L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVIII

ISSN 2038-0712

SETTEMBRE-OTTOBRE 2014



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

EDITORIALE

Infermieri: assistenza d'eccellenza, ma con meno organici e meno risorse rischiano anche i pazienti di Annalisa Silvestro

SCIENZE INFERMIERISTICHE

Lo human caring attraverso le narrazioni autobiografiche di studenti infermieri

di Caterina Galletti, Orkida Xhyheri, Elena Cristofori, Patrizia Ghera, Maria Luisa Rega

La fatigue nei pazienti oncologici: uno studio osservazionale prospettico di Elisa Lombardo, Giorgio Campagnola, Greta Travaglini, Dino Stefano Di Massimo

CONTRIBUTI

Leggendo il documento 'Defining nursing' e riflettendo sull'infermieristica di Giuseppe Marmo

La medicazione del sito di puntura radiale: garze o dispositivi? di Peipei Dong, Anne Destrebecq, Stefano Terzoni

La gestione avanzata delle vie aeree nell'emergenza extraospedaliera, a che punto si collocano gli infermieri? di Fabio Mozzarelli

ESPERIENZE

La sindrome da Burnout negli infermieri di Beatrice Duzzi. Iole Giovanardi. Cinzia Gradellini

Endoscopic anterior cricoid split: assistenza infermieristica di Stefania Cozza, Patrizia Zinno

La percezione di infermieri stranieri sul processo di integrazione professionale nel territorio parmense di Pietro Vesperoni, Giuliana Masera

La nutrizione per OS della persona con disfagia orofaringea: video tutorial multilingue per caregiver di Marta Iacuzzi, Giovanni Ferrin, Sara Steffanuto, Giulia Ortez

SCAFFALE

AIDS: la verità negata. Come l'HIV causa l'AIDS e perché dall'AIDS si potrà guarire



EDITORIALE

Infermieri: assistenza d'eccellenza, ma con meno organici e meno risorse rischiano anche i pazienti

di Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Denunciamo ormai da tempo che la carenza di personale, i blocchi del turn over e il mancato rinnovo dei contratti sono elementi che contribuiscono a degradare il livello dell'assistenza garantita dal Servizio sanitario nazionale. E a supportare queste posizioni sono arrivati in questo ultimo periodo i risultati di studi ufficiali.

Il primo è il Programma nazionale esiti 2014, presentato dall'Agenas, che conferma indirettamente, ma inequivocabilmente i timori e gli allarmi che il mondo delle professioni sta ormai lanciando da mesi: migliorano molti indici di mortalità e di efficienza nel 2013 rispetto al 2012 grazie a un'assistenza ancora una volta riconosciuta tra le prime al mondo. Questo però non si riscontra per una serie di interventi che rendono evidente il ricercare cure migliori da parte di nostri concittadini che emigrano in altre Regioni (quasi sempre al Nord), per la carenza di continuità assistenziale ospedale - territorio, per l'effetto "svuotamento" di professionalità dagli ospedali dove gli infermieri sono sempre più in affanno.

Accade così che confrontando ad esempio i dati – mediamente peggiorati a livello nazionale – dei ricoveri per tumore alla mammella, alla prostata, o i dati di mortalità per neoplasie del retto, con i dati della mobilità sanitaria, si rileva che da tutte le Regioni in piano di rientro i pazienti emigrano soprattutto al Nord dove Lombardia ed Emilia Romagna sono le mete più gettonate. Cosa che, fra l'altro, peggiora i dati complessivi di quelle Regioni di eccellenza - comunque ancora molto buoni nonostante tutto - stante che si fanno carico delle forme più gravi e invasive di tali patologie.

Recenti studi in Italia e all'estero, pubblicati proprio dalla nostra rivista, hanno dimostrato che la carenza di personale infermieristico o il sovraccarico di lavoro produce come prima conseguenza un aumento del rischio di mortalità di almeno il 7%. Ossia meno personale più risparmio forse, ma anche meno qualità del servizio e sicurezza dei pazienti e il dato lo dimostra.

Dal Programma nazionale esiti arriva anche un'altra conferma: il territorio che non c'è. E a tal proposito non si può non rilevare che, in una fase di tensione al risparmio, si alza paradossalmente l'asticella dei costi: vengono infatti nuovamente effettuati ricoveri per interventi di tonsillectomia e di stripping di vene che già prima del vecchio Patto per la salute erano considerati "inappropriati".

Accanto ai risultati - allarmanti per l'assistenza – del programma nazionale esiti c'è l'ennesimo rapporto del Crea (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità dell'Università Tor Vergata di Roma) che indica in dieci anni una riduzione del 10% del numero di infermieri del Ssn (e del 3% di medici) con un abbattimento nel 2012 del costo medio della categoria di -0,16.

Si assiste con meno personale che guadagna sempre meno.

Il rapporto tuttavia differenzia questi risultati in base alle Regioni ed ecco ancora una volta che la situazione è più grave in quelle con piano di rientro, a conferma che è proprio il personale il vero "bancomat" della spesa sanitaria.

Ed è per questo che occorre ribadire e sostenere la nostra proposta: si aggrediscano le duplicazioni esistenti di centri decisionali, di funzioni e strutture che non danno risposte ai veri bisogni dei cittadini e che assorbono risorse impropriamente e penalizzano l'equità di accesso alle cure. Queste, oltre agli altri sprechi, sono le cose su cui le Regioni devono coraggiosamente intervenire per ottenere veri e duraturi risparmi, non riducendo il numero dei professionisti dedicati alla cura e all'assistenza, mettendo così a rischio (i dati parlano chiaro) oltre alla tenuta del sistema anche la salute dei pazienti.

Lo human caring attraverso le narrazioni autobiografiche di studenti infermieri

Caterina Galletti¹, Orkida Xhyheri², Elena Cristofori³, Patrizia Ghera⁴, Maria Luisa Rega⁵

¹Coordinatore didattico, Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ²Infermiere, Gruppo Villa Maria Care and Research, Ravenna; ³Tutor, Corso di laurea in infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ⁴Tutor, Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ⁵Coordinatore tirocinio e attività pratiche, Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Corrispondenza: galletti@rm.unicatt.it

RIASSUNTO

Introduzione Il presente lavoro prende in considerazione la tematica dello *human caring*, un importante aspetto della pratica assistenziale che permette all'infermiere di concretizzare l'arte del prendersi cura e ampliarne le prospettive. Lo scopo di questo studio è di descrivere la percezione dello *human caring* da parte di studenti infermieri di un corso di laurea magistrale. Utilizzando il metodo delle narrazioni autobiografiche si vogliono evidenziare gli elementi che caratterizzano le motivazioni profonde che spingono alla scelta di svolgere una professione di cura, quale quella dell'infermiere e, al contempo, indagare con quali strumenti gli infermieri si propongono di mantenere e sviluppare i processi di cura.

Materiali e metodi A 19 studenti del corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma è stata somministrata un'indagine, costruita *ad hoc*, che presenta le cinque domande postulate da Jean Watson, che investigano i valori e le dinamiche umane che portano a prestare assistenza.

Risultati Sono state raccolte 15 narrazioni.

Conclusioni Le narrazioni confermano che alla base di una scelta personale di diventare infermiere vi è una spiccata sensibilità verso l'altro, inteso come persona bisognosa di cure e della quale prendersi cura, ma anche come colui attraverso il quale nutrire e accrescere la passione per la professione che si svolge.

Parole chiave: human caring, studenti infermieri, narrazioni autobiografiche

The human caring through the autobiographical narratives of nursing students **ABSTRACT**

Introduction This paper is focused on the human caring theme, an important aspect in nursing practice; it helps to broaden perspectives, allowing nurses to realize the art of caring. The objective of this study is to describe the post-graduate nursing students' perceptions about the human caring. Using the autobiographical narrative method, the purpose is to highlight which motivations lead to choose the nursing profession and investigate how nurses try to maintain and develop human caring.

Methods The study has been conducted through the method of autobiographical narrative. An ad hoc questionnaire, based on Jean Watson questions, has been administered to 19 post-graduate nursing students to investigate the values and human dynamics that lead to the human caring.

Results Fifteen complete questionnaires were collected.

Conclusion Data analysis revealed that at the basis of a personal choice of becoming a nurse there is a strong feeling toward others. The patient is seen as the person that needs care, but also as the one through which nurse can enhance and increase the passion for nursing profession.

Keywords: human caring, post-graduate nursing, autobiographical narrative

INTRODUZIONE

Parlare di *human caring* in ambito sanitario può sembrare forse un paradosso ma in realtà, se per un attimo ci fermiamo a riflettere, tutto ha origine dal prendersi cura di chi si trova in una situazione di debolezza,

laddove non vi è solo un corpo che soffre e che ha bisogno di cure ma anche una mente e un cuore che richiede una presa in carico altrettanto necessaria (Masera G, 2006).

L'attenzione alla persona deve comprendere la sua

e57

totalità, fatta di bisogni fisici, psicologici e relazionali. Le innumerevoli scoperte in campo tecnologico e scientifico permettono di trattare patologie molto complesse ma ciò non toglie l'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza.

La tecnica si evolve ma l'uomo non modifica i suoi valori imprescindibili e immutabili del diritto naturale e soprattutto non c'è tecnologia in grado di risolvere i dubbi circa il significato della vita, della sofferenza e della morte, dilemmi con i quali la medicina si confronta ogni giorno ma che spesso si limita a considerare in modo poco approfondito. Infatti, ci si focalizza sull'oggetto della cura proprio come un *oggetto*, come un organismo da riparare e non come un *unicum* psiche-soma (Lattarulo P. 2011).

Le teorie infermieristiche forniscono strumenti validi al fine di decodificare i bisogni della persona assistita ma di fronte alla sofferenza, al dolore e alla morte prevalgono la coscienza e la peculiare individualità di ciascuno. La sofferenza stessa è un elemento estremamente variabile e si esprime in infinite modalità, talvolta celate da quella sorta di discrezione e di pudore che la caratterizzano (Mortari L, et al., 2013).

Il presente lavoro prende in considerazione lo *human* caring quale aspetto importante nella pratica assistenziale che consente di ampliare le prospettive di cura, permettendo all'infermiere di concretizzare la dimensione di un'etica delle virtù (Watson J. 2013).

Struttura teorica

La teoria dello human caring è stata elaborata alla fine degli anni '70 del secolo scorso da Jean Watson, fondatrice del Watson Caring Science Institute (WCSI), e si colloca nell'ambito delle scienze del nursing umanistico, il cui principio fondante è definito dalla relazione tra il prendersi cura degli esseri umani e il prestare assistenza infermieristica (Watson, 2013).

Il tema del prendersi cura è stato trattato in altre teorie infermieristiche, per esempio nella Science of unitary human beings, la scienza degli esseri umani come entità globali, di Martha Elizabeth Rogers (Rogers ME, 1970) e dalla Health as expanding consciousness, la salute come espansione della coscienza, di Margaret Newman (Newman MA, 1999); entrambe hanno in comune con lo human caring una visione pluridimensionale e olistica della persona. Tuttavia, lo human caring aggiunge alla visione olistica della persona assistita anche il care nel duplice aspetto di "cura dell'assistito" e "cura di colui che si prende cura", ossia l'infermiere. In questa cornice teorica è fondamentale la relazione esistente tra il benessere degli infermieri e la cura della persona assistita. Infatti, l'obiettivo dello human caring è la crescita, la consapevolezza, l'evoluzione mentale, affettiva e spirituale di sé come infermiere e degli altri, quali i pazienti: questo approccio porta l'infermiere all'esplorazione di sé, allo sviluppo della conoscenza, alla consapevolezza, all'autocontrollo e all'amore di sé (Watson J. 2013). L'essenza dello human caring si traduce nella presa in carico transpersonale; questa è determinata da azioni e scelte fatte da colui che assiste e da colui che viene assistito, ovvero quel momento di contatto e di relazione tra l'essere umano infermiere e l'essere umano paziente. Jean Watson sostiene che lo human caring è il fulcro della pratica infermieristica. Non si tratta solamente di conoscenze di natura scientifica riquardanti la sfera cognitiva ma anche di natura esperienziale-fenomenologica che attiene e coinvolge la sfera della soggettività dell'infermiere e del paziente. Questo comporta che il professionista, e contemporaneamente uomo, deve possedere competenze e abilità tecniche, relazionali, cliniche e capacità organizzative, di analisi etica ma anche empatia, sensibilità, capacità di ascolto e di interazione (Watson J, 2013). Jean Watson pone agli infermieri cinque domande circa i valori e le dinamiche umane che portano a prestare assistenza:

- 1. Che cosa c'è alla base della mia disponibilità a prendermi cura degli altri?
- 2. Che cosa mi spinge verso l'assistenza?
- 3. Perché non riesco a rispondere?
- 4. Quando è difficile prendersi cura di qualcuno?
- 5. Come farò a sostenere e ad alimentare la mia consapevolezza di prendermi cura degli altri?

Attraverso le narrazioni autobiografiche si vuole descrivere la percezione che alcuni studenti di un corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche hanno dello human caring ed evidenziare gli elementi che caratterizzano le motivazioni che spingono alla scelta di svolgere una professione di cura e, al contempo, indagare con quali strumenti gli infermieri si propongono di mantenere e sviluppare i processi di cura.

MATERIALI E METODI

Il disegno dello studio è di tipo qualitativo, l'indagine è stata condotta con il metodo fenomenologico e ha utilizzato le narrazioni autobiografiche (Knowles MS, 1996).

Il campionamento è stato di tipo propositivo. Sono stati individuati 19 studenti del corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: nello specifico 17 infermieri, un'infermiera pediatrica e un'ostetrica.

E' stato scelto questo campione perché si ritiene che il percorso di studi magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche comporti un avanzamento delle competenze riguardanti gli aspetti etici e concettuali della professione.

Raccolta dati

Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è stato preparato *ad hoc* per questa indagine e si compone di una parte dedicata alla raccolta dei dati socio-anagrafici e una seconda parte che presenta le cinque domande di Jean Watson che richiedono una risposta aperta. Non è stato posto un limite massimo alla lunghezza delle risposte.

La validità dello strumento di indagine è stata testata da un tutor e da un coordinatore didattico esperti del settore.

Lo strumento è stato inviato tramite mail al campione di studenti ed è stato preceduto da una lettera di presentazione. Sono state considerate valide le narrazioni complete in tutte le parti e pervenute entro quindici giorni dalla consegna. I criteri d'inclusione sono stati il rispetto dei limiti temporali di consegna, la chiarezza espositiva delle narrazioni e la completezza di tutte le domande esposte.

Ogni autobiografia è stata arricchita da alcuni elementi (titolo abilitante, genere del narrante e ambito lavorativo) per conservare la specificità del caso. L'indagine è stata svolta tra ottobre e novembre 2013.

Analisi dei dati

Una prima fase di analisi dei dati ha previsto la trascrizione integrale dei testi delle narrazioni pervenute in un documento di testo.

Successivamente, per trovare il senso delle autobiografie, sono stati seguiti i seguenti passaggi:

- identificazione delle espressioni che colgono differenti aspetti dell'esperienza descritta nelle narrazioni per l'individuazione delle unità di significato;
- raggruppamento delle unità di significato simili in etichette;
- identificazione dei temi più rappresentativi.

Per verificare la pertinenza delle etichette e dei temi è stata utilizzata la validazione consensuale tra tutti i ricercatori.

Infine, attraverso il supporto informatico del software NVivo, nella versione 10, i temi precedentemente identificati sono stati categorizzati in nodi per procedere poi a una modellizzazione delle narrazioni.

RISULTATI

Dei 19 questionari inviati solo 15 sono ritornati compilati entro le tempistiche stabilite.

Il campione di rispondenti, 10 di sesso femminile e 5 di sesso maschile, è risultato abbastanza omogeneo per età anagrafica (età media di 35 anni) ed

esperienza di lavoro (durata media dell'esperienza lavorativa di 10 anni), aspetto quest'ultimo che comporta una maturazione personale e professionale data non solo dal percorso formativo teorico ma anche dalle esperienze pratiche vissute. I principali ambiti lavorativi indicati dai rispondenti sono stati: ginecologia/ostetricia, chirurgia/emergenza e urgenza, libera professione e servizio infermieristico. Indipendentemente dal genere dei rispondenti è emersa la presenza di motivazione verso il desiderio di aiutare gli altri e nell'essere sensibili alle sofferenze altrui. Non sono state rilevate differenze nell'uso di termini professionali e di particolari parole o espressioni in funzione al genere (Cohen, 2004).

Contenuti delle autobiografie

Riguardo alla disponibilità a prendersi cura degli altri, i professionisti infermieri considerano fondamentale il "desiderio di fare del bene alle persone bisognose di cure" mettendo in evidenza il "senso di responsabilità e il senso morale" che li motiva a svolgere questa professione, scelta in alcuni casi "in seguito a un'esperienza familiare vissuta". La spinta verso l'assistenza comprende in generale la "volontà di aiutare coloro che sono in uno stato di bisogno", espressa da un'operatrice in particolare come "il desiderio di aiutare e migliorare la vita del nascituro, del bambino e dell'adolescente nonché della famiglia". Il prendersi cura dell'altro viene percepito come un dovere etico e deontologico sottolineando "una sincera dedizione verso la persona bisognosa di cure" e anche la posizione di "garanzia per un'assistenza appropriata". Infatti, gli infermieri riconoscono il mandato della professione infermieristica nel "recuperare la dimensione soggettiva della malattia e considerare l'assistito come persona nella sua globalità".

Per gli infermieri è importante una professionalità caratterizzata dall'empatia e dal calore umano, soprattutto quando vi sono "difficoltà comunicative intese non solo dal punto di vista verbale ma anche comportamentale" oppure quando vi è "l'impossibilità di creare un valido legame comunicativo con la persona per cause linguistiche o culturali".

Il professionista può essere messo in crisi "dalla frustrazione e dal disagio del prendersi cura di un paziente difficile", quando "la patologia è complessa e viene intaccata la propria emotività perché ci si immedesima nel paziente, nei suoi cari" oppure "quando non si riconoscono i propri limiti e si rischia di essere travolti dalla storia e dai problemi della persona assistita". E' in queste situazioni che emerge l'importanza di trovare il tempo per "una riflessione personale" sul significato e sulle emozioni che hanno guidato a scegliere un lavoro in cui ci si prende cura del-

L'infermiere, 2014;51:5:e57-e62

l'altro, sulla "pratica quotidiana e i tanti casi umani che via via si presenteranno" per riuscire a "rafforzare e consolidare tale interiore convinzione", per alimentare la consapevolezza a prendersi cura degli altri; non solo, emerge anche l'importanza della formazione per "accrescere e approfondire il bagaglio professionale aggiornando nel tempo le conoscenze scientifiche", in quanto è importante prendersi cura dell'assistito offrendo qualità di servizi e prestazioni improntate sulle prove di efficacia.

Le narrazioni consentono anche di rappresentare come l'attività clinica assistenziale, che giorno dopo giorno caratterizza la quotidianità professionale, oltre a momenti difficili carichi di sofferenza porta anche "al piacere di vedere qualche sorriso e ricevere qualche grazie ricco di gratitudine".

Riflettendo sulle autobiografie si è potuto percepire una sincera disponibilità a mettere per iscritto la propria storia ed esperienza, trascrivendo anche alcuni ricordi significativi che scaturiscono dalla pratica professionale. Le narrazioni sono quindi il prodotto di una riflessione sull'esperienza del soggetto narrante, come ben evidenzia l'espressione di emozioni personali.

Le affermazioni e i temi emersi sono indicati in maniera sintetica in Appendice 1 a pagina e62.

DISCUSSIONE

La lettura delle narrazioni autobiografiche, che rappresentano la risposta degli studenti alle domande di Jean Watson, ha mostrato come gli studenti infermieri di laurea magistrale vivono e mettono già in pratica, forse inconsapevolmente, lo human caring. La connotazione che viene data al care dagli intervistati è in relazione con la percezione olistica che si ha della persona soggetto delle cure e nelle narrazioni prevale l'attenzione alla persona nella sua globalità di essere umano. Quanto evidenziato è strettamente ricollegabile all'essenza dello human caring, che la stessa Jean Watson descrive attraverso il concetto di approccio olistico-dinamico che integra le componenti biofisica, psicofisica, psicosociale e intrapersonale (Pellegrini W, 2010).

Il campione considerato è riuscito a definire quali siano le motivazioni che caratterizzano la propria disponibilità allo human caring. E' palese il quid motivazionale che anima i rispondenti: la professione è vissuta non come una mera esecuzione prestazionale basata su un insieme di azioni tecniche ma è caratterizzata dal prendersi cura dell'assistito, con la piena consapevolezza del proprio ruolo e dell'importanza che esso riveste dal punto di vista umano, e dalla partecipazione emotiva. Inoltre, sembra che le esperienze personali vissute offrano un input po-

sitivo di arricchimento che favorisce l'interazione reciproca con gli altri – i pazienti –, con un indubbio effetto terapeutico. Questo concetto di condivisione emotiva rilevato nelle narrazioni viene riscontrato anche nella teoria dello *human caring*, in cui il percorso di condivisione tra il professionista e l'assistito porta alla scoperta dell'altro e a entrare in relazione. Inoltre, nella relazione con l'assisto Jean Watson evidenzia il valore del calore umano: non si tratta di un atteggiamento paternalistico ma di una postura di vicinanza e l'uso di un tono di voce moderato nella comunicazione per creare un'atmosfera sicura e non minacciosa per il paziente (Pellegrini W, 2010).

L'indagine ha anche mirato a evidenziare gli strumenti attraverso i quali gli infermieri si propongono di mantenere e sviluppare i processi di human caring. Dalle narrazioni si denota che una delle modalità per mantenere e alimentare la consapevolezza verso la professione sono la gratificazione, derivante dalla realtà quotidiana di assistenza, insieme a un importante componente di valori umanistici; anche questi elementi si ritrovano nella teoria dello human caring secondo la quale l'infermiere, per svolgere questa professione, deve avere interiorizzato valori quali l'altruismo, la gentilezza e il rispetto della diversità (Pellegrini W, 2010).

Un altro elemento chiave del prendersi cura è la formazione, ritenuta importante non solo per il professionista ma anche per l'assistito che ha diritto ad avere le migliori prestazioni. La stessa Jean Watson ribadisce l'importanza dell'approccio scientifico nell'assistenza infermieristica per la risoluzione dei problemi di salute (Pellegrini W, 2010).

CONCLUSIONI

Il fulcro della pratica infermieristica non è la malattia ma, piuttosto, l'impatto che essa ha sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona bisognosa di cure. Pertanto, l'assistenza infermieristica è caratterizzata dal prendersi cura della persona nella sua globalità affinché si possa recuperare la dimensione soggettiva della malattia.

Grazie alle narrazioni raccolte è stato evidenziato come gli intervistati ritengano lo human caring una componente essenziale del loro lavoro. Gli elementi rilevati attraverso gli spunti narrativi offrono la possibilità di comporre un'identità professionale dell'infermiere magistrale basata su competenze non solo tecniche ma anche umanistiche.

Avere cura dell'altro richiede energie e, nonostante ci si imbatta in situazioni difficili, dalle narrazioni è prevalsa l'attenzione alla persona. I racconti confermano che alla base di una scelta personale di diventare infermiere vi è una spiccata sensibilità verso

l'altro, bisognoso e inteso come la persona della quale prendersi cura ma anche come colui attraverso il quale nutrire e accrescere la passione per la professione che si rappresenta.

L'analisi delle narrazioni ha permesso di esplorare la percezione dello *human caring* di una parte dei professionisti della salute delineandone i confini e i punti cardine, rappresentati dai temi e dalle etichette individuate e riportate in Appendice 1; si tratta di un modello tacito, una realtà silente e non riportata nei libri ma, come si evince dalle risposte dei partecipanti allo studio, ben identificato e messo in pratica quotidianamente attraverso la presa in carico della persona bisognosa di cure.

BIBLIOGRAFIA

Cohen SB (2004) Questione di cervello. La differenza essenziale tra uomini e donne. Ed. Mondadori, Milano. Knowles MS (1996) La formazione degli adulti come auto-

- biografia. Il percorso di un educatore tra esperienza e idee. Ed. Raffaello Cortina, Milano.
- Lattarulo P (2011) *Bioetica e deontologia professionale*. Ed. McGrawHill, Milano.
- Masera G (2006) Prendersi cura dell'altro. Dal rispetto al riconoscimento attraverso il dialogo e la cura. Ed. Il pensiero Scientifico, Roma.
- Mortari L, Saiani L (2013) Gesti e pensieri di cura. Ed. McGrawHill, Milano.
- Newman MA (1999) *Health as expanding consciousness*. 2a edizione. Ed. Jones & Bartlett Learning.
- Pellegrini W (2010) Le radici del futuro human caring: passaggio attraverso il cuore il senso della scienza infermieristica. Ed. Edizioni Medico Scientifiche, Torino.
- Rogers ME (1970) An introduction to the theoretical basis of nursing. Ed. F.A. Davis Company.
- Watson J (2013) Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring. Ed. Casa editrice Ambrosiana, Milano.

L'infermiere, 2014;51:5:e57-e62

Appendice 1. Estratti rilevanti delle narrazioni, relative	etichette e temi sudd <u>ivisi per dom</u>	anda	
Unità di significato	Etichette	Temi	
Che cosa c'è alla base della mia disponibilità a prendermi cura	degli altri?		
[] una professione che mi piace			
Una predisposizione caratteriale	aspetti personali, carattere	personalità	
Il fattore caratteriale che mi ha portato a scegliere questa		P	
professione è la passione			
[] il senso di responsabilità che ho verso questo lavoro	dovere deontologico, valori umani		
Il senso morale verso la professione che rappresento	e della vita cristiana		
[] dovere deontologico verso la professione che rappresento		senso del dovere, valori	
[] l'ispirazione ai valori umani e della vita cristiana	necessità di soddisfare i bisogni	conce del devele, valeri	
Il dovere nei confronti dell'assistito	- dell'assistito		
Il principio di fare il "bene" della persona bisognosa di cure			
[] l'amore verso il prossimo e valori quali la solidarietà, la vita			
e la salute			
[] il miglioramento della salute e della vita di una persona	-		
] anche un senso di pietà per la condizione nella quale	essere vicino, aiutare il prossimo	desiderio di aiutare	
si trovano i pazienti			
[] considerare che l'assistito è persona bisognosa di cure,			
nella sua globalità			
Che cosa mi spinge verso l'assistenza?	<u>I</u>		
La volontà di aiutare coloro che sono in uno stato bisogno			
Il ripristino del bisogno di autonomia	fare del bene, aiutare le persone	aiutare nel momento	
[] voglia di sentirmi utile		del bisogno	
] un'esperienza familiare vissuta			
E' nata da una vicenda personale, quando il mio papà si è	viaguto di caparianza familiara	aanarianza naraanali	
ammalato	vissuto di esperienza familiare	esperienze personali	
[] responsabilità verso il paziente			
[] responsabilità verso il pazierite [] rispetto dell'individualità della persona bisognosa di cure		adva as av a vesmenas hilità	
[] Inspetto dell'individualità della persona disognosa di cure [] garanzia per un'assistenza appropriata	responsabilità e garanzia di assistenza	advocacy e responsabilità	
Perché non riesco a rispondere?			
[] soffermarsi a riflettere	T		
[] softermass a miercere [] è importante la riflessione		wiff a sais was decreased	
[] e importante la finessione	necessità di tempo e riflessione	riflessione, tempo	
Quando è difficile prendersi cura di qualcuno? [] la parte più difficile di questa professione è quando	I	l	
dobbiamo prenderci cura di una persona in una situazione clinica critica e alla fine della vita			
[] per me è difficile non essere coinvolto dalla situazione	prendersi cura		
del paziente			
[] quando ci sono da affrontare situazioni critiche cariche		coinvolgimento emotivo	
di emotività			
] è difficile prendersi cura di qualcuno ogni qual volta	situazioni cariche di emotività		
ci sia sofferenza e dolore	Situazioni canche di emotivita		
[] sull'aspetto relazionale ed emotivo con il paziente	-		
[] quando c'è l'impossibilità di creare un valido legame			
comunicativo con la persona per cause linguistiche o culturali	legame comunicativo	comunicazione e differenze	
[] difficoltà comunicative intese non solo dal punto		culturali	
di vista verbale ma anche comportamentale	differenze culturali e linguistiche		
Come farò a sostenere e ad alimentare la mia consapevolezza	di prendermi cura degli altri?		
serve una formazione continua e vanno mantenuti buoni			
rapporti con i colleghi e con i pazienti			
Bisogna rimanere al passo delle conoscenze scientifiche,	la formazione professionale	formazione	
rafforzandole sempre di più			
[] il bisogno dell'altro a darmi la forza per poter rispondere			
in modo più appropriato ed efficace al suo problema			
[] a oggi non mi immaginerei di fare un altro lavoro ma non so	il bisogno dell'altra persona	esercizio professionale	
cosa potrebbe succedermi in futuro o se questa professione	ii 2.00gilo doli dili a porobila	ocoroizio protoggioriale	
mi porterà a soffrire con il paziente			
Mi è sempre stata data una spinta dai pazienti e dai loro familiari			
[] con il piacere di vedere qualche sorriso e ricevere qualche	il piacere di vedere qualche sorriso	gratificazione	
grazie ricco di gratitudine	ii piacore di vodere qualette sottiso	gradioazione	
<u> </u>	1		

La fatigue nei pazienti oncologici: uno studio osservazionale prospettico

Elisa Lombardo¹, Giorgio Campagnola², Greta Travaglini³, Dino Stefano Di Massimo⁴

¹Infermiera, Residenza sanitaria assistenziale (RSA) Carpignano Sesia, Consorzio C.A.S.A Centro Diurno "L'Airone", Ghislarengo; ²Infermiere, Dipartimento medico dell'Azienda sanitaria locale di Torino 2 (ASL TO2); ³Studentessa, Dipartimento di studi umanistici, lettere e filosofia, Università del Piemonte Orientale, Vercelli; ⁴Infermiere, Dipartimento medico dell'Azienda sanitaria locale di Biella (ASL BI)

Corrispondenza: elisa.lmbrd@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione La qualità di vita del paziente è divenuta uno degli aspetti di maggiore rilevanza in ambito oncologico e la *fatigue* cancro correlata ha assunto il significato di vera e propria patologia.

E' importante comprendere le cause nascoste della *fatigue* e utilizzare una varietà di interventi per prevenirla e gestirla quali l'educazione, l'esercizio, il sonno, il controllo dello stress e la nutrizione. L'obiettivo dello studio è quello di quantificare la *fatigue* in pazienti oncologici.

Materiali e metodi Lo studio è stato svolto presso il *day hospital* del Polo oncologico dell'Ospedale di Biella; la popolazione è composta da pazienti che sono stati sottoposti a chemioterapia nel periodo compreso tra maggio 2011 e maggio 2012. La raccolta dati è avvenuta utilizzando il Brief Fatigue Inventory (BFI) che è stato somministrato in due momenti: durante la prima seduta di chemioterapia (prima rilevazione) e durante la seconda seduta di chemioterapia, dopo 90 giorni (seconda rilevazione).

Risultati Nello studio sono stati arruolati 94 pazienti, 55 donne e 39 uomini. L'età media è risultata di 63,6 anni (intervallo tra 18 e 83 anni). Alla prima rilevazione il valore di *fatigue* medio è risultato pari a 2,37 (DS: $\pm 2,94$) mentre alla seconda rilevazione era pari a 2,93 (DS: $\pm 2,77$). Al primo ciclo di chemioterapia le donne hanno presentato una *fatigue* minore rispetto a quella degli uomini ma il dato si è invertito al secondo ciclo di chemioterapia.

Conclusione I dati confermano la presenza di *fatigue* dovuta alla somministrazione di chemioterapici; essa è presente in entrambi i sessi ma con una maggiore incidenza nelle donne.

Parole chiave: fatigue, paziente oncologico, chemioterapia

The fatigue in cancer patients: a prospective observational study **ABSTRACT**

Introduction Patient's quality of life has become one of the most relevant aspects in oncology.

The cancer-related fatigue has become a true pathology. It is important to understand the hidden causes of the fatigue and use a variety of interventions to prevent and manage this symptom such as education, exercise, sleep, stress management and nutrition. The aim of the study is to quantify the fatigue in cancer patients.

Methods The study was carried out at the Day Hospital of the Oncology Hospital of Biella; the population is composed of patients who were undergoing chemotherapy between May 2011 and May 2012. The data were collected using the Brief Fatigue Inventory (BFI) that has been administered to participants in two times: at the first chemotherapy cycle and at the second, 90 days after, (respectively first and second survey).

Results 94 patients were enrolled in the study, 55 women and 39 men. The average age was 63.6 years (range between 18 to 83 years). At the first survey was detected an average value of fatigue of 2.37 (SD: ± 2.94), of 2.93 (SD: ± 2.77) at the second one. In the first cycle of chemotherapy, the women showed a lower fatigue than the men while the data were reversed in the second cycle of chemotherapy.

Conclusions The results confirm the presence of the fatigue due to the administration of chemotherapy; it is present in both sexes but with a higher incidence in women.

Key words: fatigue, cancer patient, chemotherapy

L'infermiere, 2014;51:5:e63-e68

INTRODUZIONE

La qualità di vita del paziente è uno degli aspetti di maggiore importanza in ambito oncologico e la *fati-gue* correlata al cancro ha assunto, in relazione alle attività di vita quotidiana della persona, il significato di vera e propria patologia.

La letteratura scientifica condivide la definizione del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) che descrive la *fatigue* come un comune, persistente e soggettivo senso di stanchezza legato al cancro o agli effetti del suo trattamento (O'Regan P, 2009).

La fatigue è un sintomo complesso e multidimensionale e uno dei più comuni della patologia tumorale (Yurtsever S, 2007; Bower JE et al., 2013) che interessa la sfera fisica, emotiva, cognitiva e comportamentale; essa comprende sensazioni soggettive e oggettive che possono persistere dalla diagnosi di cancro fino alla fine della vita (Kirshbaum M, 2010). Inoltre, è considerato il sintomo meno trattato e il più debilitante dal punto di vista sia fisico sia psicologico per l'impatto sulla qualità di vita del paziente e della famiglia; per questo è importante valutarne le manifestazioni e le conseguenze per migliorare le strategie adottate durante la cura (Given B, 2008). I pazienti descrivono la fatigue come un senso di stanchezza cronica, depressione schiacciante, spossatezza opprimente e perdita dell'energia vitale; i termini più comunemente usati per descrivere la condizione di fatigue sono: svogliatezza, debolezza, lentezza, apatia, pigrizia, fiacchezza, abbattimento, sfinimento.

La fatigue può essere di breve durata o protrarsi anche per alcuni anni dopo il termine del trattamento (Kirshbaum M, 2010); si possono infatti distinguere una forma acuta e una cronica. Nella fatigue acuta i meccanismi di recupero conservano tutta la loro efficacia, permettendo quindi all'organismo di riacquistare le forze per mezzo di un adeguato periodo di riposo e reintegrare i supporti energetici consumati; nella forma cronica il paziente non riesce a recuperare un adeguato livello energetico, neppure dopo un prolungato periodo di riposo e un'idonea terapia di supporto (Piper BF et al., 2008).

La prevalenza della fatigue stimata durante il trattamento farmacologico varia tra il 25% e il 100% (Yurtsever S, 2007; Bower JE et al., 2013) e dipende dal tipo di campione in studio, dal tipo di trattamento ricevuto e dal metodo di valutazione del sintomo. Può essere conseguente anche ad altri stati di malattia come l'anemia e la depressione, condizioni caratteristiche nelle tipologie di tumori più diffusi come quelli alla mammella nelle donne e quelli gastrointestinali e urologici negli uomini (Mitchell SA et al., 2007).

I pazienti non sono in grado di concentrarsi, sono abbattuti e possono anche diventare depressi (Walsh K

et al., 2010). Data l'influenza dello stato emotivo sulle manifestazioni della *fatigue* (tristezza, insonnia, depressione, sbalzi d'umore, eccetera) anche un sostegno psicologico può risultare di particolare aiuto. La *fatigue*, dunque, è una sensazione soggettiva e per tale motivo è ancora più difficile inquadrarla (Oestreicher P, 2007). Il migliore approccio per la cura della *fatigue* è sicuramente quello olistico, basato sulla considerazione della persona nella sua globalità (Coackley A et al., 2002).

Alcuni degli effetti della *fatigue* più comunemente riferiti dai pazienti sono:

- livello fisico: impossibilità di condurre una vita normale e di svolgere le proprie attività abituali. Alla sensazione generale di stanchezza corrisponde un aumento della necessità di dormire e riposare;
- livello psicologico: riduzione della motivazione e dell'interesse, sentimenti di tristezza, frustrazione, irritabilità, perdita della capacità di apprezzare la vita presente e l'intimità con il partner e difficoltà a concentrarsi;
- livello sociale: difficoltà nello svolgere attività che richiedono uno sforzo fisico, anche minimo, e perdita di interesse per la vita di relazione;
- livello professionale: interferenze con la vita lavorativa che si traducono nell'esigenza di cambiare mansioni e ridurre l'orario (Fu MR et al., 2002).

L'obiettivo dello studio è di valutare la presenza di fatigue in pazienti oncologici, assistiti presso il day hospital oncologico dell'Ospedale di Biella, e come questa possa variare di intensità in base al tipo di terapia e al tempo trascorso tra il primo trattamento di chemioterapia e l'avvio del secondo trattamento, a distanza di 90 giorni.

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio di tipo osservazionale prospettico ed è stato condotto nel periodo compreso tra maggio 2011 e maggio 2012. La raccolta dati è stata effettuata tramite il Brief Fatigue Inventory (BFI) che è stato somministrato in due tempi:

- prima rilevazione: durante la prima seduta di chemioterapia; sono stati raccolti anche alcuni dati socio-anagrafici;
- seconda rilevazione: durante la seconda seduta di chemioterapia, a 90 giorni di distanza dalla prima seduta.

L'obiettivo è stato quello di verificare eventuali modifiche del sintomo tra le due rilevazioni.

Campione

Sono stati inclusi tutti i pazienti sottoposti a chemioterapia assistiti presso il day hospital del Polo oncologico dell'Ospedale di Biella. I criteri d'inclusione dei pazienti sono stati:

- età superiore a 18 anni;
- presenza di qualsiasi tipo di carcinoma, indipendentemente dal tipo di trattamento.

Strumento di indagine

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato il Brief Fatigue Inventory (BFI), uno strumento che permette di quantificare la presenza di fatigue nelle varie attività di vita quotidiana. Lo studio di Catania G e collaboratori indica una buona accettabilità da parte del paziente (valutata in termini di compliance nella compilazione) e affidabilità (coerenza interna) dello strumento nella validazione in lingua italiana; i risultati sono sovrapponibili a quelli ottenuti dalla validazione dello strumento in lingua originale, effettuata attraverso l'a di Cronbach (0,94 del BFI-I, versione italiana, contro lo 0,96 del BFI, versione originale) (Mendoza TR et al., 1999; Catania G et al., 2013). Inoltre, una recente revisione sistematica ha concluso che il BFI è uno dei migliori strumenti per la rilevazione del sintomo della fatigue nei pazienti oncologici (Seyidova-Khoshknabi D et al., 2011).

Il questionario prevede nove domande a cui si deve rispondere tramite una scala Likert che va da 0, "nessun affaticamento" a 10, "affaticamento peggiore che si possa immaginare".

Il punteggio di 3 è considerata la soglia (cut-off) per definire la presenza o assenza di fatigue.

In particolare il questionario valuta:

- la quantità di stanchezza e affaticamento negli ultimi 7 giorni;
- il grado di affaticamento nel momento in cui il paziente compila il questionario;
- il grado di stanchezza abituale nelle ultime 24 ore;
- il grado di stanchezza peggiore nelle ultime 24 ore;
- l'influenza della fatigue sulle attività giornaliere in generale, sull'umore, sulla capacità di camminare, nel lavoro abituale, nei rapporti con le altre persone e sulla qualità della vita.

Lo studio non ha modificato la pratica clinica assistenziale normalmente erogata ai pazienti.

Prima di avviare la raccolta dati è stata richiesta l'autorizzazione al responsabile del Polo oncologico di riferimento, mentre prima di includere i pazienti nello studio è stato richiesto loro il consenso in seguito alla presentazione delle finalità e delle modalità di conduzione dello studio.

Tutte le informazioni sono state raccolte in forma anonima e il trattamento dei dati è avvenuto secondo le vigenti norme sulla *privacy*.

Analisi dei dati

Le variabili quantitative sono state sintetizzate in ter-

mini di frequenza assoluta e percentuale; per le variabili quantitative si è proceduto al calcolo della media e della deviazione standard (DS).

Il confronto tra gruppi in funzione alle variabili quantitative è avvenuto utilizzando il t di Student, mentre per le variabili qualitative è stato utilizzato il test del chi quadrato (χ^2).

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

RISULTATI

Analisi del campione dati

Sono stati arruolati 94 pazienti; di questi, 14 non hanno compilato il questionario alla seconda somministrazione. Alla prima rilevazione il 58,5% dei partecipanti era di sesso femminile; alla seconda rilevazione tale percentuale è risultata essere del 60%. L'età media del campione totale era di 63,6 anni (intervallo tra 18 e 83 anni); la fascia di età compresa tra 36 e 65 è risultata quella maggiormente rappresentata, ovvero il 48,9% dei pazienti al momento della prima rilevazione e il 52,5% alla seconda rilevazione. I pazienti erano affetti da tipologie eterogenee di tumori: ematologici, senologici, urologici, ginecologici, gastroenterici, polmonari, capo-collo e ossei. Nello specifico i tumori maggiormente presenti, sia alla prima sia alla seconda rilevazione, sono stati quelli gastroenterici, presenti rispettivamente nel 42,5% e nel 42,2% dei casi, e i tumori senologici, presenti rispettivamente nel 21,3% e nel 21,2% dei casi, in accordo con la letteratura internazionale (Oestreicher P. 2007). Nei pazienti di sesso femminile il tipo di tumore più prevalente era quello senologico, mentre per i pazienti di sesso maschile quello gastroenterico.

Analisi della fatigue

Il punteggio medio ottenuto dai rispondenti nella Brief Fatigue Inventory (BFI) è risultato pari a 2,37 (DS: ±2,94) al momento della prima rilevazione e di 2,93 (DS: ±2,77) alla seconda. Nello specifico, alla prima rilevazione presentava *fatigue* il 38,3% dei pazienti, con un punteggio al BFI sopra soglia (>3), mentre la restante parte del campione (61,7%) ha ottenuto un punteggio al BFI sotto soglia; alla seconda rilevazione presentava *fatigue* il 47,5% dei pazienti mentre la restante parte del campione (52,5%) ha ottenuto un punteggio al BFI sotto soglia. Non è stata trovata nessuna differenza significativa tra i punteggi medi ottenuti alle due rilevazioni (p=0,28).

Analizzando la fatigue in base al genere dei partecipanti, alla prima rilevazione gli uomini hanno ottenuto un punteggio medio al BFI più alto rispetto a quello delle donne (rispettivamente 2,66±3,06 e 2,16±2,84); alla seconda rilevazione, invece, il dato si è invertito, ovvero le donne hanno ottenuto un punteggio medio

al BFI più alto di quello degli uomini (rispettivamente 3,16±2,64 e 2,58±2,92).

Nello specifico, alla prima rilevazione presentava *fatigue* il 43,6% dei pazienti di sesso maschile e il 34,5% di quelli di sesso femminile; alla seconda rilevazione presentava *fatigue* il 46,9% dei pazienti di sesso maschile e il 47,9% di quelli di sesso femminile. Tuttavia, per entrambe le rilevazioni, le differenze riscontrate nei punteggi medi al BFI tra i pazienti in base al genere non sono risultate statisticamente significative (rispettivamente p=0,42 e p=0,36).

Fatigue e tipologia di chemioterapico

Per la chemioterapia sono stati impiegati 15 differenti farmaci durante il primo ciclo e 14 durante il secondo; alla prima rilevazione, i pazienti che hanno registrato il più alto livello di *fatigue* sono stati quelli che avevano assunto docetaxel, con un punteggio medio al BFI pari a 5,13 (DS: ±3,95); alla seconda rilevazione, invece, sono stati quelli che avevano assunto il trattamento R-CHOP (rituximab, ciclofosfamide,

Tabella 1. Livello di *fatigue* alle due rilevazioni, espresso come punteggio medio al BFI, correlato al tipo di trattamento chemioterapico

Punteggio BFI medio ±DS						
Trattamento	1ª rilevazione	2ª rilevazione				
chemioterapico						
ABVD	0,10±11,02	1,83±1,68				
Capecitabina	4,22±3,66	4,31±3,00				
Carboplatino	2,92±2,94	3,55±2,98				
Cisplatino	2,75±2,84	2,41±2,78				
Docetaxel	5,13±3,95	3,51±2,57				
FEC	1,25±2,07	-				
FOLFIRI	5,00±2,70	3,51±2,47				
FOLFOX	1,05±2,00	2,17±2,45				
FUFA	2,00±1,64	0,44±1,46				
Gemcitabina	4,46±2,85	3,51±2,28				
Mitomicina	0,37±0,19	1,00±1,49				
Paclitaxel	1,96±2,79	2,16±2,03				
R-CHOP	0,85±1,58	4,85±2,21				
Docetaxel + ciclofosfamide	1,60±2,35	2,79±3,15				
XELOX	1,03±2,08	1,88±2,62				

BFI: Brief Fatigue Inventory

ABVD: doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina

FEC: fluorouracile, epirubicina, ciclofosfamide

FOLFIRI: acido folinico, fluorouracile, irinotecan

FOLFOX: acido folinico, fluorouracile, oxaliplatino

FUFA: acido folinico, fluorouracile

R-CHOP: rituximab, ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina, prednisone

XELOX: capecitabina, oxaliplatino

doxorubicina, vincristina, prednisone), con un punteggio medio al BFI pari a 4,85 (DS: ±2,21) (Tabella 1). Tra i pazienti di sesso maschile, quelli che hanno registrato il più alto livello di *fatigue* alla prima rilevazione sono stati quelli che erano stati trattati con lo schema FOLFIRI (acido folinico, fluorouracile, irinotecan), con punteggio medio al BFI pari a 5; alla seconda rilevazione, invece, sono stati quelli che avevano assunto il carboplatino, con un punteggio medio al BFI pari a 5,11.

Tra i pazienti di sesso femminile, quelli che hanno registrato il più alto livello di *fatigue* alla prima rilevazione sono stati quelli che avevano assunto il docetaxel, con un punteggio medio al BFI pari a 6,67; alla seconda rilevazione, invece, sono stati quelli che avevano assunto il trattamento R-CHOP, con un punteggio medio al BFI pari a 5,11 (Tabella 2).

DISCUSSIONE

In coerenza con quanto già dimostrato in altri studi (Walsh K et al., 2010) il punteggio al BFI medio alla seconda rilevazione è risultato maggiore di quello ottenuto alla prima (rispettivamente 2,93 e 2,37); tuttavia tale differenza non è risultata statisticamente significativa.

Un dato interessante è il fatto che alla prima rilevazione la percentuale di pazienti che presentavano fatique era più alta tra gli uomini, mentre alla seconda rilevazione il dato si è invertito; si è quindi verificato un aumento della percentuale di donne che presentavano fatigue, mentre quella degli uomini è rimasta pressoché la stessa alle due rilevazioni. Questo dato, seppure non risultato significativo, può essere giustificato dal fatto che le donne, che rappresentavano peraltro più della metà del campione, sono spesso il punto di forza della famiglia e tendono a sopprimere la fatigue nella prima fase di malattia continuando a svolgere le loro mansioni, come anche sottolineato dalla letteratura; tuttavia, l'accumularsi della stanchezza e la continuazione delle chemioterapie portano a sviluppare una maggiore fatigue in un secondo momento (Fawcett TN et al., 2004). La fatigue provoca uno sconvolgimento nella vita quotidiana; si può supporre che nelle donne di giovane età essa vada a interferire con la gestione della famiglia, della casa e del lavoro, mentre nelle donne di età avanzata l'interferenza si manifesta, più che altro, sull'autonomia nelle attività di vita quotidiana.

Analizzando la prima domanda del questionario, dove si domandava al paziente se si era sentito stanco e affaticato nell'ultima settimana, è emerso un dato interessante: la percentuale di pazienti che ha risposto affermativamente a questa domanda è stata maggiore alla seconda rilevazione (rispettivamente il

Tabella 2. Livello di *fatigue* alle due rilevazioni, espresso come punteggio medio al BFI, correlato al tipo di trattamento chemioterapico e suddiviso per genere

	Punteggio BFI medio (n° pazienti)				
	Uor	mini	Dor	nne	
Trattamento chemioterapico	1 ^a rilevazione	2ª rilevazione	1ª rilevazione	2ª rilevazione	
ABVD	-	-	0,1 (2)	1,83 (2)	
Capecitabina	2,66 (2)	4,68 (5)	5 (4)	3,7 (3)	
Carboplatino	4,22 (5)	5,11 (1)	2,11 (8)	3,33 (7)	
Cisplatino	2,73 (8)	1,7 (6)	2,8 (4)	3,85 (3)	
Docetaxel	4 (2)	0 (1)	6,67 (2)	3,86 (10)	
FEC	1,66 (1)	-	1,22 (11)	-	
FOLFIRI	5 (2)	3,51 (3)	-	-	
FOLFOX	0,3 (6)	1,25 (6)	1,68 (7)	2,95 (7)	
FUFA	3 (1)	0,88 (1)	1 (1)	0 (1)	
Gemcitabina	4,39 (7)	3,13 (4)	4,72 (2)	4,22 (2)	
Mitomicina	-	1,66 (1)	0,37 (3)	0,66 (2)	
Paclitaxel	0 (1)	-	2,93 (2)	2,16 (2)	
R-CHOP	0 (2)	4,72 (2)	2,55 (1)	5,11 (1)	
Docetaxel + ciclofosfamide	0,3 (1)	1,33 (6)	1,81 (6)	3,03 (1)	
XELOX	0 (1)	0 (1)	1,55 (2)	2,83 (2)	

BFI: Brief Fatigue Inventory

ABVD: doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina

FEC: fluorouracile, epirubicina, ciclofosfamide FOLFIRI: acido folinico, fluorouracile, irinotecan FOLFOX: acido folinico, fluorouracile, oxaliplatino

FUFA: acido folinico, fluorouracile

R-CHOP: rituximab, ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina, prednisone

XELOX: capecitabina, oxaliplatino

60% contro il 42,5%); questo risultato conferma che la somministrazione di chemioterapia aumenta il grado di *fatigue* nei pazienti. I pazienti per i quali è stato rilevato il maggiore livello di *fatigue* erano quelli trattati con il docetaxel e il trattamento R-CHOP; i pazienti per i quali è stato rilevato il minore livello di *fatigue* erano quelli trattati con la terapia ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina) e lo schema FUFA. Tuttavia tale risultato deve essere considerato con cautela a causa della bassa numerosità campionaria.

Limiti dello studio

I limiti di questo studio sono stati un *dropout* del 15% circa alla seconda rilevazione e la bassa numerosità del campione.

CONCLUSIONI

I dati dello studio confermano l'influenza della chemioterapia nell'indurre il sintomo della *fatigue* in entrambi i sessi, anche se questa sembra essere maggiore in quello femminile.

La fatigue può essere curata e per farlo è indispensabile la collaborazione del paziente, in particolare nella descrizione dell'insorgenza dell'affaticamento e delle conseguenze sulle abitudini di vita e sulle attività quotidiane. Non è semplice trovare una soluzione alla fatigue e sono richieste competenze specialistiche e doti di partecipazione umana. L'intervento infermieristico deve occuparsi principalmente dei fattori e dei sintomi reversibili in riferimento all'approccio multidisciplinare del trattamento della fatigue; è necessario capirne le cause nascoste e usare una varietà di interventi quali l'esercizio fisico, il controllo dello stress, la nutrizione e il sonno. L'intervento più efficace sembra essere l'esercizio fisico ed è quindi molto importante favorire l'autocura nel paziente in modo tale da portarlo a sopportare al meglio questa situazione debilitante. Un'adeguata considerazione della fatigue non può limitarsi alla semplice stima della sua presenza e della sua severità ma deve evidenziarne gli effetti sulla qualità della vita.

Servono ulteriori studi su campioni più rappresentativi e che possano approfondire lo studio della *fatigue* analizzando e verificando eventuali correlazioni con alcune variabili socio-culturali quali l'etnia, per esempio. Inoltre, si potrebbero condurre studi unicamente improntati sulla ricerca di dati riguardo a specifiche terapie chemioterapiche.

Ringraziamenti

Si ringrazia il dottor Alberto Dal Molin che ha seguito assiduamente l'autrice del presente studio, sia prima sia dopo la conclusione del corso di Laurea, rendendo possibile la pubblicazione di questo lavoro.

e67

BIBLIOGRAFIA

- Bower JE, Lamkin DM (2013) Inflammation and cancer-related fatigue: mechanisms, contributing factors, and treatment implication. Brain Behav Immun, 30, S48-57.
- Catania G, Bell C, Ottonelli S et al. (2013) Cancer-related fatigue in Italian cancer patients: validation of the Italian version of the Brief Fatigue Inventory (BFI). Support Care Cancer, 21(2), 413-419.
- Coackley A, Hutchinson T, Saltmarsh P et al. (2002) Assessment and management of fatigue in patients with advanced cancer: developing guidelines. International Journal of Palliative Nursing, 8(8), 381-388.
- Fawcett TN, Dean A (2004) The causes of cancer-related fatigue and approaches to its treatment. Professional Nurse, 19(9), 503-507.
- Fu MR, Anderson CM, McDaniel R et al. (2002) Patients' perceptions of fatigue in response to biochemotherapy for metastatic melanoma: a preliminary study. Oncology Nursing Forum, 29(6), 961-966.
- Given B (2008) Cancer-related fatigue: a brief overview of current nursing perspectives and Experiences. Clinical Journal of Oncology Nursing, 12(5), 7-9.
- Kirshbaum M (2010) Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions. British Journal of Community Nursing, 15(5), 214-216, 218-219.
- Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS et al. (1999) The rapid

- assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory, Cancer, 85(5), 1186-1196.
- Mitchell SA; Beck SL; Hood LE et al. (2007) Putting evidence into practice: evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. Clinical Journal of Oncology Nursing, 11(1), 99-113, 130-134.
- O'Regan P (2009) Fighting fatigue. World of Irish Nursing & Midwifery, 17(3), 43-44.
- Oestreicher P (2007) What nursing interventions improve fatigue in patients with cancer? ONS Connect, 22(3), 22-23.
- Piper BF, Borneman T, Sun VCY et al. (2008) Cancer-related fatigue: role of oncology nurses in translating National Comprehensive Cancer Network assessment guidelines into practice. Clinical Journal of Oncology Nursing, 12(3), 37-47.
- Santullo A (2009) Le scale di valutazione in sanità. Ed. Mc Graw-Hill
- Seyidova-Khoshknabi D, Davis MP, Walsh D (2011) Review article: a systematic review of cancer-related fatigue measurement questionnaires. The American journal of hospice & palliative care, 28(2), 119-129.
- Walsh K, Schub T (2010) Breast Cancer: treatment- and disease-related fatigue. Cinahl Information Systems.
- Yurtsever S (2007) The experience of fatigue in Turkish patients receiving chemotherapy. Oncology Nursing Forum, 34(3), 721-728.

e68



CONTRIBUTI

Leggendo il documento 'Defining nursing' e riflettendo sull'infermieristica

di Giuseppe Marmo

Coordinatore didattico Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica Sacro Cuore - Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli" di Roma - Sede formativa Piccola casa della divina provvidenza - Presidio sanitario Ospedale Cottolengo di Torino

Corrispondenza: giuseppe.marmo@ospedalecottolengo.it

Nell'aprile del 2003 il Royal College of Nursing di Londra pubblicò il documento "*Defining nursing*"^[1], testo predisposto sulla base dei risultati di una vasta consultazione professionale.

1. Perché occuparci di questo documento?

Non solo perché proviene da una prestigiosa e storicamente autorevole istituzione infermieristica europea, ma anche perché ci offre, nei contenuti e nel ragionamento proposto per costruire (o ri-costruire) la risposta a una specifica domanda, spunti riflessivi importanti per chi intende riflettere a fondo sull'infermieristica, anche in Italia. "Rispondere a una domanda non è come tirar fuori dal cassetto una risposta bella e pronta. Costruendo delle risposte si avanza e si fanno delle scoperte. Esplicitando un punto di vista lo si arricchisce e lo si fa evolvere" [2].

La domanda è: che cos'è il nursing?

Domanda non nuova. Nel 1978 apparve addirittura come titolo di una pubblicazione curata dal Dipartimento della sicurezza sociale della Regione Toscana. Pubblicazione che riportava la traduzione, di Vera Maillart e Maria Rosa Marchi, di un testo di Virginia Henderson, per molti versi ancora attuale.

Domanda professionalmente esistenziale.

Domanda ricorrente, anche se forse in modo troppo latente, nel quotidiano di ogni infermiere.

Domanda che accompagna costantemente il processo d'irrobustimento dell'identità professionale dell'infermiere; processo faticoso e impegnativo, non solo per la giovane storia professionale istituzionale dell'infermieristica, ma, soprattutto, per le turbolenze politiche, amministrative, organizzative, interprofessionali che ne stanno affiancando la crescita.

Domanda che, però, in quanto generatrice di risposte, esprime anche la vivacità di una professione che cresce e che è costantemente in ricerca, che non difende posizioni precostituite, che s'impegna a evolvere con l'evolvere della società di cui è a servizio. Sotto questa luce, quindi, analizzare il documento in questione ci espone al confronto con il pensiero di altri colleghi europei che condividono le nostre stesse tensioni^[4]. E ciò è buono. Perché confrontarci con più saperi consente di rivitalizzare il nostro pensiero e di allargare i nostri orizzonti culturali.

Usare plurimi riferimenti per riflettere, anche se la potenza attrattiva della contingenza quotidiana, a volte, sembra allontanarci da questa basilare facoltà intellettiva, consente di amplificare le nostre possibilità di ricerca, di azione e, non per ultimo, di concettualizzazione.

"La riflessività pone una distanza tra se stessi e la propria attività. Collocandosi in una situazione di esteriorità, il soggetto non si trova più immerso in un problema, ma gli si posiziona di fronte. Questa collocazione rappresenta l'asse della concettualizzazione dell'azione. La traduzione della realtà in concetti è necessaria per potersi dotare di schemi di comprensione o di azione da riutilizzare nell'ambito di vari contesti. Un concetto, quindi, è più che un semplice tassello di conoscenza. È uno strumento operativo che consente, in maggior o minor misura, di comprendere e affrontare la realtà" [5].

In questa prospettiva, poiché i concetti sono veicolati da parole, già il primo termine usato nel titolo del documento è suggestivo nella sua essenzialità semantica.

Infatti, il gerundio "defining", collocato prima del termine nursing, che è il vero oggetto del documento e che sarà sviluppato in tutto il testo, rappresenta sia la sostantivizzazione del verbo definire, sia il processo del definire. Coniugare questi due aspetti (definizione/definire) consente di mitigare la rigidità del termine "definizione", che evoca una fine, un punto definitivo, conclusivo, una cristallizzazione di significati, con la dinamicità del termine "definire" che esprime il processo vitale di un sapere che, per sua natura, è costantemente e ricorsivamente in evoluzione.

Il titolo, quindi, ci indica la prospettiva con cui leggere e studiare questo documento: non solo il prodotto conclusivo di un processo elaborativo sul *nursing*, ma una tappa del fluire del pensiero sull'infermieristica a cui potranno far seguito ulteriori tappe successive.

2. Una precisazione preliminare sul termine nursing

Il termine *nursing* planò pubblicamente in Italia nel 1972, quando la compianta collega Rosetta Brignone, allora Presidente della Cnaioss^[6] (oggi Cnai^[7], inaugurando l'ottavo Congresso nazionale della Consociazione^[8] disse: "Questa relazione propone l'introduzione della parola nursing nel nostro linguaggio professionale corrente". Grande desiderio di rottura concettuale con una tradizione italiana ancorata ancora alle "tecniche infermieristiche"!

32 anni dopo, nel 2004, la stessa Rosetta Brignone, in un'intervista rilasciata in occasione del cinquantennale dell'istituzione dei collegi Ipasvi, affermava laconicamente, senza nascondere il suo rammarico per un processo culturale fortemente auspicato ma ancora incompiuto: "... purtroppo sono stata io a parlare di nursing; me ne sono pentita mille volte perché è una parola che è stata usata senza apprezzarne il significato più profondo; dietro quella semplice parola, infatti, c'è una filosofia, un modo di pensare e di essere infermieri". Il termine nursing è sia sostantivo sia gerundio del verbo to nurse, che deriva dal latino nutrire, il cui primo significato è "allattare un fanciullo". Da qui i significati figurativi di "allevare", "far crescere", "educare".

Oggi il termine inglese *nurse* è correntemente collegato in italiano a infermiera/e, e quello di *nursing*, spesso associato a *care* (*nursing* care), ad assistenza infermieristica. Allora, senza disconoscere il valore del termine *nursing*, ma riconoscendo altresì che tale parola non appartiene originalmente alla cultura italiana, si può legittimamente asserire l'assoluta identità concettuale tra *nursing* e assistenza infermieristica, purché non si escluda mai l'aggettivo "infermieristica". La sola parola "assistenza", infatti, derivando dal latino *adsistere* ("stare vicino"), è generale, appartiene a molti, anche a non professionisti. È proprio l'aggettivo "infermieristica" che, qualificando professionalmente l'assistenza, proietta l'infermiere in quella dimensione filosofica e scientifica trasmessa dal termine *nursing* che il documento in questione esplora in profondità.

3. Perché un documento sulla definizione del nursing/assistenza infermieristica?

Lo stesso documento dà conto del dibattito esistente in merito a questa questione: da una parte c'è chi si dichiara scettico sull'utilità di una definizione, ritenuta troppo restrittiva per la professione, e dall'altra c'è chi afferma che ciò che non si può definire non si può neanche nominare, controllare, finanziare, indagare, insegnare o inserire nella politica sanitaria.

In ogni caso, anche chi è sostenitore di questa seconda posizione, deve tenere conto del fatto che qualsiasi definizione, ancorché utile per precisare alcuni fondamentali concetti chiave che guidano l'agire del professionista, non riuscirà mai, da sola, a superare totalmente i malintesi e gli stereotipi che esistono in quest'ambito e non potrà mai, da sola, determinare la qualità delle relazioni tra infermieri e pazienti, infermieri e altri professionisti.

Fatte queste precisazioni, il documento sostiene alcune motivazioni che hanno reso necessario tale lavoro definitorio. Due in particolare, che riassumono tutte le altre, meritano una particolare attenzione.

- 1. Ridurre la vulnerabilità dell'assistenza infermieristica È abbastanza normale che ai margini di ogni professione esistano aree di contiguità o sovrapposizione di funzioni con altre professioni. Nonostante ciò, nella percezione comune, le responsabilità di ogni gruppo professionale sono piuttosto chiare; a questo fa eccezione la professione infermieristica nei confronti della quale, per ragioni storiche, sociali e culturali esiste ancora una variabilità considerevole di percezioni. La responsabilità di rettificare e di chiarire tale situazione spetta agli infermieri stessi, consensualmente. Questo documento intende offrire un contributo in questa direzione: far capire le differenze che l'infermieristica ha rispetto ad altre professioni; differenze collocabili soprattutto nel giudizio clinico, nella conoscenza, nella responsabilità, nella relazione strutturata
- 2. Superare le interpretazioni individualistiche Ogni infermiere possiede sicuramente un concetto personale dell'assistenza infermieristica: ciò che è, per chi è e come deve essere realizzata. È un problema diffuso, però, il fatto che tale concetto raramente viene verbalizzato e condiviso nei gruppi di lavoro e nella comunità professionale; e finché ciò persiste risulterà estremamente difficoltoso comunicare in modo chiaro con i destinatari delle cure e farsi capire dal pubblico in merito alla natura e alla qualità del servizio offerto. Ma ciò va fatto, superando le difficoltà esistenti, perché è la base del mandato sociale di una professione come quella infermieristica e della relazione di fiducia che essa, necessariamente, deve mantenere con il pubblico assistito.

Il documento, che è stato redatto dopo un largo consenso della comunità professionale sui suoi contenuti, intende costituirsi come un punto di riferimento per facilitare tale risultato.

4. In che cosa è originale questo documento?

La sua originalità sta nella sua struttura, costituita da un'affermazione centrale sostenuta da sei importanti caratteristiche. Le singole caratteristiche (scopo, modo di intervento, dominio, focus, valore di base, impegno alla *partnership*) non sono esclusive dell'infermieristica. Anche altre professioni possono condividerle. Esse devono, quindi, essere considerate non separatamente ma nella loro combinazione, che costituisce una sorta di sistema concettuale satellitare della definizione. Nel loro insieme, definizione e caratteristiche, danno conto dell'unicità dell'infermieristica e della complessità della sua descrizione, rifuggendo tentazioni interpretative riduzionistiche.

In questo scritto è considerata solo la parte *core* del documento, la definizione, che già di per sé consente di sviluppare un ragionamento interessante, lasciando al lettore la possibilità di prendere visione delle sei caratteristiche, che sviluppano e dettagliano i contenuti della definizione, direttamente sul documento originale.

5. La definizione: analisi e riflessioni

"L'assistenza infermieristica è l'uso del giudizio clinico nell'erogazione delle cure per rendere le persone^[9] capaci di migliorare, di mantenere o di recuperare la salute, di affrontare problemi di salute e di realizzare la miglior qualità di vita possibile, quale che sia la loro malattia o disabilità, fino alla morte"^[10].

Analizziamo tale definizione suddividendola in 5 parti.

5.1 ... uso del giudizio clinico ...

Il giudizio clinico, frutto del ragionamento clinico, è posto nella definizione come primo elemento definitorio.

Perché?

In antitesi potremmo dire che se l'assistenza infermieristica è una disciplina pratica sarebbe logico definirla innanzitutto come un raggruppamento d'interventi utili. Ma è proprio così? Ovviamente no.

È proprio il concetto di utilità che determina il primato del giudizio clinico, rendendolo il primo "ingrediente" dell'assistenza infermieristica. Infatti, qualcosa è utile se serve ad affrontare problemi e necessità che, però, devono essere preliminarmente compresi e diagnosticati nel quadro di una situazione sanitaria complessa di una persona o di una comunità.

Questo ineludibile passaggio intellettuale è molto impegnativo perché il diagnosticare non può limitarsi al constatare i segnali osservabili che provengono dalla realtà, in quanto i problemi spesso non sono espliciti.

In assenza del ragionamento clinico, quindi, l'assistenza si ridurrebbe a una forma di aiuto non professionale, di buon senso, erogabile da chiunque. Non per nulla in Italia gli professionisti intellettuali^[11]. considerati Questo riconoscimento infermieri sono aspetto formale, connesso rappresenta un importante alla regolamentazione professionale; ma non dobbiamo dimenticarci che esso origina dalla natura stessa dell'assistenza infermieristica e dalle competenze diagnostiche, decisionali e valutative necessarie per il suo esercizio.

Il ragionamento clinico, quindi, è consustanziale all'assistenza infermieristica. Senza il primo viene a deprivarsi la natura stessa della seconda.

Altro aspetto.

Il giudizio clinico, nella definizione citata, è considerato in termini molto operativi, espressi dalla locuzione "uso del giudizio clinico".

Ma per che cosa?

Possiamo ritrovare una prima risposta addirittura in una norma, nel profilo professionale dell'infermiere: per "identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività" [12].

Ma non basta.

Allargando la prospettiva, l'uso del giudizio clinico serve a comprendere [13] l'evolvere della situazione di salute complessiva dell'assistito, in ragione degli interventi di aiuto effettuati e in relazione alla sua storia, alla sua cultura, alle sue abitudini, al suo progetto di vita. Usare il giudizio clinico vuol dire, quindi, per l'infermiere, collocarsi in una prospettiva di attenzione, di esplorazione e di scoperta [14].

E, come dice M. F. Collière^[15], scoprire significa accettare di non sapere all'inizio, ma osare andare oltre lo sconosciuto di cui è portatrice ogni persona che necessita di cure, la quale, a sua volta, affronta l'ignoto di colui che cura. In questo processo di scoperta non è l'esploratore, l'infermiere, che con il suo sapere determina la direzione; sono le persone assistite che hanno in mano il filo conduttore che serve a guidare l'infermiere. Esse costituiscono la prima fonte di conoscenza non solo per quel che dicono di se stesse ma anche per tutto ciò che lasciano trasparire attraverso il "linguaggio silenzioso" dei gesti, degli sguardi, degli atteggiamenti. Non si tratta mai, quindi, nell'uso del giudizio clinico, di studiare isolatamente l'uno o l'altro aspetto, ma piuttosto di ascoltare e di cogliere i segni e i legami che s'instaurano tra i diversi aspetti, per capire ed esplicitare ciò che le persone tentano di comunicarci, ciò che le preoccupa e ciò che crea loro problema.

5.2 ... nell'erogazione delle cure ...

L'uso del giudizio clinico, nella definizione, è collocato in modo subordinato al concetto di "erogazione delle cure".

Due riflessioni sul termine "erogazione".

La prima è che esso evoca un processo e non un'azione puntuale, come, ad esempio, farebbe pensare, invece, la parola prestazione. Ciò mette in risalto il fatto che l'assistenza infermieristica non può essere concepita come semplice somma di atti tra loro scollegati; essa è un armonico fluire di attività, decise, integrate, orientate a un risultato.

La seconda riflessione è riferita al fatto che, allorquando la definizione precisa "nell'erogazione", intende esprimere, attraverso quel "nel", che l'uso del ragionamento clinico non è collocabile in un momento definito, che precede o che segue le cure; esso permea costantemente il loro svolgersi. È a loro contestuale. Sta nelle cure.

Il termine cura, a sua volta, ha significati plurimi: diligenza, impegno, insieme di medicamenti e rimedi per il trattamento di una malattia, interessamento sollecito e costante per qualcosa o qualcuno, sollecitudine, premura, attenzione.

In questo contesto facciamo riferimento prevalentemente agli ultimi significati, che possiamo riassumere con la locuzione "prendersi cura".

In questo senso la cura è un sistema sollecito di azioni di aiuto, scientificamente ed eticamente fondate^[16].

Anche la parola "azione" merita una precisazione, tanto più oggi, perché è soggetta a interpretazioni non sempre appropriate o quanto meno molto influenzate dal concetto di "produttività".

La vita è azione, non produzione. L'azione mette gli uomini in relazione tra loro; non si può dire altrettanto della produzione. L'azione ci riduce il rischio di valutare quel che facciamo solo in base alle qualità tecniche o all'efficacia immediata, tipiche di un fare tecnico. L'agire, tanto più in campo professionale, consiste dunque non in un semplice fare, ma più propriamente in un "dar senso" a quel che si fa e nel trasformare una realtà. L'essere agenti ci fa transitare dal concetto di "operatore" a quello di "autore", suggestivamente suggerito da Ivan Cavicchi^[17].

E allora possiamo domandarci come infermieri se quel che abitualmente facciamo è un agire o non piuttosto un semplice "mettere in esecuzione", in conformità agli automatismi della vita corrente. Ci è dato spesso constatare, purtroppo, che ciò che facciamo lo facciamo semplicemente perché "si fa" o, più spesso, perché si "deve fare".

L'assistenza infermieristica, nella sua interpretazione autentica, si fonda sull'agire e non solo sul fare o sull'eseguire.

Dall'agire promana l'essenza del concetto di responsabilità [18] che significa innanzitutto, etimologicamente, fornire una risposta di cui ci si fa garanti.

E la risposta persegue un risultato utile per l'assistito, nella misura in cui, come è stato detto poc'anzi, siamo stati attenti e lo abbiamo "ascoltato" nelle sue esigenze [19]. Esigenze, risposte, risultati: ecco la triade dell'agire che esonda dai confini del fare e che rende l'infermiere credibile e *accountable*.

Ma l'accountability, termine difficilmente traducibile in italiano, non riguarda solo il singolo infermiere; riguarda la "responsabilità sociale" di una professione nel suo insieme, cioè al dovere che essa ha, per essere legittimata socialmente, di rispondere delle proprie scelte culturali e sociali e dell'impatto che queste hanno sulla salute della società. La tipologia e la qualità dell'erogazione delle cure, quindi, non è lasciata solo alla discrezionalità del singolo professionista; è anche una responsabilità e un'opzione del sistema professionale a cui egli appartiene.

5.3 ... per rendere le persone capaci di ...

Questa parte di definizione costituisce "l'anima" della stessa.

Se facciamo riferimento al termine inglese originario utilizzato nel testo (to enable), scaturiscono una serie di significati quali: "rendere abile", "diventare in grado di" ma anche di "dare autorità", "dare opportunità di" che evocano un atteggiamento ispirato al potenziamento del potere personale dell'assistito verso la sua autonomia; aspetto che, in altri termini, viene definito empowerment.

La parola, di difficile traduzione nella lingua italiana, veicola un duplice significato: sia quello di processo operativo che conduce a un certo risultato, sia quello di risultato stesso, cioè lo stato "empowered" del soggetto, in crescita costante, progressiva e consapevole delle sue potenzialità, delle capacità di decidere, di agire, di assumere responsabilità nell'affrontare la realtà che lo circonda, della percezione di autostima e di autoefficacia. I problemi di salute rappresentano un limite, più o meno elevato a seconda dei casi, all'autonomia della persona, incidendo sulla sua stabilità clinica, sulla sua responsività e sulla sua indipendenza. L'assistenza infermieristica parte proprio dalla valutazione del livello di complessità di questa condizione e persegue la restituzione alla persona, per quanto possibile, di capacità di presa di decisioni e di realizzazione di azioni che riguardano la salute all'interno del proprio progetto di vita. In altri termini, l'assistenza infermieristica accompagna la persona nella riconquista del massimo livello possibile della capacità di vivere autonomamente la propria vita quotidiana, attraversando la malattia. Ecco il significato di "far crescere", di "educare" trasmesso dall'etimologia, prima citata, del termine *nursing*.

A questo proposito, è suggestivo che il titolo del testo principale di M. F. Collière, già precedentemente citato, sia proprio: "Aiutare a vivere".

5.4 ... migliorare, mantenere o recuperare la salute, affrontare problemi di salute ...

È da sottolineare, innanzitutto, come la definizione esalti, attraverso l'uso dei verbi migliorare, mantenere, la posizione centrale e attiva del soggetto assistito, in ragione della quale si giustifica la funzione di sostegno dell'infermiere e il concetto, spesso poco declinato, di personalizzazione dell'assistenza.

Questa parte della definizione precisa due aspetti.

Il primo è il dominio^[20] dell'assistenza infermieristica: le reazioni (fisiologiche, psicologiche, sociali, culturali o spirituali) e le esperienze uniche delle persone nei confronti della salute, della malattia, della fragilità e della disabilità.

Il secondo è lo scopo dell'assistenza infermieristica: promuovere la salute, la guarigione, la crescita e lo sviluppo e prevenire la malattia, il danno e l'incapacità e, quando le persone si ammalano o diventano disabili, minimizzare la loro angoscia, la loro sofferenza e consentire loro di capire e affrontare la loro malattia, l'incapacità, il trattamento e le relative conseguenze.

5.5 ... e di realizzare la miglior qualità di vita possibile, quale che sia la malattia o la disabilità, fino alla morte

È difficile ragionare sulla qualità di vita senza ragionare sulla persona, perché "la persona è la sua vita", costituita non soltanto da realtà biologica, chimica e fisica, ma anche da razionalità, autocoscienza, autodeterminazione; non soltanto da corporeità, ma anche da sentimento ed emozione, socialità, spiritualità. Ed è l'originale e unica "combinazione alchemica" di questi aspetti che determina la "sua" qualità di vita. Per questo il concetto è difficilmente riconducibile a standard prefissati e va accolto in tutta la sua ricchezza e complessità antropologica.

E allora? Che cosa ne consegue per l'assistenza infermieristica?

Ricollegandoci al concetto di *empowerment* prima citato, essa può accompagnare e sostenere la persona nel ritrovare, dentro e fuori di sé, le condizioni necessarie per dare nuovo senso a situazioni esistenziali mutate dalla malattia o dalla disabilità, nella propria prospettiva individuale e all'interno di un sistema di valori di riferimento che, tra l'altro, costituisce il criterio essenziale per valutare limiti e possibilità dell'intervento infermieristico.

Fino alla morte, certo.

Torna alla mente il famoso passaggio della definizione di Virginia Henderson allorché afferma, tra le funzioni dell'infermiera, quella di aiutare l'individuo a vivere una morte serena. In questa parola "serena" è racchiusa l'essenza della qualità del morire. Il morire è comunque un atto della vita perché "morte" non è contrario di "vita". Essa concettualmente è, sul *continuum* della vita, l'altro polo della nascita.

La morte riguarda tutti e non guarda in faccia a nessuno. Ma ciascuno guarda in faccia la morte, a suo modo.

Si può dire che vi sono infiniti modi di morire, almeno quanti sono gli uomini. Perché ciascuno si atteggerà dinanzi all'atto finale della propria vita, così com'è e com'è stato, con la sua storia, la sua cultura, la sua religione.

Ognuno si avvicinerà alla morte a modo suo. Ma è importante per chi è chiamato ad accompagnare la persona nel suo ultimo viaggio, comprendere che cosa può significare per lei la parola "fine", quali mondi futuri s'attende di incontrare, quali angosce, quali paure vive, da quali riferimenti spera di lasciarsi illuminare. Tutto questo per percorrere serenamente insieme, senza pregiudizi o letture distorte, l'ultimo pezzo di strada, sino a quella soglia che, comunque vada, quella persona varcherà drammaticamente sola.

6. Una riflessione finale

La definizione di assistenza infermieristica del documento analizzato si presta a numerosi approfondimenti, studi e ricerche.

Essa rappresenta un modo per qualificare la professione infermieristica come "professione di servizio" [21]. Nei servizi ciò che si produce è immateriale, invisibile, quindi, non riconducibile, in termini reificanti [22], alle prestazioni o agli strumenti. Un servizio si colloca, invece, nel quadro estremamente variabile delle relazioni tra un erogatore e un fruitore, e si produce contestualmente al suo consumo. La sua qualità, quindi, è intrinseca all'attività che lo realizza.

Nel quotidiano questa logica di servizio colloca l'infermiere su due dimensioni interagenti: quella orizzontale, pragmaticamente circostanziata, quando egli sceglie e realizza ciò che serve per ogni persona assistita. Quella verticale, più concettuale, quando nel decidere ciò che serve egli fa riferimento alla prefigurazione mentale che si è costruito di ciò che serve. In altre parole l'infermiere decide e agisce con la singola persona assistita a partire da ciò che lui, come membro di una comunità professionale, pensa sia l'assistenza infermieristica.

E in questo la definizione considerata nel documento, e non solo, dovrebbe diventare patrimonio culturale di riferimento per tutta la comunità professionale evitando, come ricordato all'inizio, ambiguità e individualismi interpretativi.

Ma questo non è sufficiente.

Perché l'assistenza infermieristica, così descritta e possibilmente interpretata nella realtà, non può basarsi solo sulla volontà e sulla competenza dei singoli infermieri o sull'avere le idee chiare. Richiede scelte politico-organizzative e investimento di tempo e di energia.

Ciò interroga prepotentemente la cultura organizzativa.

Per "dare tempo" all'assistenza infermieristica è necessario che l'organizzazione lo consenta, ponendosi al suo servizio e non viceversa.

Per "dare energia" all'assistenza infermieristica è necessario prendersi cura di chi si prende cura. Non si può chiedere agli infermieri di essere autori di cure di qualità, così come il documento descrive, se si sottovaluta la fatica e la pressione emozionale a cui sono sottoposti o se sono "strumentalizzati" allorché, ad esempio, la loro pratica si riduce all'esecuzione ripetitiva di atti.

Allora, si deve intervenire, ai vari livelli, nel riprendere la rotta del prendersi cura, investendo tempo ed energia su chi si prende cura, ravvivando un circolo virtuoso condito da immaginatività, creatività, audacia per ripensare strategicamente la pratica e la cultura organizzativa in cui essa si sviluppa, per renderle più coerenti con la natura profonda e autentica dell'assistenza infermieristica.

In sintesi

Dire *nursing* equivale a dire, in italiano, assistenza infermieristica: solo questo binomio inscindibile dà conto della specificità e dello spessore filosofico e scientifico del concetto.

Il giudizio clinico è consustanziale all'assistenza infermieristica: l'assenza del primo depriva la natura stessa della seconda, limitandola a una forma di aiuto aspecifico erogabile da chiunque.

Usare il giudizio clinico vuol dire per l'infermiere collocarsi in una prospettiva di scoperta di ciò che le persone esprimono in merito a ciò che le preoccupa e che crea loro problema; vuol dire altresì comprendere l'evolvere della situazione di salute dell'assistito in rapporto al suo progetto di vita.

L'assistenza infermieristica non è solo fare o eseguire: è decidere e agire, in modo scientificamente ed eticamente fondato, per un risultato.

Dall'agire promana l'essenza della responsabilità dell'assistenza infermieristica: fornire, alla persona assistita, una risposta utile di cui l'infermiere è autore e garante.

L'assistenza infermieristica persegue il potenziamento del potere personale dell'assistito (*empowerment*) nel dare nuovo senso a situazioni esistenziali mutate, nel migliorare l'autonomia del suo vivere, nell'affrontare con serenità il suo morire.

L'infermiere appartiene a una professione di servizio: egli decide e agisce con la singola persona assistita a partire da ciò che lui, come membro di una comunità professionale, pensa sia l'assistenza infermieristica.

La concezione di assistenza infermieristica è un patrimonio collettivo di una professione che, per essere legittimata socialmente, ha il dovere di rispondere delle proprie scelte culturali e sociali e dell'impatto che queste hanno sulla salute della società (accountability).

L'assistenza infermieristica richiede investimento di tempo e di energia: è necessario, quindi, un ripensamento della cultura organizzativa che dovrebbe porre l'organizzazione a servizio dell'assistenza e prendersi cura di chi si prende cura.

- [1] Scaricabile integralmente dal sito:
- http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78569/001998.pdf.
- [2] Guy Le Boterf, Costruire le competenze individuali e collettive, Alfredo Guida Editore, Napoli, 2008, p. 11.
- [3] Virginia Henderson, Che cos'è il nursing?: una definizione e le sue implicazioni per la prassi, la ricerca e la formazione infermieristica, trad. a cura di Vera Maillart e Maria Rosa Marchi, Firenze, Regione Toscana. Dipartimento Sicurezza Sociale, 1978.
- [4] Il termine è usato nel significato di forza che dirige, di energia che spinge verso una meta.
- [5] Guy Le Boterf, op cit., p. 129.
- [6] Consociazione nazionale infermieri e altri operatori sanitario-sociali.
- [7] Consociazione nazionale associazioni infermiere/i.
- [8] http://www.cnai.info/images/stories/cnai/congressi/1972.pdf.
- [9] Il termine "persone" include individui di tutte le età, famiglie e comunità, in tutto il loro arco di vita.
- [10] Si riporta la definizione in lingua originale: "Nursing is the use of clinical judgement in the provision of care to enable people to improve, maintain, or recover health, to cope with health problems, and to achieve the best possible quality of life, whatever their disease or disability, until death".
- [11] Ai sensi dell'art. 2229 del codice civile che afferma al comma 1: "La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi".
- [12] Dm 739/94, art. 1 comma 3, punto b).
- [13] Comprendere etimologicamente vuol dire propriamente "prendere insieme"; per traslato: "intendere appieno", "afferrare con l'intelletto".
- [14] Scoprire etimologicamente vuol dire propriamente "rimuovere ciò che nasconde"; per traslato: "trovare ciò che prima non si vedeva".
- [15] M. F. Collière, Aiutare a vivere, Sorbona. Milano, 1992.
- [16] Il documento precisa che l'assistenza infermieristica è un processo intellettuale, fisico, emotivo e morale che include l'identificazione dei bisogni infermieristici; gli interventi terapeutici e la cura personale; le informazioni, l'educazione, il consiglio e la difesa; il supporto fisico, emotivo, spirituale. E che, oltre alla cura diretta al paziente, la pratica infermieristica, include la gestione, l'insegnamento, la politica e lo sviluppo di conoscenze.
- [17] Docente di Sociologia delle organizzazioni sanitarie e Filosofia della medicina all'Università Tor Vergata di Roma.
- [18] Responsabilità etimologicamente deriva dal latino *rispondere*, rispondere.
- [19] È curioso come il vocabolo "vocazione", ormai desueto e qualche volta osteggiato, letteralmente significhi risposta a una chiamata, a una voce. E una voce ascoltata è sempre di un altro.
- [20] Oggetto di conoscenza specifico di una disciplina.
- [21] Servizio = essere utile.
- [22] Da res = cosa, cioè "rendere cosa".



CONTRIBUTI

La medicazione del sito di puntura radiale: garze o dispositivi?

di Peipei Dong (1), Anne Destrebecq (2), Stefano Terzoni (3)

- (1) Infermiera, Fondazione S. Maugeri, Milano
- (2) Ricercatrice MED/45 Università degli Studi di Milano
- (3) PhD, infermiere tutor, Corso di Laurea in infermieristica, AO San Paolo, Milano

Corrispondenza: stefano.terzoni@ao-sanpaolo.it

Puntura radiale e medicazione, un quesito per la pratica assistenziale

La medicazione del sito di puntura radiale è un'attività comune nella pratica infermieristica. Tale sito presenta molti vantaggi rispetto a quello femorale, grazie al circolo arterioso collaterale della mano (Kanei et al. 2011): consente infatti la mobilizzazione precoce del paziente, riduce la degenza e abbassa i costi (Rathore et al. 2010). Le complicanze più comuni sono l'occlusione del vaso (Rao, Radial artery occlusion), il sanguinamento, l'ematoma locale e la sindrome compartimentale (Kanei et al. 2011). L'emostasi può essere ottenuta tramite medicazione compressiva o utilizzando dispositivi di compressione in grado di arrestare il flusso ematico o accelerare la coagulazione (Monsegu e Schiano, 2008). Non vi sono chiare evidenze circa il modo più efficace di ottenere l'emostasi e limitare le complicanze (Fech et al. 2012).

Questo articolo sintetizza le evidenze disponibili, per identificare tecniche di medicazione che garantiscano l'emostasi limitando le complicanze e il fastidio per il paziente.

Il percorso di approfondimento della letteratura

È stata inizialmente condotta una revisione esplorativa su PubMed, CINAHL, Cochrane library ed Embase, per verificare la possibilità di effettuare una revisione sistematica. Sono state utilizzate combinazioni delle keywords "Radial artery compression", "compression after radial puncture", "Radial artery hemostasis" e "Bandage hemostasis" per trovare articoli pubblicati in inglese, spagnolo e italiano, pubblicati dal 2005 in poi. Si è poi scelto di concentrarsi sulla puntura radiale per scopi diagnostici o interventistici.

Nei 30 articoli considerati in fase iniziale, esplorativa, sono state rilevate numerose diversità nei disegni di studio e nei i criteri d'inclusione/esclusione. Si è optato pertanto di condurne una revisione narrativa.

Per confrontare gli articoli, le più comuni complicanze sono state utilizzate come criteri di risultato: tempo d'emostasi, comfort, occlusione radiale ed ematoma. Dieci articoli erano conformi ai criteri di inclusione/esclusione e sono stati inseriti nella revisione. Nove erano studi interventistici e uno osservazionale prospettico. Questi sono stati analizzati con le checklist Consort (Altman et al. 2001) e Strobe (von Elm et al. 2007) per valutarne la completezza metodologica.

Le informazioni rilevate

I 10 studi presi in considerazione presentano dati riguardanti vari dispositivi.

TrBand™ è un braccialetto disponibile in due lunghezze (24 e 29 cm), dotato di una chiusura in velcro® e di una valvola unidirezionale cui si raccorda il beccuccio di una siringa, fornita in dotazione, per il cuffiaggio. La cuffia è studiata in modo da non comprimere eccessivamente l'innervazione a livello del polso; il dispositivo è trasparente, quindi permette l'ispezione del sito.

Hemoband™ è disponibile in versione sterile e non sterile, in due misure (14 e 17 pollici). È un cinturino trasparente, regolabile e dotato di un cuscinetto compressivo; il dispositivo si posiziona in modo che il cuscinetto si trovi sopra l'ago ancora in sede. Si rimuove l'ago e si stringe il cinturino, in modo che il cuscinetto comprima l'arteria. Secondo la brochure del produttore, l'emostasi si ottiene mediamente in 5-10 minuti.

QuikClot™ e ClosurPad™ sono medicazioni compressive in cui l'emostasi è favorita da una garza che contiene caolino, un minerale in grado di attivare il 12° fattore della coagulazione e di portare, dopo un processo biochimico a cascata, alla formazione di un tappo di fibrina. La medicazione si posiziona sul sito di puntura e si copre con una garza sterile, applicando poi una compressione (i produttori non specificano ulteriori dettagli) per un massimo di dieci minuti.

Infine, Radistop™ è un tutore in plastica che accoglie l'avambraccio, si fissa tramite cinturini in velcro® e immobilizza l'intero polso, esercitando la compressione tramite un cuscinetto trasparente.

Nonostante i dispositivi, la tecnica più comune utilizza una garza sterile coperta con un cerotto elastico, applicato a formare un X; la forma di questa medicazione compressiva previene la Rao. I tempi di compressione non dovrebbero superare i 60 minuti in assenza di sanguinamenti (Gomez Fernandez et al. 2005). Si deve evitare di avvolgere completamente il polso con il cerotto: ciò infatti causerebbe un'occlusione dell'arteria ulnare e bloccherebbe il flusso ematico venoso dalla mano. Per eseguire correttamente la procedura, bisogna piegare una garza sterile, posizionarla sulla ferita e mantenerla in sede con un bendaggio a X. Al paziente si deve chiedere se il bendaggio è troppo stretto e spiegare come riconoscere e riferire prontamente le possibili complicanze. Ottenuta l'emostasi, la medicazione dovrebbe essere sostituita, localizzando l'arteria radiale e obliterandola manualmente per rimuovere in sicurezza la vecchia garza. Il sito deve essere ispezionato per valutare la presenza di flogosi; infine, la pressione sull'arteria deve essere allentata gradualmente, per poter valutare la presenza di ematomi e sanguinamenti. In assenza di eventi avversi, il sito può essere trattato con un prodotto antisettico e medicato con garza sterile e cerotto poroso (Gomez Fernandez et al. 2005; Sanmartin et al. 2007).

La **tabella 1** riassume le caratteristiche e le conclusioni degli studi. In tutti, l'emostasi è stata ottenuta tramite bendaggio o dispositivi emostatici. Gli studi presentavano differenze in termini di confronti effettuati (come ad esempio diversi dispositivi o diversa modalità di utilizzo) e outcome.

Tabella 1 - Ca	ratteristiche degli st	udi e conclusioni		
Autore	Confronti	Pazienti nei due gruppi	Outcome	Conclusioni
Carrington et al. 2009	Tr-Band per 60 min vs 120 min	100 vs 25	Rao, tempo applicazione, ematoma, sanguinamento	L'applicazione di Tr- Band per 60 minuti è sicura quanto quella di 120, rispetto agli outcome considerati
Choi et al. 2005	ClosurPad vs Radistop	40 vs 40	RAO, tempo emostasi, ematoma	ClosurPad accelera l'emostasi. L'incidenza di complicanze è paragonabile nei due gruppi
Cubero et al. 2009	Tr-Band per 180 min (compressione tarata sulla pressione media dell'arteria) vs compressione manuale (15 cm d'aria)	176 vs 175	Rao	Tr-Band riduce significativamente le Rao
Gomez Fernandez et al. 2005	Compressione manuale 60 min vs 90 min	73 vs 71	Sanguinamento, ematoma	La compressione per 60 minuti è sufficiente
Pacholy et al. 2011	Tr-Band 6 ore vs Tr-Band 2 ore	200 vs 200	Rao	L'emostasi breve (2 ore) diminuisce l'incidenza di Rao
Pancholy et al. 2008	Hemoband 120 min con interruzione flusso radiale completa vs incompleta	219 vs 217	Rao	L'emostasi con diminuzione del flusso radiale è efficace e sicura
Pancholy, 2009	Hemoband vs Tr Band	200 vs 200	Rao	Tr-band riduce significativamente l'incidenza di Rao
Politi et al. 2011	QuikClot 15 min vs compressione standard 15 min vs standard 120 min	50 vs 50 vs 50	Rao, fallimento emostasi	L'uso di QuikClot per 15 minuti riduce l'incidenza di Rao
Rathore et al. 2010	Tr-Band vs Radistop	395 vs 395	Rao, tempo emostasi, tollerabilità	I due dispositivi sono clinicamente equivalenti, ma Tr-band sembra più confortevole per i pazienti
Sanmartin et al. 2007	Compressione manuale	275 (studio osservazionale, singolo gruppo)	Rao	L'assenza di polso radiale durante la compressione è un predittore di Rao

Legenda: Rao = Radial artery occlusion

Dalla letteratura alla pratica quotidiana

Gli studi mostrano eterogeneità di confronti, ampiezza campionaria e outcome. In quelli di Politi et al. (2011) i pazienti erano in trattamento con terapia anticoagulante. Inoltre sono state trovate diverse definizioni riguardanti gli ematomi. In Choi et al. (2005) e Rathore et al. (2010) l'ematoma è definito maggiore in caso di diametro >2 cm. Carrington et al. (2009) hanno scelto 5 cm e Gomez et al. (2008) 6 cm come cut-off tra ematoma maggiore e minore

Non sono emersi dati circa la medicazione dopo emogasanalisi. Inoltre, nessun dato sui costi dei dispositivi di compressione è presente negli articoli selezionati. Un problema importante riguarda il diametro del dispositivo radiale; diametri maggiori implicano tempi di emostasi più lunghi e causano sanguinamenti, ematomi e Rao (Dandekar et al. 2012).

Parametri di coagulazione inadeguati, pressioni di occlusione prolungate e storia clinica di puntura radiale sono altri fattori di rischio per l'occlusione (Rathore et al. 2010). Una circonferenza del polso ridotta e il sesso femminile sembrano essere legati alle complicanze vascolari (Rathore et al. 2010).

Tutti i dispositivi e le tecniche studiati ottengono l'emostasi. Gli studi mostrano che tempi di compressione più brevi sono legati a minore incidenza di Rao. La compressione senza dispositivi è sicura ed economica, ma non permette di oggettivare la pressione, che dipende dall'operatore e influisce sull'incidenza di ematomi ed emorragie. La **tabella 2** sintetizza alcune considerazioni di rilievo per la pratica infermieristica.

Tabella 2 - Implicazioni per la pratica clinica					
Intervento Considerazioni per la pratica					
Medicazioni a base di caolino	Emostasi rapida (15 min.) Nessun dato di confronto con dispositivi				
Dispositivi di compressione	Controindicata compressione con occlusione completa del vaso Permanenza in sede 1 ora				
Medicazione compressiva semplice	Confezionare bendaggio a X Ispezionare la regione (medicazione opaca) Permanenza in sede 1 ora				

Conclusioni

I dispositivi di compressione sono sicuri; permettono di calibrare la pressione e di ispezionare il sito. La presenza di caolino nella medicazione accelera l'emostasi. La medicazione con garze sterili e bendaggio resta la tecnica più utilizzata; nonostante l'impossibilità di ispezionare la cute e di regolare la pressione esercitata. Se confezionata secondo i criteri di letteratura rappresenta una valida alternativa ai dispositivi. Gli aspetti economici restano da valutare, vista l'assenza di dati in letteratura.

BIBLIOGRAFIA

- Altman D. G., Schulz K. F., Moher D. et al. (2001). *The revised Consort statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration*. Ann Intern Med 17;134(8):663–94.
- Carrington C., Mann R., El-Jack S. (2009). An accelerated hemostasis protocol following transradial cardiac catheterization is safe and may shorten hospital stay: a single-center experience. J Interv Cardiol 22(6):571–5
- Choi E. Y., Ko Y. G., Kim J. B., Rhee J., Park S., Choi D. et al. (2005). *Hemostatic efficacy of hydrophilic wound dressing after transradial catheterization*. J Invasive Cardiol. 17(9):459–62.
- Cubero J. M., Lombardo J., Pedrosa C. et al. (2009). *Radial compression guided by mean artery pressure versus standard compression with a pneumatic device (Racomap)*. Catheter Cardiovasc Interv 73(4):467–72.

- Dandekar V. K., Vidovich M. I., Shroff A. R. (2012). *Complications of transradial catheterization*. Cardiovasc Revasc Med 13(1):39–50.
- Fech J. C., Welsh R., Hegadoren K., Norris C. M. (2012). *Caring for the radial artery post-angiogram: a pilot study on a comparison of three methods of compression*. Eur J Cardiovasc Nurs 11(1):44–50.
- Gomez Fernandez M., Pereira Leyenda B., Guillen Goberna P. et al. (2005). *Tiempo de hemostasia en el cateterismo cardiaco transradial con introductor 5F.* Enferm Cardiol 36:31-34.
- Kanei Y., Kwan T., Nakra N. C., Liou M., Huang Y., Vales L. L. et al. (2011). *Transradial cardiac catheterization: a review of access site complications*. Catheter Cardiovasc Interv 78(6):840–6.
- Monsegu J., Schiano P. (2008). *Radial artery compression techniques*. Indian Heart J 60(1 Suppl A):A80–82.
- Pancholy S., Coppola J., Patel T., Roke-Thomas M. (2008). *Prevention of radial artery occlusion-patent hemostasis evaluation trial (Prophet study): a randomized comparison of traditional versus patency documented hemostasis after transradial catheterization*. Catheter Cardiovasc Interv 2(3):335–40.
- Pancholy S. B. (2009). *Impact of two different hemostatic devices on radial artery outcomes after transradial catheterization*. J Invasive Cardiol 21(3):101–4.
- Pancholy S. B., Patel T. M. (2012). Effect of duration of hemostatic compression on radial artery occlusion after transradial access. Catheter Cardiovasc Interv 79(1):78–81.
- Politi L., Aprile A., Paganelli C. et al. (2011). Randomized clinical trial on short-time compression with kaolin-filled pad: a new strategy to avoid early bleeding and subacute radial artery occlusion after percutaneous coronary intervention. J Interv Cardiol 24(1):65–72.
- Rathore S., Stables R. H., Pauriah M. et al. (2010). *A randomized comparison of Tr band and radistop hemostatic compression devices after transradial coronary intervention*. Catheter Cardiovasc Interv 1;76(5):660–7.
- Sanmartin M., Gomez M., Rumoroso J. R- et al. (2007). *Interruption of blood flow during compression and radial artery occlusion after transradial catheterization*. Catheter Cardiovasc Interv 70(2):185–9.
- von Elm E., Altman D. G-, Egger M. *Strobe Statement: linee guida per descrivere gli studi osservazionali*. [Online] Oct-Nov 2007. http://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists. Consultato il 3 maggio 2013.



CONTRIBUTI

La gestione avanzata delle vie aeree nell'emergenza extraospedaliera, a che punto si collocano gli infermieri?

di Fabio Mozzarelli

Infermiere, Azienda Usl Piacenza Unità operativa complessa 118 Piacenza soccorso

Corrispondenza: fabio.mozzarelli@gmail.com

Gestione avanzata delle vie aeree ed emergenza extraospedaliera

Nell'ambito dell'emergenza medica extraospedaliera, il paziente in condizioni cliniche di elevata criticità rappresenta una grande sfida per i professionisti sanitari.

La gestione avanzata delle vie aeree costituisce la prima ed articolata fase a cui gli operatori devono provvedere per diminuire gli indici di mortalità e morbilità.

Lo scenario italiano ma anche quello europeo ed internazionale mostrano notevoli discrepanze sia di tipo organizzativo che nelle prerogative clinico assistenziali.

Ad esempio, il modello franco-tedesco è basato sulla presenza sui mezzi di soccorso della figura medica, in quello anglo-americano sono impiegati dei tecnici specializzati (paramedici) mentre l'impianto italiano e olandese vede una maggiore presenza della figura infermieristica.

Tuttavia nel nostro paese permangono aree di disomogeneità delle organizzazioni e delle figure preposte al soccorso sanitario che non facilitano la gestione univoca e standardizzata di questa delicata fase rianimatoria.

La pubblicazione di alcune linee guida ha fornito importanti indicazioni rispetto ai comportamenti assistenziali da porre in atto.

In Italia sono state prodotte le linee guida Pamia (Prehospital airway management italian association, 2010) che enfatizzano alcuni aspetti sulla gestione delle vie respiratorie come *l'indicazione, la fattibilità e l'opportunità* di approcciarsi al management delle stesse, sia attraverso l'intubazione orotracheale (lot) che con presidi extraglottici (Peq).

Questi ultimi devono essere considerati dopo il terzo tentativo fallito di posizionamento del tubo endotracheale oppure se si prevede un'intubazione difficile (dovuta alla particolare conformazione morfologica del paziente o per le lesioni riportate), per le difficoltà impreviste ed anche in base alle capacità del soccorritore e del team.

Nei soggetti colti da arresto cardiaco improvviso, le linee guida Erc 2010 (European resuscitation council) indicano la manovra di intubazione come il "gold standard" per la gestione avanzata delle vie aeree ed i pazienti sottoposti in emergenza a tale manovra mostrano un miglioramento significativo dell'ossigenazione e di altri parametri respiratori (Gonsaga et al., 2013).

Le sempre più ampie competenze degli infermieri nell'ambito dell'emergenza medica territoriale associati ad alcuni interventi normativi come ad esempio il Decreto del Presidente della Repubblica 27/03/1992 (articolo 10), il Decreto Ministeriale n. 739 del 1994 ed ancora la Legge n. 251 del 10/08/2000 aprono un ventaglio di differenti possibilità di gestione dell'attività respiratoria e ventilatoria anche con tecniche di supporto avanzato.

Come ricordano le linee guida Aha 2010 (American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science), le capacità, le competenze e le abilità del professionista nonché il loro mantenimento richiedono una continua formazione ed una adeguata casistica di assistenza effettuata.

Si riportano sinteticamente i maggiori vantaggi e complicanze delle due metodiche di intubazione (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Gestione avanzata delle vi	e Aeree
INTUBAZIONE OROTRACHEALE	PRESIDI EXTRAGLOTTICI Combitube - maschera laringea - fastrack - I Gel - tubo laringeo
Vantaggi	Vantaggi
Permette una adeguata ossigenazione e ventilazione	Introduzione alla cieca
Protezione da inalazione	Indicati in previsione di intubazioni difficili
Prevenzione della distensione gastrica	Minor movimento del rachide cervicale
Somministrazione di farmaci	Alcuni modelli permettono la ventilazione a pressione positiva e possibilità di sondaggio nasogastrico
	Somministrazione di farmaci
Complicanze	Complicanze
Intubazione selettiva del bronco destro	Protezione da inalazione non sicura
Rottura della cuffia	Metodica temporanea
Intubazione in esofago	Laringospasmo
Traumatismo delle prime vie aeree	
Laringospasmo	
Stimolazione vagale	
Indicazioni tratte da: Advanced Traum	a Life Support - PreHospital Trauma Life Support - PAMIA

Analisi della letteratura

La revisione della letteratura è stata effettuata nel mese di novembre 2013 attraverso le parole chiave: *Prehospital, Airway, Intubation, adult* ed impostata attraverso la modalità P&Pico

Sono stati considerati tutti i pazienti adulti con un punteggio Glasgow coma scale (Gcs) uguale o inferiore a 9 punti e sottoposti a gestione avanzata delle vie aeree in ambito preospedaliero.

L'intervento riguarda l'uso dei tubi endotracheali mentre la comparazione si riferisce all'utilizzo di presidi extraglottici.

I risultati ottenuti valutano le differenze di mortalità e morbilità dei pazienti sottoposti a gestione invasiva delle vie aeree.

Sono state interrogate le banche dati elettroniche: PubMed, Cochrane Library, Cinahl, Embase, Clinical Evidence e Joanna Briggs Istitute Library.

Sono stati selezionati tutti i tipi di studi in lingua inglese ed in full text degli ultimi 10 anni.

Gli articoli sono stati scelti analizzando gli abstracts: sono stati esclusi i lavori ritenuti non pertinenti e le doppie pubblicazioni. Gli articoli selezionati alla fine sono stati 18 (**Tabella 2**).

Tabella 2 - Risultati della ricerca bibliografica								
Lavori scientifici								
	Trovati	Non pertinenti	Doppi	Esclusi perché non aderenti ai criteri della valutazione critica	Inclusi			
PubMed	114	95		6	13			
CINAHL	63	54	5		4			
Cochrane Library	1				1			
CLINICAL EVIDENCE	2	2						
EMBASE	26	21	5					
Joanna Briggs Institute Library	1	1						
	207	173	10	6	18			

Dalla loro analisi (**Tabella 3**) sono emersi alcune importanti differenze di approccio e di risultato tra i pazienti con patologie mediche e/o in arresto cardiaco e i soggetti che invece hanno subito un evento traumatico.

Tabella 3 -	Sintesi degli st	udi consi	derati			
Articolo	Disegno di studio	Evento	Intervento	Comparazione	Risultati	Conclusioni
Bernard et al., 2009	Trial controllata e randomizzata	Trauma	Pazienti sottoposti a IOT in preospedaliero da paramedici	Pazienti sottoposti a IOT da medici all'arrivo al dipartimento emergenza	esiti favorevoli negli intubati da paramedici=51% (157) negli intubati in ospedale=39% (142)	Nei traumatizzati cranici adulti, l'intubazione operata dai paramedici in preospedaliero, rispetto a quelli sottoposti a IOT all'arrivo in ospedale, migliora gli outcome neurologici a sei mesi dall' evento
Bochicchio GV et al., 2003	Prospettico Osservazionale	Trauma	Pazienti sottoposti a IOT in preospedaliero	Pazienti sottoposti a IOT all'arrivo al dipartimento emergenza	41% (78) intubati sul posto 59% (113) all'arrivo al dipartimento emergenza	I pazienti sottoposti a IOT in ambito extraospedaliero, mostrerebbero un aumento di mortalità e morbilità rispetto a quelli trattati con intubazione all' arrivo nel dipartimento emergenza
Colwell CB et al., 2009	Prospettico Osservazionale multicentrico	Mix	Percentuale di successo nella IOT in preospedaliero		846 pz intubati; con successo = 74.8%; non riuscita 20%. Tubo dislocato all'arrivo in ospedale = 5,2%	L'insuccesso ed il dislocamento del tubo tracheale rappresentano una percentuale troppo elevata. È consigliabile rivedere la formazione dei soccorritori
Cudnik MT et al., 2008	Retrospettivo osservazionale	Trauma	Relazione fra l'intubazione del paziente traumatizzato e la distanza con l'ospedale		Mortalità pz traumatizzati ed intubati (OR 2.06 95% CI 1.33-3.18) Mortalità pz. traumatizzati ed intubati in merito alla distanza dal centro ospedaliero (OR 3.98, 95% CI 2.08-7.60)	Nei pazienti traumatizzati e sottoposti a IOT, la vicinanza fra il luogo dell'evento e l'ospedale è un indice da considerare nella stesura dei protocolli sulla gestione delle vie aeree

Cushman JT et al., 2010	Studio di coorte retrospettiva	Mix	Valutazione esiti delle IOT prima dell'introduzione del metodo RSI	Valutazione esiti delle IOT dopo introduzione del metodo RSI	Aumento della somministrazion e di midazolam (30%) e morfina (24%) e diminuzione della somministrazion e di vecuronio (- 28%) con tassi di successo IOT (92%) pre RSI e post RSI (94%)	La presenza di indicazioni appropriate al metodo RSI aumenterebbe la sicurezza e una migliore gestione dei pazienti sottoposti a IOT
Davis DP et al., 2003	Studio di coorte	Trauma	Tasso di successo nell' intubazione tracheale con l'uso di farmaci di blocco neuromuscolare	Percentuale di successo nell'intubazione tracheale senza bloccanti neuromuscolari	Successo della IOT del 85% ed in generale del 99% nella gestione delle vie aeree	L'inserimento dei farmaci bloccanti neuromuscolari nella procedura RSI nella IOT, aumenta la percentuale di successo
Deakin CD et al., 2005	Osservazionale	Non trauma	Intubazione con maschera laringea	Intubazione con tubo endotracheale	Successo della IOT = 71,2% Successo della maschera laringea = 88,5%	La gestione delle vie aeree con maschera laringea è più sicura del tubo sottoglottico
Egly J et al., 2010	Retrospettivo osservazionale	Arresto cardiaco	Sopravvivenza all' ingresso ed alla dimissione dall'ospedale in pz. con arresto cardiaco sottoposti a IOT in preospedaliero	Verifica della sopravvivenza all' ingresso ed alla dimissione dall'ospedale in pz. con arresto cardiaco non sottoposti a IOT in preospedaliero	Non rilevate differenze statisticamente significative di sopravvivenza fra pz in arresto cardiaco sotto posti a IOT rispetto a quelli non intubati 6.5% vs 10.0%, OR = 0.63, 95% CI 0.37,1.08	I pazienti in arresto cardiaco aritmico sottoposti a IOT, mostrano una maggiore sopravvivenza rispetto a quelli con arresto cardiaco non aritmico alla dimissione E' necessario definire regole più chiare sulla IOT nell'arresto cardiaco extraospedaliero
Evans CCD et al., 2013	Studio di coorte	Trauma	Efficacia della IOT effettuata in preospedaliero senza farmaci da paramedici nei pz traumatizzati con GCS < a 9	Pz ventilati con modalità di base in preospedaliero da paramedici nei pz traumatizzati con GCS < a 9	Mortalità dei pz intubati = 66% rispetto ai non intubati = 34.8% (OR 2.8, 95% CI1,1 to 7.6)	L'intubazione senza farmaci preospedaliera nei traumatizzati è associata ad un aumento della mortalità
Hasegawa K et al., 2013	Studio di coorte	Arresto Cardiaco	Valutazione degli esiti nei pazienti in arresto cardiaco sottoposti a IOT in preospedaliero	Pz gestiti con presidi sovraglottici e pazienti ventilati con metodiche di base	Valutazione esiti in pz sottoposti a IOT (OR, 0.41; 95% CI, 0.37- 0.45) Pz sottoposti a dispositivi sovraglottici (0.38; 95% CI, 0.36-0.40)	Entrambe le modalità di gestione delle vie aeree, favorirebbero buoni esiti neurologici nei pz con arresto cardiaco improvviso extraospedaliero

Irvin CB et al., 2010	Retrospettivo osservazionale	Trauma	Intubazione orotracheale pre arrivo in ospedale	Intubazione all'arrivo in ospedale	I pz sottoposti a IOT prima dell'arrivo in ospedale è stata del 62% rispetto a quelli intubati all'arrivo in ospedale 35%	I pz traumatizzati con GCS 3 e sottoposti a IOT mostrano un aumento della mortalità
Jensen JL et al., 2010	Revisione Sistematica	Mix	IOT in extraospedaliero operata da paramedici	Gestione delle vie aeree con devices extraglottici	Valutati 5 trials per un totale di 1559 pazienti	Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative fra i due approcci
Lecky F et al., 2008	Revisione sistematica	Mix	IOT in ambito extraospedaliero	Utilizzo di devices sovraglottici per la gestione delle vie aeree in ambito extraospedaliero	Le RCT valutate, non hanno evidenziato differenze statisticamente significative fra i due metodi	Non sono emerse differenze statisticamente significative fra la IOT e l'uso di presidi sovraglottici
Lyon RM et al., 2010	Osservazionale retrospettivo	Arresto cardiaco	IOT nell'arresto cardiaco preospedaliero		576 pz intubati di cui il 8.8% (55) hanno mostrato complicazioni	La IOT nell'arresto cardiaco preospedaliero, è associata a complicazioni che potrebbero diminuire la sopravvivenza.
McCall MJ et al., 2008	Retrospettivo osservazionale	Mix	Intubazione con maschera Iaringea (ILMA)	Intubazione con laringoscopia	Successo della manovra di inserzione del dispositivo "alla cieca" = 91%; con laringoscopia diretta=92%	L'utilizzo della maschera laringea per la gestione delle vie aeree, risulterebbe più veloce con alto tasso di successo ma le differenze rispetto a tale manovra con laringoscopia classica, non sono statisticamente significative
Schalk R et al., 2010	Prospettico osservazionale	Mix	Gestione delle vie aeree con tubo laringeo (LT-D, LTS-D) effettuata da paramedici e medici		Il successo della manovra è stato del 96.8%	Il tubo laringeo (LT-D e LTS-D), rappresenta un valido strumento per la gestione delle vie aeree sia in attesa di posizionare un tubo endotracheale o in sua sostituzione se intubazione difficile o per inesperienza

Sunde GA et al., 2012	Retrospettivo osservazionale	Arresto cardiaco	Gestione delle vie con tubo laringeo (LT) in ambito extraospedaliero	Il successo del posizionamento del tubo laringeo è stata del 85.3%		Il tubo laringeo rappresenta una valida alternativa ai vari strumenti di gestione delle vie aeree
Wang HE et al., 2012	Retrospettivo osservazionale	Arresto cardiaco	Pz in arresto cardiaco preospedaliero trattati con IOT	Pz in arresto cardiaco preospedaliero trattati con dispositivi extraglottici	Pz. sottoposti a IOT 81.2% con sopravvivenza del 4.7% Pz trattati con presidi sovra glottici 18.8% con sopravvivenza del 3.9%	L'impiego della IOT nell'arresto cardiaco preospedaliero, migliorerebbe gli out come dei pz rispetto all'uso di dispositivi sovraglottici

Nei soggetti che avevano subito un evento traumatico, con punteggio Gcs uguale o inferiore a 9 e l'intubazione endotracheale era stata effettuata da personale non medico senza l'uso di farmaci per ridurre i riflessi e le resistenze muscolari, si evidenziava un aumento della mortalità (Evans C et al., 2013; Irvin CB et al., 2010).

Secondo alcuni autori statunitensi, il trattamento avanzato delle vie aeree con tubo tracheale in soggetti vittime di trauma con Gcs 3 e con lunghi tempi di trasporto verso i centri ospedalieri determinerebbe un aumento della mortalità (Cudnik MT et al., 2008).

Nelle persone con trauma cranico medio/grave e sottoposti a lot, la mortalità aumenta (Bochicchio GV et al., 2003). Invece, secondo i dati di un Rct australiano, i pazienti a cui il personale del servizio di emergenza ha somministrato farmaci per agevolare l'intubazione hanno avuto esiti neurologici migliori rispetto a quelli dei soggetti sottoposti alle stesse manovre in ambito ospedaliero (Bernard S. A. Et al., 2010; Davis D. P. et al., 2003).

L'analisi degli studi condotti in pazienti colti da arresto cardiorespiratorio e sottoposti a management invasivo delle vie aeree ha fatto emergere risultati contrastanti. Alcuni autori, evidenziavano che la lot diminuisce la mortalità e gli esiti neurologici invalidanti (Hasegawa K. et al., 2013; Wang H. E. et al., 2012).

Altri ricercatori ritenevano invece che i dispositivi extraglottici, oltre a rappresentare una valida alternativa alla lot, garantivano una migliore efficacia, riportando nuovamente il focus sulle abilità e la formazione degli operatori dei sistemi di emergenza preospedalieri (Sunde G. A. et al., 2012; Egly J. et al., 2011; Lyon R. M. et al., 2010; Shalk R. et al., 2010; Colwell C. B. et al., 2009; McCall M. J. et al., 2008).

Numerosi sono anche gli studi sulla gestione avanzata delle vie aeree in pazienti con una patologia non traumatica e non colpiti da arresto cardiaco.

Alcuni di questi evidenziano la maggiore sicurezza dei presidi extraglottici che risulterebbero anche più efficaci rispetto ai tubi endotracheali (Deakin CD et al., 2005).

Tuttavia Cushman (2010) evidenzia come l'uso di alcuni farmaci come midazolam e morfina favorisca la manovra di intubazione aumentando la percentuale di successo.

Una revisione Cochrane e una seconda di produzione canadese hanno considerato l'approccio alle vie aeree con modalità avanzate e di base, sia in pazienti affetti da patologia traumatica medica che in arresto cardiaco evidenziando l'assenza di differenze statisticamente significative fra la gestione avanzata con lot rispetto all'uso di presidi extraglottici (Jensen J. L. et al., 2010; Lecky F. et al., 2008).

Gli esiti rispetto alla mortalità che emergono dai diversi studi considerati, peraltro molto eterogenei tra loro per disegno e popolazione sono sintetizzati nella **Tabella 4**.

Tabella 4 - Lavori scientifici suddivisi per diminuzione ed aumento della mortalità rispetto al metodo di gestione avanzata delle vie aeree								
Diminuzione de	ella mortalità	Aumento della morta	Non differenze fra IOT e					
IOT	PEG	IOT	PEG	PEG				
Bernard SA. Et al., 2010	Sunde GA et al., 2012	Evans C et al., 2013		Jensen JL et al., 2010				
Davis DP et al., 2003	Egly J et al., 2011	Irvin CB et al., 2010		Lecky F et al., 2008				
Cushman JT et al., 2010	Lyon RM et al., 2010	Cudnik MT et al. 2008						
	Shalk R et al., 2010	Bochicchio GV et al. 2003						
	Colwell CB et al.,2009	Hasegawa K et al., 2013						
	McCall MJ et al., 2008	Wang HE et al., 2012						
	Deakin CD et al., 2005							

Conclusioni

La gestione avanzata delle vie aeree, rappresenta una fase fondamentale dell'approccio clinico/assistenziale ai pazienti che versano in condizioni critiche.

Il personale infermieristico adibito al servizio di emergenza territoriale, deve possedere capacità, competenze ed abilità nell'uso di sistemi invasivi di ventilazione come tubi endotracheali o altri devices extraglottici.

Alcuni autori consigliano l'impiego di strumenti sovraglottici soprattutto nei pazienti traumatizzati, mentre nei soggetti colpiti da arresto cardiaco o con patologie mediche vi è maggiore enfasi nell'incoraggiare l'uso dei tubi endotracheali.

La gran parte dei lavori di ricerca è di tipo retrospettivo osservazionale mentre quelli di maggiore rigore metodologico come i trials controllati e randomizzati e le due revisioni sistematiche considerate, oltre a non rilevare differenze significative fra i due approcci, evidenziano un grado di elevata eterogeneità.

Nel nostro paese sono diverse le esperienze (Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia) in cui all'interno dell'équipe di soccorso viene riconosciuto il ruolo di team leader in quanto capace di gestire le vie aeree con modalità avanzata.

A guidare il professionista nella gestione delle vie aeree avanzate oltre alle indicazioni, alla fattibilità e all'opportunità della manovra scelta, dovrebbe essere anche la formazione continua, l'esperienza maturata sul campo e il mantenimento delle abilità attraverso un congruo volume di casistica.

Allo scopo di stratificare i diversi livelli di competenza, utili potrebbero essere i criteri di classificazione offerti dai modelli di certificazione e di accreditamento istituzionale. L'infermiere con un grado di media abilità, potrebbe utilizzare i presidi sovraglottici, di fatto, come riportato da Deakin (2010), negli ultimi anni si è assistito ad una maggiore diffusione dei Peg, sia per la maggiore facilità che per la rapidità di inserzione, mentre gli operatori esperti, potranno considerare l'impiego dei tubi endotracheali.

All'interno delle varie organizzazioni dovrebbe in ogni caso essere individuata su scala provinciale o regionale, una modalità per definire i differenti livelli di competenza.

- American college of surgeons committee on trauma (2012). *Advanced trauma life support*. 9[^] ed. Trattamento delle vie aeree e ventilazione, Stati Uniti (2) 31-61.
- American college of surgeons committee on trauma (2003). *Prehospital trauma life support*. 5[^] ed. Vie aeree e ventilazione ,Torino, Centro Scientifico Editori, (2)92-135.
- American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science, 2010, disponibile all'indirizzo http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S729.full (consultato il 27/11/2013).
- Bernard S. A., Nguyen V., Cameron P., Masci K., Fitzgerald M., Cooper D. J., Walker T., Std B. P., Myles P., Mirray L., Taylor D., Smith K., Patrick I., Edington J., Bacon A., Rosenfeld J. V., Judson R. (2010). *Prehospital rapid sequence intubation improves functional outcome for patients whit severe traumatic brain injury: a randomized controlled trial*. Ann Surg; Dec 252 (6) 959-65.
- Bochicchio G. V., Ilahi O., Joshi M., Bochicchio K., Scalea T. M. (2003). *Endotracheal intubation in the field does not improve outcome in trauma patients who present without an acutely lethal traumatic brain injury*. J Trauma; Feb;54(2):307-11.
- Colwell C. B., Cusick J. M., Hawkes A. P., Luyten D. R., McVaney K. E., Pineda G. V., Riccio J. C., Severyn F. A., Vellman W. P., Heller J., Ship J., Gunter J., Battan K., Kozlowski M., Kanowitz A. (2009). *A prospective multicenter evaluation of prehospital airway management performance in a large metropolitan region*. PrehospEmerg Care; Jul-Sep;13(3):304-10.
- Cudnik M. T., Newgard C. D., Wang H., Bangs C., Herrington R. (2008). *Distance impacts mortality in trauma patients with an intubation attempt*. PrehospEmerg Care; Oct-Dec;12(4):459-66.
- Cushman J. T., Zachary Hettinger A., Farney A., Shah M. N. (2010). *Effect of intensive physician oversight on a prehospital rapid-sequence intubation program*. Prehosp Emerg Care; 14 (3) 310-6.
- Decreto del Presidente della Repubblica 27/03/1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. Roma, 1992.
- Decreto ministeriale n. 739 14/09/1994 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Roma, 1995 Legge n. 251 del 10/08/2000 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
- Davis D. P., Ochs M., Hoyt D. B., Bailey D., Marshall L. K., Rosen P. (2003). *Paramedic-administered neuromuscular blockade improves prehospital intubation success in severely head-injured patients*. Journal of Trauma; Oct 55 (4): 713-9.
- Deakin C. D., Clarke T., Nolan J., Zideman D. A., Gwinnutt C., Moore F., Ward M., Keeble C., Blancke W. (2010). *A critical reassessment of ambulance service airway management in prehospital care*. *Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee Airway Working Group*, June 2008 Emergency Medicine Journal; Mar; 27 (3) 33-226.
- Deakin C. D., Peters R., Tomlinson P., Cassidy M. (2005). Securing the prehospital airway: a comparison of laryngeal mask insertion and endotracheal intubation by UK paramedics. Emerg Med J.; Jan;22(1):64-7.
- Egly J., Custodio D., Bishop N., Prescott M., Lucia V., Jackson R. E., Swor R. A. (2011). *Assessing the impact of prehospital intubation on survival in out-of-hospital cardiac arrest*. PrehospEmerg Care; Jan-Mar;15(1):44-9.
- Erc European resuscitation council (2010). *Linee guida per la rianimazione cardiopolmonare avanzata*. Disponibile all'indirizzo: www.cprquidelines.eu/2010/.
- Evans, Brison R. J., Howes D., Stiell I. G., Pickett W. (2013). *Prehospital non-drug assisted intubation for adult trauma patients with a Glasgow Coma Score less than* 9. Emerg Med J; Nov;30(11):935-41.

- Gonsaga R. A., Valiatti J. L., Brugugnolli I. D., Gilioli J. P., Valiatti M. F., Neves N., Sertorio N. D., Fraga G. P. (2013). *Evaluation of gasometric parameters in trauma patients during mobile prehospital care*. Rev Col Bras Cir, 40(4), 293-299.
- Hasegawa K., Hiraide A., Chang Y., Brown D. F. (2013). Association of prehospital advanced airway management with neurologic outcome and survival in patients with out-of-hospital cardiac arrest. JAMA; Jan 16;309(3):257-66.
- Irvin C. B., Szpunar S., Cindrich L. A., Walters J., Sills R. (2010). Should trauma patients with a Glasgow Coma Scale score of 3 be intubated prior to hospital arrival? Prehosp Disaster Med; Nov-Dec;25(6):541-6.
- Jensen J. L., Cheung K. W., Tallon J. M., Travers A. H. (2010). *Comparison of tracheal intubation and alternative airway techniques performed in the prehospital setting by paramedics: a systematic review.* CJEM; Mar;12(2):135-40.
- Lecky F., Bryden D., Little R., Tong N., Moulton C. (2008). *Emergency intubation for acutely ill and injured patients*. Cochrane Database Syst Rev.; Apr 16;(2).
- Lyon R. M., Ferris J. D., Young D. M., McKeown D. W., Oglesby A. J., Robertson C. (2010). *Field intubation of cardiac arrest patients: a dying art?* EMERG MED J; Apr; 27 (4): 321-3.
- McCall M. J., Reeves M., Skinner M., Ginifer C., Myles P., Dalwood N. (2008). *Paramedic tracheal intubation using the intubating laryngeal mask airway*. PrehospEmerg Care; Jan-Mar;12(1):30-4.
- Pamia Prehospital airway management italian association (2010). *Linee guida per la gestione preospedaliera delle vie aeree*. Disponbile all'indirizzo: www.pamia.it (consultato il 27/11/2013).
- Schalk R., Byhahn C., Fausel F., Egner A., Oberndörfer D., Walcher F., Latasch L. (2010). *Out-of-hospital airway management by paramedics and emergency physicians using laryngeal tubes*. Resuscitation; Mar;81(3):323-6.
- Sunde G. A., Brattebø G., Odegården T., Kjernlie D. F., Rødne E., Heltne J. K. (2012). *Laryngeal tube use in out-of-hospital cardiac arrest by paramedics in Norway*. Scand J Trauma ResuscEmerg Med; Dec 18:20:84.
- Wang H. E., Szydlo D., Stouffer J. A., Lin S., Vailancourt J. N., Sears G., Verbeek R. P., Fokler R., Cristenson A. H. J., Minokadeh A., Brandt J., Rea T. (2012). *Endotracheal intubation versus supraglottic airway insert in out-of-hospital cardiac arrest*. Resuscitation; Sept, 83 (9) 1061-66.



ESPERIENZE

La sindrome da Burnout negli infermieri

di Beatrice Duzzi (1), Iole Giovanardi (2), Cinzia Gradellini (3)

- (1) Infermiera, Casa Residenza Anziani, Rubiera (Reggio Emilia)
- (2) Infermiera, Azienda Ospedale Santa Maria Nuova Reggio Emilia
- (3) Tutor e docente del CdL in Infermieristica di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia; Azienda Ospedale Santa Maria Nuova Reggio Emilia

Corrispondenza: cinzia.gradellini@asmn.re.it

Introduzione

La sindrome del *burnout* è descritta come una perdita di interesse nei confronti delle persone con le quali l'operatore svolge la professione. È definita come condizione caratterizzata da esaurimento emotivo (esaurimento delle risorse e diminuzione dell'energia), depersonalizzazione (atteggiamenti e sentimenti negativi, insensibilità e mancanza di compassione) e mancanza di realizzazione personale (valutazione negativa del proprio lavoro relativo a sentimenti di competenza ridotta) (Maslach & Leiter, 2000). Si tratta di un processo inconsapevole che colpisce prevalentemente le professioni d'aiuto con un peggioramento degli atteggiamenti comportamentali e una conseguente riduzione della qualità nello svolgimento del proprio lavoro (*Ibidem*). La sindrome di *burnout* è ad oggi ancora poco conosciuta e riconosciuta nei contesti delle professioni di aiuto, nonostante siano passati decenni dalla prima identificazione.

Negli infermieri risultano livelli più elevati di *burnout*, rispetto ad altri professionisti della salute, correlati al contatto diretto prolungato, con rischio di coinvolgimento emotivo, e a bassi livelli di soddisfazione sul lavoro (Engelbrecht et al., 2008; Chopra et al., 2004). La tendenza generale è di dare ampia considerazione all'influenza delle caratteristiche personali come elementi di rischio, sottovalutando l'importanza fattori caratteristici del contesto di lavoro. La letteratura, al contrario, dà ampio rilievo a tali fattori, causa di stress cronico, tra i quali risaltano tensioni eccessive prolungate e il rapporto interpersonale (Maslach & Leiter, 1997). Indubbiamente le caratteristiche personali influenzano le modalità attraverso le quali ognuno interpreta, analizza e reagisce al contesto, ma non risultano essere le componenti determinanti del *burnout*. Alcuni autori rilevano caratteristiche individuali che predispongono: età superiore ai trenta/quaranta anni, nubilato/celibato, livello culturale elevato; in generale le persone che affrontano le difficoltà con un atteggiamento passivo/difensivo, con ridotte capacità di controllo o che si impegnano maggiormente nel proprio lavoro, risultano maggiormente a rischio (Tomei et al. 2008).

È interessante evidenziare che alcuni studi sugli effetti dei fattori di rischio sulla salute degli operatori sostengono che le differenti tipologie di trattamenti erogati e le differenti caratteristiche delle persone prese in carico, determinano specifiche condizioni di lavoro e influenzano il livello di benessere nel contesto lavorativo (Tummers et al., 2002; Verhaeghe et al., 2008).

Diversi studi dimostrano un'incidenza maggiore in strutture che si occupano prevalentemente di patologie croniche, nello specifico oncologia (Barnard et al., 2006; Medland et al., 2004; Gentry & Baranowsky, 1998), psichiatria, malattie infettive (Zenobi & Stefanile, 2007). Il coinvolgimento emotivo che si viene a creare con il paziente ha ricadute sugli operatori che tendono a percepire il fallimento della cura, come un fallimento personale (Perry B. 2008; Sherman A.C. et al., 2006; Simon et al., 2005). La patologia neoplastica, la complessità dei trattamenti, la morte, le questioni etiche correlate risultano fattori stressogeni che influenzano l'operatività quotidiana (Najjar et al., 2009).

Gli studi che riguardano l'incidenza del fenomeno nelle terapie intensive sono scarsi e discordanti. In Europa si parla del coinvolgimento del 30% degli infermieri e del 40-50% dei medici (Michalsen & Hillert, 2011). Nello specifico degli infermieri che lavorano in reparti di terapia intensiva, risulta un basso esaurimento emotivo, fattore di rischio per la sindrome (Tummers et al., 2002), ma alti livelli di spersonalizzazione assistenziale (Viotti et al. 2012). In generale, il livello di insoddisfazione degli infermieri dei reparti per patologie acute risulta due volte superiore, presumibilmente per un maggior carico di lavoro, insieme a una riduzione dei tempi relazionali (Violante et al., 2009).

Uno studio italiano riporta che sugli elementi del *burnout*, esaurimento emotivo, realizzazione personale e depersonalizzazione, non emergono differenze statistiche tra i reparti di cronicità e acuzie. Per quanto riguarda l'esaurimento emotivo, risulta nettamente superiore negli infermieri del dipartimento emergenza-urgenza; la spersonalizzazione, invece, risulta assente in tale area, ma elevata nei reparti per patologie croniche (Burla F. et al, 2013).

Nonostante in letteratura esista un consenso generale nel considerare il *burnout* un fenomeno con un'incidenza maggiore agli esordi della carriera lavorativa (Sentinello & Negrisolo, 2009), si rileva che i soggetti anagraficamente e professionalmente più anziani, risultano significativamente più insoddisfatti, dunque a rischio di *burnout* (Violante et al. 2009). Dai risultati ottenuti si evince che il *burnout* non è un fenomeno legato alla contingenza dell'inserimento lavorativo, ma si aggrava nel tempo, in modo graduale.

Uno sguardo al contesto clinico

Dalla bibliografia emergono riflessioni significative correlate alle specificità dei contesti di lavoro ed è per tale ragione che si è provato a mettere in correlazione contesti cronici (medicina, lungodegenza) e acuti (chirurgia, pronto soccorso) di un ospedale distrettuale.

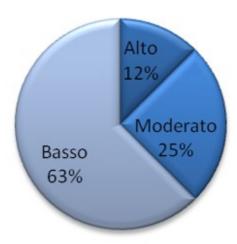
Per tale analisi sono stati utilizzati la Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach e Jackson, 1993) e il Burnout Potential Inventory (BPI; Potter, 1994). L'MBI è uno strumento validato, costituito da ventidue *items* che vanno a misurare le tre differenti dimensioni del burnout: Esaurimento Emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP), Realizzazione Personale (RP). A ciascuna domanda l'intervistato assegna un valore secondo scala Lickert da 0 /6. Il BPI è costituito da ventotto indicatori che misurano le condizioni lavorative considerate rischio di *burnout*: mancanza di potere, assenza di informazioni, conflitto, equipe inefficiente, straripamento (quando il lavoro interferisce con la vita privata o è molto in relazione al tempo a disposizione), noia, mancanza di feedback, punizioni (non riconoscimento del proprio lavoro), alienazione (percezione di isolamento e vissuto del ruolo lavorativo come di un ingranaggio della macchina organizzativa), ambiguità del proprio ruolo (cambiamenti frequenti e mancanza di priorità), mancanza di ricompense, conflitti di valore.

Sono stati coinvolti due gruppi di professionisti per un totale di cinquantatre infermieri ospedalieri, per cui sono stati presi in considerazione anche l'età e gli anni di servizio.

Per quanto riguarda i reparti per patologie croniche, la scala MBI evidenzia un esaurimento emotivo elevato per il 12% degli infermieri, moderato per il 25%, basso per il 63% (**Grafico 1**). Il livello di DP risulta elevato per il 17% degli infermieri, moderato per il 21%, basso per il 62%. Relativamente alla RP, risultano alti livelli per il 67% dei professionisti coinvolti nell'analisi, moderati per il 25%, bassi per il restante 8%.

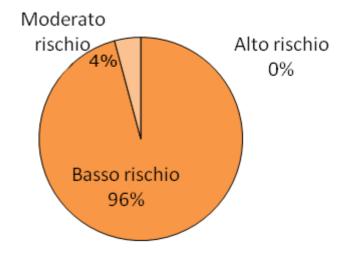
Grafico 1 - Risultati MBI dell'esaurimento emotivo nei reparti cronici

esaurimento emotivo reparti cronici



Il BPI, in linea con i risultati del precedente strumento, rileva un basso rischio di *burnout* per il 96% degli infermieri: per tutti gli indicatori prevale, nettamente, il basso rischio (**Grafico 2**).

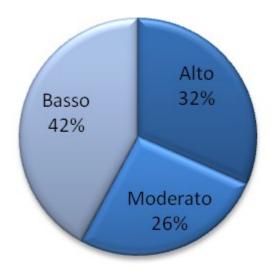
Grafico 2 - Risultati BMI nei reparti cronici rischio di burnout. BPI reparti cronici



Per quanto riguarda i reparti per patologie acute, la scala MBI evidenzia un EE alto per il 32% degli infermieri, moderato per il 26%, basso per il 42% (**Grafico 3**). Il livello di DP risulta elevato per il 42% degli infermieri, moderato per il 16%, basso per il 42%.

Bassi livelli di RP si riscontrano nel 21% dei professionisti; nel restante 58% emergono livelli elevati.

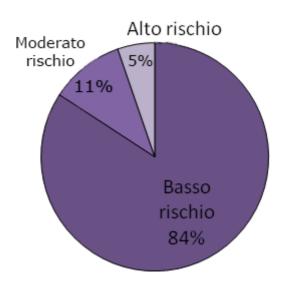
Grafico 3 - Risultati dell'esaurimento emotivo nei reparti acuti esaurimento emotivo reparti acuti



Dai risultati ottenuti con il questionari BPI, si evidenzia che nei reparti acuti, il rischio di burnout è basso per l'84% dagli infermieri coinvolti, moderato per l'11% ed elevato per il 5% (**Grafico 4**).

Grafico 4 - Risultati BMI nei reparti acuti

rischio di burnout. BPI reparti acuti



Esistono contesti clinici a maggior rischio di burnout?

Dall'indagine effettuata emerge che gli infermieri che lavorano nei reparti acuti dimostrano un livello maggiore di esaurimento emotivo, dato contrastante con quanto emerso in bibliografia (Viotti et al., 2102; Zenobi & Sansoni, 2007; Tummers et al., 2002), ma in linea con uno studio più recente (Burla et al., 2013). In entrambi i contesti, i livelli più elevati di EE fanno riferimento a infermieri appartenenti a medesima fascia d'età (40-49 anni) e medesima anzianità di servizio (da 21 a 30 anni).

Anche la DP risulta più elevata nei reparti acuti, in linea con la bibliografia (Viotti et al., 2102; Zenobi & Sansoni, 2007); da tali dati si discosta lo studio citato precedentemente in cui la DP risulta essere completamente assente nei dipartimenti di emergenza (Burla et al., 2013). Gli anni di servizio e la fascia d'età più colpita risultano le medesime dell'EE, in entrambi i contesti.

Bassi livelli di RP (elevato *burnout*) interessano prevalentemente gli infermieri dei reparti acuti. Il dato appare contrastante con il contesto lavorativo che solitamente richiede conoscenze e tecniche avanzate e che quindi dovrebbe offrire maggiori gratificazioni personali. L'elemento esplicativo coincide, probabilmente, con l'elevato rischio di insuccesso per complessità assistenziale, con possibilità di sviluppare senso di inadeguatezza e impotenza (Zenobi & Sansoni, 2007).

Complessivamente dal MBI emergono livelli maggiori di *burnout* in soggetti anagraficamente e professionalmente più anziani, nonostante in letteratura prevalga un'incidenza maggiore nei primi anni della carriera lavorativa (Sentinello & Negrisolo, 2009).

I dati emersi da BPI, sul rischio di *burnout*, non fanno emergere differenze significative correlabili al contesto di lavoro. I livelli di rischio risultano, infatti, bassi sia nei reparti cronici (96%), sia nei reparti per acuti (84%). Un unico questionario, dei reparti per acuti, riporta rischio elevato di *burnout* corrispondente a una fascia d'età superiore ai cinquant'anni.

L'elemento di maggior criticità, emersi dal BPI sui reparti acuti (*straripamento*) risulta in linea con la letteratura (Zenobi & Sansone, 2007).

Conclusioni

Nel contesto preso in esame non emergono dati preoccupanti di *burnout* sulla popolazione di professionisti analizzati, pur evidenziando una prevalenza nei reparti per patologie acute. Gli elementi di rischio risultano sovrapponibili ai due contesti, mantenendosi su un basso livello in entrambi.

In accordo con quanto emerso dalla bibliografia, si conferma un ruolo importante del contesto ambientale e organizzativo, su incidenza e sviluppo della sindrome, poiché i bassi elementi di rischio, correlati alle caratteristiche del contesto di lavoro, esitano in bassi livelli di *burnout*.

I principali elementi di prevenzione fanno riferimento alla promozione della salute nei luoghi di lavoro, alla riduzione del sovraccarico orario e alla gestione di sessioni di supervisione (Wolfgang et al., 2011; Korczak et al., 2010). Le strategie focalizzate alla persona prevedono il rafforzamento delle risorse individuali, per aumentare la capacità di gestione dello stress lavorativo e il miglioramento delle dinamiche relazionali (Sentinello e Negrisolo, 2009).

Gli interventi di prevenzione e riduzione del *burnout* saranno tanto più efficaci quanto più riusciranno a cogliere la complessità di questo fenomeno e dovrebbero agire su molteplici livelli, combinando diverse strategie (*Ibidem*).

- Barnard D, Street A, Love AW (2011) Relationships between stressors, work supports and burnout among cancer nurses. Cancer Nurs, 29, 338–345.
- Kaschka WP, Korczak D, Broich K (2011) Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int, 108(46), 781-7.
- Burisch M, Das Burnout-Syndrom (2010). 4th edition, Heidelberg: Springer.
- Burla F, Murgano A, Bruschini M, Cinti M (2013) Il burnout e le sue componenti: confronto tra infermieri di area critica e infermieri di reparto. Prevention & Research (Internet). Modificato 7 agosto 2013; consultato 1 settembre 2013, 3(3), disponibile all'indirizzo: http://www.preventionandresearch.com/il-burnout-e-le-sue-componenti-confronto-tra-infermieri-di-area-critica-e-infermieri-di-reparto.html.
- Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO (2004) Student Jama, Physician burnout. JAMA, 291(4), 633.
- Engelbrecht M, Bester CL, Van Den Berg H, Van Rensburg HCJ (2008) The Prediction of Psychological Burnout by Means of the Availability of Resources, Time Pressure or Workload, Conflict and Social Relations and Locus of Control of Professional Nurses in Public Health Centres in the Free State. Proceedings of the European Applied Business Conference (EABR) and Teaching and Learning Conference (TLC). Rothenburg, Germany.
- Gentry E, Baranowsky A (1998) Workbook for Certified Compassion Fatigue Specialist. Toronto: Psyche Ink Resources.
- Hillert A, Marwitz M (2006) Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?. Monaco: CH Beck.
- Korczak D, Kister C, Huber B (2008) Differential diagnostic des Burnout-Syndroms. GSM, 5(6).
- Maslach C, Leiter MP (2000) Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro. Trento: Erickson.
- Maslach C, Jackson S (1993), Maslach burnout inventory: manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Medland J, Howard RJ, Whitaker E (2004) Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: Addressing burnout and social support in the workplace. Oncology Nursing Forum, 31(1), 47-54.
- Michalsen A, Hillert A (2011) Burnout in anesthesia and intensive care medicine. Part 2: Epidemiology and importance for the quality of care. Der Anaesthesist, 60,(1), 31-38.
- Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Doebbeling CC (2009) Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. Journal of Health Psychology, 14(2), 267-77.
- Perry B (2008) Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. Canadian Oncology Nursing, 18(2), 87-99.
- Potter B (1994) Beating Job Burnout. How to transform work pressure into productivity. Berkeley: Ronin Publishing.
- Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P (2006) Caregiver stress and burnout in an oncology unit. Palliative and Supportive Care, 4(1), 65-80.
- Sentinello M, Negrisolo A (2009) Quando ogni passione è spenta. La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie. Milano: McGraw-Hill.
- Simon CE, Pryce JG., Roff LL, e Klemmack D (2005) Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. Journal of Psychosocial Oncology, 23(4), 1-14.
- Tomei G., Cinti ME, Palitti T, Rosati MV., Tria M., Tomei F, Fioravanti M (2008) L'evidenza scientifica in medicina del lavoro: studio meta-analitico sulla sindrome del burnout. Med. Lav, Università Sapienza, 99(5), 327-51.
- Tummers G., Van Merode GG, Landeweerd JA (2002) The diversity of work: differences, similarities and relationship concerning characteristic of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. Int. J Nurse Stud, 39(8), 841-55.
- Verhaeghe R, Vlerick P, Gemmel P, Van Maele G., De Backer G. (2006) Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence. Internetional Journal of Nursing Studies, 56(6), 646-56.
- Viotti S, Converso D, Loera B (2012) Soddisfazione lavorativa e burnout in relazione alle caratteristiche del lavoro e alla tipologia dell'utenza: un confronto tra servizi di cura intensiva (ICU) e non intensivi (non-ICU). Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 34(2 Suppl B), 52-60.

- Violante S, Benso PG., Gerbaudo L, Violante B (2009) Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 31(1), 36-44.
- Von Känel R (2008) The burnout syndrome: a medical perspective. Praxis, 97(9), 477-87.
- Zenobi C, Sansoni J (2007) Burnout e cure intensive. Professione Infermieristica, 60(3), 148-54.



ESPERIENZE

Endoscopic anterior cricoid split: assistenza infermieristica

di Stefania Cozza (1), Patrizia Zinno (2)

(1) Infermiere DH Centralizzato(2) Infermiere DH Endoscopia respiratoriaAUO Meyer - Firenze

Corrispondenza: stefania.cozza@meyer.it

L'endoscopia pediatrica

L'endoscopia pediatrica ha raggiunto un ruolo fondamentale a partire dagli anni '70 grazie alla disponibilità di strumenti adeguatamente miniaturizzati e sofisticati. Vista la peculiarità delle vie respiratorie del bambino ed in particolare del neonato, la visualizzazione delle vie aeree richiede una specifica presenza e competenza sia del personale medico che infermieristico, soprattutto nelle fasi intra e postoperatorie.

L'esame endoscopico viene eseguito con il fibrobroncoscopio (FBS) uno strumento flessibile, scarsamente invasivo e dotato all'estremità di una telecamera che permette l'esplorazione delle vie aeree lungo le quali viene fatto procedere. Per gli interventi operativi a livello tracheobronchiale lo strumento di elezione è il broncoscopio rigido, mentre la microlaringoscopia in sospensione (MLS) rappresenta l'indagine endoscopica deputata al trattamento delle strutture laringee. Questa tecnica diagnostico-terapeutica è stata messa a punto da Oskar Kleinsasser nel 1968, per esplorare la laringe nei pazienti in anestesia generale; il suo merito è stato quello di introdurre l'utilizzo del microscopio operatorio per consentire un miglior controllo del gesto chirurgico, permettendo l'utilizzo contemporaneo di entrambe le mani.

La laringe si trova nel collo, superiormente alla trachea ed inferiormente al faringe ed è un organo di fondamentale importanza per la produzione della voce, per la deglutizione, per la respirazione e impedisce che il bolo alimentare passi nelle vie respiratorie. E' anche definita 'Box Vocale' perché al suo interno sono contenute le corde vocali, due strutture pari e simmetriche fondamentali per l'articolazione del linguaggio.

Per stenosi sottoglottica s'intende il restringimento delle vie aeree nella zona compresa tra la superficie inferiore delle corde vocali e la porzione inferiore della cartilagine cricoidea; nel bambino quest'area rappresenta la porzione più ristretta delle vie aeree, con un diametro massimo variabile fra i 4,5 mm ed i 7 mm, e per questo motivo la microlaringoscopia in sospensione rappresenta la tecnica endoscopica di elezione in età pediatrica per il trattamento delle strutture laringee del bambino.

I segni classici di stenosi sottoglottica sono: respiro rumoroso (stridore di solito bifasico), incapacità di respirare senza una tracheostomia, laringiti ricorrenti.

L'attività del Centro di Endoscopia Respiratoria della nostra Azienda

Nel nostro Centro è stata perfezionata l'Endoscopic Anterior Cricoid Split (EACS), tecnica chirurgica descritta per la prima volta da Cotton e Seid, la quale prevede una sezione della cricoide e dei primi 2 anelli tracheali per poter dilatare la cartilagine.

Abbiamo analizzato le cartelle endoscopiche dei bambini afferenti al centro a partire dal 01/01/2012 fino al 31/12/2013: complessivamente i bambini che hanno eseguito endoscopie respiratorie in regime di Day Hospital sono stati 1180. Durante questo arco temporale i bambini sottoposti a EACS sono stati 72, con una età media di 68,2 mesi; nello specifico sono stati sottoposti ad Endoscopic Anterior Cricoid Split 2 neonati, rispettivamente di 18 giorni e di 24 giorni.

I dati evidenziano che 21 bambini (30%) hanno richiesto il ricovero in Rianimazione per un monitoraggio intensivo della funzione respiratoria, mentre il restante dei bambini (51) è ritornato presso il Day Hospital ed è stato dimesso.

L'intervento si suddivide in tre fasi: la prima prevede l'esecuzione di una fibrobroncoscopia flessibile (FBS) in respiro spontaneo per una diagnostica iniziale della glottide e per lo studio della motilità cordale. La seconda fase, ove necessita, prevede l'utilizzo del broncoscopio rigido, per la valutazione dell'esatto calibro e lunghezza del tratto stenotico e per escludere l'eventuale presenza di ulteriori anomalie o flogosi sovrapposte delle vie aeree. La terza fase è la MLS in sospensione.

L'assistenza infermieristica al bambino

All'ingresso in Day Hospital il bambino e la sua famiglia sono accolti dal personale infermieristico che controlla i dati anagrafici del bambino e ne ricostruisce la "storia endoscopica" attraverso la consultazione della banca-dati aziendale in cui sono stati archiviati i diversi decorsi endoscopici. Altri dati, invece, relativi al peso (necessario al calcolo del dosaggio dei vari farmaci utilizzati e di altri tipologie di presidi), la verifica delle condizioni cliniche come la presenza o meno di tosse, secrezioni, febbre o altre patologie concomitanti, il tipo di alimentazione seguita dal bambino (per os oppure PEG) sono registrati in cartella infermieristica.

Infine l'infermiere ricorda al genitore l'importanza del mantenimento del digiuno, da un'indicazione in merito all'orario dell'intervento e illustra il decorso post-operatorio. Gli infermieri presenti in una sala di endoscopia respiratoria sono tre: il primo con il medico endoscopista, il secondo con il medico anestesista, il terzo supportail team ed è per questo motivo definito "circolante".

In sala operatoria il bambino viene accompagnato dal genitore, lì, accolto dall'infermiere "circolante" che lo invita a distendersi sul letto operatorio per iniziare l'induzione all'anestesia tramite gas alogenato; il genitore resta presente fino a che l'anestesia è stata inalata al piccolo per poi essere accompagnato in sala d'attesa.

Il mantenimento della sicurezza del paziente durante l'anestesia generale è garantito dall'infermiere che collabora con il medico anestesista e dalla figura del "circolante": il piccolo è posizionato supino con gli arti allineati lungo il corpo, è reperito un accesso venoso, i parametri vitali vengono monitorati, la temperatura corporea è mantenuta con coperte ad aria calda, sono protette cute e mucose ed infine vengono aspirate le secrezioni dal naso e dalla bocca ed è svuotato lo stomaco dall'aria e dall'eventuale ristagno gastrico tramite un sondino naso-gastrico.

A questo punto inizia la fase endoscopica vera e propria nella quale l'infermiere che collabora con il medico endoscopista, dopo aver predisposto la strumentazione necessaria, porge in prima battuta il FBS per una prima indagine endoscopica e, dopo aver assemblato il broncoscopio rigido, passa anche questo strumento al medico endoscopista per eseguire una valutazione più accurata della stenosi da trattare. Nel momento in cui il medico endoscopista decide di passare alla MLS, l'infermiere provvede ad allestire la strumentazione necessaria alla procedura stessa, adeguata all'età del bambino (laringoscopio operatorio secondo Benjamin- Lind – Holm, sostegno contro-petto che viene sistemato su un piatto fissato al tavolo operatorio e posto a livello della linea mammellare del paziente, microscopio operatorio).

Nel caso sia richiesto l'uso del laser a diodi il medico anestesista, prima del suo utilizzo, deve portare la concentrazione di O2 preferibilmente al 29% ove possibile; in questo caso i farmaci utilizzati non sono più somministrati per via inalatoria ma venosa. La terapia farmacologica locale al termine della MLS è composta principalmente da due farmaci: il primo è il triamcinolone, farmaco che possiede elevate proprietà anti edema ed antinfiammatorie nel dosaggio di 0,5 ml ad iniezione (indipendentemente dal peso del bambino), e la mitomicina, chemioterapico, antiblastico che ha lo scopo di ridurre la reazione cicatriziale.

Nel momento in cui il medico endoscopista valuta il termine della procedura, il medico anestesista inizia la fase del risveglio: durante questa fase l'infermiere resta a fianco del piccolo paziente, tranquillizza il bambino e ne controlla il risveglio neurologico, attende la ripresa del respiro spontaneo, la stabilizzazione dei parametri vitali e la ripresa dello stato di coscienza; aspira le secrezioni bronchiali e gastriche e chiude l'accesso venoso. Il bambino è quindi trasferito presso il Day Hospital per il monitoraggio post endoscopia e per l'esecuzione della terapia inalatoria prescritta. Il digiuno è mantenuto in essere per altre 2 ore solo se è stata eseguita l'anestesia delle corde vocali, altrimenti il bambino può riprendere l'alimentazione da subito, innanzitutto con liquidi chiari e, se non si manifestano episodi di vomito, è possibile alimentarlo con cibi solidi morbidi; viene continuamente valutato lo stato di coscienza e controllate le secrezioni. La dimissione definitiva dal Day Hospital avviene dopo 3 ore circa dall'uscita dalla sala operatoria.

L'intervento informativo che accompagna questo tipo di tecnica chirurgica riguarda l'educazione dei genitori al riconoscimento della sintomatologia tipica dell'occlusione, quali dispnea, aumento della quantità e della qualità delle secrezioni, airtrapping. Inoltre diventa fondamentale aiutare il bambino e l'intera famiglia ad accettare la patologia. Al trauma della malattia, con l'abbandono di uno stato di benessere pscicofisico, si aggiunge l'allontanamento dall'ambiente familiare e la possibile separazione, anche se temporanea, da una o più figure di riferimento (mamma e padre). Il ricovero in senso lato rappresenta un punto di rottura rispetto alle certezze del quotidiano e al percorso di crescita verso l'autonomia, con la consequente perdita di spazi propri e privati, soprattutto se i ricoveri sono ripetuti e ravvicinati nel tempo. Altre variabili che entrano in gioco, oltre a quelle legate al bambino, sono la relazione madre/bambino, le informazioni sulla malattia e sull'ospedale. la reazione che manifestano le figure di riferimento rispetto alla malattia e l'atteggiamento del personale sanitario. Tenendo quindi in considerazione tutte queste variabili l'infermiere deve modulare l'assistenza a seconda della famiglia e del bambino che si trova di fronte, aumentando o migliorando la propria capacità di presa in carico allo scopo di rendere l'ospedale un luogo rassicurante e meno estraneo.

Dopo 3 anni complessivi di follow up, la metodica rappresenta una tecnica innovativa poichè, pur garantendo un'ampliamento della struttura laringea paragonabile in tutto e per tutto a quello ottenuto con le metodiche chirurgiche a cielo aperto, non inficia la funzione cordale e quindi la qualità della voce del paziente, poiché non ingenera diastasi delle corde vocali.

- P. Serio, L. Mirabile Endoscopia Respiratoria: diagnosi e terapia in Rianimazione in Età Pediatrica a cura di L. Mirabile, S. Baroncini Springer Verlag Editore Italia 2012 pagg 171 191.
- Cohen S.R "Congenital glottic webs in children" Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. 1985: 99 (suppl. 121): 1.
- L.Mirabile, P. Serio, R. Baggi, V. Couloigner "Endoscopic anterior cricoid split and balloon dilation in pediatric subglottic stenosis" International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 74 (2010) 1409–1414.

- L. Mirabile Ostruzioni respiratorie in età pediatrica. Guida all'endoscopia ed al trattamento Poletto Editore srl 2002.
- Vikki L. Kociela Pediatric Flexible Bronchoscopy Under Conscious Sedation: Nursing Consideration for Preparation and Monitoring Journal of Pediatric Nursing 1998 Vol. 13 6:343-348.
- C.J. Hartnick, B.E. Hartley, P.D. Lacy, J.Liu, J.A. Bean, J.P. Willging, C.M. MyerIII, R.T. Cotton, Topical mitomycin application after laryngotracheal reconstruction: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 27 (2001) 1260–1264.
- P. Monnier, M. George, M.L. Monod, F. Lang, The role of the CO2 laser in the management of laryngotracheal stenosis: a survey of 100 cases Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 262 (2005) 602–608.



ESPERIENZE

La percezione di infermieri stranieri sul processo d'integrazione professionale nel territorio parmense

di Pietro Vesperoni (1), Giuliana Masera (2)

- (1) Infermiere
- (2) Professore a contratto Corso di Laurea in Infermieristica Università di Parma

Corrispondenza: <u>pietro.vesperoni@gmail.com</u>

Uno studio condotto da Fortunato nel 2012 evidenzia quanto il fenomeno dell'"immigrazione infermieristica" sia un dato numericamente rilevante in Italia e più in particolare in Emilia Romagna. Tuttavia, sempre per quanto riguarda la situazione italiana, non sono stati rilevati studi di tipo qualitativo inerenti a questo fenomeno. Come riporta la revisione bibliografica condotta da Kawi e Xu (2009), la maggior parte delle ricerche qualitative inerenti questo ambito sono state condotte nel Regno Unito (41%), Usa (31%), Canada (14%), Australia (10%) e Islanda (3%), e da queste *emerge* come il processo di integrazione sia un fenomeno complesso e per nulla scontato, irto di insidie e barriere culturali che ne impediscono la buona riuscita, con conseguenze negative sulla qualità dell'assistenza e sul lavoro di equipe. Partendo da queste considerazioni si può comprendere la necessità di esplorare le esperienze degli infermieri stranieri riguardo la loro integrazione nel nostro contesto lavorativo, e da queste estrapolare il loro vissuto sulle complicanze e difficoltà incontrate. Lo scopo quindi di questa indagine è stato quello di esplorare, approfondire e descrivere le esperienze e i punti di vista di infermieri stranieri che lavorano nel territorio di Parma, vertendo in particolare su due aree di interesse:

- Positività: esperienze e fattori positivi inerenti all'integrazione e all'ambientamento professionale.
- Criticità: esperienze e fattori negativi inerenti all'integrazione e all'ambientamento professionale.

Cosa dicono gli infermieri stranieri

Come gruppo di riferimento per condurre l'indagine è stato scelto un gruppo di dodici infermieri stranieri assunti ed impiegati nel territorio parmense, con almeno un anno di attività lavorativa nel proprio paese di origine.

Lo strumento scelto per l'indagine è stata l' intervista aperta e in profondità con ognuno dei partecipanti. L'intervista non è stata strutturata poiché la vera natura dell'indagine fenomenologica fa emergere le domande mano a mano che il fenomeno viene compreso da chi conduce l'indagine. Il metodo seguito per le interviste è stato quello di Van Manen (1990), attraverso un'unica domanda di riferimento:

"Mi parli del suo ambientamento e della sua esperienza professionale da quando si è trasferito/a in questo ambiente lavorativo."

Le interviste sono state condotte in luoghi a discrezione degli intervistati e sono state ascoltate, registrate e trascritte parola per parola.

I risultati ottenuti dall'analisi delle interviste trascritte hanno rivelato in totale sette temi, tre inerenti l'ambito delle positività e quattro inerenti l'ambito delle criticità relative all'esperienza professionale degli infermieri stranieri nel loro processo di ambientamento.

POSITIVITA'

Supporto psicosociale. La stragrande maggioranza dei partecipanti ha trovato supporto soprattutto dai colleghi di lavoro, grazie ai quali si sono ambientati più facilmente nel nuovo contesto culturale e professionale. Molti infermieri stranieri testimoniano anche un ottimo rapporto coi pazienti, riconosciuti in alcuni casi come supporto motivazionale e come vere e proprie risorse per l'integrazione culturale e l'apprendimento linguistico. Alcuni partecipanti citano come elemento di supporto la presenza di infermieri connazionali già presenti e ben integrati nel nuovo ambiente lavorativo.

Opportunità di arricchimento culturale. Molti degli intervistati hanno visto l'inserirsi in una nuova cultura con tutto quello che ne consegue, come un'opportunità di apprendimento. L'apprendimento include soprattutto la conoscenza di una nuova lingua e di nuovi costumi ed usanze, mentre include in minor parte conoscenze relative alla prassi assistenziale (nuove tecnologie).

Etica positiva del lavoro. In generale i partecipanti in risposta alle difficoltà di integrazione inizialmente incontrate hanno lavorato con grande impegno e perseveranza, affidandosi anche e soprattutto all'esperienza sviluppata lavorando nel loro paese. Il lavorare duramente ha anche accelerato l'apprendimento della lingua e delle differenti pratiche assistenziali, oltre che aver contribuito allo sviluppo di un ruolo assertivo basato sulla mediazione. Questa etica positiva del lavoro è anche supportata da motivazioni quali il mettere alla prova se stessi ed ottenere riconoscimento e gratificazioni.

CRITICITA

Difficoltà di linguaggio e comunicazione. Tutti i partecipanti all'indagine hanno evidenziato un grosso ostacolo comunicativo, non solo legato alla semplice conoscenza della lingua: differenze nell'accento, terminologia, modi di dire e dialetti. Soprattutto per quanto riguarda battute, dialetti e modi di dire, molti infermieri stranieri hanno considerato una sfida ancora più ardua la comprensione di questi. Anche l'assenza di mimica e gestualità (come nelle conversazioni telefoniche) aumentano lo stress e il timore di incomprensioni. Altri ostacoli relativi alla comprensione del linguaggio comprendono sicuramente il contrasto tra la "vita famigliare" e la "vita professionale" di questi infermieri, poiché mentre sul posto di lavoro cercano di imparare nuovi linguaggi e nuove usanze, una volta tornati in famiglia riprendono a parlare nella loro lingua madre, facendo ancor più fatica a conciliare il nuovo stile di vita con il vecchio.

Diseguaglianze e pregiudizio razziale. Alcuni infermieri stranieri intervistati riportano episodi di sfiducia nei loro confronti e rifiuto delle cure soprattutto da parte dei parenti dei pazienti, rifiuti legati alla differente appartenenza etnica. Tre partecipanti allo studio riportano anche episodi di isolamento e diffidenza anche da parte di colleghi di lavoro, situazioni che provocano emozioni di emarginazione e senso di inadequatezza.

Differenze nelle pratiche assistenziali. La totalità dei partecipanti all'indagine una volta giunti nel nuovo contesto operativo, realizzano un grandissimo contrasto tra le loro aspettative di lavoro e ciò che effettivamente viene loro richiesto.

Molti lamentano una minor qualità della formazione professionale, e quindi minor autonomia nelle pratiche assistenziali, a molti di loro non è legalmente permesso effettuare certe procedure che svolgevano normalmente nel loro paese di provenienza, il che li porta a sentirsi svalorizzati e poco apprezzati. Altri esempi citati sono l'elevata anzianità dei pazienti, che si collega anche ad un minor coinvolgimento della famiglia del paziente rispetto al loro paese di origine. Un altro fattore importante riportato è la frammentazione del lavoro assistenziale, correlato anche all'esecuzione di lavori strettamente fisici e manuali (es: igiene del paziente) e ad una maggior attività burocratica, frammentazione del lavoro che porta spesso a trascurare la parte relazionale del rapporto di cura col paziente.

Inadeguate opportunità di crescita professionale. Tra gli infermieri stranieri che hanno partecipato all'indagine è opinione diffusa che vi siano scarse o inadeguate opportunità di crescita e sviluppo professionale, questo perché non vi sono sufficienti incentivi in quanto i costi di eventuali specializzazioni o tipi di formazione post-laurea sono ritenuti molto elevati e non congrui a quelli che sono poi i riconoscimenti e le valorizzazioni di questi, ad eccezione di figure prettamente gestionali/manageriali, come il case manager o il coordinatore/ coordinatrice infermieristico/a.

Conclusioni

Nel complesso dai dati emersi si può denotare una prevalenza di criticità correlate soprattutto a temi come il mancato riconoscimento professionale, un ruolo marginale o "tappabuchi" e la mancanza di autonomia. Gli aspetti positivi sono invece legati agli ambiti relazionale e motivazionale.

I limiti di questa indagine sono legati agli strumenti utilizzati che non consentono l'espressione di risultati quantificabili e generalizzabili, e in parte dalla scarsa disponibilità di tempo e risorse che hanno portato alla selezione di un gruppo piccolo e non rappresentativo. Tuttavia dal confronto con la letteratura si può evincere come i risultati ottenuti siano sovrapponibili a quelle evidenziati in lavori condotti in altri paesi.

In questo lavoro per quanto riguarda i fattori favorenti l'ambientamento emergono novità quali il citare non solo i colleghi connazionali ma anche i colleghi del paese ospitante e soprattutto i pazienti, indicati come vera e propria fonte di motivazione e aiuto.

Per quanto riguarda i fattori ostacolanti invece la principale novità o se vogliamo differenza risiede nel tema inerente alle opportunità di crescita professionale: mentre negli studi afferenti soprattutto nei paesi anglosassoni la scarsa possibilità di crescita professionale è correlata a pregiudizi razziali negativi, in Italia questo fenomeno riguarda tutti i professionisti, non solo quelli stranieri. Il motivo alla base quindi è strutturale, il poco o nullo riconoscimento attribuito ad esempio a master o specializzazioni post laurea non è legato a pregiudizio razziale nel confronto degli infermieri stranieri, ma è legato a tutto il contesto lavorativo italiano e coinvolge quindi tutti gli infermieri.

Dai risultati di questa indagine appare dunque evidente come l'ambiente sanitario lavorativo nel quale gli infermieri stranieri si sono integrati ed immersi ha creato alcuni problemi ed alcune sfide, e come tali, hanno influenzato la loro opinione e percezione del contesto lavorativo locale. Oltre a costituire un'importante presenza in termini numerici nel nostro sistema sanitario, gli infermieri stranieri vanno anche considerati come un'ulteriore risorsa potenziale non solo in termini di massa lavorativa, ma anche nel riconoscimento di aspetti culturali peculiari da considerare nell'assistenza.

Appare così di grande importanza attuare strategie tali da garantire un inserimento ed un'integrazione adatte a sfruttare nella miglior maniera possibile il contributo e le risorsa che gli infermieri stranieri possono dare e possono essere. In tal senso i risultati ottenuti possono aiutare tutte le figure professionali in ambito sanitario ad avere una maggiore comprensione dei significati e delle esperienze che gli infermieri stranieri vivono ambientandosi in un contesto professionale e culturale come il nostro, e possono così anche dare un contributo nello sviluppo di ulteriori indagini nel medesimo ambito e quindi alla formazione di nuove strategie di accoglienza e supporto.

- Fortunato, E. (2012). Gli infermieri stranieri in Italia: quanti sono, da dove vengono e come sono distribuiti. *L'infermiere* (on-line), 1; disponibile al link: http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere-page-7, htm.
- Kawi, J. & Xu, Y. (2009). Facilitators and barriers to adjustement of international nurses: an integrative review. *International Nursing Review* 56, 174-183.
- Matiti, M.R. & Taylor, D. (2005). The cultural lived experience of internationally recruited nurses: a phenomenological study. *Diversity in Health and Social Care*, 2 (1), 7-15.
- Van Manen, M. (1990). Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. State University of New York Press, Buffalo, NY.
- Withers, J. & Snowball, J. (2003). Adapting to a new culture: a study of the expectations and experiences of Filippino nurses in the Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust, *NT Research*, 8 (4), 278-290.



ESPERIENZE

La nutrizione per OS della persona con disfagia orofaringea: video tutorial multilingue per caregiver

di Marta Iacuzzi (1), Giovanni Ferrin (2), Sara Steffanuto (3), Giulia Ortez (4)

- (1) Infermiera, Centro assistenza anziani, Maniago (PN)
- (2) Professore a contratto e Tecnico Multimediale, Corso di Laurea Magistrale in Comunicazione Multimediale e Tecnologie dell'informazione Università degli Studi Udine -Centro Polifunzionale di Pordenone
- (3) Infermiera, SOS Medicina, PO Latisana (UD)
- (4) Professore a contratto e tutor pedagogico, Corso di Studi triennale in Infermieristica, Università degli Studi Udine - Centro Polifunzionale di Pordenone

Corrispondenza: giulia.ortez@uniud.it

Il nostro progetto

Spesso le informazioni (verbali o scritte) fornite dai sanitari ai pazienti risultano troppo complicate per il cittadino medio. I segmenti della popolazione che sono più vulnerabili ai rischi connessi con un basso livello di alfabetizzazione sanitaria includono anziani, immigrati stranieri e disoccupati. Nella letteratura nazionale e internazionale vengono discussi e documentati anche i benefici che derivano dall'integrazione di approcci educativi con modalità *blended* in modo che l'infermiere che educa e dimette il paziente a domicilio possa personalizzare - letteramente "cucire su misura" - l'intervento educativo sui bisogni di apprendimento della persona e sulle sue preferenze al fine di raggiungere i suoi obiettivi di salute, promuovendone anche il coinvolgimento nel progetto di salute e stimolandone l'autocura (RNAO, 2012 - raccomandazione 7, livello di evidenza I).

Lo scopo del nostro progetto dal titolo "Video tutorial multilingue per l'addestramento del caregiver nell'alimentazione per os del paziente adulto con disfagia orofaringea" è stato di realizzare uno strumento educativo innovativo quale un video tutorial digitale, per facilitare loro addestramento pre-dimissione sull'assunzione del pasto della persona adulta con disfagia orofaringea dimessa a domicilio. I destinatari ideali a cui rivolgere il video vorrebbero essere i caregivers, siano essi familiari, assistenti familiari o assistenti domiciliari, coloro che si prendono cura a domicilio delle persone affette da disfagia, al fine di garantire un' assistenza consapevole e sicura nelle fasi di idratazione e nutrizione senza incorrere nel rischio di soffocamento o ancor più grave di polmonite ab ingestis.

Com'è nata l'idea

Nel nostro territorio tra Friuli-Venezia Giulia Occidentale e Veneto Orientale sono molto diffuse le assistenti familiari o "badanti" straniere che si prendono cura delle persone non autosufficienti a domicilio e che svolgono a tutti gli effetti il ruolo di caregiver formali. Secondo l'Istituto della ricerca sociale (2008) le assistenti familiari occupate sono 50.000, prevalentemente si occupano di anziani non autosufficienti, e, in particolare si tratta di donne provenienti dalla Romania, Moldavia e Ucraina.

Si è ritenuto opportuno occuparsi del loro ostacolo principale all'apprendimento per la gestione sicura della persona, ovvero la difficoltà di comprensione della lingua italiana: per questo abbiamo deciso di sottotitolare il video ponendo le due opzioni nel menù principale: la scelta dei sottotitoli in lingua romena e russa (quest'ultima in quanto compresa sia dalle persone russe, ucraine e moldave).

Perché un video tutorial?

Da una ricerca libera sul web, emerge che in generale il video tutorial è un mezzo tutt'ora poco utilizzato nell'ambito dell'educazione sanitaria nonostante possa essere uno strumento utile per comunicare informazioni riguardanti la salute soprattutto nei confronti di chi possiede limitate conoscenze su procedure sanitarie. Le indicazioni principali per il video includono l'assistenza al processo decisionale, la riduzione dell'ansia per le procedure, l'insegnamento delle pratiche di auto-cura" (Ferguson, 2012). Vi sono delle caratteristiche che il video tutorial deve avere per essere efficace: l'informazione deve essere semplice, positiva e non umiliante, focalizzata sul comportamento desiderato; nel momento in cui il paziente viene sopraffatto da informazioni si rischia di avere l'effetto contrario; la durata del video deve essere breve perché è stato studiato che persone con cultura della salute limitata perdono la capacità di concentrazione dopo 8 minuti. (Ferguson, 2012).

Il video, rispetto ad esempio un opuscolo cartaceo, risulta più fruibile ed efficace per evitare quella che è la caduta dell'informazione che segue la dimissione del paziente.

Le fasi di progetto

1) Revisione della letteratura

La strategia di ricerca iniziale è stata condotta utilizzando le parole chiave: *dysphagia, video tutorial, patient education*.

I limiti impostati sono stati:

Humans, All Adult: ≥ 19 years, published in the last 10 years.

Le strategie di ricerca perfezionate seguite sono state le seguenti:

- ["Deglutition Disorders"] AND ["Nutrition Assessment"] AND ["management"] OR ["disease management"]
- ["Videotape Recording"] AND ["Patient Education"]

Sono stati reperiti 36 articoli pertinenti di cui 1 metanalisi, 3 revisioni, 2 RCT, 8 linee guida. Le banche dati consultate sono state: *PubMed, National Guideline Clearinghouse, Cinahl, RNAO, NICE.* È stata condotta una ricerca libera su *Science Direct* e sono stati consultati inoltre articoli sul percorso diagnostico-terapeutico del paziente con disfagia reperiti all'interno di siti ospedalieri e materiali divulgativi validati per le famiglie dei caregivers.

E' stata inoltre ricercata la presenza sul portale *YouTube* di video tutoriali sulla disfagia, in particolare rispetto la gestione dell'alimentazione. Sono stati reperiti sei video inerenti l'argomento (5 spagnoli 1 italiano) che però si presentano discorsivi e descrittivi, più che dimostrativi, e realizzati in luoghi non pertinenti rispetto all'ambiente dove si alimenta normalmente un soggetto.

Il passo successivo è stata l'analisi degli articoli reperiti attraverso la ricerca bibliografica con il fine di selezionare i contenuti *core* di sicurezza da inserire come testo del video.

2. Definizione degli obiettivi

Scopo generale del progetto è stato realizzare uno strumento educativo multimediale innovativo, finalizzato all'addestramento soggetti che si occupano della persona con disfagia nella fase di pre dimissione dall'ospedale, che segua il paziente anche a domicilio.

3. Fabbisogno educativo di sicurezza

I principali bisogni educativi di sicurezza sul breve termine (principalmente cognitivi e gestuali) che un care giver ha prima della dimissione sono:

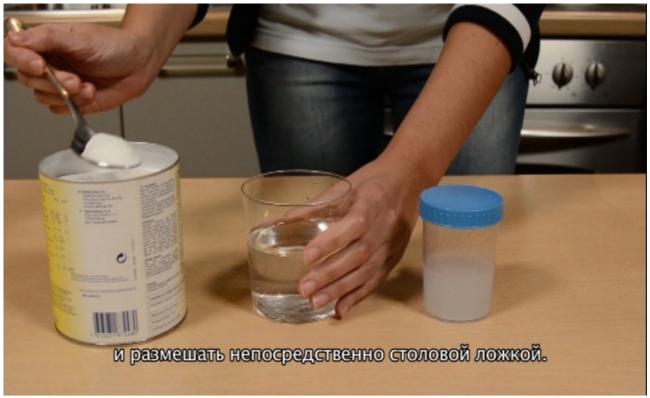
- Riconoscimento segni e sintomi della disfagia e principali complicanze
- Preparazione pasti e scelta alimenti adeguati, secondo le prescrizioni del team nutrizionale
- Allestimento ambiente idoneo per l'assunzione del pasto
- Posizionamento corretto per l'assunzione del pasto
- · Procedura igiene orale
- Preparazione e somministrazione farmaci in sicurezza.

4. Materiali e metodi

Le informazioni di sicurezza selezionate sono state trascritte sottoforma di dialogo negli storyboard realizzati ciascuna scena: esse sono state sottoposte a confronto tra esperti e a processo di editing, il linguaggio adattato a fruitori non sanitari, semplice e quotidiano. Si è proceduto infine alla traduzione in lingua romena e russa e alla stesura dei sottotitoli. Il progetto del video tutorial prevede la presenza di dieci scene i cui temi sono:

- · La disfagia: presentazione
- · La disfagia: che cos'è?
- · La dignità della persona
- L'ambiente
- La postura
- L'igiene orale (CPFLI, 2007)
- La preparazione del pasto (CASLPO, 2007; CPFLI, 2007)
- La somministrazione del pasto (Fotogramma 1)
- La preparazione e somministrazione dei farmaci (CPFLI, 2007) (Fotogramma 2)
- I dubbi.

Fotogramma 1



Fotogramma 2



Ciack: si gira

Il video è stato interpretato da due infermiere dell'ASS N.5 "Bassa Friulana", che si occupano del percorso della disfagia nella SOS di Medicina al Presidio Ospedaliero di Latisana, che hanno ricoperto rispettivamente il ruolo dell'infermiera, dott.ssa Sara Steffanuto, e del persona assistita, dott.ssa Sabrina Colla. I testi sono stati tradotti in sottotitoli in lingua romena e russa e importati con apposito programma informatico nelle rispettive scene di addestramento. Le curatrici della traduzione, sono due infermiere italiane, dott.ssa Roxana Irimia (madrelingua romena) libera professionista e dott.ssa Natalia Kobylina (madrelingua russa), SOS Ortopedia, Azienda Ospedaliera di Pordenone. La riprese del video tutorial sono state realizzate in una giornata ed è stato scelto per l'ambientazione un setting reale, una cucina di casa, al fine di rendere ancora più realistica e verisimile la dimostrazione: ivi posizionate le luci di scena e predisposti gli strumenti necessari per la registrazione. Le riprese sono state dirette dal dott. Giovanni Ferrin, docente e tutor del Corso di Laurea Magistrale in Comunicazione Multimediale e Tecnologie dell'informazione (CMTI) e realizzate dal dott. Enrico Zonta e dott. Mirko Privitera, tutor del corso di Laurea CMTI- Centro Polifunzionale di Pordenone. Tutte le scene sono state registrate più volte, in formato totale e in formato primo piano; con inquadrature di azioni svolte e o di dettagli utili per la comprensione.

Nei mesi di ottobre e novembre è seguita la fase di post-produzione e montaggio, e la scelta di dettagli come la musica di sottofondo, l'importazione dei sottotitoli e presentazione dei titoli di testa e di coda.

5. Risultati

Il video della durata di 11 minuti è stato masterizzato su DVD e sarà reso disponibile on line free in versione integrale, mentre è già possibile vederne un trailer all'indirizzo web http://youtu.be/eMa8eF9qGiw.

Valutazione

Le modalità di valutazione del sussidio ipotizzate una volta utilizzato all'interno di un progetto o percorso educativo strutturato potrebbero essere a breve termine: il gradimento (valutare tramite questionario la reazione dei partecipanti in merito all'esperienza, ai contenuti, durata, metodo didattico utilizzato) e l'apprendimento/cambiamento avvenuto (valutare tramite scheda educativa i miglioramenti in termini di conoscenze e abilità apprese dai destinatari). Infine a medio e lungo termine altre valutazioni possibili potrebbero riguardare la trasferibilità della conoscenza ad esempio la messa in atto abituale degli insegnamenti ricevuti, attraverso follow up telefonici post dimissione e anche sul lungo termine e la misurazione degli indicatori di risultato quali outcome clinici diretti e indiretti, il mantenimento di uno stato nutrizionale adeguato e diminuzione delle riammissioni ospedaliere per infezioni polmonari.

Conclusioni

Oggi le tecnologie della comunicazione e dell'informazione forniscono soluzioni audiovideo sempre più avanzate. I video tutorial per l'addestramento, sono in grado di offrire molti vantaggi quali la miglior efficacia comunicativa riguardo le informazioni di salute e la maggiore soddisfazione dell'utente. Migliorare la comunicazione della salute è una delle missioni più importanti ribadita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il terzo millennio e la diffusione della cultura della prevenzione può avvenire solo attraverso programmi educativi che si avvalgono di specifici sussidi creati ad hoc e che rendano il cittadino parte attiva del processo di cura.

L'educazione e l'addestramento determinano una riduzione delle ospedalizzazioni e un miglioramento della qualità di vita dei pazienti; la realizzazione di interventi educativi strutturati e integrati che comportino la periodica e strutturata valutazione dei pazienti migliora gli esiti dei pazienti e dei processi di autocura (Ciaccio e Valentini, 2011).

- Ciaccio S, Valentini U (2011) Il ruolo dell'educazione terapeutica nella cronicità. Media, 11, 139-144.
- College of Audiologists & Speech-Language Pathologists of Ontario (CASLPO) (2007) *Practice standards and guidelines for dysphagia intervention by speech-language pathologists*.
- Comitato Promotore Federazione Logopedisti Italiani (CPFLI) (2007) *Linee guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatria e logopedia*. Disponibile all'indirizzo: http://www.alplogopedia.it/documentazione_alp/lgbreve.pdf.
- Ferguson LA (2012) Implementing a video education program to improve health literacy. JNP, 8(8), 17-22.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2012) *Facilitating Client Centred Learning*. Clinical Best Practice Guidelines. Disponibile all'indirizzo: http://rnao.ca/.



SCAFFALE

AIDS: la verità negata. Come l'HIV causa l'AIDS e perché dall'AIDS si potrà guarire

Giovanni Maga Il Pensiero Scientifico Editore - collana Informa pagine 132, euro 16,00



La domanda che un lettore del libro del Dott. Giovanni Maga si pone sicuramente alla fine della lettura, è il perché ci sono ancora persone (anche di scienza) che negano l'eziologia virale dell'AIDS (ormai strettamente associato anche nella sua forma letteraria come HIV/AIDS). Il Dott. Maga dedica un po' meno del 50% del suo libro a riportare e confutare le numerose teorie negazioniste della causa virale dell'AIDS. E il titolo del libro evidenzia bene l'importanza di confutare queste cosiddette teorie negazioniste proprio per non compromettere un buon trattamento della malattia HIV/AIDS e l'efficacia della terapia antiretrovirale. Nell'altro 50% del libro, il Dott. Maga riporta, con dovizia di particolari e di notizie, la storia del virus HIV che ai primi anni del secolo scorso passa dallo scimpanzé all'uomo ed esce dalla grande foresta equatoriale dell'Africa Centrale (Congo-Camerun-Gabon), il secondo polmone del nostro

pianeta dopo l'Amazzonia. Così comincia il suo percorso verso tutti continenti del nostro pianeta, prima con i marinai che univano le coste dell'Africa occidentale con l'Inghilterra, e poi con il personale di volo che univa l'Europa con gli Stati Uniti, il famoso paziente Zero. Il libro quindi racconta come HIV/AIDS è riconosciuta come malattia negli Stati Uniti, grazie allo sviluppo di una tecnologia che permetteva di quantizzare il numero dei linfociti T CD4 e dove il primo paziente Zero e tanti altri giovani americani sono associati alla comunità omosessuale. Forse è da questa prima fase di riconoscimento e associazione che l'AIDS si porta addosso il marchio sociale che ancora oggi caratterizza la difficoltà ad accettare questa infezione. E quindi è forse meglio negarla! Anche per il virus dell'Ebola (anche lui uscito dalla foresta equatoriale e passato all'uomo dallo scimpanzé) ci sono dei negazionisti e complottisti. Qualche giorno fa, la scrittrice americana e femminista Noemi Wolf, una volta consigliera politica di Clinton, ha sostenuto con un post su Facebook che l'epidemia di Ebola in Africa Occidentale non esiste, ma è utilizzata dai militari USA per destabilizzare, così come non esiste il Califfato Isis, e gli ostaggi decapitati sono degli attori! La mia esperienza in Africa mi porta a dire che le teorie negazioniste sono state ampiamente superate in questo continente che ha oltre l'80% dei malati di HIV/AIDS. E questo nonostante che in alcuni paesi dell'Africa, e il Dott. Maga riporta nel suo libro il Sud-Africa come esempio di negazionismo di stato, per molto tempo si è cercata di negare l'origine virale dell'AIDS. Tuttavia, posso dire che oggi nessun malato africano non prende la terapia perché nega l'esistenza del virus HIV. Non la prende o perché non sono a disposizione i farmaci, o perché la medicina occidentale non è ancora fatta propria dalla cultura africana.

Per esempio, il livello di accettazione della terapia dalle madri africane per i loro bambini è quasi del 100%, dimostrando che le madri africane hanno ben compreso la causa virale e quindi pronte a modificare l'atavica avversione a qualsiasi terapia che non sia quella tradizionale.

A parer mio, la parte più interessante del Libro è quando sono presentati i numerosi farmaci sviluppati contro HIV, l'importanza della diagnosi precoce e la possibilità di guarire. Bello il racconto del Paziente di Berlino, non solo per la particolarità del caso (trapianto cellulare) ma per il messaggio di speranza che porta con sé: dall'HIV/AIDS si può quarire! Il caso che nel 2013 (anno di scrittura del libro) ha fatto scalpore nella comunità scientifica (e non solo) è stato il "Mississippi Baby", una bambina nata da madre sieropositiva, diagnosticata alla nascita e subito trattata con i farmaci antiretrovirali, e che per un periodo di un anno in assenza di terapia, non aveva permesso la replicazione del virus e addirittura era siero-negativa, cioè non aveva anticorpi contro HIV nel sangue. Purtroppo nel gennaio 2014 sono state pubblicate le evidenze di un ritorno di replicazione virale nel Mississippi Baby, smorzando gli entusiasmi legati alla possibilità di eradicazione virale, almeno in casi di neonati trattati precocemente. Una successiva evidenza che il trattamento antiretrovirale, anche se precoce non sia in grado di eradicare il virus è stato riportato in questo mese sull'importante rivista medica britannica Lancet e descritto come il "Milan Baby", un neonato di Milano anche lui diagnosticato e trattato con farmaci virali alla nascita, siero-negativo, ma che col tempo ha di nuovo permesso al virus di replicarsi. Tuttavia, questi casi di neonati trattati precocemente hanno permesso di sensibilizzare i governi di molti stati africani a potenziare i programmi di diagnosi neonatale d'infezione da HIV e di cominciare subito il trattamento con farmaci antiretrovirali.

Il trattamento precoce con farmaci antiretrovirale è ormai considerato importante dalla maggior parte dei clinici. Questa "ovvietà" di trattare con farmaci antiretrovirali soggetti con replicazione virale corrisponde alla prassi ormai ben consolidata dell'uso di antibiotici in caso d'infezione batterica. Tuttavia, questa prassi non è stata applicata per quasi trenta anni per l'AIDS. In questo lungo periodo, le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e quelle di tutti i paesi europei e americani, indicavano di iniziare il trattamento solo quando il paziente mostrava chiari segni di Immunodeficienza (i linfociti Cd4 sotto 200-500/µl). Ora le nuove linee guida hanno chiarito che bisogna avere come parametro la carica virale, più che il numero di linfociti T CD4, e iniziare e proseguire il trattamento finché il virus non scompare dal sangue (ma probabilmente non in alcuni tessuti dove rimane come riserva). Il libro del Dott. Maga spiega bene questo limite dell'attuale terapia antiretrovirale. Questo ritardo di anni nell'applicare la terapia sulla causa (la replicazione virale) e non solo sull'effetto (diminuzione dei linfociti CD4) è in gran parte dovuta ad aspetti tecnologici, in particolare il precoce sviluppo di tecniche d'identificazione di linfociti T CD4 (che al tempo dell'identificazione dell'AIDS era già sviluppato), e dal tardivo sviluppo di tecniche di amplificazione molecolare che oggi permettono di evidenziare la quantità di HIV presenti nel sangue di un paziente, e quindi modulare meglio il trattamento con farmaci antiretrovirali.

Il Libro del Dott. Maga affronta anche il problema del vaccino contro l'HIV/AIDS, la grande speranza che al momento della scoperta del virus faceva dire agli scienziati che nel giro di pochi anni si sarebbe trovata un vaccino efficace. Purtroppo si è sottovalutato che il virus infetta proprio i linfociti T CD4 che sono essenziali per sviluppare una buona risposta anticorpale e citotossica protettiva. Oltre trenta vaccini sviluppati e saggiati clinicamente hanno dato pochissimi risultati convincenti di protezione.

E' stata la più grande delusione della storia dell'HIV/AIDS, specialmente se messa a confronto con il grande successo della scoperta di farmaci antiretrovirali. Sarà l'infezione da Ebola a riscattare gli immunologi nella preparazione di un vaccino efficace? Nei prossimi mesi avremo questa risposta, che potrebbe quindi dare un nuovo impulso alla ricerca, vaccinale per HIV/AIDS, anche se per HIV la difficoltà è sicuramente maggiore che per Ebola.

In conclusione Maga ci offre un testo a carattere anche divulgativo su un tema, nonostante i tentativi negazionisti, ancora attuale e cruciale per la salute di molti. Un libro pertanto di vivo interesse per i diversi professionisti della salute che a vario titolo, compresi quindi anche gli infermieri, possono intervenire, sia nel contesto della salute pubblica e preventiva (l'educazione innanzitutto!), che in quello della diagnosi precoce e cura, al fine di migliorare l'aderenza alla terapia, ridurre la trasmissione verticale e prevenire la malattia conclamata.

Vittorio Colizzi

MD, Ph.D.

Professore ordinario di Immunologia,
Direttore della Cattedra UNESCO di Biotecnologia
Università di Roma Tor Vergata.

Fondatore, direttore scientifico e attuale membro del Consiglio Scientifico del Centro Internazionale di Riferimento per l'AIDS, Yaoundé, Camerun, Africa Centrale

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 Drì, Annamaria Ferraresi, Ennio Fortunato, Silvestro Giannantonio, Rita Maricchio, Michele Musso, Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

EDS - Ennio De Santis EDS - Vladislav Popov

Editore

Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi Via Agostino Depretis, 70 – 00184 Roma tel. 06 46200101 fax 06 46200131

Internet

www.ipasvi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

del Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'Editore

Indicizzata su **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in **Ebscohost**

Le norme editoriali sono pubblicati sul sito www.ipasvi.it, nella sezione "Ecm". Si invitano gli autori a rispettare le norme editoriali nella stesura dei contributi e degli articoli da sottoporre alla prevista valutazione del Comitato di redazione. I lavori vanno inviati a: federazione@ipasvi.legalmail.it