

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LIX

2

ISSN 2038-0712

**MARZO-APRILE
2015**

 **IPASVI**

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Tre anni verso il futuro: il programma del Comitato centrale 2015-2018
di Barbara Mangiacavalli

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Dispositivi antidecubito e comfort del paziente: una revisione narrativa
di Alberto Apostoli, Emilia Lo Palo

Il profilo del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche in Italia: dall'analisi dei regolamenti didattici d'ateneo alle competenze distintive
di Maria Luisa Rega, Rosalba Gallo, Giuseppe Marmo, Annamaria De Rossi, Corrado De Vito, Gianfranco Damiani, Caterina Galletti

● CONTRIBUTI

Bladder scanner ed ecografo in ausilio al cateterismo vescicale: evidenze e prospettive
di Carlo Brachelente, Andrea De Simone, Pasquale Cammisa

● ESPERIENZE

L'approccio multidisciplinare all'empowerment della persona. Un progetto europeo per gli studenti delle lauree sanitarie
di Cinzia Gradellini, Daniela Mecugni

L'infermiere nella riabilitazione e nell'educazione del paziente alcol dipendente: responsabilità e competenze
di Mattia Morone, Martina Mercurio, Fabiana Bongiovanni

Human Immunodeficiency Virus (HIV) e Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST): un progetto educativo di prevenzione implementato nelle scuole superiori in Pavia e Provincia
di Loredana Pavesi, Michele Chieppi, Piera Bergomi, Barbara Mangiacavalli, Gaetano Filice

See and Treat: ambulatorio per i codici minori come soluzione al sovraffollamento del Pronto Soccorso
di Luca Polello, Antonio Boscolo Anzoletti

● SCAFFALE

Manuale di management per le professioni sanitarie

Nursing in area psichiatrica. Il paziente schizofrenico



EDITORIALE

Tre anni verso il futuro: il programma del Comitato centrale 2015-2018

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Il nuovo triennio Ipasvi si apre in continuità con quello precedente e conferma, fa sue e intende potenziare le posizioni e le istanze che finora la rappresentanza professionale degli infermieri ha messo in primo piano. Una volontà questa, confermata anche dall'altissimo consenso ottenuto dal neo-Comitato centrale con il voto di oltre l'85% dei presidenti di Collegio.

I nostri primi impegni saranno di contribuire a definire una nuova governance, diversa, per il Servizio sanitario nazionale, dove gli infermieri possano estrinsecare tutte le potenzialità della loro professione. Occorre poi presidiare l'applicazione del recente Patto per la salute e degli standard ospedalieri e territoriali per contribuire a sviluppare nuovi modelli organizzativi per l'ospedale e per il territorio. Sarà fondamentale rafforzare le relazioni interprofessionali e intraprofessionali per superare paure regressive e battaglie di retroguardia, non solo delle altre professioni ma anche della nostra. E dobbiamo chiedere con forza la concretizzazione del comma 566 – competenze specialistiche – e la definitiva archiviazione dell'atto medico.

Aggiungo anche una richiesta che farà parte delle peculiarità del prossimo triennio: quella ai decisori di "invertire" la rotta sul mercato del lavoro per evitare ulteriori depauperamenti di numeri e professionalità, oltre che di competenze.

La nostra idea generale è rendere gli infermieri protagonisti del proprio futuro, assumendo un ruolo più forte e di solida presenza dove si discute, si dibatte e si decide per la sanità, per la formazione, per le professioni, per il lavoro.

Il Comitato centrale della Federazione in questo senso darà sostegno pieno ai collegi provinciali e ai coordinamenti regionali perché siano il "luogo" per i cittadini e i liberi professionisti dove si incrociano con trasparenza domanda e offerta di professionalità e assistenza infermieristica. E in questo senso vogliamo realizzare anche un percorso di accreditamento dei professionisti per certificare le competenze acquisite e la qualità della professione anche nel libero mercato.

Tra gli obiettivi abbiamo l'aggiornamento del Codice deontologico e il riconoscimento e il coinvolgimento nei processi assistenziali della figura dell'infermiere specialista, anche con un confronto con le altre professioni sanitarie per la definizione dei reciproci ambiti professionali.

In questo triennio poi si dovrà favorire la libera professione, le funzioni manageriali, di direzione e di coordinamento e realizzare con Istituzioni, Società scientifiche e rappresentanze dei cittadini linee guida, standard assistenziali, criteri per la definizione del fabbisogno di infermieri, indicatori di esito e risultato sia per l'ospedale, sia per il territorio, la residenzialità e la domiciliarietà, anche sostenendo l'ampliamento del numero di infermieri ricercatori e professori nelle Università.

In questo senso nella relazione programmatica 2015 sono identificate cinque aree di lavoro su cui ci concentreremo. Questa una loro estrema sintesi.

1. **Area della rappresentanza**, in cui è previsto tra l'altro un rapporto con i Collegi perché siano il "luogo", noto e riconosciuto dai cittadini e dai liberi professionisti dove si incrocia con trasparenza la domanda e l'offerta di professionalità e di assistenza infermieristica. In questa area c'è anche il percorso di accreditamento dei professionisti che certifica le competenze acquisite e la qualità dell'agire infermieristico anche nel libero mercato.
2. **Area dell'esercizio e dello sviluppo professionale**, dove si prevede di declinare con i collegi provinciali i ruoli, le funzioni, le competenze infermieristiche e le correlate autonomie e responsabilità, promuovere e sostenere il confronto le professioni sanitarie per la definizione dei reciproci ambiti professionali, supportare e valorizzare le funzioni manageriali, di direzione e di coordinamento, e individuare nuovi e altri ambiti per l'esercizio delle competenze organizzative, gestionali e "professional di staff" nel governo di sistema.
3. **Area della formazione e della ricerca**, per collaborare con le istituzioni, le società scientifiche e le rappresentanze dei cittadini per elaborare linee guida, standard assistenziali, criteri per la definizione del fabbisogno di infermieri, indicatori di esito e risultato sia per l'ambito ospedaliero, sia per le strutture territoriali sia per l'assistenza domiciliare, attivare e sostenere ricerche, indagini, approfondimenti, confronti sull'innovazione e sull'evoluzione e lo sviluppo della disciplina infermieristica.
4. **Area delle relazioni**, per mantenere, rafforzare e implementare i rapporti con le forze politiche nazionali e locali e le diverse rappresentanze istituzionali del sistema sanitario, accademico e socio sanitario e ricercare e attivare un confronto su tematiche emergenti e di interesse professionale con gli stakeolders interni ed esterni alla professione. Ma anche per mantenere e coltivare i rapporti con Enpapi, Cives e le Associazioni e Società scientifiche infermieristiche nazionali ed internazionali.
5. **Area della verifica e del controllo**, in cui sarà messa a disposizione dei Revisori dei Conti dei collegi provinciali una "cassetta diversificata di attrezzi" anche di tipo informatico oltre che informativo e seminariale per esercitare la funzione di verifica e controllo con trasparenza ed omogeneità.

Tutti obiettivi che impegnano il comitato centrale ed i collegi provinciali e che rappresentano un ulteriore tassello per la categoria. Ma per farlo c'è bisogno della massima partecipazione e collaborazione dei primi attori dello sviluppo della professione: gli infermieri.

Dispositivi antidecubito e comfort del paziente: una revisione narrativa

Alberto Apostoli¹, Emilia Lo Palo²

¹Infermiere, Azienda Spedali Civili di Brescia, Rete degli ambulatori infermieristici delle ulcere cutanee (RAIUC); ²Infermiera, Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Rete degli ambulatori infermieristici delle ulcere cutanee (RAIUC)

Corrispondenza: raiuc.info@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione Le superfici di supporto utilizzate per la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione sono molto diffuse in ambito clinico. L'obiettivo dello studio è inquadrare il problema del *comfort* relativo ai dispositivi antidecubito e riassumerne le indicazioni.

Materiali e metodi E' stata condotta una revisione narrativa della letteratura attraverso le banche dati PubMed, British Nursing Index (BNI), CINAHL, Embase, Allied and Complementary Medicine Database (AMED), Virtual Health Library (VHL), Cochrane Library e ClinicalTrials.gov.

Risultati Sono stati inclusi nello studio 12 articoli. I risultati, pur provenendo da studi con qualità metodologica scadente, suggeriscono che: i materassi a rotazione laterale sono confortevoli al pari di quelli con mobilitazione manuale; a livello di *comfort* non ci sono differenze tra i diversi tipi di superfici a pressione alternata; le superfici in polimero viscoelastico e i materassi in schiuma termo-deformabile sono risultati più confortevoli dei materassi a pressione alternata ad aria; nei pazienti a basso rischio è consigliato l'utilizzo di un materasso antidecubito statico.

Conclusioni Il *comfort* è un esito importante da rilevare e monitorare nel tempo per la scelta del dispositivo antidecubito da utilizzare. L'utilizzo di materassi statici è un'alternativa da considerare ma dovrebbe essere confermata da ulteriori studi.

Parole chiave: ulcera da pressione, dispositivi antidecubito, *comfort*

Support surface and patient's comfort: a narrative review

ABSTRACT

Introduction The use of a support surface for the prevention and treatment of pressure ulcers is widely used in the clinical setting. The purpose of this study is to frame the problem of support surfaces comfort and summarize their indications.

Methods A narrative review of the literature was carried out through the following biomedical databases: PubMed, British Nursing Index (BNI), CINAHL, Embase, Allied and Complementary Medicine (AMED), Virtual Health Library (VHL), Cochrane Library and ClinicalTrials.gov.

Results 12 trials were selected. The findings, though coming from studies with poor methodological quality, suggest that: the lateral rotation mattresses are comfortable like those with the manual mobilization; there are no differences in the comfort between different types of alternating pressure mattresses; viscoelastic polymer foam mattresses and thermo-deformable mattresses are more comfortable than alternating pressure air mattresses; in patients with low risk of ulcer a static anti-decubitus mattresses should be used.

Conclusions Comfort is an important outcome that should be considered and monitored over time for the choosing and the adjustment of the support surfaces to use.

Key words: pressure ulcer, support surface, comfort

INTRODUZIONE

Le ulcere da pressione sono uno dei temi più discussi tra gli operatori sanitari e da tempo sono considerate un *nursing sensitive outcome* (Palese A et al., 2008), ovvero un esito rilevante e pertinente

dell'assistenza infermieristica per il quale esistono prove di efficacia che evidenziano la relazione tra il contributo apportato dagli infermieri e i risultati sul paziente (Doran D et al., 2002).

Negli Stati Uniti si stima che le ulcere da pressione

riguardino circa da 1,5 a 3 milioni di persone all'anno, il 70% delle quali con un'età superiore ai 70 anni, comportando una spesa sanitaria annua di circa 5 miliardi di dollari (Thillips LP, 2003). Un'ampia e recente analisi retrospettiva sull'incidenza di ulcere da pressione in 52.000 individui ospedalizzati attraverso Medicare, il programma di assicurazione medica degli Stati Uniti, ha rilevato che il 4,5% del campione ha sviluppato una o più ulcere da pressione durante il ricovero (Lyder CH et al., 2012). In Italia, un recente studio condotto dall'Associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee (AISLeC) ha riportato una prevalenza di ulcere intorno al 19,5% in ambito ospedaliero (Peghetti A, 2011).

La consapevolezza che la prevalenza e l'incidenza di tali lesioni, direttamente correlate all'elevata spesa sanitaria, siano indicatori negativi della qualità della vita del paziente e dell'assistenza sanitaria erogata rende necessario in Italia, così come in Europa e negli Stati Uniti, una gestione globale del fenomeno che preveda politiche di prevenzione, diagnosi e cura sempre più efficaci e appropriate (Betes J et al., 2001; Langemo DK et al., 2000). Tra gli interventi comunemente adottati per la prevenzione e il trattamento vi è il ricorso a superfici antidecubito, come materassi, sopramaterassi e cuscini, che il paziente utilizza per lunghi periodi di tempo. Benché manchino dati in relazione alla frequenza di utilizzo di questi dispositivi, essi sono ampiamente diffusi nella pratica clinica. Si ritiene quindi importante approfondire l'aspetto relativo al *comfort* del paziente in funzione all'impiego di diverse superfici antidecubito. Infatti, anche il *comfort* può essere considerato un esito assistenziale in quanto rappresenta la percezione misurabi-

le del paziente largamente "influenzata da" o "sensibile" alle cure infermieristiche (Langemo DK et al., 2000; Kolcaba KY, 1992).

Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è quello di individuare quali tipologie di superfici antidecubito (materassi e sopramaterassi) sono risultate più confortevoli nella prevenzione e nel trattamento delle ulcere da pressione.

MATERIALI E METODI

Il problema clinico di interesse è stato strutturato secondo il modello P&PICOM (population & problem, intervention, comparison, outcomes, methods), come illustrato in Tabella 1, ed è stata effettuata una ricerca bibliografica nel periodo compreso tra settembre e novembre 2013. La strategia di ricerca è indicata in Tabella 2.

Sono stati inclusi nella ricerca solo:

- studi clinici;
- studi clinici sperimentali;
- studi randomizzati e controllati;
- revisioni sistematiche.

Gli *abstract* sono stati valutati in base ai criteri di inclusione (Tabella 2) per individuare gli articoli eleggibili per la revisione.

Si è proceduto anche a contattare le principali aziende produttrici di superfici antidecubito operanti in Italia per sapere se avessero dati o documenti non pubblicati relativi al *comfort* dei prodotti da loro commercializzati. Le aziende contattate sono state: KCI Medical® (diventata ArjoHuntleigh®), Wimed®, Roho®, Hill-Rom®, Synergic Italiana®, Ingrande®, Askle®, Medi-H-art®, OSD®, Sanitaria Scaligera® (di-

Tabella 1. Quesito metodologico individuato tramite la metodologia P&PICOM

		Parole chiave
P	<i>population</i> (popolazione)	male, female, adult
P	<i>problem</i> (problema)	pressure ulcer and prevention and control or therapy
I	<i>intervention</i> (intervento)	air pressure/mattresses/overlay or fluidized bed or air fluidized bed or mattress overlay or flotation bed or bariatric bed or roto-kinetic bed or air suspension bed or alternating pressure surface or alternating dynamic mattress or alternating pressure air mattress or bariatric bed
C	<i>comparison</i> (controllo)	any
O	<i>outcomes</i> (risultati)	comfort or sleeping, pain relieve or psychological well-being or postural balance or postural asymmetry factor or thermal diffusion or fatigue
M	<i>methods</i> (metodi)	clinical trials, randomized clinical trials, systematic reviews

Tabella 2. Strategie di ricerca bibliografica

Banca dati	Criteri di inclusione
PubMed	<ul style="list-style-type: none"> - tipo di studi: studi clinici, studi clinici sperimentali, studi randomizzati e controllati, revisioni sistematiche - lingua: inglese, francese, italiana - arco temporale: dal 1995 al 2013 - disponibilità di <i>abstract</i>
British Nursing Index (BNI)	
CINAHL	
Embase	
Allied and Complementary Medicine (AMED)	
Virtual Health Library (VHL)	
Cochrane Library	
ClinicalTrials.gov	

ventata Zuccato HC[®]), Vivisol[®], Movi Group[®], Medicaire Italia[®], ArjoHuntleigh[®].

Sono state analizzate le singole bibliografie di riferimento degli articoli selezionati.

Dato che il *comfort* è una misura soggettiva estremamente variabile, come suggerito da Pearson (Pearson EJ, 2009) sono stati inseriti nella ricerca altri criteri correlati al *comfort* quali: il sonno, il dolore, la soddisfazione del paziente, il mantenimento della posizione, l'asimmetria posturale, il *comfort* termico e la *fatigue*.

RISULTATI

Sono stati individuati 151 documenti; 132 documenti sono stati esclusi perché ritenuti non pertinenti. Dei rimanenti 19 articoli, 7 sono stati eliminati perché il *comfort* non era tra gli esiti indagati. Sono stati quindi inclusi nello studio 12 articoli (Ballard K, 1997; Buckle P et al., 1998; Cooper PJ et al., 1998; Futamura M et al., 2008; Grindley A et al., 1996; Hampton S, 1999; Melland HI et al., 1999; Okamoto K et al., 1997; Pring J et al., 1998; Russell LJ et al., 2000; Russell LJ et al., 2003; Taylor L, 1999). Non è stata trovata alcuna revisione sistematica il cui esito principale indagato fosse la valutazione del *comfort*. Due aziende hanno fornito delle pubblicazioni che, tuttavia, sono state escluse perché considerate non idonee. I contenuti dei singoli studi considerati nella revisione sono riportati in maniera sintetica in appendice 1 a pagina e8.

La popolazione indagata dagli studi

Dal punto di vista della numerosità del campione, lo studio di Russell (Russell LJ et al., 2003) è quello più numeroso, con 706 pazienti. Il secondo studio per numerosità è quello di Hampton (Hampton S, 1999) con 407 pazienti a rischio di contrarre ulcere da pressione. Due studi sono stati realizzati in laboratorio con giovani volontari (Buckle P et al., 1998;

Okamoto K et al., 1997) mentre i restanti si sono svolti in ambito clinico ospedaliero (chirurgie, ortopedie e oncologie) o in lungo-degenze.

Comfort ed efficacia dei materassi

I dispositivi antidecubito studiati appartengono essenzialmente a due categorie: i materassi statici e i materassi dotati di cuscini ad aria con movimento fornito da un motore elettrico (in due casi con rotazione laterale).

Ballard (Ballard K, 1997) ha proposto un confronto tra due dispositivi antidecubito simili in un gruppo di 10 pazienti: il Nimbus[®], nella versione originale, e il Debut MR[®], entrambi materassi motorizzati con cuscini a pressione alternata ma con tempi di riempimento/svuotamento differenti (rispettivamente di 10 e 28 minuti). I pazienti hanno dormito per tre giorni sul Nimbus[®] e successivamente per altri tre sul Debut MR[®]. Quest'ultimo è risultato il migliore sia per quanto riguarda la qualità del sonno sia per il *comfort* percepito. In una scala visiva analogica (VAS) relativa alla preferenza complessiva, il Debut MR[®] è risultato superiore al Nimbus[®] (p=0,019).

Buckle e collaboratori (Buckle P et al., 1998) hanno valutato i picchi di pressione alla spalla, al gomito, all'anca, al ginocchio e alla caviglia e il grado di *comfort* in 6 tipi di dispositivi antidecubito differenti: un materasso standard, un materasso morbido, un materasso ortopedico e una versione analoga a ciascuno di questi con l'aggiunta di un rivestimento in schiuma di poliuretano. Sono stati misurati i picchi di pressione, considerati motivo di *discomfort* per il paziente, in rapporto alle diverse prominenze ossee. Tranne il materasso standard, tutti gli altri dispositivi sono risultati confortevoli ma tra loro non sono state trovate differenze significative. L'associazione tra il livello di *comfort* riferito e i picchi di pressione non è stata dimostrata.

Cooper e collaboratori (Cooper PJ et al., 1998) han-

no confrontato due materassi statici ad aria, il Soflex® e il Roho®: non sono state rilevate differenze significative né nel *comfort* riportato dai pazienti né nello sviluppo di nuove ulcere da pressione.

Futamura e collaboratori (Futamura M et al., 2008) hanno valutato il *comfort* relativo all'utilizzo di un materasso motorizzato a cuscini d'aria con rotazione automatica dei decubiti laterali e quello rilevato con un materasso a mobilizzazione manuale, eseguita dal personale. In questo caso il *comfort* è stato indagato in una popolazione di 10 persone con difficoltà nell'espressione verbale (pazienti con ictus ischemico, emorragico o malattia di Parkinson). La rilevazione è stata effettuata attraverso la misurazione delle variazioni del sistema nervoso parasimpatico: un aumento della frequenza cardiaca è stato considerato un indicatore di *discomfort*. Anche in questo caso non sono state trovate differenze significative: la rotazione attraverso il letto automatizzato è risultata confortevole quanto quella del letto a movimentazione manuale.

Grindley e collaboratori (Grindley A et al., 1996) hanno confrontato due materassi simili, motorizzati, con cuscini gonfiabili a pressione alternata: il Nimbus II® e il Pegasus Airwave®. La maggioranza del campione considerato, un gruppo di 16 pazienti, ha preferito il primo in termini di *comfort* ($p=0,04$).

Hampton (Hampton S, 1999) ha confrontato, in un gruppo di 407 pazienti, il *comfort* del Thermo contour®, un materasso in polimero termoelastico, con tre tipologie differenti di dispositivi antidecubito: sopramaterassi in schiuma di poliuretano, materassi standard in uso in ospedale e materassi motorizzati ad aria. Tra i pazienti che hanno usato il Thermo contour®, l'87,9% ha riferito un livello di *comfort* buono o elevato mentre tra quelli che hanno utilizzato gli altri materassi tale percentuale è stata del 64,9%. La differenza a favore del materasso Thermo contour® è risultata significativa ($p<0,01$).

Melland e collaboratori (Melland HI et al., 1999) hanno indagato il livello di *comfort* in un gruppo di 17 pazienti sottoposti a laminectomia o a interventi alla colonna vertebrale. Per la prevenzione delle ulcere da pressione, un gruppo di pazienti ha utilizzato il Freedom Bed®, un materasso motorizzato con rotazione laterale automatica, mentre un altro gruppo ha utilizzato un letto e un materasso ospedalieri standard, mobilizzato manualmente sui decubiti laterali, o il proprio letto al domicilio; la qualità del sonno, assunta dall'autore come elemento maggiormente rappresentativo del *comfort*, è stata valutata su una scala da 1 (pessima) a 10 (ottima), ed è risultata maggiore con il materasso motorizzato rispetto al letto e materasso ospedalieri o sul pro-

prio letto al domicilio (7,43 contro 5,27; $p=0,024$). Il *comfort* è risultato più alto sul Freedom Bed®, ma la differenza non è risultata significativa.

Okamoto e collaboratori (Okamoto K et al., 1997) hanno sottoposto un gruppo di sei giovani volontarie (tra i 18 e i 22 anni di età) a una serie di test di laboratorio mentre dormivano su un Airmate®, un materasso ad aria con due serie di celle a movimento alternato con cicli di 10 minuti, e su un Futon®, un materasso standard. Il movimento del materasso Airmate®, rispetto al materasso standard, non ha influenzato la durata e la qualità del sonno in soggetti sani e giovani.

Pring e collaboratori (Pring J et al., 1998), in un gruppo di 40 pazienti, hanno confrontato tre materassi motorizzati a pressione alternata ma con tempi differenti di riempimento/svuotamento dei cuscini: il Nimbus II®, con un ciclo di riempimento ogni 10 minuti, il Pegasus Airwave® con un ciclo ogni 7,5 minuti e il Quattro DC2000® con un ciclo di riempimento/svuotamento continuo di una cella ogni 4 minuti. Per quanto riguarda la sensazione del dolore, il Nimbus II® e il Pegasus Airwave® sono risultati superiori al Quattro DC2000® ($p<0,05$ e $p<0,01$, rispettivamente); per quanto riguarda il disagio dovuto al movimento dei cuscini e lo stress correlato, il Pegasus Airwave® è risultato superiore rispetto agli altri due ($p<0,01$). Per quanto riguarda il *comfort* complessivo riferito dal paziente e il livello di sonno trascorso su questi dispositivi, il Quattro DC2000® è risultato superiore agli altri due.

Russell e collaboratori (Russell LJ et al., 2000), in un campione di 141 pazienti, hanno studiato l'efficacia e il diverso *comfort* di due sistemi antidecubito simili tra loro, il Nimbus 3® e il Pegasus C®; si tratta di due materassi con cuscini d'aria, motorizzati, ciascuno associato a un cuscino antidecubito anch'esso motorizzato, rispettivamente il cuscino Aura® e il Proactive®. In quanto a *comfort* non è stata rilevata nessuna differenza significativa.

In un secondo studio, Russell e collaboratori (Russell LJ et al., 2003) hanno confrontato il CONFOR-Med®, un materasso in polimero viscoelastico, con differenti tipi di materassi e sopramaterassi motorizzati e statici, utilizzati da tre differenti ospedali. I dati relativi al *comfort* sono stati raccolti attraverso un questionario con una scala Likert da 1 (completo *comfort*) a 10 (insopportabile). I dati raccolti non hanno dimostrato una differenza significativa tra il materasso in polimero viscoelastico e le altre superfici. Tuttavia, il *comfort* sul CONFOR-Med® è risultato significativamente migliore di quello rilevato nel sottogruppo di 25 pazienti che hanno utilizzato un materasso ad aria motorizzato ($2,33\pm 0,98$ contro $3,4\pm 1,19$; $p<0,01$).

Taylor (Taylor L, 1999) ha confrontato il Pegasus Trinova[®], un materasso motorizzato dotato di un doppio strato di cuscini ad aria suddivisi in tre sezioni differenti per testa, torace e talloni e con un ciclo di riempimento di 7,5 minuti, con materassi motorizzati con cuscini ad aria a riempimento alternato con un ciclo di 10 minuti. Nessun paziente allettato sul materasso Pegasus Trinova[®] ha sviluppato ulcere da pressione mentre, nel gruppo di controllo, solo 2 su 22 ne hanno sviluppate. La differenza tuttavia non è risultata significativa. Il questionario sul *comfort* è stato compilato solo da 18 pazienti: il 61,1% lo ha trovato confortevole, il 55,5% accettabile mentre le restanti persone lo hanno trovato inaccettabile. In questo studio mancano i dati relativi al *comfort* del gruppo di controllo.

DISCUSSIONE

Definire che cos'è il *comfort* del paziente e quali elementi lo caratterizzano è complesso. Il *comfort* è un elemento multidimensionale, fondato sull'esperienza personale e con differenti gradi di intensità (Kolcaba KY, 1992); ma ancora più difficile è definire che cos'è e come si rileva il *comfort* di un paziente che giace per ore o giorni su materassi e sopramaterassi antidecubito. Il *comfort* correlato a questa tipologia di pazienti è citato in numerose linee guida (RNAO, 2005; NICE, 2005; RUH, 2014). La revisione della Cochrane Collaboration sulle superfici antidecubito (McInnes E et al., 2011) cita il *comfort* del paziente come esito secondario indagato ma non fornisce alcun risultato al riguardo, limitandosi all'affermazione secondo cui "i metodi per misurare esiti secondari come il *comfort* non sono stati ben sviluppati".

Le indagini sul livello di *comfort* avvengono attraverso questionari e interviste mentre è più raro il ricorso all'utilizzo della tecnologia per rilevare elementi oggettivi del *comfort* come, per esempio, la durata del sonno, la frequenza cardiaca, i movimenti oculari, la pressione di interfaccia tra paziente e materasso, eccetera. La maggioranza degli autori degli articoli analizzati ha scelto il questionario come strumento di valutazione del *comfort*, talora associato a una scala Likert anche se spesso è stata prevista anche la possibilità di esprimere commenti aperti (Ballard K, 1997; Grindley A et al., 1996; Hampton S, 1999). Lo stesso Ballard (Ballard K, 1997) ha utilizzato un questionario aperto di 15 affermazioni in cui i pazienti potevano aggiungere commenti liberi.

I risultati ottenuti, anche in considerazione dell'esiguità delle popolazioni studiate, risultano scarsamente riproducibili.

Dato che l'utilizzo dei materassi antidecubito è pra-

ticamente destinato alle persone che permangono a letto per molte ore al giorno, sarebbe necessario pensare al *comfort* come qualità di vita possibile in quel contesto particolare. Il sonno ne è un elemento ma andrebbero inseriti altri criteri che nessuno degli studi in questione ha preso in considerazione, come per esempio il mantenimento della posizione desiderata, la possibilità di mantenere la mobilità residua, la facilità nello svolgimento di attività quotidiane (come il consumo di un pasto), di provvedere alle cure igieniche parziali, la possibilità di utilizzare ausili per garantire l'eliminazione urinaria e intestinale e il livello percepito di disagio correlato al riempimento/svuotamento delle celle d'aria delle superfici antidecubito.

I dispositivi antidecubito sono necessari nella prevenzione e nel trattamento delle ulcere da pressione. La loro efficacia clinica è un elemento essenziale; considerato il tempo che un paziente trascorre su un materasso, il *comfort* è un elemento di cui gli infermieri e i costruttori devono tenere conto. Occorre ridefinire quali elementi considerare nella valutazione del *comfort*, che al momento non è ancora un termine sufficientemente chiarito e rimane ancora molto soggettivo.

Nonostante la scarsa qualità metodologica, gli studi analizzati e al momento disponibili consentono di trarre alcune considerazioni:

- in quanto a *comfort* non è dimostrata la superiorità di un materasso motorizzato ad aria rispetto a un altro (Ballard K, 1997; Grindley A et al., 1996; Pring J et al., 1998; Russell LJ et al., 2000);
- il ciclo di riempimento/svuotamento delle celle di un materasso dinamico provoca *discomfort* ma, ai fini del *comfort*, non è stato individuato una durata ideale del ciclo (Ballard K, 1997; Okamoto K et al., 1997; Pring J et al., 1998; Taylor L, 1999);
- quando è possibile (paziente a medio rischio), nei materassi a celle alternate è preferibile l'utilizzo della modalità statica piuttosto di quella dinamica (Grindley A et al., 1996);
- quando un paziente è considerato a basso rischio di contrarre ulcere da pressione andrebbe posizionato su una superficie statica a bassa pressione piuttosto che su una superficie motorizzata (Ballard K, 1997);
- in pazienti a basso rischio di ulcere sembrerebbe che i materassi non motorizzati in schiuma termo deformabile e in polimero viscoelastico siano più comodi rispetto a quelli motorizzati a pressione alternata ma di pari efficacia nella prevenzione delle ulcere da pressione (Russell LJ et al., 2003; Hampton S, 1999);

- i letti a rotazione automatica sono confortevoli come quelli con mobilitazione manuale (Melland HI et al., 1999; Futamura M et al., 2008);
- il *comfort* è un esito importante da rilevare e monitorare nel tempo per la scelta del dispositivo antidecubito da utilizzare.

Limiti

La letteratura che tratta il tema del *comfort* dei pazienti in relazione alla tipologia di dispositivo antidecubito utilizzato è datata e temporalmente concentrata in un arco di tempo abbastanza contenuto (dal 1995 al 2003) che coincide con il periodo in cui questi dispositivi, allora innovativi, erano stati introdotti e che, quindi, necessitavano di una sperimentazione prima della loro diffusione sul mercato. Solo Russell (Russell LJ et al, 2003) ha dichiarato nel suo articolo la presenza di conflitti di interesse; sei studi sono stati realizzati grazie a un premio di ricerca elargito dalle aziende che commerciavano le superfici di supporto antidecubito oggetto di indagine (Grindley A et al, 1996; Melland HI et al, 1999; Hampton S, 1999; Taylor L, 1999; Cooper PJ et al, 1998; Ballard K, 1997). È presumibile che la motivazione alla base dell'avvio degli studi sia stata di tipo commerciale; tuttavia, va ricordato che i conflitti di interesse, al tempo degli studi, non erano un aspetto così indagato come oggi. Infine, alcune superfici antidecubito oggetto di studio non sono più commercializzate o vengono proposte in altre versioni.

CONCLUSIONI

Il *comfort* del paziente che giace su una superficie antidecubito è un aspetto trascurato e poco indagato dalla ricerca che si concentra maggiormente sull'efficacia nella prevenzione o nel trattamento delle ulcere da pressione. Dato il periodo di tempo che un paziente trascorre su una superficie antidecubito, è fondamentale che i professionisti sanitari e i produttori di materassi considerino questo esito assistenziale come rilevante e non secondario. Quando il grado di rischio di contrarre ulcere da pressione lo permette, il paziente dovrebbe essere posizionato su una superficie statica a bassa pressione (polimero viscoelastico o termoelastico). Il giudizio clinico dovrebbe considerare e monitorare nel tempo il *comfort* del paziente per la scelta del dispositivo antidecubito da utilizzare. Sono necessari ulteriori studi, più ampi e di migliore qualità metodologica.

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

BIBLIOGRAFIA

- Ballard K (1997) *Pressure-relief mattresses and patient comfort*. Prof Nurse, 13(1), 27-32.
- Betes J, Barbara M (2001) *Quality indicators for prevention and management of pressure ulcers in vulnerable elders*. Ann Intern Med, 135, 744-751.
- Buckle P, Fernandes A (1998) *Mattress evaluation-assessment of contact pressure, comfort and discomfort*. Applied Ergonomics, 29(1), 35-39.
- Cooper PJ, Gray DG, Mollison J (1998) *A randomised controlled trial of two pressure-reducing surfaces*. J Wound Care, 7(8), 374-376.
- Doran D, Sidani S, Keatings M, et al. (2002) *An empirical test of the nursing role effectiveness model*. Journal of Advanced Nursing, 38, 29-39.
- Futamura M, Sugama J, Okuwa M, et al. (2008) *Evaluation of comfort in bedridden older adults using an air-cell mattress with an automated turning function: measurement of parasympathetic activity during night sleep*. J Gerontol Nurs, 34(12), 20-26.
- Grindley A, Acres J (1996) *Alternating pressure mattresses: comfort and quality of sleep*. Br J Nurs, 5(21), 1303-1310.
- Hampton S (1999) *Efficacy and cost-effectiveness of the thermo contour mattress*. Br J Nurs, 8(15), 990-996.
- Kolcaba KY (1992) *Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome*. ANS Adv Nurs Sci, 15(1), 1-10.
- Langemo DK, Melland H, Hanson D (2000) *The lived experience of having a pressure ulcer: a qualitative analysis*. Adv Skin Wound Care, 13, 225-235.
- Lyder CH, Wang Y, Metersky M, et al. (2012) *Hospital-acquired pressure ulcers: results from the national Medicare Patient Safety Monitoring System study*. J Am Geriatr Soc, 60(9), 1603-1608.
- McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, et al. (2011) *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. Cochrane Database Syst Rev, (4), CD001735.
- Melland HI, Langemo D, Hanson D, et al. (1999) *Clinical evaluation of an automated turning bed*. Orthop Nurs, 18(4), 65-70.
- NICE (2005) *Pressure ulcers – prevention and treatment*. NICE clinical guideline 179. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179>
- Okamoto K, Mizuno K, Okudaira N (1997) *The effects of a newly designed air mattress upon sleep and bed climate*. Appl Human Sci, 16(4), 161-166.
- Palese A, Beltrame E, Bin A, et al. (2008) *Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura*. Assistenza infermieristica e ricerca, 27(1), 33-42.
- Pearson EJ (2009) *Comfort and its measurement--a literature review*. Disabil Rehabil Assist Technol, 4(5), 301-310.
- Peghetti A (2011) *AI/SLeC continua la ricerca: il fenomeno*

- Idp e la prevalenza nazionale. In: Nel futuro da protagonisti: la ricerca, la clinica e l'organizzazione del wound care del domani. VII Congresso Nazionale.*
- Pring J, Millman P (1998) *Evaluating pressure-relieving mattresses.* J Wound Care, 7(4), 177-179.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2005) *Risk assessment and prevention of pressure ulcer* (revisited). http://healthsci.queensu.ca/assets/NSG_Simlab/Old_Assets/638_bpg_pressure_ulcers_v2__2.pdf
- Royal United Hospital Bath (RUH) (2014) *Pressure Ulcer prevention and management.*
- Russell LJ, Reynolds TM, Carr J, et al. (2000) *Randomised controlled trial of two pressure-relieving systems.* J Wound Care, 9(2), 52-55.
- Russell LJ, Reynolds TM, Park C, et al. (2003) *Randomized clinical trial comparing 2 support surfaces: results of the Prevention of Pressure Ulcers Study.* Adv Skin Wound Care, 16(6), 317-327.
- Taylor L (1999) *Evaluating the Pegasus Trinova: a data hierarchy approach.* Br J Nurs, 8(12), 771-774; 776-778.
- Thillips LP (2003) *Ulcers.* In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapidini RD. Ed. *Dermatology*, New York, Mosby, 1631-1649.

Appendice 1. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Autori	Obiettivo	Materiali e metodi	Risultati	Conclusioni
Ballard K, 1997	Valutare il <i>comfort</i> e la qualità del sonno del paziente utilizzando due tipi di materassi ad aria a pressione alternata: il Nimbus®, con un ciclo rigonfiamento/svuotamento da 10' e il Debut MR®, con un ciclo da 28'	Studio clinico controllato, randomizzato, cross-over. <i>Campione</i> : 10 pazienti a rischio di ulcere da pressione, con peso inferiore ai 150 kg. <i>Metodi</i> : tre giorni d'utilizzo per ciascun materasso	L'80% dei pazienti ha preferito il Debut MR® sia per la qualità del sonno sia per il <i>comfort</i> . Gli effetti sul sonno sono stati: difficoltà ad addormentarsi, risveglio precoce e risveglio definitivo. Il <i>comfort</i> complessivo del Debut MR® è risultato superiore a quello del Nimbus® (p=0,019)	I materassi a pressione alternata incidono sulla qualità del sonno. I pazienti a basso rischio di contrarre ulcere da pressione dovrebbero giacere su superfici statiche piuttosto che dinamiche
Buckle P et al., 1998	Valutare l'efficacia nel ridurre la pressione da contatto nella posizione prona e il grado di <i>comfort</i> percepito su: un materasso standard, uno morbido, uno ortopedico e una versione analoga di ciascuno con l'aggiunta di un rivestimento in schiuma di poliuretano	Studio controllato randomizzato. <i>Campione</i> : 12 donne di età compresa fra 23 e 48 anni senza malattia corrente o storia di mal di schiena. <i>Metodi</i> : ogni persona ha partecipato a 6 sessioni da 15', una per dispositivo. Lo studio è durato 2 settimane	La pressione a livello della spalla è risultata più alta nei materassi ortopedici senza rivestimento in schiuma di poliuretano (p<0,05). In quanto a <i>comfort</i> tutti i tipi di materasso sono risultati confortevoli con punteggi medi da 1,75 a 2,08 (1 = confortevole; 10 = insopportabile), fatta eccezione per il materasso standard, che è risultato scomodo (punteggio di 7,42; p<0,05)	Non c'è stata associazione tra i picchi di pressione e il <i>comfort</i> riferito. E' probabile che il grado di <i>comfort</i> dipenda da un'ampia serie di fattori piuttosto che dai soli picchi di pressione
Cooper PJ et al., 1998	Confrontare l'efficacia di due materassi statici ad aria, il Sofflex® e il Roho®, in quanto a sviluppo di ulcere da pressione e <i>comfort</i> riferito	Studio clinico con gruppo di controllo. <i>Campione</i> : 100 pazienti di un reparto ortopedico. <i>Metodi</i> : 51 pazienti su Sofflex® e 49 su Roho® per una settimana	Il 72,5% dei pazienti allettati su Sofflex® lo ha valutato da confortevole a molto confortevole; la medesima percentuale per il Roho® è stata del 69,4%. Sviluppo di nuove ulcere da pressione: 3 nel gruppo che ha utilizzato il Sofflex®; 5 nel gruppo che ha utilizzato il Roho®. La differenza non è risultata significativa	I due materassi hanno un'incidenza simile e bassa di sviluppo di nuove ulcere da pressione e un livello di <i>comfort</i> sovrapponibile
Futamura M et al., 2008	Valutare il <i>comfort</i> su un materasso ad aria con rotazione laterale automatica rispetto a uno con mobilizzazione manuale. La valutazione è stata effettuata attraverso la misurazione indiretta della frequenza cardiaca messa in relazione con uno stato di stress che riflette il grado di <i>comfort</i> del paziente	Studio quasi sperimentale. <i>Campione</i> : 10 pazienti anziani allettati con compromissione della comunicazione verbale. <i>Metodi</i> : per una settimana i pazienti sono stati sottoposti a rotazioni laterali automatiche e manuali di 10° ogni due ore	Non è stata osservata alcuna differenza significativa nelle variazioni della frequenza cardiaca in 5 pazienti. In 3 pazienti è stata rilevato un aumento della frequenza cardiaca mentre in 2 pazienti c'è stata una riduzione della frequenza cardiaca. In quest'ultimo caso la riduzione della frequenza è stata messa in relazione al basso indice di massa corporea (IMC)	La rotazione automatica è confortevole al pari della movimentazione manuale



Autori	Obiettivo	Materiali e metodi	Risultati	Conclusioni
Grindley A et al., 1996	Confrontare il <i>comfort</i> e la qualità del sonno su due differenti materassi antidecubito con cuscini d'aria: il Nimbus II® e il Pegasus Airwave®	Studio cross-over. <i>Campione:</i> 20 pazienti ricoverati in strutture di lunga degenza o al domicilio (solo 16 hanno terminato lo studio). <i>Metodi:</i> tre giorni d'utilizzo per ciascun materasso	Dei 16 pazienti considerati: - 10 hanno giudicato il Nimbus II® più confortevole ($p=0,04$); - 9 hanno indicato una migliore qualità del sonno sul Nimbus II® ($p=0,75$); - 7 pazienti hanno espresso una preferenza complessiva per il Nimbus II® rispetto al Pegasus Airwave® ($p=0,34$)	Gli autori ipotizzano che la dimensione dei singoli cuscini che compongono un materasso antidecubito debba essere di grosse dimensioni per fornire un migliore <i>comfort</i> . Il movimento dei cuscini influenza il <i>comfort</i> del paziente
Hampton S, 1999	Confrontare il Thermo contour®, materasso composto da un polimero termoelastico, con un materasso ad aria in schiuma di poliuretano a ridistribuzione della pressione in quanto a prevenzione delle ulcere da pressione e <i>comfort</i> percepito	Studio controllato randomizzato in aperto. <i>Campione:</i> 407 pazienti a rischio di contrarre ulcere da pressione con punteggio Waterlow minore di 25; <i>Metodi:</i> 199 pazienti sono stati assistiti sul materasso Thermo contour®; 208 su materassi ospedalieri standard, motorizzati a pressione alternata e sovramaterassi in schiuma di poliuretano. Lo studio è durato circa 6 mesi	Sviluppo di ulcere: in 3 pazienti tra quelli allettati su Thermo contour® e in 6 tra quelli allettati sugli altri materassi. La differenza non è risultata significativa. L'88% dei pazienti allettati su Thermo contour® ha valutato il materasso come molto confortevole; per gli altri materassi la medesima percentuale è stata del 65% ($p<0,01$)	I pazienti hanno riferito un maggiore <i>comfort</i> sul Thermo contour®. I pazienti con un punteggio Waterlow minore di 25 hanno sviluppato meno ulcere da pressione sul Thermo contour®; tuttavia, il campione di pazienti con un punteggio Waterlow da 20 a 25 era ridotto
Melland HI et al., 1999	Valutare il <i>comfort</i> dei pazienti, la qualità del sonno, la risposta cutanea e respiratoria e il risparmio economico utilizzando un letto a rotazione laterale automatica, Freedom Bed®, o un letto e un materasso standard con movimentazione manuale o il proprio letto al domicilio	Studio di coorte. <i>Campione:</i> 17 pazienti con malattie degenerative. <i>Metodi:</i> utilizzo del letto a rotazione automatica per 28 giorni in sostituzione di un letto normalmente usato al domicilio o in ospedale per pazienti lungo degenti	- <i>Comfort:</i> migliore sul Freedom Bed® ma la differenza non è risultata significativa. - Qualità del sonno (1 = pessima; 10 = ottima): migliore sul Freedom Bed® (7,43/10 contro 5,27/10; $p=0,024$). - Numero medio dei risvegli a notte: minore sul Freedom Bed® ma la differenza non è risultata significativa. Si stima che il costo del letto Freedom Bed® si ripaghi entro 6 mesi	Il letto a rotazione automatica è un ausilio utile nei pazienti con mobilità ridotta e che necessitano di assistenza negli spostamenti. La comodità rilevata è stata discreta
Okamoto K et al., 1997	Valutare il <i>comfort</i> utilizzando un materasso Airmate® ad aria con due serie di celle a movimento alternato di 10', o un materasso Futon® standard. I dati sono confrontati con quelli di un precedente materasso ad aria con tre serie di celle a movimento alternato di 20'	Studio controllato randomizzato. <i>Campione:</i> sei ragazze volontarie di età compresa fra 18 e 22 anni. <i>Metodi:</i> temperatura della stanza mantenuta intorno ai 22-23°C; sessioni di sonno dalle 23.00 alle 7.00 per 3 giorni. Polisonnografia, temperatura e umidità del letto, della stanza, temperatura della pelle durante le 8 ore di sonno. Sensazione termica, umidità percepita e <i>comfort</i> soggettivi sono stati indagati 3 volte per notte (2 all'inizio e 1 alla mattina)	Non è stata trovata alcuna differenza nelle caratteristiche del sonno (tempo di addormentamento e risveglio), nella quantità e nella stadiazione del sonno. Sul materasso Airmate® la temperatura è risultata più bassa e l'umidità più alta (<80%) ($p\leq 0,01$). Non è stata trovata alcuna differenza significativa tra i due dispositivi in quanto a <i>comfort</i> percepito	Il movimento del materasso Airmate® non influenza il sonno in soggetti sani e giovani ma i risultati potrebbero essere diversi in soggetti anziani e malati. L'uso di materassi a celle alternate con cicli brevi (10') riduce la temperatura mentre l'umidità rimane alta senza influenzare la qualità del sonno percepita



Autori	Obiettivo	Materiali e metodi	Risultati	Conclusioni
Pring J et al., 1998	Valutare il <i>comfort</i> , la qualità del sonno e il dolore su tre differenti materassi antidecubito: il Nimbus II® (A), il Pegasus Airwave® (B) e il Quattro DC2000® (C)	Studio clinico randomizzato senza controllo. <i>Campione</i> : 40 pazienti con deficit neurologici, con punteggio di Waterlow maggiore di 15, senza ulcere da pressione o con ulcere fino al II grado. 39 pazienti hanno terminato lo studio; 4 hanno rifiutato il materasso A e 20 il materasso B in quanto ritenuti scomodi	<ul style="list-style-type: none"> - Percezione dolore: è risultata minore sui materassi A e C comparati con il B ($p < 0,05$ e $p < 0,01$). Non è stata trovata differenza tra C e A. - <i>Comfort</i>: è stato maggiore sul materasso C rispetto ad A e B ($p < 0,01$). Non è stata trovata alcuna differenza tra i materassi A e B. - Movimenti percepiti come disturbanti: i materassi A e C sono risultati migliori rispetto al B ($p < 0,01$). Non è stata trovata differenza tra C e A. - Rumore: il materasso A è risultato più silenzioso di B ($p < 0,01$). Non è stata trovata differenza tra A e C e tra B e C 	I materassi A e C causano meno dolore, meno movimenti disturbanti e meno rumore. Il materasso C è risultato migliore in quanto a <i>comfort</i>
Russell LJ et al., 2000	Valutare l'efficacia nella prevenzione delle ulcere da pressione utilizzando due differenti materassi antidecubito associati a cuscini antidecubito; definire il grado di <i>comfort</i>	Studio controllato randomizzato. <i>Campione</i> : 141 pazienti a rischio di ulcere da pressione in un reparto di geriatria. <i>Metodi</i> : gruppo A, 70 pazienti allettati su Nimbus® con cuscino Aura®; gruppo B, 71 pazienti allettati su Pegasus C® con due cuscini Proactive®. Lo studio è durato circa 3 settimane	Il gruppo A ha ottenuto un maggiore miglioramento delle ulcere da pressione al tallone rispetto al gruppo B ($p = 0,019$). Non è stata trovata alcuna differenza significativa in merito allo sviluppo di nuove ulcere da pressione in altra sede e in relazione al <i>comfort</i>	I risultati sono simili tranne che per il miglioramento delle ulcere al tallone. Lo studio andrebbe ripetuto con un campione più ampio
Russell LJ et al., 2003	Valutare il <i>comfort</i> , l'incidenza di nuove ulcere, la variazione delle dimensioni dell'ulcera, la guarigione e le recidive utilizzando il CONFOR-Med®, un materasso in schiuma viscoelastica dei materassi standard ospedalieri	Studio clinico randomizzato con gruppo di controllo. <i>Campione</i> : 1.168 pazienti a rischio di sviluppare ulcere da pressione (punteggio di Waterlow da 15 a 20). <i>Metodi</i> : 562 pazienti hanno utilizzato il CONFOR-Med®, 604 un materasso standard per circa 17 giorni	Dei 1.168 partecipanti, 706 hanno espresso opinioni in materia di <i>comfort</i> ; il <i>comfort</i> dei due materassi è risultato simile, ovvero tra "mi sento perfettamente a mio agio" e "mi sento abbastanza comodo". In un piccolo gruppo di 25 pazienti, il materasso a celle con pressione alternata è stato giudicato meno confortevole rispetto al CONFOR-Med®, ($p < 0,01$)	Il CONFOR-Med®, riduce l'incidenza di eritema reattivo nei pazienti a rischio. In un piccolo gruppo di pazienti è stato giudicato più confortevole rispetto al materasso a pressione alternata
Taylor L, 1999	Dimostrare l'efficacia di Pegasus Trinova®, un materasso dinamico con un cuscino, nel prevenire le ulcere da pressione in una popolazione di pazienti vulnerabili. Il confronto è stato eseguito con un materasso a gonfiaggio dinamico	Studio clinico randomizzato e studio di laboratorio. <i>Campione</i> : 44 pazienti a rischio di contrarre ulcere da pressione (età maggiore di 16 anni). <i>Metodi</i> : un gruppo di pazienti è stato allettato su Pegasus Trinova®, l'altro sul materasso di confronto (controllo); la comparsa di nuove ulcere è stata valutata ogni 4 giorni. La durata dello studio è stata di 5 mesi	Sviluppo ulcere: in 2 pazienti nel gruppo di controllo e in nessuno nel gruppo sperimentale. L'81,8% dei pazienti ha compilato il questionario sul <i>comfort</i> e la maggioranza (61,1%) ha valutato confortevole il Pegasus Trinova®; il 55,5% lo ha valutato accettabile mentre 3 persone l'hanno trovato inaccettabile	Il materasso Trinova Pegasus® è risultato efficace nel ridurre l'incidenza di nuove ulcere da pressione ed è risultato confortevole

Il profilo del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche in Italia: dall'analisi dei regolamenti didattici d'ateneo alle competenze distintive

Maria Luisa Rega¹, Rosalba Gallo¹, Giuseppe Marmo², Annamaria De Rossi², Corrado De Vito³, Gianfranco Damiani⁴, Caterina Galletti¹

¹Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ²Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Torino; ³Dipartimento di sanità pubblica, Università la Sapienza, Roma; ⁴Dipartimento di sanità pubblica, sezione di igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Corrispondenza: rega@rm.unicatt.it

RIASSUNTO

Introduzione L'obiettivo dello studio è quello di descrivere le competenze distintive dell'infermiere laureato magistrale ed evidenziare nuovi spazi di esercizio professionale di tale figura in rapporto alle necessità delle organizzazioni sanitarie.

Materiale e metodi Lo studio è di tipo descrittivo-correlazionale (*cross-sectional*). Lo strumento utilizzato per l'analisi degli obiettivi formativi qualificanti dei regolamenti didattici di ateneo è stata una griglia di lettura costruita *ex novo* dal gruppo di lavoro.

Risultati Lo studio ha interessato la documentazione di 29 sedi universitarie italiane nel periodo 2012-2013. L'infermiere laureato magistrale è un professionista con competenze manageriali, in linea con il mandato formativo dei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO), ma dall'analisi dei risultati emergono sei profili differenti di infermiere laureato magistrale. L'ipotesi che sulla diversificazione dei *curricula* abbiano agito due predittori, ovvero la pregressa presenza, nella medesima università, di una scuola diretta a fini speciali per dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI/IID) e/o la presenza di un coordinatore o docente di riferimento appartenente al settore di scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche (MED/45), è stata dimostrata nulla dal test di ANOVA (Kruskal-Wallis).

Conclusioni In funzione ai bisogni di assistenza socio-sanitaria, è urgente rendere la formazione dell'infermiere laureato magistrale più flessibile e dinamica, diversificando il percorso formativo verso una pratica infermieristica avanzata, anche al fine di migliorare gli sbocchi occupazionali.

Parole chiave: corso di laurea magistrale, sviluppo competenze, pratica infermieristica avanzata, sviluppo professionale

Nurses with Master of Science in nursing and midwifery in Italy: from the analysis of the academic regulations to the core competences

ABSTRACT

Introduction The aim of the study is to describe and profile the distinctive core competences of a nurse with Master of Science in nursing and midwifery and to point up new areas of practice in order to meet the needs of organizations and health systems.

Methods A cross-sectional study was carried out. The analysis of the educational objectives of university teaching regulations has been made with an *ex novo* tool, specifically created by the authors.

Results 29 university teaching regulations were analyzed. The nurse with Master of Science in nursing is a professional with advanced management competencies; the results of the study show the existence of six different kinds of *curricula*. The hypothesis that the diversification of *curricula* was due to the existence of director of nursing school, preceding the course, or the presence of a general, clinical and pediatric nursing science coordinator, was null.

Conclusions According to welfare needs, it is necessary to make more flexible and dynamic the profile of nurse with Master of Science in nursing, diversifying the curriculum path toward advanced practice nursing (APN) in order to improve the employment opportunities too.

Key words: Master of Science in nursing, skills development, advanced practice nursing, professional development

INTRODUZIONE

La riforma universitaria (DM 270/2004; DM 26 luglio 2007; Legge n. 43/2005; DPR 64/2008; Legge n. 240/2010) è finalizzata non solo a una maggiore adesione all'European Qualification Framework (EQF) dell'European Higher Education Area (EHEA), ovvero il quadro europeo dei titoli per l'istruzione superiore, ma anche a migliorare la qualità dei corsi e innestare una diversa dinamica di competizione tra atenei.

I decreti menzionati non solo hanno rimodulato il sistema universitario con un progressivo ampliamento dell'autonomia delle singole università nella predisposizione degli ordinamenti didattici ma hanno anche introdotto un correttivo a tale autonomia ponendo una serie di oneri a carico degli atenei, sia per le attività di valutazione interna ed esterna dei corsi di studio sia per il funzionamento degli stessi (DM 16 marzo 2007; ANVUR, 2012).

In sintesi, la riforma degli assetti delle università italiane ha generato importanti cambiamenti ma, soprattutto, ha ridisegnato le modalità con cui le stesse definiscono l'offerta formativa. Viene infatti fatto esplicito riferimento ai descrittori di Dublino, o *learning outcome*, e alla formulazione europea degli obiettivi formativi qualificanti, in linea con l'attuazione di un quadro unico per la trasparenza dei titoli, delle qualifiche e delle competenze. Quindi, per la formulazione del *curriculum* formativo del laureato in generale, e per quello dell'infermiere laureato magistrale in particolare, ciascuna università ha l'onere di elaborare dei regolamenti didattici di ateneo (RAD) con la funzione di disciplinare l'impostazione generale e coordinare le situazioni particolari dei corsi di studio tra cui, appunto, anche quelli di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche.

Il decreto ministeriale dell'8 gennaio 2009 (DM 8 gennaio 2009) prevede che ogni università possa introdurre nel proprio ordinamento didattico delle variazioni fino a un terzo del programma definito dalla normativa nazionale; in pratica, su 120 crediti formativi universitari (CFU), 80 sono vincolati mentre 40 possono essere gestiti autonomamente dai singoli atenei. Da ciò si deduce chiaramente come da un'unica norma possono scaturire corsi universitari con differenze negli ambiti disciplinari.

Lo scopo di questo studio è descrivere le tipologie di regolamenti didattici di ateneo, orientati diversamente nella declinazione degli obiettivi formativi del laureato magistrale, e quindi i *learning outcome*, e correlarli a due variabili che possono avere influenzato la declinazione degli obiettivi dei piani di studio: una di carattere storico, ovvero la presenza di

un pregresso corso di laurea specialistica o di una scuola diretta a fini speciali per dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI/IID), l'altra di carattere accademico, ovvero la presenza di un coordinatore o docente di riferimento del settore scientifico-disciplinare di scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche (SSD MED/45).

Background

Il corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO) equivale al livello *post-graduate* del mondo anglosassone ma, pur prefigurando un modello di professionalità proprio dell'Advanced Practice Nurse (APN), in Italia a tutt'oggi, di fatto, non si correla a un chiaro profilo di laureato formato e alle relative prospettive occupazionali e di carriera.

Non sono molti gli studi nazionali mirati a indagare quanto le modifiche normative universitarie abbiano impattato sul *curriculum* di studio dell'infermiere laureato magistrale nel duplice aspetto dei risvolti legati sia a una specificità formativa (competenze generali e competenze distintive di ciascun corso di laurea magistrale) sia occupazionali (possibilità di spendere il titolo di studi in ambiti anche diversi dalla dirigenza).

Un'indagine pubblicata nel 2007, condotta da Saiani e collaboratori, sull'ordinamento didattico del corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche e ostetriche, attraverso un confronto tra i piani di studio di diciassette corsi ha consentito di evidenziare alcuni orientamenti comuni ma anche sensibili scostamenti: gli insegnamenti sono composti da ambiti disciplinari aggregati con differenti criteri e, quindi, presentano rilevanti disomogeneità; la denominazione degli insegnamenti non segue tassonomie precise ma è un po' frutto della creatività e ciò ostacola la possibilità di un'univoca comprensione dei reali contenuti del corso (Saiani L, et al., 2006). La stessa disomogeneità caratterizza l'organizzazione del tirocinio e dei laboratori che, pure essendo parte integrante del *curriculum* formativo, sul territorio nazionale presentano situazioni molto variegata rispetto alla tipologia di attività proposte e ai contesti in cui vengono svolte, nonché le figure incaricate di affiancare lo studente (Galletti C, et al., 2012).

Il gruppo di lavoro della classe delle lauree magistrali in scienze infermieristiche e ostetriche (LM/SNT1), costituitosi all'interno della Conferenza delle classi di laurea delle professioni sanitarie, nel 2014 ha pubblicato un documento di consenso su riflessioni e prospettive in merito al percorso formativo e alla figura del laureato magistrale in scienze in-

fermieristiche e ostetriche con la finalità di fare il punto della situazione e avviare un dibattito sul suo profilo culturale (Dal Molin A, et al., 2014). Il pensiero forte che scaturisce dal documento è che la formazione di livello magistrale è un'opportunità irrinunciabile e che per essere colta necessita di un forte investimento sulla dimensione epistemologica e metodologica, in particolare applicata alla revisione critica e all'avanzamento del sapere disciplinare disponibile. Il secondo aspetto della spendibilità del titolo, e quindi degli sbocchi occupazionali, è quello relativo alla caratterizzazione di questo corso di studi, tematica a cui la professione ha iniziato ad approcciarsi in modo più scientifico.

Gli effetti di un corso di laurea specialistica/magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche sono stati indagati in termini di competenze percepite dai laureati e di sviluppo di carriera e occupazionale (Dante A, et al., 2011; Miconi A, et al., 2011; Galletti C, et al., 2013) ed è stato evidenziato un significativo avanzamento in una o più competenze ma solo in una piccola percentuale (tra il 19% e il 27%) si è verificata una modificazione del ruolo lavorativo, in senso manageriale, nei dodici mesi successivi al conseguimento del titolo di studio. L'ultimo studio effettuato in Italia da Dante e collaboratori sulle competenze e i ruoli dei laureati magistrali ha riportato una percentuale maggiore (28,6%), di poco superiore agli studi precedenti, che potrebbe fare ben sperare per il futuro (Dante A, et al., 2013). Tuttavia, in generale, permane ancora un basso livello di valorizzazione delle competenze avanzate nel contesto lavorativo.

Da questi studi scaturiscono una serie di interrogativi circa il reale riconoscimento di tale titolo magistrale in termini di carriera ma, *in primis*, scaturisce la necessità di descrivere il profilo dell'infermiere che, nel nostro Paese, viene formato nei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO), anche per le ricadute in termini di avanzamento di competenze e di sviluppo di conoscenze disciplinari infermieristiche.

Quesito di ricerca

Quale professionista forma il corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche?

Obiettivo

Descrivere il profilo dell'infermiere che viene formato nei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO), appartenenti alla classe delle lauree magistrali nelle scienze infermieristiche e ostetriche (LM/SNT1), in virtù dei cambiamenti apportati dall'applicazione del decreto

ministeriale n. 270/2004 (DM 270/2004), attraverso i seguenti obiettivi:

- effettuare una mappatura dei regolamenti didattici di ogni singolo ateneo attraverso la lettura degli obiettivi formativi qualificanti in essi contenuti;
- delineare i nuclei comuni e le differenze tra le diverse sedi correlandole alla presenza di un pregresso corso di laurea specialistica o scuola diretta a fini speciali per dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI/IID) o di un coordinatore o docente di riferimento del settore scientifico-disciplinare di scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche (SSD MED/45).

MATERIALI E METODI

Lo studio è di tipo retrospettivo, descrittivo-correlazionale (*cross-sectional*).

Campionamento

Nello studio sono stati inclusi tutti i corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO) attivi sul territorio italiano nell'anno accademico 2011/2012. Le sedi universitarie oggetto dello studio sono state individuate in base al decreto ministeriale del 4 agosto 2011 (DM 4 agosto 2011). Per completezza informativa si ricorda che la riforma universitaria (DM 270/2004; DM 26 luglio 2007; Legge n. 43/2005; DPR 64/2008; Legge n. 240/2010) ha preso formalmente avvio con l'anno accademico 2011/2012 e pertanto tale anno ha segnato l'avvio dei nuovi ordinamenti didattici della classe delle lauree magistrali in scienze infermieristiche e ostetriche (LM/SNT1).

Contesto temporale

Lo studio è stato condotto tra settembre 2012 e giugno 2013.

Strumento di ricerca

Non essendo presenti in letteratura strumenti adeguati per l'analisi degli obiettivi formativi qualificanti, sono stati creati *ex novo* (dal gruppo di lavoro) una griglia di lettura dei regolamenti didattici di ateneo e un relativo glossario.

Dai regolamenti didattici di ateneo sono stati estrapolati gli obiettivi formativi qualificanti e con l'utilizzo di un foglio di calcolo (Excel®) sono stati tabulati per consentire la loro giustapposizione e lettura sincronica. Sulla base del codice etico del Consiglio internazionale degli infermieri (ICN) (ICN, 2006), già utilizzato nello studio di Dante e collaboratori (Dante A, et al., 2011), gli obiettivi formativi qualificanti sono stati categorizzati in domini: manageriale, clinica avanzata, formazione e ricerca. La lettura dei

documenti ha evidenziato però due ulteriori domini, disciplinare e deontologia, che sono stati aggiunti ai precedenti. Ciascun dominio è stato suddiviso in ambiti, dedotti dai regolamenti didattici che, successivamente, hanno consentito di attribuire a ciascun dominio gli obiettivi qualificanti presi in esame (Tabella 1).

La griglia di lettura è stata completata con l'elaborazione di un glossario per guidare l'attribuzione degli obiettivi formativi qualificanti dei regolamenti didattici allo specifico ambito e dominio.

L'affidabilità dello strumento e del glossario è stata

Tabella 1. Griglia di lettura dei regolamenti didattici di ateneo (domini e ambiti)

Dominio	Ambito
Manageriale	Pianificazione
	Programmazione
	Organizzazione
	Gestione
	Controllo
	Innovazione
	Problemi di salute
Clinica avanzata	Accertamento
	Diagnosi
	Pianificazione
	Attuazione
	Valutazione
	Bisogni assistenziali
	Consulenza
	Educazione
Formazione	Analisi dei bisogni
	Progettazione dell'intervento
	Attuazione dell'intervento
	Valutazione dei risultati
	Tutoraggio
Ricerca	Produzione
	Sviluppo
	Valutazione
	Bibliografia
Disciplinare	Produzione
	Sviluppo
Deontologia	Professionale

assicurata mediante il *test-retest*, eseguito a distanza di due settimane. La validità è stata conseguita mediante l'utilizzo dello strumento da parte di tre docenti di corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO), due esterni al gruppo e uno interno, provenienti da sedi diverse e con esperienze e formazione differenti.

Raccolta dati

I regolamenti didattici di ateneo dei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, appartenenti alla classe delle lauree magistrali nelle scienze infermieristiche e ostetriche (LM/SNT1), sono stati scaricati dai seguenti siti Internet:

- Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (MIUR), sezione università (MIUR, 2011-12);
- Offerta formativa (OFF.F) del MIUR, in collaborazione con il Consorzio interuniversitario Cineca (OFF.F, 2011-12);
- Consorzio interuniversitario Cineca (Cineca, 2011-12).

I siti sono stati consultati la prima volta il 30 dicembre 2011 e la seconda volta il 14 febbraio 2012.

I regolamenti didattici di ateneo sono stati letti in doppio cieco da due componenti del gruppo di lavoro che, al termine, hanno proceduto a un confronto finale. I pochi obiettivi formativi qualificanti che non hanno trovato la medesima allocazione dalla lettura dei due ricercatori sono stati discussi con il gruppo e allocati.

Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati elaborati con il software Statistical Package for Social Science (SPSS) e sono stati descritti tramite valori di tendenza centrale e frequenze.

E' stata valutata la possibile associazione tra i diversi domini e due possibili predittori del loro livello di sviluppo:

- la pregressa presenza nella sede universitaria di un corso di laurea specialistica e/o di una scuola diretta a fini speciali per dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI/IID);
- la presenza nella sede universitaria di un coordinatore o docente di riferimento appartenente al settore scientifico-disciplinare di scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche (SSD MED/45).

A tale scopo è stato utilizzato il test ANOVA, confermato dal test di Kruskal-Wallis assumendo un livello di significatività di $p < 0,05$.

RISULTATI

Sono stati analizzati un totale di 29 documenti.

Mappatura dei regolamenti didattici di ateneo

Tra i regolamenti didattici di ateneo considerati, quelli delle sedi universitarie di Ancona, Bari, Cagliari, Catania, Chieti, Genova, Napoli II, Seconda Università degli Studi di Napoli (Napoli SUN) e Verona sono risultati identici per la parte riguardante la formulazione degli obiettivi formativi qualificanti e quindi tra loro perfettamente sovrapponibili. Anche i regolamenti didattici degli atenei dell'Università la Sapienza I e II sono risultati tra loro sovrapponibili, così come quelli delle università di Bologna e Ferrara e quelli delle università dell'Aquila e di Padova. Dalla stima del numero complessivo degli obiettivi formativi qualificanti emerge una prima sostanziale variabilità nel loro numero tra le diverse sedi universitarie, ovvero da un minimo di 12 a un massimo di 58 (mediana, Me=38; media=37,41).

Analizzando i singoli domini emerge come quello manageriale sia il maggiormente rappresentato oltre che presente in tutte le sedi universitarie (Figura 1); infatti, il numero degli obiettivi formativi attribuiti a questo dominio è risultato compreso tra 4 e 34 (Me=23; media=21).

Anche il dominio formativo è presente in tutte le sedi universitarie ma è rappresentato diversamente (Figura 2): il numero degli obiettivi relativi a questo dominio è risultato compreso tra 2 e 20 (Me=6; media=7,27).

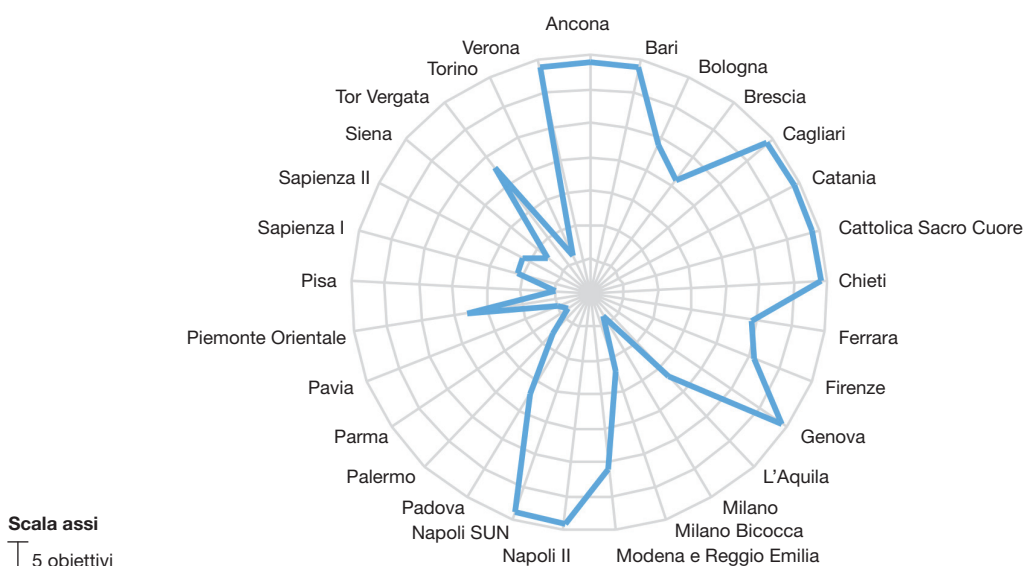
Nella Figura 3 sono messi a confronti i rimanenti domini. Il dominio disciplinare è assente nei regola-

menti didattici di 15 sedi universitarie, nelle restanti 14 sedi il numero complessivo degli obiettivi formativi relativi a questo dominio è risultato compreso tra 1 e 3. Fatta eccezione per le università Cattolica del Sacro Cuore, Roma Tor Vergata e di Firenze, anche il dominio ricerca è risultato scarsamente considerato e assente nei regolamenti didattici di 3 sedi universitarie, ovvero quelle di Padova, Palermo e L'Aquila; per questo dominio, il numero complessivo degli obiettivi formativi è risultato compreso tra 1 e 9 (Me=4). Il dominio clinica avanzata non è risultato presente nei regolamenti didattici di 6 sedi universitarie e nelle restanti 23 sedi il numero complessivo degli obiettivi formativi è risultato compreso tra 1 e 24 (Me=6). Il dominio deontologia è risultato parte degli obiettivi formativi qualificanti solo per le sedi universitarie di Bologna, Ferrara, Università Cattolica del Sacro Cuore e Palermo.

Nuclei comuni e differenze tra sedi universitarie

Per consentire un'analisi più approfondita del profilo del laureato magistrale, dal momento che 15 regolamenti didattici di ateneo di differenti sedi universitarie situate in diverse Regioni sono risultati tra loro sovrapponibili, il gruppo di lavoro non ha analizzato i dati per area geografica (Nord, Centro, Sud e regioni) ma ha aggregato i regolamenti didattici di ateneo tra loro identici. In questo modo sono state individuate 6 tipologie di regolamenti didattici, ciascuno con propri obiettivi formativi qualificanti

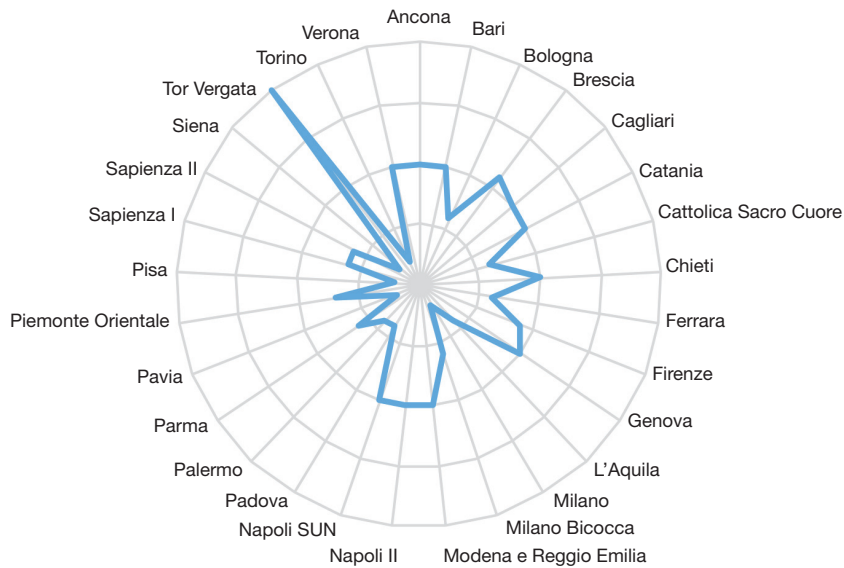
Figura 1. Numero di obiettivi per singolo ateneo relativi al dominio manageriale



Scala assi
| 5 obiettivi

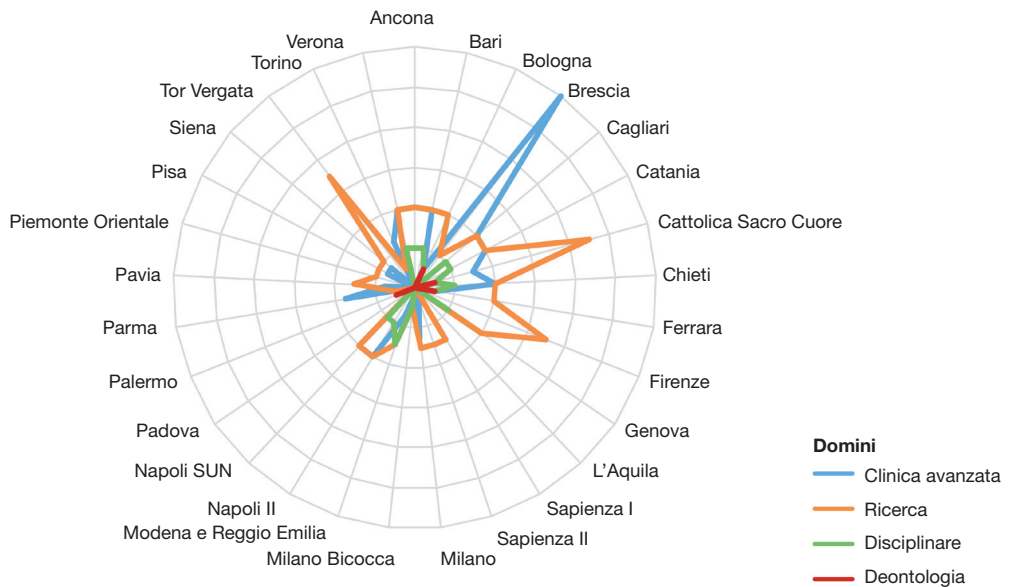
Napoli SUN: Seconda Università degli Studi di Napoli

Figura 2. Numero di obiettivi per singolo ateneo relativi al dominio formazione



Napoli SUN: Seconda Università degli Studi di Napoli

Figura 3. Numero di obiettivi per singolo ateneo relativi ai domini clinica avanzata, ricerca, disciplinare e deontologia



* Per il dominio clinica avanzata, rispetto agli altri domini, il numero degli obiettivi è riportato in rapporto 1:2
 Napoli SUN: Seconda Università degli Studi di Napoli

(Tabella 2), a cui sono stati fatti corrispondere 6 differenti profili di laureato magistrale (indicati con le lettere maiuscole dell'alfabeto A, B, C, D, E ed F). E' possibile rilevare come per tutti i profili di laurea magistrale sia sviluppato il dominio manageriale

e formativo ma la diversa presenza degli altri domini e, soprattutto, il loro *mix* dà origine a specificità che caratterizzano profili peculiari. Il profilo B risulta presente nel 38% delle sedi universitarie mentre il profilo C nel 31% delle sedi (Fi-

Tabella 2. Profili di laureato magistrale e obiettivi specifici dichiarati nei regolamenti didattici

Profilo	Numero di obiettivi per dominio					
	Manageriale	Clinica avanzata	Formazione	Ricerca	Disciplinare	Deontologia
A	29	4	6	7	1	1
B	24	4	9	3	2	-
C	8	6	4	2	-	-
D	8	-	4	-	-	1
E	23	-	12	5	-	-
F	17	-	4	-	-	-

Figura 4. Numero di obiettivi per dominio dei profili B e C del laureato magistrale

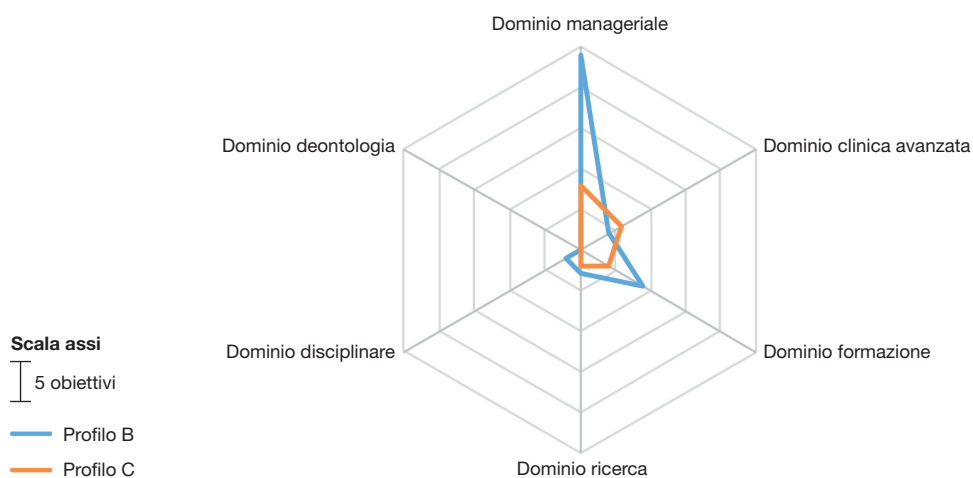
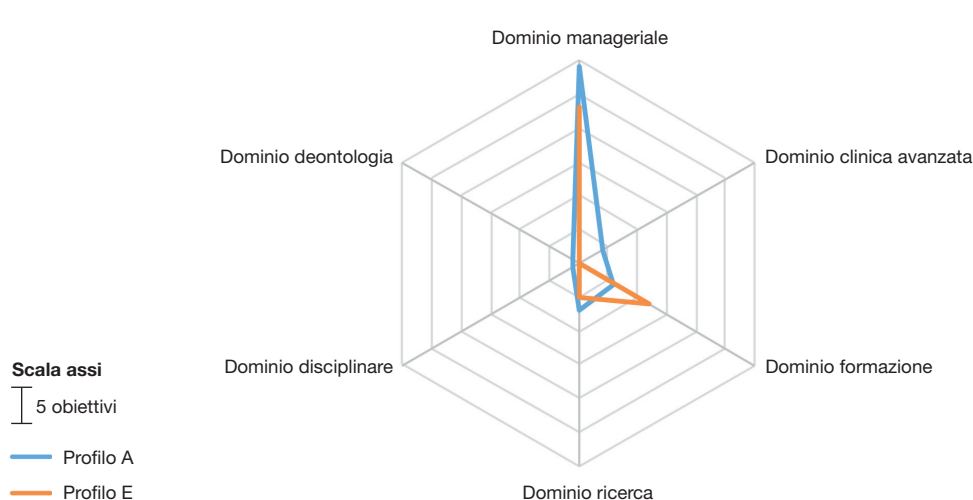
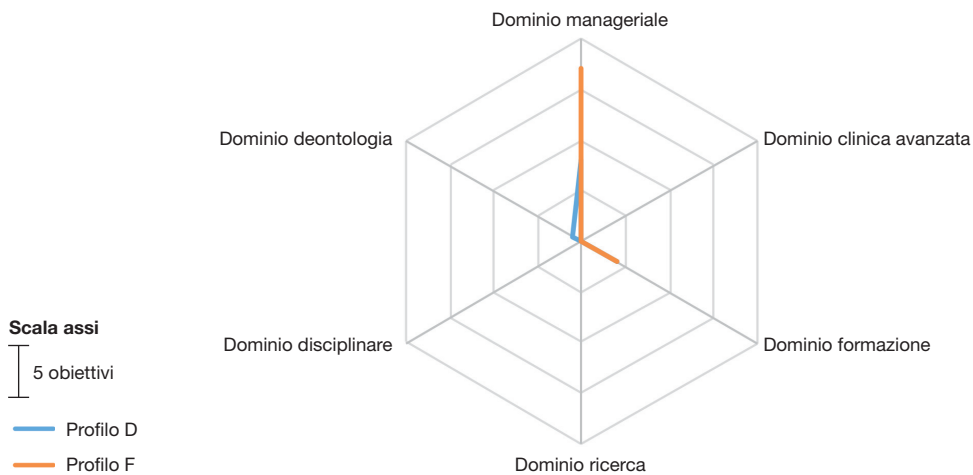


Figura 5. Numero di obiettivi per dominio dei profili A ed E del laureato magistrale



gura 4). Il profilo A ed E risultano presenti nel 10% delle sedi universitarie (Figura 5). Il profilo F risulta presente nel 7% delle sedi universitarie e il profilo D nel 3% (Figura 6).

I dati, sottoposti a correlazione lineare univariata (ANOVA), non hanno dato luogo a nessuna significatività statistica e pertanto la declinazione degli obiettivi specifici non sembra essere correlata alla

Figura 6. Numero di obiettivi per dominio dei profili F e D del laureato magistrale

presenza di un corso di laurea specialistica e/o di una scuola diretta a fini speciali per dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI/IID) o a quella di un coordinatore o docente di riferimento nel settore scientifico-disciplinare di scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche (SSD MED/45). L'ipotesi secondo la quale una di queste variabili possa avere influenzato lo sviluppo di un dominio specifico rispetto a un altro, nella parte di componente autonoma che ogni università può introdurre nel proprio ordinamento didattico (40 su 120 CFU), è risultata nulla.

DISCUSSIONE

La normativa istitutiva ha definito l'infermiere laureato magistrale come "quel professionista sanitario che, esercitando competenze avanzate e *leadership* professionale, è in grado, in situazioni complesse, di progettare, negoziare, realizzare e valutare in termini interprofessionali soluzioni a problemi non risolti o innovazioni basandosi sulla ricerca e governando i processi assistenziali organizzativi formativi, con lo scopo di soddisfare al meglio possibile i bisogni di salute e di assistenza infermieristica della popolazione" (Gamberoni L, et al., 2008). I risultati di questo studio consentono di rilevare come i percorsi universitari di secondo livello per gli infermieri abbiano modulato, nei fatti, un profilo di laureato magistrale con una formazione professionale assai diversificata. Infatti, i dati raccolti con la griglia di lettura evidenziano come lo sviluppo degli ordinamenti didattici nelle 29 sedi universitarie indagate sia caratterizzato da un discreto livello di autonomia nella formulazione degli obiettivi formativi qualificanti, come per altro richie-

sto dalla normativa universitaria che ha avviato un processo di diversificazione tra le singole università (Vesperini G, 2009).

L'analisi dei regolamenti didattici di ateneo ha consentito di evidenziare le differenze nell'offerta formativa dei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO) degli atenei italiani. È emerso come i domini manageriale e formativo rappresentino per tutti gli atenei il *core* dell'ordinamento didattico mentre gli altri domini quali clinica avanzata, ricerca, disciplinare e deontologia, altrettanto importanti, non siano perseguiti dagli obiettivi dichiarati nei regolamenti didattici di ateneo, o lo sono in minore misura, e non sono correlabili né alla pregressa presenza di un corso di laurea specialistica o scuola diretta a fini speciali per dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI/IID) né alla presenza di un coordinatore o docente di riferimento del settore scientifico-disciplinare di scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche (SSD MED/45).

Pertanto, la risposta al quesito di ricerca è che il corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO) forma un professionista con competenze manageriali.

Lo studio ha individuato che le università italiane formano sei differenti profili di laureato magistrale. Le *core competence*, come già rilevato, sono per tutti i profili quelle manageriali e formative. In particolare però il profilo F è risultato orientato interamente all'acquisizione di competenze manageriali e in minore misura a quelle formative. Infatti, in linea con il contesto organizzativo e professionale, all'interno del quale si inserisce operativamente tale professionista (qualifica unica di dirigente del-

le professioni sanitarie infermieristiche) (DPCM 25 gennaio 2008), il *curricula* si sviluppa su aspetti di metodo e non su prassi (Dal Molin A, et al., 2014). Sarebbe utile potere rilevare, dai piani di studio e dai programmi formativi delle sedi universitarie che hanno attivato questo *core curriculum*, il livello di dettaglio delle competenze acquisite dai laureati e se e come si armonizzano con lo specifico disciplinare infermieristico. E' infatti determinante, a parere di chi scrive, tenere in considerazione oltre alle *core competence* anche le competenze flessibili, con un forte orientamento ai contesti operativi che offrirebbero all'infermiere magistrale la possibilità di uno sviluppo professionale anche in differenti ruoli di coordinamento organizzativo e/o gestionale e non unicamente in quelli dirigenziali/manageriali (Saiani L, et al., 2006).

Il profilo D presenta, oltre al dominio manageriale e al dominio formativo, anche la cultura deontologica del *nursing*. E' un profilo interessante in quanto gli ambiti dirigenziali e gestionali sono essi stessi ambienti ad "alta intensità" di decisioni etiche, coerentemente con il mandato professionale e organizzativo dell'infermiere laureato magistrale. Infatti, tale dominio non è da interpretare come mera acquisizione di un codice di comportamento deontologico ma come esplorazione e acquisizione sistematica delle norme di comportamento professionale specifiche della professione infermieristica (Sgreccia E, et al., 1999). Il dominio deontologia è presente anche nel profilo A ma, in generale, questa competenza è poco rappresentata nei regolamenti didattici di ateneo, probabilmente perché l'acquisizione potrebbe essere considerata un obiettivo del percorso di laurea di I livello; infatti, è anche una di quelle competenze rispetto alla quale i laureati specialisti/magistrali non hanno attribuito significativi cambiamenti al termine del percorso formativo (Dante A, et al., 2011; Galletti C, et al., 2013).

Solo i profili A e B, che tra loro differiscono unicamente per l'assenza del dominio deontologia nel secondo, hanno previsto il dominio disciplinare, caratterizzato dallo sviluppo culturale del *nursing*, segno di un investimento sulla dimensione epistemologica e di metodologia applicata all'avanzamento del sapere disciplinare. Tali elementi costituiscono l'essenza culturale del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche che anima il percorso di costruzione della sua personale conoscenza e di un'adeguata consapevolezza critica per distinguere, comparare e valutare con indipendenza di pensiero (Dal Molin A, et al., 2014). E' opinione di chi scrive che il dominio disciplinare dovrebbe essere presente in tutti i profili in quanto

si tratta di una competenza chiave che consente all'infermiere magistrale di interpretare i problemi assistenziali e sanitari attraverso la specificità del *nursing* e, contestualmente, di sviluppare nuove funzioni educative e di *empowerment* per il paziente. Inoltre, l'acquisizione di competenze avanzate nell'ambito della clinica, presente nei profili A, B e C, sembra tenere conto della coerenza tra l'ambito disciplinare infermieristico, l'evoluzione dei bisogni di salute della persona e il fabbisogno di professionalità degli operatori dei servizi sanitari. Infatti, in molti paesi la tendenza è di stimolare gli infermieri laureandi magistrali verso percorsi formativi per la pratica infermieristica avanzata (Advanced Practice Nursing) senza vincolarli all'assunzione delle sole funzioni dirigenziali (Saiani L, et al., 2006). La strutturazione di specifici percorsi di avanzamento clinico basati su capacità cognitive complesse (sintesi, integrazione e applicazione) che vanno oltre la competenza clinica sarebbe una formidabile leva per lo sviluppo professionale di questi profili (Davies B, et al., 1995). E' necessario regolamentare la formazione di questo aspetto e inserire nella pratica assistenziale figure come l'infermiere di pratica clinica avanzata che sia riconosciuto prima di tutto dall'organizzazione come *leader* formale all'interno del gruppo multidisciplinare e che si occupi anche dell'integrazione dei ruoli, della formazione e della valutazione dei suoi colleghi (Rega ML, et al., 2013). Inoltre, il mancato riconoscimento del beneficio apportato da infermieri con un livello di formazione avanzato agli esiti sui pazienti (Rafferty AM, et al., 2007) e la mancata progressione di carriera in ambito clinico comportano la fuga degli infermieri dalla pratica professionale e la perdita di professionalità in grado di fornire servizi di più alto livello (Callaghan L, 2008). L'esigenza di infermieri con competenze infermieristiche avanzate è stata già studiata e proposta da Rega e collaboratori nel 2014 per l'assistenza infermieristica al paziente con ictus cerebrale (Rega ML, et al., 2014).

Nei profili A, B, C ed E è presente anche il dominio ricerca. L'acquisizione di elementi inerenti la metodologia della ricerca infermieristica è un punto fondante per consolidare e sviluppare il sapere proprio delle scienze infermieristiche. La laurea magistrale affina e implementa le capacità di revisione, di lettura critica dei risultati della ricerca e di collaborazione in progetti di ricerca ma non può ambire, per finalità e per tempi di apprendimento disponibili, a preparare ricercatori che, invece, trovano nel dottorato di ricerca un percorso formativo più pertinente e completo (Dal Molin A, et al., 2014). L'acquisizione di questa competenza è stata valutata

positivamente dagli infermieri laureati magistrali in quanto hanno potuto incrementare la produzione di pubblicazioni scientifiche (Dante A, et al., 2013) e migliorare l'approccio alla pratica clinica con l'uso delle prove di efficacia (Galletti C, et al., 2013). Il riconoscimento di questa competenza, che potenzia la capacità di pensiero critico a supporto del processo decisionale, dovrebbe essere di stimolo per incentivare l'aumento del numero di infermieri laureati magistrali (non vincolando la determinazione del numero annuale di posti per la formazione magistrale al solo ricambio dirigenziale) similmente a quello che è avvenuto negli Stati Uniti, in cui si è incentivato ad aumentare gli infermieri laureati (dal 50% all'80%) per avere un maggiore numero di infermieri con formazione avanzata (APN) e migliorare gli esiti sui pazienti (Aiken LH, 2011).

Limiti

Lo studio è di tipo trasversale e pertanto non produce evidenze.

La lettura e l'analisi dei soli regolamenti didattici di ateneo senza i relativi piani di studio dei corsi di laurea magistrale e dei programmi offre un primo spaccato ma non consente un'approfondita analisi sulle effettive competenze acquisite dai laureati.

Quanto fino a ora detto deve trovare una congruenza negli obiettivi e nei programmi dei corsi di laurea magistrale, sul piano della metodologia e su quello dei contenuti delle diverse aree, e questo ultimo aspetto potrebbe essere oggetto di uno studio più approfondito.

Implicazioni

I risultati di questo studio permettono di individuare gli ambiti sui quali poter lavorare per approfondire il profilo del laureato magistrale a livello nazionale e contribuire all'ampio dibattito internazionale circa le competenze infermieristiche avanzate.

Il valore di questo studio risiede nel fatto di essere il primo, in Italia, a effettuare un'analisi dell'ordinamento didattico dei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO). Inoltre, ha permesso di evidenziare le importanti potenzialità dell'infermiere con laurea di secondo livello che, tuttavia, in assenza di una logica di sistema, non trovano una giusta valorizzazione nei contesti sanitari.

CONCLUSIONI

L'analisi di quale profilo sia quello dell'infermiere laureato magistrale in Italia ha permesso di comprendere come il profilo prevalente sia quello dirigenziale. Le sedi universitarie hanno di fatto ottem-

perato alla richiesta di un professionista laureato di secondo livello per la direzione dei servizi e delle risorse infermieristiche.

L'evoluzione dei bisogni di salute e dei modelli organizzativi dei servizi sanitari (influenzati dalle nuove politiche di *welfare*) richiedono di rimodulare le professionalità presenti nel contesto operativo per ottimizzare i contributi alla salute della popolazione e le funzionalità dei servizi sanitari. Ciò si traduce nella necessità di formare un laureato magistrale in scienze infermieristiche come professionista non statico nei suoi ruoli ma versatile e non rigidamente legato alla progressione verticale di carriera.

I risultati dello studio consentono di affermare che l'attuale formazione erogata nei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (CLMSIO) può contribuire a formare un professionista con competenze avanzate nel contesto assistenziale e clinico. Per l'infermiere laureato magistrale l'acquisizione di competenze avanzate non è legata all'*expertise* ma al sapere che, grazie al possesso di modelli interpretativi più sofisticati, determina un'espansione delle categorie mentali, delle dotazioni teoriche, delle chiavi di lettura del contesto e dei problemi che gli consentono di estendere l'ambito di interesse su molteplici fenomeni inerenti la salute, su variegati trattamenti e strategie di recupero di incapacità, su relazioni primarie e correlate in situazioni complesse in campo sanitario.

E' auspicabile quindi che si possa stabilire un maggiore dialogo tra il mondo universitario, i bisogni di salute e l'organizzazione dei servizi per proporre futuri scenari per l'attuale laurea magistrale, anche nella direzione della pratica infermieristica avanzata (APN).

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

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca (ANVUR) (2012) *Autovalutazione, valutazione e accreditamento del sistema universitario italiano*. http://www.anvur.org/attachments/article/26/ava_documentofinale_0.pdf
- Aiken LH (2011) *Nurses for the future*. N Engl J Med, 364(20), 196-198.
- Callaghan L (2008) *Advanced nursing practice: an idea whose time has come*. J Clin Nurs, 17, 205-213.
- Consorzio interuniversitario, Cineca (2011-12). www.cineca.it
- Dal Molin A, Galletti C, Marmo G, et al. (2014) *Il corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche riflessioni e prospettive sul percorso formativo*

- e sulla figura del laureato magistrale. *Med Chir*, 61, 2747-2752.
- Dante A, Miniussi C, Margetic H, et al. (2011) *Gli effetti di un corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche e ostetriche: risultati di uno studio trasversale*. *Ig. Sanità Pubbl*, 67, 573-589.
- Dante A, Miniussi C, Margetic H, et al. (2013) *Gli effetti di un corso di formazione infermieristica avanzata sullo sviluppo professionale e di carriera*. *L'infermiere*, 50, e54-e61.
- Davies B, Hughes AM (1995) *Clarification of advanced nursing practice: characteristics and competencies*. *Clin Nurs Spec*, 9, 156-160.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 25 gennaio 2008, "Linee guida per la riorganizzazione del Sistema di istruzione e formazione tecnica superiore e la costituzione degli Istituti tecnici superiori".
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 64/2008, "Regolamento concernente la struttura ed il funzionamento dell'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca (ANVUR)". *Gazzetta Ufficiale*, 84
- Decreto ministeriale 16 marzo 2007, "Determinazione delle classi di laurea magistrale". *Gazzetta Ufficiale*, 155
- Decreto ministeriale 26 luglio 2007. <http://goo.gl/cBr9hN>
- Decreto ministeriale 4 agosto 2011, "Programmazione ai corsi di laurea disposta dagli Atenei a.a. 2011.12".
- Decreto ministeriale dell'8 gennaio 2009, "Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie". *Gazzetta Ufficiale*, 122.
- Decreto ministeriale n. 270/2004, "Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509". *Gazzetta Ufficiale*, 266.
- Galletti C, Tedino G, Morchio MG, et al. (2013) *Curriculum formativo del laureato specialista e mondo del lavoro; indagine su infermieri e ostetriche dell'Università Cattolica*. *Prof Inferm*, 66, 1-9.
- Galletti C, Zanotti R, Merlo E, et al. (2012) *Il tirocinio e i laboratori nel curriculum del corso di laurea specialistica/magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche*. *Med Chir*, 55, 2459-2464.
- Gamberoni L, Lotti A, Marmo G, et al. (2008) *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. Mc Graw-Hill, Milano.
- International Council of Nurses (ICN) (2006) *The ICN code of ethics for nurses*. http://www.dsr.dk/ser/documents/icncode_english.pdf
- Legge n. 240/2010, "Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario". *Gazzetta Ufficiale*, 10
- Legge n. 43/2005, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 gennaio 2005, n. 7, recante disposizioni urgenti per l'università e la ricerca, per i beni e le attività culturali, per il completamento di grandi opere strategiche, per la mobilità dei pubblici dipendenti, nonché per semplificare gli adempimenti relativi a imposte di bollo e tasse di concessione. Sanatoria degli effetti dell'articolo 4, comma 1, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 280". *Gazzetta Ufficiale*, 75.
- Miconi A, De Nuzzo D, Tarsitani G, et al. (2011) *La realtà occupazionale del laureato magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche*. *Med Chir*, 53, 2355-2359.
- Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (MIUR), sezione università (2011-12). <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/universita/home>
- Offerta formativa (OFF.F) del MIUR, in collaborazione con il Consorzio interuniversitario Cineca (2011-12). <http://off.miur.it/>
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, et al. (2007) *Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records*. *Int J Nurs Stud*, 44(2), 175-82.
- Rega ML, Guerriero S, Scelsi S, et al. (2013) *Le competenze infermieristiche avanzate nel trattamento dello stroke in fase acuta in Italia. Strategia per l'identificazione (I parte)*. *Scenario*, 30(4), 24-30.
- Rega ML, Guerriero S, Scelsi S, et al. (2014) *Le competenze infermieristiche avanzate nel trattamento dello stroke in fase acuta in Italia. Strategia per l'identificazione (II parte)*. *Scenario*, 30(1), 23-32.
- Saiani L, Brugnolli A (2006) *Gli obiettivi ed i contenuti core di management infermieristico nei percorsi formativi di base e post base*. *Ass Inf Ric*, 2(25), 74-82.
- Sansoni J, Saiani L, Marognolli O (2007) *Riflessioni sull'ordinamento didattico del corso di laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche nei primi tre anni di avvio (2004-2007)*. *Med Chir*, 39, 1608-1616.
- Sgreccia E, Spagnolo AG, Di Pietro ML (1999). *Bioetica. Manuali per i diplomi Universitari della sanità*. Vita e Pensiero, Milano.
- Vesperini G (2009) *Per uno studio delle tendenze di riforma del sistema universitario*. *Giornale di diritto amministrativo*, 2, 197-202.
- Zanotti R (2010) *Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale*. Piccin, Padova.



CONTRIBUTI

Bladder scanner ed ecografo in ausilio al cateterismo vescicale: evidenze e prospettive

di Carlo Brachelente (1), Andrea De Simone (1), Pasquale Cammisa (2)

(1) Sottufficiale infermiere, Reparto Urologia Policlinico Militare di Roma

(2) Sottufficiale infermiere Centro Sportivo Olimpico dell'Esercito

Corrispondenza: braca.c@libero.it

L'uso del catetere vescicale è statisticamente associato a:

- aumento del rischio di infezioni delle vie urinarie, disagio per il soggetto cateterizzato, durata maggiore del ricovero;
- aumento della mortalità e costi aggiuntivi (Brennan, 2001). Per tali motivi è raccomandato ricorrere al catetere urinario solo nei casi in cui ogni altra alternativa non sia praticabile (CDC, 2009).

Il cateterismo urinario per lo svuotamento vescicale è spesso deciso con valutazioni empiriche, come la palpazione della vescica urinaria, mentre la valutazione real time della vescica e in alcuni casi della progressione del catetere in cavità possono migliorare le indicazioni alla procedura, facilitarla e diminuirne le complicanze (Fredriksonn et al., 2000). L'infermiere è il professionista che, alla luce delle sue competenze, riveste un ruolo centrale nell'opera di prevenzione delle infezioni delle vie urinarie correlate al posizionamento del catetere vescicale (IPASVI, 2013), ed oggi, acquisendo le competenze per la gestione di strumenti quali bladder scanner o ecografo, può essere ancora più incisivo nell'opera di prevenzione delle complicanze correlate al cateterismo urinario. Il bladder scanner è una strumentazione medica portatile ad ultrasuoni che misura direttamente e velocemente il volume vescicale, (Sparks, 2004).

L'ecografo è uno strumento che grazie agli ultrasuoni permette di produrre immagini derivanti dalla registrazione degli echi provenienti dalle interfacce acustiche tessutali (Giovagnorio, 2008) ed in ausilio al cateterismo vescicale consente:

- Il riconoscimento preventivo di un cateterismo vescicale difficile, attraverso la valutazione delle dimensioni e della salienza prostatica, facilitando l'inserzione ed evitando la creazione di false vie o traumatismi (Romei et al., 2007);
- la verifica del posizionamento e della pervietà del catetere vescicale inserito, in caso di sospette ostruzioni o dislocazioni (Romei et al., 2007);
- la valutazione della quantità del contenuto vescicale (Romei et al., 2007).

Anali della letteratura

È stata condotta un'analisi della letteratura sul tema, nel 2014, includendo articoli in cui gli strumenti ad ultrasuoni sono utilizzati dagli infermieri.

I risultati ottenuti sono stati aggregati in base alle valutazioni consentite dagli strumenti ad ultrasuoni in ausilio al cateterismo vescicale.

La letteratura selezionata mostra che uso dell'ecografo:

- consente di valutare correttamente le dimensioni della prostata e la salienza prostatica (Romei et al., 2007);
- consente la valutazione real time dell'inserimento del catetere vescicale riducendo il rischio di traumatismi o false vie. (Romei et al., 2007);
- permette di verificare il posizionamento e la pervietà del catetere urinario in caso di sospette ostruzioni o dislocazioni (Romei et al., 2007);
- misura efficacemente il contenuto vescicale, con un'accuratezza che oscilla dal 76 al 97% (Frederickson et al., 2000);
- riporta una percentuale di soddisfazione del paziente del 93% e del 97% degli infermieri (Frederickson et al., 2000);
- consente la riduzione dei cateterismi del 38% per presunto globo vescicale, e dell'81% per residuo post-minzionale (Frederickson et al., 2000);
- permette misurazioni efficaci, dopo un breve periodo di formazione e training degli infermieri (Chan & H, 1993; Park et al., 2011);
- riduce i cateterismi inutili, quindi le infezioni del tratto urinario correlate al cateterismo vescicale di circa il 50% (Lee et al., 2007).

L'uso dell'ecografo è indicato:

- come alternativa al cateterismo vescicale per la misurazione del volume vescicale (Bózsza et al., 2011; Romei et al., 2007);
- per prevedere una difficoltà oggettiva al cateterismo vescicale (ostacolo prostatico) (Romei et al., 2007);
- per visualizzare il corretto posizionamento del palloncino e monitorare eventuali cause di malfunzionamento (Romei et al., 2007).

L'uso del bladder scanner ha mostrato che:

- misura in modo piuttosto efficace il contenuto vescicale, con una sensibilità che aumenta per volumi di urina > 100 ml (Oh-Oka et al., 2007);
- l'efficacia della misurazione del contenuto vescicale è correlata allo strumento utilizzato, e varia con un range medio di errore del 15% (Park et al., 2011; Oh-Oka et al., 2007);
- l'efficacia delle misurazioni migliora con l'esperienza degli operatori nell'usare lo strumento (Fedorkow et al., 2005; Park et al., 2011; Oh-Oka et al., 2007);
- il tasso di errore delle misurazioni varia dal 2 al 22% (Oh-Oka et al., 2007) con un range di sovrastima del 5% e di sottostima del 24.5% raggiunto con volume di urina <100 ml (Park et al., 2011);
- gli aspetti che condizionano maggiormente la misurazione sono: sesso, posizione del corpo, spessore di grasso addominale (Nusee et al., 2014), forma della vescica, volume di urina ed eventuali patologie concomitanti, quali cisti ovariche, mioma uterino ed adenomiosi uterina (Oh-Oka et al., 2005);
- riducendo i cateterismi si riducono sensibilmente anche le infezioni del tratto urinario correlate al cateterismo vescicale di circa il 50% (Sparks et al., 2004).

L'uso del bladder scanner è indicato:

- come alternativa efficace al cateterismo vescicale per la misurazione del volume vescicale (Choe, 2007; Shaikh et al., 2009);
- per valutare la ritenzione urinaria acuta (RUA) nel post operatorio (Fedorkow et al., 2005; Nusee et al., 2014; Lee et al., 2007), momento in cui è la più comune complicanza delle prime 2-4 ore (Palese et al., 2010);

- per monitorare il volume vescicale nei pazienti con ictus (Chan et al., 1993);
- per la valutazione del volume vescicale nei pazienti con ritenzione urinaria e nella gestione del cateterismo intermittente (Palese et al., 2010).

Appare evidente quanto l'ecografo ed il bladder scanner siano utili ed efficaci nella valutazione del volume vescicale: essi offrono all'infermiere un supporto efficace, rapido da usare e scarsamente invasivo. Le valutazioni ottenute sia con l'ecografo che con il bladder scanner sono influenzate dalla capacità e dall'esperienza dei professionisti, perciò è necessario programmare un breve periodo di formazione (Park et al., 2011), per consentire che con l'esperienza gli operatori riducano il margine di errore (Fedorkow et al., 2005; Oh-Oka et al., 2005; Park et al., 2011) migliorando l'accuratezza delle valutazioni. Il bladder scanner ha un'elevata sensibilità nel misurare volumi di urina >100 ml, quindi è indicato per valutare la ritenzioni urinaria, mentre la capacità di fornire immagini del contenuto vescicale e dell'apparato urinario rende l'ecografo particolarmente indicato per agevolare il cateterismo nei pazienti di sesso maschile con ipertrofia prostatica.

Il costo di acquisto di un ecografo è ammortizzato in periodo di circa 3 anni (Frederickson et al., 2000), semplicemente riducendo il numero dei cateterismi ed il tasso di infezione ad essi correlato. Usare strumenti ad ultrasuoni in ausilio al cateterismo urinario offre un alto livello di qualità dell'assistenza percepita sia dai pazienti che dagli infermieri, i primi per la riduzione del disagio legato alla procedura, i secondi per il miglioramento dell'efficacia della manovra.

La maggior parte dei dati analizzati si concentra nella misurazione del volume vescicale e la riduzione delle CAUTI (infezioni del tratto urinario associate a cateterismo), mentre i dati sulle valutazioni ecografiche per la verifica del posizionamento del catetere urinario ed il riconoscimento preventivo di un cateterismo difficile sono pochi e non approfonditi.

Nonostante l'impiego infermieristico di strumenti ad ultrasuoni nel cateterismo vescicale non sia descritto ampiamente in letteratura (Romei et al., 2007), le potenzialità ed i benefici da essi offerti nel miglioramento nell'appropriatezza della manovra sono di palese evidenza. Usare l'ecografo o il bladder scanner dopo un breve periodo di training per gli infermieri è agevole, quindi è verosimile supporre che la diffusione dell'uso di questi strumenti potrebbe avvenire rapidamente, ed offrirebbe ricadute:

- **nella pratica** - riducendo i cateterismi, le infezioni ed i costi dovuti alle complicanze del cateterismo vescicale;
- **nella ricerca** - gli studi riguardanti l'uso di strumenti ad ultrasuoni, in particolare dell'ecografo, meritano approfondimenti per la valutazione della salienza prostatica e la verifica real time del posizionamento del catetere vescicale;
- **nella professione** - l'uso di questi strumenti offre la prospettiva di una evoluzione professionale commisurata all'acquisizione di competenze, non ancora patrimonio di ogni infermiere.

Conclusioni

Si evince che gli infermieri usando l'ecografo ed il bladder scanner possono incidere significativamente nella riduzione delle complicanze correlate al cateterismo vescicale, migliorando l'appropriatezza della manovra, diminuendo il numero di cateterismi e le CAUTI. Grande interesse riveste l'approfondimento delle potenzialità che l'ecografia offre agli infermieri: il suo impiego nel cateterismo vescicale, ad oggi, è scarsamente descritto, ma potrebbe aprire nuovi orizzonti per lo sviluppo delle competenze infermieristiche.

BIBLIOGRAFIA

- Brennan ML, Evans A. (2001) Why catheterize?: audit findings on use of urinary catheters. *Br J Nurs* 10-23; 10(9): 580-90.
- CDC. (2009). *Guideline for Prevention of Catheter Associated urinary Tract Infection*. Atlanta: CDC.
- Chan H. (1993). Noninvasive bladder volume measurement. *Journal neurosci Nurs*, 25 (5) 309-312.
- Choe JH, Lee. JY, Lee KS. (2007). Accuracy and precision of a new portable ultrasound scanner, the BME-150A, in residual urine volume measurement: a comparison with the BladderScan BVI 3000. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18 (6) 641-644.
- Fedorkow DM, Dore. S., Cotton A, (2005). The use of an ultrasound bladder scanning device in women undergoing urogynaecologic surgery. *J Obstet Gynaecol Can*, 27 (10), 954-958.
- Frederickson M, Neitzel JJ, Miller EH, et al (2000). The implementation of bedside bladder ultrasound technology : effect on patient and coast postoperative outcomes in tertiary care. *Orthop Nurs*, 19 (3), 79-87.
- Giovagnorio F, (2008) *Manuale di diagnostica per immagini nella pratica medica*, SEU Roma.
- IPASVI. (2013). <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/la-gestione-del-catetere-vescicale-id8.htm>. Tratto il giorno agosto 14, 2014 da [ipasvi.it](http://www.ipasvi.it).
- Lee YY, Tsay WL., Lou MF, et al (2007). The effectiveness of implementing a bladder ultrasound programme in neurosurgical unit. *Journal adv Nurs*, 57 (2) 192-200.
- Nusee Z, Ibrahim. N., Rus RM, et al (2014). Is portable three-dimensional ultrasound a valid technique for measurement of postpartum urinary bladder volume? *Taiwan J Obstet Gynecol.* , 53(1) 12-16.
- Oh-Oka H, Fujisawa M. (2007). Study of low bladder volume measurement using 3-dimensional ultrasound scanning device: improvement in measurement accuracy through training when bladder volume is 150 ml or less. *J Urol.* , 177 (2) 595-599.
- Oh-Oka H, Nose. R. (2005). Efficacy and problems of bladder volume measurement using portable three dimensional ultrasound scanning device--in particular, on measuring bladder volume lower than 100ml. *Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi*, 96 (6) 601-609.
- Palese A, Bucchini S., Deroma L, et al (2010). The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2970-2979.
- Park YH, Ku. JH., Oh SJ (2011). Accuracy of post-void residual urine volume measurement using a portable ultrasound bladder scanner with real-time pre-scan imaging. *Neurourol Urodyn.* , 30 (3) 335-338.
- Romei L., Sabatini A, Biagioni C, (2007). Ecografia infermieristica nel cateterismo. *Emergency care journal*, 3 (VI) 30-35.
- Shaikh G, Larochelle A., Campbell CE, et al (2009). Accuracy of bladder scanning in the assessment of postvoid residual volume. *J Obstet Gynaecol Can*, 31 (6) 526-532.
- Sparks A, Boyer D., Gambrel A, et al (2004). The clinical benefit of the bladder scanner. *J care qual*, 19 (3), 188-192.

ESPERIENZE

L'approccio multidisciplinare all'empowerment della persona. Un progetto europeo per gli studenti delle lauree sanitarie

di **Cinzia Gradellini (1)**, **Daniela Mecugni (2)**

(1) Coordinatore didattico e docente del Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia - Università di Modena e Reggio Emilia

(2) Professore e direttore didattico del Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia - Università di Modena e Reggio Emilia

Corrispondenza: gradellini.cinzia@asmn.re.it; cinzia.gradellini@unimore.it

Garantire servizi efficienti per la tutela della salute, in un contesto europeo di grande crisi economica, caratterizzato da nuove povertà e dall'incremento dei fenomeni migratori, richiede nuove strategie di presa in carico della persona (Jacob, 2012). Tra queste, l'*empowerment* è suggerito come possibile soluzione (Kondilis et al., 2012), in accordo con l'Oms che definisce essenziali l'informazione e l'educazione della persona e della comunità (WHO, 2009).

Per *empowerment* si intende un processo sociale di riconoscimento, promozione e miglioramento delle abilità della persona, al fine di rispondere ai propri bisogni, risolvere i problemi e attivare le risorse individuali (Gibson, 1991).

L'allungamento dell'aspettativa di vita ha aumentato la complessità dei problemi di salute, in termini di pluripatologia, cronicità e di una fragilità che può essere incrementata dalla condizione economica e sociale. Tali elementi mettono in evidenza la necessità di un approccio multidisciplinare alla persona che costruisca un percorso di presa in carico condiviso e che si avvalga della ricchezza di diverse e specifiche competenze, in cooperazione. L'*empowerment* della persona è una strategia assistenziale già implementata nei contesti di salute, ma molto resta da fare sul suo relativo utilizzo in un'ottica multidisciplinare.

Altro elemento che i cambiamenti sociali di questi ultimi anni suggeriscono è la definizione di strategie condivise a livello europeo per garantire un abbattimento delle barriere di cultura e territorio, soprattutto finalizzata al riconoscimento delle differenze come valore aggiunto.

Se il cambiamento di pensiero e visione globale, sotteso a questo approccio, è complesso e multifattoriale, è necessario che parta dalla formazione universitaria dei professionisti della salute.

Obiettivo di questo articolo è descrivere un percorso didattico multicentrico internazionale volto all'acquisizione di competenze che facilitino il processo di *empowerment* della persona in un contesto multidisciplinare.

Il progetto didattico StEmp: A new generation of students for health empowerment in a multicultural community


L'Università di Modena e Reggio Emilia, insieme all'*Artesis Plentijn Hogeschool* di Anversa e alla Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana con sede a Manno, ha organizzato un programma intensivo, finanziato dall'Unione Europea, attraverso l'Agenzia Nazionale *Lifelong Learning Programme* (LLP), al fine di sensibilizzare gli studenti a queste tematiche. Il progetto dal titolo "StEmp: A new generation of students for health empowerment in a multicultural community" ha visto il coinvolgimento di studenti e docenti dei Corsi di Laurea di Infermieristica (sede di Reggio Emilia), Fisioterapia, Ostetricia, Logopedia, nonché per Terapisti Occupazionali e Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica. Dai diversi Corsi di Laurea coinvolti sono stati selezionati venticinque studenti, con bando pubblico, sulla base dei curricula e della conoscenza della lingua inglese.

I docenti coinvolti, sia nella fase di progettazione che nell'attività didattica, sono stati individuati per la maggior parte tra i docenti delle materie professionalizzanti; fanno eccezione i professionisti dei servizi coinvolti, impegnati in due specifiche giornate (coordinatori di struttura semplice, medici, mediatori culturali, assistente sociale).

L'obiettivo del progetto didattico è di formare futuri professionisti della salute capaci di comprendere l'importanza del lavoro in equipe multidisciplinare e multiculturale nell'approccio all'*empowerment*, affrontando temi che hanno a che fare con i diversi ambiti di competenza professionale nei Paesi coinvolti (Italia, Belgio, Svizzera), oppure con i fenomeni migratori e le strategie di approccio assistenziale interculturale, nonché lo sviluppo di abilità di lavoro in equipe multidisciplinari, per arrivare alla pianificazione di percorsi clinico-assistenziali in equipe multidisciplinare.

Il progetto si è svolto presso la sede del Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, per la durata di due settimane. Studenti e docenti hanno lavorato insieme, in lingua inglese e in attività didattiche organizzate in moduli specifici: il contesto sanitario europeo, i concetti di multidisciplinarietà e multiculturalità; l'approccio interculturale al *care*; l'*empowerment*; la progettazione assistenziale con approccio multidisciplinare (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Programma del progetto didattico

Modulo	Obiettivi	Contenuti	Attività/durata
 <p><i>Il presente progetto è finanziato con il sostegno della Commissione europea. L'autore è il solo responsabile di questa pubblicazione (comunicazione) e la Commissione declina ogni responsabilità sull'uso che potrà essere fatto delle informazioni in essa contenuta.</i></p>			
I giorno: arrivo dei partecipanti e incontro di benvenuto			
Il giorno: Introduzione	Acquisire informazioni dettagliate sul progetto; creare il gruppo di lavoro.	Informazioni generali; Costruzione del gruppo di lavoro.	Presentazione del progetto, obiettivi, attività in calendario; presentazione dello strumento portfolio; presentazione dei partecipanti (gioco della rete). Durata: 3 ore.
Il giorno: Analisi del contesto salute	Acquisire conoscenze relative ai sistemi salute e ai profili professionali dei paesi coinvolti; promuovere la capacità degli studenti di lavorare in equipe multidisciplinare.	Similarità e differenze tra sistemi salute, profili professionali e organizzazione dei corsi accademici dei paesi coinvolti.	Presentazione di elaborati di descrizione dei singoli contesti, da parte degli studenti raggruppati per paese/università di provenienza; discussione finale e riassunto per parole-chiave. Durata: 3 ore.
III giorno: Analisi del contesto europeo	Acquisire una visione di insieme sul contesto europeo relative a salute, epidemiologia, contesto socio-economico.	Descrizione dei contesti sociale, economico e di salute dei paesi coinvolti.	Lavoro di gruppo in aula computer con utilizzo banche dati scientifiche con il mandato di definire il contesto socio-epidemiologico dei paesi coinvolti: principali problemi di salute, vita media, condizioni sociali, fenomeno migratorio, situazione/sviluppo economico. Presentazione a grande gruppo del lavoro svolto e definizione di possibili popolazioni target per il lavoro in equipe multidisciplinare. Durata: 6 ore.
IV giorno: Analisi del contesto: introduzione alla metodologia PBL	Riflettere e acquisire conoscenze sui concetti di multidisciplinarietà e multiculturalità.	Il PBL come metodologia didattica; concetti di multidisciplinarietà e multiculturalità.	Presentazione della metodologia PBL* con role-playing. Prima parte della sessione di PBL. Un sottogruppo lavora sul concetto di multidisciplinarietà; il secondo sul concetto di multiculturalità. Durata: 6 ore.
V giorno: Analisi del contesto: i concetti di multidisciplinarietà e multiculturalità	Riflettere e acquisire conoscenze sui concetti di multidisciplinarietà e multiculturalità.		Seconda parte della sessione PBL: studio individuale su mandati definiti precedentemente. Durata: 6 ore.

VI giorno: Piano di lavoro multidisciplinare	<p>Aumentare le conoscenze sulle diverse competenze delle professioni coinvolte; riflettere sulle specifiche competenze in termini di poca o sufficiente visibilità; riflettere sulle potenzialità e problematiche del lavoro in equipe multidisciplinare; sperimentare il lavoro in gruppo multidisciplinare.</p>	<p>Il modello CanMeds delle competenze; la valutazione del lavoro in contesto inter/multidisciplinare.</p>	<p>Introduzione alle competenze richieste in equipe multidisciplinare. Presentazione del modello CanMeds delle competenze. Analisi in sottogruppo delle modalità di valutazione e autovalutazione delle competenze. Durata: 3 ore. Visita a un contesto di riabilitazione neurologia ospedaliera che lavora in equipe multidisciplinare. <i>Debriefing</i> dell'esperienza/apprendimento. Durata: 3 ore.</p>
VII e VIII giorno: Week end con attività opzionali			
IX giorno: Lavoro sul piano multidisciplinare: l'approccio interculturale	<p>Acquisire conoscenze sul contesto normativo italiano e sui servizi dedicati alle persone immigrate, promuovere la capacità dello studente di lavorare in contesto multiculturale; promuovere la capacità dello studente di lavorare in team multidisciplinare.</p>	<p>Il contesto normative italiano inerente il fenomeno migratorio; i servizi salute per gli immigrati; la salute della donna immigrata; il servizio di mediazione; gli approcci infermieristici alle differenze.</p>	<p>Introduzione generale (lezione frontale): il contesto normativo e i servizi; Presentazione del servizio <i>Salute Donna</i> dell'AUSL di Reggio Emilia; Presentazione del servizio di mediazione interaziendale (ospedale/ASL); Presentazione dei servizi sociali; Gli approcci infermieristici interculturale e transculturale; Simulazione su case report e conclusioni. Durata: 3 ore. Visita al Centro per la Salute della Famiglia Straniera (ASL) e all'ambulatorio Caritas; <i>brainstorming</i> su similarità e differenze tra i due servizi. Durata: 3 ore.</p>
X giorno: Analisi del contesto: Conclusione del PBL sui concetti di multiculturalità e multidisciplinarietà	<p>Riflettere e acquisire conoscenze sui concetti di multidisciplinarietà e multiculturalità.</p>	<p>Concetti di multidisciplinarietà e multiculturalità.</p>	<p>Presentazione del lavoro degli studenti; sintesi e chiusura del PBL. Durata: 3 ore.</p>

X giorno: Lavoro sul piano multidisciplinare: l'empowerment	Conoscere il significato di <i>empowerment</i> e le sue potenzialità; riflettere sulle competenze correlate/richieste; acquisire abilità di utilizzo dell' <i>empowerment</i> come approccio alla persona, in equipe multidisciplinare.	Attivazione di <i>empowerment</i> e benessere; coordinamento multidisciplinare per attivazione dell' <i>empowerment</i> nella persona; creazione di un ambiente di supporto; condivisione della presa di decisioni; il contesto assistenziale centrato sulla persona; l'ascolto attivo.	Introduzione generale sull' <i>empowerment</i> (lezione frontale); workshop per l'identificazione delle sfide del professionista per attivare l' <i>empowerment</i> della persona: quali competenze? Come queste possono essere sviluppate nello studente? Durata: 3 ore.
XI giorno: Lavoro sul piano multidisciplinare	Applicare la teoria alla pratica: acquisire capacità di elaborare un piano assistenziale per la persona, con utilizzo dell' <i>empowerment</i> ; promuovere la capacità degli studenti di lavorare in equipe multidisciplinare.	Il lavoro in equipe multidisciplinare; L'assistenza con utilizzo dell' <i>empowerment</i> ; approccio scientifico alla progettazione delle attività infermieristiche (<i>Evidence Based Practice-EBP</i>).	Presentazione del caso didattico (con testo filmico) su cui è richiesta l'elaborazione di un piano assistenziale multidisciplinare (lavoro finale); suddivisione dei gruppi di lavoro e presentazione del mandato specifico. Durata: 1 ora. Lavoro di gruppo per l'elaborazione del piano assistenziale. Durata: 5 ore.
XII giorno: Lavoro sul piano multidisciplinare	Applicare la teoria alla pratica: acquisire capacità di elaborare un piano assistenziale per la persona, con utilizzo dell' <i>empowerment</i> ; promuovere la capacità degli studenti di lavorare in equipe multidisciplinare.	Il lavoro in equipe multidisciplinare; l'assistenza con utilizzo dell' <i>empowerment</i> ; approccio scientifico alla progettazione delle attività infermieristiche (EBP).	Lavoro di gruppo per l'elaborazione del piano assistenziale. Durata: 6 ore.
XIII giorno: Lavoro sul piano multidisciplinare: conclusione	Applicare la teoria alla pratica: acquisire capacità di elaborare un piano assistenziale per la persona, con utilizzo dell' <i>empowerment</i> ; promuovere la capacità degli studenti di lavorare in equipe multidisciplinare.	Il lavoro in equipe multidisciplinare; l'assistenza con utilizzo dell' <i>empowerment</i> ; approccio scientifico alla progettazione delle attività infermieristiche (EBP).	Presentazione degli elaborati e discussione; valutazione degli elaborati. Durata: 3 ore. Valutazione dell'esperienza, comunicazione del miglior lavoro; cerimonia di consegna degli attestati e premiazione.
XIV giorno: partenza.			

* Problem Based Learning

A conclusione del percorso, agli studenti è stata richiesta l'elaborazione di una pianificazione assistenziale multidisciplinare su case report, introdotto e presentato utilizzando il film *Precious* di Lee Daniels (2009) per la presentazione del caso stesso. Il film racconta di una ragazzina minorenne, in stato di gravidanza, soggetta a violenze fisiche e psicologiche da parte della famiglia. I problemi che emergono dal testo filmico sono multidimensionali e richiedono un approccio integrato di più figure professionali.

La valutazione del progetto

Gli indicatori utilizzati per la valutazione del processo in itinere sono stati: la partecipazione degli studenti in aula, la valutazione dei mandati giornalieri sui singoli moduli, i rimandi sul soddisfacimento degli studenti suddivisi per Paese/Università di appartenenza ai docenti di riferimento. Gli indicatori sono stati monitorati in *debriefing* giornalieri dei docenti e in due incontri di valutazione complessiva, in fase intermedia e finale del progetto.

Gli indicatori utilizzati per la valutazione del risultato finale sono suddivisi per studenti e docenti. È stato inoltre predisposto uno strumento di valutazione dell'elaborato finale, da parte dei docenti coinvolti nel progetto, finalizzato alla valutazione delle capacità di:

- comprendere il bisogno di salute della persona;
- identificare i problemi di salute reali e potenziali della persona;
- identificare obiettivi pertinenti e raggiungibili;
- pianificare interventi pertinenti e basati su evidenze scientifiche;
- sperimentare un approccio al paziente basato sull'*empowerment*;
- lavorare in equipe multidisciplinare e multiculturale, dimostrando capacità di ascolto, capacità di analisi critica e di argomentazione, strategie di comunicazione assertiva e di facilitazione del lavoro di gruppo.

Oltre a questo è stato costruito un portfolio per permettere allo studente riflessione e autovalutazione, sia su ogni singola attività didattica, sia sul percorso complessivo. Il portfolio è uno strumento che raccoglie il percorso dello studente, registrando le attività svolte e la relativa autovalutazione, dunque per ogni attività programmata (lezione frontale, visita o workshop), allo studente è stato richiesto di descrivere quanto appreso, da quella specifica attività, e cosa è risultato importante in termini di esperienza personale.

Per i docenti è stato utilizzato uno strumento per valutare la percezione relativa al percorso (correlazione tra quanto progettato e quanto raggiunto, percezione della partecipazione degli studenti alle attività) e il livello di soddisfazione, che riprendono gli stessi indicatori proposti per gli studenti.

I risultati dell'esperienza

La partecipazione dei 25 studenti in aula è stata particolarmente attiva, fin dalla prima giornata, con grande apertura e collaborazione nei momenti di confronto e lavoro di gruppo sui mandati. I lavori prodotti dagli studenti sono sempre stati di qualità e hanno dimostrato interesse e piena comprensione degli argomenti trattati. I *debriefing* a piccolo gruppo hanno rimandato coinvolgimento e soddisfazione, elementi emersi e condivisi anche nei momenti di confronto tra docenti e nelle valutazioni intermedia e finale del percorso.

Dall'elaborazione dei questionari il 76% degli studenti si ritiene molto soddisfatto rispetto alla durata del programma e al supporto ricevuto dalla propria università (88%).

Relativamente alla valutazione globale del progetto, più dell'80% degli studenti esprime valutazioni dal buono all'eccellente sul raggiungimento degli obiettivi di apprendimento, sulle attività didattiche, sulla qualità dell'insegnamento e sulle competenze dei docenti.

Inoltre il 93% degli studenti riferisce di essere soddisfatto e che la partecipazione al progetto potrebbe rivelarsi utile per percorsi futuri.

I portfolio sono stati utilizzati da tutti gli studenti in modo completo e pertinente.

Alcuni aspetti interessanti, emersi dallo strumento, sono stati il mettersi in gioco e in cooperazione in una equipe multiculturale e multiprofessionale, l'acquisizione di nuove abilità comunicative, il miglioramento della lingua inglese. Da una valutazione generale del portfolio emergono buone capacità di approccio analitico al caso finale e una buona integrazione/utilizzo dei contenuti trattati nelle diverse giornate.

Gli elaborati finali si sono tutti rivelati pertinenti al mandato e di qualità; pur considerando la complessità del case report, unita alla complessità del team multidisciplinare e, non di secondaria importanza, al lavoro svolto in una lingua diversa da quella madre.

Dai docenti emerge, all'unanimità, un elevato livello di interesse e motivazione, scambio e crescita professionale, oltre a una segnalata e apprezzata cooperazione in tutte le fasi del progetto. Sempre i docenti segnalano, come elemento positivo, la partecipazione e il coinvolgimento degli studenti.

Conclusione

Considerando il percorso e gli obiettivi raggiunti da studenti e docenti coinvolti, il progetto ha dato ottimi risultati, in termini di apprendimento, scambio e crescita sia individuale che professionale.

Tali risultati hanno aperto nuove possibilità di collaborazione all'interno dei corsi di formazione di base: già nell'anno accademico in corso le progettazioni multidisciplinari, portate a termine dagli studenti partecipanti al progetto, sono state presentate agli studenti del terzo anno, come esempio riuscito (e fattibile) di integrazione.

Nonostante l'Oms da tempo raccomandi percorsi di formazione integrata (WHO, 2006), sono ancora poche le realtà in cui i diversi settori disciplinari dialogano tra loro, dunque è auspicabile la proposta di progetti formativi che seguano un approccio integrato.

BIBLIOGRAFIA

- Gibson CH (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Jakobs G. (2005) *Op eigen kracht naar gezond leven: empowerment in de gezondheidbevordering: concepten, werkwijzen en onderzoeksmethode*. Utrecht: Universiteit voor de Humanistiek.
- Kondilis B, Kiriaze I, Athanasoulia A, Falafas M (2012) *The European Health Literacy project*. Maastricht: Consortium HLS-EU.
- WHO Health Promotion (2009) *Milestones in health promotion: statements from global conferences*. Consultato 10 Luglio 2014, disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int>.
- World Health Organization. *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: World Health Organization, 2006.

ESPERIENZE

L'infermiere nella riabilitazione e nell'educazione del paziente alcol-dipendente: responsabilità e competenze

di *Mattia Morone (1), Martina Mercurio (1), Fabiana Bongiovanni (1)*

(1) Infermieri, libera professione, reparto Riabilitazione e Lungodegenza Neuro-Psichiatrica Casa di Cura "Città di Bra", Bra (CN)

Corrispondenza: 325851@edu.unito.it

La patologia alcol-correlata rappresenta una causa importante di mortalità e morbilità. L'Oms rileva come tale patologia rappresenti la terza causa di morte e disabilità a livello mondiale. In Italia sono presenti circa 1 milione di alcol-dipendenti e il 20% dei ricoveri ordinari è in relazione al consumo di alcol, mentre oltre il 50% delle problematiche è correlato a danni epatici (Testino, 2013).

Nello specifico nella regione Piemonte i bevitori considerabili a rischio sono il 23% della popolazione, corrispondente a circa 700.000 persone. Recenti studi rilevano che in Piemonte i ricoveri in cui la dipendenza e l'abuso da alcol sono segnalati come diagnosi secondaria sono preponderanti e si rileva un'ampia dispersione di questi ricoveri tra unità operative di specialità eterogenee, diversi presidi ospedalieri e case di cura. Si stima che i ricoveri per dipendenza e abuso di alcol disposti dal Dipartimento per le dipendenze (DPD) siano in costante aumento: dal 13% del 1997 al 38% del 2010 (Regione Piemonte, 2012).

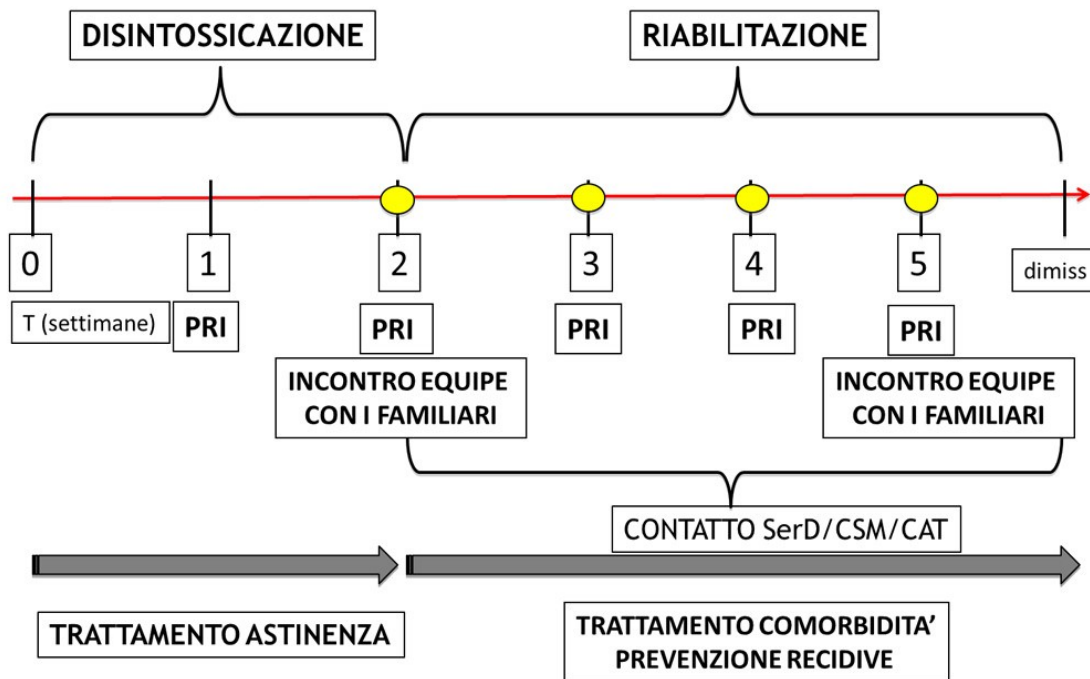
La riabilitazione

L'UO di Riabilitazione e Lungodegenza Neuro-Psichiatrica della Casa di Cura Città di Bra conta 40 posti letto. All'interno opera un'équipe composta da psichiatri, neurologi, infermieri, psicologi ed educatori, che formula un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) per ogni paziente, tenendo conto delle caratteristiche psicopatologiche, degli interessi personali e della disponibilità a mettersi in gioco del soggetto coinvolto. Negli ultimi anni l'UO si è specializzata nell'accoglienza di pazienti alcol-dipendenti con l'obiettivo di:

- promuovere l'astinenza;
- eseguire la valutazione diagnostico-terapeutica;
- trattare le co-morbilità;
- riabilitare il paziente prevenendo le recidive.

Ogni anno afferiscono al servizio circa 60 pazienti alcol-dipendenti che intraprendono il ricovero della durata media di 40 giorni. Le prime due settimane sono considerate il periodo di osservazione e disintossicazione del paziente. Subito dopo ha inizio la fase riabilitativa della durata di circa quattro settimane (**Figura 1**). Vi è inoltre la possibilità, in alcuni casi, di prolungare il periodo di degenza di altri 60 giorni, al fine di stabilizzare ulteriormente il quadro clinico e migliorare l'aderenza ai trattamenti. L'intervento riabilitativo è di carattere multidisciplinare: tutti i professionisti collaborano per il raggiungimento degli obiettivi sopra citati e settimanalmente si incontrano per rivalutare il PRI formulato all'ingresso.

Figura 1 - Timing dell'intervento



Responsabilità e competenze dell'infermiere

Il contesto descritto e la complessità del paziente alcol-dipendente richiedono all'infermiere competenze molto articolate, sia cliniche che educative ed organizzative.

- Livello clinico

L'infermiere accoglie la persona assistita e la sua famiglia nel contesto assistenziale, favorendo il loro orientamento all'interno dell'UO. L'anamnesi infermieristica valuta le condizioni di salute generali e individua i principali bisogni assistenziali. Per la valutazione specifica del paziente si utilizzano i seguenti strumenti (**Tabella 1**):

Tabella 1 - Strumenti di valutazione	
AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test (Duane, 2002)	Test che identifica la tipologia di bevitore
SADQ: Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (Stockwell, 1983)	Questionario che misura l'intensità dell'alcolismo
CTQ: Craving Tipolgy Questionnaire (Martinotti, 2013)	Questionario che rileva e valuta segni e sintomi rispetto alla situazione clinica per l'accertamento del craving* alcolico * Col termine craving si intende il forte e irresistibile bisogno di assumere una determinata sostanza. Qualora questo desiderio non possa essere soddisfatto si avverte sofferenza psicologica e fisica, molto spesso con ansia, insonnia, aggressività e sintomi depressivi. Può esserci craving anche se non c'è dipendenza fisica.
AWASG: Alcohol Withdrawal Assessment Scoring Guidelines (Foy, 1988)	Questionario che rileva e valuta segni e sintomi rispetto alla situazione clinica per l'accertamento dell'astinenza
VAS: Visual Analog Scale (Hayes & Patterson, 1921)	Scala analogica da somministrare settimanalmente per la valutazione del craving alcolico

Durante la degenza del paziente alcol-dipendente l'infermiere è responsabile del monitoraggio dei parametri clinici e della rilevazione di complicanze o effetti collaterali al trattamento. In particolare l'infermiere gestisce i permessi d'uscita e in caso di dubbia aderenza al trattamento disintossicante esegue i controlli dell'alcolemia.

- Livello educativo

L'intervento educativo dell'infermiere mira ad incrementare il livello di consapevolezza della malattia e la *compliance* ai trattamenti nei pazienti alcolodipendenti. Tale intervento può essere di tipo individuale o grupale.

Nel contesto di gruppo il paziente ha la possibilità di manifestare, riconoscere e modificare i modelli comportamentali attraverso i feed-back positivi e negativi che vengono offerti dal gruppo stesso (Ba, 2002). L'infermiere si trova quindi a condurre l'attività di gruppi mirati:

- *Gruppo alcologia* – gruppo in cui si svolge attività educativa e di prevenzione, fornendo informazioni sulle tipologie di bevitori, sui rischi e i danni alcol correlati, sulle interazioni alcol-farmaco e indicazioni sui percorsi territoriali (Servizio per le Dipendenze- SerD, Club degli Alcolisti in Trattamento- Cat);
- *Progetto benessere* - gruppo educativo e di prevenzione che ha lo scopo di fornire indicazioni e strumenti volti alla promozione di un adeguato stile alimentare e sensibilizzare ad un miglioramento del proprio stile di vita;
- *Progetto promozione salute* – gruppo di attività educativa e di promozione di buone pratiche di salute, orientando all'igiene del sonno, alla gestione dell'ansia e all'eliminazione intestinale.

Nei gruppi si crea un clima di accettazione e fiducia che aumenta la valorizzazione del sé mediante la possibilità di potersi vedere e vivere nella propria totalità di persona, favorendo in tal modo una maggiore apertura a lavorare sui temi proposti (Boston Change Process Study Group, 2012).

L'infermiere, nell'espletare la sua funzione educativa, collabora anche con gli educatori nei gruppi "Lettura giornale" e "Visione film" al fine di condividere tempi e spazi, favorire la riflessione in gruppo, migliorare le capacità relazionali, stimolare ad una riflessione sui propri vissuti emotivi. Attraverso il gruppo di "Stimolazione motoria" si favorisce la percezione corporea con il movimento e il rilassamento guidato, il raggiungimento del benessere psicofisico e si fornisce uno strumento di canalizzazione dello stress e gestione dell'ansia. Il "Gruppo giardinaggio" è invece volto a migliorare e incrementare le abilità e le capacità di prendersi cura di sé attraverso la cura delle piante.

La partecipazione a tali attività viene documentata allegando in cartella clinica una griglia che valuta con un punteggio da 1 a 4 (1=niente, 2=poco, 3=abbastanza, 4=molto) gli aspetti riportati in **Tabella 2**.

Tabella 2 - Valutazione della partecipazione alle attività
Grado di attenzione
Comprensione dei contenuti esposti
Adeguatezza dei commenti/domande
Capacità di ascolto
Capacità di condivisione col gruppo
Grado di coinvolgimento
Comportamento adeguato alle regole
Propositività

A livello individuale l'infermiere sostiene il paziente alcol-dipendente nell'attività "Cura di Sé" per migliorare, recuperare e incrementare le autonomie legate alla cura della propria persona e nell'attività "Cura dell'ambiente", con l'obiettivo di migliorare e incrementare la cura dei propri spazi di vita. Il percorso riabilitativo proposto e le diverse attività che lo compongono è descritto da un apposito algoritmo che permette di identificare l'integrazione tra le diverse professionalità (**Figura 2**).

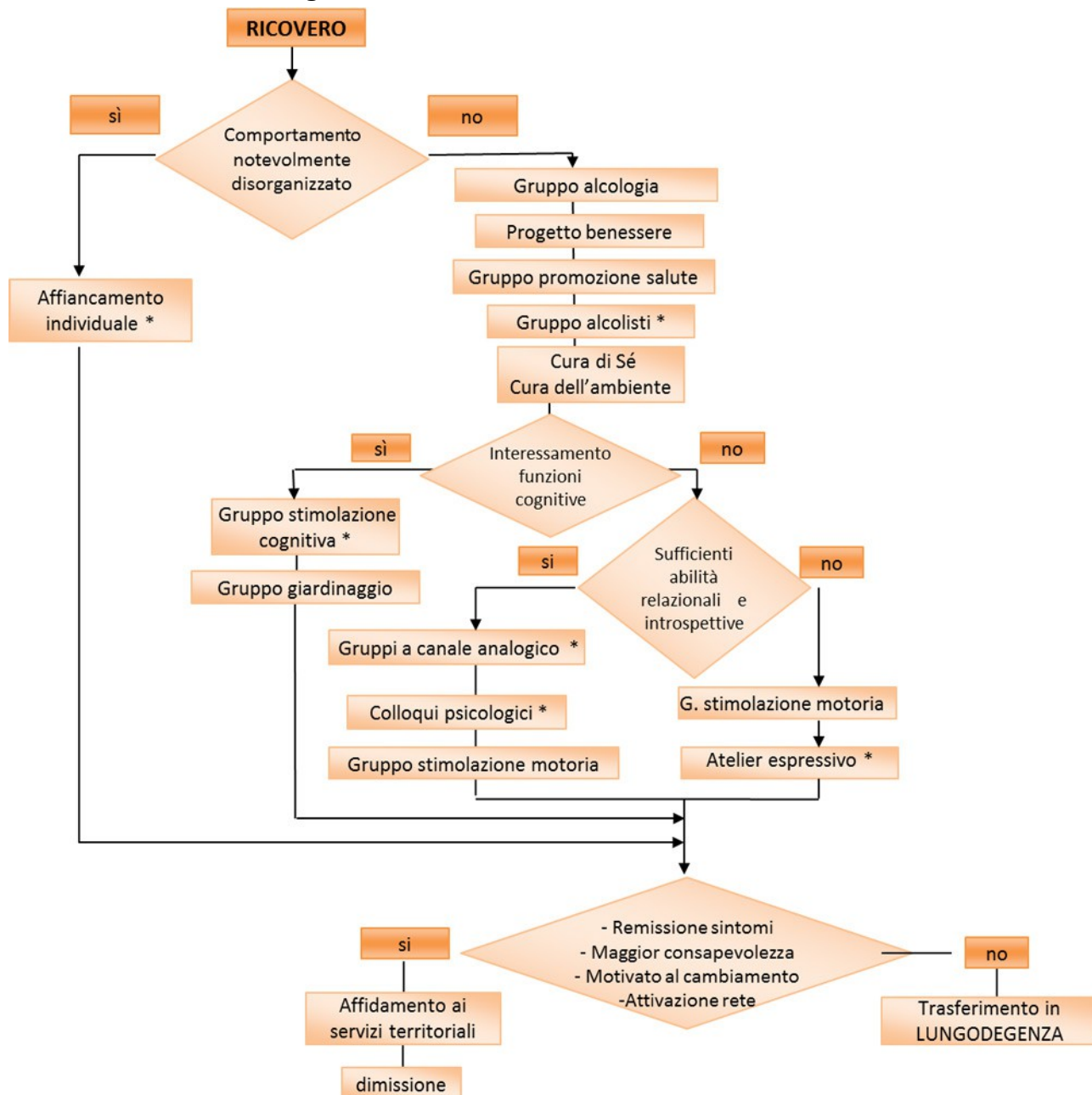
- Livello organizzativo

I pazienti che afferiscono alla nostra struttura vengono inviati principalmente dai SerD. Nei giorni antecedenti all'ingresso, l'infermiere, insieme al resto dell'equipe multidisciplinare, organizza un colloquio conoscitivo col paziente al fine di valutare la motivazione al ricovero, al cambiamento e la *compliance* al trattamento proposto. E' l'infermiere che mantiene i rapporti con i servizi territoriali (SerD) durante il periodo di degenza; se il paziente non è in carico ad alcun servizio l'infermiere organizza incontri conoscitivi durante il ricovero (SerD, Club Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi).

Al fine di garantire la continuità assistenziale, l'infermiere pianifica il percorso post-dimissione in collaborazione con tali servizi competenti.

Durante l'iter riabilitativo l'infermiere coinvolge la famiglia o il caregiver in colloqui periodici con l'obiettivo di informarli circa l'andamento clinico e aiutarli ad affrontare i problemi connessi all'abuso di alcol.

Figura 2 - Intervento riabilitativo ed educativo



**Gruppi e attività svolte da altre figure professionali*

Conclusioni

L'alcol-dipendenza è una patologia che deve essere affrontata attraverso un particolare approccio, che prevede una stretta collaborazione tra gli operatori sanitari, le famiglie, i servizi territoriali e le associazioni, con al centro il paziente che deve essere reso "complice" del percorso assistenziale-riabilitativo (Testino, 2013). La personalizzazione del piano riabilitativo è importante, ma raggiungibile solo in un contesto in cui i vari professionisti lavorino con una visione multidisciplinare.

Sebbene gli infermieri del team non abbiano svolto percorsi formativi specifici, la partecipazione a iniziative di formazione permanente sul paziente alcol dipendente e le patologie alcol correlate è stata ampia.

È presente inoltre in reparto un profilo di posto e un percorso di affiancamento per il personale neo-assunto.

La conferma del lavoro svolto dall'infermiere e da tutta l'équipe all'interno della Casa di Cura "Città di Bra" si può riscontrare in uno studio osservazionale iniziato nel 2013 sull'efficacia del trattamento del paziente alcol-dipendente. I risultati preliminari dello studio mostrano un netto rafforzamento della motivazione all'astinenza alcolica dopo la dimissione e il mantenimento della stessa e/o la riduzione dell'utilizzo di alcolici nel follow-up. I pazienti che hanno aderito alle attività riabilitative ed educative proposte nel PRI con regolarità e impegno hanno presentato migliori outcome in termini di astensione dall'alcol e *craving* alla dimissione.

Una parte dello studio indaga la centralità del ruolo dei famigliari o del caregiver all'interno del percorso riabilitativo. I dati sostengono l'importanza del loro coinvolgimento, ma si ipotizza comunque di incrementare tale approccio. È infatti in via di progettazione un gruppo rivolto interamente ai famigliari della persona assistita per offrire loro uno spazio utile al confronto, nonché fornire informazioni sulla patologia e supporto emotivo.

BIBLIOGRAFIA

- Ba G. (2002) *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano, FrancoAngeli.
- Duane F, Allen R, Allen J.P. (2002) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: clinical and experimental research*; vol 26, No. 2: 272-279.
- Foy A, March S, Drinkwater V. (1988) Use of an objective clinical scale in the assessment and management of alcohol withdrawal in a large general hospital. *Alcoholism: clinical and experimental research*; vol 12, No. 3: 360-364.
- Martinotti G, Di Nicola M, Tedeschi D, Callea A, Di Giannantonio M, Janiri L; Craving Study Group. (2013) Craving Typology Questionnaire (CTQ): a scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics. *Compr Psychiatry*. 54(7): 925-32.
- Regione Piemonte (2012). Approvazione del piano di azione regionale delle dipendenze (PARD) anni 2012-2015. BU34 23/08/2012.
- Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. (1983) The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of addiction*; 78: 145-155.
- Testino G. (2013) Alcoldipendenza: aspetti fisiopatologici e attuali opzioni per il trattamento. *Conference Insight*, Anno XI, N. 4: 4-10.

ESPERIENZE

Human Immunodeficiency Virus (HIV) e Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST): un progetto educativo di prevenzione implementato nelle scuole superiori in Pavia e Provincia

di *Loredana Pavesi (1), Michele Chieppi (2), Piera Bergomi (3), Barbara Mangiacavalli (4), Gaetano Filice (5)*

(1) *Infermiera counselor, Dipartimento Malattie infettive, Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo di Pavia*

(2) *Responsabile della Biblioteca di Infermieristica della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo di Pavia*

(3) *SITRA, Formazione Universitaria Specialistica Università degli Studi di Pavia, Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia*

(4) *Direttore SITRA (Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale), Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo di Pavia*

(5) *Professore Ordinario Direttore Dipartimento Malattie infettive, Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo di Pavia*

Corrispondenza: biblioteca.laureaps@smatteo.pv.it

Introduzione

Il numero di persone che convive con l'HIV in tutto il mondo ha raggiunto i 35,3 milioni nel 2012 (Fettig et al., 2014) con una percentuale del 68% di nuovi casi provenienti dall'Africa Sub-Sahariana. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di questi 35 milioni circa (19 dei quali ignari di aver contratto l'HIV), 3.2 milioni sono bambini al di sotto dei 15 anni mentre 2.1 milioni di persone (240.000 <15 anni) sono state infettate nel corso del 2013. La maggior parte di questi bambini vive nell'Africa Sub-Sahariana ed hanno contratto il virus attraverso le madri sieropositive durante la gravidanza, oppure durante il parto o l'allattamento. Il prevalente aumento delle persone con l'HIV è dovuto al fatto che, grazie al trattamento antiretrovirale, le persone che hanno contratto il virus vivono oggi più a lungo (Fettig et al., 2014) sebbene i dati ne confermano a distanza di un decennio un netto calo: da 3,3 milioni di soggetti coinvolti nel 2002 a 2,3 milioni nel 2012 (Maartens et al., 2014).

L'incidenza stimata dell'HIV è rimasta complessivamente stabile negli ultimi anni con un incremento di circa 50.000 nuove infezioni HIV all'anno. Il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) stima che negli USA, 1.144.500 persone di età superiore a 13 anni vivono con l'infezione da HIV, tra cui solo 180.900 (15.8%) sono consapevoli della loro infezione. In sintesi, negli ultimi dieci anni, il numero di persone che vivono con l'HIV è aumentato, mentre il numero annuo di nuove infezioni da HIV è rimasto relativamente stabile. Da sottolineare il dato che la regione dell'Africa Sub-Sahariana è l'epicentro dell'epidemia di HIV e la maggioranza dei pazienti ha un'età inferiore ai 30 anni (Lema, 2013).

In Italia 56.952 nuove infezioni sono state diagnosticate tra il 1985 e il 2012 con un picco di segnalazioni nel 1987. Secondo i dati riportati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nel 2012 sono state segnalate 3.853 nuove infezioni da HIV con un'incidenza di 6.5 nuove diagnosi per 100.000 residenti. L'ISS attraverso il Centro operativo Aids (Coa) raccoglie dal 1984 tutti i dati relativi alle notifiche e alle nuove diagnosi di HIV e AIDS riscontrate sul territorio nazionale e tuttora aggiornate al dicembre del 2012. Secondo questi dati, si nota un innalzamento dell'età media nel momento in cui viene diagnosticata l'infezione: da 26 a 38 per i maschi, dai 24 ai 36 anni per le femmine. Nonostante questo, la fascia d'età più rappresentata è quella compresa tra i 30 e i 39 anni (33.0%), mentre quella più colpita da nuove diagnosi è quella tra i 25 e i 34 anni (36.1% dei casi totali) con un tasso d'incidenza pari al 17.1 per 100.000 residenti (Camoni et al., 2013). Complessivamente le persone che convivono con HIV/AIDS di età superiore ai 15 anni in Italia sono circa 123.000 (115.000-145.000), di cui 110.000 (94.000-130.000) maschi e 13.000 (11.000-15.000) femmine; da qui la necessità di ulteriori campagne di informazione e prevenzione da rivolgere in particolar modo verso la popolazione maschile (Camoni et al., 2014).

Le MST sono contemplate tra le malattie infettive più dannose e diffuse. L'OMS stima che circa mezzo miliardo di persone contraggano ogni anno MST; sifilide, gonorrea e clamidia rimangono fra le principali cause di morte e disabilità pur essendo curabili con terapie antibiotiche. A partire dal primo rapporto globale dell'OMS, risalente al 1995, l'Africa ha sempre mantenuto il primato ed è al secondo posto, dietro alla regione del Pacifico Occidentale, in quanto a nuove infezioni.

I rapporti 2013 del CDC hanno inoltre definito le 8 MST più comuni a livello mondiale: clamidia, gonorrea, epatite B (HBV), herpes simplex di tipo 2 (HSV-2), HIV, papilloma virus umano (HPV), sifilide e tricomoniiasi. In Europa, secondo l'OMS, sono tornate molto presenti e diventate un problema evidente agli occhi dei vari sistemi sanitari dei Paesi membri. Questo incremento è dovuto anche all'elevata incidenza delle MST nei nuovi paesi membri appartenuti all'ex Unione Sovietica. Nelle Nazioni dell'Est-Europeo infatti, l'incidenza calcolata è in media di 100 volte più alta di quella stimata negli Stati occidentali. La Clamidia rimane la MST più diffusa nel Vecchio Continente. In Italia tra il 1991 e il 2012, il 70,1% (n. 67.848) dei casi di MST è stato diagnosticato a uomini e il 29,9% (n. 28.904) a donne. L'età media dei soggetti segnalati è stata di 31 anni. Il 19,7% (n. 17.920) dei soggetti con MST era di nazionalità straniera: la maggiorana proveniva da altri Paesi europei (40.5%) e dall'Africa (30.1%) con maggioranza di donne (23%) rispetto a uomini (18.2%) (Salfa et al., 2014).

“Aids, che male!”

Gli infermieri sono sempre più impegnati in ambiti educativi: alcuni studi hanno esaminato interventi gestiti da infermieri per diffondere le informazioni sulle strategie di trasmissione e di prevenzione delle MST in sessioni didattiche in aula (Bungay et al., 2014). Si è visto che l'intervento infermieristico può colmare le lacune di conoscenza su questo tipo di infezioni, in particolar modo è risultato evidente che accrescere le conoscenze attraverso brevi interventi educativi è una pratica efficace (Johnson-Mallard et al., 2007). In letteratura internazionale sono presenti una buona quantità di studi che vedono gli infermieri coinvolti in ambito scolastico: uno studio canadese, ad esempio, ha dimostrato attraverso un test somministrato a studenti di scuola superiore (dopo due lezioni di un'ora ciascuna sulla prevenzione da infezione HIV) che gli insegnamenti portati loro da infermieri e da educatori qualificati si sono dimostrati efficaci per trasmettere conoscenze (Dunn et al., 1998).

Sulla base della letteratura consultata e delle evidenze correlate, si è sentita la necessità di implementare un percorso informativo atto a contrastare, tramite la prevenzione, la diffusione dell'infezione da HIV e delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (MTS) nella Città di Pavia e in tutta la sua Provincia.

Per l'OMS un canale per eccellenza in cui implementare interventi mirati è risultato essere la scuola. Si sono dimostrate infatti efficaci, tenendo conto dell'età dei discenti, reti istituzionali o interpersonali, discussioni di gruppo o altri approcci individuali.

La scuola secondaria di secondo grado è quindi apparsa come luogo ideale per realizzare il progetto "Aids, che male!", il quale si è avvalso della partecipazione e della collaborazione di membri afferenti all'Assessorato per le Politiche per la Scuola e Giovani della Provincia di Pavia; alla Dirigenza del Settore Cultura, Turismo, Innovazione tecnologica, Politiche della Scuola, Giovani e pari Opportunità della Provincia di Pavia; a Medici e Infermieri del Dipartimento di Malattie Infettive della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

"Aids, che male!" è stato attivato in 3 edizioni nel corso degli anni scolastici 2011/2012, 2012/2013, 2013/2014.

Obiettivo principale è stato strutturare un percorso di prevenzione da HIV e MST rivolto agli studenti delle scuole medie superiori. Nel dettaglio: innalzare il livello di conoscenza e di attenzione in merito all'infezione e informare correttamente sulle modalità di trasmissione, trasformare l'azione informativa in azione preventiva, realizzare un opuscolo informativo contenente indicazioni utili atte a conoscere e a prevenire le patologie. In qualità di testimonial dell'opuscolo si è scelto di adottare il famoso personaggio "La Pecora Nera", ideato dall'artista Andrea Valente.

Il percorso, gestito da 1 Medico e 1 Infermiera counselor, ha sviluppato la relazione con l'altro e la comunicazione, l'affettività e la sessualità, la conoscenza della problematica relativa all'infezione da virus HIV e di altre MST. Uno degli obiettivi più importanti a cui si è mirato è stato quello di favorire la consapevolezza di sapersi riconoscere come soggetti a rischio.

Gli obiettivi di intervento territoriale sono stati: realizzare una collaborazione sia metodologica che operativa con il "Gruppo Giovani" (adolescenti) del Comune di Pavia, facilitare collaborazioni con altri soggetti del territorio interessati a sviluppare interventi educativi e formativi per adolescenti e giovani, avviare un percorso strutturato al fine di sviluppare o approfondire argomenti vicini alla realtà giovanile, avere uno spazio in cui elaborare i temi previsti dal progetto all'interno della struttura scolastica.

Risultati

Per l'anno scolastico 2011/2012 gli studenti arruolati sono stati in totale 184, di cui il 30% maschi e il 70% femmine. Questi si manifestano per la maggior parte non fumatori (72%), mentre per il consumo di alcol l'1% lo dichiara quotidiano, il 18% nel fine settimana, il 49% è consumatore occasionale, mentre il 32% si definisce astemio. Il 56% non ha mai avuto un rapporto sessuale e pur se è chiaro al 76,6% che il preservativo è il metodo di contraccezione più sicuro e il 36% l'ha usato e continuerà ad usarlo, il 19% non lo utilizza perché ha rapporti solo con un partner fisso o perché gli/le è stato chiesto espressamente di non utilizzarlo. Conoscere le MST non posticiperà il primo rapporto sessuale per il 61% degli studenti.

Per l'anno scolastico 2012/2013 gli studenti arruolati sono stati 550, di cui il 53% maschi e il 47% femmine.

Ai partecipanti, di età compresa tra i 15 e i 20 anni con una netta preminenza di ragazzi tra i 16 e i 18 (61%), è stato somministrato un questionario anonimo pre-corso (PRE), composto da 24 domande, per valutare lo stato di conoscenza degli studenti in materia. Alla fine degli incontri è stato proposto, secondo le medesime modalità di somministrazione, un questionario post-corso (POST) con il fine di valutare l'efficacia del progetto.

Sono risultati fumatori il 35% dei ragazzi mentre il 15% dichiara di esserlo anche di sostanze stupefacenti. Consuma alcol nel fine settimana il 63%, quotidianamente il 3%, mentre è astemio il 34%. Ha avuto rapporti sessuali il 58% e il 55% ha utilizzato il preservativo.

Per l'anno scolastico 2013/2014 gli studenti arruolati sono stati 1650. Di essi l'87% sono italiani e il restante 13% stranieri. Di questi ultimi, il 19% proviene dall'Africa, il 54% dall'Est Europa, il 18% dall'America, il 9% dall'Asia. Ai partecipanti, di età compresa tra i 13 e i 20 anni, con una netta preminenza di ragazzi tra i 16 e i 18 (69%), è stato somministrato il PRE e il POST seguendo le modalità già precedentemente descritte.

Sono fumatori il 24% per dei ragazzi mentre il 10% dichiara di esserlo anche di sostanze stupefacenti. Consuma alcol nel fine settimana il 51%, quotidianamente il 2%, mentre è astemio il 47%. Ha avuto rapporti sessuali il 38% e il 59% ha utilizzato il preservativo. Complessivamente il 95% non ha problemi a parlare di sesso e il 69% ne riconosce l'importanza. Il 66% ha partecipato a programmi sull'educazione sessuale, sebbene la fonte principale di informazione al riguardo rimangono gli amici (38%). Sulla MST, si ritiene abbastanza informato l'87% degli studenti: l'HIV risulta essere la malattia più conosciuta (53%), seguono: Candida (9%), Gonorrea (6%), Sifilide (15%), Epatite (3%), HPV (3%), Herpes (7%), Clamidia (3%), Mononucleosi (1%).

Viene condiviso dall'84% che il metodo più sicuro per prevenire il contagio da MST sia il preservativo (il contraccettivo più conosciuto dai ragazzi) e che la soglia di rischio aumenti con l'assunzione di cannabis (69.5% nel POST vs il 23% nel PRE) e di alcol (74.5% nel POST vs il 29.5% nel PRE). L'aver rapporti con partner occasionali viene riconosciuta come maggior causa di contagio da MST dal 96%, così come l'aver rapporti con un numero elevato di persone per il 93%, percentuali queste che variano minimamente dal PRE al POST. Il 41% è spaventato dal contagio da MST anche se il 67% non si trattiene dall'aver rapporti per questa causa o per l'età (5%); la gravidanza risulta essere la causa principale di spavento e/o di astensione dal sesso (46%). Sull'HIV, il 31% è sicuro si contragga da rapporti eterosessuali, il 25% da rapporti omosessuali, il 21% causa utilizzo di droga e il 23% per trasfusioni di sangue, mentre è chiaro che il test debba essere fatto per il 75.5% da tutta la popolazione senza preferenze di categorie. L'omosessualità non viene riconosciuta come un problema sociale dal 77% e non risulta essere fastidiosa al 74%, mentre risulta chiaro al 93% che abbracciare e/o baciare una persona sieropositiva non sia rischioso. Il 50.6% non ha mai parlato o solo accennato ai genitori di MST e il 43% ha usato il medesimo atteggiamento nei confronti dei metodi contraccettivi. Solo al 28.5% era chiaro nel PRE che il test HIV si potesse effettuare anche presso le ASL, mentre il 62.5% non era in grado di individuare un luogo in cui poterlo fare. Se nel PRE era chiaro che tramite l'ASL si potesse accedere ad un servizio che consente di fare il test anche senza il consenso dei genitori per i minorenni (65%), nel post il 91% ha dimostrato di aver assimilato l'informazione. L'indice di gradimento finale per il progetto svoltosi nell'anno scolastico 2012/2013, rivela che l'incontro ha avuto effetti positivi per il 96% degli studenti; del 97% per quello del 2013/2014.

Considerazioni

Come sostenuto da Hogan (2005) e implementato nel progetto descritto, l'educazione sessuale nelle scuole è uno strumento fondamentale per la prevenzione dell'HIV tra i giovani e la ricerca evidenzia che programmi di prevenzione porterebbero grandi benefici alla sanità anche dal punto di vista economico. Se la valutazione post-intervento deve indagare quali siano i fattori che si sono dimostrati più efficaci nel modificare i comportamenti a rischio HIV-correlati (Fonner et al., 2014), l'esperienza sul territorio pavese ha rilevato che un confronto tra conoscenze pregresse e quelle assimilate dopo le lezioni frontali e attuate attraverso la comparazione di PRE e POST, risulta essere un mezzo efficace per proporre nel quotidiano comportamenti corretti. Il livello di informazione di base riguardo la trasmissione del virus HIV rilevato dalla variazione di pochi punti percentuali dal PRE al POST verso le risposte corrette, determinano un profilo di conoscenza pregressa discreta da parte della popolazione coinvolta. Sulle MST, il fornire nuove conoscenze sul numero delle malattie trasmissibili ha determinato uno sviluppo anche quantitativo di informazioni a riguardo. L'evidenziare inoltre che fattori esterni come l'utilizzo di cannabis o alcol favoriscono la trasmissione di HIV e MST, ha permesso di ampliare il bagaglio delle conoscenze rendendo noto che comportamenti corretti in merito non derivano unicamente dal mondo della sessualità.

Conclusioni

L'implementazione dei progetti di formazione e prevenzione sulle infezioni da HIV e MST sono risultati efficaci per ampliare il bagaglio culturale pregresso e per portare a conoscenza di fattori interni ed esterni alla trasmissione delle infezioni. Sebbene programmi di informazione anche simili siano implementati in tutto il mondo in più settori e livelli, particolarmente indicata si è rilevata l'area delle scuole medie superiori, in cui spicca la fascia d'età compresa tra i 16 e i 18 anni, la quale ha ampiamente condiviso l'iniziativa partecipando attivamente. È consigliabile per il futuro rendere attivi progetti di formazione mirati ad approfondire ulteriormente i livelli di conoscenza impartiti sino ad oggi, con il fine di favorire la divulgazione dei principi e dei concetti dagli attuali discenti a terzi.

BIBLIOGRAFIA

- Bungay V, Masaro C, Gilbert M (2014) *Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do?*. Journal Of Clinical Nursing. [Epub ahead of print].
- Camoni L, Boros S, Regine V, Ferri M, Santaquilani M, Pugliese L, Suligo B (2013) *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2012*. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 26(9, Suppl. 1), 3-47.
- Camoni L, Regine V, Stanecki K, Salfa M, Raimondo M, Suligo B (2014). *Estimates of the Number of People Living with HIV in Italy*. Biomed Research International, 2014, 1-6.
- Dunn L, Ross B, Caines T, Howorth P (1998) *A school-based HIV/AIDS prevention education program: Outcomes of peer-led versus community health nurse-led interventions*. Canadian Journal Of Human Sexuality, 7(4), 339-46.
- Fetting J, Swaminathan M, Murrill C, Kaplan J (2014) *Global Epidemiology of HIV*. Infectious Disease Clinics Of North America, 28(3), 323-37.
- Fonner V, Armstrong K, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M (2014) *School Based Sex Education and HIV Prevention in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Plos One, 9(3), 89692.
- Hogan D, Baltussen R, Hayashi C, Lauer J, Salomon J (2005) *Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries*. Bmj, 331(7530), 1431-7.
- Johnson-Mallard V, Lengacher C, Kromrey J, Campbell D, Jevitt C, Daley E, Schmitt K (2007) *Increasing knowledge of sexually transmitted infection risk*. The Nurse Practitioner, 32(2), 26-32.
- Lema V (2013) *Sexual dysfunction among HIV patients: three case reports and review of literature: case report*. African Journal Of Reproductive Health: Special Edition On HIV/AIDS: Special Edition. 4(17), 161-70.

- Maartens G, Celum C, Lewin S (2014) *HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention*. The Lancet, 384(9939), 258-71.
- Salfa M, Regine V, Ferri M, Suligoi B (2014) *Il Sistema di sorveglianza sentinella delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basato su centri clinici*. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 27(4), 5-22.

ESPERIENZE

See and Treat: ambulatorio per i codici minori come soluzione al sovraffollamento del Pronto Soccorso

di *Luca Polello (1)*, *Antonio Boscolo Anzoletti (2)*

(1) *Infermiere*

(2) *Coordinatore Infermieristico UTIC, ULSS 14 Chioggia*

Corrispondenza: bos.toni@tiscali.it

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso rappresenta ad oggi una delle più importanti problematiche relative all'organizzazione dei servizi per l'emergenza. Tale fenomeno, in continua crescita, ha ripercussioni negative sia sui tempi di attesa e d'intervento, sia sulla capacità del sistema di emergenza di fornire risposte adeguate. Tra i fattori determinanti troviamo una diminuzione del numero di strutture ospedaliere pubbliche e private in Italia nell'ultimo decennio, passate da 1.286 a 1.165 (Istat, 2014).

Altro fattore è l'aumento della popolazione in Italia negli ultimi anni, passata da 57 a quasi 60 milioni, incremento questo fortemente influenzato dal fenomeno immigrativo, che trova nel Pronto Soccorso l'unico modo per poter accedere alle cure sanitarie (Istat, 2014).

Infine vanno considerate le ormai eccessive richieste inappropriate degli utenti al Pronto Soccorso: molti dei pazienti non necessitano in realtà di una prestazione sanitaria 'urgente', così al triage risultano molti codici bianchi: questo accresce il carico di lavoro del Dipartimento di Emergenza, con conseguente aumento di costi e tempi di attesa. I lunghi tempi di attesa, peraltro, possono causare ritardi nei trattamenti sanitari in generale e una ridotta soddisfazione da parte dei pazienti che, in alcuni casi, abbandonano il servizio senza essere stati valutati dal medico.

Per cercare di arginare il problema delle lunghe attese sono state adottate diverse strategie di gestione dei pazienti con problemi di salute minori, tra le quali il modello See and Treat. Questo modello è nato in Inghilterra attorno agli anni Ottanta per dare una risposta efficace all'overcrowding ed è stato adottato in via sperimentale in Toscana nel 2007.

Questo modello assistenziale si fonda su alcuni criteri:

- dal triage derivano due accessi distinti, uno per i casi più gravi trattati tradizionalmente, l'altro per le urgenze minori, trattate secondo la modalità See and Treat;
- è predisposta un'area dedicata See and Treat all'interno del DEA, con personale proprio;
- chi accede al See and Treat viene accolto dal primo operatore disponibile, medico o infermiere che sia, il quale gestisce autonomamente tutte le attività fino al loro termine;

- il personale del See and Treat è costituito dagli operatori esperti, che devono aver ricevuto una formazione specifica per poter gestire una serie di problemi di salute del cittadino ben definiti;
- viene ammessa al See and Treat una casistica di pazienti selezionata per appropriatezza.

Con l'attuazione di questo modello assistenziale si è potuto dimostrare, presso il Dipartimento di Cambridge (Regno Unito), come oltre il 70% dei pazienti che appartenevano alla categoria 4 di triage, corrispondente al codice bianco-verde in Italia, erano candidabili all'ambulatorio See and Treat. È stato inoltre possibile osservare come i tempi di attesa prima della visita medica sia diminuito sensibilmente passando da 56 minuti a 30 minuti. Inoltre il tempo totale trascorso nel dipartimento di emergenza è passato da una media di 99 minuti a 77 minuti (Bambi, 2008).

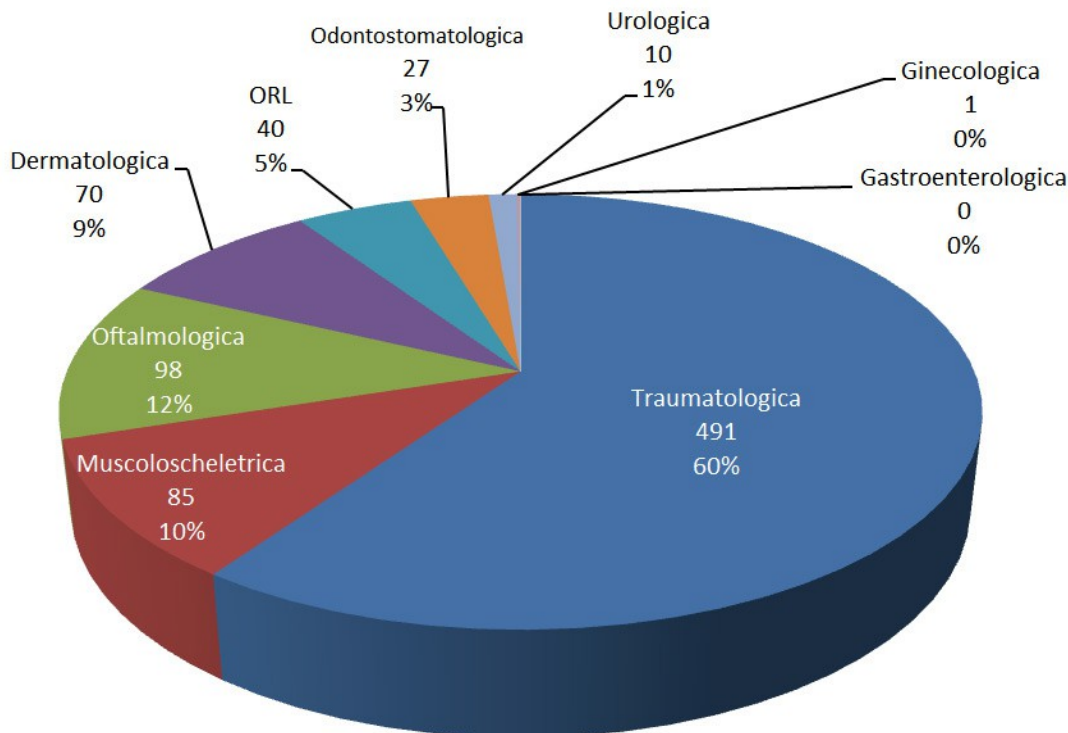
Lo scopo dello studio qui presentato è l'individuazione dei pazienti quali potenziali candidati presso l'ambulatorio See and Treat, mediante l'utilizzo di protocolli operativi emanati nel 2010 dalla Regione Toscana e utilizzati per la stessa fase sperimentale.

Il nostro ambulatorio See and Treat

Per la nostra indagine sono raccolti dei dati dal database del Pronto Soccorso dell'Ospedale "Madonna della Navicella" dell'Azienda ULSS 14 di Chioggia. Delle 7554 cartelle analizzate, relative agli accessi dei periodi Gennaio-Febbraio e Giugno-Luglio 2013, sono stati presi in considerazione 2157 pazienti, ai quali è stato assegnato il codice colore bianco, poiché definiti come pazienti a minor gravità e carico assistenziale. I pazienti sono stati suddivisi in "candidabili" e "non candidabili" in base alla sintomatologia riferita e/o rilevata all'ingresso e alla diagnosi. In particolare per definire la candidabilità o meno del paziente sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- dalla sintomatologia riferita dovevano essere escluse le prestazioni per dolore addominale o relative all'apparato nervoso, cardiovascolare e respiratorio, in quanto necessitano di un approfondimento maggiore;
- la diagnosi doveva essere compresa tra quelle elencate nella Delibera della Regione Toscana 449/2010 e utilizzata per la stessa fase sperimentale.

Dall'analisi dei dati è risultato che il 38% (822) dei pazienti afferiti al Pronto Soccorso potevano essere potenzialmente candidabili per il See and Treat, in quanto non presentavano problemi tali da richiedere l'intervento del medico. Il 62% (1335) dei pazienti, invece, presentava sintomi e/o diagnosi che non rientrano nelle tipologie cliniche trattate dal solo personale infermieristico e quindi necessitavano di un approfondimento medico.

Figura 1 - Casistica candidabile al See and Treat

In **Figura 1** sono presentate le casistiche ricomprese nel 38% dei pazienti potenzialmente candidabili per il See and Treat. Dall'analisi è risultato che il 60% (491) dei pazienti ha presentato un problema di tipo traumatologico lieve, seguito da quelli di tipo oftalmologico con il 12% (98), muscoloscheletrico con il 10% (85), dermatologico con il 9% (70), otorinolaringoiatrico con il 5% (40), odontostomatologico con il 3% (27), urologico con l'1% (10).

Conclusioni

I tempi di attesa al Pronto Soccorso, dall'assegnazione del codice colore all'ingresso in ambulatorio, possono essere mal tollerati dal cittadino, con conseguente diminuzione del grado di soddisfazione. A tal proposito i pazienti a minor gravità assistenziale potrebbero essere gestiti, dall'ingresso in ambulatorio fino alla dimissione, dal solo personale infermieristico esperto e formato appositamente per la gestione di alcuni problemi di salute, seguendo protocolli operativi. In caso di segnali/criteri di esclusione, l'infermiere invierà il paziente al tradizionale accesso al Pronto Soccorso per una valutazione medica. Dalla letteratura analizzata è emerso che in diversi Paesi (es. Regno Unito, Usa) sono già presenti ambulatori See and Treat a sola gestione infermieristica. Questi ambulatori vengono gestiti da Nurse Practitioner, ovvero infermieri che hanno acquisito specifiche competenze per poter trattare una vasta gamma di malattie acute e croniche attraverso l'uso di protocolli operativi. La presenza di Nurse Practitioner all'interno del Dipartimento di Emergenza ha diminuito i tempi di attesa medi, garantendo la qualità assistenziale e migliorando il grado di soddisfazione della popolazione (Carter, 2007).

In Italia la regione Toscana ha attuato questo modello assistenziale riscontrando una diminuzione del tempo di attesa medio prima della visita del 65% e una diminuzione del tempo di permanenza medio all'interno del See and Treat del 71% (Rosselli, 2011).

Questo modello organizzativo potrebbe essere adottato ed applicato anche in altre regioni italiane in quanto rientra nell'ambito di competenza e autonomia della professione infermieristica. Ciò comporterebbe un miglioramento delle risorse e dei costi, poiché permetterebbe al medico di occuparsi di quei pazienti che presentano un problema di salute maggiore. I dati raccolti suggeriscono che l'infermiere è in grado di gestire quei pazienti che presentano un problema di salute minore, senza rischi per il paziente stesso. L'attuazione di questo modello, quindi, vista la numerosità dei pazienti trattabili, comporterebbe una riduzione dei tempi di attesa e una riduzione dei rischi connessi al sovraffollamento, aumentando la soddisfazione dell'utenza e, in definitiva, una maggior autonomia e responsabilità per l'infermiere in linea con il suo profilo professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Carter, A. Chochinov. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Can J Emerg Med* 2007; 9(4): 286-295.
- Rosselli, C. Francois, D. Massai et al. Risultati della sperimentazione del See and Treat. *Toscana Medica* 2011; 9:17-19.
- Noi italia 2014. Istat (internet). Consultato il 19 aprile 2014, disponibile all'indirizzo: <http://noi-italia.istat.it/index.php?id=3>.
- S. Bambi, M. Giusti, G. Becattini. See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura. *Assistenza infermieristica e ricerca* 2008; 27(3):136-144.

SCAFFALE

Manuale di management per le professioni sanitarie

Carlo Calamandrei (a cura di Carlo Orlandi)
 Mc Graw Hill, 2015
 pagine 704, euro 49,00



Una scelta particolare quella della casa editrice Mc Graw Hill, che ha lasciato ancora quale autore del volume Carlo Calamandrei. Ma chi ha conosciuto questo collega, scomparso prematuramente all'età di settant'anni, proprio nell'anno dell'uscita dell'edizione precedente, o anche chi ha solo letto qualcuna delle sue innumerevoli opere, potrà ben comprenderne il perché. In realtà la visione della professione di Calamandrei risulta ancora oggi futuristica, quindi niente di strano in questa scelta.

L'unico che poteva prendersi l'onere di portare avanti quanto iniziato da Calamandrei era proprio il co-autore delle edizioni precedenti di questo volume, dedicato in realtà alla professione infermieristica fino alla terza edizione dell'opera, nel 2009: l'altro Carlo potrebbe dirsi, in quanto lo stesso nome proprio lo accomuna a Calamandrei. Stiamo parlando di Carlo Orlandi, che, come dichiara nella prefazione all'opera, si

dichiara oggi onorato di continuare l'opera:

“Quando l'Editore mi ha proposto di continuare la pubblicazione del volume, preparando la nuova edizione, mi sono sentito molto imbarazzato e spaventato per molti motivi. Ero molto tentato dal declinare l'offerta. Il primo motivo per farlo, il più importante, era che sentivo fortemente (e sento tuttora) il peso della notorietà, della competenza, della professionalità e dell'umanità di Calamandrei e mi sentivo molto piccolo al suo confronto; il secondo motivo è che mi sentivo schiacciato (come adesso, del resto) dal peso della responsabilità di continuare i suoi insegnamenti e il suo pensiero. Infine, mi spaventava a morte la mole di lavoro necessaria per portare a compimento in modo impeccabile l'impresa, come avrebbe voluto Calamandrei.

Ho accettato il compito più per l'insistenza dell'Editore che per convinzione iniziale, lo devo ammettere. Man mano però che proseguiva il mio lavoro, e che sono arrivati i contributi di tutti i collaboratori, il libro ha cominciato a prendere una sua forma e allora mi sono sentito molto onorato di riuscire a continuare l'opera di Carlo”.

Orlandi sceglie in questo volume di oltre 700 pagine di agire in continuità con la precedente impostazione dell'opera, riconoscendone ancora la validità; tuttavia il percorso risulta profondamente rinnovato nei contenuti, diventando un testo di riferimento per tutti i professionisti sanitari, e non solo gli infermieri, con l'offerta di una riflessione sistematica sulle funzioni manageriali del professionista sanitario.

In questa nuova edizione è stato dato ampio spazio a vari nuovi argomenti: dall'organizzazione degli ospedali per intensità di cura agli effetti delle attività sanitarie sugli esiti sensibili all'infermieristica; dalle caratteristiche degli ospedali magneti alle innovazioni dei percorsi clinico-assistenziali. Questi si aggiungono a capitoli ormai classici, si potrebbe dire, ma sempre efficaci, dedicati per esempio alla gestione del personale (parte 4), con la trattazione della delega (cap. 18), la direzione, la supervisione e il coordinamento (cap. 19) o la gestione del cambiamento organizzativo (cap. 20).

Insomma un'opera rappresentativa del pensiero di Calamandrei, ancora oggi dopo la sua scomparsa, che era solito sostenere che ogni innovazione andava compiuta con un occhio rivolto al passato.

Laura D'Addio

SCAFFALE

Nursing in area psichiatrica. Il paziente schizofrenico

Gianfranco Tamagnini
Editore Alpes Italia, 2015
pagine 178, euro 16,00



Un professionista del mondo della psichiatria (Gianfranco Tamagnini) è l'autore di questo libro, destinato a tutti coloro che, a diverso titolo, sono interessati, operano in questo ambito o sono affascinati da questo complesso ed articolato universo.

Nello sfogliare le pagine del libro *“Nursing in area psichiatrica. Il paziente schizofrenico”*, l'aspetto che risalta maggiormente è la delicata “sensibilità filosofica” nel declinare l'approccio assistenziale, non con un soggetto che ha una “incompiutezza scientifica” – nella accezione della patologia somatica – ma con un individuo (da indivisus), che in ragione della sua esperienza scissionale psicotica, sovente esprime delle difficoltà che richiedono all'operatore delle performances emotive oltremodo complesse ed alquanto diverse rispetto ad

altre aree della medicina ordinaria. Nel primo capitolo, un paragrafo sul burn out spiega il pericolo, non trascurabile, per l'operatore, della potenziale dissonanza fra Pensiero ed agito, proprio in ragione di questa complessità.

L'autore permea la trattazione di riflessioni di matrice fenomenologica che inducono a confrontarsi con la nozione *Husserliana* del senso della vita, ed *Heideggeriana* di esistenza.

Come sottolinea il Prof. Massimo di Giannantonio, che ha curato la presentazione della collana *“La sofferenza della mente”* e la prefazione: *“... Non si parla di organi o sistemi da riportare all'omeostasi, ma di soggetti da restituire alla loro Umanità, di esistenze da re-integrare nel Mondo-in-Comune grazie al raggiungimento di un bilancio “accettabile” tra “Progetto” (come libertà di definirsi) e “Gettatezza” (come accettazione del limite) ...”*.

L'Autore, pur non trascurando i fondamentali aspetti storici e pragmatici dell'assistenza infermieristica: diagnosi secondo NANDA e processo di nursing, muovendo da riflessioni psicodinamiche, in più parti del testo permea la trattazione non solo della necessità di declinare la comunicazione nella sua dimensione numerica/digitale (verbale) ed analogica (non verbale), ma anche di analizzarne i presupposti teorici in relazione all'ambiente. Il capitolo sesto sulla gestione del paziente aggressivo, ne offre delle riflessioni acute e puntuali, insistendo sovente su aspetti etologici ed antropologici.

L'autore, nel primo capitolo, a proposito dei rischi cui incorre l'operatore, ove non abbia una significativa capacità comunicativa, scrive: "... Nella "gestione" del paziente psichiatrico, specie se aggressivo, l'operatore sperimenta le proprie forze omeostatiche, che hanno – come accade per tutti – la naturale valenza di propendere alla conservazione ed alla sicurezza. Se però questo sistema è forte ed al contempo progressista, le àncore conservatrici sapranno coesistere con le spinte evolutive e di "adattamento dinamico". È necessario restare dentro al "conflitto", conservandone una visione "edificante", al fine di trovare soluzioni vantaggiose anche ove sembra di trovarsi all'interno di "controversie" non risolvibili attraverso una efficace comunicazione. Fronteggiare situazioni complesse evoca importanti emozioni. Queste ultime alimentano gli umori, che a loro volta "cristallizzano" il temperamento. È necessario quindi esercitarsi ad entrare in confidenza con i pensieri che evocano le suddette sensazioni, affinando la capacità auto-osservativa. Essere "consapevoli" e capaci di decifrare ed accogliere le proprie emozioni – aiuta ad evitare – nella gestione delle dinamiche "conflittuali" – le "distorsioni" che possono emergere dalle comunicazioni "inesplicabili".....".

Nei dieci capitoli si affrontano molte tematiche: responsabilità civile e penale dell'operatore (malpractice), la contenzione fisico-meccanica, l'organizzazione di un dipartimento di salute mentale in una ottica "interattivo-sincronica", l'evoluzione storica del concetto di "alienazione mentale", il rapporto fra psicopatologia e creatività, il trattamento riabilitativo della psicosi schizofrenica...

Il capitolo settimo, dedicato a due casi clinici/umani, oltre che enfatizzare la piacevole lettura, per la narrazione e la terminologia – talora a dire il vero un po' complessa, ma per questo stimolante – schiude la mente del lettore alla comprensione di un universo, quello sovente stigmatizzato della "follia", capace di esprimere una umanità che nulla invidia alla "normalità". Una Umanità che invoglia ad aprire un varco, un sentiero privo di paure ancestrali. Ma come scrive l'autore nella sua introduzione: "... E fondamentale che questo "sentiero" non assurga a semplice "formula assolutoria dell'anima". Una volta acceso il sacro fuoco del possibile, c'è da esorcizzare il naufragio nelle gelide acque dell'illusione...".

Giancarlo Cicolini

Direttore didattico CdLM Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
Università "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

Ciro Carbone, Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Pierpaolo Pateri, Maria Adele Schirru, Annalisa Silvestro, Franco Vallicella

Redazione

Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Immacolata Dall'Oglio, Pietro Drì, Annamaria Ferraresi, Silvestro Giannantonio, Rita Maricchio, Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

Ennio De Santis
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