) *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Health-care Infection Control Practices Advisory Committee and the HIPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force.* American Journal of Infection Control, 30(8), S1-46.
- Bryce EA, Spence D, Roberts FJ (2001) *An in-use evaluation of an alcohol-based pre-surgical hand disinfectant.* Infection Control and Hospital Epidemiology, 22(10), 635-639.
- Carro C, Camilleri L, Traore O, et al. (2007) *An in-use microbiological comparison of two surgical hand disinfection techniques in cardiothoracic surgery: hand rubbing versus hand scrubbing.* Journal of Hospital Infection, 67(1), 62-66.
- Chen CF, Han CL, Kan CP, et al. (2012) *Effect of surgical site infections with waterless and traditional hand scrubbing protocols on bacterial growth.* American Journal of Infection Control, 40(4), e15-17.
- Dal Molin A, Venturini G, Sili A, et al. (2010) *L'uso di soluzioni e prodotti a base alcolica nel lavaggio delle mani: effetti sui pazienti e sul personale sanitario. Revisione della letteratura.* L'Infermiere, 47(3), 16-25.
- Hatch WV, Cernat G, Wong D, et al. (2009) *Risk factors for acute endophthalmitis after cataract surgery: a population-based study.* Ophthalmology, 116(3), 425-430.
- Kampf G, Ostermeyer C, Heeg P (2005) *Surgical hand disinfection with a propanol-based hand rub: equivalence of shorter application times.* Journal of Hospital Infection, 59(4), 304-310.
- Larson EL, Aiello AE, Heilman JM, et al. (2001) *Comparison of different regimens for surgical hand preparation.* AORN Journal, 73(2), 412-414, 417-418, 420.
- Paulson DS (1994) *Comparative evaluation of five surgical hand scrub preparations.* AORN Journal, 60(2), 246, 249-256.
- Picheansathian W (2004) *A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene.* International Journal of Nursing Practice, 10(1), 3-9.
- Pittet D, Allegranzi B, Boyce J (2009) *The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations.* Infection Control and Hospital Epidemiology, 30(7), 611-622.
- Taban M, Behrens A, Newcomb RL, et al. (2005) *Acute endophthalmitis following cataract surgery: a systematic review of the literature.* Archives of ophthalmology, 123(5), 613-620.
- Tanner J, Swarbrook S, Stuart J (2008) *Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 1.
- West ES, Behrens A, McDonnell PJ, et al. (2005) *The incidence of endophthalmitis after cataract surgery among the U.S. Medicare population increased between 1994 and 2001.* Ophthalmology, 112(8), 1388-1394.
- Widmer AF, Rotter M, Voss A, et al. (2010) *Surgical hand preparation: state-of-the-art.* Journal of Hospital Infection, 74(2), 112-122.
- Wong TY, Chee SP (2004) *The epidemiology of acute endophthalmitis after cataract surgery in an Asian population.* Ophthalmology, 111(4), 699-705.
- World Health Organization (2009) *WHO guidelines on hand hygiene in health care.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144013/pdf/TOC.pdf>



## CONTRIBUTI

## Effetti delle cure infermieristiche sugli esiti dei pazienti: è tempo di decisioni

di **Alvisa Palese**

Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università di Udine

Corrispondenza: [alvisa.palese@uniud.it](mailto:alvisa.palese@uniud.it)

Con l'ultimo articolo comparso su *The Lancet* di Aiken e colleghi (Aiken et al., 2014) che ha documentato gli effetti delle cure infermieristiche includendo ospedali di 9 paesi dell'EU e di 2 paesi dell'European Free Trade Association (Svizzera e Norvegia), trasferendo di fatto in Europa un modello di studio già sperimentato da anni negli USA e in altri paesi, si stanno progressivamente accumulando le evidenze sulla relazione tra quantità e qualità delle cure infermieristiche ed esiti clinici dei pazienti. Anche nel contesto Europeo che ha meccanismi di funzionamento, ruoli e condizioni lavorative diversi da quelli statunitensi, Aiken e colleghi (2014) hanno riscontrato che ad ogni paziente chirurgico in più gestito da un infermiere, aumenta del 7% il rischio di mortalità a 30 giorni (OR 1.068, CI 95% 1.031–1.106, oscillando quindi dal 3% al 10.6% in più), e che all'aumento del 10% di infermieri in possesso di una formazione accademica è associata una riduzione del rischio di mortalità del 7% (OR 0.929; CI 95% 0.886–0.973, dal 3 al 12% in meno).

Lo studio di Aiken e colleghi (2014), già diventato una pietra miliare nella storia infermieristica europea, sollecita ad intraprendere numerose decisioni ed a sorvegliarle con molta attenzione altre:

- si tratta del primo studio pan-europeo in cui è attivo dal 1999 il Processo di Bologna che sta armonizzando la formazione nei suoi diversi cicli (laurea, master, dottorato) influenzando anche la formazione infermieristica;
- è, inoltre, il primo studio che documenta su larga scala la variabilità all'interno e tra Paesi rispetto al *nurse-to-patient ratio* (ovvero a quanti sono in media i pazienti gestiti da ciascun infermiere) raccogliendo dati reali e non da database amministrativi che hanno sempre avuto il problema di contare le risorse e/o ore infermieristiche erogate includendo anche quelle 'non al letto del paziente' (Palese & Watson, 2014). Da quanto è emerso dallo studio, in Europa gli infermieri gestiscono da un minimo di 5 pazienti (Norvegia) ad un massimo di 12.7 (Spagna) con una *range* che va da 3.4 a 17.9.;

- non da ultimo, Aiken e colleghi (2014) hanno stimato l'effetto delle cure infermieristiche, confermando un aspetto atteso, peraltro già documentato in molti studi, ovvero che gli infermieri fanno la differenza sui pazienti. Da tempo, infatti, si stanno accumulando risultati sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche, ovvero su quell'insieme di comportamenti, percezioni e risultati clinici misurabili sui pazienti e sulle loro famiglie/caregiver, direttamente influenzati e/o sensibili alle cure infermieristiche ricevute (Iowa, 2000). Sulla base dei sistemi di classificazione esistenti, anche Aiken e colleghi hanno misurato gli esiti di sicurezza (e.g., in questo caso la mortalità, in altri studi le infezioni, gli errori di terapia, il mancato riconoscimento del declino clinico del paziente) (Griffith et al., 2008) assumendo che gli infermieri hanno un ruolo protettivo verso i pazienti, documentando che una buona assistenza infermieristica (con un numero sufficiente di infermieri) può ridurre complicanze ed errori.

Lo studio ha documentato le dotazioni organiche tra il 2007 e il 2010, subito prima della crisi economica che ha travolto anche l'EU, descrivendo una situazione forse migliore di quella attuale considerato che molte misure di contenimento dei costi hanno riguardato proprio la professione infermieristica. Solo a titolo di esempio, in Italia, per le chirurgie quasi dieci anni fa c'era una media di 8.9 pazienti/infermiere (7.2 al mattino, 9.2 nel pomeriggio e 13.6 di notte) (Palese et al., 2006); oggi nelle medicine si riportano punte massime di 30.5 pazienti/infermiere durante la notte (Palese et al., 2013). L'effetto sui pochi infermieri che rimangono al letto del paziente è immediato: aumenta il carico di lavoro, non è possibile assicurare le cure necessarie (Sist et al., 2012) e aumentano gli eventi negativi sui pazienti; inoltre, aumenta l'esaurimento emotivo e la frustrazione tra gli infermieri e il rischio di una immagine negativa del loro lavoro. Ci sarebbe bisogno di più infermieri al letto del paziente: i loro ruoli non possono essere sostituiti con figure di supporto perché il giudizio clinico di cui sono capaci gli infermieri protegge i pazienti (Aiken et al., 2014; Bambi et al., 2014). Purtroppo, mentre fino a poco tempo vivevamo nella carenza quantitativa di infermieri tanto da essere tra i primi paesi attivi nel reclutamento internazionale di infermieri stranieri, ora che ne disporremmo dopo anni di impegno nella formazione, la recessione ha miracolosamente cancellato la carenza tanto da far diventare l'Italia uno tra i primi paesi esportatori di infermieri in Europa. Gli ospedali – ma non solo – non possono assumere i neo-laureati di cui avrebbero drammatico bisogno; i neo-laureati rimangono senza lavoro per lungo tempo, perdendo le competenze acquisite durante la formazione, vanificando così l'impegno dei corsi di laurea, ospedali e distretti, e dei professionisti che si sono impegnati nella preparazione delle future generazioni. Un infermiere che assiste da solo 20 paziente non riesce a garantire tutto a tutti, e non ha alcuna concreta possibilità di offrire cure personalizzate (Canzan et al., 2013). I pazienti così sviluppano rischi e complicanze, con un aumento della degenza e dei costi: tutti problemi evitabili se fossero assistiti da un numero congruo di infermieri. Perché decidere di mettere a rischio i pazienti aumentando i costi invece di prevenire l'occorrenza di complicanze – forse con una minor spesa – dedicando più infermieri al letto dei pazienti? E' recente il dramma dell'ospedale dello Mid Staffordshire (UK) in cui una cultura spietatamente economica di contenimento dei costi, insieme ad altri fattori, hanno gravemente compromesso gli standard di assistenza (Haitey, 2013): a conti fatti, sembra che stiamo imparando poco da quella drammatica lezione inglese.

Alla luce dei risultati dello studio di Aiken e colleghi (2014) e della crescente preoccupazione per la situazione italiana, alcune decisioni dovrebbero essere intraprese subito:

1. anche nel nostro paese si sta misurando l'effetto delle cure infermieristiche sui pazienti (esempio lo studio ESAMED, Palese et al., 2013). Proseguire in questa direzione, anche con progetti collaborativi più ampi, è fondamentale. Le nostre dotazioni organiche sono molto diverse, tra regioni, ospedali e all'interno dello stesso ospedale. Catturare questa variabilità come occasione di misurazione di ciò che accade nella realtà, potrebbe costituire un'ottima base di partenza per documentare gli effetti delle cure infermieristiche sui pazienti e documentare/segnalare l'insicurezza di alcune situazioni.
2. Tuttavia, l'Italia, in buona compagnia ad altri Paesi, ha un importante problema rispetto ai dati. Si raccolgono molti dati spesso disomogenei (ad esempio, ogni contesto adotta scale di misurazioni diverse, per le piaghe da decubito chi la scala di Braden, chi quella di Norton...) che non possono essere confrontati e costituire la base di una robusta ricerca. Cercare di arrivare ad un consenso sul *nursing minimum data set*, ovvero sui dati minimi da registrare quotidianamente e routinariamente per i pazienti ricoverati o presi in carico dalla comunità, è strategico per creare le basi per la ricerca futura.
3. Altrettanti sforzi andrebbero condotti nell'area delle competenze avanzate: stabilire oggi un set di indicatori per tracciare gli esiti - peraltro anche in questo caso già documentati negli altri paesi (Bambi et al., 2014) - renderebbe semplicemente visibile l'effetto della competenza avanzata fin dagli inizi del suo sviluppo appena disegnato a livello nazionale.
4. La nostra attenzione dovrebbe riguardare anche la formazione: non c'è dubbio che le future generazioni dovrebbero essere formate agli esiti che l'infermieristica è in grado di influenzare, al fine di creare una cultura di massima attenzione e sorveglianza di quanto è attribuibile/sensibile alle cure infermieristiche.
5. Pur nella difficoltà del momento, i nostri sforzi dovrebbero ricercare una prospettiva anche positiva: sono poco frequenti gli studi che hanno dimostrato l'efficacia delle cure infermieristiche, ovvero la capacità di determinare esiti positivi sui pazienti (e.g., autonomia del paziente nel gestire la terapia, *devices*, recupero di indipendenza funzionale, adattamento alla malattia, soddisfazione) all'interno di una prospettiva dove gli infermieri non solo garantiscono sicurezza ma anche aggiungono risultati.

Abbiamo evidenze europee sull'effetto delle cure infermieristiche sui pazienti. Di fronte a simili risultati riferiti ad altri Paesi, ci siamo sentiti sempre rispondere che i contesti erano troppo diversi dal nostro. Oggi tra i paesi coinvolti c'è la Spagna, il Belgio, l'Inghilterra, la Finlandia, l'Irlanda, l'Olanda, e la Svezia oltre alla Norvegia ed alla Svizzera, alcuni dei quali condividono le stesse difficoltà economiche. Ci si aspetterebbe una immediata reazione di policy capace di integrare i risultati nella pratica quotidiana e/o di dare indirizzi. I pazienti sono a rischio se gestiti da un numero non congruo di infermieri: Europa (e Italia), se non ora, quando prenderai le migliori decisioni per i tuoi cittadini? Oltre alla diagnostica, ai trattamenti farmacologici e/o chirurgici, i pazienti hanno il diritto di ricevere una adeguata assistenza, un diritto non accessorio ma fondamentale, che forse ha un effetto meno tangibile, ma ugualmente documentato.

**BIBLIOGRAFIA**

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al, for the RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet 2014; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).
- Bambi S, Lucchini A, Solaro M, Lumini E, Rasero L. Interventional Patient Hygiene Model. Una riflessione critica sull'assistenza di base in terapia intensiva. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2014; 33(2): 90-96.
- Canzan F, Saiani L, Mortari L, Ambrosi E. Quando I pazienti parlano di cura: risultati di uno studio fenomenologico. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2013; 32(4): 205-212.
- Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. National Nursing Research Unit. London: Kings College, 2008.
- Haiter M. The UK Francis report: the key messages for nursing. Journal of Advanced Nursing, 2013; 69(8): e1-e3.
- IOWA Outcomes Project Nursing Outcomes classification. Background and use. In: Nursing Outcomes classification (NOC) 2nd Edition. St. Louis: Mosby, 2000.
- Palese A, Cuel M, Zanella P, Zambiasi P, Guarnier A, Allegrini E, and Saiani L. Nursing care received by older patients in Italian medical units: findings from an explorative study. Aging Clinical and Experimental Research, 2013; 25(6): 707-10.
- Palese A, Regattin L, Bertolano T, Brusaferrero S. La dotazione di personale infermieristico nei reparti di chirurgia e ortopedia italiani: risultati preliminari di uno studio pilota. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2006; 25(4): 206-213.
- Palese A, Watson R. Europe: If not now, when? The Lancet, 24; 388(9931):1789-90.
- Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Vesca R, Ferraresi A. Il concetto di cure perse: una revisione della letteratura. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2012; 31(4): 234-9.



## CONTRIBUTI

## **Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento**

*di Diamante Iavarone*

*Infermiere, Azienda Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, sede di Sesto San Giovanni*

*Corrispondenza: [diamante.iavarone@gmail.com](mailto:diamante.iavarone@gmail.com)*

### **Introduzione**

La sicurezza nella continuità della cura dei pazienti. E' questo l'obiettivo della "consegna infermieristica", ovvero, lo scambio di informazioni su un paziente e sulle cure somministrate che avviene tra infermieri. Una prassi consolidata che serve a garantire anche qualità e continuità assistenziale.

Questo passaggio di informazioni avviene solitamente ad ogni cambio di turno, altre volte può avvenire informalmente in occasione del trasferimento di un paziente tra altri livelli di cura o diversi reparti all'interno dell'ospedale. La consegna infermieristica oltre a rivelarsi un utile strumento per trasmettere delle informazioni accurate sulle condizioni del paziente, sul trattamento e sui bisogni attesi, può rivelarsi inefficace o addirittura dannosa se le informazioni sono incomplete oppure omesse.

Obiettivo di questo contributo è presentare una sintesi di alcuni articoli dalla letteratura che hanno approfondito questa importante tematica (**Tabella 1**. Sintesi degli studi citati).

**Tabella 1** - Sintesi degli studi citati

| <b>Autore</b>                    | <b>Obiettivo</b>                                                                                                                                          | <b>Metodo</b>                                                                                                  | <b>Partecipanti</b>                                                          | <b>Risultati</b>                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>(Meißner et al., 2007)</b>    | Valuta come gli infermieri percepiscono la consegna al cambio turno e quali sono le insoddisfazione segnalate.                                            | Resoconti personali self-report.                                                                               | Infermieri.                                                                  | Il 53 % degli infermieri in Italia dichiara di non essere soddisfatto delle consegne al cambio turno per varie cause: mancanza di tempo, molte interferenze, mancanza di spazio dedicato, una brutta atmosfera tra colleghi, notizie insufficienti. |
| <b>(Drachler et al., 2012)</b>   | Fornire strumenti di formazione personalizzati nel passaggio di consegne in diversi contesti ed esigenze cliniche.                                        | Technology Enhanced Learning Design Process (TEL-DP) basato sul concetto di mappatura dei processi.            | Medici, infermieri e personale delle professioni sanitarie nella formazione. | Propone un approccio di apprendimento personalizzato, che consente agli istruttori della formazione di risponde alle specifiche informazioni ed esigenze dei diversi obiettivi dei gruppi nel passaggio di consegne.                                |
| <b>(Flink et al., 2012)</b>      | Esplorare le esperienze dei pazienti e le loro prospettive durante il passaggio delle informazioni tra i loro fornitori di cure nel ricovero ospedaliero. | Analisi secondaria qualitativa, con interviste focus group dei pazienti.                                       | Pazienti.                                                                    | Mette in evidenza la capacità di partecipare e prendere una posizione attiva da parte dei pazienti nel processo di consegne chiare e prive di ambiguità.                                                                                            |
| <b>(Toccafondi et al., 2012)</b> | Analizzare il passaggio delle consegne tra reparti con alta e bassa complessità assistenziale.                                                            | Monitorizzazione del passaggio delle consegne con discussioni di focus group attraverso cinque items validati. | Medici e infermieri.                                                         | Mancanza di un terreno concettuale comune nel passaggio delle consegne, che può contribuire al verificarsi di eventi avversi.                                                                                                                       |

|                       |                                                                                                                                                |                                          |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>(Gordon, 2013)</b> | Determinare obiettivi curricolari, e metodi di valutazione nel passaggio di consegne all'interno delle università di medicina nel Regno Unito. | Questionario online, dopo studio pilota. | Le facoltà di medicina. | L'analisi qualitativa ha evidenziato quattro temi chiave: l'importanza del passaggio di consegne come un problema di istruzione, quando iniziare la formazione sul passaggio di consegne, la necessità di ulteriori metodi di insegnamento e la necessità di strumenti di valutazione validati per sostenere l'educazione nel passaggio di consegna. |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Il metodo “Drachsler”

A causa della mancanza di linee guida, il tempo impiegato per la trasmissione della consegna infermieristica può venire sprecato con ripercussioni sulla sicurezza degli assistiti, se durante il cambio turno non vengono fornite informazioni utili. Tutto ciò, ha importanti implicazioni per tutto il personale infermieristico e i pazienti, in quanto la continuità assistenziale in ospedale dipende dall'esistenza di efficienti ed efficaci meccanismi di comunicazione tra tutti i membri del team sanitario. Adottare un protocollo attuativo della consegna infermieristica è una necessità e non può essere più rinviata.

Da qui le prime sperimentazioni. Drachsler (2012), ha introdotto “la mappatura dei processi nel passaggio delle consegne”. Un metodo che consiste nel prevedere un ricercatore che osserva lo svolgimento del passaggio delle consegne al cambio turno in reparto, documentando accuratamente le fasi di tale processo. Viene successivamente prevista una seduta con gli infermieri per discutere il processo utilizzato per il passaggio delle consegne, con l'elaborazione di una mappa con i passi effettivi. Nel contesto del passaggio delle consegne hanno un ruolo determinante gli operatori coinvolti.

Spiega Toccafondi (2012), che attraverso l'analisi del comportamento, si possono individuare eventuali mancanze e strumenti per porvi rimedio. Il “fattore umano” nel contesto organizzativo, è fondamentale per comprendere le motivazioni ed individuare le cause di eventuali errori.

Il contributo di questi elementi, può rivelarsi indispensabile per i tecnici della formazione ai fini dell'elaborazione di strumenti di supporto e interventi formativi mirati. Tali interventi saranno l'obiettivo di una revisione sistematica della letteratura con l'introduzione di linee guida ed altri strumenti, come procedure e protocolli, per consentire che al personale infermieristico venga fornita una formazione sul passaggio delle consegne, ma soprattutto un modello di pratica basata sulle evidenze.

### I fattori di sicurezza

I principali fattori che hanno un impatto sulla sicurezza dei pazienti nel contesto del passaggio di consegne infermieristiche sono: la comunicazione verbale, l'organizzazione della documentazione scritta, il lavoro in team e una cultura basata sulla leadership.

Quest'ultima intesa come un meccanismo per influenzare il comportamento dei partecipanti. Il che indica come il passaggio delle consegne sia una complessa situazione che può creare una condizione di pericolo per l'assistito.

Lo scambio verbale delle consegne infermieristiche durante il cambio turno, consente di verificare, riformulare e integrare le informazioni con gli aspetti non verbali, permettendo una maggiore profondità dei dati oggettivi che non può essere gestito in forma scritta. Inoltre aiuta l'operatore ad avere in brevissimo tempo un quadro completo della situazione clinica e facilita le funzioni macro-cognitive, ovvero il riconoscimento e l'analisi del problema, con attribuzione di significato e pianificazione dell'assistenza infermieristica. La forma scritta compone le informazioni essenziali per l'accertamento sulla salute del paziente, come ad esempio dati sul progresso, farmaci, grafici, tabelle di osservazione e piani di assistenza infermieristica (Jefferies et al. 2012).

Trova poco spazio nella realtà italiana, a differenza di altre realtà un'altra modalità di consegna infermieristica, quella al letto del paziente. Come spiega Flink (2012), questa modalità consiste in una visita giornaliera dell'infermiere che conclude il turno, con l'infermiere che subentra e che ha luogo nella camera del paziente, dove gli infermieri si aggiornano vicendevolmente sul piano di assistenza infermieristica.

Sostengono Toccafondi (2012) e Wildner (2012), che nei comparti produttivi, come in quello sanitario, il lavoro di squadra è diventato un *modus operandi* ordinario per raggiungere risultati straordinari verso una visione comune: costi sotto controllo, aumento della produzione, miglioramento della sicurezza del paziente, livelli superiori di produttività e di efficienza. Come afferma Meißner (2007), l'introduzione di una buona consegna infermieristica, nell'ambito della cultura basata sulla leadership, richiede la disponibilità al cambiamento del personale con il coinvolgimento degli infermieri leader che assumono, in questo ambito, un ruolo critico, dove cambiare significa incidere sui modelli cognitivi quali la ricerca e i processi di apprendimento.

### **L'importanza del lavoro in team**

Temi quali la leadership, lavoro in team e cultura della sicurezza, intesa quest'ultima come lavorare in un ambiente in cui la probabilità che si verifichino danni (a persone o cose) sia molto bassa, sono stati approfonditi in diversi ambiti riguardanti l'assistenza infermieristica. Eikeland (2011), dimostra che nei corsi di formazione dove si simula l'arresto cardiaco, proposti dagli infermieri leader, il lavoro in team risulta una componente essenziale per garantire la sicurezza e qualità delle cure al paziente.

Uno studio recente, realizzato da Nelsey (2012) mette in evidenza quanto la leadership e il lavoro in team sia efficace tra infermieri con formazione generazionale diversa, offrendo un'opportunità per la crescita professionale.

Hartnett (1989) fa risaltare invece come il lavoro in team, in una unità operativa di oncologia, sia utile nella gestione dello shock settico, e possa contribuire ad una migliore cura del paziente attraverso il riconoscimento precoce di un intervento, sicuro e tempestivo.

Queste affinità, potrebbero supportare un futuro progetto formativo per guidare il passaggio delle consegne infermieristiche nell'assistenza sanitaria.

L'importanza di fornire materiale scritto agli infermieri a sostegno di un ottimale comunicazione verbale, e o scritta deve essere adattato al contesto, per poi effettuare una verifica periodica delle consegne, ma anche per diffondere una cultura della sicurezza, determinante per il miglioramento del livello di qualità dell'assistenza infermieristica italiana. Le sperimentazioni e i protocolli elaborati a livello internazionale per rendere la consegna più efficace, sono molti. Anche perché non vi può essere un'unica soluzione valida per tutte le situazioni, ma è necessario identificare lo strumento più idoneo per la propria realtà assistenziale infermieristica.

Meißner (2007), sostiene che nonostante le continue innovazioni in ambito sanitario, il 53% degli infermieri in Italia dichiara di non essere soddisfatto delle consegne al cambio turno per varie cause:

- mancanza di tempo;
- molte interferenze;
- mancanza di spazio dedicato;
- una brutta atmosfera tra colleghi;
- notizie insufficienti.

La causa, visto il contenuto finora discusso, potrebbe essere una cattiva gestione organizzativa, dettata da un inadeguato coinvolgimento di infermieri leader, e dalla mancanza di lavoro di squadra. Il processo della consegna durante il cambio turno, va analizzato anche rispetto ai seguenti elementi: motivazione, capacità di raccogliere informazioni, immagazzinamento, valutazione ed utilizzo delle stesse e, per ultimo, ma non perché meno importante, le conoscenze professionali delle persone che le trasmettono e le ricevono.

### **Le ricadute sull'assistenza infermieristica e il coinvolgimento del paziente**

Gli infermieri devono basarsi sul contenuto e sulla precisione delle consegne al cambio turno per poter prendere decisioni cliniche e dare priorità al piano di assistenza infermieristica del proprio assistito (Hoban 2003; Wilkinson e Lardner 2013). In questo modo si promuove un corretto passaggio di consegne che porta ad un trattamento corretto e riduce sprechi di risorse. Comunicazioni imprecise, erroneamente omesse, incomplete o parziali possono generare problemi nel riconoscere e prevenire gravi complicanze per il paziente (Anthony et al. 2002; Ebright et al. 2003; Simpson, 2005). Vi è bisogno di un lavoro di squadra inteso come la coscienza che c'è in ogni membro del gruppo infermieristico di cooperare in vista di un risultato comune (Eikeland et al. 2011).

L'infermiere documenta le condizioni del paziente e l'esito della cura. Informazioni queste fondamentali per la qualità delle cure fornite (Dimond, 2005; Brown, 2006). Se questi aspetti vengono registrati, la documentazione infermieristica assicura informazioni vitali per il paziente ed a tutto il team sanitario. Inoltre fornisce la prova delle cure nel contesto legale, crea un database del sapere infermieristico che può essere utilizzato per una ricerca di qualità ai fini della garanzia, giustificando anche il costo dell'assistenza infermieristica nel sistema sanitario (Cheevakasemsook, Chapman et al. 2006).

Sostiene Flink (2012), quando la situazione clinica lo permette, il personale infermieristico può considerare l'inclusione del paziente nel passaggio delle consegne, in modo di avere ripercussioni positive sul rapporto infermiere-paziente, ovvero aumentare la fiducia nei confronti degli infermieri da parte di pazienti e familiari. Ma, soprattutto, la maggior parte dei pazienti, inevitabilmente, aderirà meglio alle cure e sarà in grado di comprendere gli effetti attesi. In questi casi, però, si deve considerare, per quanto riguarda il paziente, il suo livello di competenza linguistico-sanitaria. Ossia la capacità di ottenere, processare e comprendere le informazioni per assumere le decisioni appropriate riguardo alla propria salute. Condizione necessaria quest'ultima, perché l'infermiere possa comprendere i desideri del paziente, inteso come: preferenze, preoccupazioni, aspettative, valori etici, che risultano come parte integrante del processo assistenziale.

### **Il passaggio di consegne e la formazione**

Il passaggio di consegna agli infermieri non è inserito formalmente all'interno dei curricula per la formazione in ambito universitario, pur riconoscendolo come un problema formativo importante questo è quanto affermato da Gordon (2013).

Esso fa più parte delle attività che si apprendono nel corso della pratica clinica, dall'osservazione dei colleghi esperti, prima come studenti e, poi come neo inseriti, diventando uno strumento didattico per comunicare i dati dell'assistenza infermieristica. Per alcuni può essere considerato "un banco" di prova dove i nuovi infermieri sono osservati e giudicati da diversi colleghi di maggiore esperienza sul campo, in quanto l'uso di un linguaggio tecnico durante la consegna, denota la presenza un infermiere esperto, oltre a poter essere una forma di "revisione fra pari" con riflessi sulla consegna stessa.

## Conclusioni

Non è chiaro come le università, anche italiane, stiano affrontando l'argomento delle consegne, a differenza di altre realtà che si sono già poste il problema. Le organizzazioni sanitarie hanno bisogno di un sistema chiaro per il passaggio di consegne che tenga anche conto del singolo paziente, e del suo bisogno di chiarezza con l'introduzione di un protocollo attuativo. Tale necessità non può essere più rinviabile, al fine di completare la formazione del personale infermieristico in quest'ambito.

## BIBLIOGRAFIA

- Anthony M K, &Preuss G (2002) Models of care: The influence of nurse communication on patient safety. *Nursing Economics*, 20(5), 209-215.
- Brown G (2006) Wound documentation: managing risk. *Advanced Skin Wound Care*, 19: 155-65.
- Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C (2006) The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12: 366-74.
- Dimond B (2005) Legal aspects of documentation. Abbreviations: the need for legibility and accuracy in documentation. *British Journal of Nursing*, 14: 665-6.
- Drachsler H, Kicken W, van der Klink M, Stoyanov S, Boshuizen HP, Barach P (2012) The Handover Toolbox: a knowledge exchange and training platform for improving patient care. *British Medical Journal, Quality and Safety*, 21:114-120.
- Ebright P R, Patterson, E S, Chalko, B A, & Render, M L (2003) Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *Journal of Nursing Administration*, 33: 630-638.
- Eikeland S, Hans H, Friberg R. F (2011) Educating for teamwork nursing students' coordination in simulated cardiac arrest situations. *Advanced Nursing* 67(10), 2239-2255.
- Flink M, Hesselink G, Pijnenborg L, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, Toccafondi G, Schoonhoven L, Gademan PJ, Johnson JK, Öhlén G, Hansagi H, Olsson M, Barach P (2012) HANDOVER Research Collaborative. The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. *British Medical Journal, Quality and Safety*, 21: 89-96.
- Gordon M (2013) Training on handover of patient care within UK medical schools. *Medical Education Online*, 11;18:1-5.
- Hartnett S (1989) Septic shock in the oncology patient. *Cancer Nursing*; 12 (4): 191-201.
- Meißner A, Hasselhorn HM, Estryn-Behar M, Nèzet O, Pokorski J, Gould D (2007) Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5): 535-42.
- Nelsey L, Brownie S (2012) Effective leadership, teamwork and mentoring Essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. *Collegian*, 19, 197-202
- Hoban V (2003) How to... handle a handover. *Nursing Times*, 99(9): 54-55.
- Jefferies D, Johnson M, Nicholls D (2012) Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary Nurse*, 42(1): 129-138.
- Simpson R L (2005) Patient and nurse safety: How information technology makes a difference. *Nursing Administrative Quarterly*, 29: 97-101.
- Toccafondi G, Albolino S, Tartaglia R, Guidi S, Molisso A, Venneri F, Peris A, Pieralli F, Magnelli E, Librenti M, Morelli M, Barach P (2012) The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. *British Medical Journal, Quality and Safety*, 21: 58-66.
- Wildner J, Ferri P (2012) The Implementation of the Bedside Handover for the Improvement of Nursing Quality in an Italian Hospice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(3): 216-224.
- Wilkinson J, Lardner R (2013) Shift Handover After Buncefield. (Internet). Consultato il 15 maggio 2014, disponibile all'indirizzo: <http://www.aidic.it/lp2013/webpapers/23wilkinson.pdf>.



## ESPERIENZE

## La valutazione in situazione

*di Annarita Bionaz (1), Alfredo Diano (3), Patrizia Lalli (2), Stefania Lasciandare (1), Manuela Nuvolari (2), Roberta Oriani (1), Nives Paroli (2), Loredana Ronc (2)*

*(1) Tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica di Aosta*

*(2) Tutor Corso di Laurea in Infermieristica di Aosta*

*(3) Coordinatore didattico e docente Corso di Laurea in Infermieristica di Aosta*

Corrispondenza: [roriani@ausl.vda.it](mailto:roriani@ausl.vda.it)

Il Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) di Aosta sta sperimentando dall'anno accademico 2008-09 una nuova modalità di valutazione dell'esame di tirocinio, che nella nostra realtà viene sostenuto direttamente nel contesto clinico.

Precedentemente l'esame delle attività di tirocinio era costituito dalla simulazione di una prova a carattere cognitivo, relazionale, tecnico e organizzativo: la valutazione ottenuta dalla simulazione integrava la media delle valutazioni che lo studente otteneva nei tirocini clinici.

L'esigenza di questa nuova formula nasceva da alcune considerazioni:

1. gli studenti riferivano un esame poco congruente con l'esperienza che affrontavano in tirocinio;
2. i commissari di esame rilevavano che non sempre la performance in tirocinio corrispondeva con quella in simulazione.

Per ridurre il gap tra la valutazione in ambito simulato e quella ottenuta in tirocinio, il gruppo tutor ha deciso di trasferire l'esame nelle sedi cliniche.

L'obiettivo di questo articolo è descrivere la nostra esperienza di introduzione dell'esame in ambito clinico.

### Descrizione del contesto

Il CLI di Aosta è una sede distaccata dell'Università degli Studi di Torino, con una media annua di 80 studenti che svolgono il proprio tirocinio in nove sedi didattiche ospedaliere e extra ospedaliere, ove per sedi didattiche si intendono servizi che accolgono gli studenti infermieri. In ogni sede didattica si occupano dell'apprendimento degli studenti sia gli infermieri guide di tirocinio, sia un tutor clinico destinato in via esclusiva alle attività con gli studenti e che fa parte dell'organico della struttura complessa a cui afferisce il CLI.

L'organizzazione dei tirocini prevede due esperienze per ogni anno di corso, anche se con l'introduzione del piano di studi modificato dalla L. 270 il primo anno svolge attualmente un solo tirocinio. Ciascuna sede didattica accoglie in media da un minimo di 2 a un massimo di 6 studenti per anno di corso. Al termine di ogni esperienza il tutor clinico, in collaborazione con gli infermieri guida di tirocinio, effettua la certificazione del raggiungimento degli obiettivi definiti da uno strumento valutativo.

### Revisione della letteratura

La valutazione delle competenze infermieristiche si effettua attraverso varie metodologie (Buldone et al., 2006) ma sicuramente l'esame clinico *Objective Structured Clinical Examination* clinico (OSCE) è quello che maggiormente viene utilizzato dai formatori per esaminare le performance raggiunte dagli studenti al termine del tirocinio.

Fin dagli anni Settanta l'OSCE, proposto da Harden et al (1975), è divenuto punto di riferimento per la valutazione delle competenze cliniche. L'OSCE, ovvero la valutazione obiettiva strutturata delle competenze cliniche, richiede ad ogni studente di dimostrare competenze specifiche e comportamenti in un ambiente di lavoro simulato con situazioni standardizzate. In genere è costituito da un circuito o una serie di compiti di valutazione breve (stazioni), ognuno dei quali è valutato da un esaminatore mediante uno schema predeterminato. L'OSCE si è consolidato come metodo di valutazione nella formazione medica e viene sempre più utilizzato come un metodo di valutazione anche nel contesto infermieristico.

L'OSCE si concentra sulla valutazione delle performance di competenze specifiche in un ambiente controllato: tali procedure standardizzate garantiscono obiettività e affidabilità nella valutazione.

E' necessario segnalare che attualmente vi è una vasta gamma di adattamenti dell'OSCE che vanno dalla valutazione tecnica a quella delle componenti intellettuali e/o all'integrazione di una gamma di competenze e conoscenze che però determinano incongruenze nell'affidabilità del metodo (Mitchell M. et al., 2009).

Per garantire l'affidabilità e la validità di contenuto dell'OSCE, una raccomandazione presente in letteratura è quella di includere un numero maggiore di stazioni brevi (circa 5). Come si evince da un esame attento della letteratura, nell'OSCE si riscontrano oggi vari limiti:

- replica la competenza acquisita in un contesto clinico, che è dinamico, in un esame standardizzato: ciò risulta estremamente complesso (Benner, 1984). Inoltre le competenze che richiedono un giudizio professionale integrato risultano frammentate nel breve tempo in cui lo studente ruota nelle singole stazioni;
- valuta le abilità di pensiero critico (problem solving, pensiero clinico decisionale) in un contesto valutativo simulato, ove non si considerano le esigenze e i vincoli organizzativi (Benner, 1984). Se nell'OSCE viene proposta una valutazione clinica standardizzata, si impedisce la previsione di una miriade di contesti culturali, economici e sociopolitici che esistono all'interno dell'attuale contesto della professione infermieristica (McGrath et al., 2006). In altre parole, il livello di competenza nel pensiero critico valutato da un OSCE è improbabile che rifletta pienamente la capacità dello studente di applicare con competenza il ragionamento critico in ambito clinico reale;
- valuta le abilità etiche in modo poco attendibile;
- valuta la presenza di comportamenti relazionali e comunicativi che l'esame ha la propensione ad influenzare. Il sociologo Goffman osserva che quando l'accento è posto sulle prestazioni di un'interazione sociale, come ad esempio assicurare il comfort psicologico al paziente attraverso una comunicazione efficace e una capacità interpersonale, gli individui diventano abili ad alterare le proprie prestazioni per dimostrare la propria competenza, ovvero il contesto di esame può incoraggiare l'individuo a comportarsi in modo socialmente desiderabile.

Inoltre lo studente può comportarsi diversamente in una situazione clinica simulata rispetto al contesto reale.

Queste argomentazioni e le notevoli risorse umane e tecniche richieste per strutturare, organizzare ed attuare un esame OSCE, hanno portato il nostro gruppo tutoriale a ripensare ad una modalità di valutazione di tirocinio che realmente rispecchiasse il percorso di apprendimento pratico dello studente.

### La nostra esperienza

In relazione alle osservazioni precedentemente esposte, il gruppo di formatori del CLI di Aosta da circa cinque anni effettua la valutazione delle competenze acquisite dallo studente in tirocinio direttamente nel contesto clinico: lo studente assiste un gruppo di utenti che gli vengono assegnati dal tutor clinico e la sua performance viene valutata direttamente “al letto” del malato. Le competenze richieste sono quelle *core* provenienti dal profilo professionale. In particolare le aree oggetto di valutazione sono:

- l'area cognitiva;
- l'area tecnica;
- l'area relazionale;
- l'area organizzativa.

*Area cognitiva* - allo studente viene richiesto un ragionamento clinico sugli indizi raccolti, le ipotesi formulate e i bisogni di assistenza infermieristica identificati. La performance viene valutata da una commissione composta da infermieri, tutor e coordinatore infermieristico. Per garantire una valutazione equa sono stati stabiliti dei criteri che prevedono gli standard di ragionamento (logica, profondità, terminologia scientifica, precisione, veridicità, apertura mentale) e la correttezza dei contenuti assistenziali e clinici (Wilkinson, 2013). Nella **Tabella 1** viene proposto un esempio.

**Tabella 1 - Standard di ragionamento**

| STANDARD DI RAGIONAMENTO                                                                                             | LIVELLO PIENO (buono) | LIVELLO ADEGUATO (sufficiente) | LIVELLO PARZIALE (insufficiente) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>VERIDICITÀ</b>                                                                                                    | Si                    | In parte                       | No                               |
| <b>PRECISIONE</b><br>(l'affermazione fornisce dettagli qualitativi e quantitativi utili al caso presentato)          | Si                    | In parte                       | No                               |
| <b>APERTURA MENTALE</b><br>(l'affermazione considera un altro punto di vista /altro modo di considerare un problema) | Si                    | In parte                       | No                               |

*Area tecnica* - durante l'assistenza ai pazienti a lui assegnati, le capacità tecniche dello studente vengono valutate dall'infermiere guida di tirocinio, attraverso l'uso di check list.

Le tecniche variano in relazione all'anno di corso: ad esempio al primo anno di corso il prelievo ematochimico, al secondo anno medicazioni di ferite complesse, al terzo anno gestione CVC e linee infusive, gestione presidi di ventilazione meccanica invasiva e non invasiva.

**Area relazionale** - la valutazione è riferita alla relazione con l'utente e la sua famiglia e con il gruppo di lavoro. Nel primo caso lo studente si relaziona con la persona assistita e con la sua famiglia fornendo informazioni e supporto nei momenti di difficoltà. Inoltre lo studente viene valutato rispetto alla sua capacità di interagire con il gruppo di lavoro (assertività, collaborazione, resilienza). La valutazione di quest'area avviene con l'ausilio di griglie di osservazione costruite ad hoc e sperimentate dai tutor. Nella **Tabella 2** viene riportato un esempio rispetto all'interazione con il gruppo di lavoro.

**Tabella 2** - Esempio degli item della dimensione Assertività

|                      |                                                                    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| OBIETTIVO INTERMEDIO | GESTIRE IL PROPRIO LAVORO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO IN CUI SI OPERA |
| OBIETTIVO SPECIFICO  | INTRAPRENDERE E/O MANTENERE L'INTERAZIONE CON IL GRUPPO DI LAVORO  |

| ASSERTIVITA'                                                                                                                       | SI | NO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| CRITERI                                                                                                                            |    |    |
| Ascolta il punto di vista dell'équipe formativa (capacità di sospendere il giudizio, di stare in attesa)                           |    |    |
| Si assume la responsabilità delle proprie azioni professionali                                                                     |    |    |
| Afferma il suo punto di vista in modo diretto all'équipe formativa                                                                 |    |    |
| Coglie i feed back e rimodula la comunicazione con l'équipe formativa                                                              |    |    |
| Comunica in modo trasparente: utilizza le informazioni di cui dispone con chiarezza e pertinenza                                   |    |    |
| Comunica in modo pragmatico: privilegia i fatti e i dati, utilizza diversi punti di vista e interpretazioni per capire un problema |    |    |
| Comunica in modo efficace: è coerente con il momento, il linguaggio e i modi sono adeguati                                         |    |    |

**Area organizzativa** - allo studente è richiesto di organizzare i percorsi diagnostici e terapeutici specifici per ciascun utente tra quelli a lui assegnati, utilizzando le risorse disponibili e identificando le priorità. Al terzo anno allo studente viene richiesto di dimostrare di saper affidare alcune prestazioni assistenziali al personale di supporto.

La valutazione viene certificata su uno strumento cartaceo, che ricomprende le varie aree, con l'assegnazione di punteggi parziali. La sufficienza in ciascuna area è determinata da un cut off. Ad esempio al primo anno:

- l'area cognitiva prevede 9 punti (cut off 5);
- l'area tecnica prevede 8 punti (cut off 5);
- l'area relazionale prevede 9 punti (cut off 5);
- l'area organizzativa prevede 4 punti (cut off 3).

Per conseguire l'idoneità lo studente deve raggiungere il cut off di tutte le aree. La valutazione finale tiene conto dell'andamento globale del tirocinio con decurtazione o implementazione di punti.

La valutazione annuale di tirocinio è frutto della media degli esami svolti nel contesto clinico.

## Conclusioni

La valutazione accompagna il processo di apprendimento e dovrebbe essere occasione di feed back per favorire la crescita e il miglioramento. Non bisogna dimenticare che il percorso di formazione nell'ambito dei CLI è rivolta ad adulti, ove il risultato viene stimato in termini di competenze: la valutazione si dovrebbe quindi collocare "in situazione", ovvero nel contesto clinico.

Inoltre la valutazione rivolta alla certificazione delle competenze e al riconoscimento dei crediti deve fare riferimento a livelli di acquisizione codificati, ossia oggettivi. Nella nostra esperienza abbiamo cercato di realizzare, seppur con limiti, una stima oggettiva nel contesto clinico reale ove lo studente possa esprimere al meglio le proprie performance.

A nostro parere, tale tipologia di esame ha consentito di:

- verificare la competenza acquisita in un contesto clinico che è dinamico, a differenza di un esame standardizzato;
- valutare pienamente la capacità dello studente di applicare con competenza il ragionamento critico in ambito clinico reale, ove i contesti culturali e sociali sono diversi;
- stimare le competenze relazionali con il paziente, la famiglia e il gruppo di lavoro, evitando di incoraggiare, come molte volte avviene in esame a stazioni, un comportamento socialmente desiderabile.

Concludendo è necessario comunque sottolineare che la valutazione è comunque un processo complesso, influenzato da molte variabili anche quando avviene "in situazione": come sostiene Alberto Quagliata: "l'espressione di un giudizio e la formulazione di una valutazione sono sempre il risultato di successive approssimazioni".

## BIBLIOGRAFIA

- Benner, P., (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Nursing Practice*. Addison-Wesley, Menlo Park.
- Harden R.M. et al (1975), *Assessment of clinical competence using objective structured examination*, Br Med J, 1: 447 — 451.
- McGrath, P., Moxham, L., Fox-Young, S., Anastasi, J., Gorman, D., Tollefson, J., (2006). *Collaborative voices: reflections on ongoing issues regarding nurse competencies*. Contemporary Nurse 22 (1), 46–58.
- Mitchell, M., Henderson, A., Groves, M., Dalton, M., Nulty, D. (2009) *The objective structured clinical examination (OSCE): optimising its value in the undergraduate nursing curriculum*. Nurse Education Today 29, 398–404.
- Wilkinson, J.M. (2013) *Processo infermieristico e pensiero critico*. Casa Editrice Ambrosiana.



## ESPERIENZE

## L'infermieristica in Kenya: esperienza di una studente nel contesto del Progetto Malindi District Hospital

*di Jennifer Capra (1), Michele Chieppi (2), Roberta Conti (3), Piera Bergomi (4), Barbara Mangiacavalli (5)*

*(1) Infermiera Neolaureata*

*(2) Responsabile della Biblioteca di Infermieristica*

*(3) Tutor del Corso di Laurea in Infermieristica*

*(4) Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica*

*(5) Direttore SITRA*

*Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo di Pavia*

Corrispondenza: [biblioteca.laureaps@smatteo.pv.it](mailto:biblioteca.laureaps@smatteo.pv.it)

### Il contesto

Essere infermiere in Kenya rappresenta un ruolo fondamentale nel quadro sociale di questo Paese: l'infermieristica è vecchia come i kenyoti stessi sebbene tra molti professionisti del luogo vi sia la credenza che provenga dalla civiltà occidentale in concomitanza con l'arrivo dei missionari. E' importante sottolineare che i Traditional Health Providers e le Traditional Birth Attendants esistevano già molto tempo prima, pur se tradizionalmente le diagnosi venivano fatte da stregoni, erboristi, indovini e dagli anziani che prescrivevano trattamenti a base di erbe, radici o eseguivano rituali di purificazione. Tuttavia, la popolarità della guarigione tradizionale è decaduta a seguito dell'introduzione della medicina moderna. I ruoli dei guaritori tradizionali e delle assistenti tradizionali alla nascita vennero eliminati gradualmente dagli ospedali gestiti dalla chiesa ma entrambe le realtà continuano a sopravvivere nelle zone rurali ed extra-urbane. Nel 1929 il governo del Kenya iniziò la formazione degli infermieri, mentre il Kenya Registered Nursing Course venne avviato nel 1952 con 4 candidati. Successivamente il numero cominciò ad aumentare fino ad arrivare ai giorni nostri ad 850-900 studenti iscritti alla Kenya Registered Nursing School. Tuttavia la carenza globale di operatori sanitari nell'Africa sub-Sahariana è stimata a più di quattro milioni di unità.

### Sfide africane

L'Africa si trova ad affrontare una miriade di sfide, le più rilevanti delle quali sono: la malnutrizione (causa anche di rachitismo infantile); l'HIV/AIDS; le epidemie di malaria; decessi a causa di diarrea. A seguire: i traumi e infortuni con conseguenti lesioni gravi; le infezioni nosocomiali; le ustioni provocate da incendi.

**Malnutrizione:** Nei paesi in via di sviluppo 165 milioni di bambini di età inferiore ai quattro anni soffrono di denutrizione cronica e 52 milioni soffrono di denutrizione acuta che causa loro un grave stato di sottopeso. La malnutrizione tra i bambini in età scolare è dovuta a carenze in una o più delle tre condizioni principali per una buona alimentazione: cibo, cura e salute. Il 40% dei bambini di età compresa tra i 5 e 14 anni risulta essere anemico e l'anemia può influenzare l'apprendimento e lo stato cognitivo.

**HIV/AIDS:** Dati aggiornati al 2011 rivelano che il 50% della popolazione kenyota vive in condizioni di povertà. L'aspettativa di vita è di 58 anni e circa 2.000.000 di persone vivono con l'HIV/AIDS che rappresenta la principale causa di morte. E' stato dimostrato che l'HIV e la mortalità materna non sono due temi congiunti e rappresentano due problematiche che trovano la loro intersecazione nell'Africa sub-Sahariana. Il parto assistito da un operatore sanitario qualificato è una delle strategie chiave consigliate per la prevenzione della mortalità e della morbidità della madri ed è di fondamentale importanza al fine di migliorare la prevenzione della trasmissione verticale del virus dell'HIV.

**Diarrea:** Rappresenta la causa di 700.000 decessi all'anno di bambini di età inferiore ai 5 anni e la maggior parte di queste morti è prevenibile. Si stima che circa l'85% della mortalità per diarreia sia da attribuirsi ad acqua non potabile, servizi igienico-sanitari inadeguati e pratiche igieniche scadenti; le malattie diarroiche sono spesso trasmesse per via oro-fecale attraverso l'ingestione di acqua contaminata. Una recente meta-analisi ha calcolato una diminuzione dei casi di diarreia in associazione a: promozione del lavaggio delle mani (48%), miglioramento della qualità delle acque (17%) e smaltimento degli escrementi (36%).

**Epidemie di malaria:** Storicamente, i vettori di malaria in Kenya occidentale sono dei tipi di zanzara. Una costante opera di trattamento con insetticida delle reti dei letti e la polverizzazione di prodotti appositi ne riduce la trasmissione. Tuttavia, il numero delle zanzare può essere ridotto da una gestione della sorgente larvale che è identificabile negli habitat acquatici. Ridurre permanentemente o temporaneamente la disponibilità di habitat favorevoli alla maturazione delle larve o aggiungendo sostanze all'acqua ristagnante in modo da sopprimere le larve impedendone lo sviluppo, è un'ottima strategia per limitare la diffusione della malattia.

### **L'importanza del lavaggio delle mani**

Lavarsi puntualmente le mani con il sapone può ridurre significativamente l'incidenza delle infezioni e il diffondersi delle malattie. In molti paesi del Continente Africano, i governi hanno abbassato notevolmente il budget per la salute in risposta a rilevanti problemi macro-economici, quindi, convincere la gente a lavarsi le mani con il sapone è una strategia promettente per la promozione della salute. Questo è anche uno dei mezzi più convenienti per la riduzione degli oneri relativi alle malattie e ai decessi infantili causati da patologie infettive nei paesi in via di sviluppo. La World Health Organization in Kenya, stima che nel 2002 il 52% dei Kenioti non ha avuto accesso a servizi igienici adeguati. Tuttavia nelle zone rurali dei paesi a basso reddito, la fornitura ai residenti di servizi igienico sanitari e il trattamento delle acque ha un costo, molto spesso, proibitivo. Il lavaggio delle mani con sapone ha dimostrato di ridurre la contaminazione fecale sulle mani e può ridurre il rischio di malattie diarroiche del 42-48% e di infezioni respiratorie del 16%. I bambini di tutte le età hanno un rischio maggiore rispetto agli adulti di acquisire e trasmettere malattie trasmissibili sia all'interno famiglia che della scuola. Esistono evidenze scientifiche che dimostrano come programmi di igiene diffusi all'interno delle scuole portino a benefici educativi e sanitari: un sistema di fornitura regolare di sapone per le scuole è stato associato a un aumento significativo del lavaggio delle mani. Si dovrebbe valutare in futuro l'ulteriore vantaggio derivante da incentivi istituzionali a proposito di acquisto di sapone. In Kenya, la presenza di sapone nelle scuole è una sfida e la sua carenza va imputata all'assenza di fondi sufficienti, alla mancanza di motivazione da parte degli insegnanti o a ruoli e responsabilità poco chiari; superare questi ostacoli è il primo passo per migliorare l'igiene nella scuola.

## **Il Progetto Malindi District Hospital (MDH)**

L'MDH venne fondato intorno al 1950 come ospedale per gli indigeni. Dopo l'indipendenza del Kenya divenne ospedale pubblico sub-distrettuale per poi essere promosso al rango di Ospedale Distrettuale con l'istituzione del Distretto di Malindi. Negli anni, molti miglioramenti su più fronti hanno significativamente aumentato le sue capacità di fornire assistenza medica non solo alla popolazione del Distretto di Malindi, ma lo hanno anche reso ospedale di riferimento per numerosi Distretti della parte settentrionale della Coast Province. Le strutture più vicine in grado di erogare tali servizi si trovano a Mombasa, 180 km a sud, e a Nairobi, 600 km a nord-ovest. Tecnologie innovative insieme ad attrezzature, strumenti, reparti e formazione dello staff locale sono diventati gli obiettivi principali del Progetto che è stato avviato nel 2010 e si è concluso nel 2013 e che ha visto fra i principali protagonisti la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia (PSM).

Tra gli obiettivi del progetto: sviluppare approfondite conoscenze professionali e abilità professionali degli operatori sanitari del MDH; qualificazione del personale tecnico dedicato alla gestione e manutenzione delle apparecchiature e tecnologie in uso; ottimizzazione dell'utilizzo delle due unità di Emergenza-Accettazione (Casualty Department, CD) e di Terapia Intensiva (High Dependency Unit, HDU).

Tra le modalità di intervento: Attività formativa presso il PSM di 3-6 mesi per il personale medico, infermieristico e tecnico; missioni di personale italiano a Malindi al fine di perfezionare in loco l'aggiornamento, il trasferimento di conoscenze e la sperimentazione sul campo delle conoscenze acquisite.

Obiettivi Strutturali: Riqualificazione strutturale dell'edificio destinato ad accogliere la HDU; fornitura delle attrezzature e dei presidi clinici necessari al funzionamento del CD e della HDU; riqualificazione dei servizi generali del MDH (sala operatoria, laboratorio, radiologia, ecc.).

Obiettivi Telematici: Erogazione di un'assistenza continua alle attività del CD e della HDU grazie ai servizi di telemedicina e di teleconsulto; utilizzazione delle medesime tecnologie per la formazione a distanza.

Risultati: L'HDU oggi può ospitare 20 pazienti tra bambini e adulti e, insieme al CD (costruito con i fondi della cooperazione italiana) è stato attrezzato con gli arredi tecnici messi a disposizione dagli ospedali di Como e Vimercate. Il blocco operatorio è stato finanziato da Regione Lombardia. Il reparto di maternità che svolge l'assistenza di circa 4200 parti ogni anno è stato collocato in un edificio nuovo grazie all'intervento finanziario del Governo Italiano. Inoltre, il PSM ha organizzato il servizio di telemedicina per la diagnosi e la cura dei pazienti. Per garantire sul lungo periodo la qualità delle prestazioni mediche del MDH è previsto il servizio di telemedicina oltre al teleconsulto. A tal fine sono stati attrezzati alcuni locali della HDU che verranno collegati alla rete del PSM.

L'esperienza personale, vissuta da una studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica in seno al progetto Malindi District Hospital, promossa dal PSM di Pavia congiuntamente all'Università degli Studi di Pavia, è servita per la composizione della sua tesi di laurea.

## **Conclusioni**

La nostra professione e l'Educazione Sanitaria giocano un ruolo fondamentale nel quadro di salute generale di ciascun individuo: educare la persona a gestire in modo autonomo la propria salute e quella dei suoi cari deve essere considerata un'assoluta priorità, in particolar modo in terre economicamente fragili. La conoscenza assimilata durante il periodo di permanenza in Kenya ha permesso di individuare molti lati noti e meno noti della realtà sanitaria africana, aiutando a proporre le tematiche fondamentali da indagare.

HIV/AIDS, infezioni e malnutrizione rimangono le principali cause di mortalità: il bisogno di operatori sanitari qualificati in grado di agire sulle cause e sui fattori di rischio è in costante aumento e l'attuazione di meccanismi di prevenzione risulta essenziale al fine di evitare la diffusione di malattie infettive e di patologie correlate ad abitudini di vita scorrette o inadeguate. Il fattore principale che risulta essere più evidente è la mancanza di risorse economiche ed è la costante che rimane indissolubile. Altra priorità, questa volta più nascosta se guardata con occhio occidentale, è la correlazione del bisogno di acqua e il diffondersi di epidemie e patologie a essa associate. Anche in questo frangente, la prevenzione, cui facciamo assumere nel caso specifico, la veste di implementazione di aiuti relativi alle risorse a livello internazionale è alla base di una risoluzione, anche se parziale, di numerose problematiche legate al Kenya e alla sua popolazione. Alla base di ogni strategia attuabile esiste la collaborazione tra figure professionali differenti da intendersi sottoforma di equipe multidisciplinari. Da ciò, l'intervento infermieristico sotto ogni aspetto di questa realtà professionale, è conforme ad aderire e a collaborare con progetti di cooperazione internazionale come quello del Malindi District Hospital.

### **Ringraziamenti**

Ringraziamo vivamente il Prof. Gianbattista Parigi Professore Associato di Chirurgia Pediatrica presso la U.O. di Chirurgia Pediatrica della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo di Pavia e il Dott. Alessandro Moneta Presidente della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo di Pavia per il loro prezioso contributo ed impegno.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012) The Safe Water System: Stories from the Field: Delivering Health by the Drop. Clifton Rd Atlanta, GA. Consultato il 28 gennaio 2013, disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/safewater/stories.html#africa>.
- Dangour AD e Watson L, et al. (2013) Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutritional status of children. Cochrane Database Syst Rev, 8, CD009382.
- Dreifelbis R e Freeman MC, et al. (2014) The impact of school water, sanitation, and hygiene interventions on the health of younger siblings of pupils: a cluster-randomized trial in Kenya. Am J Public Health, 104(1), e91-7.
- Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia (2012) Malindi District Hospital, Kenya. Consultato il 19 febbraio 2013, disponibile all'indirizzo: <http://www.sanmatteo.org/site/home/il-san-matteo/il-san-matteo-nel-mondo/progetto-malindi-district-hospital.html>.

## ESPERIENZE

## L'educazione e la riabilitazione del paziente stomizzato: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP)

*di Monica Scateni (1), Stefano Madrigali (2), Natascia Tonarelli (3), Marilena Pradal (4), Monica Della Longa (5), Daniela Pinelli (6), Federica Melani (7), Marco Bulleri (8), Francesco Uccelli (9)*

*(1) Direttore Direzione Professioni Infermieristiche ed Ostetriche*

*(2) Referente infermieristico Direzione Professioni Infermieristiche ed Ostetriche*

*(3) Infermiere UO Chirurgia generale – Centro riabilitazione stomizzati*

*(4) Infermiere con funzioni di coordinamento UO Professioni Infermieristiche ed Ostetriche*

*(5,6,7,8) Infermieri Direzione Professioni Infermieristiche ed Ostetriche*

*(9) Infermiere UO Igiene e epidemiologia universitaria*

*Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana*

*Corrispondenza: [f.melani@ao-pisa.toscana.it](mailto:f.melani@ao-pisa.toscana.it)*

### Il centro di riabilitazione stomizzati (Ce Ri Stom)

Il Centro Riabilitazione Stomizzati (Ce.Ri.Stom.) è nato il 07/09/2011 per volere della Direzione Sanitaria ed Infermieristica in ottemperanza della Delibera Regionale n° 506 del 30/06/2008 la quale prevede che “l’assistenza ai pazienti stomizzati deve essere gestita in modo integrato dai medici di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, dalle strutture specialistiche ospedaliere e i distretti socio sanitari con la collaborazione dell’Associazione Pazienti Stomizzati Toscani (A.S.TOS.)”.

Il personale sanitario coinvolto nel Ce.Ri.Stom. è costituito da un medico chirurgo referente, un coordinatore infermieristico e due infermieri stoma terapeuti. La Mission del Ce.Ri.Stom. è di gestire in modo efficace i pazienti stomizzati ricoverati presso tutte le UU.OO. dell’AOUP. Nello specifico gli obiettivi sono i seguenti:

- iniziare in tempi rapidi le sedute di riabilitazione ai pazienti stomizzati dimessi;
- formare il personale addetto all’assistenza;
- educare i pazienti stomizzati ricanalizzati affetti dalla “*Sindrome della resezione anteriore del Retto*” a riacquistare la continenza fecale con lo scopo di: ridurre i tempi di ricovero, migliorare la qualità di vita, dare una continuità assistenziale all’utenza, ridurre la disinformazione e le complicanze stomali;
- educare i caregiver a gestire la stomia individuando precocemente le possibili criticità, migliorare la qualità di vita dei pazienti stomizzati ricanalizzati con “la Sindrome della resezione anteriore del Retto”.

### L’attività del centro

Ad oggi, l’attività si svolge dal lunedì al sabato con orario 07.30 - 13.30 e il pomeriggio dal mercoledì al venerdì dalle 13.30 alle 19.00 su prenotazione telefonica e/o diretta; al paziente viene comunicato il giorno e l’orario in cui presentarsi munito di eventuale attestato di esenzione e di tessera sanitaria.

Le attività svolte dal personale del Centro sono di accoglienza, assistenziali, di consulenza personalizzata, formative, di ricerca, amministrative.

L'attività assistenziale infermieristica prevede: disegno pre-operatorio, la visita, visita successiva, visita di controllo, lavaggio trascorrente, irrigazione, lavaggio moncone rettale, riabilitazione dei pazienti con la SRAR (sindrome della resezione anteriore del retto) (**Tabelle 1 - 3**).

**Tabella 1 - Le prestazioni effettuate nel 2012 a pazienti interni e esterni**

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| disegno preoperatorio         | 127  |
| prima visita                  | 188  |
| controlli                     | 464  |
| trascorrenti                  | 495  |
| irrigazioni                   | 157  |
| SRAR visita successiva        | 23   |
| colloquio psicologico clinico | 52   |
| lavaggio moncone              | 41   |
| dilatazione retto             | 1    |
| valutazione dietetica         | 43   |
| rimozione corpo estraneo      | 1    |
| irrigazione ferita            | 48   |
| totale                        | 1640 |
| pazienti esterni 188          |      |
| pazienti interni 277          |      |

**Tabella 2 - Le prestazioni effettuate ai pazienti interni all'AOU dal primo gennaio al 30 settembre 2013**

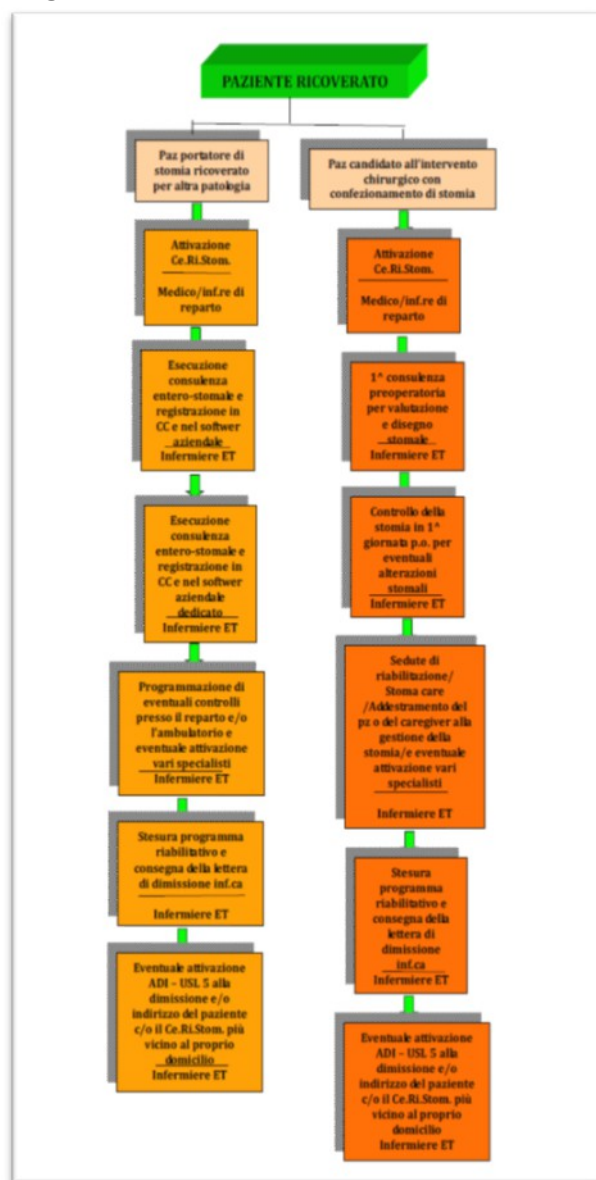
|                       |     |
|-----------------------|-----|
| disegno preoperatorio | 112 |
| prima visita          | 1   |
| controlli             | 138 |
| trascorrenti          | 148 |
| irrigazioni           | 77  |
| lavaggio moncone      | 26  |
| valutazione dietetica | 47  |
| irrigazione ferita    | 48  |
| totale                | 597 |
| pazienti interni 222  |     |

**Tabella 3 - Le prestazioni effettuate ai pazienti esterni all'AOU dal primo gennaio al 30 settembre 2013**

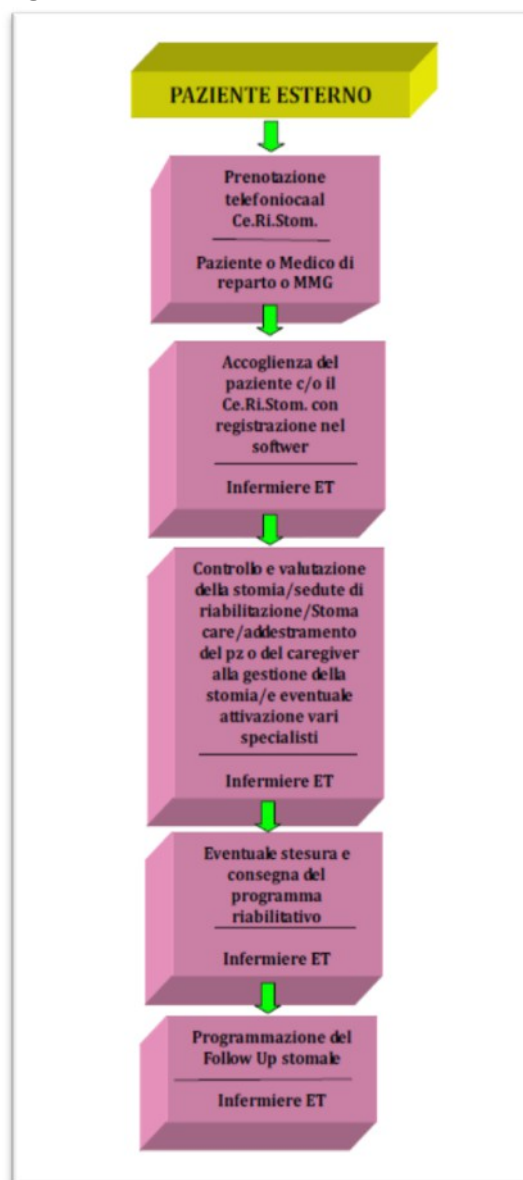
|                        |     |
|------------------------|-----|
| disegno preoperatorio  | 5   |
| prima visita           | 75  |
| controlli              | 213 |
| trascorrenti           | 261 |
| irrigazioni            | 47  |
| lavaggio moncone       | 20  |
| valutazione dietetica  | 1   |
| SRAR visita successiva | 23  |
| totale                 | 645 |
| pazienti esterni 188   |     |

In caso di necessità il personale infermieristico del Ce.Ri.Stom. può attivare, in base alle necessità rilevate, le seguenti figure professionali: dietista, psicologo, dermatologo, chirurgo. Al centro accedono con un percorso specifico sia i pazienti degenti sia pazienti esterni (**Figura 1 e 2**). Dall'apertura del centro (2011) a oggi i pazienti neo stomizzati che accedono al centro sono passati da 120/150 ad oltre 200 all'anno.

**Figura 1** - Il percorso del paziente ricoverato



**Figura 2** - Il percorso del paziente esterno



### L'attività infermieristica innovativa/educativa

Circa il 60% delle persone sottoposte a resezione anteriore del retto con anastomosi bassa o ultrabassa presentano, dopo il ripristino della continuità intestinale, la cosiddetta "sindrome della resezione anteriore" (SRAR) caratterizzata da urgenza defecatoria, tenesmo, dolore all'evacuazione, incontinenza ed evacuazione incompleta. La sintomatologia si va attenuando con il passare dei mesi ma permane in circa 1/3 dei pazienti con grave compromissione della qualità di vita.

Uno studio condotto da Madrigali e Calandrino nel 2009 che ha utilizzato l'irrigazione trans anale come metodologia principe per migliorare la qualità di vita delle persone con SRAR, ha evidenziato un livello di benessere paragonabile a quello delle persone che non avevano manifestato alcun disturbo funzionale all'evacuazione.

Questa tecnica, a differenza di altre tecniche riabilitative, non necessita di tempi di attesa lunghi, può essere effettuata a trenta giorni post ricanalizzazione ed è una tecnica semplice e non invasiva. I pazienti, consolidate le conoscenze in ambulatorio, effettuano l'irrigazione a domicilio in completa autonomia con l'obiettivo di liberare completamente l'intestino crasso dal suo contenuto fecale. La ripetizione dell'auto irrigazione 24/48 ore permette al paziente di non avere emissione di feci tra un'irrigazione e l'altra migliorando così la qualità di vita.

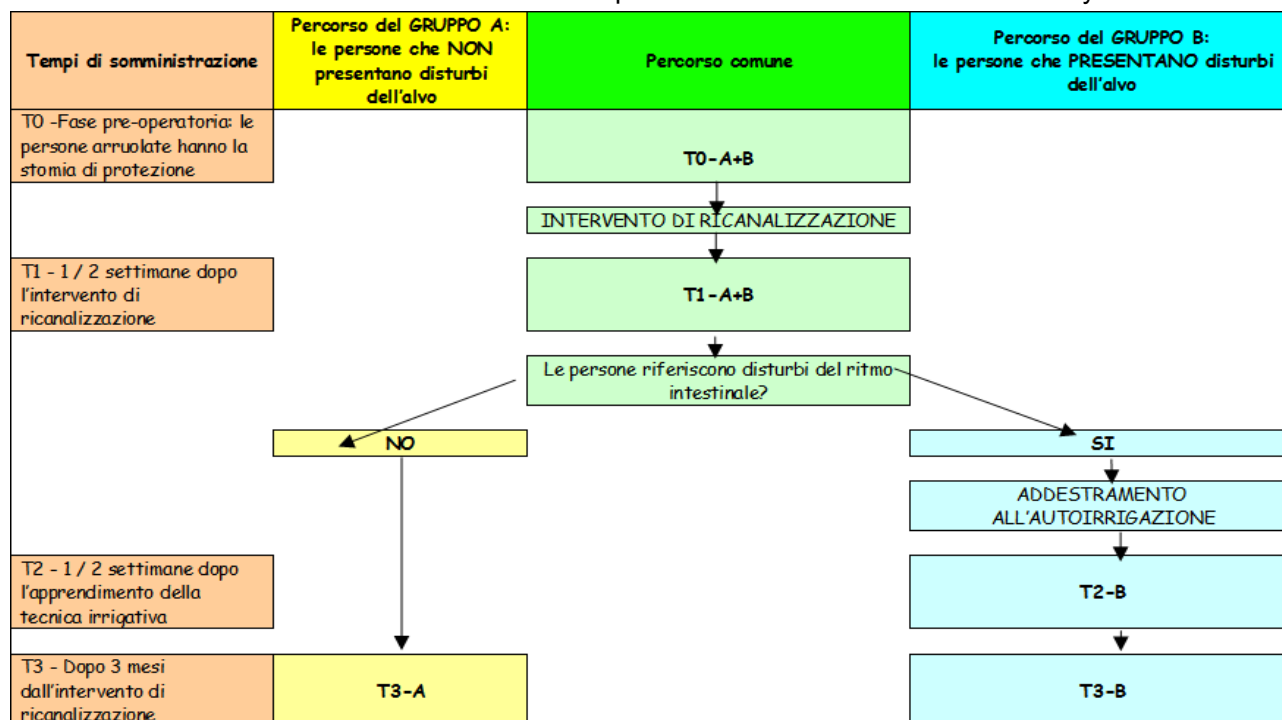
Con l'adozione delle suturatici meccaniche vengono eseguite resezioni del retto con anastomosi che arrivano fino all'ano. Tutto ciò permette di evitare il confezionamento della stomia definitiva e optare per una temporanea che permette, dopo ricanalizzazione, il ripristino dell'evacuazione per via naturale con un notevole vantaggio psico-fisico per la persona. Queste persone, dopo la chiusura della stomia di protezione, comunicano la loro frustrazione per le aspettative deluse di un ritorno alla "vita normale". Lamentano disturbi dell'alvo, identificati come S.R.A.R., che pesano notevolmente sulla qualità di vita percepita. Ne consegue un disagio sia delle attività diurne, (talvolta rende difficile la ripresa del lavoro) che del riposo notturno, con grave compromissione dello stato generale psichico, fisico e relazionale.

### **La nostra esperienza**

A partire dalla consolidata efficacia della pratica irrigativa nei colostomizzati abbiamo ipotizzato che la stessa tecnica fosse applicabile alle persone con i disturbi comparsi dopo la RAR: in entrambi i casi, infatti, può provocare lo svuotamento del colon consentendo di ottenere un periodo libero da evacuazioni di 24, 48 o anche 72 ore.

Abbiamo perciò svolto un'indagine, finalizzata a verificare la replicabilità e l'efficacia di questa pratica, che ha coinvolto un totale di 33 pazienti (20 della sede di Empoli e 13 della sede di Pisa), 24 maschi e 9 femmine di età media compresa tra 58,8 e 66,5 anni. Di questi, 10 pazienti erano in trattamento chemioterapico, 14 in trattamento radio e chemioterapico, 9 non avevano in corso nessuna terapia adiuvante e/o neoadiuvante.

Abbiamo suddiviso il totale dei pazienti in due gruppi: gruppo A costituito dai pazienti che non presentavano problemi di alvo (7 persone) e gruppo B rappresentato dai pazienti che presentavano problemi di alvo (26 persone). A tutti i pazienti è stato somministrato, in tempi diversi (**Tabella 4**) il Questionario Fecal Incontinence Quality of Life Index (FIQL).

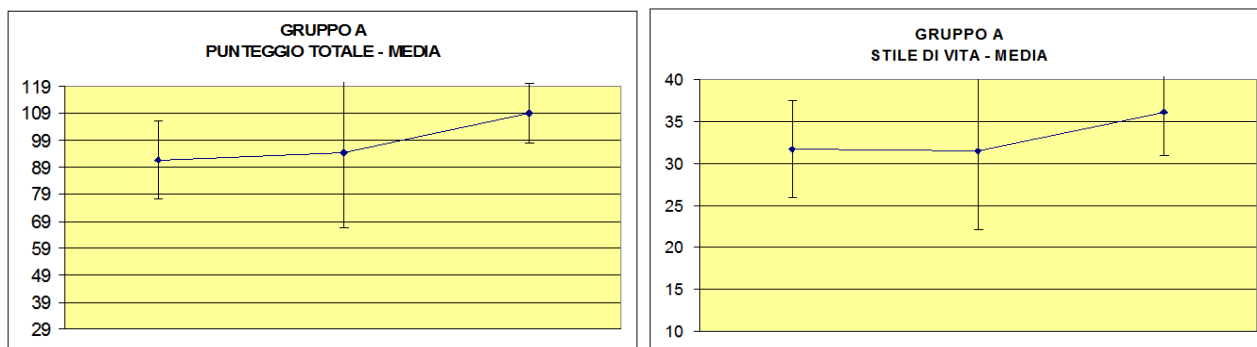
**Tabella 4** - Le modalità di somministrazione del questionario Fecal Incontinence Quality of Life Index

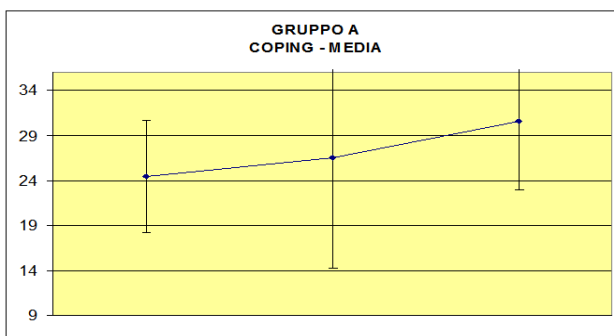
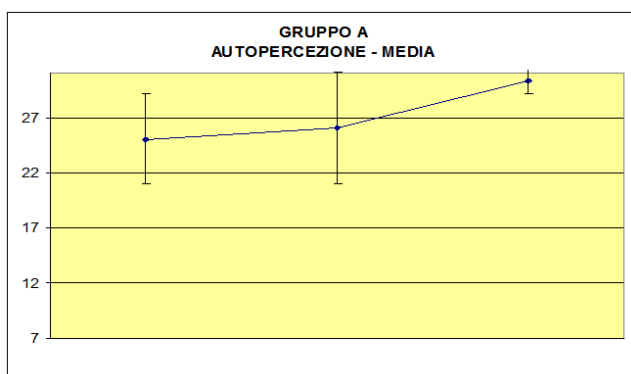
Nei giorni precedenti l'intervento per la chiusura della stomia e dopo due settimane è stato consegnato il questionario T0 - a entrambi i gruppi (valutazione della QdL con la stomia) e T1 - a entrambi i gruppi (valutazione della QdL alla ripresa della canalizzazione). Alle persone che non avevano disturbi del ritmo intestinale (gruppo A) è stato poi chiesto di ricompilare il questionario a tre mesi dalla ripresa della canalizzazione. Quelle che invece presentavano disturbi (gruppo B) sono state addestrate all'auto-irrigazione anale ed è stato successivamente chiesto loro di ricompilare il questionario rispettivamente dopo 2 settimane dall'addestramento e a 3 mesi dalla ripresa della canalizzazione.

### I risultati ottenuti

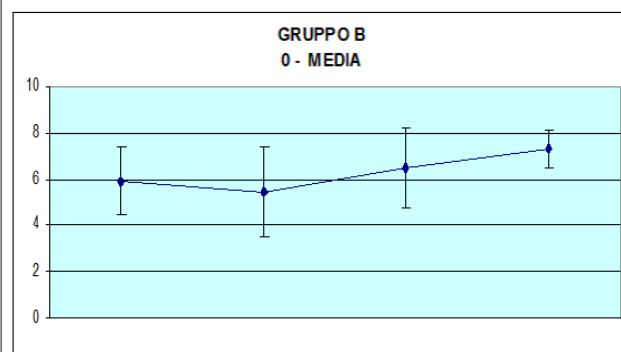
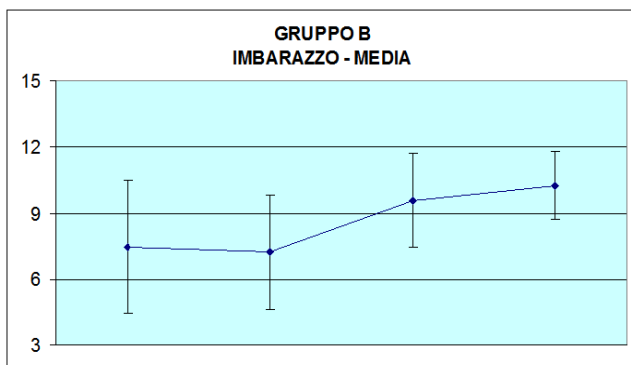
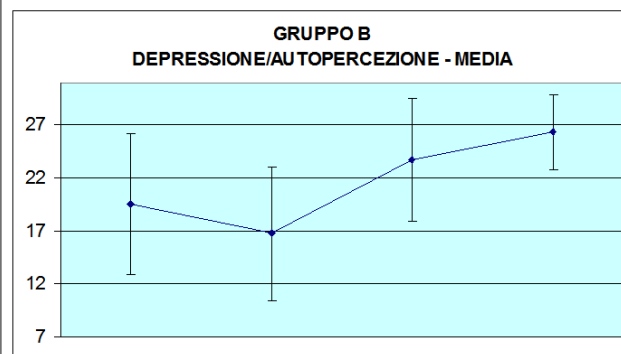
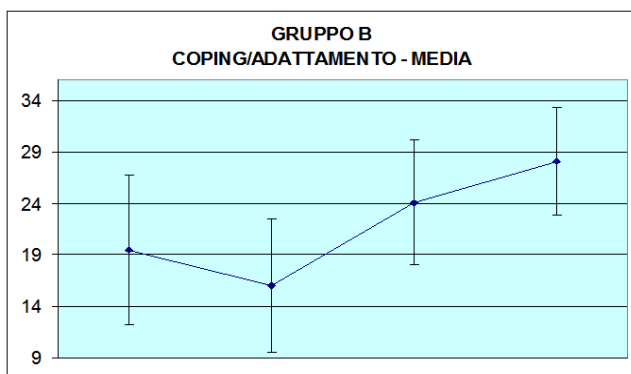
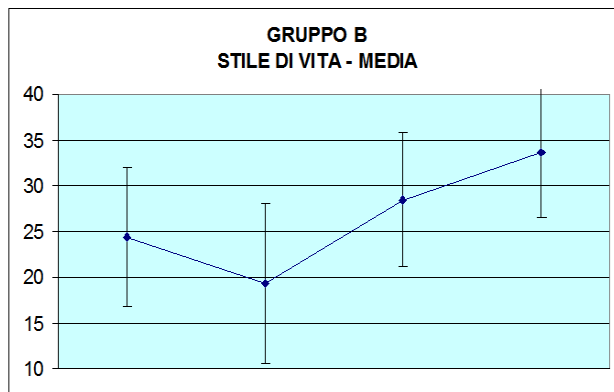
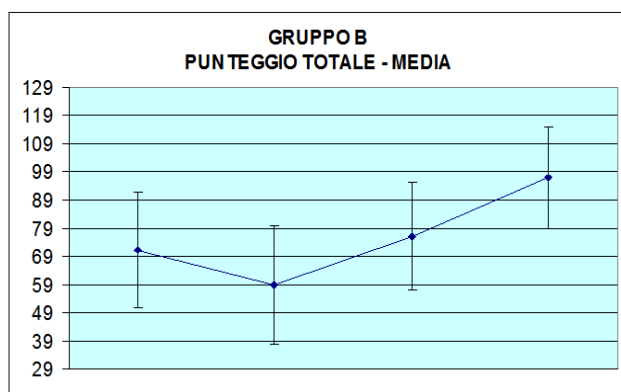
In entrambi i gruppi abbiamo riscontrato un miglioramento del coping, dell'autopercezione, dello stile di vita; rimane per i pazienti con disturbi dell'alvo (gruppo B), il disagio correlato al disturbo stesso (depressione, imbarazzo) (**Grafici 1 - 10**).

### Grafici 1-4 - I risultati per i pazienti del gruppo A





**Grafici 5-10 - I risultati per i pazienti del gruppo B**



Il questionario ricompilato a distanza di circa 11 settimane dalle persone del gruppo B fa emergere che l'irrigazione viene effettuata con frequenze diversificate: 24 ore (due persone), 48 ore (8 persone), 72 ore (7 persone), saltuariamente (4 persone), nessuna irrigazione (5 persone).

Complessivamente possiamo affermare di aver risposto al bisogno di conoscenza dell'utente puntando sugli aspetti riabilitativi e di educazione terapeutica. Le richieste che giungevano al centro inizialmente erano concentrate sull'assistenza di base; educando il paziente alla gestione della stomia e all'auto-irrigazione, le consulenze telefoniche e le visite sono progressivamente diminuite in maniera progressiva.

L'aspetto innovativo del centro è la presenza esclusiva di personale infermieristico specializzato che prende in carico il paziente dalla fase pre-operatoria alla programmazione del follow-up inerente lo stoma, con l'attivazione di consulenze specialistiche fino al completamento del percorso mediante l'educazione terapeutica, ricanalizzazione e/o riabilitazione.

Negli anni il centro è diventato un punto di riferimento non solo dei familiari e dei pazienti stomizzati operati nell'AOUP ma anche delle persone con stomia presenti nell'Area Pisana; la presa in carico del paziente già prima dell'intervento da parte dell'infermiere è stata la condizione essenziale per creare i presupposti favorevoli all'autonomia ed alla ripresa del ruolo preesistente all'intervento e alla prevenzione di complicanze fisiche e psicosociali. La malattia, la sua evoluzione, la stomia sono elementi che richiedono l'implementazione di un progetto assistenziale e riabilitativo centrato sui bisogni della persona dove la relazione e la comunicazione terapeutica costituiscono l'elemento fondamentale dell'azione clinica dell'infermiere.

## BIBLIOGRAFIA

- Clinical nurse specialists Stoma care <http://www.rcn.org.uk/>.
- [www.clevelandclinicmeded.com](http://www.clevelandclinicmeded.com) The Cleveland Clinic, R.B. Turnbull, Jr, M.D. School of enterostomal Therapy Nursing, 2006.
- Nursing consultation: a step towards professional autonomy.
- [Rech Soins Infirm](#). 2007 Dec;(91):76-96. Cadre de Santé Centre hospitalier de Meaux ; AIOSS - XXIV Corso di Aggiornamento in Stomaterapia, Colonproctologia e riabilitazione della disfunzione del pavimento pelvico –AIOSS Atti 2009 – pag.241/253 Autori: Madrigali Stefano e Calandrino Vita – 01-04/10/2009 Montesilvano).
- Porrett T., Mc Grath (2006). La persona stomizzata, assistenza, cura e riabilitazione. Edizione italiana a cura di Pizzi S., Muttillio G. McGraw Hill.

SCAFFALE

## Fondamenti di Ricerca infermieristica

Denise F. Polit - Cheryl Tatano Beck  
Edizione italiana a cura di Alvisa Palese  
The McGraw Hill Education, 2014  
pagine 406, euro 50,00



A chi serve la ricerca infermieristica? A cosa serve la ricerca infermieristica? Come si usa e come si fa la ricerca infermieristica?

A queste domande riesce complessivamente a rispondere in modo completo, efficace e “accessibile” la recente proposta editoriale della McGraw Hill Education. Il “Polit” come viene comunemente denominato nel contesto italiano, rappresenta da anni una delle pietre miliari della formazione infermieristica nell’ambito della ricerca in Europa e negli Stati Uniti. L’ottima scelta fatta, di mettere a disposizione degli infermieri italiani, la traduzione dell’ottava edizione del testo originale, offre sicuramente un’opportunità preziosa di approfondimento di un sapere che è sempre più necessario all’infermieristica.

L’edizione italiana, curata sapientemente da Alvisa Palese, con la collaborazione di tanti competenti colleghi italiani da anni impegnati in questo ambito, è stata sviluppata in modo da rendere più facilmente fruibile, sia in termini di linguaggio che di contenuti, una materia che a volte può essere considerata un po’ “ostica”. Inoltre l’ampia integrazione costituita da esempi provenienti dalla produzione scientifica degli infermieri italiani pubblicata su riviste nostrane, non solo ne facilita la contestualizzazione, ma da risalto e valorizza il lavoro di tanti.

In tal senso, è utile sottolineare i principi fondamentali che sono alla base di questo testo: l’importanza critica per l’infermieristica della competenza nel condurre o nel valutare la ricerca, “*la convinzione che la ricerca sia intellettualmente e professionalmente gratificante per l’infermiere*” (p. XV), il fatto che la metodologia della ricerca possa non essere fonte di noia o timore. In effetti, l’impianto generale del testo e le novità introdotte nell’ultima edizione, vanno proprio in questa direzione, facilitando al massimo l’apprendimento di quanto proposto e inserendo elementi salienti. Le autrici stesse, (sì, perchè in effetti sono due !) Denise Polit e Cheryl Tatano Beck, ci illustrano queste novità con precisione nella prefazione: una riorganizzazione della presentazione dei contenuti relativa alla ricerca qualitativa e quantitativa, che permette, salvo alcuni capitoli più generali, un’approccio separato tra esse; un nuovo capitolo sulla ricerca a metodi misti e un maggior spazio dato alla pratica infermieristica basata sulle prove di efficacia.

L’organizzazione del testo poi, evidenzia essa stessa il *continuum* (p.5) lungo il quale si possono collocare gli infermieri rispetto alla ricerca.

A un estremo gli utilizzatori, che possono necessitare di alcune nozioni generali di inquadramento teorico sul tema e di un approfondimento dettagliato sulla pratica basata sull'evidenza, fornendo tutta la metodologia necessaria per condurla (I parte). All'altro estremo coloro che producono la ricerca infermieristica. Il libro descrive quindi nel dettaglio: le fasi preliminari di impostazione di una ricerca (come ad esempio la concettualizzazione di uno studio, la formulazione di un'ipotesi, etc.) (II parte) e il metodo di conduzione sia esso quantitativo (III parte) o qualitativo (IV parte). Vengono inoltre proposti argomenti particolari che hanno assunto crescente importanza, come la metodologia mista, le survey, la ricerca sugli outcomes o le revisioni sistematiche (metanalisi e metasintesi) (V parte).

In questo *continuum* gli infermieri, oltre ai due estremi, si possono collocare in diversi momenti: nel contribuire allo sviluppo di un'idea che il più delle volte può scaturire dalla pratica clinica, nella raccolta dei dati utili alla ricerca, o anche nel favorire la partecipazione degli assistiti ad una ricerca, informandoli in modo eticamente corretto ed adeguato, o nel cercare di risolvere un problema clinico cercando le evidenze in letteratura, o anche discutendo le implicazioni dei risultati di uno studio sulla pratica clinica. Il testo proposto si configura come un agile sussidio in questo percorso.

Questo testo risulta essere particolarmente adatto per la didattica, infatti è costruito sia nella consecutio logica della presentazione dei contenuti, che nell'inserimento di alcuni brevi schemi o richiami o specifiche sezioni che accompagnano ogni capitolo, con una continua attenzione a facilitare l'apprendimento degli studenti. Innanzitutto lo stile è chiaro e di facile comprensione. E' poi costante l'accompagnamento dei contenuti teorici ad esempi esplicativi oppure l'attenzione ad evidenziare i concetti importanti da ricordare con parole chiave, ben evidenziate nel testo. Molto interessante è l'introduzione di linee guida per la valutazione critica dei vari aspetti di un articolo di ricerca. In questo modo lo studente è guidato ad orientare l'attenzione agli aspetti metodologicamente salienti sia in qualità di fruitore che di produttore di evidenze. Sono poi presenti sintetici box denominati "suggerimenti", che aiutano a tradurre le nozioni più teoriche in elementi concreti. Infine, ma questo veramente rappresenta un valore aggiunto, l'inserimento in ogni capitolo degli esempi di ricerche, accompagnato da esercizi di pensiero critico, mette nelle condizioni lo studente di sperimentare nel concreto l'applicazione dei principi teorici proposti.

Questi strumenti possono anche rappresentare una valida modalità per la valutazione esterna dell'apprendimento, sia perché in quanto tali lo indirizzano, sia perché forniscono interessanti spunti riutilizzabili in riferimento a contesti e contenuti diversi. Il testo offre poi, come ormai di consueto, in ogni capitolo, una chiara illustrazione degli obiettivi di apprendimento e un breve sommario finale ("punti di sintesi"), che concentra l'attenzione sui contenuti ritenuti dagli autori più importanti.

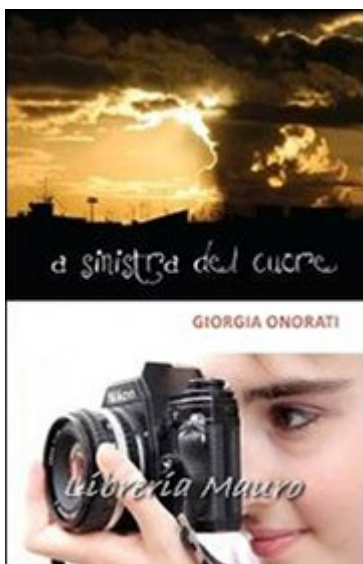
Il volume è chiaramente pensato e rivolto alla didattica nel contesto della laurea magistrale in scienze infermieristiche e ci auguriamo vivamente che contribuisca in modo efficace alle nuove generazioni di ricercatori italiani. D'altro canto si ritiene che, proprio per le caratteristiche proprie fin qui descritte dell'edizione originale, valorizzate in questa edizione italiana grazie alla sapiente collaborazione dei vari gruppi di ricerca coinvolti, questo libro possa rappresentare una guida di riferimento anche per i colleghi che nella diversa collocazione che possono assumere nel *continuum della ricerca*, vi vogliano partecipare in modo attivo, competente ed efficace, senza disperdere utili energie.

Insomma si potrebbe concludere che con questo testo, è stata messa a disposizione degli infermieri italiani una vera e propria guida fruibile, da poter consultare senza timori. Esso è anche un valido stimolo a sviluppare sempre più questo indispensabile sapere e a realizzarlo, come a dire: “si può fare” e “si può fare bene”.

***A cura della Redazione***

## SCAFFALE

## A sinistra del cuore La parte migliore



A sinistra del cuore  
Giorgia Onorati  
Pubblicato dall'Autore, 2014  
pagine 136, euro 21,50



La parte migliore  
Camilla Pollera  
Gruppo Albatros Il Filo, 2012  
pagine 120, euro 11,61

Due titoli di libro e due giovani autrici: “A sinistra del cuore” di Giorgia Onorati e “La parte migliore” di Camilla Pollera, che hanno in comune anche se per strade diverse tanti aspetti importanti.

Il primo è che sono scritti da due adolescenti, due adolescenti che, attraverso la scrittura hanno scelto di condividere in modo diretto l’una e indiretto l’altra la loro storia, le loro emozioni.

Il secondo è che attraverso il racconto, sotto forma di diario Giorgia e di romanzo breve Camilla, hanno trovato la strada, o un pezzo di strada, per “digerire” il loro percorso di sofferenza.

Il terzo è che con i loro libri donano a noi tutti, e in questo “tutti” ci siamo noi professionisti, ma non solo, tutti i diversi attori che possono trovarsi con e accanto a percorsi di sofferenza vissuti in un momento delicato e cruciale della propria vita, come i familiari, gli amici, i professori, i compagni di scuola, i vicini di casa, la possibilità di assumere “il punto di vista dell’altro”.

Il quarto è che le loro storie possono dare la possibilità a chi si ritrova in situazioni analoghe, di specchiarsi e ritrovarsi in ciò che loro raccontano.

Il comprendere che alcune emozioni si vivono non perché ci sia qualcosa di sbagliato in se stessi, ma perché fanno parte di alcuni eventi difficili che la vita mette davanti, può aiutare ad accettarsi e a trovare le energie e gli strumenti giusti per farvi fronte.

Il quinto è che la lettura di questi libri, possa essere un buon *trigger* per tanti adolescenti che faticano a dare un senso alla propria vita.

Giorgia, affetta da una grave patologia congenita trattata alla nascita, e complessivamente ben superata, si ritrova a 10 anni con una grave patologia cronica (ipertensione polmonare), che la porterà al trapianto cuore-polmoni. La sua storia altro non è che il diario dei suoi primi 17 anni. E' un diario fatto di vita quotidiana, in ospedale, a casa, in vacanza, attraverso il quale fa vivere al lettore le emozioni sue e di chi la ha accompagnata nel tempo. Leggendolo, in alcuni momenti si ha l'impressione di "rimanere senza fiato", come lo è stata lei per tante volte. Tra questi frammenti di quotidianità, sono tanti gli spunti di riflessione: sull'ascolto, sull'uso delle parole sbagliate al momento sbagliato, sulle conseguenze di alcune superficialità, sull'apprezzare le "competenze" acquisite nel tempo dai pazienti. Ancora, sulle necessità di favorire il più possibile le relazioni sociali e familiari anche nei momenti in cui l'assistenza si fa più intensiva, sul considerare il paziente non una monade ma il centro di relazioni complesse da prendere in carico, sull'obiettivo di facilitare la crescita... nonostante tutto, sull'egoismo che fa male. Giorgia ci aiuta ad apprezzare il senso della vita e a godere di ciò che di buono ci offre, in qualche modo invita costantemente a "vedere il bicchiere mezzo pieno".

Camilla, che ha perso il padre quando aveva 11 anni, con una scrittura diretta, semplice ma lineare, il più delle volte sottoforma di dialoghi e brevi riflessioni personali, racconta la storia di una ragazza che si trova costretta a cambiare città, scuola, coetanei, punti di riferimento e che nonostante tutto scopre un nuovo mondo fatto di amici, amori adolescenziali, ma soprattutto scopre "la parte migliore di sé". E qual è questa parte migliore? Camilla ci dice che è quella che in cui ognuno riesce a "essere se stesso".

Anche in questo libro, la lettura è "tutta di un fiato" e nei frammenti di questa vita adolescenziale ci propone come un adolescente possa vivere un lutto: come la sensazione percepita che nessuno sapeva o poteva fare qualcosa per lei, mentre si sentiva inadeguata a parlare con i compagni di classe e si sentiva tagliata "fuori". Camilla ci invita, quando prendiamo in carico l'accompagnamento al fine vita di un adulto, a farci carico anche di coloro, in questo caso gli adolescenti, che per questo adulto sono significativi. Ci invita in qualche modo a "pensarli" e a trovare le strategie giuste per supportarli durante e dopo.

Questi due libri hanno altre due cose in comune. Entrambe le autrici amano la fotografia (sarà un caso?), essa rappresenta la loro passione, un modo per canalizzare le loro energie, uno strumento prezioso per guardare avanti e per "mostrare la parte migliore di sé".

E poi, ma probabilmente il più importante, i loro libri sono accompagnati da importanti iniziative, che vanno conosciute, ma soprattutto fatte conoscere, per aiutare altri a trovare una possibile via d'uscita, come hanno fatto loro.

Dal libro di Camilla è scaturito un'importante progetto "Il volo" in alcune scuole romane (<http://scuoladivita.corriere.it/2014/05/20/il-dolore-di-camilla-nelle-scuole-un-progetto-per-elaborare-il-lutto/>) orientato alla comprensione dei bisogni dell'adolescente quando si trova a dover affrontare una situazione particolarmente stressante, come quella della morte e il lutto di un genitore e ha per obiettivo la prevenzione della comparsa di seri disturbi psicologici che possano interferire con il processo di crescita.

Giorgia è un'infaticabile blogger e dalla sua pagina facebook tiene relazioni ampie e ha sempre una parola di incitamento per tutti. Poi le sue fotografie sono state oggetto di mostre e riconoscimenti, nonché sono un contributo importante a sostegno dell'Associazione Malati di Ipertensione polmonare (AMIP) <http://www.assoamip.net/giorgia-onorati>.

Altro non si può dire ma solo un sincero "grazie" a queste ragazze per la loro sensibilità, il loro coraggio e la loro disponibilità a condividere.

***A cura della Redazione***

## COLOPHON

**Direttore responsabile**

Annalisa Silvestro

**Comitato editoriale**

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

**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](http://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](http://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](mailto:federazione@ipasvi.legalmail.it)