

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LIX

4

ISSN 2038-0712

**LUGLIO-AGOSTO
2015**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE**

Infermieri: tutte le partite in gioco per la difesa dei pazienti

di Barbara Mangiacavalli

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

Il ricorso alla contenzione fisica: che cosa pensano e vivono gli infermieri? Uno studio qualitativo

di Anna Castaldo, Ermellina Zanetti, Giovanni Mutillo, Giorgio Carniel, Monica Gazzola, Paola Gobbi, Miriam Magri, Stefano Bazzana, Carla Noci

Le aggressioni e le attenzioni sessuali indesiderate nell'azienda sanitaria locale di Alessandria

di Antonio Galiano, Giorgio Ugo Pagliarino, Giovanna Ghiglia, PierClaudio Pronzato, Carlo Di Pietrantonj

● **CONTRIBUTI**

"Ci dispiace. Condividiamo le ragioni del Vostro reclamo ma esse non sono utilizzabili per intraprendere un'azione legale". Valutare l'insoddisfazione per l'assistenza medica prestata e la possibilità di azioni di mediazione dei conflitti

di Roberto Natangelo, Rossella Meduna, Paola Pellicciari

L'infermiere nelle serie televisive: mediatizzazione delle pratiche infermieristiche e dell'immagine degli infermieri

di Valeria d'Avorgna, Bruno Moncharmont

La realtà virtuale come metodo di analgesia per gestire il dolore nei bambini ustionati

di Giulia Colombo, Monica Barilaro

● **ESPERIENZE**

L'umorismo nella pratica infermieristica: l'esperienza degli studenti

di Tchuenteteuyim Guy Blondel, Giuliana Masera

La gestione infermieristica del dolore nei codici bianchi e verdi in Pronto Soccorso: indagine conoscitiva e proposta di un percorso integrato

di Erica Giroto, Marco Barin, Federico Trevisan, Ilenia Munerato, Barbara Busato, Maria Donatella Rizzo, Marzia Brasola, Elisa Varotto

L'assistenza infermieristica al paziente immigrato: l'esperienza di un'azienda ospedaliera campana

di Margherita Ascione, Chiara Sepe

La prevenzione delle cadute nel centro dialisi di Rimini

di Marina Sgreccia, Giuseppe Gurgone, Sabrina Domeniconi, Stefano Bini

● **SCAFFALE**

Dieci anni dopo: un'altra infermieristica. Seconda indagine nazionale



EDITORIALE

Infermieri: tutte le partite in gioco per la difesa dei pazienti

di Barbara Mangiacavalli

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Parlare di autunno caldo è un'abitudine entrata nel linguaggio comune del mondo del lavoro. Ma quello 2015 si prospetta come un autunno più che caldo, incandescente per gli infermieri.

Le partite da giocare sono tante: dal rinnovo dei contratti su cui il Governo, dopo la decisione della Consulta, non può più derogare e su cui sindacati dovranno stringere in fretta ranghi e tempi alle competenze avanzate per le quali la Federazione sta cercando di bruciare tappe ormai fin troppo lunghe assieme al ministero della Salute, per far approdare la bozza di accordo che le ufficializza in Stato-Regioni. Questo anche avviando contestualmente la cabina di regia tra professioni, sede di un confronto aperto e leale, che si dovrebbe riunire da metà ottobre. Superando se possibile le resistenze di altri attori della sanità italiana, preoccupati di invasioni di campo che non sono nemmeno nella mente dei nostri professionisti, ma rappresentano ormai solo un alibi perché tutto resti il più a lungo possibile – contro evidenze ormai internazionali e contro il buon senso - come è stato finora.

Ci sono poi norme come quelle sugli Ordini professionali, sulla responsabilità professionale, la realizzazione della stabilizzazione dei precari e la stessa riforma costituzionale, tutte in discussione al Parlamento, da cui dipendono molti cambiamenti possibili per il Ssn e per la nostra professione.

C'è anche un Patto per la salute da realizzare che invece perde ogni giorno pezzi, accanto alla revisione della rete ospedaliera secondo i nuovi standard e la partita tutta aperta del riordino di un territorio per il quale mancano ancora i presupposti essenziali perché diventi filtro di cure appropriate e garanzia della salute dei cittadini.

Se queste sono partite aperte, ce ne sono poi altre che noi vogliamo aprire. Sulla libera professione da regolamentare, implementare e istituzionalizzare, sugli infermieri militari e della polizia perché siano uguali ai loro colleghi del Ssn, sul rapporto tra infermieri e altre figure all'interno del Ssn con cui questi sono spesso confusi, perché ognuno veda rispettati i propri diritti, ma anche perché questi non intralcino i diritti e le aspettative dei pazienti.

Il lavoro non manca e tutti i giochi si aprono proprio in autunno: noi siamo pronti a giocarli.

Sullo sfondo resta però la spada di Damocle della legge di stabilità 2016 che potrebbe essere la ruota dell'ingranaggio che inceppandosi blocca inesorabilmente ancora una volta tutta la macchina della crescita professionale e del recupero di diritti, posizioni di carriera ed economiche dei nostri professionisti. Ma soprattutto rischia di mandare a picco la qualità dell'assistenza.

Il “granello” che potrebbe fermare l’ingranaggio è rappresentato ancora una volta da quei tagli su cui per ora ci sono indiscrezioni, smentite e poi altre indiscrezioni e su cui si moltiplicano i tentativi di rassicurare gli animi, dimostrando ad esempio che nelle note di aggiornamento al Def non c’è nulla che indichi riduzioni. Come se finora la musica non fosse stata sempre la stessa e i risultati, una riduzione in meno di 10 anni di oltre 30 miliardi delle risorse destinate alle Regioni per i Lea. Blocchi del turn over o “non aumenti” di quelle risorse – il fondo sanitario – necessarie perché tutte le partite aperte possano essere giocate, sono in pole position tra le possibilità di “risparmio” che si aggirano nelle stanze dell’Economia, ma l’immaginazione di chi considera il Ssn un bancomat per la spesa invece che risorsa per tutelare la salute dei cittadini, non ha mai fine e la strada della stabilità 2016, al via da metà ottobre, proseguirà il suo iter ad alto rischio fino a dicembre.

Il mondo professionale è già pronto a insorgere con agitazioni e azioni che arrivano fino allo sciopero già minacciato ad esempio dai medici. Ma ciò che la Federazione si augura e ha chiesto al Governo è che, prima di decidere o arrivare ai ferri corti, dannosi per i pazienti e per gli stessi operatori, si possa aprire un confronto con chi la sanità la vive tutti i giorni dalla parte della gestione e dell’organizzazione dei servizi, che è in prima linea davanti alla domanda di una popolazione che cambia i suoi bisogni in funzione dell’età avanzata, di nuove cronicità e di un servizio ridotto – per colpa dell’economia, appunto – ormai all’osso.

La nostra è una richiesta di buon senso e vorremmo ottenere risposte di altrettanto buon senso. Se così non fosse, gli infermieri non resterebbero a guardare e a subire passivamente scelte sbagliate di chi non guarda come noi tutti i giorni negli occhi i pazienti e le loro famiglie. Per questo e per il rapporto diretto di fiducia che ci lega a loro che spiegheremo ai pazienti passo dopo passo quello che ci aspetta e li aspetta come conseguenza di politiche dettate dall’economia che con la salute e i loro bisogni non hanno nulla a che fare.

Ed è con loro e accanto a loro e - ci auguriamo - assieme a tutte le altre professionalità che di loro si occupano, che trarremo presto le conclusioni, definendo scelte e azioni comuni nel nome di un Ssn universale e di un diritto alla salute uguale per tutti.

I nostri pazienti lo sanno: gli infermieri non li abbandoneranno mai.

Il ricorso alla contenzione fisica: che cosa pensano e vivono gli infermieri? Uno studio qualitativo

Anna Castaldo¹, Ermellina Zanetti², Giovanni Muttillio¹, Giorgio Carniel¹, Monica Gazzola³, Paola Gobbi¹, Miriam Magri¹, Stefano Bazzana², Carla Noci²

¹Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza; ²Collegio IPASVI Brescia; ³Collegio IPASVI Aosta

Corrispondenza: info@ipasvimi.it

RIASSUNTO

Introduzione Il ricorso alla contenzione fisica dipende da una serie di variabili di contesto tra cui le convinzioni personali ed etiche degli infermieri, la loro conoscenza di interventi alternativi e gli aspetti organizzativi. Lo scopo dello studio è quello di identificare le motivazioni, gli atteggiamenti, i valori e i sentimenti degli infermieri in merito alla pratica della contenzione fisica e i fattori ostacolanti o favorevoli al suo ricorso.

Lo studio rappresenta il seguito di una ricerca multicentrica che ha indagato la prevalenza della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze per anziani (Zanetti E et al., 2012).

Materiali e metodi Lo studio, di tipo qualitativo, è stato condotto attraverso la tecnica dei gruppi di discussione, o *focus group*. Il campione di convenienza è costituito da un gruppo di 60 infermieri, 40 coordinatori e 30 dirigenti infermieristici delle residenze per anziani e degli ospedali delle province di Aosta, Brescia, Milano, Lodi e Monza e Brianza. Il campione aveva già partecipato a una ricerca precedente (Zanetti E et al., 2012). Sono state registrate e trascritte le interviste realizzate durante 16 gruppi di discussione. L'analisi dei dati, basata sul contenuto, è stata effettuata dai conduttori delle discussioni insieme agli osservatori.

Risultati L'applicazione della contenzione fisica a un paziente genera negli infermieri una varietà di emozioni, spesso ambivalenti e conflittuali, quali la rabbia, la compassione e la frustrazione. Le questioni principalmente dibattute sono state: la definizione di contenzione fisica (si tratta di un intervento protettivo o di restrizione della libertà?); la frequenza e la durata della contenzione (si tratta di un intervento straordinario od ordinario?).

Conclusioni Lo studio ha messo in luce il conflitto vissuto dagli infermieri rispetto all'attuazione della contenzione fisica, soprattutto quando viene impiegata come intervento ordinario. Nonostante la presenza di fattori ostacolanti la riduzione del suo ricorso è emersa la necessità e la volontà degli infermieri di mettere in atto tutte le possibili strategie alternative.

Parole chiave: contenzione fisica, attitudine, emozioni, assistenza infermieristica, gruppi di discussione, etica

What do nurses think and feel about the use of physical restraint? A qualitative study

ABSTRACT

Introduction The use of physical restraint depends on the personal and ethical beliefs of nurses, their knowledge of alternative interventions and organizational aspects. The aim of this study is to identify nurses' motivations, attitudes, values and feelings about the practice of physical restraint and which factors favour or hinder its use.

The study follows a multicenter research that investigated the prevalence of physical restraint in hospitals and nursing homes (Zanetti E et al., 2012).

Methods This qualitative study was conducted through focus groups. The sample, enrolled on voluntary basis, was composed of 60 nurses, 40 ward sisters and 30 directors of nursing working in nursing homes and hospitals in Aosta, Brescia, Milan, Lodi and Monza Brianza Provinces. The sample had already taken part in the first research (Zanetti E et al., 2012). All the focus groups (16) were recorded and transcribed verbatim. The content analysis of the focus group data was validated by the moderators and observers.

Results The use of physical restraint induces in nurses ambivalent and conflicting emotions like anger, compassion and frustration. The main topics of the discussions were the definition of physical restraint (is it a protection intervention or a restriction of freedom?) and the frequency and duration of physical restraint (is it an extraordinary or ordinary intervention?).

Conclusions The study highlighted the conflict experienced by the nurses toward the use of physical restraint, especially if it is used as a routine practice. Despite the presence of discouraging factors toward the reduction of the use of physical restraint, this research showed the nurses' need and intention to implement every possible alternative.

Key words: physical restraint, attitude, emotions, nursing, focus group, ethics

INTRODUZIONE

La contenzione fisica, nonostante la documentata inefficacia, è tutt'oggi una pratica ampiamente utilizzata, specialmente nel contesto geriatrico e per la prevenzione delle cadute. Molti studi segnalano un utilizzo ordinario della contenzione nelle diverse aree di degenza, con una prevalenza che varia tra il 4% e il 22% in ospedale e tra il 3% e l'83% nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), arrivando rispettivamente al 68% e al 98% qualora, tra i mezzi di contenzione, siano annoverate anche le spondine del letto (Zanetti E et al., 2009; 2012).

Generalmente, si ricorre alla contenzione fisica per prevenire le cadute, controllare i disturbi del comportamento ed evitare interferenze del paziente nei trattamenti diagnostici e terapeutici (McCabe DE et al., 2011; Goethals S et al., 2012; Zanetti E et al., 2012; Chiba Y et al., 2012).

L'età avanzata, la dipendenza nelle attività di vita quotidiana, i deficit cognitivi e la compromissione della mobilità sono tra le caratteristiche cliniche maggiormente associate all'utilizzo della contenzione fisica (Zanetti E et al., 2009; 2012).

Il ricorso a questa pratica dipende anche da una serie di variabili estrinseche, tra cui: la conoscenza o meno di alternative, le convinzioni personali ed etiche degli infermieri, il grado di accettazione del rischio di caduta o di un comportamento reattivo del paziente, le opinioni e le pressioni di altre persone (colleghi, supervisori, altri professionisti e familiari) e le condizioni organizzative (Lee DT et al., 1999; Suen LK et al., 2006; Ben Natan M et al., 2010; Sarnio R et al., 2010; McCabe DE et al., 2011; Pulsford D et al., 2011; Zanetti E et al., 2012; Goethals S et al., 2012).

La decisione di ricorrere o meno alla contenzione fisica è frequentemente accompagnata da conflitti etici e sentimenti ambivalenti quali l'insicurezza, la frustrazione, il senso di impotenza e il disagio per la violazione dei diritti della persona, come il diritto alla libertà e all'autonomia (Lee DT et al., 1999; Gastmans C et al., 2006; Chuang YH et al., 2007; Lai CKY, 2007).

Diversi studi hanno analizzato le conoscenze, gli atteggiamenti e le convinzioni degli infermieri rispetto alla pratica della contenzione, poiché questi professionisti hanno una posizione rilevante nel processo decisionale. In Italia sono ancora pochi gli studi che analizzano la complessità del fenomeno anche da una prospettiva etica e deontologica.

Lo scopo del presente studio è quello di conoscere gli atteggiamenti, i valori e i sentimenti degli infermieri rispetto alla pratica della contenzione fisica. Nello specifico si vogliono identificare: 1) le motiva-

zioni adottate e gli elementi di valutazione a fronte dei quali si decide di ricorrere alla contenzione fisica; 2) le emozioni, le convinzioni personali ed etiche e i comportamenti messi in atto dai professionisti a seguito della decisione di ricorrere alla contenzione; 3) i fattori che limitano il ricorso alla contenzione nella pratica clinica e i fattori che favoriscono un adeguato e appropriato utilizzo dei mezzi di contenzione fisica.

Si considera contenzione fisica "ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non può essere facilmente rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo" (HCFA, 1992; CMS, 2006), ovvero "un'intenzionale restrizione del movimento volontario o del comportamento di una persona" che più puntualmente significa "impedire a una persona di fare qualcosa che sembra voglia fare" (RCN, 2008).

MATERIALI E METODI

Si è scelto di condurre una ricerca qualitativa attraverso lo strumento del gruppo di discussione, o *focus group*, poiché ritenuto il più adeguato e conveniente (Stagi L, 2000). Infatti, esso consente di coinvolgere un numero maggiore di professionisti rispetto alle interviste individuali e prevede la discussione e il confronto con un gruppo su una pratica che ha notevoli implicazioni etiche (Corrao S, 2002; Sim J, 1998; Webb C et al., 2001).

I partecipanti sono stati reclutati su invito attraverso una lettera indirizzata ai dirigenti infermieristici di 66 residenze sanitarie assistenziali e 39 ospedali delle province di Aosta, Brescia, Lodi, Milano e Monza-Brianza.

Il campione è stato di tipo propositivo, non arruolato casualmente, con adesione volontaria. I criteri di inclusione sono stati l'aver partecipato alla precedente indagine di prevalenza (Zanetti E et al., 2012) e l'adesione della struttura con almeno un infermiere o un coordinatore infermieristico e/o dirigente infermieristico.

Nel periodo tra febbraio e novembre 2011 sono stati condotti 16 gruppi di discussione presso le sedi dei tre Collegi IPASVI di Milano-Lodi-Monza e Brianza, Brescia e Aosta, di cui 8 con gli infermieri clinici, 5 con gli infermieri coordinatori e 3 con gli infermieri dirigenti.

Ogni gruppo di discussione prevedeva 4 incontri di 2 ore ciascuno a cui hanno partecipato mediamente 9 professionisti (intervallo: 7-11), un conduttore e uno o due osservatori.

Al fine di standardizzare la conduzione dei gruppi di discussione sulla base dei quesiti di ricerca, è sta-

ta predisposta una guida dell'intervista ed è stato condotto un incontro formativo e una simulazione con chi avrebbe assunto il ruolo di conduttore e osservatore. La traccia delle domande-stimolo è stata definita partendo da argomentazioni generali, per entrare gradualmente nel merito di aspetti più personali come le convinzioni, i sentimenti e le emozioni. Ciascun gruppo di discussione è stato condotto da un moderatore esperto nella metodologia ma non sul tema della contenzione, per evitare condizionamenti. Complessivamente, per la conduzione di tutti i gruppi di discussione, sono stati coinvolti otto moderatori/conduttori di cui cinque con una formazione infermieristica specialistica, due con una formazione infermieristica e pedagogica e uno con una formazione di comunicazione sanitaria. Tutti i conduttori svolgevano al tempo dello studio una funzione dirigenziale di cui due nell'ambito dell'organizzazione o della qualità, cinque nell'ambito della formazione di base o continua e uno nell'ambito della comunicazione.

L'osservatore, utilizzando un'apposita griglia, aveva la funzione di preparare il contesto e osservare le interazioni tra i partecipanti.

Gli osservatori coinvolti in tutti i gruppi di discussione sono stati 14 infermieri, di cui 4 con una formazione infermieristica specialistica. Quasi tutti gli osservatori lavoravano come infermieri clinici e prevalentemente in contesti ospedalieri; 6 di essi svolgevano una funzione di coordinamento di unità operativa/dipartimento o di struttura o di gestione del rischio (*risk management*).

Ai partecipanti è stato richiesto il consenso di adesione alla ricerca e alla registrazione dell'audio.

E' stata effettuata un'analisi del contenuto (*content analysis*) dei gruppi di discussione per identificare le principali categorie di ciascuna area indagata (Corrao S, 2002; Cipolla C, 2003). Alla fine di ogni incontro, previa trascrizione integrale dell'audio, il moderatore e uno degli osservatori di ciascun gruppo di discussione hanno selezionato le frasi più ricorrenti e

rappresentative per una prima categorizzazione dei contenuti emersi, evidenziando eventuali contributi dissonanti. Le categorizzazioni definitive dei gruppi di discussione, integrate con le citazioni originali, sono state realizzate da un gruppo ristretto di moderatori e osservatori coordinato da uno dei ricercatori. Eventuali discordanze sono state risolte attraverso la verifica puntuale delle registrazioni audio.

RISULTATI

Hanno aderito allo studio 130 partecipanti (Tabella 1).

I partecipanti erano per la maggioranza donne, con un'età media di 42,6 anni (deviazione standard, $DS \pm 8$; mediana 42; intervallo 25-66). Chi lavorava in una residenza sanitaria assistenziale aveva un'età media più alta rispetto a chi lavorava in ospedale; i dirigenti e i coordinatori erano mediamente più anziani rispetto agli infermieri.

Motivazioni ed elementi di valutazione

Le motivazioni alla base del ricorso alla contenzione fisica includono sia fattori clinici sia elementi di contesto (Tabella 2).

La contenzione fisica rappresenta una soluzione per garantire l'incolumità del paziente e la riduzione di potenziali rischi, quali le cadute, i possibili danni a sé o ad altri per la presenza di disturbi comportamentali.

In alcuni casi la contenzione fisica è utilizzata per garantire l'esecuzione di procedure diagnostiche e la somministrazione delle terapie oppure per ridurre o evitare la contenzione farmacologica; ulteriori motivazioni sono state la tutela degli altri degenti e le pressioni dei familiari per prevenire un danno al loro congiunto (in particolare la caduta).

Per gli operatori la contenzione fisica rappresenta un modo per tutelarsi dal rischio di aggressione o per cautelarsi da possibili implicazioni legali.

Le variabili legate al contesto includono sia i limiti strutturali (ausili, letti, eccetera) sia i fattori organiz-

Tabella 1. Partecipanti ai gruppi di discussione

	Collegi IPASVI						Totale
	Milano-Lodi-Monza e Brianza		Brescia		Aosta		
	Ospedale	RSA	Ospedale	RSA	Ospedale	RSA	
Infermieri (n)	18	19	6	10	2	5	60
Coordinatori (n)	13	13	8	6	0	0	40
Dirigenti (n)	13	4	12	1	0	0	30

RSA: residenza sanitaria assistenziale

zativi, in particolare la carenza di risorse, soprattutto in alcune fasce orarie e soprattutto nelle residenze sanitarie assistenziali, dove vi è una minore presenza di infermieri.

Tra gli aspetti valutati per decidere il ricorso o meno alla contenzione fisica sono comprese le valutazioni clinico-funzionale e degli aspetti situazionali (Tabella 2).

La valutazione del paziente riguarda le condizioni cliniche, incluso il rischio di caduta e la presenza di disturbi psico-comportamentali; essa è effettuata principalmente dall'infermiere e non sempre è documentata ed effettuata con procedure oggettive.

La decisione di contenere è basata anche su alcune variabili situazionali come, per esempio, la disponibilità di personale e di familiari a garanzia di una supervisione continua.

Prima di ricorrere alla contenzione, alcuni partecipanti hanno evidenziato l'importanza di mettere in atto strategie alternative e di valutarne gli effetti. L'implementazione di misure alternative varia in base ai contesti, alle conoscenze degli operatori e agli strumenti disponibili nelle organizzazioni (per

esempio materassi morbidi come il *soft corner*, bracciali identificativi, eccetera).

La rivalutazione periodica riguarda sia gli effetti secondari della contenzione fisica sia la necessità di rimuoverla o mantenerla. Nelle residenze sanitarie assistenziali la rivalutazione viene effettuata dopo diversi mesi e condivisa in *équipe* durante la ridefinizione del piano di assistenza individualizzato (PAI) mentre in ospedale dopo poche ore dall'applicazione; in quest'ultimo contesto gli infermieri si confrontano solo occasionalmente sulla necessità di contenere.

Emozioni, sentimenti e convinzioni personali e deontologiche

Gli intervistati hanno riportato una varietà di emozioni associate all'uso della contenzione fisica, spesso ambivalenti e contrastanti, espresse nei confronti di diversi soggetti (familiari, altri operatori e responsabili istituzionali), tra cui: la rabbia, la pena, l'angoscia, la tristezza, l'imbarazzo, il sollievo/tranquillità, la sensazione di prevaricazione, il senso di impotenza, il fallimento e la soddisfazione. L'immedesi-

Tabella 2. Motivazioni ed elementi di valutazione alla base del ricorso alla contenzione fisica

Temi	Citazioni dei partecipanti
Motivazioni	
Tutela del paziente	- Ha vissuto il resto della sua vita, sei anni, contenuto su una poltrona per il rischio di perdersi (I) - Infermiera, non voglio che mia madre cada (CI)
Tutela degli altri (familiari, operatori, altri pazienti)	- Se la signora grida continuamente e disturba gli altri la si contiene lasciandola nella sua camera (CI)
Fattori organizzativi	- La struttura di rianimazione non permette di visionare tutti i pazienti (I) - Il personale in alcune fasce orarie è in numero inferiore e quindi si contiene di più (I)
Elementi di valutazione	
Condizioni cliniche del paziente	- Quando i malati si risvegliano dal coma farmacologico sono sempre agitati e confusi [...]
Valutazione di <i>équipe</i>	- In alcuni casi la decisione viene condivisa, in altri no (CI) - E' coinvolta tutta l' <i>équipe</i> e i parenti che devono firmare il consenso (I)
Elementi situazionali	- Nei reparti chirurgici si ricorre raramente alla contenzione per la presenza assidua dei familiari
Alternative alla contenzione	- Manca forse uno strumento che possa indicare scelte alternative per la contenzione (CI) - Per fortuna ci sono mezzi alternativi all'uso ultimo della contenzione (CI)
Rivalutazione periodica	- Allora gli abbiamo tolto tutto, perché quando era contenuto manifestava aggressività mentre quando non era contenuto camminava e basta (DI)
I = Infermiere clinico; CI = coordinatore infermieristico; DI = dirigente infermieristico	

mazione con il paziente contenuto è il sentimento più forte e più frequentemente citato, anche in termini di proiezione futura di sé (Tabella 3).

Sono state particolarmente dibattute le convinzioni personali e deontologiche e in particolare i conflitti vissuti rispetto alle proprie rappresentazioni etiche valoriali e alle norme giuridiche e professionali sull'utilizzo della contenzione fisica (Tabella 3).

Un problema aperto riguarda l'accezione e la straordinarietà della contenzione fisica: è emerso che non esiste un'accezione univoca e che essa si diversifica in base al grado di restrizione del mezzo e all'obiettivo per il quale la si utilizza.

La questione delle spondine (applicate per tutta la lunghezza del letto) è stata oggetto di un'ampia discussione che ha generato due posizioni tra i partecipanti: gli uni le ritenevano un vero e proprio mezzo di contenzione, gli altri le consideravano solo un dispositivo di protezione.

Alcuni partecipanti hanno evidenziato che per le residenze sanitarie assistenziali la denominazione di "mezzi di contenzione" è stata sostituita con "strumenti di protezione e tutela fisica" in seguito a una delibera della Regione Lombardia (peraltro superata da una norma successiva). Tuttavia, per molti questa modifica ha più una valenza formale che sostanziale.

Il ricorso straordinario alla contenzione, previsto dal Codice deontologico dell'infermiere, secondo molti partecipanti è condivisibile ma spesso difficilmente applicabile nella realtà, soprattutto nelle residenze sanitarie assistenziali. Al contempo, non mancano esperienze di ricorso eccezionale alla contenzione, soprattutto nei nuclei che accolgono le persone affette da demenza.

La decisione di applicare la contenzione fisica non coinvolge solamente gli infermieri (tranne nei casi di emergenza e in assenza del medico) ma l'intera *équipe* e soprattutto il medico, cui spetta generalmente la prescrizione. La responsabilità della prescrizione ha fatto emergere posizioni contrastanti tra chi ritiene che debba essere attribuita al medico e chi sostiene che la prescrizione medica non sia necessaria, poiché rischia di deresponsabilizzare gli infermieri nella valutazione e nella decisione di contenere o non contenere. Altri ritengono che la scelta di applicare la contenzione debba essere basata su una valutazione dell'intera *équipe*.

La decisione di contenere è vissuta da molti infermieri come un dilemma etico, poiché impone una scelta tra libertà e sicurezza dei pazienti. La soluzione è spesso ricercata attraverso il confronto con i colleghi.

Tabella 3. Emozioni, sentimenti e convinzioni personali e deontologiche

Temi	Citazioni dei partecipanti
Emozioni e sentimenti	
Sentimenti verso diversi soggetti; sentimenti contrastanti	<ul style="list-style-type: none"> - Contenuto ai polsi e alle caviglie [...] la famiglia chiedeva di legarlo, sembrava Gesù in croce (CI) - [...] mettiamoci nel letto e facciamoci legare e vediamo cosa proviamo (CI)
Convinzioni	
Significato di contenzione	<ul style="list-style-type: none"> - Allora c'è il primo problema: cosa è contenzione o non è contenzione? (DI) - Per noi le spondine non sono contenzione ma strumenti di sicurezza (CI) - Il modo di dire le cose non fa la differenza: se si usa "legare" al posto di "proteggere" l'espressione è diversa ma l'effetto è lo stesso (CI)
Intervento straordinario	<ul style="list-style-type: none"> - La parola "straordinario" scricchiola in quanto nelle RSA è ordinario (I)
Dilemmi etici	<ul style="list-style-type: none"> - La contenzione fisica priva chi la subisce del diritto alla libertà; tentiamo di trovare alternative, è un evento occasionale. Il neoassunto percepisce e fa proprio questo valore (CI) - Meglio deambulare e cadere o essere contenuto e morire? Mi è rimasto il dubbio: cosa fosse meglio per lui e per noi (I)
Responsabilità della prescrizione	<ul style="list-style-type: none"> - Senza prescrizione medica non si può contenere. E' il medico che decide con il consenso dei parenti; i medici comunque non fanno una stretta valutazione, si fidano di noi (I) - La prescrizione medica deresponsabilizza tutte le altre figure [...] (DI)
I = Infermiere clinico; CI = coordinatore infermieristico; DI = dirigente infermieristico; RSA = residenze sanitarie assistenziali	

Il ricorso al Codice deontologico per la gestione dei problemi etici è ritenuto utile ma ancora scarsamente attuato nelle organizzazioni sanitarie.

Fattori ostacolanti e favorevoli la riduzione della contenzione fisica

Tra i fattori ostacolanti la riduzione della contenzione fisica sono riportati la medicina difensiva (per evitare implicazioni medico-legali), la mancanza di risorse umane, materiali e culturali, le limitazioni strutturali e le politiche e le regolamentazioni sanitarie. Alcuni fattori ostacolanti sono citati anche come fattori favorevoli la riduzione della contenzione fisica attraverso una chiave di lettura positiva e propositiva; cultura e formazione ne rappresentano gli elementi fondamentali (Tabella 4).

Per la maggioranza degli intervistati la riduzione della contenzione fisica è possibile ma devono essere individuate e implementate strategie di sensibilizzazione a tutti i livelli e per tutti gli *stakeholder*. Molti infermieri sottolineano l'importanza delle procedu-

re, soprattutto se condivise. In molte strutture non esistono procedure specifiche per la prevenzione/gestione della contenzione fisica ma, dove presenti, definiscono generalmente i livelli di responsabilità nella gestione della contenzione (motivazione, mezzo e monitoraggio delle condizioni dei pazienti) piuttosto che la sua prevenzione. Non sempre però le procedure sono applicate sistematicamente.

Il coinvolgimento dei familiari è un tema controverso: i familiari sono percepiti come valida risorsa se istruiti, fidelizzati e coinvolti nel processo di cura, soprattutto nella sorveglianza. Contemporaneamente, molti infermieri li percepiscono come un ostacolo sia nella presa delle decisioni sia nella realizzazione delle cure. Inoltre, alcuni evidenziano come la sorveglianza sia un preciso mandato assistenziale non delegabile ai familiari.

La disponibilità di risorse materiali (per esempio di letti ad altezza variabile e carrozzine basculanti) e umane, la formazione, il supporto organizzativo, la presenza di una filosofia aziendale *restraint free*, il

Tabella 4. Fattori ostacolanti e favorevoli la riduzione della contenzione fisica

Temi	Citazioni dei partecipanti
Fattori ostacolanti	
<ul style="list-style-type: none"> - Politica/normativa sanitaria - Applicazione di <i>policy</i> e procedure - Conoscenze e competenze - Cultura - Risorse materiali e strutturali - Risorse umane - Medicina difensiva - Filosofia aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> - I pazienti affetti da vagabondaggio (<i>wandering</i>) non hanno altra alternativa che la contenzione fisica perché il personale non è sufficiente e non è preparato (CI) - Si conoscono ancora poco i rischi della contenzione fisica (CI)
Fattori favorevoli	
<ul style="list-style-type: none"> - Politica/normativa sanitaria - Formazione specifica - Sensibilizzazione culturale - Filosofia aziendale <i>restraint free</i> - Risorse materiali e strutturali - Valutazione dei pazienti a rischio - Multidisciplinarietà - Sorveglianza fisica - Coinvolgimento dei Comitati dei familiari e di altri <i>stakeholder</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - C'è stata molta formazione al riguardo ed è migliorata la cultura professionale (DI) - E' importante far crescere negli operatori, non solo negli infermieri, la consapevolezza che la contenzione non è una pratica assistenziale. E' una negazione della dignità della persona e dobbiamo assolutamente pensare a un'alternativa (DI) - In un primo momento [la procedura alternativa] è risultata inapplicabile, ma in seguito [...] ha fatto diminuire il ricorso ai mezzi di contenzione [...] (I) - Noi lavoriamo con il coinvolgimento del parente, [...] a volte può essere molto faticoso ma ti può dare tanto aiuto se gestito nella maniera opportuna (I) - La sorveglianza è un atto assistenziale (CI)
I = Infermiere clinico; CI = coordinatore infermieristico; DI = dirigente infermieristico	

coinvolgimento degli *stakeholder* e l'integrazione professionale possono favorire l'utilizzo più appropriato della contenzione fisica, soprattutto nelle residenze sanitarie assistenziali. Per la maggioranza degli infermieri clinici una maggiore presenza di personale potrebbe garantire una maggiore sorveglianza.

DISCUSSIONE

I risultati del nostro studio confermano che il ricorso alla contenzione è supportato da una o più motivazioni che comprendono: la sicurezza dello stesso del paziente, la protezione di altri pazienti e degli operatori, le richieste dei familiari ma anche le caratteristiche delle organizzazioni. Tuttavia, la prevenzione delle cadute e dei disturbi comportamentali rappresentano i determinanti principali al ricorso alla contenzione, come riportato da altri studi (McCabe DE et al., 2011; Goethals S et al., 2012; Zanetti E et al., 2012; Chiba Y et al., 2012)

Alcuni partecipanti ai gruppi di discussione hanno sostenuto che il timore di azioni legali conseguenti a una caduta accidentale del paziente aumenta il rischio di ricorrere alla contenzione, soprattutto se i familiari fanno pressioni sull'organizzazione per evitare che l'assistito cada e si procuri qualche danno. La percezione relativa all'influenza delle variabili organizzative, citata da molti partecipanti, è corroborata da diversi studi; infatti, variabili come il carico di lavoro, la carenza di personale, l'insufficiente disponibilità dei familiari e le carenze strutturali e organizzative assumono il ruolo di fattori "precipitanti" (Saarnio R et al., 2010; Lai CKY, 2007; Karlsson S et al., 2001; Hantikainen V et al., 2000; Ben Natan M et al., 2010; McCabe DE et al., 2011; Lee DT et al., 1999).

In realtà, i risultati degli studi che hanno indagato l'associazione tra lo standard e il *case mix* di personale sono controversi: in alcuni studi una maggiore presenza di infermieri, sia nelle residenze sanitarie assistenziali sia negli ospedali, non è stata significativamente associata a un minore ricorso alla contenzione fisica (Huizing AR et al., 2007; Chiba Y et al., 2012; Sullivan-Marx EM et al., 1999); altri studi hanno rilevato una discreta associazione tra elevati carichi di lavoro, disabilità fisica e cognitiva del paziente e un maggiore ricorso alla contenzione fisica (Karlsson S et al., 2001; Zanetti E et al., 2012).

La questione del significato della contenzione fisica è stata sollevata dagli infermieri che lavorano nelle residenze sanitarie assistenziali lombarde in riferimento al fatto che le delibere regionali sui requisiti di accreditamento non annoverano le spondine da letto tra i mezzi di contenzione. In realtà, stante la definizione assunta da molti autori, è la tipologia di

spondine o comunque l'impossibilità di uscire dal letto che discrimina fra mezzo di contenzione e mezzo di protezione/supporto posturale a letto. Al di là della differenziazione semantica, rimane il fatto che la contenzione fisica è considerata un intervento protettivo ordinario e, in molti casi, giustificato dalla situazione (Hantikainen V, 2001; Hamers JP et al., 2009; Ben Natan M et al., 2010; Suen LK et al., 2006; Knox J, 2007; McCabe DE et al., 2011; Goethals S et al., 2012).

Il ricorso straordinario alla contenzione, previsto dal Codice deontologico dell'infermiere e sollecitato dalle linee guida nazionali e internazionali (CNB, 2006, Ministero della Salute, 2011, RNAO, 2012), per quanto condivisibile da molti, è ancora spesso disatteso nella pratica clinica, soprattutto nelle residenze sanitarie assistenziali. Le prevedibili e note conseguenze della contenzione fisica sono in evidente contrasto non solo con il dovere di tutelare il rispetto, la dignità e la libertà della persona ma anche con la responsabilità di promuovere e garantirne la qualità della vita; tuttavia, il timore di una caduta e dei conseguenti possibili danni, soprattutto nei soggetti più fragili, la difficoltà a garantire interventi alternativi e la necessità di vigilanza costante induce a ricorrere a questa pratica.

Come confermato da altri studi, la decisione di applicare o non applicare la contenzione fisica non è semplice e determina negli infermieri un coacervo di sentimenti, talvolta contrastanti e soprattutto il dilemma etico tra preservare la libertà, la dignità e l'autonomia del soggetto e tutelarne la sicurezza e la salute (RNAO, 2012; Hantikainen V, 2001; Saarnio R et al., 2010; Chuang YH et al., 2007; Lai CKY, 2007; Suen LK et al., 2006; Karlsson S et al., 2000; Goethals S et al., 2012).

Il rispetto della dignità, dell'autodeterminazione, dell'autonomia e la promozione del benessere non solo fisico ma anche psicologico, sociale e morale, rappresentano i valori fondamentali da considerare nel processo decisionale. Sebbene l'incolumità fisica sia un aspetto da tutelare, quando le condizioni funzionali o cognitive espongono la persona a rischio e in ottemperanza alla posizione di garanzia che assumono i sanitari che curano i pazienti e gli ospiti ricoverati in ospedale o accolti in strutture residenziali, non è detto che sia sempre da considerare prioritario rispetto agli altri. E' altresì rilevante quanto gli infermieri e gli altri soggetti coinvolti nel processo di cura siano disposti ad assumere e accettare come fisiologico il livello di rischio di caduta del paziente a fronte di una sua migliore qualità di vita "libera" (Goethals S et al., 2012). Il coinvolgimento della persona assistita e/o dei familiari è no-

dale in quanto consente di orientare la scelta dei valori prioritari da garantire per ciascun soggetto (Gastmans C et al., 2006).

Come riportato in altri studi (Chuang YH et al., 2007; Hantikainen V, 2001; Saarnio R et al., 2010; Goethals S et al., 2012), la condivisione con i colleghi e con l'*équipe* assistenziale è stata citata come la soluzione più utilizzata per gestire le reazioni emotive e i dilemmi valoriali.

Le barriere alla riduzione della contenzione fisica includono le conoscenze/convinzioni del personale, la cultura organizzativa (orientata più a prevenire possibili implicazioni legali che al rispetto dei valori etici) e la limitazione di risorse e di procedure (Hantikainen V et al., 2000; Saarnio R et al., 2009; Moore K et al., 2007; Lai CKY, 2007).

La letteratura scientifica, giurisprudenziale ed etica attribuisce all'infermiere un ruolo chiave in termini di profilo decisionale e di responsabilità, peraltro sovrapponibile a quello dei medici. La formazione in tali ambiti potrebbe dirimere la problematica relativa alla deontologia e alla responsabilità giuridica professionale, sollevata da alcuni partecipanti, e favorire l'eccezionalità della contenzione come previsto dall'articolo n. 30 del Codice deontologico dell'infermiere.

I programmi per limitare l'uso della contenzione fisica si basano innanzitutto sulla formazione del personale per favorire il cambiamento culturale e organizzativo (Hantikainen V, 2001; Pellfolk TJ et al., 2010; Huizing AR et al., 2006; Testad I et al., 2010; Knox J, 2007; Huang HT et al., 2009). Benché siano necessarie ulteriori e solide evidenze sulla sua efficacia, soprattutto nel lungo periodo (Möhler R et al., 2011), la formazione sembra produrre migliori risultati se integrata con programmi di intervento multifattoriali che includano anche l'adozione di linee guida aziendali *evidence based*, l'informazione ai familiari, la consulenza di infermieri esperti, la disponibilità di interventi alternativi (*hip protector*, letti bassi) e di sistemi di supervisione e monitoraggio (sensori ai letti, sistemi di allarme, eccetera) (Gallnagh R et al., 2002; Huizing AR et al., 2006; Knox J, 2007; Lai CKY, 2007; Lindhardt T et al., 2008; Ben Natan M et al., 2010; Haut A et al., 2010; Saarnio R et al., 2009, 2010; Koczy P et al., 2011; Gulpers MJ et al., 2011; Köpke S et al., 2012).

I risultati del nostro studio possono essere utili alla comunità professionale come punto di partenza per riflettere sulla pratica clinica e sui programmi di prevenzione della contenzione fisica.

Tuttavia, i nostri risultati non sono generalizzabili, sia per l'approccio qualitativo utilizzato sia per la dimensione campionaria, pure ritenendo di avere rag-

giunto una buona saturazione dei dati. Se da una parte i gruppi di discussione hanno consentito la discussione tra gli intervistati, dall'altra il confronto in gruppo può avere determinato delle influenze reciproche di opinioni e convinzioni tra i partecipanti. Inoltre, i partecipanti hanno aderito volontariamente o su proposta dei loro responsabili di struttura e va tenuto conto anche il loro coinvolgimento nella precedente indagine; di conseguenza, è verosimile che siano stati selezionati in funzione di una maggiore sensibilità al problema della contenzione fisica.

CONCLUSIONI

I risultati confermano che la decisione di applicare la contenzione fisica deriva da una serie di variabili e coinvolge non solo gli infermieri ma l'intera *équipe* di cura. Essa si prefigura come una scelta difficile che implica considerazioni cliniche, etiche e giuridiche.

L'utilizzo della contenzione fisica è condizionato soprattutto dai "principi di beneficenza e di non maleficenza" oltre che da un approccio tipicamente paternalistico/custodialistico, piuttosto che da quelli di autonomia e di autodeterminazione.

L'efficacia protettiva dei mezzi di contenzione non può essere assunta *tout court* ma deve essere attentamente valutata in ogni circostanza.

La contenzione fisica dovrebbe essere utilizzata eccezionalmente per brevi periodi, ricorrendo al mezzo meno contenitivo e afflittivo e solo se i benefici sono superiori ai possibili danni a essa associati. Infatti, le linee guida sostengono la possibilità di ricorrere alla contenzione fisica solo dopo l'insuccesso di misure alternative. Ricorrere all'impiego di mezzi di contenzione perché le alternative non sono disponibili o applicabili non è etico, soprattutto se non è stato compiuto alcuno sforzo al fine di prevederle e favorirne l'implementazione. Gli operatori e le organizzazioni sanitarie sono sollecitati ad adottare approcci di *evidence based practice*, implementando nella pratica le soluzioni suggerite dalla ricerca per garantire cure sicure e appropriate. L'utilizzo della contenzione fisica come ultima risorsa, e quando le misure alternative non hanno prodotto un esito favorevole, è ragionevolmente giustificabile – in *extrema ratio* – nelle situazioni in cui la persona manifesta un comportamento che mette se stessa o altri a rischio di lesioni, ovvero quando si presenti il cosiddetto "stato di necessità"; in tali casi il ricorso alla contenzione fisica non è "punibile" se costretti dalla necessità di salvare la persona da un pericolo, sempre che la misura contenitiva sia proporzionata al pericolo stesso.

I programmi di prevenzione implementati in modo graduale, che includono percorsi di formazione

continua di tutti i soggetti coinvolti, dovrebbero considerare l'adozione di un nuovo paradigma, prevedendo l'utilizzo di interventi alternativi che limitino il ricorso alla contenzione e che promuovano contemporaneamente la sicurezza della persona e la sua libertà di movimento e comportamento.

Poiché le evidenze finora disponibili ci allertano sull'inefficacia della contenzione fisica nel ridurre il numero di cadute, tale relazione dovrebbe essere indagata maggiormente, soprattutto negli anziani accolti nelle residenze sanitarie assistenziali. Infine, considerate le riflessioni emerse da molti infermieri, sarebbe auspicabile esplorare anche la percezione, gli esiti sulla salute delle persone contenute e le convinzioni dei loro familiari e di altri portatori di interesse.

Conflitti di interesse dichiarati: il progetto è stato promosso, realizzato e finanziato dai Collegi IPASVI di Aosta, Brescia e Milano-Lodi-Monza e Brianza.

Ringraziamenti: un sentito ringraziamento alle direzioni generali, sanitarie e infermieristiche, agli infermieri, ai coordinatori e ai dirigenti infermieristici che hanno partecipato all'indagine.

Si ringraziano sentitamente la dottoressa Elisa Crotti per la moderazione di alcuni gruppi di discussione e i colleghi che hanno collaborato con intelligenza e passione alla loro realizzazione nel ruolo di osservatori: Anna Maria Iannelli, Annarita Bionaz, Beata Grochowska, Carla Agazzi, Carmela Crisalide, Cristina Angelini, Gaetano De Angelis, Lorena Cavagnini, M. Stella Bellino, Monica Coccoli, Patrizia Lalli, Rita Bagattini, Silvia Rossini, Stefano Mantovani, Talia Melo.

Si ringrazia inoltre Andrea Giordano per il suo prezioso contributo nella revisione dell'articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Ben Natan M, Akris O, Zaltkina B et al (2010) *Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective*. Int J Nurs Pract, 16(5), 499-507.
2. Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS (2006) *State operations manual, Appendix PP - guidance to surveyors for long term care facilities*.
3. Chiba Y, Yamamoto-Mitani N, Kawasaki M (2012) *A national survey of the use of physical restraint in long-term care hospitals in Japan*. J Clin Nurs, 21(9-10), 1314-1326.
4. Chuang YH, Huang HT (2007) *Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients*. J Clin Nurs, 16(3), 486-494.
5. Cipolla C (2003) *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*. 4ª edizione. Edizione Franco Angeli, Milano.
6. Corrao S (2002) *Il focus group*. 2ª edizione. Edizione Franco Angeli, Milano.
7. Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia IPASVI (2009) *Il Codice deontologico dell'infermiere*. <http://goo.gl/9j37Hf>
8. Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D et al (2002) *The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study*. Int J Nurs Stud, 39(2), 147-156.
9. Gastmans C, Milisen K (2006) *Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations*. J Med Ethics, 32(3), 148-152.
10. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C (2012) *Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence*. J Adv Nurs, 68(6), 1198-1210.
11. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T et al (2011) *Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program*. J Am Geriatr Soc, 59(11), 2029-2036.
12. Hamers JP, Meyer G, Köpke S et al (2009) *Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study*. Int J Nurs Stud, 46(2), 248-255.
13. Hantikainen V, Käppeli S (2000) *Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making*. J Adv Nurs, 32(5), 1196-1205.
14. Hantikainen V (2001) *Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study*. J Clin Nurs, 10(2), 246-256.
15. Haut A, Kolbe N, Strupeit S et al (2010) *Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints*. J Nurs Scholarsh, 42(4), 448-456.
16. Health Care Financing Administration, HCFA (1992) *Proposed changes to the long term care facility (SNF or NF) requirements*. Federal Register, 57(24), 4517.
17. Huang HT, Chuang YH, Chiang KF (2009) *Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program*. J Nurs Res, 17(4), 241-248.
18. Huizing AR, Hamers JP, de Jonge J et al (2007) *Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach*. Soc Sci Med, 65(5), 924-933.
19. Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ et al (2006) *Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial*. BMC Geriatrics, 6:17.
20. Karlsson S, Bucht G, Rasmussen BH et al (2000) *Restraint use in elder care: decision making among registered nurses*. J Clin Nurs, 9(6), 842-850.
21. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S et al (2001) *Factors*

- relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc*, 49(12), 1722-1728.
22. Knox J (2007) *Reducing physical restraint use in residential aged care: implementation of an evidence-based approach to improve practice*. *Int J Evid Based Health*, 5(1), 102-107.
 23. Koczy P, Becker C, Rapp K et al (2011) *Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents*. *J Am Geriatr Soc*, 59(2), 333-339.
 24. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A et al (2012) *Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial*. *JAMA*, 307(20), 2177-2184.
 25. Kuske B, Luck T, Hanns S et al (2009) *Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany*. *International Psychogeriatric*, 21(2), 295-308.
 26. Lai CKY (2007) *Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – A study using focus group interviews*. *BMC Nursing*, 6, 5.
 27. Lee DT, Chan MC, Tam EP et al (1999) *Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong*. *J Adv Nurs*, 29(1), 153-159.
 28. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I (2008) *Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study*. *Int J Nurs Stud*, 45(5), 668-681.
 29. McCabe DE, Alvarez CD, McNulty SR et al (2011) *Perceptions of physical restraints use in the elderly among registered nurses and nurse assistants in a single acute care hospital*. *Geriatr Nurs*, 32(1), 39-45.
 30. Möhler R, Richter T, Köpke S et al (2011) *Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care*. *Cochrane Database Syst Rev*, 16(2), CD007546.
 31. Moore K, Haralambous B (2007) *Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities*. *J Adv Nurs*, 58(6), 532-540.
 32. Myers H, Nikolettis S, Hill A (2001) *Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting*. *Nurs Health Sci*, 3(1), 29-34.
 33. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ et al (1999) *Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents*. *J Am Geriatr Soc*, 47(10), 1202-1207.
 34. Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G et al (2010) *Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial*. *J Am Geriatr Soc*, 58(1), 62-69.
 35. Pulsford D, Duxbury JA, Hadi M (2011) *A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(2), 97-104.
 36. Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO (2012). *Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints*. Toronto.
 37. Royal College of Nursing, RCN (2008) *Let's talk about restraint*. <http://goo.gl/x3lrHr>
 38. Saarnio R, Isola A (2010) *Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland*. *J Clin Nurs*, 19(21-22), 3197-3207.
 39. Saarnio R, Isola A (2009) *Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland: perspectives of patients and their family members*. *Res Gerontol Nurs*, 2(4), 276-286.
 40. Sim J (1998) *Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group*. *J Adv Nurs*, 28(2), 345-352.
 41. Stagi L (2000) *Il focus group come tecnica di valutazione. Pregi, difetti, potenzialità*. *Rassegna Italiana di Valutazione*, (20), 67-88.
 42. Suen LK, Lai CK, Wong TK et al (2006) *Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors*. *J Adv Nurs*, 55(1), 20-28.
 43. Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK et al (1999) *Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following restraint reduction efforts*. *J Am Geriatr Soc*, 47(3), 342-248.
 44. Testad I, Ballard C, Brønnevik K et al (2010) *The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial*. *J Clin Psychiatry*, 71(1), 80-86.
 45. Webb C, Kevern J (2001) *Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research*. *J Adv Nurs*, 33(6), 798-805.
 46. Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P (2009) *Superare la contenzione: si può fare*. *L'infermiere*, 25(3), 3-16.
 47. Zanetti E, Castaldo A, Miceli R et al (2012) *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*. *L'infermiere*, 49(2), e29-e32.
 48. Comitato Nazionale per la Bioetica, CNB (2006) *Bioetica e diritti degli anziani*. Presidenza del Consiglio dei Ministri. <http://goo.gl/q4wAFX>
 49. Ministero della Salute, dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) direzione generale della programmazione, ex Ufficio III (2011) *Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*, Raccomandazione n. 13, novembre 2011 (aggiornata al 1 dicembre 2011). <http://goo.gl/KWlrcj>

Le aggressioni e le attenzioni sessuali indesiderate nell'azienda sanitaria locale di Alessandria

Antonio Galiano¹, Giorgio Ugo Pagliarino¹, Giovanna Ghiglia¹, PierClaudio Pronzato¹, Carlo Di Pietrantonj²

¹Servizio di prevenzione e protezione, Azienda sanitaria locale di Alessandria (ASL AL);

²Servizio sovrazonale di epidemiologia, Azienda sanitaria locale di Alessandria (ASL AL)

Corrispondenza: cdipietrantonj@aslal.it

RIASSUNTO

Introduzione La violenza verbale, l'aggressione fisica e l'attenzione sessuale indesiderata sono eventi frequenti all'interno delle strutture sanitarie e costituiscono un rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori. Lo studio ha l'obiettivo di stimare l'entità e la frequenza delle aggressioni nei confronti del personale e definire la figura degli aggressori e delle vittime, i reparti a maggiore rischio e l'impatto sulla salute delle vittime.

Materiali e metodi La rilevazione è stata effettuata tramite un questionario *ad hoc*, anonimo, somministrato agli operatori dell'ASL di Alessandria nel primo semestre del 2012. Il questionario ha indagato 4 tipologie di aggressione, per ognuna delle quali l'utente poteva indicare e descrivere eventuali casi e il proprio ruolo, di vittima o testimone rispetto a essi.

Risultati Sono stati restituiti 640 questionari. Il 64,8% ha descritto almeno un'aggressione mentre il 48,9% ne è stato vittima; il 56,3% dei rispondenti ha descritto casi di aggressione verbale lieve e continuata, risultata la tipologia di violenza prevalente. Il 55% degli aggressori sono risultati pazienti/utenti mentre colleghi e superiori sono stati responsabili del 20% delle aggressioni verbali violente e del 17% delle attenzioni sessuali indesiderate. In generale, le principali vittime sono stati gli infermieri mentre il personale medico è stato vittima soprattutto di aggressioni violente verbali.

Conclusioni I risultati evidenziano la rilevanza del fenomeno delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari. Risulta necessario prevenire e proteggere gli operatori adottando politiche opportune, accrescendo la capacità di gestione del conflitto e migliorando la comunicazione fra operatori e verso i pazienti.

Parole chiave: violenza sul posto di lavoro, aggressione, attenzione sessuale indesiderata, operatori sanitari

A survey on aggressions and unwanted sexual harassment in the local health unit of Alessandria

ABSTRACT

Introduction Verbal and physical abuses and unwanted sexual attention are frequent phenomena in health-care facilities and are a concrete risk factor for workers' safety and health. The aim of this study is to 1) assess the risk of aggression, 2) define who the attackers are and where the aggressions take place, 3) assess the overall impact on the professional life and privacy of victims.

Methods The survey has been conducted through the administration of an ad hoc multiple choice questionnaire in September 2012. The tool investigate 4 different type of assault; for each one the user could indicate eventual assault cases and its role as victim or witness.

Results 640 questionnaires were compiled: 64.8% of answerer were being victim or witness of at least an assault and 48.9% were victim. The most relevant harassment type was the simple verbal abuse (56.3%). Overall, the main aggressors were the patients (55%) while colleagues and superiors were responsible of 20% of violent verbal abuse and 17% of unwanted sexual attention. The main victims of all assault types were nurses; the medical staff was the main victim of violent verbal abuse.

Conclusions The harassment in the healthcare workplace is a significant phenomenon. Preventive interventions like the improvement of the conflict management ability and the patient-operator communication are needed to protect health operators.

Key words: workplace violence, harassment, unwanted sexual attention, health care workers

INTRODUZIONE

Il fenomeno della violenza sul posto di lavoro e in particolare in ambito sanitario e assistenziale rappresenta un concreto fattore di rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori, un *distress* per l'organizzazione e, più in generale, un problema per la sanità pubblica (EU-OSHA, 2010).

Il rapporto effettuato nel 2010 dall'European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) ha rivelato un aumento della violenza fisica sul posto di lavoro (dal 4% al 6%) nel periodo compreso tra il 1995 e il 2005; in Europa, mediamente, il 5% dei lavoratori ha subito personalmente atti di violenza, sia da parte di colleghi sia da parte di utenti/clienti. Inoltre, è stata rilevata una maggiore incidenza di esposizione alla violenza negli stati europei settentrionali e minore negli stati meridionali.

Tra le cause scatenanti la violenza, soprattutto in ambiente sanitario e assistenziale, troviamo: il respingimento di richieste ritenute legittime dagli utenti, il mancato accoglimento di proteste, le discordanze sui percorsi diagnostici e terapeutici o la richiesta, da parte degli utenti, di prestazioni che esulano dal ruolo dell'operatore sanitario (EU-OSHA, 2010; Winstalley S et al., 2004).

Anche se non è ancora stato definito il profilo tipico della potenziale vittima (Di Martino V et al., 2003) le caratteristiche che sembrerebbero predisporre al rischio di aggressione sono: l'essere di sesso femminile, di giovane età, l'aver scarsa esperienza lavorativa e l'occupare una bassa posizione nella gerarchia lavorativa (Di Martino V et al., 2003; Camerino D et al., 2008). Sono più chiare, invece, le situazioni nelle quali il rischio di subire violenze è maggiore: durante i turni di notte, il lavorare da soli, i locali con scarsa illuminazione e i luoghi d'attesa, dove gli utenti sostano per lunghi periodi di tempo (EU-OSHA, 2010; Camerino D et al., 2008; Menckel E et al., 2002; Mayhew C et al., 2011).

In ambiente sanitario gli episodi di aggressione avvengono più frequentemente nei servizi di emergenza-urgenza, nelle strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, nei luoghi di attesa e nei servizi di geriatria e di continuità assistenziale (Camerino D et al., 2008; Estryng-Behar M et al., 2008).

Le possibili conseguenze delle aggressioni sono: lo sviluppo di sintomi fisici, di disturbi psicosomatici, la depressione e l'abbandono dell'attività lavorativa (Di Martino V et al., 2003; Menckel E et al., 2002; Estryng-Behar M et al., 2008).

In Italia, sono ancora pochi gli studi che indagano l'entità del fenomeno delle aggressioni perpetrate in ambito ospedaliero o nelle strutture sanitarie più in generale. Questo può anche essere dovuto al fat-

to che gli operatori sanitari, sovente, considerano le aggressioni parte integrante e/o inevitabile della loro attività di lavoro e per questo effettuano delle segnalazioni solo nei casi più gravi.

Uno studio recente, effettuato a Torino (Cerri R et al., 2010), ha rilevato che l'aggressione più frequentemente subita dagli operatori sanitari è quella verbale (59,2%) seguita da quella fisica (16,7%) e da quella a sfondo verbale e sessuale (8%).

Nel 2005 stati denunciati all'INAIL 9.429 infortuni da aggressione, di cui sono stati vittime infermieri, medici e altri operatori di varie aziende sanitarie italiane. Nello specifico, nell'Azienda sanitaria locale di Alessandria (ASL AL) è emerso che il 5% degli infortuni avvenuti nell'ultimo quadriennio è riconducibile ad aggressioni fisiche.

In funzione agli obblighi imposti al datore di lavoro dal Decreto legislativo n. 81/2008 e successive modifiche e integrazioni, ovvero di valutare, tenendo conto delle differenze di genere, tutti i rischi per la sicurezza e la salute, compresi quelli di natura psicosociale, nonché in ossequio alle indicazioni della Raccomandazione n. 8/2007 del Ministero della Salute, l'ASL di Alessandria ha indagato il fenomeno delle aggressioni, di vario genere, nelle strutture operative maggiormente a rischio.

Obiettivo

L'obiettivo del presente studio è quello di stimare l'entità e la frequenza delle aggressioni e delle violenze agite nei confronti del personale dell'ASL di Alessandria, definire la figura degli aggressori e delle vittime, identificare i luoghi di lavoro maggiormente a rischio e l'impatto delle aggressioni sulla salute dei lavoratori.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta nel primo semestre 2012 seguendo un disegno trasversale; è stato impiegato un questionario concepito *ad hoc* anonimo e privo di qualsiasi segno di riconoscimento, per garantire la sincerità delle risposte.

Il questionario prevede 4 dimensioni che identificano la tipologia dell'aggressione: fisica, verbale lieve e continuata, verbale violenta e l'attenzione sessuale indesiderata.

Ognuna di queste sezioni presenta 5 domande a risposta chiusa. La prima domanda identifica se l'intervistato è stato vittima o testimone della rispettiva aggressione; le altre domande permettono di indicare la frequenza e il luogo dell'aggressione, l'aggressore, l'eventuale presenza di testimoni e l'influenza dell'evento sulla vita privata e/o lavorativa delle vittime. Infine, l'ultima sezione del questionario è de-

dicata alla raccolta di informazioni di tipo generale quali: la qualifica professionale dell'intervistato, il reparto di appartenenza, la percezione del pericolo e il bisogno di formazione e/o informazioni specifiche. Gli intervistati dovevano rispondere facendo riferimento a eventi avvenuti nel corso del 2011, ovvero l'anno precedente all'indagine.

Nella prima fase dello studio sono stati arruolati i lavoratori dei diversi profili professionali afferenti alle strutture operative che, secondo la letteratura e le rilevazioni aziendali, risultano maggiormente a rischio di aggressione: i distretti sanitari, i dipartimenti delle dipendenze patologiche di salute mentale e di medicina d'accettazione e d'urgenza, le comunità psichiatriche, le strutture operative complesse (SOC) di medicina legale e del dipartimento di prevenzione, gli uffici per le relazioni con il pubblico e le portinerie dei presidi ospedalieri.

L'indagine è stata condotta dal Servizio di prevenzione e protezione nel quadro degli obblighi di legge per la prevenzione dei rischi psicosociali, di cui le aggressioni fanno parte.

La somministrazione del questionario è stata effettuata con l'invio individuale a mezzo posta interna, per garantire che ogni dipendente ne ricevesse una copia. La partecipazione all'indagine è stata volontaria. La restituzione del questionario compilato è avvenuta utilizzando sia la posta interna sia appositi contenitori collocati nei vari Presidi oggetto dell'indagine.

Le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il software SAS Business Analytics software, nella versione 9.3. L'analisi multivariata delle relazioni fra le risposte è stata eseguita utilizzando un modello log-lineare.

RISULTATI

Sono stati somministrati 1.200 questionari e ne sono

stati restituiti 640 (53,33%). Di questi, il 39,4% proveniva dal distretto sanitario, il 19,1% dal Dipartimento di medicina d'accettazione e d'urgenza, il 14,2% dal dipartimento di prevenzione, l'11,4% dal dipartimento di salute mentale, il 7,7% dal dipartimento delle dipendenze patologiche, il 4,7% dalla portineria e il 3,6% dalla struttura complessa di medicina legale.

Il 38,3% dei rispondenti apparteneva al personale infermieristico il 14,9% al personale medico (compreso quello veterinario), il 13,3% al personale amministrativo, l'8,9% erano operatori socio sanitari e l'11,3% erano altre figure professionali. Infine, il 13,3% dei rispondenti non ha indicato il proprio profilo professionale.

Molti rispondenti hanno segnalato di essere stati sia vittime sia testimoni di aggressione; altri, invece, pure avendo descritto almeno un'aggressione, non hanno indicato il loro ruolo rispetto a essa (vittima o testimone).

Il 64,8% dei rispondenti ha dichiarato di essere stato vittima o testimone di una o più aggressioni di vario tipo; più nello specifico, il 48,9% ha dichiarato di essere stato vittima di almeno una tipologia di aggressione; il 5,6% dei rispondenti ha dichiarato di essere stato solo testimone mentre il 7,8% degli operatori non ha indicato il proprio ruolo (di vittima o testimone).

Tipologia delle aggressioni

Casi di aggressione verbale lieve e continuata sono stati descritti dal 56,3% dei rispondenti; il 43,7% nel ruolo di vittima e il 6,3% nel ruolo di testimone mentre il 6,3% dei rispondenti non ha indicato il ruolo.

L'aggressione fisica è stata segnalata dal 27,7% dei rispondenti; il 7,3% nel ruolo di vittima e il 7,7% nel ruolo di testimone mentre il 12,7% dei rispondenti non ha indicato il ruolo.

L'aggressione verbale violenta è stata segnalata dal

Tabella 1. Percentuale di rispondenti suddivisi per ruolo e tipo di aggressione

	Tipo di aggressione							
	fisica		verbale lieve e continuata		verbale violenta		attenzione sessuale indesiderata	
Ruolo	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Vittima	7,34	5,57-9,63	43,75	39,96-47,62	11,56	9,31-14,27	5,0	3,56-6,97
Testimone	7,66	5,84-9,98	6,25	4,62-8,40	3,28	2,16-4,96	2,19	1,31-3,64
Non indicato*	12,66	10,30-15,46	6,25	4,62-8,40	2,66	1,66-4,21	5,47	3,96-7,51
Nessuna segnalazione	72,34	68,75-75,67	43,75	39,96-47,62	82,5	79,36-85,25	87,34	84,54-89,70

* il rispondente ha descritto/segnalato l'aggressione ma non ha indicato il proprio ruolo di vittima o di testimone

IC 95%: intervallo di confidenza al 95%

Numero totale dei rispondenti: 640

17,5% dei rispondenti; l'11,6% nel ruolo di vittima e il 3,3% nel ruolo di testimone mentre il 2,7% dei rispondenti non ha indicato il ruolo.

Infine, l'attenzione sessuale indesiderata è stata segnalata dal 12,7% dei rispondenti; il 5% nel ruolo di vittima e il 2,2% nel ruolo di testimone mentre il 5,5% dei rispondenti non ha indicato il ruolo (Tabella 1).

Associazione tra tipologie di aggressioni

Utilizzando un modello log-lineare è stata effettuata un'analisi approfondita delle associazioni intercorrenti tra le tipologie di aggressione (Tabella 2), tenendo in considerazione solo le vittime. Sono risultate significative le seguenti associazioni:

- aggressione verbale lieve e continuata e attenzione sessuale indesiderata (p=0,001). Sul totale dei rispondenti, il 4% è stato vittima di entrambe. In particolare, il 9,3% delle vittime di un'aggressione verbale lieve e continuativa lo è stata anche di un'attenzione sessuale indesiderata; mentre, tra le vittime di un'attenzione sessuale indesiderata, l'81,3% ha subito anche un'aggressione verbale lieve;
- aggressione verbale lieve e continuata e aggressione verbale violenta (p<0,0001). Sul totale dei rispondenti, l'8% è stato vittima di entrambe. In particolare, il 20,4% delle vittime di un'aggressione verbale lieve e continuativa lo è stata anche di una verbale violenta; mentre, tra le vittime di

Tabella 2. Stima aggiustata delle associazioni tra i tipi di aggressione considerando le sole vittime

Associazione tra aggressioni	χ^2	p	OR-adj	IC 95%	Rappresentazione grafica*
VLC-ASI	10,9	0,001	4,789	1,89-12,15	
VLC-VV	26,2	<0,0001	4,536	2,54-8,09	
F-ASI	9,16	0,0025	3,929	1,62-9,53	
F-VV	8,99	0,0027	2,986	1,46-6,10	
F-VLC	4,13	0,0421	2,024	1,03-3,99	
VV-ASI	1,12	0,2905	1,605	0,67-3,86	

Rapporto di verosimiglianza (likelihood ratio): df=5, $\chi^2=7,73$, p=0,1718
 * maggiore è lo spessore delle frecce, maggiore è l'intensità dell'associazione
 χ^2 : test del chi quadro
 p: significatività
 OR-adj: odds ratio
 IC 95%: intervallo di confidenza al 95%

Tipologia di aggressione:
 - F, fisica
 - VV, verbale violenta
 - VLC, verbale lieve e continuativa
 - ASI, attenzione sessuale indesiderata

Tabella 3. Stima aggiustata delle associazioni considerando le vittime insieme ai rispondenti senza ruolo

Associazione tra aggressioni	χ^2	p	OR-adj	IC 95%	Rappresentazione grafica*
VLC-ASI	15,6	<0,0001	3,842	1,97-7,5	
VLC-VV	18,8	<0,0001	3,319	1,93-5,71	
F-ASI	11,9	0,0005	2,674	1,53-4,67	
F-VV	8,16	0,0043	2,100	1,26-3,49	
F-VLC	12,6	0,0004	2,218	1,43-3,44	
VV-ASI	7,44	0,0064	2,312	1,27-4,22	

Rapporto di verosimiglianza (likelihood ratio): df=5, $\chi^2=3,02$, p=0,6962
 * maggiore è lo spessore delle frecce, maggiore è l'intensità dell'associazione
 χ^2 : test del chi quadro
 p: significatività
 OR-adj: odds ratio aggiustato
 IC 95%: intervallo di confidenza al 95%

Tipologia di aggressione:
 - F, fisica
 - VV, verbale violenta
 - VLC, verbale lieve e continuativa
 - ASI, attenzione sessuale indesiderata

un'aggressione verbale violenta, il 77% ha subito anche quella verbale lieve e continuativa;

- aggressione fisica e attenzione sessuale indesiderata ($p=0,0025$);
- aggressione fisica e aggressione verbale violenta ($p=0,0027$);
- aggressione fisica e aggressione verbale lieve ($p=0,0421$).

L'associazione tra aggressione verbale violenta e attenzione sessuale indesiderata non è risultata statisticamente significativa.

Lo studio delle associazioni tra le tipologie di aggressione è stato ripetuto inserendo tra le vittime anche coloro che non hanno specificato il loro ruolo, ipotizzando quindi che anche questi ultimi fossero stati vittime delle aggressioni che hanno descritto.

I risultati (Tabella 3) sono sovrapponibili a quelli della precedente analisi sulle associazioni (Tabella 2); tuttavia, in questa seconda analisi, è risultata significativa anche l'associazione tra l'aggressione verbale violenta e l'attenzione sessuale indesiderata.

Identità dell'aggressore

Più del 55% di tutte le aggressioni sono state commesse dai pazienti/utenti; tuttavia, più del 10% delle aggressioni verbali lievi e violente e delle attenzioni sessuali indesiderate sono state commesse da colleghi. Se insieme a queste ultime si considerano anche le aggressioni perpetrate da superiori la percentuale delle aggressioni verbali violente sale al 20% e quella delle attenzioni sessuali indesiderate sale al 17%.

In merito alle aggressioni fisiche e alle attenzioni sessuali indesiderate, in molti non hanno indicato il proprio ruolo (rispettivamente il 55,5% e il 42,9% dei rispondenti).

Figure coinvolte

Il personale infermieristico è risultato vittima o testimone della maggioranza delle aggressioni; quelle prevalenti sono state le aggressioni verbali lievi e continuative, quelle fisiche e le attenzioni sessuali indesiderate.

Il personale medico, invece, è risultato in particolar

Tabella 4. Valutazione dell'influenza di un'aggressione sulla vita della vittima in funzione alla tipologia

Influenza sulla vita	Ruolo		
Aggressione fisica			
	testimone (%)	non indicato* (%)	vittima (%)
Sì	28,6	25,9	40,4
No	26,5	32,1	40,4
Senza risposta	44,9	42,0	19,1
Aggressione verbale lieve e continuata			
	testimone (%)	non indicato* (%)	vittima (%)
Sì	21,4	25,7	31,3
No	28,6	28,6	40,6
Senza risposta	50,0	45,7	28,1
Aggressione verbale violenta			
	testimone (%)	non indicato* (%)	vittima (%)
Sì	7,5	7,5	25,7
No	17,5	25,0	23,6
Senza risposta	75,0	67,5	50,7
Attenzione sessuale indesiderata			
	testimone (%)	non indicato* (%)	vittima (%)
Sì	19,0	0,0	59,5
No	28,6	52,9	32,4
Senza risposta	52,4	47,1	8,1

* il rispondente ha descritto/segnalato l'aggressione ma non ha indicato il proprio ruolo di vittima o testimone

modo vittima di aggressioni verbali violente; infatti, tra i medici che hanno segnalato questo tipo di aggressione, più del 20% ne è stato vittima.

Influenza delle aggressioni

Non è stata individuata alcuna associazione fra il tipo di aggressione ed eventuali ripercussioni sulla vita delle vittime (Tabella 4).

Tuttavia, la domanda che indagava questo aspetto ha ottenuto un alto tasso di non risposta; infatti, non hanno risposto più del 50% di coloro che sono stati vittima di aggressioni verbali lievi e continuative e violente, e più del 40% di coloro che sono stati testimoni o che non hanno dichiarato il proprio ruolo rispetto alle aggressioni.

Lo studio delle associazioni è stato ripetuto accorpando coloro che non avevano risposto a questa domanda a coloro che, pur avendo risposto, non avevano dichiarato alcuna influenza dell'aggressione sulla propria vita. Dai risultati sembra emergere che le vittime di aggressioni violente verbali e di attenzioni sessuali indesiderate siano quelle che hanno più probabilità di manifestare influenze dall'aggressione nella propria vita. Questo risultato è confermato dal test di verosimiglianza effettuato accorpando le vittime a coloro che non hanno specificato il loro ruolo rispetto alle aggressioni da loro descritte (Tabella 5).

DISCUSSIONE

Dall'indagine emerge che una frazione rilevante di rispondenti (48,9%) è stata vittima di almeno un'aggressione; considerando anche coloro che non hanno riconsegnato il questionario, e assumendoli come estranei a episodi di violenza, tale percentuale si riduce al 26,1% ma continua a rappresentare un valore da considerare con attenzione.

La maggioranza delle aggressioni segnalate è attribuibile agli utenti/pazienti (55%) ma è importante

sottolineare che circa il 20% delle aggressioni verbali e il 17% delle attenzioni sessuali indesiderate sono state compiute da colleghi o superiori.

I risultati mostrano come, nel complesso, la categoria degli infermieri sia quella più colpita dal problema delle aggressioni mentre il personale medico è soprattutto vittima di aggressioni verbali violente. Questi risultati sono in linea con altri studi precedenti (Winstalley S et al., 2004; Camerino D et al., 2008; Estry-Behar M et al., 2008).

Tra le cause delle aggressioni possono essere annoverati i tempi di attesa per l'accesso alla prestazione sanitaria ed eventuali discordanze sui percorsi diagnostici e terapeutici.

Le associazioni individuate tra le aggressioni violente verbali e le altre tipologie sembrano suggerire una progressione del conflitto che, partendo dall'uso di espressioni verbali, arriva fino al gesto estremo dell'aggressione fisica.

I punti di accesso all'organizzazione e i luoghi dove si formalizzano le "regole" per l'avvio dei percorsi di acquisizione di prestazioni e servizi rappresentano i contesti a maggiore conflittualità. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che in questi ambienti si verificano spesso situazioni stressogene sia per gli utenti, che hanno la necessità di trovare risposta a un bisogno sanitario ritenuto prioritario, sia per gli operatori, che devono garantire il soddisfacimento dei bisogni degli utenti in tempi congrui con la specificità del problema.

Un dato interessante è il fatto che un certo numero di rispondenti, seppure abbia descritto delle aggressioni, non ha indicato il proprio ruolo di vittima o di testimone; per esempio, il 12,7% dei rispondenti che hanno descritto delle aggressioni fisiche non ha indicato il proprio ruolo. Per le attenzioni sessuali indesiderate la stessa percentuale è stata del 5,5%. Questi dati potrebbero indicare la presenza di atti di violenza "sommersi".

Inoltre, nonostante fosse garantito il completo anonimato, va considerato che alcune persone potrebbero non avere indicato il proprio ruolo rispetto alle aggressioni o addirittura non avere partecipato all'indagine per scrupolo, soprattutto nei casi in cui l'aggressione subita ha coinvolto dei superiori o nel caso in cui la vittima o il testimone erano in una situazione di debolezza o precarietà lavorativa.

Anche se non è stata trovata alcuna associazione fra il tipo di aggressione ed eventuali ripercussioni sulla vita delle vittime, i dati suggeriscono che le aggressioni che potrebbero influire maggiormente sulla vita lavorativa e privata sono quelle verbali violente e le attenzioni sessuali indesiderate.

Il tasso di non risposta è stato uno dei limiti di que-

Tabella 5. Analisi dell'associazione tra il tipo di aggressione e la sua influenza sulla vita della "vittima"

Aggressione	OR (T-V)	Se	IC 95%
F	1,70	0,434	0,72-3,97
VLC	1,67	0,755	0,38-7,32
VV	4,27	0,616	1,28-14,27
ASI	6,23	0,604	1,91-20,37

OR (T-V): odds ratio, testimoni *versus* vittime

Tipologia di aggressione:

- F, fisica

- VV, verbale violenta

- VLC, verbale lieve e continuativa

- ASI, attenzione sessuale indesiderata

sto studio. Inoltre, il questionario era impostato per individuare eventuali vittime o testimoni ma non i responsabili di potenziali aggressioni.

Pertanto, si ritiene che i risultati siano solo parzialmente confrontabili con quelli della letteratura, anche in considerazione delle differenti metodiche utilizzate per indagare il fenomeno (Nielsen MB et al., 2010; OSHA, 2004).

CONCLUSIONI

I dati mostrano che il problema delle aggressioni è un fenomeno rilevante e forse ancora sottostimato. Come già sottolineato in letteratura (EU-OSHA, 2010; Camerino D et al., 2008; Estry-Behar M et al., 2008; Illing JC et al., 2012; OSHA, 2004) è necessario avviare interventi di tipo organizzativo e formativi che migliorino la capacità degli operatori nella gestione della conflittualità interna ed esterna e contemporaneamente contrastare il fenomeno delle attenzioni sessuali agite dai colleghi di lavoro e superiori. In particolare servirebbe:

- modulare il sistema di sorveglianza degli infortuni per monitorare l'andamento del fenomeno delle aggressioni, in collaborazione con la Struttura operativa complessa di rischio clinico, a cui è demandato il debito informativo nei confronti del Ministero (Sistema di Sorveglianza SIMES) di ogni singolo evento;
- sensibilizzare il personale a segnalare le aggressioni anche verbali e predisporre un sistema di registrazione e lettura degli eventi;
- promuovere, attraverso il *management* aziendale, opportune politiche di contrasto degli atti di violenza verbale e fisica agite sia da pazienti e accompagnatori sia dagli operatori;
- promuovere interventi di umanizzazione e riqualificazione degli spazi di attesa e di cura (posti a sedere, arredamento congruo, illuminazione adeguata, eccetera);
- migliorare i sistemi di accoglienza e di comunicazione con l'utenza agendo sui tempi d'attesa e sui ritardi nell'erogazione delle prestazioni;
- attivare dei percorsi per il supporto e il trattamento del trauma psicologico;
- attuare un programma formativo sul riconoscimento dei comportamenti e delle situazioni a rischio e sulla gestione dell'*escalation* del conflitto.

BIBLIOGRAFIA

Camerino D, Estry-Behar M, Conway PM et al. (2008)

Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. Int J Nurs Stud, 45(1), 35-50.

Cerri R, Caserta M, Grosso M (2010) *Le aggressioni subite dagli operatori sanitari: indagine in un ospedale italiano.* Assistenza infermieristica e ricerca, 29, 5-10.

Decreto legislativo n. 81/2008, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro". Gazzetta ufficiale n.101.

Di Martino V, Hoel H, Cooper CL (2003) *Preventing violence and harassment in the workplace.* European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <http://goo.gl/VrHQEO>

Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D et al (2008) *Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study.* Occup Med, 58(2), 107-14.

European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA (2010) *Workplace violence and harassment: a European picture.* <http://goo.gl/W5M8i8>

Illing JC, Carter M, Thompson NJ et al (2012) *Evidence synthesis on the occurrence, causes, consequences, prevention and management of bullying and harassing behaviours to inform decision making in the NHS.* National Institute for Health Research. <http://goo.gl/RUFaJJ>

INAIL (2007) *Andamento degli infortuni sul lavoro.* <http://goo.gl/TO6Maj>

Mayhew C, Chappell D (2011) *Occupational violence: types, reporting patterns, and variations between Health Sectors.* New South Wales Department of Health, Australia. <http://goo.gl/S2sJhh>

Menckel E, Viitasara E (2002) *The threats and violence in Swedish care and welfare - magnitude of the problem and impact on municipal personnel.* Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16(4), 376-385.

Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S (2010) *The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis.* J Occup Organ Psych, 83, 955-979.

Occupational Safety and Health Administration, OSHA (2004) *Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers.* <https://goo.gl/Wcuqvn>

Raccomandazione n° 8, 2007 del Ministero della Salute. www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_721_allegato
Winstalley S, Wittington R (2004) *Aggression toward health care staff in the UK general hospital: variation among professions and departments.* J Clin Nurs, 13, 3-10.

CONTRIBUTI

"Ci dispiace. Condividiamo le ragioni del Vostro reclamo ma esse non sono utilizzabili per intraprendere un'azione legale". Valutare l'insoddisfazione per l'assistenza medica prestata e la possibilità di azioni di mediazione dei conflitti

di Roberto Natangelo (1), Rossella Meduna (2), Paola Pellicciari (3)

(1) Medico ospedaliero, Ospedale San Carlo Borromeo Milano

(2) Psicologa clinica, Ospedale San Paolo, Milano

(3) Project Manager Coordinatore "Cittadinanzattiva" - Tribunale Diritti del Malato, Regione Lombardia, Milano

Corrispondenza: roberto.natangelo@libero.it

Da molti anni, il valutare la soddisfazione del malato è diventato un importante indicatore della qualità dell'assistenza, ma tale concetto è stato anche criticato sia dal punto di vista teorico che metodologico. La soddisfazione nel suo complesso propone una ottimistica valutazione delle esperienze del paziente (Jenkinson et al., 2002). La soddisfazione è spesso descritta in termini vaghi, mentre l'insoddisfazione tende ad essere molto più focalizzata (Mulcahy, Tritter, 1998) ed il suo livello può essere impiegato meglio come indicatore di esperienze negative, che invece non sono catturate dagli alti livelli di soddisfazione (Coyle, 1999). In Italia vi è una relativa carenza di conoscenze riguardante l'insoddisfazione per i servizi sanitari: di conseguenza lo scopo del nostro studio è di mettere in risalto le esperienze dei malati e indagare sulla loro personale descrizione dell'insoddisfazione. Le istanze di insoddisfazione erano correlate alla presentazione di un formale reclamo alla nostra associazione non profit. A tale agenzia si possono rivolgere sia i pazienti che i loro congiunti. L'agenzia può dare consigli sull'eventuale possibilità di azione legale contro medici o enti ospedalieri per responsabilità civile, ma non ha il potere di discutere direttamente il contenuto dei reclami con la direzione dell'ospedale o con il singolo sanitario.

La ricerca ha indagato un campione di soggetti che si sono rivolti spontaneamente all'associazione. E' probabile che questi utenti appartengano ai ceti sociali meno abbienti e non si possano permettere di contattare uno studio legale privato, anche se attualmente esistono studi che propongono soltanto un pagamento a percentuale dell'eventuale risarcimento raggiunto. I reclami riguardanti *soltanto* problemi di cosiddetta qualità percepita (comunicazione, accessibilità, problemi alberghieri, ecc.) sono stati eliminati.

Sono state selezionate le segnalazioni che si riferivano a disservizi dell'assistenza sanitaria o comportamenti per i quali si poteva ipotizzare una responsabilità da parte dei medici o di altro personale – oppure della struttura ospedaliera come sistema organizzativo complesso. Tali segnalazioni si riferivano in linea di massima a presunti *standard di assistenza inadeguati* ed ad una *percezione di negligenza* (secondo la classificazione di Howard, 2011).

I reclami potevano o non associarsi a problemi di qualità percepita. In tutti questi casi il paziente era invitato a presentare tutta la documentazione clinica. Questa è stata revisionata da un medico legale e da esperti di sua fiducia, allo scopo di portare alla luce eventuali responsabilità professionali di Enti o singoli sanitari coinvolti e fare una prima stima dell'eventuale danno.

Nel totale della nostra casistica (anni 2004 - 2013) sono state valutate complessivamente 720 segnalazioni, ma soltanto 233 sono risultate meritevoli di proseguire un'azione legale in sede civile. Il 67% dei presentanti reclamo erano donne, il 35% dei reclami riguardavano famigliari.

Sono state indagati i motivi di insoddisfazione, secondo quanto suggerito da vari Autori (Eriksson, Svedlund, 2007; Berglund et al., 2012, Jangland et al., 2009): i temi principali sono riportati nella **Tabella 1**.

Tabella 1 - Ragioni di insoddisfazione in 74 segnalazioni scritte e 34 interviste (giudizio medico legale negativo)				
	Reclami scritti		Interviste	
	N.	%	N.	%
Totale	74		34	
Insoddisfazione riguardante la comunicazione e gli incontri col personale e lo sforzo di essere preso in considerazione (Jangland.2009)				
Ha avuto la sensazione di essere stato evitato dal personale per evitare conflitti. Essere trattato come "nessuno".	9	12.1	4	12.1
Non capire a chi fare riferimento. Problemi alla dimissione	5	6.1		
Sensazione che nessuno si prenda la responsabilità di decisioni importanti per il paziente	4	5.4	4	12.1
Mancanza di attenzione. Noncuranza dei medici.	31	41.8	12	35.3
Le informazioni sono inadeguate Le spiegazioni sono fornite in un linguaggio tecnico che è difficile da comprendere.	16.	21.6	3	9
Un'attitudine negativa negli incontri con i pazienti e i parenti.	19	25.6	6	18.1
Sentirsi fonte di problemi. Sentirsi in colpa per il proprio comportamento ("Doveva venire prima!.....").	1	1.3		
Non essere preso sul serio	5	6.7	1	3
Comportamenti inadeguati nei confronti dei pazienti e/o dei parenti segnalati dai parenti stessi. Mancanza di privacy e di corretta educazione.	37	50	12	36.3

La ricerca si divide in due parti (Tabella 1). Nella **prima** ci si è limitati ad esaminare i contenuti di 74 segnalazioni scritte (redatte tra il 2004 e il 2010) appartenenti ad altrettante documentazioni giudicate *non meritevoli* di proseguire un'azione legale risarcitoria.

Nella **seconda** parte, un campione di 34 soggetti giunti recentemente alla nostra osservazione (2011-2013), anche essi *tutti negativi* per un'eventuale azione legale - ma che descrivevano percezioni di negligenza - sono stati sottoposti ad una intervista approfondita al fine di ricercare le cause delle segnalazioni, le emozioni sperimentate e le testimonianze tematiche (Tabella 1).

I più frequenti motivi di insoddisfazione riguardavano mancanza di attenzione, insufficienti informazioni, attitudini negative nell'intrattenersi col malato, comportamento inadeguato, attitudini negative verso i parenti esternate dagli stessi congiunti.

Un legame causale tra insoddisfazione e problema di errore tecnico non è affatto la regola. L'insoddisfazione può facilmente trarre origine da una errata percezione che "qualcosa è andato storto" nelle cure ricevute (Mulchay, 2003).

La combinazione di un cattivo risultato ed una insoddisfazione del paziente è una ricetta per promuovere una azione legale. Di fronte ad un cattivo risultato, pazienti e famigliari sono più inclini a perseguire legalmente il medico se ritengono egli non si sia comportato in modo empatico e compassionevole (Levinson, 1994; Coyle, 1999; Rogers et al., 2002; Bankauskaite, Saarelma, 2003).

La nostra indagine conferma che i reclami erano presentati prevalentemente da donne e/o per altri, talvolta un bambino, una persona gravemente malata o un anziano che è morto. Queste persone esprimono la loro personale insoddisfazione piuttosto che agire come un procuratore o un agente (Lloyd-Bostock, Mulchay, 1994). Una comprensione totale della personalità del paziente deve prendere in considerazione le persone più significative che lo circondano e definire la sua identità profonda. E' importante il carattere di chi reclama. Una fonte di tensione tra i professionisti e i famigliari risiede nella differente percezione dei ruoli che i membri della famiglia possono giocare e come li potrebbero giocare. Altre sorgenti di conflitto includono disaccordi tra i famigliari. Poche famiglie sono perfettamente coese; sono comuni tensioni aperte o nascoste (Levine, 1999).

Alcune situazioni particolari da noi rilevate confermano precedenti ricerche. Per esempio, riguardo all'assistenza dei malati in punto di morte, i famigliari si lamentavano di aver ricevuto informazioni confuse e contraddittorie da vari componenti lo staff che assisteva il loro congiunto. In altri casi, i parenti si consideravano non preparati alla sua morte o di non avere avuto la possibilità di essere presenti al decesso (Mayor, 2007). Inoltre, diversi reclami si riferivano ad anziani ricoverati in RSA. Su questo argomento, uno studio svedese descrive le relazioni e le esperienze dei parenti e dello staff di assistenza. Queste esperienze riguardano la fiducia, la partecipazione e le misure per evitare i conflitti (Hertzberg, Ekman, 2000).

Si ricorda che in Italia, come in altre nazioni mediterranee, la fonte del welfare è la stessa famiglia, per ragioni culturali. Vi è una distinzione in Europa tra paesi di tradizione "famiglia debole"/individualismo e "famiglia forte" che contrappone i paesi nordici e occidentali ai paesi mediterranei e del sud (Damiani et al., 2011).

La nostra è la prima ricerca che confronta le percezioni dei pazienti con la documentazione clinica e la revisione dei medici legali. Essa conferma l'impressione che le segnalazioni partano da fasce molto deboli della popolazione; alcuni soggetti confessano di avere difficoltà nel mettere per iscritto il loro reclamo.

Ogni paziente ricoverato in ospedale porta con sé aspettative per la propria degenza ospedaliera. Ogni sforzo per soddisfarle può contribuire a ridurre la sua insoddisfazione per tale esperienza e migliorare la qualità dell'assistenza prestata. L'analisi dei reclami inoltrati alla nostra organizzazione ed agli ospedali coinvolti, fornendo al paziente e ai famigliari l'opportunità di porre le loro domande ed esprimere per iscritto le loro lamentele, può essere impiegata come punto d'inizio per discussioni in sessioni di riflessione professionale o per l'avvio di procedure di *mediazione dei conflitti medico-paziente* (Tereanu, Quattrocchi, 2011). Frequentemente, la frase conclusiva scritta ai nostri pazienti nella risposta della revisione medico legale è stata: "Ci dispiace. Condividiamo le ragioni del Vostro reclamo ma esse non sono utilizzabili per intraprendere un'azione legale".

Come associazione di cittadini, dovremmo andare oltre questa formale affermazione.

BIBLIOGRAFIA

- Bankauskaite V, Saarelma O. (2003) *Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions*. Int J Quality Health Care, 15 (1): 23-29.
- Berglund M, Westin L, Svanstrom R, Johansson Sundler A. (2012) *Suffering caused by care – Patients' experiences from hospital settings*. Int J Qualitative Stud Health Well-being , 7; 18688 – <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18688>.
- Coyle, J. (1999) *Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of “personal identity threat”*, Soc Health Illness , 21 (1),. 95-123.
- Damiani G, Farelli V, Anselmi A et al. (2011). *Patterns of long term care in 29 European countries: evidence from an exploratory study*. BMC Health Services Research ;11:316-325.
- Eriksson U, Svedlund M. (2007) *Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care* J Clinical Nursing, 16:438-446.
- Hertzberg A, S-L Ekman. (2000) *“We, not them and us?” Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes*. J Advanced Nursing, 31 (3):614-622.
- Howard MI. (2011) *Raising the voice of dissatisfaction: a qualitative study of the Queensland acute health care consumer and the experience of complaining*. Thesis Queensland University of Technology. pdf.
- Jangland E, Gunningberg L, Carlsson M. (2009) *Patients' and relatives complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement*. Patient Educ Couns, 75 (2):199-204.
- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, et al. (2002) *Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care*. Qual Saf Health Care, 11:335-339.
- Levine C, Zuckerman C. (1999) *The trouble with families: Toward an ethic of accommodation*. Ann Intern Med, 130(2):148-152.
- Levinson W. (1994) *Physician-patient communication: a key to malpractice prevention*. JAMA, 273:1619-1620.
- Lloyd-Bostock S and Mulcahy L. (1994) *The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes*. Law Policy, 16:123-47.
- Mayor S. (2007) *Care of dying patients and safety dominate commission's report on NHS complaints*. News. BMJ, 334:278.
- Mulcahy L, Tritter JQ. (1998) *Pathways, pyramids and iceberg? Mapping the links between dissatisfaction and complaints*. Soc of Health Illness, 20(6):825-847.
- Mulcahy, L. (2003) *Disputing doctors: The socio-legal dynamics of complaints about medical care*, Open University Press, Suffolk.
- Rogers A, Karlsen S, Addigton-Hall J. (2002) *“All services were excellent. It is when the human element comes in that things go wrong”: dissatisfaction with hospital care in the last year of life*. J Adv Nurs, 31(4) : 768-774.
- Tereanu C, Quattrocoli A. (2011) *Transformative mediation in healthcare organizations: a resource*. Management in health, 15(1):16-23.



CONTRIBUTI

L'infermiere nelle serie televisive: mediatizzazione delle pratiche infermieristiche e dell'immagine degli infermieri

di Valeria d'Avorgna (1), Bruno Moncharmont (2)

(1) Infermiera Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed Fondazione P.Pavone

(2) Presidente del Corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia dell'Università degli Studi del Molise

Corrispondenza: davorgnavaleria@gmail.com

Infermieri e media ieri

Se pensiamo alla rappresentazione mediatica degli infermieri di qualche anno fa, ci accorgiamo che i temi fondamentali descritti offrivano immagini negative della professione. In generale emergeva un forte stereotipo di infermiere con competenze limitate alle attività alberghiere e che lavorava all'ombra del medico, l'unico a cui apparteneva il sapere clinico (Mapelli, 2002).

Poiché le conoscenze sulla professione infermieristica derivano non solo da esperienze vissute in prima persona, ma anche da informazioni trasferite da altri soggetti, queste immagini perpetuavano gli stereotipi, modificando e alterando anche le numerose positive esperienze. Quasi venti anni fa (nel 1998), Trincerì su un campione di 219 persone (62% uomini, 38% donne) presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano, raccolse la percezione della professione: il percorso formativo, l'aggiornamento, la ricerca e la docenza, il codice deontologico, i profili professionali, il mansionario e gli ambiti di competenza. Per farlo utilizzò un questionario costituito da 24 domande a risposta multipla: dai risultati si delineava una professione priva di proprie responsabilità e di autonomia.

Qualche anno più tardi, nel 2004, Lo Monaco utilizzando un questionario composto da 15 domande a risposta multipla e coinvolgendo 10 Aziende Ospedaliere distribuite uniformemente sul territorio (Trento, Milano, Alessandria, Ferrara, Parma, Bologna, Roma, Reggio Calabria, Caltanissetta, Caltagirone), condusse una survey nazionale. Furono distribuiti dieci questionari per ogni unità operativa in modo da ottenere un campione composto da almeno 200 persone. I risultati della ricerca evidenziarono che su 273 pazienti, il 49,4%, considerava l'infermiere un professionista parzialmente dipendente da altri, solo il 14,6 %, invece, un professionista autonomo. Circa l'80% degli intervistati, riteneva che il rapporto tra medico e infermiere fosse di tipo collaborativo. Il 62% affidava all'infermiere il compito di assistenza nei momenti di maggiore difficoltà: si registrava un primo cambiamento rispetto al 1998.

Oggi invece...

Più recentemente nel 2012, la Fondazione Censis documentò come la situazione sia nettamente modificata rispetto al 2004. Le interviste furono condotte sull'intero territorio nazionale attraverso il sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing). Furono giudicate migliori, tra i vari aspetti che caratterizzavano l'attività degli infermieri, le capacità tecnico-professionali (il 55,6%), di relazionarsi con i pazienti e i familiari (51,2%) e la cortesia e la gentilezza (44,7%).

A seguire, abilità nel gestire attrezzature medicali (17,3%), rispetto delle norme igieniche (14,3%), capacità di dare informazioni su terapie, patologie (13, 6%). Quasi il 60% dichiarava che di fronte a richieste di informazioni su patologie, terapie, aspetti organizzativi e altro, gli infermieri tendevano a rispondere quando erano in grado di farlo mentre era solo il 10% circa a ritenere che gli infermieri non fossero in grado di dare risposte adeguate (Censis, 2012).

Sempre nel 2012 sulla rivista statunitense BMJ (British Medical Journal) fu pubblicata una ricerca in cui diversi autori verificarono la soddisfazione e la qualità delle cure in 12 paesi europei e negli Stati Uniti. I pazienti furono intervistati in 210 ospedali europei e 430 ospedali degli Stati Uniti (California, Pennsylvania, Florida e New Jersey), 11.318 pazienti in Europa e 120.000 pazienti negli Stati Uniti per indagare sulla correlazione tra l'organizzazione sanitaria adeguata e il lavoro svolto dagli infermieri. La ricerca confermava che le caratteristiche dell'ambiente di lavoro ospedaliero erano associate a risultati positivi ottenuti a seguito delle cure rivolte ai pazienti grazie all'intervento degli infermieri negli ospedali. Uno studio condotto in Canada e pubblicato sugli Annals Of Family Medicine (Lau et al, 2012), indicava come i pazienti, soprattutto se anziani, preferivano gli infermieri ai medici. Facendo una revisione di 77 studi, i ricercatori canadesi verificarono che in qualsiasi malattia l'aderenza al trattamento dei pazienti era direttamente proporzionale al contatto umano con il personale infermieristico.

Considerando questi risultati abbiamo preso in analisi quattro serie televisive (due statunitensi, Nurse Jackie; E.R. Medici in prima linea e due italiane, Medicina generale e Terapia d'urgenza) mandate in onda in un periodo compreso tra il 1994 e il 2009. Ogni serie televisiva è stata analizzata secondo una traccia di osservazione suddivisa in due aree di interesse: *valutazione della conformità delle pratiche infermieristiche individuate* e *l'analisi del profilo dell'infermiere* ossia l'immagine rappresentata, il profilo deontologico e la soddisfazione dei pazienti. Delle pratiche infermieristiche visualizzate in ciascuna puntata delle quattro serie televisive è stata valutata la conformità alle linee guida specifiche di riferimento e attraverso l'ausilio di manuali di infermieristica.

Analizzando il profilo degli infermieri rappresentati nelle serie televisive emerge che solo in una serie su quattro agli infermieri è stato assegnato il ruolo di protagonista, mentre nei due telefilm italiani emerge un ruolo di supporto. In una delle due serie statunitensi, invece, agli infermieri è stata attribuita la stessa importanza data ai medici. Nelle due serie italiane 8 sono gli infermieri osservati e mediamente 13 quelli statunitensi. Analizzando il ruolo svolto dagli infermieri nelle serie televisive descritte è emersa una partecipazione totalmente attiva nelle due serie statunitensi che vede gli infermieri lavorare in equipe con le diverse figure sanitarie, una partecipazione mediamente collaborativa in Medicina generale e di totale "sudditanza" al medico in Terapia d'urgenza.

Attraverso la ricerca della presenza di quegli stereotipi già individuati in passato, abbiamo riconosciuto, lì dove sono presenti, gli aspetti negativi degli infermieri rappresentati che, ancora una volta ripropongono una situazione analoga al passato. Gli stereotipi di cui abbiamo sinora parlato risultano essere totalmente assenti nelle serie statunitensi ma presenti nelle due serie italiane dove gli infermieri si contraddistinguono per incompetenza e per indolenza.

Le pratiche di pertinenza infermieristica osservate sono state 68 divise poi in tre categorie: assistenza di base; esame obiettivo; emergenza. Per ciascuna di queste è stato conteggiato il numero di volte che compaiono nelle quattro serie tv e successivamente, valutata la conformità delle procedure eseguite rispetto alle vigenti linee guida.

Separando i risultati ottenuti dalle serie televisive è emerso che sul totale del campione (68 pratiche infermieristiche registrate in tutte le quattro serie televisive), il 57% delle pratiche infermieristiche visualizzate nelle due serie statunitensi risulta essere conforme alle linee guida, il 38% non conforme e il 5% conforme/non conforme. Nelle serie italiane sul totale del campione rilevato, il 44% delle pratiche, risulta essere conforme alle linee guida, il 52% non conforme e il 4% conforme/non conforme.

Alcune considerazioni

Il profilo degli infermieri che è emerso dalla ricerca si allontana quasi del tutto da quelle descrizioni anacronistiche di personaggi rozzi, sottomessi o di infermiere impegnate in storie sentimentali con i medici. L'espressione "quasi del tutto" sta a indicare una sostanziale differenza emersa tra gli infermieri descritti nelle serie statunitensi e in quelle italiane. Riferendoci e confrontando i dati ottenuti con le ricerche sulla percezione dei pazienti ospedalizzati, non abbiamo rilevato una sostanziale differenza tra l'infermiere italiano rappresentato dai media e quello reale, al contrario invece di quello che avviene nelle serie statunitensi dove alcuni aspetti analizzati non combaciano con ciò che abbiamo studiato di questa realtà. I produttori di Medicina generale, seppur non eludendo qualche inefficienza di troppo, hanno creato un contesto di verosimiglianza con la realtà sanitaria italiana non riguardante soltanto episodi di mala sanità che imperversano nei vari programmi di approfondimento, ma anche di quella volontà di migliorarsi e di cambiare il modo di lavorare. Per quanto riguarda le serie statunitensi dobbiamo fare una distinzione tra la serie E.R. e Nurse Jackie dove il tipo di rappresentazione risulta essere più un tentativo pubblicitario a favore della professione, piuttosto che una descrizione obiettiva della realtà. La ricerca volta ad analizzare il giudizio dei pazienti sulle cure infermieristiche, ci ha permesso di verificare se la scelta registica sia basata sulle reali percezioni di chi è stato a stretto contatto con gli infermieri o se sia dovuta a informazioni ottenute da altre fonti. In tutte e quattro le serie televisive non abbiamo trovato corrispondenza con tali dati.

Le ultime ricerche condotte dal Censis evidenziavano un giudizio positivo sull'operato degli infermieri negli ospedali italiani e di totale fiducia, soprattutto perché in grado di attivare un ascolto empatico e di garantire un supporto costante. Nelle serie televisive invece, soprattutto in Medicina Generale, emergono continue situazioni di contrasto che non consentono di instaurare un rapporto infermiere-paziente basato sulla fiducia reciproca. Nella realtà sanitaria statunitense i pazienti fanno emergere numerosi aspetti negativi della professione sia da un punto di vista tecnico che relazionale, mentre nei telefilm è riprodotto un rapporto idilliaco e basato su una totale fiducia reciproca. Rispetto al passato l'immagine distorta degli infermieri è però stata superata.

L'infermiere appare come un professionista competente il cui sapere è notevolmente cresciuto, come dimostrato nella serie "ER, Medici in prima linea". Il problema emerso dalla nostra indagine è che l'infermiere mediatizzato ancora oggi fatica a imporsi come professionista con competenze tecniche oltre che attinenti alla sfera umana. I tempi di ripresa brevi non permettono la completa visualizzazione delle procedure e quello che si riesce a vedere non è curato nei dettagli. La scelta di realizzare "mondi possibili" nelle serie statunitensi dove non sempre si rispetta la realtà sanitaria, e i "mondi reali" descritti dalle serie italiane dove si riorganizza in forma simbolica la nostra quotidianità, non esclude la possibilità di impegnarsi allo stesso modo per diffondere, seppur in maniera differente, un'immagine positiva della figura dell'infermiere. I dati confermano complessivamente la presenza di rapporti positivi con i pazienti, con i colleghi e i medici; l'infermiere appare come un professionista autonomo e con capacità tecniche evidenti.

La comunicazione mediatica rappresenta uno strumento strategico per rispondere efficacemente al cambiamento culturale del mondo sanitario, ma un'immagine positiva non potrà mai durare a lungo se non sorretta e continuamente rafforzata dal "saper essere" e "saper fare" della professione stessa.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH., *Nurses for the future*. N Engl J Med 2011; 364:196-198.
- Albinelli P., Cottafavi K., Ferri P., *L'infermiere tra teoria e prassi. Un manuale per la didattica di laboratorio clinico*. AthenaSrl, Modena, 2008.
- Bifulco C., *Storia dell'assistenza sociale e infermieristica*, Casa editrice l'Azienda ospedaliera, Pontedera, 1995.
- Buonanno M., *Il reale è immaginario: la fiction italiana, l'Italia nella fiction*, Nuova Eri, Torino, 1991, p. 261.
- Buonanno M., *Narrami o diva. Studi sull'immaginario televisivo.*, Liguori, Napoli, 1994, p. 216.
- Calamandrei C., *L'assistenza infermieristica. Storia, Teoria, Metodi.*, Nis, 1993, p. 288.
- Conti L., *Ma la gente comune sa davvero cos'è un infermiere?*, Atti del Congresso in L'infermiere n.9, 2005, p. 4.
- Dionisio A., *Quando la medicina si fa in. Benessere, salute e professione sanitaria rappresentate nel piccolo schermo*, Guida Editore, 2009, p.246.
- Dimonte V., *Da Servente a Infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. CespiEditore, Milano, 2005, p.75.
- Dubois C.A., D'Amour D., Pomey M.P., Girard F., Braut I., *Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretative review*, in BMC Nursing, vol. 12:7, 2013.
- Dugas R., *Nursing and genetics: applying the American Nurses Association's Code of Ethics.*, J Prof Nurs. 2005 Mar-Apr;21(2):103-13.
- Erb G., Kozier B., *Nursing Clinico. Tecniche e procedure*. Edizione Edises, Napoli, 2004.
- Fairman JA, Rowe JW, Hassmiller S, Shalala DE., *Broadening the scope of nursing practice Broadening the scope of nursing practice*. 2011 Jan 20;364(3):193-6.
- Gengia G., Micheloni B., Tessari L., Tosi O., *La carenza di infermieri e le strategie per affrontarla*, in Assistenza infermieristica e ricerca, anno I, n. 25, 2006.
- Gili G., *La credibilità. Quando e perché la comunicazione ha successo.*, Rubettino Editore, Soveria Mannelli, 2005, p. 116.
- Grasso A., *Buona maestra. Perché i telefilm sono diventati più importanti del cinema e dei libri*, Mondadori, Milano, 2007, p. 308.
- Grignaffini G., *I generi televisivi.*, Carocci, Roma, 2004, p. 125.
- Jackson Debra, Editorial: *Nursing on television: are we being served?*, in Journal of Clinical Nursing, Volume 18, Issue 16, 2009, pp. 2249–2250.
- Kalisch PA., *Anatomy of the Image of the Nurse: Dissonant and Ideal Models*, ANA Publ. 1983;(G-161):3-23.
- Lionetti R., *L'immagine dell'infermiere tra stereotipi e folklore. Miti e simboli di una professione moderna*, Atti del Convegno "L'immagine sociale dell'infermiere". Trieste, 2002, 4-8.
- Lo Monaco E., *Percezione del professionista infermiere da parte di degenti ospitati in alcune strutture ospedaliere dello Stato*, in lo infermiere, n. 4, 2007, p. 22-31.
- Lupano P., *Dizionario delle professioni infermieristiche*, CESPI Centro Studi delle Professioni Infermieristiche, UTET, 1997, p. XXIV-482.
- Lynn P., *Manuale di tecniche e procedure infermieristiche, Un approccio al Processo del Nursing*. Piccin, Padova, 2012.
- Manzoni E., *Storia e Filosofia dell'assistenza infermieristica*. Masson, 1997, p.328.
- Mapelli S., Muttillio G., Neri M., *La fiction e l'immagine sociale dell'infermiere*, in L'infermiere, n.8, 2002, p. 20-26.
- Martellotti E., *Gli infermieri sono il motore della riorganizzazione sanitaria*, in L'infermiere pag. 26, 2/2009.
- Masarati E., Mapelli S., Muttillio G., *Infermieri italiani in USA. Il collegio Milano-Lodi pone le basi per uno scambio culturale*, in lo Infermiere, a.11 n.2, 1999, p. 8-18.
- Mengozzi N., Manzotti A., *Stereotipi dell'infermiere nella produzione cinematografica dal 1950 al 2008*, in Infermiere oggi n.1, anno XX, gennaio/marzo 2010, p. 31-39.
- Motta P. C., *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Carocci, Roma, 2002, p. 56-64.
- Samassa D., Bucci L., *L'immagine sociale dell'infermiere*, Atti del Convegno MIB- School of Management, Trieste, 2002, p. 1-18.
- Silverstone R., *Televisione e vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna, 2000.

- Silvestro A., Bozzi M., Massai D., Mangiacavalli B., Rocco G., Sasso L., Vallicella F., *Codice Deontologico dell'Infermiere 2009*, Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, Roma, 2009.
- Smith S., Duell D., Martin B., *Infermieristica clinica. Abilità di base e avanzate*, Idelson-Gnocchi, 2008.
- Sperati M, Viti R., *La figura dell'infermiere nei telefilm italiani e americani nel periodo fra il 1990 ed il 2011*, in *Infermieri oggi* n. 1, 2013, p. 30-35.
- Prattichizzo G., *Narrami o Fiction. Racconti mediali tra memoria e identità.*, Editrice Zona, 2010, p. 3-10, 67-180.
- Trincerì R., *L'infermiere sta cambiando ; In che misura il cittadino percepisce tali cambiamenti? I risultati di una ricerca*, in *lo Infermiere*, n.1, 2000, p. 38-43.
- Wiener-Well Y, Galuty M, Rudensky B, Schlesinger Y, Attias D, Yinnon AM., *Nursing and physician attire as possible source of nosocomial infections.*, *Am J Infect Control.* 2011;39(7).



CONTRIBUTI

La realtà virtuale come metodo di analgesia per gestire il dolore nei bambini ustionati

di *Giulia Colombo (1), Monica Barilaro (2)*

(1) Infermiera

(2) Tutor e Docente Corso di laurea in infermieristica, Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza - Università degli Studi Milano Bicocca

Corrispondenza: giulia.colombo68@gmail.com; m.barilaro@hsgerardo.org

Le ustioni nel bambino e metodologie innovative per la gestione del dolore

Ogni giorno, più di 300 bambini tra 0 e 19 anni sono trattati nelle emergency rooms per ustioni (CDC, 2012) che provocano intenso e prolungato dolore (Mills et al., 2007), riportato dall'84% delle persone assistite come estremo e violento (Macintyre et al., 2010). Il dolore procedurale tipicamente correlato al cambio medicazione è spesso sottostimato, non adeguatamente trattato, definito come il più intenso provato ed associato a ansia e distress (Bayat et al., 2010).

L'International Association for the Study of Pain (IASP, 1986) lo definisce sia sensoriale (intensità di dolore) che emozionale (qualsiasi negativa affezione secondaria al dolore o al distress, incluse ansia, paura o stress), componenti difficilmente distinguibili ma importanti, da tenere in considerazione e controllare (Lambert et al., 2013).

Le terapie farmacologiche sono la colonna portante per l'analgesia e la sedazione del dolore procedurale (Bayat et al., 2010) e il loro utilizzo è guidato da protocolli di trattamento (Mills et al., 2007) ma l'efficacia è limitata (Jefferies et al., 2014) poiché la risposta infiammatoria all'ustione è sistemica (Bayat et al., 2010) e l'uso ripetuto di oppioidi può portare a tolleranza e dipendenza fisica (Mills et al., 2007). Per una gestione efficace del dolore è raccomandato combinare le tecniche farmacologiche con le terapie non farmacologiche (Linee Guida RNAO, 2007), molto utili anche nei bambini soprattutto in termini di distrazione attiva (Lambert et al., 2013). Una di queste è la Realtà Virtuale (VR), nata nel 1996, dai ricercatori Hoffman e Patterson all'Harboreview Burn Center (Hoffman et al., 2004). È un metodo di distrazione elaborato a computer basato sulla "teoria del gate control" di Melzack e Wall e sull'attenzione selettiva umana di Slater e Wilbur (Hoffman et al., 2011). La VR crea un mondo 3D simulato che l'utente percepisce come comparabile a quello reale: l'attenzione viene guidata dal mondo reale, tramite stimoli multisensoriali (vista, udito, tatto), al mondo virtuale. La VR viene realizzata mediante una grafica elaborata a pc e appositi strumenti (data gloves, display HMD, mouse, joystick e cuffie) che permettono la ricezione degli stimoli e l'interazione con l'ambiente (Lambert et al., 2013). Il senso di presenza che si realizza pone la differenza tra VR e sistemi di distrazione passiva e videogame (Hoffman et al., 2008). Il metodo è raccomandato per la riduzione del dolore procedurale nelle ustioni (Macintyre et al., 2010, Evidenza di livello III) in associazione alla terapia farmacologica.

Ricevere l'adeguata analgesia e vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile è un diritto del cittadino (Legge 38/2010); come viene affermato nel Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009 e dal Tribunale dei Diritti del Malato (2005) è una responsabilità tanto del medico quanto dell'infermiere fornire cure e assistenza nel rispetto dei più recenti e validati standard di qualità. Questo articolo mira ad illustrare i principali vantaggi e limiti conosciuti sull'impiego della VR nei bambini ustionati.

La gestione del dolore nei bambini ustionati e realtà virtuale, alla ricerca delle evidenze

E' stata condotta una ricerca bibliografica per identificare, quali vantaggi siano correlati all'uso della Realtà Virtuale nel cambio della medicazione dei bambini ustionati. A tal fine sono stati interrogati alcune banche dati: TRIPDatabase, CINAHL, PubMed e Cochrane Library. I termini utilizzati nelle search strategies sono stati: burn child, VR, non pharmacologic pain management, virtual reality, pain, distraction, burn patients, Burn Units, virtual reality burn.

Gli studi selezionati ai fini di questo articolo sono 15: 1 revisione sistematica, 5 revisioni della letteratura, 4 RCT (randomized controller trial), 1 studio descrittivo esplorativo, 1 case report, 1 e-book, 1 opinione di esperti, 1 protocollo di studio. I partecipanti degli studi selezionati non presentano limiti di genere, cultura, etnia o nazionalità, ma solo il limite di età, trattenendo così solo i lavori riferiti all'età compresa tra 0 e 18 anni.

La realtà virtuale, un vantaggio?

E' da poco più di 10 anni che viene studiato l'utilizzo della VR in questo ambito. Nel 2000 Hoffman valuta la VR come metodo aggiuntivo di controllo del dolore in due adolescenti.

La distrazione utilizzata prevedeva, in ordine randomizzato, il trattamento sperimentale con VR e il tradizionale videogame Nintendo 64 come trattamento di controllo.

Il primo ragazzo è stato sottoposto a due medicazioni con analgesia farmacologica e distrazione, mentre il secondo, sottoposto da subito ad autoinnesto, è stato medicato solo una volta con metodo analogo. La valutazione (eseguita prima, durante e dopo la medicazione) ha riguardato il dolore, il senso di presenza e nausea mediante scala VAS e senso di illusione attraverso un'intervista. Valutando i punteggi ottenuti, con la scala analogico visiva (0-100 mm) la VR si è mostrata un metodo di analgesia non farmacologico più efficace rispetto al videogame in tutte le medicazioni sia nel primo che nel secondo adolescente: durante la prima medicazione del primo ragazzo ad esempio, il punteggio di dolore è diminuito di 80 mm per il peggior dolore, di 66 mm per il dolore medio e 80 mm per la componente affettiva del dolore rispetto ai valori riscontrati durante l'utilizzo del Nintendo. Risultati simili sono stati ottenuti anche in termini di ansia, senso di presenza e realismo e sono stati confermati dal secondo ragazzo.

Nel 2005 Das conduce un RCT per verificare l'efficacia della VR come supporto all'analgesia farmacologica nel dolore da ustione e i suoi effetti collaterali. Il campione di 9 bambini veniva sottoposto a medicazione: dopo aver effettuato una randomizzazione per decidere l'ordine di trattamento, metà procedura veniva effettuata sottoponendo i bambini a sola analgesia farmacologica mentre l'altra metà prevedeva l'utilizzo di sedazione e di VR. La valutazione è effettuata come nello studio precedente e tramite Wong Baker Scale sommate all'intervista a bambino, infermiere e genitore (i dati raccolti sono stati valutati in cieco da un esaminatore). Questo studio conferma l'efficacia della VR: il punteggio medio di dolore differiva di 3.2 cm ($p < 0.01$) a favore della VR rispetto alla condizione di controllo come confermato da staff e caregivers.

Nel 2007 Chan conduce a Taiwan uno studio descrittivo esplorativo al fine di esaminare l'utilizzabilità e l'efficacia della VR.

Il campione (8 bambini, età media 6.54 anni) è stato suddiviso in due gruppi. Stessi dosaggi di farmaci sono stati utilizzati in entrambe le sessioni e sono state coinvolte le stesse infermiere esperte. Il gruppo di sperimentazione è anche servito come proprio controllo. L'ordine di esecuzione dei trattamenti è stato deciso con randomizzazione: nel gruppo di controllo i bambini venivano prima medicati con la medicazione tradizionale e poi con quella sperimentale con VR e nel gruppo di intervento il contrario. La valutazione del dolore è stata effettuata come sopra e sono emersi risultati in accordo con gli studi precedenti. Nel 2008 Mott studia la AR (Realtà Aumentata) quale metodo aggiuntivo di analgesia e sedazione. Il campione di 40 bambini è stato randomizzato per il gruppo sperimentale con AR e gruppo di controllo con teorie cognitive, entrambi in associazione ad analgesia farmacologica. Le valutazioni seguono le indicazioni delle linee guida e sono simili a quelle effettuate dagli studi precedenti. Non è emersa una differenza statisticamente significativa tra gruppo di controllo e gruppo di studio con AR se non, a favore di quest'ultimo, nei casi in cui la medicazione superava i 30 min.

Morris pubblica nel 2009 una revisione sistematica, nella quale illustra le evidenze correnti riguardo l'efficacia della VR sommata ai farmaci per ridurre dolore e ansia nelle persone ustionate sottoposte a cambio medicazione e fisioterapia. Le fonti esaminate erano randomized controlled trial, controlled trials, case series, case studies e tre di questi riguardavano i già citati studi, relativi esclusivamente ai minori: il case report di Hoffman del 2000, l'RCT di Das del 2005, lo studio di Chan del 2007. Dai risultati della revisione, si evince che rimangono prove ambigue sulla riduzione dell'ansia ma che è un efficace metodo non farmacologico e non invasivo di analgesia, utile in associazione ai farmaci in tutte le età in quanto aumenta la compliance e gli outcomes funzionali.

Negli anni precedenti il 2010 e in questo stesso anno diversi autori (Sharar nel 2008, Mahrer e Tsao nel 2009, Bayat e Malloy nel 2010) hanno approfondito questo tema analizzando le evidenze disponibili in letteratura. In tutti questi articoli si conferma la validità della VR e della AR come supporto alla terapia farmacologica.

Nel 2012 Kipping et al., valutano con un RCT un campione di 41 adolescenti, Total Body Surface Area > 1%, che, a seguito di randomizzazione sono stati divisi in due gruppi: distrazione standard e VR off the shelf system, sommate a sedazione farmacologica. Gli outcomes sono stati valutati e registrati come da indicazioni della letteratura. Emerge che la OTSVR (off the shelf Virtual Reality), più disponibile della classica VR, mostra benefici che vale la pena di indagare ed è presente unitarietà da parte di genitori e infermieri nell'affermare la riduzione del dolore e dei tempi di trattamento negli adolescenti come affermato da questi ultimi con l'utilizzo del sistema VR; si tratta di dati statisticamente significativi. La dose aggiuntiva di analgesico è stata richiesta solo nel 15% dei casi a fronte del 43% del gruppo di controllo.

Nel 2014 Jeffs et al. effettuano un RCT in cieco comparando la VR alla distrazione passiva e alle cure standard nel trattamento delle ustioni negli adolescenti in termini di riduzione dell'ansia, desiderio di essere distratti e convinzione dell'efficacia. 28 adolescenti in trattamento ambulatoriale sono stati sottoposti alla medicazione e con randomizzazione divisi in 3 gruppi: cure standard, distrazione passiva (film) e VR. Le valutazioni sono state effettuate in cieco con strumenti e tempi indicati dalla letteratura. In media, il gruppo con VR ha sperimentato meno dolore rispetto a chi ha ricevuto distrazione passiva ($p = 0.029$) o cure standard ($p = 0.32$). Lo stesso gruppo con VR ha mostrato una diminuzione del dolore da quello riportato prima della procedura a quello durante la procedura. Credere nell'efficacia della distrazione e desiderio di riceverla non hanno statisticamente influenzato ansia e dolore a differenza del coinvolgimento.

Nonostante la mancanza di una esperienza totalmente immersiva e l'abilità dei partecipanti nel dirigere il loro sguardo fuori dal VE (virtual environment), i partecipanti hanno mostrato coinvolgimento e interazione.

Realtà virtuale e gestione del dolore, alcune riflessioni

I dati ottenuti attraverso la ricerca effettuata mostrano che la VR può portare un effettivo miglioramento nella gestione del dolore nei bambini sottoposti alla medicazione dell'ustione sommata all'analgesia farmacologica e può quindi essere una risorsa valida. È emersa efficacia nel rendere il bambino più collaborante, nel migliorarne le funzionalità motorie, nel ridurre la paura e, anche se più moderatamente, l'ansia anticipatoria. Spesso la VR riesce a controllare il dolore nel bambino, come dimostrato anche negli studi condotti sugli adulti e si mostra potenzialmente capace di ridurre il quantitativo di oppioidi necessari.

Interventi con particolari tipi di VR come la AR e la OTSVR rivelano risultati ugualmente positivi anche se più modesti in paragone ai metodi di distrazione standard. In tutti gli studi e le revisioni presentate sono presenti diversi bias correlati alla dimensione e alla tipologia di campione selezionato, oltre che alle modalità di conduzione degli studi. In nessuno studio sono state effettuate considerazioni nei risultati in base al genere e all'età, anche se alcuni trial mostrano fasce di popolazione selezionate all'interno di quella pediatrica (es. adolescenti). Inoltre bambini con problematiche psicologiche, psichiatriche e sensoriali sono stati esclusi nella maggior parte degli studi come, spesso, bambini con ustioni al volto e agli arti superiori se non presente equipaggiamento con tripode e display. Tutti gli studi prima di essere effettuati sono stati sottoposti al giudizio di comitati etici e al consenso informato da parte dei caregivers con la possibilità di ritirarsi in qualunque momento del trattamento. Le valutazioni sono state condotte secondo le indicazioni delle attuali linee guida, utilizzando interviste, questionari, e scale di valutazione, per consentire il confronto dei dati e strumenti differenti adatti all'età del bambino e, in alcuni casi la rilevazione dei parametri biomedici. La somministrazione dell'intervento, dei questionari, la valutazione dei risultati dovrebbero prevedere la massima oggettività e prevedere figure differenti di ricercatori, per la realizzazione in cieco.

Realtà virtuale e ricadute nella pratica

La distrazione con VR da quanto emerge in letteratura, appare efficace nel ridurre dolore procedurale e discomfort associato all'ustione; non sono riportati effetti collaterali e la sua efficacia sembra rimanere costante in somministrazioni ripetute.

D'altro canto, attualmente gli studi sulla VR nei bambini e negli adolescenti sono ancora pochi e negli ultimi anni è stato condotto il tentativo di studiare metodi meno complessi e costosi di VR (AR, OTSVR) e ampliati anche all'ambito ambulatoriale. È molto difficile reperire un valido numero di partecipanti agli studi così da produrre dati statisticamente significativi e generalizzabili; restano ancora aperte domande sul funzionamento della VR, sulla sua efficacia quando utilizzata singolarmente e sul livello di analgesia effettivamente prodotto considerata la poliedrica esperienza del dolore e quanto il sistema sanitario sia disposto a investire in relazione al livello di analgesia prodotto. Definire l'implementazione clinica del sistema VR come realistica è, ad oggi, ancora prematuro a causa dei costi, delle problematiche di hardware e software, tuttavia facilmente abbattibili considerata la rapida evoluzione nel campo dell'informatica e dell'elettronica. I risultati ottenuti sono fondamentali conferme della necessità di un approccio pluridimensionale al dolore e accrescono il corpo di teorie che mostrano l'efficacia di questo nuovo metodo. Dal punto di vista tecnico, gli infermieri non hanno riscontrato difficoltà se non correlate alle dimensioni dei primi prototipi di equipaggiamento utilizzati.

Un possibile impedimento potrebbe sembrare la difficoltà di comunicazione e a ottenere la cooperazione da parte del bambino durante la medicazione ma è stato invece dimostrato il contrario. Tra gli interrogativi aperti vi è quello sul controllo delle infezioni nosocomiali considerando che gli equipaggiamenti sono riutilizzabili e igienizzabili.

BIBLIOGRAFIA

- Bayat A., Ramaiah R., Bhananker S.M., (2010) *Analgesia and sedation for children undergoing burn wound care*. Expert Reviews Neurotherapeutics 10(11):1747-59.
- Chan E. A., Chung J. W. Y., Wong T. K. S., Lien A. S. Y., Yang J. Y., (2007) *Application of a virtual reality prototype for pain relief of pediatric burn in Taiwan*. Academic Journal. Journal of Clinical Nursing, 16 (4): 786-93.
- Das D. A., Grimmer D. A., Sparnon A. L., McRae S. E. and Bruce H Thomas B. H. (2005) *The efficacy of playing a virtual reality game in modulating pain for children with acute burn injuries: A randomized controlled trial*. [ISRCTN87413556]. BMC Pediatrics 2005, 5:1 doi:10.1186/1471-2431-5-1.
- Hoffman H. G., Doctor J. N., Patterson D. R., Carrougher G. J., Furness T. A., (2000) *Virtual reality as an adjunctive pain control during burn wound care in adolescent patients*. Pain. 85(1-2):305-9.
- Hoffman H. G., (2004) *Virtual-reality therapy*. Scientific American. 291(2):58-65.
- Hoffman H. G., Patterson D. R., Seibel E., Soltani M., Jewett-Leahy L., Sharar S. R., (2008) *Virtual reality pain control during burn wound debridement in the hydrotank*. Clinical Journal of Pain, 24 (4): 299-304.
- Hoffman H. G., Chambers G. T., Meyer W. J., Arceneaux L. L., Russell W. J., Seibel E. J., Richards T. L., Sharar S. R., Patterson D. R., (2011) *Virtual reality as an adjunctive non-pharmacologic analgesic for acute burn pain during medical procedures*. Annals of Behavioral Medicine 41(2):183-91.
- Jeffs D., Dorman D., Brown S., Files A., Graves T., Kirk E., Meredith-Neve S., Sanders J., White B., Swearingen C. J., (2014) *Effect of Virtual Reality on Adolescent Pain During Burn Wound Care*. Journal of Burn Care & Research. XXX:00-00.
- Kipping B., Rodger S., Miller K., Kimble R.M., (2012) *Virtual reality for acute pain reduction in adolescents undergoing burn wound care: a prospective randomized trial*. Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries, 38 (5) : 650- 657.
- Lambert V., Matthews A., Hicks P., Boran L., Devane D., (2013) *Virtual reality simulation for reducing pain in children*. The cochrane Library, John Wiley & Sons, Issue 8.
- Macyn tyre P. E, Scott D. A, Schung S. A., Visser E J., Walker S. M. (2010) *Acute pain management: scientific evidence* . National health and medical research council, 3rd edition.
- Mahrer N. E., Gold J. I., (2009) *The use of virtual reality for pain control: a review*. Current Pain and Headache Report. 13(2):100-9.
- Malloy K. M., Milling L. S., (2010) *The effectiveness of virtual reality distraction for pain reduction: a systematic review*. Clin Psychology Review. 30(8):1011-8.
- Mott J., Bucolo S., Cuttle L., Mill J., Hilder M., Miller K., Kimble R. M.,(2008) *The efficacy of an augmented virtual reality system to alleviate pain in children undergoing burns dressing changes : a randomized controlled trial*. Burns :Journal of the International Society for Burn Injuries, 34 : 803- 808.
- Morris L. D., Louw Q. A., Grimmer-Somers K., (2009) *The effectiveness of virtual reality on reducing pain and anxiety in burn injury patients: a systematic review*. Clinical Journal of Pain, 25 (9): 815-26.
- Sharar S. R., Miller W., Teeley A., Soltani M., Hoffman H. G., Jensen M. P., Patterson D. R., (2008) *Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients*. Expert Review of Neurotherapeutics. 8(11):1667-74.
- Tsao J. C. I., Lu Q., Zeltzer L. K., (2009) *Psychological and alternative approaches to pediatric pain*. In: Merrick J., Schofield P., Children and Pain, NY: Nova Science Publishers, capitolo 1.

Sitografia

- Centers for disease control and prevention. (2012) "Protect the ones you love. BURNS. Burns Safety: The Reality" <http://www.cdc.gov/safechild/burns/#reality> (24 luglio 2014).
- Comitato Centrale Federazione Nazionale Collegi Ipasvi "Codice deontologico dell'Infermiere" http://www.nursind.it/nursind2/uploads/codice_deontologico_2009.pdf (24 luglio 2014).
- Howell D., Beadle M., Brignell A., Deachman M., Lackenbauer H., Ladak S., Martin A., Muir J., Musclow S., Palozzi L., Preston S., Watt S., Watt-Watson J., Winter K., McConnel H., (2007) *Assessment and Management of Pain - Supplement*. Nursing Best Practice guideline. Registered Nurses' Association of Ontario. Traduzione a cura di Baratti R. http://www.evidencebasednursing.it/traduz_RNAO/Gestione_dolore_suppl.pdf (24 luglio 2014).
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010 <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/10038l.htm> (24 luglio 2014).

- Ministero della Salute. (2013) "Definire e valutare il dolore". http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3769&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia (24 luglio 2014).
- Mills S., Goudie C., Murray D., Jackson L., Jull A., Munnoch A., Steenson V., James F., Middlemiss K., Braddock C., Allan M., Ford C., Muller H., Kofoed R., Skiba L. (2007), Management of Burns and Scalds in Primary Care. Evidence-based best practice guideline. Revisione 2010, New Zeland Guidelines Group. Traduzione a cura di Rivolo M. http://www.evidencebasednursing.it/traduzioniLG/LG_NZ_Management_of_burn.pdf (29 febbraio 2014).
- Silvestro A., (2009), ACUTE CHRONIC PAIN NURSE: UNA NUOVA REALTA'. I Quaderni dell'Infermiere. <http://net203-141-050.mclink.it/pubblicazioni/archivioriviste/dettagliIndiceRivista.asp?IDRivista=113> (Luglio 2014).
- Tribunale dei diritti del malato. (2005) "Carta dei diritti sul dolore inutile" http://www.cittadinanzattiva.it/files/corporate/salute/carta_dei_diritti/carta_dei_diritti_sul_dolore_inutile.pdf (24 luglio 2014).



ESPERIENZE

L'umorismo nella pratica infermieristica: l'esperienza degli studenti

di *Tchuenteteuyim Guy Blondel (1)*, *Giuliana Masera (2)*

(1) *Infermiere*

(2) *Prof. a.c. - Università degli Studi di Parma*

Corrispondenza: giuliana.masera@unipr.it

L'umorismo è parte integrante della vita quotidiana ed una componente della cura e del trattamento dei pazienti nei sistemi della salute. Nella letteratura internazionale si trovano diversi studi che descrivono l'utilizzo dell'umorismo nell'esercizio della pratica quotidiana. Significativa una revisione di letteratura (Mc Credie et al, 2008) che evidenzia come vi sia una correlazione positiva fra umorismo e salute. Per quanto riguarda l'infermieristica si rileva in particolare una carenza di ricerche sull'umorismo, che dovrebbero invece essere implementate per avere maggiori dati a disposizione.

Anche le differenze culturali indagate in ambito formativo risultano significative nell'utilizzo dello humor: in uno studio di Chiang-Hanisko et al. (2009) si evidenzia come in alcuni corsi di laurea in infermieristica negli Stati Uniti si assegni maggiore importanza all'insegnamento teorico dell'umorismo senza sperimentare nella pratica clinica esercizi pratici legati all'atteggiamento umoristico.

Rilevante inoltre il ruolo dei case manager nella pratica umoristica. Una ricerca di Craig (2009) evidenzia come l'utilizzo di umorismo possa dispiegare atteggiamenti di fiducia in tempi brevi. L'articolo in particolare analizza gli interventi positivi con componente umoristica positiva e per contro come un utilizzo non appropriato di umorismo negativo possa generare situazioni imbarazzanti. Si evidenzia in particolare nell'articolo la necessità di aumentare la base teorica di conoscenza umoristica sanitaria per i case manager e incoraggiare il trasferimento delle conoscenze attraverso adeguati scambi umoristici.

Per quanto riguarda nello specifico la nostra indagine, è risultato particolarmente significativo un articolo di Astedt-Kurki et al. (1994), in cui si esamina il ruolo dell'umorismo nella pratica clinica infermieristica, indagando attraverso domande aperte che richiedevano da parte degli infermieri intervistati una descrizione dell'umorismo e della sua applicabilità nella pratica professionale.

Nell'articolo l'umorismo viene descritto dagli infermieri come una *joie de vivre* che si manifesta in interazione umana in forma di divertimento, giocosità e risate; l'umorismo costituisce un fattore significativo, sia per quanto riguarda il benessere del paziente, il coping, e anche per quanto riguarda l'interazione tra infermiere e paziente. Nel lavoro si sottolinea inoltre come l'umorismo permetta una maggiore soddisfazione sul lavoro e una migliore motivazione. La ricerca conclude sottolineando come l'umorismo dovrebbe essere continuato e intensificato nella vita quotidiana e in particolare nelle cure infermieristiche.

Studenti di infermieristica e pratica dell'umorismo

Ci siamo ripromessi di valutare le conoscenze che gli studenti del terzo anno del corso di laurea in Infermieristica di Parma possiedono circa l'umorismo, indagando se nel loro apprendimento clinico hanno sperimentato atteggiamenti e situazioni umoristiche che hanno condotto a risoluzioni positive.

La rilevazione dei dati è stata effettuata utilizzando un'intervista semistrutturata a studenti iscritti al III anno del CdL in Infermieristica.

Le risposte degli intervistati hanno toccato tre differenti aspetti inerenti l'umorismo e la sua rilevanza o meno nella professione infermieristica:

- l'umorismo nel rapporto tra colleghi;
- l'effetto che un atteggiamento umoristico determina nella relazione con l'assistito;
- atteggiamenti umoristici riscontrati nelle proprie esperienze lavorative/di tirocinio.

Rispetto all'utilizzo dell'umorismo nelle relazioni tra colleghi, gli intervistati sono concordi nell'affermare che quest'ultimo aiuta a creare un ambiente lavorativo sereno e disteso, alleggerendo la tensione (tanto tra colleghi, quanto tra paziente e infermiere) che inevitabilmente si crea in contesti lavorativi in cui si opera a stretto contatto con la malattia e la sofferenza. *“L'umorismo tra colleghi è importante perché aiuta a sopportare il pesante stress del lavoro quotidiano e a rompere la routine lavorativa, oltre a creare un ambiente di maggior empatia tra colleghi”.*

Rispetto all'utilizzo dell'umorismo nelle relazioni tra sanitario ed assistito, gli intervistati affermano che questo influisce positivamente in quanto crea un clima di maggiore confidenza e distensione, grazie al quale l'assistito prova un maggiore senso di sicurezza e tranquillità nell'affrontare la malattia. *“Tra personale sanitario e paziente sicuramente l'umorismo rappresenta un modo per sdrammatizzare le sensazioni, per ottenere maggiore fiducia da parte del paziente, anche per diffondere il buon umore, requisito fondamentale per una più facile e migliore guarigione”.*

La maggioranza asserisce, significativamente, che l'umorismo è centrale nell'instaurazione di un rapporto di fiducia (termine particolarmente significativo, poiché emerge in diverse interviste) tra paziente e sanitario. Questo fattore rende anche il lavoro dell'infermiere stesso più utile ed efficace nella cura della patologia: il paziente, infatti, diviene più collaborativo e più disteso nelle varie pratiche di cura che il professionista deve compiere.

Molti intervistati sono però concordi nell'affermare che l'utilizzo dell'umorismo non può essere indiscriminato, piuttosto si deve valutare accuratamente in che situazioni impostare una relazione improntata sull'umorismo, tanto nelle relazioni con i colleghi quanto in quelle con i pazienti. *“L'umorismo andrebbe sempre unito al rispetto per il dramma della malattia, senza abusarne, dopo aver valutato le emotività del soggetto in questione (...). Penso che vada usato con grande attenzione e possa essere inopportuno nella comunicazione di una diagnosi, per esempio, quindi scegliere i momenti in cui ci si può permettere di usarlo”.*

È infatti fondamentale che l'infermiere mantenga sempre e comunque la sua professionalità e serietà in ogni contesto e che rimanga sempre consapevole di quelli che sono i suoi doveri professionali.

Le esperienze degli intervistati inerenti l'utilizzo dell'umorismo sono molto eterogenee e difficilmente catalogabili in modelli.

Dalla Pediatria, alla Chirurgia, all'Oncologia, dall'Ortopedia alla Psichiatria, dalla Nefrologia alla Sala Operatoria, sono svariate le situazioni in cui gli intervistati hanno fatto esperienza sul campo dell'utilizzo di un atteggiamento umoristico nelle relazioni interpersonali e, in generale, è stato riscontrato un effetto decisamente positivo a livello umano e professionale tanto tra colleghi quanto tra pazienti. Gli stessi intervistati ammettono infatti di aver appreso non solo più piacevolmente a livello qualitativo, ma anche maggiormente a livello quantitativo, in ambienti lavorativi sereni e distesi, in cui si valorizzava un rapporto improntato sull'utilizzo dell'umorismo. *“La frase che preferisco dire ai miei pazienti anziani quando vengono in ambulatorio e sono preoccupata per un esame non nei parametri di normalità è: “Quando si diventa grandi bisogna un po' accontentarsi di quello che si trova”. Alla parola “grandi” gli anziani spesso sorridono e dimenticano la tensione e la preoccupazione legate all'esame”.*

Conclusioni

L'umorismo e l'autoironia costituiscono una importante quanto inesplorata risorsa per promuovere il benessere emotivo e relazionale, oltre che un significativo potenziale per affrontare le situazioni critiche dell'esistenza (Bruzzone, 2012).

Numerosi studi e convegni nella realtà italiana stanno sviluppando con sempre maggior incisività queste tematiche anche in ambito formativo. Significativo è il lavoro dell'associazione Gruppo Logoumoristi dell'A.L.Æ.F (“i-GLU”), composto da psicologi, psicoterapeuti e pedagogisti studiosi di logoterapia e di umorismo e appartenenti all'Associazione di Logoterapia e Analisi Esistenziale Frankliana.

I professionisti di questa associazione organizzano corsi, seminari e incontri rivolti a medici, infermieri psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, insegnanti, educatori, manager, religiosi e a tutti coloro che desiderino approfondire il senso e la valenza dell'umorismo come strumento di crescita orientato al mondo dei valori e dei significati. In questo elaborato si è cercato di chiarire meglio il termine umorismo e l'utilizzo di questo atteggiamento soprattutto nelle situazioni di conflittualità relazionali. Si è posta l'attenzione in particolare all'utilizzo dell'umorismo nella pratica infermieristica.

L'umorismo può aiutare le persone ad affrontare meglio la malattia e a dare sicurezza al paziente, favorendo un clima di fiducia e predisponendo il personale sanitario ed il paziente all'empatia, facilitando così la comunicazione.

BIBLIOGRAFIA

- McCreaddie M. & Wiggins S. The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing* 2008 61(6), 584–595.
- Chiang-Hanisko L. Adamie K. Chun Chiang L. Cultural Differences in Therapeutic Humor in Nursing Education *Journal of Nursing Research* 2009 17(1).
- Craig K. Hitch up your humor suspenders, case managers. *Prof Case Manag* 2009 Jan-Feb;14(1):18-29.
- Astedt-Kurki P. Liukkonen A. Humour in nursing care, *Journal of Advanced Nursing* 1994 Jul;20(1):183-8.
- Bruzzone D. Viktor Frankl. Fondamenti psicopedagogici dell'analisi esistenziale. Roma: Carocci; 2012.

ESPERIENZE

La gestione infermieristica del dolore nei codici bianchi e verdi in Pronto Soccorso: indagine conoscitiva e proposta di un percorso integrato

di *Erica Giroto (1), Marco Barin (2), Federico Trevisan (2), Ilenia Munerato (6), Barbara Busato (3), Maria Donatella Rizzo (3), Marzia Brasola (4), Elisa Varotto (5)*

(1) *Responsabile Area Sviluppo Professionale e Ricerca, Direzione Professioni Sanitarie Azienda Ulss 18 - Ospedale S.M. Misericordia di Rovigo*

(2) *Infermiere Pronto Soccorso Rovigo, Azienda Ulss 18 - Ospedale S.M. Misericordia, Rovigo*

(3) *Infermiere Unità Terapia Intensiva Coronaria Ospedale S.M. Misericordia di Rovigo*

(4) *Infermiere Semi Intensiva Ospedale Trecenta Azienda Ulss 18 di Rovigo*

(5) *Logopedista Azienda Ulss 18, Ospedale S.M. Misericordia di Rovigo*

(6) *Infermiera*

Corrispondenza: girotto.ERICA@azisanrovigo.it

La letteratura internazionale dimostra che molti pazienti afferenti al Pronto Soccorso lamentano dolore da moderato a grave, di diversa natura, e non ricevono un adeguato trattamento analgesico. Il 49% dei pazienti che accusano dolore moderato alla dimissione riferisce dolore persistente, e solo alla metà di questi è prescritto un analgesico. Il 75% dei pazienti con dolore riceve analgesici e il 30% di questi alla dimissione riferisce persistenza di dolore grave (Rupp, Delaney, 2004; Stalnikowicz et al., 2005; Decosterd et al., 2007).

Il tempo medio di attesa per un paziente che accede al Pronto Soccorso lamentando dolore acuto come problema principale è di 58 minuti (Guru, Dubinsky, 2000). In Pronto Soccorso la tempestività della valutazione e il trattamento del dolore sono ostacolati dai lunghi tempi di attesa, soprattutto se si tratta di codici a bassa priorità assistenziale. Tempi di attesa che derivano principalmente dal numero di utenti che necessitano di assistenza e prestazioni sanitarie.

I ripetuti sovraccollamenti dei Pronto Soccorsi italiani possono essere imputabili a cause quali: tempi di attesa troppo lunghi per ottenere visite specialistiche ambulatoriali o esami diagnostici, incremento della popolazione non inserita nel Servizio Sanitario Nazionale (immigrati), riduzione del numero di Pronto Soccorsi, scarsa fiducia verso il medico di medicina generale, evoluzione organizzativa del Pronto Soccorso a vera e propria Unità di Diagnosi e Cura (Fosnocht, 2004).

Negli anni Ottanta, per cercare di migliorare la gestione dei pazienti è stato introdotto in Italia il triage, che attraverso l'attribuzione di codici di priorità permette una valutazione rapida del bisogno a cui adeguare tempi, mezzi e modalità di intervento. Tuttavia il problema della gestione del dolore ancora oggi non trova una soluzione che permetta di ridurre significativamente i lunghi tempi d'attesa che si generano per gli utenti afferenti al Pronto Soccorso, tempi che una persona che prova dolore (stimata in circa il 70-80% degli accessi) è costretta a sostenere per l'alleviamento del sintomo (Guru, Dubinsky, 2000).

La letteratura riporta che in circa il 40% dei pazienti che accede al Pronto Soccorso il dolore non viene trattato in modo adeguato ed efficace: ciò è indice della sussistenza di numerose barriere per la gestione del dolore (Fosnocht, 2004), di seguito descritte (Wheeler et al., 2010; Motov, Khan, 2009; Bergman, 2012):

- barriere derivanti dal Sistema Sanitario. Il costante sovraffollamento del Pronto Soccorso è una delle ragioni di inadeguata analgesia: in caso di numerosi accessi, il personale viene assorbito maggiormente dalla gestione dei pazienti vulnerabili, che non possono provvedere alla propria cura, di conseguenza risulta probabilmente meno attento e sensibile alla sintomatologia dolorosa. Spesso, inoltre, gli operatori sanitari dei dipartimenti di emergenza operano in un clima di carenza di personale, con aumento del carico di lavoro;
- barriere derivanti dagli operatori. Le scarse conoscenze degli infermieri riguardo al dolore e alla sua gestione sono ampiamente riconosciute in letteratura come contribuente dell'oligoanalgesia. Erroneamente l'équipe tende a dare più importanza alle proprie opinioni che al self-report del paziente, e a valutare con frequenze troppo basse il sintomo. L'oppiofobia è un'ulteriore causa di inadeguata gestione del sintomo, perché la paura di creare dipendenza nell'utente porta a non sedare il dolore. Spesso i medici, nel timore che l'analgesia mascheri i segni e sintomi per la diagnosi, rifiutano un trattamento oppiaceo prima di un intervento chirurgico, lasciando quindi un dolore non controllato nel paziente. Ci sono inoltre evidenze che suggeriscono che gli infermieri, nella cura dei pazienti, prediligono il trattamento dei problemi fisici conferendo minore priorità al trattamento del dolore;
- barriere derivanti dai pazienti. Molti di questi credono che soffrire sia nobile o inevitabilmente collegato alla propria malattia e che i buoni pazienti non si lamentano del dolore, oppure temono conseguenze quali danni al sistema immunitario o lo sviluppo di tolleranza. Sopportano il dolore anche per fatalismo, o per paura di distogliere l'attenzione dei medici dalla cura della malattia sottostante.

Di conseguenza si rende sempre più indispensabile rispondere alle esigenze dell'utente con dolore attraverso un percorso che sia efficace, ottimizzando le risorse a disposizione. In uno studio condotto nel 2007 (Fosnocht, Swanson) si è cercato di valutare l'efficacia di un protocollo antalgico attuato al triage per migliorare il tempo di somministrazione e la frequenza di analgesia per lesioni muscolo-scheletriche in Pronto Soccorso. L'applicazione del protocollo ha portato a una riduzione del tempo di somministrazione da 76 minuti a 40 minuti ed il numero dei pazienti che hanno ricevuto l'analgesia è aumentato da 45% a 70% (Fosnocht, Swanson, 2007).

Il dolore rappresenta la più frequente motivazione di accesso al Pronto Soccorso, per questo un'accurata valutazione e un tempestivo trattamento costituiscono uno dei principali obiettivi, realizzabili solo se la gestione viene attuata tramite comportamenti condivisi da tutto il personale sanitario. Lo sviluppo di protocolli di analgesia permette di migliorare la gestione del dolore: in tali protocolli viene centralizzato e responsabilizzato il ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore (Guidotti, 2013; Fortini et al., 2008; Azienda Ulss Modena, 2009).

Il nostro percorso

Presso il Pronto Soccorso dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo, nel periodo 01/05/2013 - 30/06/2013, è stata condotta un'indagine mirata per rilevare le modalità di gestione del dolore, i tempi di attesa per gli utenti con codici bianchi e verdi prima di ricevere la terapia e i principali trattamenti erogati.

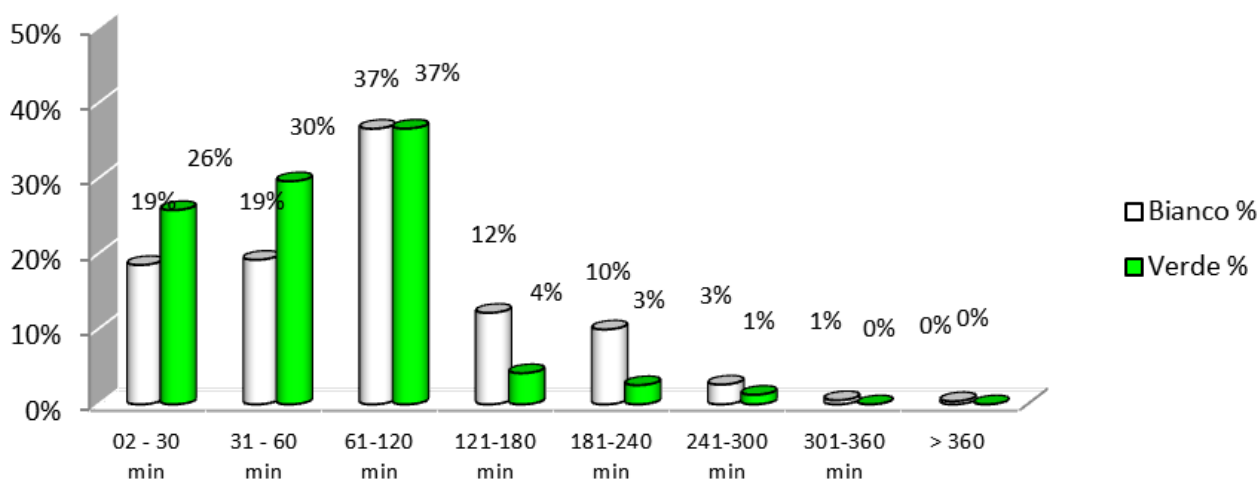
Si sono studiati tutti i pazienti con dolore (1038) afferenti al Pronto Soccorso del presidio ospedaliero di Rovigo con codici a bassa intensità assistenziale (bianco e verde). I dati sono stati ricercati consultando la cartella clinica cartacea e informatizzata di ciascun paziente, in particolare valutando: diagnosi e codice colore d'ingresso attribuiti al triage, età superiore a 15 anni, tempi di attesa prima della somministrazione di un antidolorifico, presenza in cartella della scheda di valutazione del dolore e frequenza delle rilevazioni, tipo di trattamento eseguito e modalità di somministrazione, esito del trattamento.

E' stato successivamente elaborato e implementato un protocollo condiviso (medico – infermiere) per la gestione infermieristica del dolore negli utenti con codici bianchi e verdi, con lo scopo di ridurre i tempi di attesa e garantire maggior efficacia del trattamento. Sono stati previsti anche incontri formativi con il personale infermieristico con presentazione e discussione del protocollo elaborato, al fine di promuoverne l'utilizzo corretto. Il protocollo è in uso dal mese di settembre 2013.

Il trattamento del dolore nel nostro Pronto Soccorso

Il trattamento del dolore prevede prevalentemente l'utilizzo di FANS: diclofenac (20%), ketorolac (19%), indometacina (7%) e ketoprofene (8%). Gli oppioidi vengono prescritti e somministrati con minor frequenza, il tramadolo nel 2% dei casi, il paracetamolo-codeina nel 13%. Il paracetamolo è utilizzato nel 14% dei casi e il tiocolchicoside nel 10%. Il Betametasona fosfato disodico nell'1%, nel 5% dei pazienti viene somministrato freddo.

Figura 1 - Tempi di attesa codici bianchi e verdi
Classi tempi di attesa



La via di somministrazione maggiormente usata è l'intramuscolare (52%), con frequenze quasi uguali vengono scelte le via orale ed endovenosa (rispettivamente 23% e 20%). La crioterapia è applicata nel 5% dei pazienti.

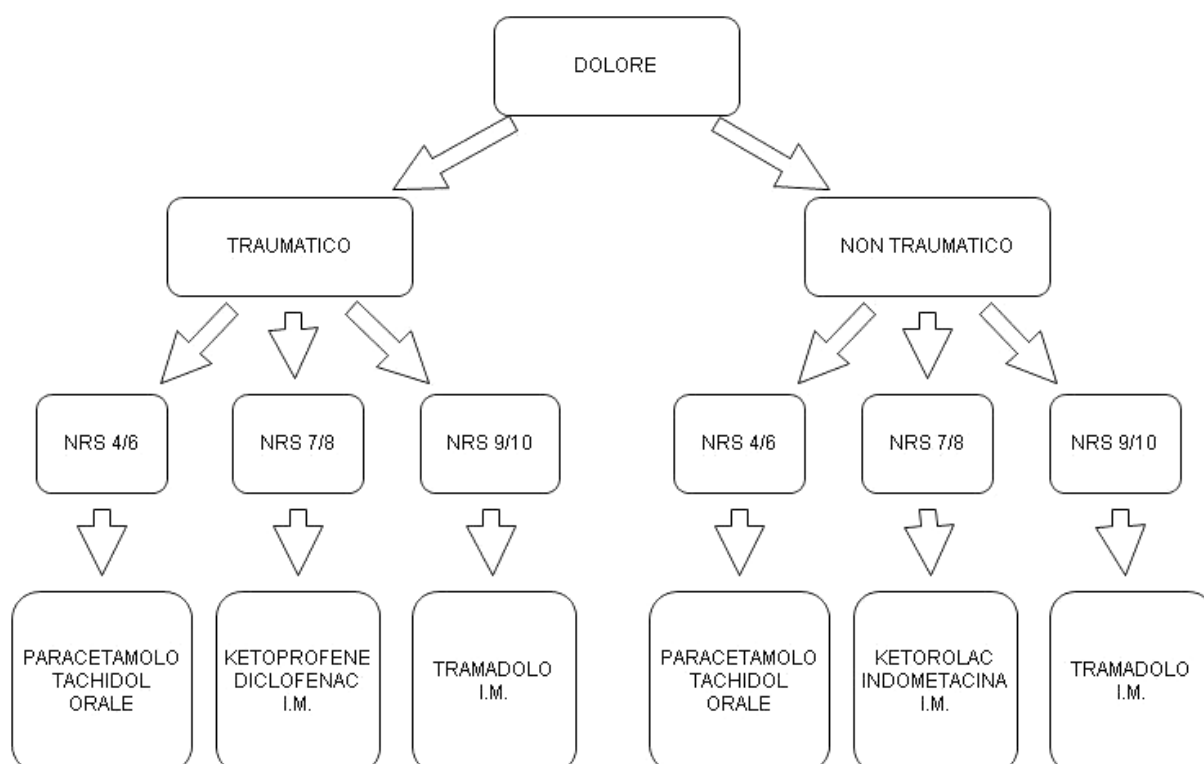
La sintomatologia dolorosa è stata valutata due volte in 260 pazienti (25%): la prima volta all'accettazione in Pronto Soccorso e la seconda durante la visita medica prima di somministrare l'antidolorifico; non sono stati condotti controlli dopo il trattamento. In 765 pazienti (73,7%) è stata valutata tre volte. Per 4 pazienti viene fatto un controllo del dolore anche prima della dimissione. Il numero di rilevazioni viene riportato con l'orario in cartella clinica, indicando se il medico decide o meno di somministrare qualche trattamento. I controlli non vengono eseguiti sistematicamente e a intervalli regolari per tutti i pazienti.

Per i pazienti con dolore non traumatico vengono effettuate 2 rilevazioni (18,54 %), viene somministrato antidolorifico e dimesso il paziente prima di verificare l'efficacia del farmaco, si rileva la presenza di dolore solo al triage e durante la visita medica, poi i pazienti vengono dimessi. Per quanto riguarda il dolore traumatico nel 59,42% dei casi viene rilevata la presenza del sintomo 3 volte, quindi all'arrivo in Pronto Soccorso, durante la visita e dopo somministrazione del farmaco.

In base ai dati raccolti, è stato elaborato e implementato un protocollo condiviso dal personale medico e infermieristico per la gestione del dolore, nel quale l'infermiere di triage rileva l'assunzione di terapia antidolorifica nelle due ore precedenti all'arrivo in Pronto Soccorso riportando la posologia. A seguire l'infermiere rileva il livello di dolore con scala NRS (*Numerical Rating Scale*) (Bijur, 2003; Azienda Ulss Modena, 2009), annotando eventuali allergie a farmaci, e successivamente effettua una valutazione della presenza dei criteri di esclusione dal trattamento secondo il protocollo: nausea e/o vomito; disfagia; abuso etilico e/o di sostanze esogene; stato comatoso; assunzione di terapia ad azione sul Sistema Nervoso Centrale; trauma cranico; allergie, ipersensibilità a farmaci; gravidanza, allattamento; grave insufficienza epatica e/o renale; dolore addominale e/o toracico di natura non traumatica.

A seconda della natura traumatica o non traumatica del dolore e del grado di intensità, sono stati prestabiliti un massimo di due farmaci che possono essere somministrati dall'infermiere seguendo il protocollo, come rappresentato dalla **Figura 2**.

Figura 2 - Terapia farmacologica prevista dal protocollo



Risultati

Dai dati raccolti emerge che per i codici a bassa priorità assistenziale il tempo di attesa più frequente, prima della visita medica, è tra i 60-120 minuti; tuttavia più della metà dei codici verdi (56%) riesce ad essere visitato prima dei 60 minuti, l'8% dei verdi attende più di 2 ore, nessun verde attende più di 5 ore; mentre per i bianchi solo il 38% è visitato prima di 60 minuti e circa il 16% viene visto dal medico dopo le due ore, 7 pazienti sono visitati dopo le 5 ore.

Il 39% di questi pazienti è dimesso con codice verde, il 60% con codice bianco; la percentuale di abbandono è pari al 9%. La diagnosi più frequente è il trauma minore (65,9%), le diagnosi che rientrano nella categoria dolore non traumatico hanno frequenze abbastanza uniformi, tranne il dolore muscolo scheletrico e la cefalea, che si presentano più frequentemente delle altre con rispettivamente il 17,1% e 7,2%. I trattamenti farmacologici quindi sono diversificati a seconda della natura traumatica o non traumatica e della sintomatologia dolorosa. Non viene utilizzata alcuna scala validata per la misurazione del dolore e spesso il paziente è dimesso subito dopo la somministrazione di un trattamento antidolorifico, senza valutare l'efficacia del trattamento.

Questo dato ha fatto riflettere sul mancato utilizzo, in questo contesto operativo, di uno strumento adeguato di gestione del dolore, che consenta non solo di misurare il sintomo in partenza, ma anche di valutare l'efficacia del trattamento.

Da qui l'elaborazione e l'implementazione del protocollo condiviso che prevede l'utilizzo di una scala validata (NRS) e di indicazioni specifiche per la somministrazione della terapia. Il tempo previsto per il completamento della scheda e la somministrazione dei farmaci è di 10 minuti, più le rilevazioni del dolore che verranno eseguite dopo un intervallo di 30 minuti e di 1 ora, e che per essere realizzate non richiedono più di 1 minuto.

E' stato di fondamentale importanza il coinvolgimento di tutto il personale del servizio, il quale, attraverso incontri formativi di condivisione del protocollo, ha acquisito le conoscenze e competenze necessarie all'applicazione del protocollo stesso.

Periodicamente il personale si incontra per discutere sulle criticità incontrate. Il periodo di prova previsto per l'implementazione dello strumento è di 6 mesi.

Al termine della fase di sperimentazione verrà effettuata una verifica attraverso i seguenti indicatori:

- numero di NRS compilate per la valutazione del dolore;
- numero di somministrazioni di trattamenti antalgici effettuati dall'infermiere secondo protocollo;
- tempi di attesa medi prima di ricevere l'antidolorifico;
- numero di rilevazioni del dolore eseguite dopo la somministrazione del trattamento antalgico e numero di pazienti che dichiarano dolore alleviato o ridotto;
- grado di soddisfazione del paziente e livello di qualità percepita.

Conclusioni

Dalla letteratura emerge che il dolore è la principale causa di accesso al Pronto Soccorso per i codici a bassa intensità assistenziale, e che esso è spesso sottostimato e sottotrattato. Questa indagine ha dimostrato che nel nostro Pronto Soccorso non era presente un programma per una gestione adeguata, tempestiva e sistematica di tutti gli utenti con dolore che afferiscono con codici a bassa priorità assistenziale. I tempi di attesa prima della somministrazione di antidolorifico risultano spesso troppo elevati e la mancata tempestività del trattamento peggiora la sintomatologia dolorosa, rendendone più difficile la scomparsa e/o l'alleviamento.

Si presenta quindi la necessità di assicurare che gli utenti con dolore e con codici bianchi e verdi siano regolarmente sottoposti alla misurazione del dolore, e che gli interventi per garantirne la scomparsa siano tempestivamente attuati.

La scelta di elaborare un Protocollo è fortemente supportata dalle letteratura che lo individua, insieme a Procedure e Linee Guida, tra gli strumenti validati per una gestione del problema uniforme e standardizzata e condivisa tra i diversi professionisti.

BIBLIOGRAFIA

- Azienda Ulss Modena (2009) Procedura: "Gestione infermieristica preospedaliera del paziente con dolore severo-moderato. Modello di Accredimento della Regione Emilia Romagna" u.c. 07/05/2015, disponibile all'indirizzo https://areanursing.files.wordpress.com/2015/02/co-118-modena-soccorso_gestione-infermieristica-preospedaliera-del-paziente-con-dolore-severo-moderato.pdf.
- Bergman CL. (2012) Emergency nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' pain. *J Emerg Nurs*, 38(3):218-25.
- Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. (2003) Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Acad Emerg Med*, 10(4):390-2.
- Decosterd I, Hugli O, Tamchè E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, Yersin B, Buclin T. (2007) Oligoanalgesia in the emergency department: short- term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med*, 50(4):462-71.
- Fortini A, Breschi A, Vergara A, Vinci Z, Arena (2008) L. Gestione del dolore acuto in pronto soccorso. *Medicina Italia*;(2):1-4.
- Fosnocht DE, Heaps ND, Swanson ER. (2004) Patient expectations for pain relief in the ED. *Am J Emerg Med*, 22(4):286-8.
- Fosnocht DE, Swanson ER. (2007) Use of a triage pain protocol in the ED. *Am J Emerg Med*, 25(7):791-3.
- Guidotti G, Gelati L, Scacchetti D, Cavicchioli L, Bandiera G. (2013) Trattamento precoce del dolore in triage da parte dell'infermiere: esperienza dal Pronto Soccorso dell'Ospedale NOCSAE di Modena, *Italian Journal of Emergency Medicine*; 6: 20-28.
- Guru V., Dubinsky I. (2000). The patient vs. caregiver perception if acute pain in the emergency department. *J Emerg Med*, 18 (1): 7-12.
- Motov SM, Khan AN. (2009) Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res*, 2: 5-11.
- Rupp T, Delaney KA. (2004) Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med*, 43(4):494-503.
- Stalnikowicz R, Mahamid R, Kaspi S, Brezis M. (2005) Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *Int J Qual Health Care*, 17(2):173-6.
- Wheeler E, Hardie T, Klemm P, Akanji I, Schonewolf E, Scott J, Sterling B. (2010) Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Manag Nurs*, 11(2):108-14.



ESPERIENZE

L'assistenza infermieristica al paziente immigrato: l'esperienza di un'azienda ospedaliera campana

di *Margherita Ascione (1), Chiara Sepe (2)*

(1) Infermiera Unità Operativa Materno Infantile Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

(2) Infermiera Unità Operativa di Cardiologia Riabilitativa, A.O.R.N. "A. Cardarelli" Napoli

Corrispondenza: megghi65@yahoo.it

Introduzione

Nella società attuale la presenza elevata di persone appartenenti ad etnie e culture diverse ha determinato un profondo cambiamento socio-culturale. Salute e cultura sono la stessa realtà, non si può parlare di salute fuori dall'ambito delle proprie capacità culturali e umane. (Morrone, 1995). Partendo da queste considerazioni abbiamo voluto analizzare le conoscenze, l'esperienza, le difficoltà degli infermieri nell'assistenza ai pazienti immigrati all'interno della nostra struttura, l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N) "A. Cardarelli". I pazienti stranieri assistiti nel 2012, anno cui si riferisce la nostra analisi, sono stati circa 500.

L'indagine

L'indagine, condotta nel mese di dicembre 2012, ha coinvolto 98 infermieri in servizio a tempo indeterminato, 34 dell'UO Medicina d'Urgenza e 64 dell'UO di Pronto Soccorso. Per raccogliere le informazioni oggetto dell'indagine è stato somministrato un questionario costituito da 11 item, 10 a risposta multipla, 1 a risposta aperta.

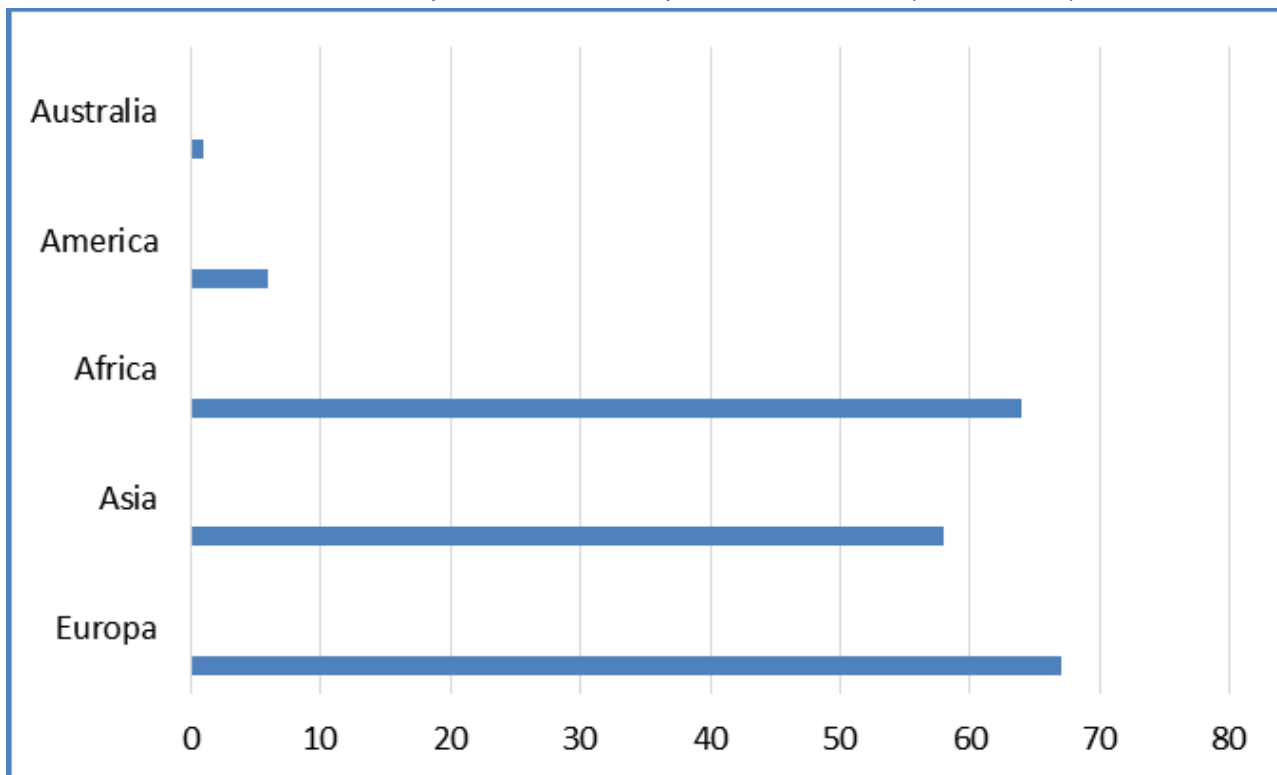
I risultati

I questionari restituiti sono stati 89 (91%). L'età media degli infermieri, 47 femmine e 42 maschi, è risultata di 42,7 anni. La maggior parte degli infermieri (73) possiede il diploma di scuola regionale.

L'esperienza professionale del 70% dei professionisti che hanno aderito all'indagine varia da 11 a 20 anni. Nessuno ha avuto esperienze lavorative all'estero.

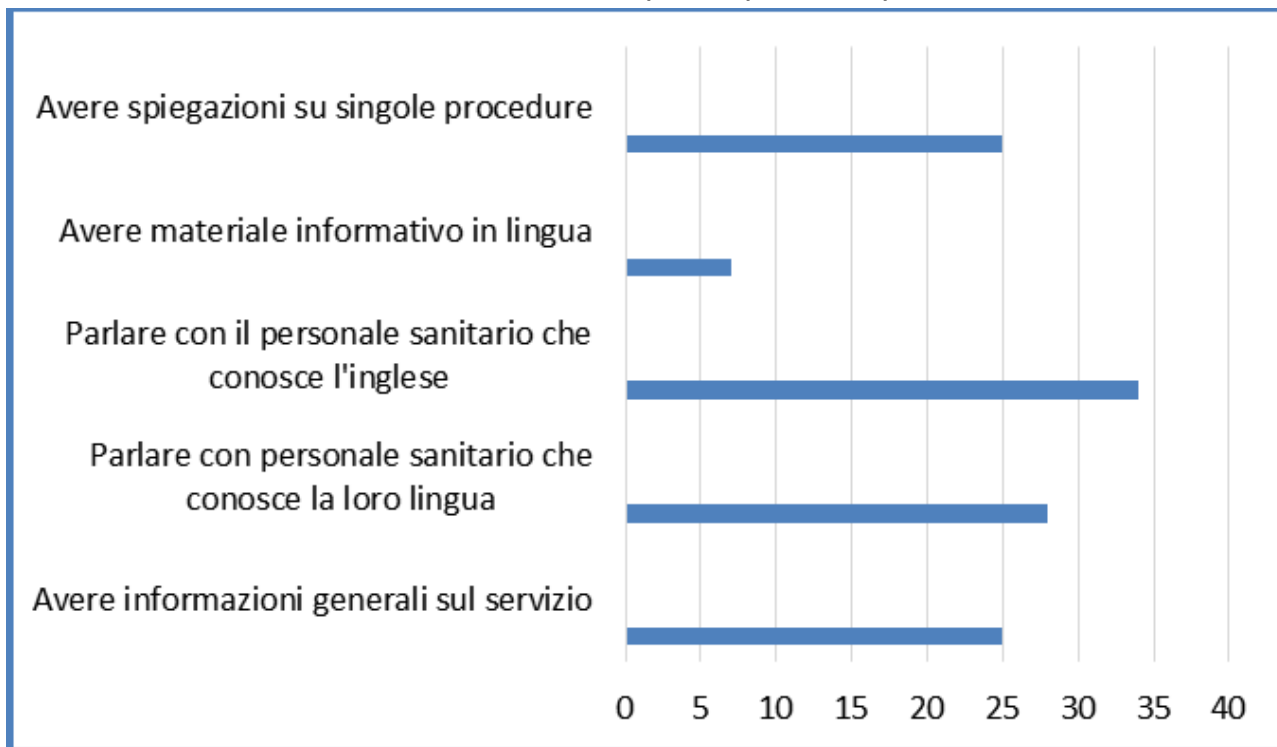
La maggior parte dei pazienti stranieri che hanno avuto accesso alla struttura era di origine europea (**Grafico 1**).

Grafico 1 - La provenienza dei pazienti stranieri (anno 2012)

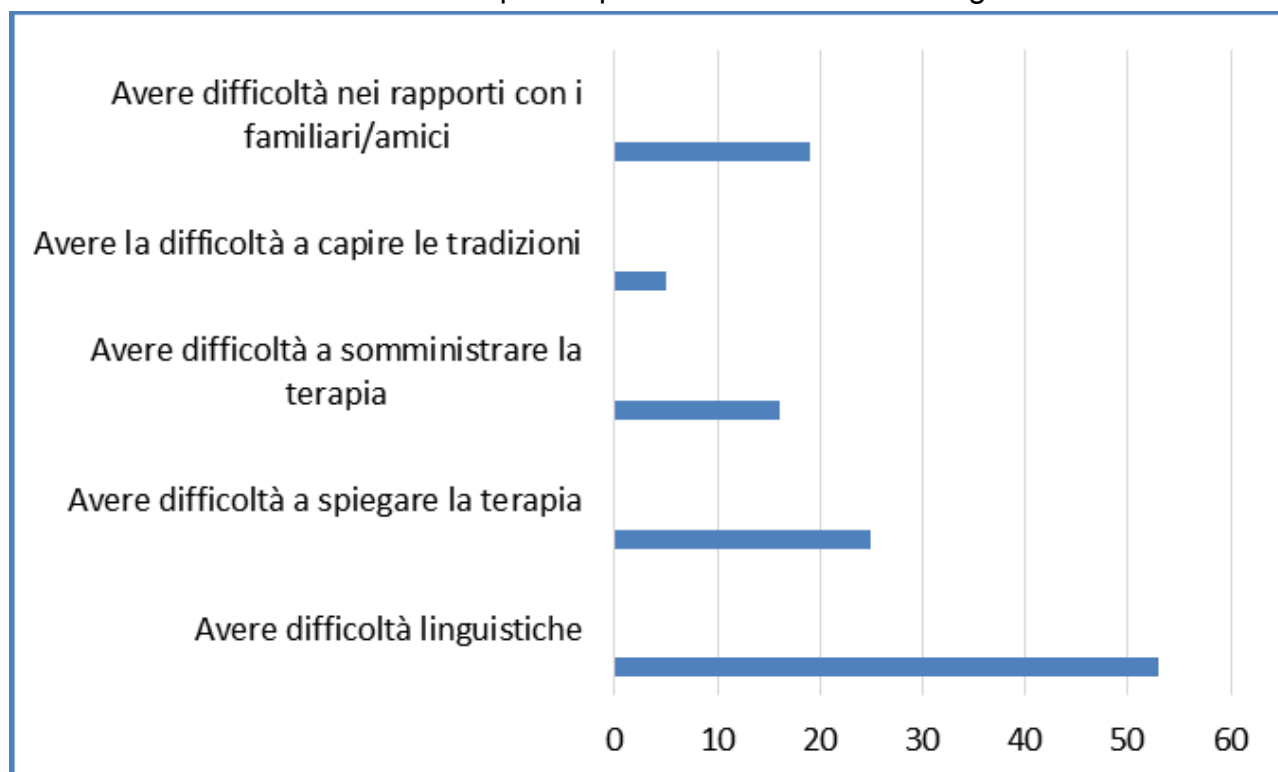


Le richieste più frequenti fatte dai pazienti agli infermieri hanno riguardato la possibilità di comunicare con operatori con una buona conoscenza della lingua inglese, operatori con una buona conoscenza della lingua originale del paziente, la disponibilità di informazioni sul SSN e sulle singole procedure (**Grafico 2**).

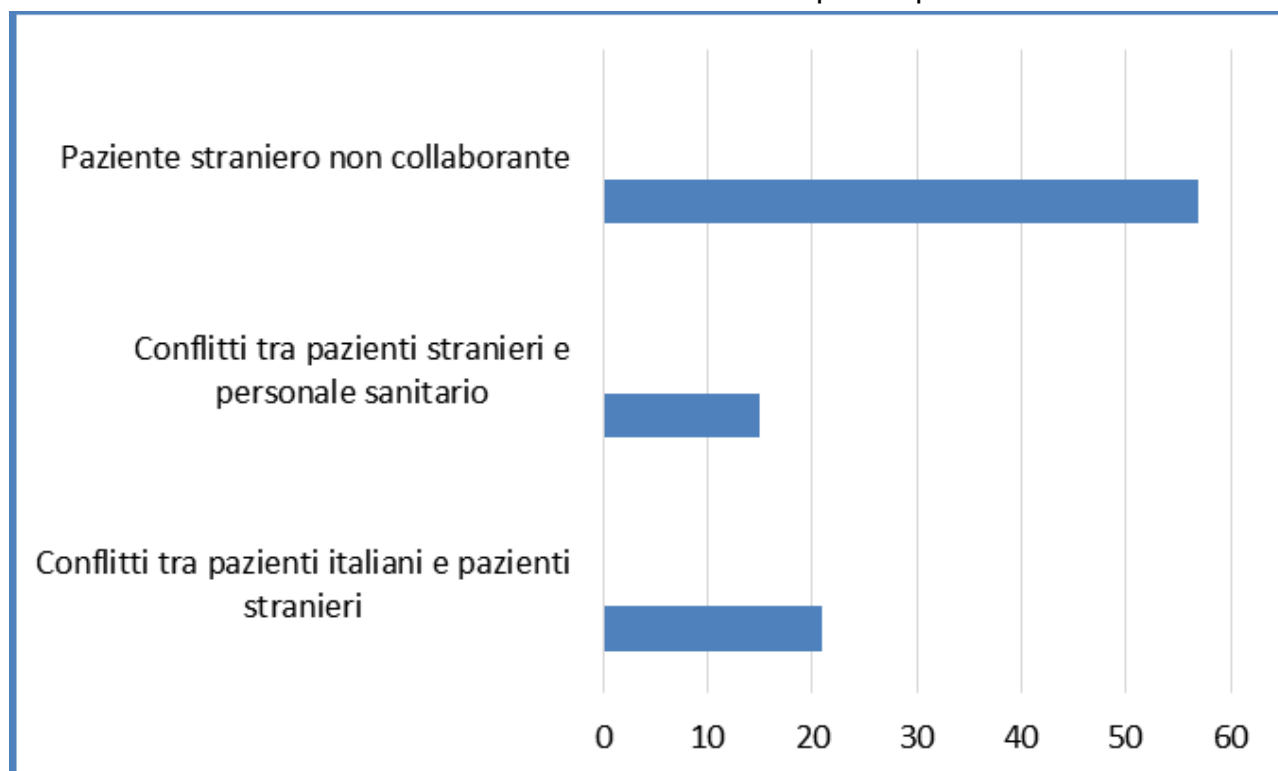
Grafico 2 - Le richieste più frequenti dei pazienti



Le maggiori difficoltà incontrate dagli infermieri sono state quelle linguistiche (**Grafico 3**).

Grafico 3 - Le difficoltà più frequentemente incontrate dagli infermieri

Le situazioni conflittuali registrate hanno visto coinvolti sia gli infermieri con i pazienti sia i pazienti di diverse nazionalità (**Grafico 4**).

Grafico 4 - Le situazioni conflittuali più frequenti

Conclusioni

Le maggiori difficoltà sono quelle dovute alle diversità linguistiche e alla poca collaborazione da parte del paziente straniero. Poche, invece, quelle riscontrate nella comprensione delle tradizioni così come quelle legate alla conflittualità tra pazienti stranieri e infermieri.

Superare gli ostacoli conseguenti a queste difficoltà può non essere semplice: particolare importanza assumono le modalità di approccio e la relazione con il paziente straniero perché questo è determinante nella relazione infermiere-paziente.

Anche se il numero degli infermieri che hanno partecipato all'indagine è limitato, l'analisi dei dati raccolti ha portato all'attivazione di un evento formativo che offre la possibilità, anche attraverso il coinvolgimento di un mediatore culturale, di approfondire e analizzare alcuni degli aspetti di maggiore criticità (l'integrazione, il counselling, l'accessibilità ai servizi da parte dei pazienti stranieri).

Il vero contributo al miglioramento della qualità si ottiene mediante la formazione continua, che determina un accrescimento culturale del singolo professionista.

BIBLIOGRAFIA

- Ciofi D, Rumori E, Matteucci F, Quattrocchi B., Cuccioli B, Menici C (2010). *Nursing Transculturale*. Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Settembre; volume 2, numero 3: 88-91.
- Gambera AA, Marucci AR, Pezzino M (2008). *L'assistenza infermieristica su base multiethnica*. Professioni infermieristiche, Ottobre-Dicembre; 61(4):223-33.
- Geraci S. *Immigrati e assistenza sanitaria*. Monitor. 2006 anno V n°18: 37-41.
- Leininger M (2002) McFarland MR. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. 3rd ed. USA: Mc Graw-Hill Company.
- Manara DF. *Infermieristica interculturale*. 2004. Carocci Editore Roma.
- Morrone A. *Salute e società multiculturale*. 1995. Raffaello Cortina Editore Milano.



ESPERIENZE

La prevenzione delle cadute nel centro dialisi di Rimini

di Marina Sgreccia (1), Giuseppe Gurgone (2), Sabrina Domeniconi (3), Stefano Bini (4)

(1) Coordinatore Infermieristico Dialisi Rimini

(2) Studente Corso di Laurea Infermieristica Università di Bologna Campus didattico Rimini

(3) Infermiere Dialisi Rimini

(4) Medico Nefrologo Dialisi Rimini

Azienda USL della Romagna

Corrispondenza: marina.sgreccia@auslromagna.it

Introduzione

Le cadute sono un importante problema sociale e sanitario: circa un terzo della popolazione generale di età superiore ai 65 anni tende a cadere almeno una volta in un anno e il rischio aumenta con l'avanzare dell'età. Questo fenomeno rientra tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie: le conseguenze possono determinare danni alla salute immediati e tardivi anche gravi.

Le ripercussioni sulla spesa sanitaria nazionale sono importanti: i costi risultano ancora più elevati se le cadute avvengono in ambiente ospedaliero, in quanto alle spese di gestione del trauma, che comprendono la degenza, si aggiungono quelle legate ai contenziosi legali. Vanno inoltre aggiunti i costi conseguenti alla disabilità, al progressivo decadimento delle condizioni generali del paziente e al declino funzionale, che inducono un incremento della morbilità, dei costi sociali e della mortalità.

Nelle ultime decadi si è osservato un aumento considerevole e progressivo dei pazienti che richiedono il trattamento dialitico sostitutivo. Questo va di pari passo con un progressivo aumento dell'età dei pazienti ammessi alla dialisi.

L'insufficienza renale cronica è un importante fattore di rischio per le cadute a causa della progressiva riduzione della funzionalità del rene: il deficit di vitamina D, l'anemia, gli squilibri idro elettrolitici si aggiungono ai fattori di rischio quali età e comorbidità.

Ulteriori importanti fattori di rischio nei pazienti in dialisi sono: le frequenti ipotensioni post dialitiche, i deficit neurologici ingravescenti, e la polifarmacoterapia.

Infine l'osteodistrofia di origine renale, dovuta all'alterazione del metabolismo calcio fosforo paratormone, produce un'alterazione del tessuto osseo che espone il paziente in dialisi ad un aumento della gravità delle conseguenze di una possibile caduta accidentale.

Il nostro contesto di riferimento

Nella Azienda USL di Rimini (oggi confluita nell'Azienda USL della Romagna) è stata approvata e pubblicata il 10/12/2013 la Procedura Generale n.67 "PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE" con l'obiettivo di minimizzare il rischio di caduta dei pazienti ricoverati o accettati nei punti di primo intervento e nei pronto soccorso. Per individuare i pazienti a rischio il personale infermieristico e medico procede a una valutazione interdisciplinare servendosi di una apposita scheda.

Gli item che la compongono sono i seguenti:

1. anamnesi di precedenti cadute;
2. grave deficit della vista o dell'udito;
3. alterazione della mobilità e della deambulazione;
4. alterazione dello stato di coscienza;
5. assunzione di 4 o più farmaci tra antipertensivi, diuretici, sedativi, ipnotici, ipoglicemizzanti antiepilettici;
6. altro.

La presenza di anche uno solo di questi fattori classifica il paziente come a rischio caduta. Questo porta l'infermiere e il medico a pianificare interventi di prevenzione, esplicitandoli nella documentazione clinica del paziente e condividendoli con tutta l'equipe e con i familiari.

In particolare la procedura individua come obbligatoria la valutazione del rischio su tutti i pazienti di età ≥ 65 anni in regime di ricovero ordinario e su tutti coloro che accedono ai Pronto Soccorso (PS), ai Punti di Primo Intervento (PPI) e di Osservazione Breve Intensiva (OBI) (posizionati in barella o in carrozzina).

Il timing della compilazione della scheda è il seguente: all'ingresso, all'accettazione nell'ambulatorio, nell'immediato post operatorio, a seguito di alterazioni significative e al momento del trasferimento in altre unità operative o della dimissione.

Nella nostra Area Territoriale sono attivi tre Centri Dialisi: un Centro Ospedaliero (presso l'Ospedale di Rimini) e due Centri di Assistenza Limitata (CAL) (presso l'Ospedale di Riccione e l'Ospedale di Santarcangelo): ogni anno presso questi tre centri vengono trattati in media 200 pazienti totali. La Procedura Aziendale non coinvolge i Servizi di Dialisi in maniera esplicita, ma per la fragilità intrinseca della nostra utenza, da subito appare mandatorio partecipare alle azioni di miglioramento proposte dall'Azienda. I pazienti dializzati cronici di solito accedono al Centro senza essere ricoverati e non giungono in regime di urgenza come l'utente che si rivolge al pronto soccorso o al punto di primo intervento. Molti di loro però arrivano con la propria carrozzina o trasportati in barella in quanto non sono in grado di compiere autonomamente il tragitto dall'ingresso dell'ospedale fino al Servizio. Questi pazienti non sono però assimilabili a quelli del PS o del PPI che invece vengono posizionati su questi presidi a causa di un evento acuto.

Se si dovesse procedere alla valutazione del rischio con la scheda di screening per ogni accesso al centro Dialisi sarebbe necessaria una figura sanitaria dedicata solo a questa attività; se si procedesse invece alla compilazione della scheda soltanto per coloro che sono posizionati in barella o in carrozzina probabilmente verrebbe escluso un gruppo di gran lunga più a rischio composto da coloro che a fine seduta si recano autonomamente negli spogliatoi e nei bagni e che pur essendo in condizioni generali migliori rispetto ai barellati, sono soggetti a sincopi e a conseguenti cadute.

La nostra esperienza

All'interno del Centri Dialisi ospedaliero è stato creato un gruppo di studio e ricerca formato da uno studente infermiere, un medico nefrologo, un infermiere e il coordinatore infermieristico con l'obiettivo di "adattare" la Procedura Generale di Azienda a questo contesto specifico.

Il primo pensiero è stato rivolto alla ricerca bibliografica sul tema delle cadute e dialisi. Tutte le pubblicazioni recenti confermano che la popolazione dializzata è a maggior rischio di caduta rispetto alla popolazione generale a causa della frequente associazione di squilibri idro elettrolitici, anemia, ipovolemia, alla presenza di comorbidità, dell'età avanzata e dei frequenti spostamenti che questi pazienti sono costretti a compiere dal domicilio al Centro Dialisi. Riportano inoltre dati di maggior rischio di complicanze ed esiti infausti in seguito a cadute sulla popolazione dializzata a causa dell'osteodistrofia uremica e dell'utilizzo di anticoagulanti.

Rispetto alla Procedura Generale era necessario definire la popolazione e individuare il timing dello screening.

Il gruppo di studio e ricerca ha pertanto proposto di sottoporre a valutazione del rischio tutti i pazienti in trattamento emodialitico cronico senza porre limiti di età al momento della prima seduta dialitica che il paziente compie provenendo dal domicilio dopo la dimissione. Questa valutazione deve essere ripetuta dopo eventi significativi quali un nuovo ricovero, modifiche della terapia che prevedano l'utilizzo di farmaci compresi nell'elenco della scheda, segnalazione di un episodio di caduta (anche da parte dei famigliari), ecc.

Successivamente è stato affrontato il problema della scheda: era necessario individuare gli elementi che facessero parte dello specifico contesto di riferimento. Perciò nell'item della scheda aziendale denominato "altro" sono state inserite: l'ipotensione cronica, il trattamento con terapia anticoagulante (TAO) e la comorbidità diabete (prima causa di insufficienza renale cronica- IRC). L'utilizzo degli anticoagulanti può aumentare le conseguenze di una caduta accidentale e il diabete porta con sé il deficit autonomo (cioè del sistema nervoso autonomo).

Infine il gruppo ha redatto un'istruzione operativa dell'Unità Operativa sulla prevenzione delle cadute in cui vengono indicate le responsabilità delle diverse figure professionali, il timing di esecuzione dello screening, gli obiettivi da raggiungere e la documentazione necessaria. Per "testare" il sistema è stato scelto il solo Centro Dialisi Ospedaliero.

Risultati e sviluppo del progetto

È stata sottoposta a screening tutta la popolazione afferente al Centro Dialisi di Rimini (mediamente 100 pazienti) durante il mese di febbraio 2014 e sono state compilate n. 94 schede di valutazione del rischio in totale.

Il 74% dei pazienti sottoposti a screening sono stati classificati come soggetti a rischio di caduta poiché nelle loro schede di valutazione era presente almeno un item positivo.

La popolazione a maggior rischio di caduta è rappresentata dai pazienti con età maggiore di 70 anni (**Tabella 1**), ma un quarto altresì ha un'età compresa tra i 50 e 69 anni.

Tabella 1 - Rischio di caduta per età del paziente (%)

Fasce di età popolazione a rischio caduta		
aa 30 - 49	aa 50 - 69	aa ≥ 70
9%	26%	65%

I principali fattori di rischio sono rappresentati dalle alterazioni della mobilità o della coscienza (**Tabella 2**).

Tabella 2 - Rischio di caduta per cause (%)							
Causa esposizione rischio caduta							
Alterazioni mobilità	Alterazioni vista/udito	Alterazioni stato coscienza	Precedenti cadute	Farmaci	Ipotensione cronica	TAO	Diabete
32%	7%	6%	22%	7%	5%	6%	15%

Il gruppo di lavoro e ricerca ha inoltre ritenuto importante valutare le percentuali dei pazienti in grado di deambulare autonomamente rispetto a coloro che giungono trasportati in barella o carrozzina (**Tabella 3**).

Tabella 3 - Rischio di caduta per modalità di accesso al Centro di Dialisi (%)		
Barella	Carrozzina	Deambulazione autonoma o parzialmente autonoma
11%	17%	72%

Risulta interessante notare che il 72% dei pazienti classificati a rischio caduta sono in grado di deambulare e quindi se fossero stati sottoposti a screening solo coloro che giungono in carrozzina o barella, come indicato nella Procedura Generale Aziendale, sarebbe stato escluso dallo screening questo significativo gruppo di utenti che a fine dialisi si reca autonomamente negli spogliatoi. La stessa considerazione può essere fatta per l'età minima dei pazienti da sottoporre a screening; la Procedura Generale Aziendale indicava di sottoporre a screening solamente i pazienti ricoverati con età minima di 65 anni. Considerato che tra i pazienti a rischio caduta seguiti dal centro dialisi di Rimini il 26% ha un'età compresa tra il 50 e i 69 anni e il 9% ha meno di 50 anni, se non si fosse proceduto sottoponendo allo screening l'intera popolazione prevalente nel centro, a prescindere dall'età anagrafica, quasi il 35% dei pazienti a rischio non sarebbe stato identificato.

Ad oggi il progetto è stato diffuso anche sui CAL di Riccione e Santarcangelo. Nella cartella dialitica di ogni paziente a rischio caduta sono riportate le azioni di prevenzione/minimizzazione del rischio: queste azioni vengono concordate in maniera interdisciplinare dall'infermiere e dal medico che hanno compilato la scheda. Sul frontespizio della stessa cartella è presente un'etichetta adesiva raffigurante il segnale di pericolo uguale per tutta l'azienda USL. Le considerazioni sul rischio condivise in maniera interdisciplinare hanno modificato il comportamento degli operatori, soprattutto nella gestione dei passaggi posturali del paziente dopo la seduta dialitica e nella sorveglianza negli spogliatoi dell'utenza.

Dopo questa prima fase sperimentale di screening che ha riguardato tutta la popolazione afferente al Centro Dialisi, i pazienti dializzati sono entrati nel sistema di segnalazione cadute Aziendale. Questo percorso, permetterà di confrontare nel tempo il fenomeno cadute e di intervenire con eventuali ulteriori azioni di miglioramento a protezione di questa popolazione fragile.

BIBLIOGRAFIA

- De Giorgi A, Fabbian F, Pala M, Mallozzi Menegatti A, Misurati E, Manfredini R. Cadute e funzione renale: un'associazione pericolosa. Giornale Italiano di Nefrologia vol. 29 – 2012. disponibile all'indirizzo http://www.giornaleitalianodinefrologia.it/web/eventi/GIN/dl/storico/2012/3/p.294-301_FAD_degiorgi.pdf.

- Bannon M. Falls in older people on Hemodialysis. QJM, 23 September 2011 disponibile all'indirizzo <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/qjmed/104/10/827.full.pdf>.
- Campagne 2006 – 2007 per la sicurezza dei pazienti – Progetto Regionale – La prevenzione delle cadute in ospedale. Disponibile all'indirizzo <http://www.regione.toscana.it/-/la-prevenzione-delle-cadute-dei-pazien-1>.
- Li M, Tomlinson G, Naglie G, Cook WL, Jassal SV. Geriatric comorbidities, such as falls, confer an independent mortality risk to elderly dialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2008; 23: 1396-400. Disponibile all'indirizzo <http://ndt.oxfordjournals.org/content/23/4/1396.long>.
- Rossier A, Pruijm M, Hannane D, Burnier M, Teta D. Incidence, complications and risk factors for severe falls in patients on maintenance haemodialysis. Nephrol Dial Transplant. 09/2011 disponibile all'indirizzo <http://ndt.oxfordjournals.org/content/27/1/352.long>.
- Mazzaferro S, Mandanici G, Pasquali M. - Osteodistrofia renale vs Osteoporosi. Giornale Italiano di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche. Vol 21/1 Gennaio/Marzo 2009 disponibile all'indirizzo <http://www.gtnd-online.com/article/osteodistrofia-renale-vs-osteoporosi>.
- PG 67 DIR. SAN 000 Rev 01 del 10/12/2013 consultabile sul sito <http://www.ausl.rn.it/> solo per gli utenti interni autorizzati con Login e Password.
- Roberts R, Jeffrey C, Carlisle G, Brierley E. Prospective investigation of the incidence of falls, dizziness and syncope in haemodialysis patients. *International Urology and Nephrology*. 2007 Feb 21. disponibile all'indirizzo <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11255-006-9088-3>.
- Roberts RG, Kenny RA, Brierley EJ. Are elderly haemodialysis patients at risk of falls and postural hypotension? *International Urology and Nephrology*. 2003 vol 35 disponibile all'indirizzo <http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AUROL.0000022866.07751.4a>.

SCAFFALE

Dieci anni dopo: un'altra infermieristica. Seconda indagine nazionale

A cura di Costantino Cipolla e Gennaro Rocco
 Franco Angeli Editore - Collana Salute e Società
 pagine 192, euro 25,00



A dieci anni di distanza dalla prima indagine sulla professione infermieristica in Italia ne è stata condotta una seconda, pubblicata da Franco Angeli nella Collana Salute e Società.

La ricerca indaga il percepito degli infermieri rispetto ad alcune questioni cruciali che sono emerse a partire dalla metà degli anni Novanta, con la riforma delle professioni sanitarie in generale, e di quella infermieristica in particolare. Questa seconda indagine ha aggiornato alcuni spunti di riflessione che già emergevano nella prima e ne ha individuati di nuovi.

Rispetto alla prima indagine il campione reclutato è molto più ampio: circa quattromila infermieri, rispetto ai circa duemila della precedente. Il 77,1% del campione è rappresentato da infermieri, il 19,2% da coordinatori infermieristici e il 3,7% da

dirigenti infermieristici. Un po' sottostimato il campione degli infermieri del Nord Italia rispetto alla popolazione generale degli infermieri, ma i dati, in ogni caso, riguardano tutto il territorio nazionale, Nord, Centro, Sud e Isole.

I risultati dell'indagine sono presentati in questa pubblicazione in una maniera facilmente leggibile e comprensibile, con utili confronti dei risultati emersi tra questa e la precedente ricerca.

Già l'introduzione sintetizza i principali punti emersi dall'indagine, punti che sono poi ripresi in maniera analitica nei diversi capitoli di cui si compone la pubblicazione. I capitoli riguardano i diversi ambiti che sono stati indagati e sono strutturati e impostati in maniera divulgativa. Ogni capitolo si apre con lo stato dell'arte in letteratura sulla questione trattata. Segue poi la presentazione dei risultati, molto ricca di articolate, ma comprensibili tabelle. Le conclusioni di ogni capitolo sintetizzano i punti più salienti e indicano le ricadute dei risultati nella realtà operativa e piste di ulteriore sviluppo di ricerca. Chiude ogni capitolo l'elenco puntuale dei riferimenti bibliografici, utili anche per ulteriori approfondimenti delle questioni trattate.

Già interessante è il primo capitolo sulle *Caratteristiche socio-demografiche del campione: maggiore competenza e consolidamento dell'utilità dell'IPASVI*. Soprattutto alcune considerazioni sulla composizione di genere. Il 74% del campione è di genere femminile, così come all'incirca la composizione della popolazione generale infermieristica.

Da qui sono riportate alcune riflessioni che affondano nella storia, a quando alle prime scuole convitto di fine Ottocento e inizio Novecento si poteva accedere solo se di sesso femminile. Considerazioni che riguardano uno spazio che da sempre è stato di esclusiva, o prevalente, pertinenza femminile e che, per questa caratteristica, si è portato dietro anche quel ruolo di marginalità e subalternità che storicamente ha accompagnato i ruoli femminili. In realtà sarebbe interessante sviluppare questo aspetto considerando che oggi tutte le professioni di cura si sono “femminilizzate”, compresa la medicina, dove negli ultimi anni gli immatricolati di sessi femminile al corso di studio hanno superato i maschi. E' una riflessione sulla “natura” dell'assistenza infermieristica che andrebbe approfondita.

Il secondo capitolo affronta le *Condizioni di lavoro: disagi organizzativi e dimensioni relazionali*. In questa sezione sono interessanti i dati relativi al percepito degli infermieri su aspetti cruciali della professione oggi. A fronte di una situazione sempre più complessa di bisogni dei cittadini gli infermieri sentono di trovarsi in situazioni organizzative inadeguate, con forti rischi legati a possibili errori, responsabilità praticata, ma non riconosciuta, forte compensazione per affrontare la sempre maggiore carenza di risorse. Carenza a cui spesso si fa fronte anche con una spiccata caratterizzazione relazionale degli interventi che è parte essenziale dell'assistenza infermieristica e che aiuta anche ad affrontare situazioni organizzative critiche.

Nel terzo capitolo, *Percorsi di integrazione socio-sanitaria: il territorio questo sconosciuto*, si tratta della necessaria riorganizzazione della sanità e dell'assistenza oltre il modello ospedale-centrico. I risultati evidenziano la consapevolezza di questa necessità da parte degli infermieri, ma una realtà scarsamente praticata. A fronte di dichiarazioni e analisi che vanno verso uno sviluppo del territorio come luogo privilegiato di soddisfazione dei bisogni della popolazione permane una forte difficoltà a organizzare ambulatori infermieristici e residenze a conduzione e responsabilità infermieristica. E', questa, una importante questione centrale nello sviluppo della sanità nei prossimi anni, che necessita di una riorganizzazione delle risorse umane e dei modelli organizzativi.

Nel capitolo quattro sono presentati i risultati relativi a *Le nuove esigenze formative post-base e i modelli educativi per gli infermieri*. Emerge in maniera molto netta la consapevolezza da parte degli infermieri che lo sviluppo di competenze avanzate specialistiche rappresenta uno dei punti cardini per una vera svolta del sistema in termini di riconoscimento di ruolo e di responsabilità. In particolare si identificano alcune aree dove tale sviluppo è necessario, in sintonia con i cambiamenti dei bisogni dei cittadini: cure palliative e oncologiche, assistenza domiciliare, geriatria, infermieristica di famiglia e di comunità, malattie cronico degenerative. Questo problema è particolarmente sentito non solo perché risponde a una necessità del sistema, ma anche perché la composizione della popolazione infermieristica vede ormai la maggioranza degli infermieri in possesso di un titolo universitario. Che non è solo un aspetto formale, ma vuol dire che ci si è formati all'interno di un sistema dinamico che prevede una formazione di base, ma con la possibilità/necessità di uno sviluppo professionale e scientifico attraverso master, laurea magistrale e dottorato di ricerca.

Nel capitolo cinque, *Nursing transculturale, nuova sfida per la professione*, si evidenzia come la professione infermieristica impatti fortemente questo aspetto, ma rimanendo ancora sulla superficie. Le occasioni di contatto con utenti provenienti da culture diverse dal professionista sono, infatti, ormai molte. Il problema maggiormente evidenziato è quello linguistico, che in effetti può rappresentare una barriera importante, ma è quasi percepito come un aspetto “tecnico” di comunicazione.

Non si evidenziano, dall'indagine, quelli che sono gli aspetti più culturali delle diversità, che richiedono riflessioni e un agire più profondo e complesso, oltre alla comunicazione linguistica. E', questo, un aspetto su cui anche la formazione di base, post base e continua è sentita carente.

Il sesto e ultimo capitolo affronta *La professione infermieristica nella web society*. Anche in questo caso i risultati dell'indagine dimostrano che c'è la percezione dell'importanza di tutto ciò che è legato a, genericamente, informatizzazione e rete della sanità e dell'infermieristica. Non traspare, però, ancora pienamente la consapevolezza delle potenzialità di questi nuovi sistemi comunicativi, di confronto, di costruzione condivisa non solo di saperi, ma di pratiche. Condivise anche con le persone che necessitano di assistenza. Non più solo l'informatizzazione delle informazioni e delle procedure, ma un diverso modo di accedere e usufruire dei servizi che anche gli infermieri possono offrire, attraverso piattaforme e collegamenti con i nuovi dispositivi sempre più in uso, quali tablet e smartphone.

Infine, per gli appassionati di ricerca, la pubblicazione ha un'Appendice metodologica ricca di informazioni sulla struttura e l'elaborazione dei dati acquisiti dall'indagine.

E' una interessante e utile lettura questo report. Sia per la puntualizzazione teorica degli argomenti trattati, sia perché offre importanti e concreti spunti di riflessione a professionisti che ormai, indipendentemente da resistenze varie interne ed esterne, si collocano a pieno titolo nel "crogiuolo" delle professioni. Che richiede, innanzitutto, di non essere culturalmente subalterni, ma capaci di sviluppare analisi, proposte e pensieri propri in un contesto dove ruoli e competenze non sono definite una volta per tutte, ma molto influenzati dal contesto organizzativo.

Valerio Dimonte

Professore associato di Scienze Infermieristiche – Università di Torino

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. 181 del 17/6/2011

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