

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LIX



ISSN 2038-0712

**NOVEMBRE-DICEMBRE
2015**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE**

Infermieri, strada aperta alla dirigenza

di Barbara Mangiacavalli

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

La valutazione infermieristica della qualità di vita e l'applicazione in ambito clinico: una revisione narrativa

di Silvia Ronchi, Roberto Accardi, Cinzia Garofalo

La strutturazione del quesito clinico per reperire le prove di efficacia. Una revisione della letteratura

di Giuseppe Lazzari, Lorena Salvini, Sara Patella, Davide Ausili, Stefania Di Mauro

● **CONTRIBUTI**

Aggressività: la comunicazione assertiva può aiutare?

di Simone Busnelli, Valentina Spedale, Massimo Alberio

● **ESPERIENZE**

Cambiare si può! Storia di un cambiamento: il Primary Nursing all'ASL di Biella
di Bertoncini F. RN MSN ; Boggio Gilot C. RN MSN ; Gatta C. RN MSN ; Croso A. RN MSN

Expanded chronic care model come supporto all'autocura. L'esperienza dell'Azienda Usl 9 di Grosseto nell'ambito della sperimentazione toscana

di Loredana Micheli, Franca Cecchi

L'utilizzo delle medicazioni naturali avanzate nel trattamento delle ulcere venose

di Elisa Cereda, Lorena Salvini, Rino Corrarello, Maria Granatelli

Familiari di assistiti con problemi oncoematologici: attenti allo stress!

di Alessia Berte', Stefania Rancati, Roberto Milos

Creazione di un Ambulatorio infermieristico per le persone dipendenti da oppiacei in trattamento con terapia agonista

di Johnny Acquaro, Miriam Portesan, Monia Sasso, Marco Tabone, Leonardo Foresta, Francesca Ronchietto, Cristina Corniglia, Ivan Sette, Giovanna Daniele, Emanuele Bignamini

● **SCAFFALE**

L'inglese medico-scientifico: pronuncia e comprensione all'ascolto

La sanità tra ragione e passione. Da Alessandro Liberati, sei lezioni per i prossimi anni

Polvere rossa. Chaaria. Una piccola città della gioia e dell'amore nell'Africa equatoriale



EDITORIALE

Infermieri, strada aperta alla dirigenza

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

La dirigenza infermieristica per prima, ma, in assoluto, tutta la nostra categoria professionale deve inquadrare con attenzione e in modo completo, reale ed esaustivo, i possibili sbocchi, come anche le eventuali limitazioni, che possono presentarsi allo sviluppo delle competenze e delle responsabilità manageriali degli infermieri. Per questo abbiamo organizzato a Bologna l'VIII edizione della Conferenza nazionale delle politiche della professione infermieristica dal titolo "La mappa di un percorso. La dirigenza infermieristica gestionale e professionale: focus sullo stato dell'arte e prospettive di sviluppo".

La nostra dirigenza è nata con la legge 251/2000 e in questi 15 anni non è mai stata oggetto di "manutenzione" normativa, regolamentare, contrattuale, se non con provvedimenti sporadici e a macchia di leopardo. La quotidianità, infatti, ci offre molteplici spunti di riflessione e analisi su una dirigenza che in molte Regioni stenta a decollare, prevista nei piani regionali ma non attivata, cancellata o ridimensionata nei ridisegni degli assetti organizzativi delle regioni, messa in discussione ogni volta che vengono adottati provvedimenti regolamentari. Occorre quindi uscire da questa fase di "prove tecniche" e passare alla fase di messa a regime.

La professione ha fatto passi da gigante in questi ultimi anni ed era necessario fare il punto sulle strade aperte che abbiamo davanti. Una è quella, appunto della dirigenza ed è per questo che abbiamo voluto il focus di Bologna su come stare dentro il sistema, sia dal punto di vista gestionale che professionale.

Un focus che ha colto nel segno, visti anche i relatori intervenuti, dal presidente dell'Aran a quello del Comitato di settore, dal presidente di Agenas a quello di Forum Pa, i dirigenti delle professioni del ministro della Salute e ai massimi rappresentanti del mondo accademico.

Un focus ben riuscito anche perché ha dato modo a chi lo ha seguito di persona o in streaming (ed è comunque tutt'ora disponibile in video sul canale Youtube) di scoprire che la nostra dirigenza non è un sogno da realizzare, ma una realtà che sta crescendo e si sta espandendo e che va dalla direzione generale delle aziende sanitarie a responsabilità strategiche, soprattutto nelle direzioni sociosanitarie, particolarmente congeniali alla professione infermieristica perché rappresentano l'anello di congiunzione tra l'organizzazione dell'ospedale e quella del territorio che si devono occupare di sviluppare e perché sono l'esternazione manageriale del concetto di prendersi cura, proprio della nostra professione.

Gli infermieri dirigenti puntano, grazie alla loro sempre maggiore qualificazione professionale, a contribuire a disegnare una riorganizzazione delle strutture e di appropriatezza non solo delle prestazioni, ma anche dei percorsi di cura e dei modelli organizzativi.

Per farlo c'è bisogno di attivare un confronto sugli ambiti in cui l'azione può essere svolta. Infatti oltre alla questione 'normativo-regolamentare' c'è anche la questione del significato e dell'opportunità di avere un livello manageriale e di governo delle risorse assistenziali nei nostri sistemi complessi.

A Bologna, il filo conduttore è stato quello di dare risposta a domande precise: quali risultati assistenziali, organizzativi, di sistema, realizza la dirigenza infermieristica? Quali sono gli elementi di forza e di valore che la presenza dell'infermiere dirigente dà al sistema salute?

Durante la Conferenza è stato sottolineato in questo senso il ruolo crescente dell'infermiere, descrivendone una responsabilità trasversale e multidisciplinare, inserendolo nel ciclo strategico delle aziende e trasformandolo nella "quarta gamba" della responsabilità aziendale: sono gli infermieri a sapere più degli altri cosa fare per i servizi alla persona.

Per questo non dobbiamo limitarci ad agire secondo indicazioni altrui, ma presentare idee e proposte, con maggiore responsabilità e titolarità, nella consapevolezza di essere obbligati a fare bene.

Davanti a noi abbiamo un ruolo nuovo, sul quale puntiamo anche la nostra stessa reputazione e che la Conferenza di Bologna, così come le esperienze che abbiamo ascoltato, ci dicono che è possibile conquistare e sviluppare.

E' una scommessa con cui possiamo diventare i veri garanti della salute dei cittadini e che per essere vinta davvero dobbiamo affrontare con l'occhio pluralista di chi, nella posizione dirigenziale, sa guardare alle esigenze anche di tutte le altre professioni, ma senza mai perdere la nostra identità di infermieri.

Dalla Conferenza di Bologna portiamo a casa molti compiti da svolgere per dare corpo a un'idea e costruire e condividere assieme questo percorso. Dobbiamo farlo e farlo uniti, dal Comitato centrale della Federazione a ogni presidente di Collegio provinciale e con le associazioni e le rappresentanze professionali e manageriali della nostra categoria.

Dobbiamo essere in grado di essere sempre più presenti, visibili e incisivi nel sistema, cercando anche il confronto con il legislatore perché questo tenga conto grazie a noi delle esigenze rappresentate dalla comunità.

Non dobbiamo al contrario difendere a oltranza l'esistente: chiudersi in se stessi non è un modo per mettersi al riparo dalle criticità, ma per restare intrappolati in consuetudini e modelli ormai obsoleti. Il cambiamento è richiesto e ci è richiesto con forza dal contesto sociale, economico, culturale, ma anche e soprattutto dalla domanda di salute dei cittadini.

La valutazione infermieristica della qualità di vita e l'applicazione in ambito clinico: una revisione narrativa

Silvia Ronchi¹, Roberto Accardi², Cinzia Garofalo³

¹Infermiera presso il Dipartimento di emergenza-accettazione, Azienda Ospedaliera di Melegnano; ²Referente Area chirurgia generale, Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (SITRA), Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; ³Dirigente infermieristico del dipartimento chirurgico, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Corrispondenza: roberto.accardi@policlinico.mi.it

RIASSUNTO

Introduzione La qualità di vita (QoL) è un costrutto molto utilizzato nella ricerca in ambito biomedico che entra in stretta relazione con la disciplina infermieristica. Lo scopo di questa revisione narrativa è analizzare le conoscenze disponibili in letteratura riguardo all'evoluzione, alla teorizzazione e all'applicazione in ambito clinico del costrutto di qualità di vita, ponendo particolare attenzione alla pratica clinica infermieristica.

Materiali e metodi E' stata condotta una revisione della letteratura sulle principali banche dati biomediche, infermieristiche, sociologiche e psicologiche.

Risultati La qualità di vita è un costrutto multidimensionale, soggettivo e dinamico, che può migliorare la pratica clinica infermieristica, agevolando il professionista nell'attuazione dei piani di assistenza individuali.

Conclusioni La valutazione infermieristica della qualità di vita, anche se presenta ancora diversi ostacoli all'applicazione in ambito clinico, è di estrema utilità non solo per la ricerca ma anche per la pratica clinica infermieristica.

Parole chiave: qualità di vita, infermieristica, ricerca infermieristica clinica, approccio basato sul paziente.

Nursing assessment of the quality of life and its application in clinical setting: a narrative review

ABSTRACT

Introduction The construct of quality of life (QoL) is widely used in biomedical research and comes into close relationship with nursing discipline. The aim of this narrative review is to analyse the literature about the evolution, theory and application of QoL in the clinical setting with particular attention to nursing practice.

Methods A review of the literature through main biomedical, nursing, sociology and psychology databases was carried out.

Results The QoL is a multidimensional, subjective and dynamic construct, which can improve nursing clinical practice and facilitate the professionals in the setting of individual care plans.

Conclusions The nursing assessment of QoL, although several obstacles in the clinical application, is useful both for research and nursing clinical practice.

Keywords: quality of life, nursing, clinical nursing research, patient-centred care.

INTRODUZIONE

Dagli anni settanta a oggi, è cresciuta in maniera esponenziale l'attenzione che viene posta nei confronti della qualità di vita (QoL) non solo nei campi della sociologia, della psicologia, del giornalismo e della politica ma anche nel settore medico e infermieristico. Le banche dati scientifiche, infatti, nel corso degli ultimi trent'anni hanno visto il moltiplicarsi delle pubblicazioni inerenti all'argomento (Baccaccia B, et al., 2013).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1995, ha fornito una definizione secondo cui la qua-

lità di vita è "la percezione che ciascun individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto culturale e nel sistema di valori nel quale è inserito in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi" (WHOQOL, 1995). La qualità di vita è un concetto pensato per comprendere diversi aspetti dell'esistenza tra cui la sfera emotiva, la funzionalità fisica, cognitiva e sociale e il benessere spirituale (Carr AJ, et al., 1996); a oggi, è ampiamente utilizzata in campo medico e sanitario e presenta diverse applicazioni nella ricerca clinica, anche nel settore infermieristico (Higginson IJ, et al., 2001).

Scopo di questa revisione della letteratura è di analizzare le conoscenze disponibili riguardo al costrutto di qualità di vita, alla sua evoluzione e applicazione nell'ambito della pratica clinica infermieristica.

MATERIALI E METODI

Nella presente revisione sono stati raccolti e analizzati articoli pubblicati sulle principali banche dati biomediche, infermieristiche, psicologiche e sociologiche quali PubMed e CINAHL, PsycINFO e Sociological Abstract e sulla rivista PsychOpen, ad accesso libero. La ricerca bibliografica è stata condotta il 12 dicembre 2014 tramite interrogazione con strategia di ricerca per termini MeSH e Subheadings delle banche dati biomediche PubMed, CINAHL utilizzando le seguenti parole chiave: *quality of life, quality of life concept, nursing, patient-centred care, well-being e sociological theory*. Le parole sono state combinate tra loro utilizzando l'operatore booleano "AND" e sono stati impostati dei filtri per ottenere la maggiore specificità possibile nelle citazioni risultanti.

Al termine della ricerca è stata operata una selezione delle citazioni da parte di due autori in modo indipendente, dopo lettura di titolo e *abstract*. Si è quindi proceduto alla lettura integrale e all'analisi e sintesi in tabelle sinottiche.

Per la revisione sono stati inclusi:

- i documenti e gli articoli in lingua italiana, inglese o spagnola;
- gli articoli con testo integrale (*full-text*).

Non sono stati imposti limiti temporali relativi alla tipologia o all'anno di pubblicazione.

RISULTATI

Tramite la ricerca bibliografica sulle banche dati sono stati trovati 6.635 risultati (PubMed: 4.079 risultati; CINAHL: 220 risultati; PsycINFO: 2.251 risultati; PsycOPEN: 61 risultati; Sociological Abstract: 24 risultati); sono stati considerati solo quelli in lingua inglese, italiana e spagnola (5.950 risultati). Dopo la rimozione degli articoli duplicati, non pertinenti, non utili ai fini dello studio e quelli focalizzati su una patologia troppo specifica, sono stati valutati per l'eleggibilità 51 articoli. Di questi, sono stati esclusi 27 articoli di cui non era disponibile il testo integrale (*full-text*).

Sono stati inclusi nella revisione 24 documenti. È stata identificata un'ulteriore pubblicazione inerente alla realtà socioeconomica italiana tramite l'uso di Google Scholar.

L'analisi dei documenti ha permesso di individuare quattro variabili fondamentali:

- evoluzione del costrutto di qualità di vita;
- caratteristiche del costrutto;

- applicazione in ambito clinico e infermieristico;
- qualità di vita e tecnologia.

I concetti espressi in questi documenti in relazione alle variabili individuate sono sintetizzati in appendice a pagina e89.

Evoluzione del costrutto di qualità di vita

La qualità di vita non è un concetto nuovo (Mandzuk LL, et al., 2005). Già Aristotele, riconosceva l'importanza della "buona vita" nella *Etica Nicomachea* (Pennacchini M, et al., 2011; Sirgy MJ, et al., 2006; Anderson KL, et al., 1999). Il concetto di qualità di vita è poi rintracciabile negli scritti dei filosofi esistenzialisti Kierkegaard, Sartre, Maslow, Frankl e Antonovsky quando si riferiscono allo stato interiore della vita di ciascuno (Mandzuk LL, et al., 2005). Le prime analisi e osservazioni riguardo alla qualità di vita vennero eseguite nel XIX secolo in relazione alla questione operaia e alla consapevolezza della disagiata e disperata condizione economico-sociale degli operai (Velardi G, 2008).

Nel Novecento, l'espressione "qualità di vita" compare nella letteratura sociopolitica degli anni cinquanta, utilizzata come concetto di critica sociale e culturale (Barcaccia B, et al., 2013). La diffusione massiccia dell'espressione comincia però a seguito della seconda guerra mondiale quando, negli Stati Uniti, i progressi determinati dalla crescita economica e dal miglioramento delle condizioni di vita delle persone inducono un aumento delle aspettative della popolazione riguardo alla soddisfazione, al benessere e alla realizzazione psicologica (Mandzuk LL, et al., 2005). In questo contesto, il termine "qualità di vita" è utilizzato per descrivere gli effetti del benessere materiale sulle vite delle persone, la crescita economica e industriale e la difesa del "mondo libero" (Carr AJ, et al., 1996; Mandzuk LL, et al., 2005). Il primo utilizzo del concetto in un contesto pubblico è avvenuto con il discorso del presidente americano Lyndon Johnson del 1964, in cui egli affermava che la sua politica si sarebbe basata su obiettivi valutabili solo in termini di qualità di vita. Da quel momento, il concetto ha cominciato a diffondersi capillarmente, diventando quasi una sorta di luogo comune in scritti, discorsi e programmi (Barcaccia B, et al., 2013; Mandzuk LL, et al., 2005).

La consapevolezza che il benessere e lo sviluppo sociale non possano essere il risultato della crescita dell'economia e del prodotto interno lordo (PIL) è evidenziata dagli studi condotti negli Stati Uniti fin dagli anni cinquanta da psicologi e sociologi e dalle considerazioni critiche degli stessi economisti (Velardi G, 2008).

In campo medico, la qualità di vita compare per la

prima volta nel 1966 in un editoriale di Elkington che sosteneva che le nuove tecniche che si stavano affermando in quel periodo (trattamenti di dialisi cronica e trapianti d'organo) si accompagnavano a domande per il medico relative alla qualità di vita del paziente. Dal momento del suo esordio in medicina, la concezione della qualità di vita e l'uso che se n'è fatto nella clinica ha subito delle notevoli trasformazioni. Negli anni settanta il costrutto era utilizzato per valutare la qualità del tempo che si otteneva dall'allungamento della vita derivato dall'applicazione di nuove procedure diagnostico-terapeutiche e per giustificare l'esecuzione dei test diagnostici prenatali e delle interruzioni di gravidanza. Negli anni ottanta il concetto di qualità di vita veniva visto come una guida per la presa di decisione riguardo ai casi in cui limitare i trattamenti o per la giusta allocazione delle risorse in campo medico. Nell'ultimo decennio del secolo scorso è cominciato lo sviluppo delle misure sulla qualità di vita (Pennacchini M, et al., 2011).

Senza dubbio, dagli anni settanta, il numero di pubblicazioni riguardanti la qualità di vita è cresciuto esponenzialmente (Barcaccia B, et al., 2013). La ragione è che l'aumento dell'aspettativa di vita derivato dalle nuove terapie mediche e dall'introduzione di tecnologie diagnostico-terapeutiche sempre più moderne ha comportato una prognosi favorevole per molte malattie: vi è dunque un aumento degli individui con patologie croniche e la necessità di valutare gli interventi assistenziali in base all'impatto che la malattia ha sulla vita e il benessere del paziente, spostando l'attenzione dalla quantità della vita, intesa come longevità, alla qualità di vita nelle sue molteplici sfaccettature (Barcaccia B, et al., 2013; Nicolucci A, 2006; Moons P, 2004; Moons P, 2004). Infine, la qualità di vita è utilizzata per comparare gli effetti delle cure, gli esiti, per esaminare il rapporto costo-beneficio e come parametro di valutazione per le diverse opzioni di trattamento (Moons P, 2004; Hendry F, 2004).

Caratteristiche del costrutto

La letteratura è concorde nel definire la qualità di vita come un costrutto multidimensionale costituito da componenti fisiche, psicologiche, sociali e ambientali (Theofilou P, 2013) ed è influenzata da fattori personali e dalle loro interazioni (Cummins RA, 2005; Barcaccia B, et al., 2013); non comprende solo aspetti relazionati alla salute, intesa come assenza di malattia, ma tutti gli aspetti della vita delle persone (Hacker ED, 2010). E' generalmente condiviso che le dimensioni fondamentali della qualità di vita sono essenzialmente tre (Molin C, et al., 1995):

- fisica: la salute e il funzionamento dell'individuo, i

sintomi della malattia e il loro impatto sullo svolgimento delle normali attività quotidiane;

- psicologica: il benessere emotivo, la spiritualità, la realizzazione e soddisfazione personale, l'ansia, la depressione e le funzioni cognitive;
- sociale: riguarda il supporto e i ruoli sociali, l'amicizia, le relazioni interpersonali, familiari e il senso di appartenenza (Mandzuk LL, et al., 2005; Nicolucci A, 2006).

La qualità di vita è un fenomeno soggettivo e individuale (Higginson IJ, et al., 2001; Anderson KL, et al., 1999; WHOQOL, 1995). Infatti, la percezione della qualità di vita è influenzata dalla cultura e dalla spiritualità dei soggetti (Mandzuk LL, et al., 2005).

La dimensione culturale è certamente un fattore che ha una grande influenza sulle variazioni della percezione di salute e di malattia, sulle interpretazioni dei sintomi, del significato della qualità di vita e delle aspettative di cura (Barcaccia B, et al., 2013). Il sistema di valori, le priorità e l'importanza che le persone danno a determinati aspetti della loro vita hanno effetti sulla concezione soggettiva della qualità di vita (Carr AJ, et al., 2001, b).

Anche i fattori oggettivi quali l'alloggio, le finanze e l'istruzione possono svolgere un ruolo, seppure marginale, nella percezione della qualità di vita (Mandzuk LL, et al., 2005). Come infatti già esplicitato, nel corso della storia, sono stati riconosciuti i limiti presentati dall'equivalenza "qualità di vita sta a benessere economico"; l'aumento del reddito e della ricchezza porta con sé un aumento della felicità umana ma solo fino a un certo punto, oltre al quale la felicità stessa tende a diminuire (Blasi E, et al., 2012).

La soggettività è evidenziata dal "paradosso della disabilità": soggetti che hanno gravi problemi di salute, con sintomi che incidono sulla funzionalità e sulla capacità di svolgere le attività di vita quotidiana o affetti da patologie potenzialmente gravi, potrebbero riferire una qualità di vita non inferiore alla media o, addirittura, riportare una qualità di vita soggettiva pari o migliore a quella degli individui considerati sani. Di fatto, la qualità di vita spesso non è definita in base a misure oggettive di malattia ma in base al confronto fra la valutazione del proprio stato di salute e uno stato di salute soggettivamente ideale (Higginson IJ, et al., 2001; Carr AJ, et al., 2001, b; Barcaccia B, et al., 2013).

Secondo diversi studiosi, è presente un legame fra la percezione soggettiva della qualità di vita, le esperienze precedenti e le aspettative sul futuro, specialmente per quanto riguarda determinati trattamenti. I sociologi e gli psicologi contemporanei sostengono che la qualità di vita dipenda dalle aspirazioni o dalle aspettative nella vita degli individui

e da come esse siano soddisfatte (Anderson KL, et al., 1999): se un particolare obiettivo risulta non essere più raggiungibile, per motivazioni differenti, l'individuo potrebbe sostituirlo con uno più realizzabile, alterando le aspettative per fare fronte al cambiamento nelle circostanze e mantenere il senso individuale sulla propria qualità di vita (Hendry F, 2004). Dunque, i valori e le priorità cambierebbero in risposta alle circostanze e all'esperienza, come una malattia cronica o qualcosa che espone al rischio di morte e l'invecchiamento (Carr AJ, et al., 2001, b). Per questo motivo, dunque, la qualità di vita è dinamica e in continua evoluzione, sottoposta a revisioni da parte del soggetto, modificata dagli sviluppi che si verificano nel corso della vita (Hendry F, 2004; Plummer M, et al., 2009; Hendry F, 2004).

Applicazione della qualità di vita in ambito clinico e infermieristico

La letteratura dimostra l'utilità della rilevazione della qualità di vita in ambito clinico, soprattutto alla luce del fatto che negli ultimi anni si è manifestata fortemente la necessità di discostarsi da un approccio assistenziale puramente biomedico e muoversi verso un'assistenza multidisciplinare e olistica che superi la mera misurazione di parametri fisici oggettivi (Baccaccia B, et al., 2013): la qualità di vita si configura come un concetto chiave che fornisce un linguaggio comune e significativo per i diversi professionisti della sanità (King CR, et al., 2002). Misurare la qualità di vita diventa un valido tentativo di andare oltre ai dati quantificabili e di concentrare maggiormente l'attenzione sui bisogni di ciascuna persona (Pennacchini M, et al., 2011) promuovendo così un approccio che implica, per gli infermieri che pianificano le cure, la presa in considerazione di tutti gli aspetti della vita di un individuo piuttosto che il concentrarsi strettamente sulle questioni di salute (Northway R, et al., 2003). La qualità di vita è presente nella storia dell'infermieristica ed emerge negli scritti di alcune importanti teoriche del *nursing* quali Peplau, Rogers, Leininger e King. Secondo Rizzo Parse, si tratta di una percezione soggettiva e globale delle esperienze vissute in un determinato momento della vita e, nei suoi scritti, dichiara esplicitamente che l'obiettivo dell'intera professione infermieristica è individuabile nella qualità di vita (Plummer M, et al., 2009).

La valutazione della qualità di vita da parte dell'infermiere in ambito clinico può essere un modo per implementare la comunicazione terapeutica e fare percepire all'assistito un interesse nei suoi confronti e rispetto alla situazione che sta vivendo (Hagelin CL, et al., 2007). Inoltre, diversi studi dimostrano che i dati raccolti sulla qualità di vita possono dare

importanti informazioni ai professionisti riguardo a come la persona sta affrontando una fase particolare della vita e quali dimensioni richiedono una particolare attenzione in termini di sostegno o necessitano di interventi specifici. Questo metodo, dunque, consente interazioni più significative tra infermieri e assistiti, può responsabilizzare il paziente nel processo decisionale autonomo e permettere un allineamento degli interventi assistenziali con quelle dimensioni che il paziente stesso ritiene più importanti, facilitando così il professionista nella stesura di una pianificazione assistenziale migliore e più rapida (Starkweather A, 2010; Hagelin CL, et al., 2007).

All'interno del processo di cura, la rilevazione della qualità di vita, alla luce delle sue caratteristiche intrinseche, dovrebbe essere effettuata più volte e sistematicamente. La frequenza della valutazione dovrebbe essere adattata in funzione alle condizioni di ogni persona, agli obiettivi dell'assistenza infermieristica e al contesto clinico. E' comunque necessario monitorare nel tempo l'evoluzione della percezione soggettiva della qualità di vita dell'assistito al fine di garantire la continuità delle cure (Starkweather A, 2010). Inoltre, per l'infermiere che lavora nel campo della salute e delle malattie croniche, la valutazione ripetuta è necessaria, affiancata anche a una conoscenza delle aspettative dell'assistito tale da consentirgli di agire su di esse; l'obiettivo dev'essere quello di influire sulle aspettative, adattandole alla situazione corrente al fine di promuovere la salute. Un soggetto le cui aspettative di qualità di vita vengono disattese potrebbe adottare atteggiamenti negativi che compromettono ulteriormente il suo benessere (Carr AJ, et al., 2001, a), come la scarsa aderenza al regime terapeutico, una bassa accettazione delle raccomandazioni mediche e delle modifiche allo stile di vita o la mancata partecipazione agli appuntamenti di richiamo (*follow up*) (Nicolucci A, 2006; Carr AJ, et al., 2001, a). Nonostante siano noti gli effetti positivi che la valutazione della qualità di vita può avere sull'attività infermieristica, l'applicazione routinaria della stessa in ambito clinico stenta ad affermarsi (Nicolucci A, 2006). Le indagini sulla qualità di vita, infatti, costituiscono un carico professionale che spesso richiede molto tempo (Molin C, et al., 1995). Alcuni strumenti esistenti e validati richiedono personale qualificato per somministrarli e tempistiche eccessivamente dilatate, fino a 20-30 minuti per l'intera compilazione (Higginson IJ, et al., 2001). Questa lunghezza e complessità può essere vista come un problema per i pazienti e gli operatori: la somministrazione ad assistiti stanchi o fisicamente compromessi potrebbe accentuare la loro condizione di malessere (Hagelin

CL, et al., 2007). Inoltre, sono richieste anche risorse e tempi dedicati all'interpretazione del questionario perché si possano fornire rapidamente un punteggio e i risultati (Varricchio CG, et al., 2010).

Ulteriori barriere nella valutazione della qualità di vita sono le situazioni in cui la comunicazione con il paziente è difficoltosa (Hagelin CL, et al., 2007) o in cui la somministrazione può essere vista come un'invasione della *privacy* dei soggetti (Molin C, et al., 1995). Un altro ostacolo determinante per la rilevazione della qualità di vita nelle unità operative è la scarsa conoscenza dell'utilità del costrutto che è ancora emergente e necessita ancora di tempo per diffondersi (Nicolucci A, 2006). Dall'altra parte, l'introduzione delle misure sulla qualità di vita all'interno dell'ambito clinico implica la necessità per gli operatori sanitari di cambiare la loro pratica assistenziale: il cambiamento può essere percepito come una sorta di minaccia, soprattutto se il personale non si sente adeguatamente preparato e teme di poter essere giudicato in modo negativo (Nicolucci A, 2006). Gli atteggiamenti degli infermieri e le loro attitudini nei confronti della qualità di vita sono elementi che influenzano i comportamenti in relazione all'uso degli strumenti nella pratica (Hagelin CL, et al., 2007). Dunque, in questo senso sono fondamentali dei programmi di formazione *ad hoc*: in ambito clinico, il personale infermieristico spesso non è formato per l'utilizzo di strumenti di valutazione della qualità di vita, dato che nei percorsi di laurea e post universitari non viene ancora dedicata attenzione all'indagine della qualità di vita e all'importanza e alle implicazioni che questa può avere sia sull'assistenza sia sul processo di cure degli assistiti (Higginson IJ, et al., 2001).

Qualità di vita e tecnologia

Alcune delle difficoltà relative alla raccolta dei dati riguardanti la qualità di vita possono essere facilmente superate grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie che hanno anche le potenzialità per semplificare le fasi di interpretazione ed elaborazione dei dati (Higginson IJ, et al., 2001). Sono anche utili nelle fasi di *follow up*, per effettuare registrazioni in tempi diversi e per monitorare l'evoluzione delle percezioni riferite dall'assistito. Le nuove tecnologie consentono la rilevazione anche in luoghi differenti, come al domicilio. Possono inoltre prevedere l'utilizzo di notifiche che indichino ai compilatori la necessità di fornire risposte a tutte le domande del questionario, garantendo così la completezza dei dati e agevolando nella compilazione anche le persone con un basso grado di alfabetizzazione o con difficoltà visive ove prevista un'impostazione di lettura automatica (Hacker ED, 2010). L'utilizzo del Computerized Adaptive Testing (CAT) permetterebbe di diminuire la lunghezza dei

questionari, grazie all'indirizzamento a una domanda successiva nei casi in cui la compilazione di un certo *item* fosse superflua (Theofilou P, 2013).

Ciononostante, le nuove tecnologie presentano alcune difficoltà di gestione. Innanzitutto, hanno costi elevati iniziali. In secondo luogo, vi è la necessità di confermare l'affidabilità dello strumento validato in formato cartaceo a seguito della digitalizzazione. Alcuni utenti inoltre potrebbero avere difficoltà nell'utilizzo di apparecchi tecnologici o potrebbero essere restii a inserire i propri dati sensibili in piattaforme online. Infine, potrebbero sopraggiungere problemi tecnici e di connessione che comprometterebbero la raccolta dei dati (Hacker, 2010).

DISCUSSIONE

La qualità di vita è riconosciuta come uno degli obiettivi fondamentali dell'assistenza infermieristica (Plummer M, et al., 2009) e appare in grado di migliorare la comunicazione tra assistito e professionista (Varricchio CG, et al., 2010) contribuendo così a creare una relazione terapeutica più autentica; questo può permettere una pianificazione che sia in accordo con gli obiettivi che l'assistito si pone, che tenga conto degli aspetti della vita percepiti come importanti e delle sue esperienze. Può inoltre responsabilizzare il paziente e aiutarlo, tramite l'educazione, nel processo decisionale autonomo (Starkweather A, 2010). Per queste ragioni, dunque, è possibile affermare che l'integrazione della qualità di vita all'interno della pratica clinica può essere vista come un mezzo per ottenere risultati più soddisfacenti in relazione all'assistenza infermieristica comportando una migliore e più rapida gestione della sintomatologia manifestata, una più profonda comprensione delle sofferenze e delle situazioni di vita vissute dagli assistiti e diventando perciò un valido aiuto per il personale infermieristico, poiché, nel momento in cui si rende necessario formulare piani d'assistenza, questi saranno stesi con maggiore rapidità e certamente più precisi (Hagelin CL, et al., 2007). Conoscere e valutare la qualità di vita dei pazienti, specialmente in particolari aree assistenziali, come l'ambito delle cure palliative e del fine vita, è una necessità che trova giustificazione nel codice deontologico della professione infermieristica, poiché all'infermiere è chiesta la tutela della volontà dell'assistito stesso qualora gli interventi proposti non siano in accordo con la sua concezione di qualità di vita (IPASVI, 2009).

Ciononostante, l'applicazione in ambito clinico presenta alcuni ostacoli quali, per esempio, l'eccessiva lunghezza dei questionari che risultano poco applicabili nella realtà clinica (Higginson IJ, et al., 2001; Hagelin CL, et al., 2007; Varricchio CG, et al., 2010).

CONCLUSIONI

La qualità di vita e la sua rilevazione in ambito clinico può avere grandi potenzialità ma, a tutt'oggi, presenta evidenti criticità da superare che impediscono la sua affermazione. Essa è utile nell'assistenza routinaria e nell'accertamento della funzionalità globale degli assistiti svolta quotidianamente dal personale infermieristico, che potrebbe trarne numerosi vantaggi nella pratica clinica (Mandzuk LL, et al., 2005; Mandzuk LL, et al., 2005; Starkweather A, 2010). Sarebbe quindi utile concentrare l'attenzione delle ricerche future sulla validazione di strumenti brevi e ugualmente validi per l'applicazione clinica e implementare l'utilizzo delle nuove tecnologie disponibili. Queste ultime, infatti, pur presentando alcuni limiti legati ai costi e alla gestione informatica, si sono dimostrate utili nella raccolta ed elaborazione dei dati sulla qualità di vita (Hacker ED, 2010). Infine, i percorsi di formazione accademici e di aggiornamento continuo dovrebbero porre maggiore attenzione a questo costrutto emergente, formare sull'utilità e sull'impatto che ha nel processo di cure, preparare gli infermieri all'utilizzo degli strumenti e incoraggiarli nella loro applicazione clinica, in modo tale da superare, almeno in parte, le barriere culturali ancora presenti (Higginson IJ, et al., 2001).

BIBLIOGRAFIA

- Anderson KL, Burckhardt CS (1999) Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing* 29(2) 298-306.
- Barcaccia B, Esposito G, Matarese M et al (2013) Defining quality of life: a wild-goose chase? *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203.
- Blasi E, Nucera M, Cicatiello C et al (2012) Socio-demographic components of eudemonic well-being: a survey in an Italian province. *Social Indicators Research*, 113(1), 451-470.
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG (2001) Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7296), 1240-1243.
- Carr AJ, Higginson IJ (2001) Are quality of life measures patient centred? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7298), 1357-1360.
- Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR (1996) Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology*, 35(3), 275-281.
- Cummins RA (2005) Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
- Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia, IPASVI (2009) Codice Deontologico dell'Infermiere, articolo 36.
- Hacker ED (2010) Technology and Quality of Life Outcomes. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 47-58.
- Hagelin CL, Wengström Y, Tishelman C et al (2007) Nurses' experiences of clinical use of a quality of life instrument in palliative care. *Contemporary Nurse*, 27(1), 29-38.
- Hendry F (2004) Is Quality of Life a healthy concept? Measuring and Understanding Life Experiences of Older People. *Qualitative Health Research*, 14(7), 961-975.
- Higginson IJ, Carr AJ (2001) Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7297), 1297-1300.
- King CR, Hinds P, Dow KH et al. (2002) The nurse's relationship-based perceptions of patient quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 29(10), E118-126.
- Mandzuk LL, McMillan DE (2005) A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopedic Nursing*, 9(1), 12-18.
- Molin C, Arrigo C (1995) Clinical trials and quality of life assessment: the nurses' viewpoint. *European Journal of Cancer*, 31A(6), S8-10.
- Moons P (2004) Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 275-277.
- Nicolucci A (2006) L'uso dei questionari sulla qualità della vita. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo*, 26(4).
- Northway R, Jenkins R (2003) Quality of life as a concept for developing learning disability nursing practice? *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 57-66.
- Pennacchini M, Bertolaso M, Elvira MM et al. (2011) A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *La Clinica Terapeutica*, 162(3), e99-e103.
- Plummer M, Molzahn AE (2009) Quality of life in contemporary nursing theory: a concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 134-140.
- Sirgy MJ, Michalos AC, Ferriss AL et al. (2006) The Quality-of-Life (QOL) research movement: past present and future. *Social Indicators Research*, 76(3), 343-466.
- Starkweather A (2010) Improving patient-centered medical-surgical nursing practice with quality-of-life assessment. *Official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 19(4), 224-232.
- The World Health Organization Quality of Life assessment, WHOQOL (1995) The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Theofilou P (2013) Quality of Life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Varricchio CG, Ferrans CE (2010) Quality of Life Assessments in Clinical Practice. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 12-17.
- Velardi G (2008) La qualità della vita: evoluzione del concetto. Agenzia Umbria Ricerche, Rapporto Economico Sociale 2007.

Appendice 1. Variabili indagate dalle pubblicazioni e concetti fondamentali analizzati

Variabili	Concetti	Punti di forza	Punti di debolezza
Evoluzione del costrutto di qualità di vita	<ul style="list-style-type: none"> - filosofia moderna ed esistenzialismo - qualità di vita e vita operaia nell'Ottocento - letteratura sociopolitica degli anni cinquanta - usato in medicina, dagli anni sessanta, per il processo decisionale clinico e per le scelte etiche - negli anni settanta diventa parametro di comparazione per l'efficacia delle cure 		
Caratteristiche del costrutto	<ul style="list-style-type: none"> - multidimensionalità - soggettività - dinamicità 		
Applicazione in ambito clinico e infermieristico	Secondo Rizzo Parse, la qualità di vita è un obiettivo fondamentale dell'assistenza e obiettivo comune dell' <i>équipe</i> multidisciplinare.	<ul style="list-style-type: none"> - migliore comunicazione - favorisce l'ottica olistica - migliore presa in carico dell'utente e migliore piano d'assistenza - uso nella promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - carico professionale notevole: richiede tempo e risorse - difficile applicazione nei casi di comunicazione difficoltosa con l'utente - scarsa cultura e conoscenza del costrutto da parte dei professionisti
Qualità di vita e tecnologia	Le nuove tecnologie permettono di superare parte delle barriere sorte nell'applicazione clinica del costrutto di qualità di vita.	<ul style="list-style-type: none"> - facilitano la raccolta dati in tempi e luoghi differenti - utili anche con persone con basso grado di alfabetizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - richiedono un investimento economico ingente - comportano problematiche relative alla <i>privacy</i> - possono verificarsi difficoltà d'uso dei dispositivi elettronici - la validità dei questionari in formato digitale è da verificare

La strutturazione del quesito clinico per reperire le prove di efficacia. Una revisione della letteratura

Giuseppe Lazzari¹, Lorena Salvini², Sara Patella³, Davide Ausili⁴, Stefania Di Mauro⁵

¹Tutor, Corso di laurea in infermieristica, Sezione Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Università degli Studi di Milano Bicocca; ²Tutor, Corso di laurea in infermieristica, Sezione Azienda ospedaliera San Gerardo, Monza, Università degli Studi di Milano Bicocca; ³Infermiera, Unità operativa scompenso cardiaco, Centro Cardiologo Monzino, Milano; ⁴Assegnista di ricerca in Scienze infermieristiche, Dipartimento di medicina e chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca; ⁵Professore associato di Scienze infermieristiche, generali, cliniche e pediatriche, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca.

Corrispondenza: glazzari@hpg23.it

RIASSUNTO

Introduzione Formulare un quesito ben strutturato a partire dalla pratica clinica è un'abilità difficile da acquisire ma è l'elemento chiave per un processo decisionale basato sulle prove di efficacia (*evidence based*). Un quesito clinico ben strutturato prevede quattro elementi: il paziente, la popolazione o il problema (P), l'intervento (I), il confronto (C) e l'esito (O). L'obiettivo della presente revisione della letteratura è di 1) indagare l'origine del *format* PICO 2) conoscere il suo razionale e 3) la sua evoluzione dalle origini a oggi.

Materiali e metodi È stata effettuata una ricerca bibliografica che ha previsto la consultazione delle banche dati The Cochrane Library, PubMed e CINAHL. I titoli, *abstract* e *full-text* delle voci bibliografiche trovate sono stati valutati indipendentemente da due autori. Sono stati inoltre consultati manuali relativi alla pratica basata sulle prove di efficacia (*evidence based practice*) e di metodologia della ricerca al fine di reperire ulteriori informazioni circa la formulazione del quesito clinico e verificare quale fosse il metodo suggerito. Sono inoltre stati contattati esperti di *evidence based practice* riconosciuti a livello internazionale.

Risultati Richardson e collaboratori definiscono nel 1995 le caratteristiche di un quesito clinico ben strutturato nel *format* PICO. Il suo utilizzo può migliorare la specificità e la chiarezza concettuale dei problemi clinici, consente di ricavare più informazioni nella fase che precede la ricerca bibliografica, conduce a strategie di ricerca più articolate, fornisce un numero maggiore di risultati pertinenti e contribuisce a stabilire i criteri per la selezione degli studi da considerare. In letteratura sono disponibili numerose varianti del *format* originario (PICOM, PICOS, PICOT, eccetera), nate nell'ambito delle diverse discipline dell'area sanitaria e socio-sanitaria.

Discussione Le varianti della matrice originaria presentano elementi integrativi, a volte opzionali; tali varianti cercano di includere le prospettive delle diverse professioni e offrono opportunità alternative di articolazione del bisogno informativo. Nonostante il *format* PICO sia comunemente utilizzato e sembri facilitare la ricerca, la sua validità nel rappresentare compiutamente il bisogno informativo clinico o le incertezze non è ancora stata sufficientemente dimostrata. Sono quindi necessari ulteriori studi.

Conclusioni Un quesito clinico ben strutturato può aiutare i clinici a focalizzare il problema e la ricerca di strategie efficaci. Senza un quesito ben formulato, la progettazione e la conduzione di una ricerca diventa un'operazione difficile e dispendiosa che non consente il recupero di informazioni pertinenti e valide.

Parole chiave: evidence-based practice, pratica infermieristica, decisione clinica, *format* PICO, formulazione del quesito, revisione della letteratura

Formulating a clinical question for evidence-based practice. A literature review

ABSTRACT

Introduction The formulation of a well-built clinical question is a difficult skill to learn, yet it is fundamental to the evidence-based decision-making process. It should include four elements: the patient, the problem or the population (P), the intervention (I), the comparison/control (C) and the outcome(s) (O). The aim of this literature review is to 1) identify the origin of PICO template 2) explore its rationale 3) identify its evolution and variants.

Methods A review of the literature through The Cochrane Library, PubMed and CINAHL databases was carried out. Titles, abstracts and full-texts (if available) of the retrieved citations were independently evaluated by two reviewers. Evidence-based practice and research manuals were consulted and internationally recognised experts in evidence-based practice were involved.

Results The PICO framework was introduced in 1995 by Richardson et al. The use of PICO improves the specificity and the clarity of clinical problems, leads to more articulated search strategies, better search results and to identify the appropriate studies for the review. In literature, there are several variant of the original PICO's structure (PICOM, PICOS, PICOT, etc.) which have emerged in different health and social contexts.

Discussion The variations of PICO's structure, with additional and sometimes optional components, aim to satisfy the information needs of different professions and contexts. While PICO is considered useful to improve the research in literature, its validity in the fulfilment of clinicians' information needs has not been demonstrated yet. Further studies are needed.

Conclusions A well-built clinical question can help the practitioners to focus on the main problem and guide the literature research. A poorly constructed question may lead to an unclear research, which prevent to retrieve relevant information.

Keywords: evidence-based practice, nursing practice, clinical decision making, PICO framework, clinical question formulation; literature review.

INTRODUZIONE

La pratica basata sulle prove di efficacia, o *evidence-based practice* (EBP), un movimento culturale che si è progressivamente diffuso a livello internazionale, rappresenta un approccio alla pratica clinica in cui le decisioni risultano dall'integrazione tra l'esperienza del sanitario e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove di efficacia disponibili, mediate dalle preferenze della persona assistita (Sackett DL et al. 1996). Nel corso degli ultimi anni, la definizione di pratica basata sulle prove di efficacia si è progressivamente evoluta fino a riconoscere che il contesto, le circostanze e le risorse disponibili sono una determinante non trascurabile delle decisioni cliniche (Haynes RB et al. 2002; Di Censo A et al. 1998) e che l'esperienza professionale costituisce l'unico fattore che può integrare in maniera equilibrata tutti gli altri elementi (Di Censo A et al. 2005).

Prendere decisioni cliniche è il punto di arrivo di un processo complesso che spesso è incerto. L'incertezza può riguardare diversi aspetti della presa di decisione come, per esempio, la diagnosi del problema di salute fino agli esiti di un trattamento; in tale complessità decisionale, diventa difficile sia considerare tutte le ipotesi che è possibile formulare, sia confrontarle adeguatamente tra loro. La decisione in ambito clinico può essere rappresentata come un *continuum* che va da decisioni semplici e intuitive a decisioni molto complesse e calcolate. Quindi, ogni decisione comporta attività che richiedono un diverso grado di coinvolgimento cognitivo (Pravettoni G et al. 2011; Croskerry P, 2005).

La pratica basata sulle prove di efficacia può aiutare a risolvere le incertezze attraverso l'utilizzo della conoscenza esplicita derivante dalla ricerca. Considerato l'impatto significativo sulla presa in carico delle persone assistite e gli esiti clinici correlati, la com-

petenza nell'erogare un'assistenza sanitaria basata su prove di efficacia viene ormai riconosciuta come un'abilità professionale irrinunciabile e uno *standard* formativo fondamentale per tutte le professioni sanitarie, infermieri inclusi (Dawes M et al. 2005). I professionisti sanitari hanno a che fare quotidianamente con l'esplosione della letteratura scientifica. Una delle principali motivazioni per lo sviluppo di banche dati come PubMed e CINAHL è stata proprio quella di avere un maggiore controllo dell'informazione; tuttavia, questa motivazione rimane realizzata solo in parte perché non si ha un maggiore controllo ma solo un accesso più rapido a una maggiore quantità di informazioni. Questi elementi pongono un'importante sfida al clinico nel reperire in maniera efficiente l'informazione e nell'attuare efficaci strategie di autoapprendimento in cui l'assistenza alla singola persona stimola la ricerca di informazioni che gli consentano di colmare i *gap* di conoscenza.

Una componente fondativa di queste strategie è rappresentata dall'abilità nel formulare domande appropriate e ben costruite, un processo fondamentale che è alla base della pratica clinica quotidiana e uno degli elementi che caratterizzano la competenza professionale (Booth A, 2006). In questa direzione, la letteratura documenta la scarsa frequenza con cui i clinici formulano quesiti durante la pratica e la loro poca qualità e possibilità di risposta (Currie LM et al. 2003; Villanueva EV et al. 2001). A questo proposito, Booth (Booth A, 2005) ha stimato che, in media, i sanitari si pongono due domande ogni tre assistiti valutati e che il 30-60% di questi quesiti non ha risposta: in alcuni casi, questo è dovuto al fatto che chi si pone la domanda non crede che riuscirà a trovare risposta; in altri casi, i quesiti formulati rimangono insoluti per il limitato accesso alle prove di efficacia, alla mancanza di una forma-

zione specifica per interrogare le banche dati ma anche per la difficoltà incontrata nella formulazione del quesito stesso (Ely JW et al. 2002).

Come indicato da Dawes nell'articolo *Sicily statement on evidence-based practice* (Dawes M et al. 2005), il primo passo del processo di pratica basata sulle prove di efficacia prevede che il bisogno di informazioni sia convertito in quesiti strutturati e focalizzati (*foreground question*) e che il professionista sia consapevole delle sue carenze conoscitive; "sapere cosa si ha bisogno di sapere" rappresenta il requisito base per avviare il processo che innesca reazioni positive, come il porre domande e il cercare le risposte. Prima di intraprendere la ricerca bibliografica, un'operazione preliminare e indispensabile è quella di chiarire le caratteristiche e l'ampiezza del quesito, definendolo in tutti i suoi aspetti. Sapere con precisione cosa si sta cercando e avere le idee chiare su che cosa è prioritario trovare e cosa non lo è rappresenta la condizione necessaria, e non sempre ovvia, per arrivare al risultato, consentendo di mettere subito a punto la strategia di ricerca più appropriata per evitare perdite di tempo. Nell'ottica della pratica basata sulle prove di efficacia, a oggi, il modo suggerito per formulare quesiti focalizzati è di strutturarli secondo il *format* PICO, acronimo che indica quattro elementi rappresentati da:

- il paziente, la popolazione o il problema da risolvere (*patient/population/problem, P*);
- l'intervento (*intervention, I*);
- il confronto (*comparison, C*);
- l'esito (*outcome, O*) (Tabella 1).

Considerato che l'intervento può includere l'esposizione a un intervento/trattamento, un test diagnostico o un fattore di rischio, i quesiti clinici formulati secondo il *format* PICO possono essere classificati, anche in ambito infermieristico, in una delle seguenti categorie (Tabella 2):

- eziologia/rischio;
- diagnosi;
- prognosi;
- terapia/trattamento/intervento.

Obiettivo

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è di indagare l'origine e il razionale del *format* PICO e di conoscerne l'evoluzione dalle sue origini a oggi.

MATERIALI E METODI

E' stata effettuata una ricerca bibliografica che ha previsto la consultazione delle banche dati The Cochrane Library, PubMed e CINAHL, tra dicembre 2013 e febbraio 2014. La strategia di ricerca ha

Tabella 1. Significato dell'acronimo PICO (Chiari P et al. 2011, modificato)

P	paziente/popolazione/ problema (<i>patient/ population/problem, P</i>)	(paziente/popolazione) "Come descriverei un gruppo di pazienti simili al mio?" Bilanciare la precisione con la brevità; essere specifici e concisi in questa fase può giovare alla ricerca (fascia d'età, sesso, eccetera) ma va tenuto presente che se la ricerca è troppo ristretta si possono perdere contributi importanti (problema) "Quale è il problema che presenta il paziente?" Il problema e l'esito che lo riguarda devono essere in relazione
I	intervento (<i>intervention, I</i>)	"Quale intervento principale sto prendendo in considerazione?" E' necessario riflettere su cosa si sta considerando di fare in relazione al paziente e al suo problema. L'intervento può includere l'esposizione a un intervento/trattamento, un test diagnostico o un fattore di rischio. Si consiglia di essere specifici quando si descrive un intervento
C	confronto (<i>comparison, C</i>)	"Quale è la principale alternativa da comparare all'intervento prescelto?" o "Che cosa fareste se non metteste in atto l'intervento?" Potrebbe essere "niente" oppure l'assistenza <i>standard</i> che già esiste
O	esito (<i>outcome, O</i>)	"Che cosa si spera di ottenere?" o "Che cosa può realmente produrre questo intervento?" L'esito deve essere speculare al problema e va descritto come l'obiettivo dell'intervento che si considera (per esempio, ridurre o eliminare eventi avversi o migliorare una condizione). E' necessario essere specifici

Tabella 2. Le diverse tipologie di quesito (GIMBE, 2012, modificato)

Eziologia/ rischio	Individuare le responsabilità di un fattore nel determinismo di una condizione di rischio: “Qual è la responsabilità eziologica del fattore di rischio X nell’insorgenza della condizione Y?”
Diagnosi	Definire la <i>performance</i> di un test diagnostico: “Quale è l’accuratezza del test diagnostico X, rispetto al <i>gold-standard</i> Y, nella diagnosi della condizione Z?”
Prognosi	“Qual è la storia naturale della condizione X e la potenza dei fattori prognostici?”
Terapia/ trattamento/ intervento	Valutare l’efficacia di un intervento assistenziale di natura tecnica, relazionale o educativa: “Quale è l’efficacia del trattamento X (preventivo, terapeutico o riabilitativo) rispetto al trattamento Y, nella condizione Z?”

previsto l’utilizzo di termini sia controllati sia liberi combinati con gli operatori booleani “AND” e “OR”, senza porre limiti temporali all’interrogazione né alla lingua di pubblicazione (Tabella 3).
Per essere considerati pertinenti, e quindi eleggi-

bili per la revisione, i documenti dovevano essere di natura metodologica e formativa, riguardare la strutturazione del quesito clinico, fare riferimento al *format* PICO, al rationale dei suoi quattro elementi costitutivi e alla sua origine ed evoluzione.

Tabella 3. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave
PubMed	(Pico) AND “Evidence-Based Practice”[Mesh] (Pico question) AND “Decision Making”[Mesh] (Pico question) AND “Evidence-Based Practice”[Mesh] ((Pico question) AND “Evidence-Based Practice”[Mesh] AND “Decision Making”[Mesh]) ((Pico) AND (“Information Storage and Retrieval/methods”[Mesh] OR “Information Storage and Retrieval/standards”[Mesh] OR “Information Storage and Retrieval/trends”[Mesh])) AND “Evidence-Based Practice”[Mesh] ((“Evidence-Based Medicine”[Mesh]) AND “Decision Making”) AND (“Abstracting and Indexing as Topic/Methods”[Mesh]) ((Pico question) AND (“Information Storage and Retrieval/methods”[Mesh] OR “Information Storage and Retrieval/standards”[Mesh] OR “Information Storage and Retrieval/trends”[Mesh])) AND “Evidence-Based Nursing”[Mesh] ((Pico question) AND (“Information Storage and Retrieval/methods”[Mesh] OR “Information Storage and Retrieval/standards”[Mesh] OR “Information Storage and Retrieval/trends”[Mesh])) AND “Evidence-Based Medicine”[Mesh] ((Pico question) AND (“Abstracting and Indexing as Topic/Methods”[Mesh] AND “Databases, Factual”[Mesh])
CINAHL	Pico Pico question (MH “Decision Making, Clinical/MT”) AND (MH “Computerized Literature Searching/MT”) (MH “Decision Making, Clinical/MT”) AND (MH “Nursing Practice, Evidence-Based”) (MH “Information Retrieval/MT”) AND (MH “Nursing Practice, Evidence-Based”) (PICO question) AND (MH “Research Question”) (MH “Information Storage/MT”) AND (MH “Computerized Literature Searching/MT”) (MH “Abstracting and Indexing”) AND (MH “Computerized Literature Searching/MT”) (MH “Nursing Practice, Evidence-Based”) AND (MH “Computerized Literature Searching/MT”) (MH “Computerized Literature Searching/MT”) AND (clinical question) (MH “Decision Making, Clinical”) AND (MH “Computerized Literature Searching/MT”)

I titoli e gli *abstract* delle voci bibliografiche sono stati valutati indipendentemente dal primo e dal terzo autore che hanno selezionato gli articoli da reperire in versione integrale; questi, a loro volta, sono stati valutati con la stessa modalità ricercando nel testo riferimenti, citazioni o rimandi al *format* PICO e alla sua origine. Nel caso in cui si fosse trovata una citazione o un rimando a una fonte di interesse, si è proceduto in maniera retrospettiva al recupero del documento e alla sua analisi.

Sono stati inoltre consultati manuali relativi alla pratica basata sulle prove di efficacia e sulla metodologia della ricerca al fine di reperire ulteriori informazioni circa la formulazione del quesito clinico e verificare quale fosse il *format* suggerito. Sono inoltre stati contattati degli esperti di *evidence-based practice* quali Ciliska, Cullum, Di Censo e Rosenberg, per un parere in merito al *format* PICO.

RISULTATI

Sono state reperite 177 voci bibliografiche che, dopo l'eliminazione dei documenti duplicati (47) e non pertinenti (90), sono state ridotte a 40. I manuali consultati sono stati 13 (Polit DF et al. 2014; Chiari P et al. 2006, 2011; Sironi C, 2010; Corrao S, 2007; Heneghan C et al. 2007; Di Censo A et al. 2005; Pomponio G et al. 2005; Craig JV et al. 2002; Hamer S et al. 2002; McKibbin A et al. 2000; Muir Gray JA, 1999; Sackett D et al. 1998).

La ricerca bibliografica ha messo immediatamente in luce che la letteratura disponibile è rappresentata da un *corpus* di contributi altamente eterogenei per contenuti; sono presenti in gran numero le revisioni narrative e sistematiche della letteratura di taglio clinico che partono da un problema convertito in quesito utilizzando il *format* PICO (non incluse nel presente lavoro); a seguire, i contributi di taglio metodologico/formativo e quelli più recenti, di tipo sperimentale, finalizzati a valutare la specificità e la sensibilità del *format* PICO nella ricerca di risposte rilevanti e precise. Le indicazioni reperite in letteratura verranno di seguito presentate considerando l'origine, il razionale e l'evoluzione del *format* PICO.

L'origine

Già nel 1993, nel primo numero della serie *Users' guides to the medical literature*, una delle più note pubblicazioni apparse su Journal of the American Medical Association, Oxman, Sackett, Guyatt e l'Evidence-Based Medicine Working Group (Oxman AD et al. 1993) affermavano che i quesiti clinici dovevano essere formulati chiaramente per poter garantire risposte chiare e che la maggioranza di essi poteva essere strutturata prevedendo una relazione

tra il paziente, un'esposizione (a un trattamento, a un test diagnostico o a un potenziale rischio) e uno o più esiti specifici di interesse. Nel 1994, lo stesso Oxman e collaboratori (Oxman AD et al. 1994), nel quarto numero della medesima serie, avevano specificato che i criteri da utilizzare per selezionare le revisioni sistematiche della letteratura reperite per rispondere al quesito clinico formulato, dovrebbero riguardare i pazienti, l'esposizione e gli esiti di interesse.

Nel 1995, Rosenberg e Donald (Oxman AD et al. 1994) riprendono la questione e specificano che i quesiti possono riguardare la diagnosi, la prognosi, il trattamento, il danno iatrogeno, la qualità dell'assistenza sanitaria o i costi correlati. In qualsiasi caso, il quesito dovrebbe essere il più specifico possibile, includendo la tipologia di paziente, l'intervento e l'esito clinico.

E' nell'editoriale pubblicato nel 1995 su *ACP Journal* che Richardson e collaboratori (Richardson SW et al. 1995) contribuiscono più di tutti a definire in maniera organica le caratteristiche di un quesito clinico ben strutturato; essi sostengono che la domanda dovrebbe essere formulata in maniera tale da facilitare la ricerca di una risposta precisa. Al fine di raggiungere tale obiettivo, il quesito dovrebbe essere focalizzato e ben articolato in quattro parti "anatomiche": il paziente o il problema a cui è indirizzato, l'intervento o l'esposizione considerati, il confronto o l'esposizione, quando rilevante, e gli esiti clinici di interesse. Gli stessi autori suggerirono in maniera empirica il punto di partenza della formulazione del quesito, cioè il prestare attenzione alle domande che sorgono durante la pratica chiedendosi a quale tipologia appartengono (diagnosi, prognosi, terapia/trattamento, prevenzione, educazione) e di scriverle articolandole nei loro quattro elementi.

Nel 1998 Sackett e collaboratori (Sackett D et al. 1998) tracciano in maniera più chiara le aree da cui possono sorgere i quesiti identificando gli "otto compiti centrali del lavoro clinico" (risultati clinici, eziologia, diagnosi differenziale, esami diagnostici, prognosi, terapia, prevenzione e aggiornamento) e osservano che, affinché ne possano beneficiare sia il clinico sia la persona assistita, i quesiti stessi devono essere formulati in maniera tale da indirizzare la ricerca verso risposte rilevanti e precise. Confermando il lavoro di Richardson e collaboratori (Richardson SW et al. 1995) essi sostengono che i quesiti clinici ben formulati contengono quattro elementi che sono: il paziente o il problema da risolvere, il tipo di intervento, sia esso spontaneo o relativo al disegno clinico (una causa, un fattore prognostico, un trattamento, eccetera), un confronto tra i due

interventi, se esso appare rilevante (in caso contrario l'acronimo diventa PIO), e l'esito clinico o gli esiti di interesse.

Nel 1998 Flemming (Flemming K, 1998), con Di Censo e collaboratori (Di Censo A et al. 1998), sul secondo numero di *Evidence-based Nursing* dedica un intero articolo alla formulazione dei quesiti clinici estendendo i principi della medicina basata sulle prove di efficacia all'ambito infermieristico. Flemming individua tre componenti fondamentali che sono:

- la situazione, che identifica il paziente o il problema da risolvere;
- l'intervento, che può essere terapeutico, preventivo, diagnostico o di taglio organizzativo;
- l'esito a cui si è interessati;
- l'intervento di confronto, se necessario, come alternativa da comparare all'intervento prescelto.

Nonostante i numerosi contributi che si sono susseguiti dal 1993 a oggi, tutte le fonti convergono sostanzialmente sul lavoro di Richardson e collaboratori (Richardson SW et al. 1995). In Appendice 1, a pagina e104, è riportato il dettaglio dell'analisi dei documenti più salienti che rappresentano solo una minima parte di una serie di fonti molto articolate; per ciascun riferimento sono richiamate le rispettive citazioni, incluse quelle reperite attraverso l'analisi retrospettiva delle fonti.

Anche i lavori che non citano direttamente il lavoro di Richardson e collaboratori (Richardson SW et al. 1995) rimandano ad altri lavori che a loro volta lo riportano; essi sono quindi stati i primi autori a utilizzare l'acronimo PICO, così come confermato dal confronto diretto con Ciliska, Cullum, Di Censo e Rosenberg (Ciliska D, 2013; Cullum N, 2013; Di Censo A, 2013; Rosenberg W, 2013).

Il razionale

Hoogendam e collaboratori (Hoogendam A et al. 2012), riprendendo il lavoro di Strauss (Strauss SE et al. 2005), ribadiscono che il *format* PICO è utile per migliorare la formulazione dei quesiti clinici. La focalizzazione della domanda, come già sottolineavano Oxman e collaboratori nel 1993 (Oxman AD et al. 1993), orienta la ricerca bibliografica e fornisce gli elementi guida per reperire e valutare la pertinenza della letteratura in funzione al quesito. La focalizzazione della domanda può inoltre migliorare la condivisione dei problemi degli assistiti con i colleghi, ottimizzare la scarsa disponibilità di tempo per reperire informazioni utili a soddisfare il fabbisogno informativo e aiutare gli studenti ad apprendere le abilità per garantirsi un adeguato aggiornamento professionale al termine degli studi (Booth A, 2006).

Nel rispondere a un quesito clinico o nella conduzione di una revisione sistematica della letteratura, gli elementi chiave che compongono il *format* PICO contribuiscono a stabilire i criteri per la selezione degli studi da considerare. In generale, più è precisa l'individuazione degli elementi della domanda, più la revisione sarà focalizzata sul problema. Secondo Menzies (Menzies D, 2011), la formulazione di un quesito non chiaramente focalizzato può creare problemi nella definizione della strategia di ricerca bibliografica, dato che il quesito stesso fornisce i termini che individuano con precisione l'argomento in questione (Tugwell PS et al. 2011; Miller SA et al. 2001).

Un quesito clinico viene considerato focalizzato quando la domanda è rilevante e specifica (Goodare H et al. 1995; Smith R, 1996). La specificità è correlata al rispetto di criteri che consentono che lo stesso quesito possa essere sezionato in frammenti (Counsell C, 1997). Ogni frammento contribuisce alla demarcazione di un'area di studio e consiste in almeno quattro dimensioni: i soggetti sui quali lo studio è stato condotto, l'intervento di interesse, l'elemento di comparazione rispetto al quale l'intervento è stato valutato e gli esiti (*outcome*) (Sackett D et al. 1998; Counsell C, 1997; Richardson SW et al. 1995).

Gli elementi del *format* PICO possono essere quindi direttamente tradotti in parole chiave e in termini controllati utili per costruire la strategia di ricerca bibliografica (Cooke A et al. 2012; Jacqmin N, 2012; Timm DF et al. 2012; Wilton N et al. 2012; Davies KS, 2011; Schardt C et al. 2007; Da Costa Santos CM et al. 2007; Akobeng AK, 2005; Cuce Nobre MR et al. 2003; Stone PW, 2002; Villanueva EV et al. 2001; Flemming K, 1998; Mulrow C et al. 1997; Snowball R, 1997). Ciò facilita la consultazione delle banche dati consentendo la combinazione dei risultati di ciascuna interrogazione (Caldwell PHY et al. 2012), massimizzando il recupero delle prove di efficacia ed evitando interrogazioni inutili (Elkins MY, 2010; Santos CM et al. 2007; Akobeng AK, 2005; Cuce Nobre MR et al. 2003; Flemming K, 1999).

Una buona formulazione del quesito determina inoltre i criteri che verranno utilizzati per selezionare la tipologia degli studi da includere nella revisione (Engberg S et al. 2007; Fineout-Overholt E et al. 2005; Stone PW, 2002); infatti, se il quesito valuta l'efficacia di un trattamento/intervento, sarà necessario reperire studi clinici controllati e randomizzati, mentre una metasintesi di studi qualitativi fornirà la risposta migliore se il quesito riguarderà il significato o il vissuto di un assistito relativamente a un'esperienza correlata a una specifica condizione di salute (Fineout-Overholt E et al. 2005).

L'utilizzo del *format* PICO contribuisce a migliorare la specificità e la chiarezza concettuale dei problemi clinici, consente di ricavare più informazioni nella fase che precede la ricerca bibliografica e conduce a strategie di ricerca più articolate che possono fornire un numero maggiore di risultati pertinenti (Price CP et al. 2013; Haroon M et al. 2010; Huang Xiaoli MLS et al. 2006; Cheng GY, 2004; Miller SA et al. 2001; Booth A et al. 2000). Infatti, gli elementi del *format* PICO si trovano di frequente negli *abstract* dei lavori scientifici, rendendo più facile la loro identificazione; di conseguenza, l'utilizzo del *format* facilita la ricerca di risposte precise tra le numerose citazioni bibliografiche contenute all'interno delle banche dati (Schardt et al. 2007).

A oggi, il *format* PICO rappresenta la struttura migliore per formulare un quesito clinico; la Cochrane Collaboration (Higgins JPT et al. 2011), il Centre for Review and Dissemination dell'Università di York (CRD, 2009) e le agenzie e società scientifiche che sviluppano linee guida e raccomandazioni cliniche secondo il metodo GRADE lo hanno adottato come cornice di riferimento per la definizione della domanda ai fini della conduzione di revisioni sistematiche della letteratura di tipo quantitativo (Guyatt GH et al. 2011; De Palma R et al. 2009; Schunemann HJ et al. 2008).

L'evoluzione

Dalla prima sistematizzazione del *format* PICO, pubblicata da Richardson e collaboratori (Richardson SW et al. 1995), che identifica le quattro parti anatomiche di una domanda ben strutturata, negli ultimi anni è andato nascendo e sviluppandosi un interesse sempre maggiore verso gli aspetti metodologici della formulazione di quesiti clinici ai quali poter rispondere. Ciò ha portato a varianti della matrice originaria che, pure ricalcando la struttura di base, presentano alcuni elementi integrativi, a volte opzionali.

Tali alternative sono nate dalla consapevolezza che non tutti i quesiti clinici sono compatibili con la prospettiva specificamente quantitativa del *format* PICO, considerata la necessità di includere anche variabili specifiche e più rappresentative dei bisogni informativi delle altre scienze della salute e sociali (Kloda AL et al. 2013; Davies KS, 2011).

Le varianti vengono descritte brevemente nel prosieguo del lavoro in funzione della tipologia di quesito (quantitativo o qualitativo e misto) per il quale il *format* viene utilizzato. Le varianti sono riportate anche in Appendice 2 a pagina e108, in ordine cronologico, dove sono indicati i metodi, i relativi elementi costitutivi e degli esempi.

La prospettiva quantitativa

PICOS

Al *format* PICO originale, Counsell (Counsell C, 1997) ha aggiunto la variabile "S", ovvero il disegno di studio (*study design*), ottenendo l'acronimo PICOS. Secondo l'autore, questa formulazione aiuta a chiarire i criteri che gli studi primari devono soddisfare per essere inclusi nella revisione. Ognuna delle cinque componenti deve essere attentamente definita per trovare un giusto equilibrio tra una definizione troppo specifica per essere utilizzabile e una troppo generica per essere utile.

PICOT

Nel 2005, Fineout-Overholt e collaboratori (Fineout-Overholt E et al. 2005) hanno proposto il *format* PICOT, di cui il quinto elemento, opzionale, è rappresentato dall'arco temporale (*timeframe*, T), che si riferisce alle variabili di tempo come, per esempio, la durata della somministrazione dell'intervento o il momento in cui l'esito dovrebbe essere misurato.

PICOC

Petticrew e Roberts (Petticrew M et al. 2005) hanno proposto il *format* PICOC, dove "C" sta per contesto (*context*), ovvero dove si verifica il problema e dove viene effettuato l'intervento.

EPICOT+

Considerata l'esigenza di rendere omogenee le metodologie con cui gli autori di linee guida e revisioni sistematiche, una volta delimitate le aree grigie, forniscono raccomandazioni sulla necessità di ulteriore ricerca e strutturano le relative proposte, nel 2006 Brown e collaboratori (Brown P et al. 2006) suggeriscono il *format* EPICOT+. Esso è composto da sei elementi; oltre ai quattro originali del *format* PICO, troviamo l'evidenza (*evidence*, E), che indica la revisione sistematica delle prove disponibili in quel momento e che ogni quesito di ricerca deve prevedere, e il *time stamp* (T), ovvero la data in cui è stata effettuata l'ultima ricerca bibliografica. Gli autori propongono inoltre alcuni elementi opzionali, identificati dal "+", per rendere il *format* proposto più flessibile:

- il carico della malattia (*disease burden*, D), che può essere riferito alla prevalenza locale di una malattia/condizione o al suo impatto economico;
- la puntualità (*timeliness*, T), che riguarda alcune specifiche temporali correlate agli elementi *core* (l'età media della popolazione, la durata della somministrazione dell'intervento e del confronto, la durata del *follow-up*);

- la tipologia dello studio (*study type*, S), che si riferisce al disegno di studio più appropriato per rispondere al quesito.

PESICO

Il *format* PESICO (Schlosser RW et al. 2007) è stato specificamente strutturato per l'ambito relativo ai disturbi del linguaggio (comunicazione aumentativa e alternativa) e alla terapia occupazionale. Oltre agli elementi base del *format* PICO, esso prevede elementi aggiuntivi che forniscono dettagli rilevanti per rispondere a quesiti specifici di questo ambito:

- la persona (*person*, P), che rappresenta la popolazione di interesse coinvolta nella decisione che deve essere presa e il problema che deve essere risolto;
- l'ambiente (*environment*, E), che identifica il contesto in cui il problema si verifica;
- gli *stakeholder* (S), elemento che descrive il punto di vista delle persone coinvolte (per esempio, l'*équipe* sanitaria, la famiglia o le persone significative) nei confronti del problema, dell'intervento o dell'esito;
- l'intervento (*intervention*, I), che indica l'iniziativa proposta per modificare, verso la direzione desiderata, i comportamenti o le attitudini delle persone;
- il confronto (*comparison/intervention/exposure*, C), che identifica la principale alternativa da comparare all'intervento prescelto;
- l'esito (*outcome*, O).

PICOTT

PICOTT, proposto da Schardt e colleghi (Schardt C et al. 2007), prevede due elementi integrativi che sono rappresentati dal tipo di quesito (*type of question*, T), ovvero la tipologia di quesito in cui il problema clinico deve essere convertito (terapia, diagnosi, prognosi, eziologia e rischio), e il tipo di studio (*type of study*, T), riferito al disegno di studio più appropriato per rispondere al quesito formulato. Le due "T" fanno riferimento alle *clinical queries* di PubMed (PubMed for Handhelds) che aiutano a reperire le citazioni bibliografiche di interesse mettendo in relazione il tipo di quesito con il disegno di studio più appropriato per la sua risposta. Le *clinical queries* sono basate sul lavoro dell'Hedges Study Team della McMaster University, che ha dimostrato che l'utilizzo delle due "T" aggiuntive contribuisce a migliorare l'efficacia e l'efficienza delle interrogazioni (Wilczynski NL et al. 2002).

PECODR

Nello stesso anno Dawes e collaboratori (Dawes M et al. 2007) propongono il *format* PECODR, affer-

mando, sulla scorta dei risultati di un lavoro condotto su 20 sinossi delle sintesi pubblicate sulla rivista *Evidence-Based Medicine* e i rispettivi *abstract* in versione originale, che la maggioranza degli elementi chiave di un quesito strutturato secondo il *format* PECODR riflette la struttura degli *abstract* degli studi primari e delle revisioni sistematiche disponibili in PubMed. PECODR è costituito da sei elementi che modificano e integrano il *format* PICOT con i seguenti elementi:

- l'esposizione (*exposure*, E), in sostituzione della variabile intervento (*intervention*, I), per consentire l'inclusione di differenti tipi di studio, come gli studi caso-controllo e di coorte in aggiunta a studi clinici controllati e randomizzati;
- la durata (*duration*, D), in sostituzione della variabile "T", si riferisce alla durata del trattamento e/o all'intervallo di tempo entro cui valutare gli esiti;
- i risultati (*results*, R).

PIPOH

La struttura PIPOH (ADAPTE Collaboration, 2009) è specificamente pensata per sviluppare e adattare, nel contesto locale, le linee guida relative all'ambito oncologico. Secondo gli autori, PIPOH supporta il *panel* di esperti nell'identificazione di quesiti clinici specifici che forniranno risposte utili a favorire l'applicabilità della linea guida nel contesto. Le cinque variabili previste da questo *format* sono:

- la popolazione (*population*, P), che identifica la popolazione di assistiti di interesse, le caratteristiche, la condizione o la patologia (per esempio, le donne a rischio di tumore al collo dell'utero, a esclusione delle donne HIV positive o con displasia del collo dell'utero);
- l'intervento (*intervention*, I), che può includere l'esposizione a un intervento/trattamento, un test diagnostico e/o un fattore di rischio;
- i professionisti/operatori sanitari (*professionals*, P), che identifica i profili a cui la linea guida è indirizzata (per esempio, medici di base, infermieri, ostetriche, eccetera);
- gli esiti (*outcome*, O), ovvero gli esiti degli assistiti (per esempio, la sopravvivenza, il miglioramento della qualità di vita, eccetera), quelli relativi ai sistemi organizzativi (per esempio, la diminuzione della variabilità nella pratica circa il rispetto degli intervalli di tempo per l'effettuazione dello *screening*) o gli esiti che riguardano la salute pubblica (per esempio, la diminuzione dell'incidenza del tumore al collo dell'utero);
- contesto di cura (*health care setting*, H), indica il contesto sanitario in cui la linea guida verrà implementata.

PICOM

Proposto da Chiari e collaboratori (Chiari P et al. 2011), il *format* ricalca interamente la struttura PICO, integrando la variabile metodo (*method*, M) a indicare la tipologia di studio più appropriata per rispondere al quesito come, per esempio, linee guida, revisioni sistematiche della letteratura, studi clinici controllati randomizzati, studi di coorte, studi caso-controllo, eccetera.

La prospettiva qualitativa e mista

Il *format* PICO non rappresenta la strategia ottimale per effettuare sintesi di prove di ricerca qualitativa dato che quest'ultima cerca di comprendere il "come" e il "perché" di certi comportamenti, decisioni ed esperienze individuali e non "quanto" è l'effetto di una specifica variabile o "quale è" la relazione tra due variabili specifiche (Ausili D et al. 2010). Nonostante la guida Cochrane per la conduzione di revisioni sistematiche di tipo qualitativo non indichi adeguate alternative al *format* PICO (Higgins JPT et al. 2011), la Cochrane Library propone il *format* PO nel caso in cui i quesiti riguardino i fenomeni correlati alla clinica. Queste domande di solito prevedono le variabili popolazione (*population*, P) ed esito (*outcome*, O) ma non l'intervento o il confronto; tuttavia, Ciliska (Ciliska D, 2013) avverte che il vissuto esperienziale e la comprensione del significato/essenza di un'esperienza umana non rappresentano un esito. Secondo Cooke e collaboratori (Cooke A et al. 2012), i limiti riconosciuti del *format* PICO per la sintesi di prove qualitative includono il fatto che unendo le due componenti più comunemente utilizzate, ovvero la popolazione (P) e l'intervento (I), si recupereranno principalmente riferimenti bibliografici relativi alla ricerca quantitativa; di conseguenza, il revisore avrà la necessità di selezionare ulteriormente i risultati bibliografici per individuare gli studi qualitativi di interesse. Inoltre, il confronto (C) risulta essere irrilevante, dato che in genere non fa parte della domanda di ricerca qualitativa mentre sia l'intervento (I) sia l'esito (O) potrebbero avere bisogno di essere modificati per adattarsi al paradigma qualitativo. Pertanto, secondo Cooke e collaboratori (Cooke A et al. 2012), l'utilizzo del *format* PICO per le domande di ricerca qualitativa potrebbe diventare un esercizio soggettivo, piuttosto che uno strumento sistematico, come nel caso di quesiti di tipo quantitativo. Per tali motivi gli autori propongono il *format* SPIDER:

- il campione (*sample*, S), ovvero il gruppo di partecipanti arruolato nella ricerca di tipo qualitativo;
- il fenomeno di interesse (*phenomenon of interest*, PI);
- il disegno dello studio (*design*, D);

- la valutazione (*evaluation*, E), in sostituzione all'elemento esito, indica che gli esiti nell'ambito della ricerca qualitativa possono risultare meno osservabili rispetto a quelli della ricerca quantitativa (per esempio, i punti di vista, le attitudini, eccetera);
- la tipologia di ricerca (*research type*, R) indica le tre tipologie di ricerca che possono essere ricercate (approccio qualitativo, quantitativo e misto).

PEO e PEOT

Dato che l'incertezza del clinico potrebbe riguardare non solo gli aspetti strettamente quantitativi ma anche le esperienze delle persone assistite o il significato che hanno per queste ultime, il quesito potrebbe riferirsi più a una situazione/circostanza piuttosto che a un intervento; in questa direzione nel 2003 Khan e collaboratori (Bettany-Saltikov J, 2012) propongono il *format* PEO costituito dai seguenti elementi:

- la popolazione e il problema (*population and problem*, P), che descrive la popolazione di interesse che presenta uno specifico problema;
- l'esposizione (*exposure*, E), che indica la situazione in cui la popolazione si trova coinvolta;
- gli esiti o i temi (*outcomes or themes*, O) che rappresentano l'esperienza della popolazione in esame e che si vuole conoscere.

Khan e collaboratori suggeriscono anche l'aggiunta al *format* dell'elemento "T" (PEOT) per specificare la tipologia del disegno di studio che è necessario reperire per rispondere al quesito.

PS

Di Censo e collaboratori (Di Censo A et al. 2005, 2013) sostengono che, nel caso in cui si sia interessati alla scoperta di significati piuttosto che di relazioni causa-effetto fra variabili, può essere utilizzato il *format* PS, costituito dagli elementi popolazione (*population*, P), che descrive le persone assistite, le famiglie e comunità con uno specifico problema di salute, e l'elemento situazione (*situation*, S) che indica la condizione o l'esperienza che si vuole conoscere di più. I quesiti strutturati con il *format* PS possono riguardare il vissuto e il modo in cui le persone assistite, o quelle significative per queste ultime, organizzano la loro vita in particolari circostanze (per esempio, come viene elaborato il processo di adattamento a una diversa condizione di salute o dopo una diagnosi di malattia).

CIMO

Denyer e collaboratori (Denyer D et al. 2008) hanno introdotto il *format* CIMO per cercare di rispondere

a quesiti inerenti all'ambito di studio dell'organizzazione e della gestione, considerata la crescente enfasi data al ruolo dei *manager* e dei *policy maker* nell'ambito dell'organizzazione sanitaria e la necessità di supportare chi ha responsabilità decisionali, in maniera tale che le decisioni siano ispirate a un'attenta valutazione delle informazioni scientifiche disponibili. Ciò ha portato a una rivalutazione della ricerca qualitativa, integrata con quella quantitativa, per migliorare le conoscenze sui determinanti della salute e cercare di dare risposte a quesiti come, per esempio: "Perché i clinici adottano certe innovazioni la cui efficacia non è stata dimostrata mentre, al contrario, non usano certi interventi di documentata qualità?".

Il *format* CIMO prevede un contesto problematico (*context*, C) per cui viene suggerito un certo tipo di intervento (*intervention*, I), per produrre, attraverso meccanismi generativi specifici (*mechanism*, M), l'esito previsto (*outcome*, O).

ECLIPSE

Anche il *format* ECLIPSE di Wildridge e Bell (Wildridge V et al. 2002), progettato a partire dalla struttura originaria del *format* PICO, cerca di rispondere a quesiti relativi al *management* in ambito sanitario e sociale.

Il *format* è stato pensato per supportare coloro che rivestono ruoli manageriali e prevede 7 elementi:

- l'aspettativa (*expectation*, E), che indica il miglioramento o l'innovazione attesa per cui l'informazione viene ricercata (per esempio, il miglioramento della fase di dimissione dall'ospedale);
- il campione (*client group*, C), che rappresenta la popolazione di assistiti di interesse;
- il contesto/luogo (*location*, L);
- l'impatto (*impact*, I), che, analogamente all'esito, indica quale è il cambiamento atteso nel servizio e come si intende misurare;
- i professionisti/operatori (*professionals*, P), ovvero i profili coinvolti;
- il servizio (*service*, SE), che si riferisce alla tipologia di servizio per cui si sta cercando l'informazione (per esempio, i servizi ambulatoriali o le strutture gestite e organizzate completamente da infermieri come le *nurse-led clinic* o le strutture *low care*).

SPICE

Considerata l'importanza che la formulazione del quesito riveste per la pratica basata sulle prove di efficacia e l'indispensabile supporto fornito ai clinici dai *librarian* per il reperimento delle risposte, Booth (Booth A, 2006) ha esteso l'utilizzo del *format* PICO

alla biblioteconomia, campo di indagine che va dallo studio dell'acquisizione dei beni librari o di risorse informative alla loro catalogazione, indicizzazione e conservazione, coniando l'acronimo SPICE. Il *format* SPICE comprende i seguenti elementi:

- il contesto (*setting*, S), che risponde alla domanda "dove?";
- la prospettiva (*perspective*, P), che risponde alla domanda "per chi?";
- l'intervento (*intervention*, I) che risponde alla domanda "cosa?";
- il confronto (*comparison*, C) che risponde alla domanda "confrontato con che cosa?";
- la valutazione (*evaluation*, E) che risponde alla domanda "con quali risultati?".

Il *format* SPICE, sviluppato nel contesto della biblioteconomia *evidence based*, è stato successivamente adottato dal Joanna Briggs Institute per le revisioni sistematiche di tipo qualitativo (Booth A, 2006).

DISCUSSIONE

Sino dalla sua comparsa nel 1995, il *format* PICO è mutato nei suoi elementi costitutivi; tale cambiamento sembra essere avvenuto parallelamente all'estensione del concetto di medicina basata sulle prove di efficacia (*evidence based medicine*) alle diverse discipline dell'area sanitaria e socio-sanitaria che hanno abbracciato questa proposta metodologica declinandola nel proprio specifico contesto professionale (Casati M, 2005). Ciò ha portato a varianti della matrice originaria che presentano elementi integrativi, a volte opzionali; tali varianti cercano di includere le prospettive delle diverse professioni e offrono opportunità alternative di articolazione del bisogno informativo, anche se va considerato che tali strutture non possono essere completamente esaustive nella descrizione di tutte le sue tipologie (Kloda AL et al. 2013).

Da un'analisi dei diversi manuali relativi alla metodologia della ricerca e/o alla pratica basata sulle prove di efficacia, delle principali banche dati di letteratura sanitaria (TripDatabase, The Cochrane Library e PubMed), dei siti Internet di numerose università prevalentemente statunitensi, canadesi ed europee (selezionate nell'elenco "Top University Ranking 2012"), di centri *evidence-based practice*, agenzie governative e società scientifiche internazionali e nazionali, il *format* PICO risulta essere il più conosciuto e diffuso per la formulazione del quesito clinico (Patella S, 2012) e, a oggi, quello suggerito per migliorare le interrogazioni in ambito clinico (*clinical query*).

I sostenitori della pratica basata sulle prove di ef-

ficacia affermano che l'utilizzo del *format* PICO, per convertire bisogni informativi specifici in quesiti ai quali poter rispondere, può supportare i clinici nell'identificazione delle risposte ai quesiti stessi (Richardson SW et al. 1995).

Sebbene la definizione di quesiti clinici strutturati rappresenti il cardine della pratica basata sulle prove di efficacia, la traduzione dell'incertezza nelle domande rimane il concetto più difficile da insegnare e un'abilità complessa da acquisire, come ha ben sottolineato Rosenberg (Rosenberg W, 2013). In merito, Huang e collaboratori (Huang KC et al. 2013) hanno evidenziato che, dall'analisi della completezza strutturale di 59 quesiti clinici inerenti all'ambito delle cure primarie, appena due contenevano tutti e quattro gli elementi del metodo, mentre solo il 37% presentava sia l'intervento sia il confronto, a conferma delle difficoltà incontrate dai clinici nella formulazione dei quesiti.

Nonostante il *format* PICO sia comunemente utilizzato negli studi clinici (Boudin F et al. 2010) e sembri facilitare la ricerca di una risposta all'interno del vasto mare dell'informazione sanitaria (Schardt C et al. 2007), la sua validità nel rappresentare compiutamente il bisogno informativo o le incertezze non è ancora stata sufficientemente dimostrata. Infatti, lo studio pilota condotto da Schardt e collaboratori (Schardt C et al. 2007) non ha dimostrato differenze statisticamente significative tra le interrogazioni di PubMed effettuate utilizzando il *format* PICO e l'interfaccia *standard* di PubMed, sebbene le prime presentino un livello di precisione maggiore nel reperimento dei documenti. Altri studi condotti con lo stesso obiettivo presentano limiti metodologici come, per esempio, la limitata disponibilità di tempo a disposizione dei partecipanti per la formulazione del quesito secondo il *format* PICO o l'erroneo utilizzo degli operatori booleani (Hoogendam A et al. 2012) oppure la mancata disponibilità di un sistema di indicizzazione che consenta l'estrazione automatica di tutti gli elementi di PICO e, conseguentemente, dei documenti pertinenti (Huang KC et al. 2013; Boudin F et al. 2010). A questo si aggiunge una non sempre ottimale strutturazione degli *abstract* di una quota significativa della letteratura biomedica (Huang Xiaoli MLS et al. 2006) che non consente di individuare rapidamente al loro interno gli elementi di PICO. Ciò rende quindi necessari ulteriori studi.

CONCLUSIONI

La comprensione e l'applicazione dei principi della pratica basata sulle prove di efficacia rappresenta un requisito indispensabile per i tutti i professionisti sanitari al fine di promuovere procedure basa-

te su prove di efficacia e mantenere un'attitudine critica nei confronti della propria pratica ma anche uno *standard* formativo minimo e irrinunciabile dei programmi formativi e dei curricula (Dawes M et al. 2005). La focalizzazione della domanda è il passaggio che può migliorare la specificità e la chiarezza concettuale dei problemi clinici, orientare la ricerca bibliografica e fornire gli elementi guida per reperire la letteratura e valutarne la pertinenza.

Aiutare i clinici a convertire i propri bisogni informativi in quesiti focalizzati, che consentano di innescare ricerche e relative strategie valutative efficaci, rappresenta il punto di partenza del processo di pratica basata sulle prove di efficacia. Senza un quesito ben formulato, la progettazione e la conduzione di una strategia di ricerca in grado, da un lato, di rispondere ai quesiti e, dall'altro, di estrarre tutta l'evidenza rilevante, diventano operazioni difficili e dispendiose che non consentono il recupero di informazioni pertinenti e valide, al prezzo di uno sforzo ragionevole (Cullum N, 2013).

BIBLIOGRAFIA

- ADAPTE Collaboration (2009) Guideline adaptaton: a resource toolkit. Versione 2.0. <http://goo.gl/Lyqpye>
- Akobeng AK (2005) Principles of evidence-based medicine. *Archives of Disease in Childhood*, 90(8), 837-840.
- Ausili D, Sironi C (2010) Gli approcci quantitativo, qualitativo e misto nella ricerca. In: Sironi C, Introduzione alla ricerca infermieristica. I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana. Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Bettany-Saltikov J (2012) How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. Ed. McGraw-Hill, Londra.
- Booth A (2005) The body in questions. *Health Information & Libraries Journal*, 22(2), 150-155.
- Booth A (2006) Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech*, 24(3), 355-368.
- Booth A, O'Rourke AJ, Ford NJ (2000) Structuring the pre-search reference interview: a useful technique for handling clinical question. *Bull Medical Libr Assoc*, 88(3), 239-246.
- Boudin F, Nie Jian-Yun Nie, Bartlett JC et al. (2010) Combining classifiers for robust PICO element detection *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(10), 29.
- Brady N, Lewin L (2007) Evidence-based practice in nursing: Bridging the gap between research and practice. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(1), 53-56.
- Brown P, Brunnhuber K, Chalkidou K et al. (2006) How to formulate research recommendation. *British Medical Journal*, 333, 804-806.
- Caldwell PHY, Bennett T, Mellis C (2012) Easy guide to

- searching for evidence for the busy clinician. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48, 1095-1100.
- Casati M (2005) *La documentazione infermieristica*. Seconda edizione. Ed. McGraw-Hill, Milano.
- Centre for Reviews and Disseminations, CRD (2009) *Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Ed. Univeristy of York, York. <https://goo.gl/fzPrIv>
- Cheng GY (2004) A study of clinical questions posed by hospital clinicians. *Journal of the Medical Library Association*, 92(4), 445-458.
- Chiari P, Mosci D, Naldi E, Centro Studi EBN (2006) *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per L'Evidence-Based Nursing*. Ed. McGraw-Hill, Milano.
- Chiari P, Mosci D, Naldi E, Centro Studi EBN (2011) *Evidence-Based Clinical Practice la pratica clinico assistenziale su prove di efficacia*. Seconda edizione. Ed. McGraw-Hill, Milano.
- Ciliska D (2013) comunicazione personale, 12 febbraio e 21 gennaio.
- Cochrane Library Tutorial. PICO examples. http://learntech.physiol.ox.ac.uk/cochrane_tutorial/cochlibd0e187.php
- Cooke A, Smith D, Booth A (2012) Beyond the PICO. The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443.
- Corrao S (2007) *Conoscere e usare PubMed. Guida al più noto sistema di ricerca bibliografica in campo biomedico*. Ed. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Counsell C (1997) Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. *Annals of Internal Medicine*, 127, 380-387.
- Craig JV, Smyth RL (2002) *The evidence-based practice manual for nurses*. Ed. Churchill Livingstone, Londra.
- Croskerry P (2005) The theory and practice of clinical decision-making. *Canadian Journal of Anesthesia*, 52, 6, R1-R8. <http://goo.gl/j7Mb95>
- Cuce Nobre MR, Bernardo WM, Jatene FB (2003) Evidence based clinical practice. Part 1 - well structured clinical questions. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 445-449.
- Cullum N (2013) comunicazione personale, 22 gennaio.
- Cullum N, Ciliska D, Haynes RB et al. (2008) *Evidence-based Nursing. An introduction*. Ed. Blackwell publishing Ltd, Oxford.
- Currie LM, Graham M, Allen M et al. (2003) Clinical information needs in context: an observational study of clinicians while using a clinical information system. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 190-194.
- Da Costa Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MRC (2007) The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 15(3), 508-511.
- Davies KS (2011) Formulating the evidence-based practice question: a review of the frameworks. *Evidence Based Library and Information Practice*, 6(2), 75-80.
- Dawes M, Pluye P, Shea L et al. (2007) The identification of clinically important elements within medical journal abstracts: Patient-Population-Problem, Exposure-Intervention, Comparison, Outcome, Duration and Results (PECODR). *Informatics in Primary Care*, 15, 9-16.
- Dawes M, Summerskill W, Glasziou P et al. (2005) Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1), 1.
- De Palma R, Liberati A, Papini D (2009) *La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici*. Ed. Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna, Bologna. <http://goo.gl/QmsnlH>
- Denyer D, Tranfield DT, Van Aken JE (2008) Developing design propositions through research synthesis. *Organization Studies*, 29(3), 393-413.
- Di Censo A (2013) comunicazione personale, 12 febbraio.
- Di Censo A, Cullum N, Ciliska D (1998) Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1, 38-39.
- Di Censo A, Guyatt G, Ciliska D (2005) *Evidence-based nursing. A guide to Clinical Practice*. Ed. Elsevier, S. Louis.
- Elkins MY (2010) Using PICO and the brief report to answer clinical questions. *Nursing*, 40(4), 59-60.
- Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH et al. (2002) Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *British Medical Journal*, 324, 710.
- Engberg S, Schlenk EA (2007) Asking the right question. *Journal of Emergency Nursing*, 33(6), 571-573.
- Fineout-Overholt E, Johnson L (2005) Teaching EBP: asking searchable, answerable clinical questions. *Worldviews Evidence-Based Nursing*, 2, 157-160.
- Flemming K (1998) Asking answerable question. *Evidence-Based Nursing*, 1, 36-37.
- Flemming K (1999) Critical appraisal. 2. Searchable question. *Nursing times learning curve*, 3(2), 6-7.
- Fondazione GIMBE (2012) Formulazione del quesito clinico. <http://www.gimbe.org/eb/formulazione.html>
- Goodare H, Smith R. (1995) The rights of patients in research. *British Medical Journal*, 310, 1277-1278.
- Guyatt GH (1993) Evidence-based medicine: a new paradigm for the patient. *Journal of the American Medical Association*, 269(10), 1253.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al. (2011) GRADE Guidelines: 2. Framing the questions and deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 395-400.
- Guyatt GH, Rennie D (1993) Users' guides to the medical literature. *Journal of the American Medical Association*, 270(17), 2096-2097.

- Hamer S, Collinson G (2002) Evidence-based practice. Ed. McGraw-Hill, Milano.
- Haroon M, Phillips R (2010) There is nothing like looking, if you want to find something" - asking questions and searching for answers - the evidence based approach. Archives of disease in childhood. Education and practice edition, 95(2), 34-39.
- Haynes RB, Deveraux P, Guyatt G (2002) Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. ACP journal club, 136, A11-A14.
- Heneghan C, Badenoch D (2007) La medicina basata sulle prove. Dalle fonti di conoscenza alla realtà del singolo paziente. Ed. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Higgins JPT, Green S (2011) Cochrane handbook for systematic reviews of interventions Version 5.1.0 [aggiornato a marzo 2011]. The Cochrane Collaboration. www.cochrane-handbook.org
- Hoogendam A, de Vries R, Pieter F et al. (2012) Comparing patient characteristics, type of intervention, control and outcome (PICO) queries with unguided searching: a randomized controlled crossover trial. Journal of the Medical Library Association, 100(2), 121-126.
- Horsley T, O'Neill J, McGowan J et al. (2010) Interventions to improve question formulation in professional practice and self-directed learning. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD007335.
- Huang KC, Chiang IJ, Xiao F et al. (2013) PICO elements detection in medical text without metadata: are first sentences enough? Journal of Biomedical Informatics, 46, 940-946.
- Huang Xiaoli MLS, Lin J, Demner-Fushman D (2006) Evaluation of PICO as a knowledge representation for clinical questions. AMIA Annual Symposium Proceedings, 2006, 359-363.
- Jacqmin N (2012) Fonder ses decisions cliniques sur les preuves scientifiques. Soins, 771, 27-30.
- Kloda AL, Bartlett JC (2013) Formulating answerable questions: question negotiation in Evidence-based Practice. Journal of the Canadian Health Libraries Association, 34, 55-60.
- Larue E, Drais P, Klem M (2009) A description of a web-based educational tool for understanding the PICO framework in evidence-based practice with a citation ranking system. Computers, Informatics, Nursing, 27(1), 44-49.
- McKibbon A, Eady A, Marks S (2000) Guida alla evidence-based medicine. Come ricercare le informazioni in medicina. Ed. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Menzies D (2011) Systematic reviews and meta-analyses. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 15(5), 582-593.
- Miller SA, Forrest JL (2001) Enhancing your practice through evidence-based decision making: PICO, learning how to ask good questions. Journal of Evidence-Based Dental Practice, 1, 136-141.
- Muir Gray JA (1999) L'assistenza sanitaria basata sulle prove. Come organizzare le politiche sanitarie. Ed. Il Pensiero Scientifico Editore, Torino.
- Mulrow C, Cook D (1997) Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. Annals of Internal Medicine, 127(5), 380-387.
- Neville K, Horbatt S (2008) Evidence-based practice: creating the spirit of inquiry to solve clinical nursing problems. Orthopaedic Nursing, 27(6), 331-337.
- Noyes J, Popay J, Pearson A, et al. on behalf of the Cochrane Qualitative Research Methods Group (2011). Qualitative research and Cochrane reviews. In: Higgins JPT, Green S (2011) Cochrane handbook for systematic reviews of interventions Version 5.1.0 [aggiornato a marzo 2011]. The Cochrane Collaboration. www.cochrane-handbook.org
- Oxman AD, Cook DJ, Guyatt G (1994) Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. The Evidence-based medicine Working Group. Journal of the American Medical Association, 272(17), 1367-1371.
- Oxman AD, Sackett DL, Guyatt G (1993) User's guide to the medical literature: I How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. Journal of the American Medical Association, 270(17), 2093-2095.
- Patella S (2012) La strutturazione del quesito clinico per reperire le prove di efficacia. Una revisione della letteratura (Dissertation). Ed. Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza.
- Petticrew M, Roberts H (2005) Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Ed. Blackwell Publishing, Malden. <http://goo.gl/FP1IAu>
- Polit DF, Beck TC (2014) Fondamenti di ricerca infermieristica. Ed. McGraw-Hill, Milano.
- Pomponio G, Calosso A (2005) EBM e metodologia della ricerca per le professioni sanitarie. Ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino.
- Pravettoni G, Vago G (2011) Medical decision making. Decidere in ambito sanitario. Ed. McGraw-Hill, Milano.
- Price CP, Chistenson RH (2013) Ask the right question: a critical step for practising evidence-based laboratory medicine. Annals of Clinical Biochemistry, 50(4), 306-314.
- PubMed for Handhelds. PICOSTUDY. <http://pubmedhh.nlm.nih.gov.nlm/picostudy/>
- Richardson SW, Wilson MC, Nishikawa J (1995) The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP journal club, 123(A), 12-13.
- Rosenberg W, Donald A (1995) Evidence-based medicine: an approach to clinical problem-solving. British Medical Journal, 310, 1122-1126.
- Rosenberg W (2013) comunicazione personale, 25 gennaio.
- Sackett D, Richardson WS, Rosenberg W et al. (1998) La

- medicina basata sull'evidenza. Come praticare e insegnare la EBM. Ed. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Sackett DL, Rosenberg W (1995) The need for evidence-based medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(11), 620-624.
- Sackett DL, Rosenberg W, Gray JA et al. (1996). Evidence-based Medicine: what is it and what it isn't. *British Medical Journal*, 13,312(7023), 71-72.
- Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MR (2007) The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511.
- Schardt C, Adams MB, Owens T et al. (2007) Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(7), 16.
- Schlosser RW, O'Neill Pirozzi Kour R, Costello J (2007) Asking well-built questions for evidence-based practice in augmentative and alternative communication. *Journal of Communication Disorders*, 40(3), 225-238.
- Schunemann HJ, Cook D, Guyatt G (2008) Methodology for antithrombotic and thrombolytic therapy guideline development: American College of Chest Physicians Evidence-based Clinical Practice Guidelines. 8^a edizione. *Chest*, 133(6), 113S-122S.
- Sironi C (2010) Introduzione alla ricerca infermieristica. I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana. Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Smith R (1996) What clinical information do doctors need? *British Medical Journal*, 313, 1062-1068.
- Snowball R (1997) Using the clinical question to teach search strategy: fostering transferable conceptual skills in user education by active learning. *Health libraries review*, 14(3), 167-172.
- Stone PW (2002) Asking an Expert: popping the (PICO) Question in Research and Evidence-Based Practice. *Applied Nursing Research*, 16(2), 197-198.
- Strauss SE, Richardson WS, Glasziou P et al. (2005) Evidence-based Medicine: how to practice and teach EBM. 3^a edizione. Ed. Elsevier Churchill Livingstone, Edimburgo.
- Timm DF, Banks DE, McLarty J (2012) Critical Appraisal process: Step-by-Step. *Southern Medical Journal*, 105(3), 144-148.
- Tugwell PS, Petersson IF, Boers M et al. (2011) Domains selection for patients-reported outcomes: current activities and options for future methods. *The Journal of Rheumatology*, 38(8), 1702-1710.
- Villanueva EV, Burrows EA, Fennessy PA et al. (2001) Improving question formulation for use in evidence appraisal in a tertiary care setting: a randomised controlled trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 1, 4.
- Wilczynski NL, Haynes RB, Hedges Team (2002) Robustness of empirical search strategies for clinical content in MEDLINE. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 904-908.
- Wildridge V, Bell L (2002) How CLIP became ECLIPSE: a mnemonic to assist in searching for health policy/management information. *Health Information & Libraries Journal*, 19(2), 113-115.
- Wilton N, Slim AM (2012) Application of the principles of Evidence-based medicine to patient care. *The Southern Medical Association*, 105(3), 136-143.

Appendice 1. Analisi delle fonti bibliografiche e valutazione retrospettiva delle citazioni di interesse

Fonti e citazioni di interesse	Analisi retrospettiva: autori citati e citazioni di interesse*		
	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Elkins MY, 2010 “[...] l’acronimo PICO si può utilizzare per strutturare il quesito clinico.”	Oxman AD et al. 1993 (1) “I quesiti clinici possono essere formulati in maniera tale da creare una relazione tra il paziente, un’esposizione (a un trattamento, un test diagnostico o a un agente potenzialmente dannoso) e uno o più <i>outcome</i> di interesse [...]”	Guyatt GH et al. 1993 “E’ possibile indirizzare i dilemmi clinici attraverso un’attenta definizione del problema [...] facendosi domande come ‘che effetto mi posso aspettare dal mio trattamento in questo paziente?’ [...]”.	-
Haroon M et al. 2010 “[...] il migliore quesito a cui è possibile dare una risposta può essere formulato con la struttura il cui acronimo è PICO [...]”	Richardson et al. 1995 (2) “Che cosa rende un quesito clinico ben strutturato? La domanda deve essere pertinente al problema [...]. In secondo luogo la domanda deve essere articolata in modo da facilitare la ricerca di una precisa risposta. Per raggiungere questi obiettivi, il quesito dovrebbe essere focalizzato e strutturato nelle sue 4 parti ‘anatomiche’: 1) il paziente o il problema, 2) l’intervento o l’esposizione considerati; 3) l’intervento di confronto o l’esposizione, quando rilevanti; 4) l’ <i>outcome</i> clinico di interesse.”	-	-
Hoogendam A et al. 2012 “Il <i>background</i> teorico che sottende il <i>format</i> PICO e le difficoltà presentate dai sanitari durante il suo utilizzo è stato descritto da Huang et al.”	Huang Xiaoli MLS et al. 2006 (3) “Il paradigma dell’EBM raccomanda di formulare quesiti clinici specifici nei termini di problema/popolazione, intervento, confronto ed esito. Insieme, questi elementi costituiscono il <i>format</i> PICO.”	Richardson SW et al. 1995 Vedi (2)	Oxman et al. 1993 Vedi (1)
Schardt C et al. 2007 (4) “Chi pratica l’EBM spesso utilizza un <i>format</i> chiamato PICO per strutturare il quesito e facilitare la ricerca della risposta in letteratura. PICO sta per paziente/problema, intervento, confronto ed esito.”	Richardson SW et al. 1995 Vedi (2)	Rosemberg W et al. 1995 (5) “I quesiti possono riguardare la diagnosi, la prognosi, il trattamento, il danno iatrogeno, la qualità dell’assistenza sanitaria o i costi correlati [...] il quesito dovrebbe essere il più specifico possibile, includendo la tipologia di paziente, l’intervento e l’esito clinico.”	-

Fonti e citazioni di interesse	Analisi retrospettiva: autori citati e citazioni di interesse*		
	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Horsley T et al. 2010 “Un quesito clinico ben formulato deve essere relativo al problema, facilitare la ricerca di risposte e dovrebbe includere la popolazione/problema, un intervento (e un intervento di confronto) e gli esiti di interesse.”	Richardson SW et al. 1995 Vedi (2)	Rosemberg W et al. 1995 Vedi (5)	-
Huang Xiaoli MLS et al. 2006 - Vedi (3)	Richardson SW et al. 1995 Vedi (2)	Rosemberg W et al. 1995 Vedi (5)	-
Larue E et al. 2009 “Il beneficio che deriva dalla strutturazione del quesito secondo PICO è che le componenti del quesito possono aiutare nella definizione della strategia di ricerca.”	Richardson SW et al. 1995 Vedi (2)		
Neville K et al. 2008 “Il quesito clinico PICO è un <i>format</i> che prevede che la domanda sia posta considerando 4 elementi [...]”.	Fineout-Overholt E et al. 2005 (6) “Il primo <i>step</i> del processo EBP è formulare un quesito clinico secondo il <i>format</i> PICO. [...] Nel processo EBP questo <i>step</i> viene considerato il più importante e impegnativo”.	-	-
Villanueva EV et al. 2001 “Ogni elemento contribuisce alla definizione di uno specifico ambito [...]: i pazienti [...], l'intervento di interesse, l'elemento di confronto con cui l'intervento viene comparato e gli <i>outcome</i> [...]”.	Counsell C, 1997 “I quesiti clinici dovrebbero avere 4 elementi: la tipologia di persona coinvolta, il tipo di esposizione (un fattore di rischio, un fattore prognostico, un intervento o un test diagnostico), la tipologia di controllo con cui comparare l'esposizione e gli <i>outcome</i> di interesse.”	Oxman et al. 1994 “I quesiti clinici possono essere formulati in maniera tale da creare una relazione tra il paziente, un'esposizione (a un trattamento, un test diagnostico o a un agente potenzialmente dannoso) e uno o più <i>outcome</i> di interesse [...]”.	Oxman AD et al. 1993 Vedi (1)
	Richardson SW et al. 1995 Vedi (2)	Rosemberg W et al. 1995 Vedi (5)	-
	Sackett D et al. 1998 (7) “In pratica, i quesiti clinici ben formulati di solito contengono quattro elementi [...]: 1) il paziente o il problema da risolvere 2) il tipo di intervento, sia esso spontaneo o relativo al disegno clinico (una causa, un fattore prognostico, un trattamento, eccetera) 3) un confronto tra due interventi, se esso appare rilevante 4) l'esito clinico o gli esiti che ci interessano”.	-	-



Fonti e citazioni di interesse	Analisi retrospettiva: autori citati e citazioni di interesse*		
	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Da Costa Santos CM et al. 2007 “L'EBP propone che i problemi clinici siano scomposti e strutturati secondo la strategia PICO”.	Akobeng AK, 2005 “Un <i>format</i> utile per formulare quesiti clinici strutturati è stato suggerito da Sackett e collaboratori che sostengono che una buona domanda clinica dovrebbe presentare 4 (o 3) componenti essenziali: il paziente o il problema in questione, l'esposizione a un intervento o al test di interesse, l'intervento di confronto (se rilevante). Quindi un quesito dovrebbe essere strutturato con il <i>format</i> PIC o PIO”.	Rosemberg e Donald 1995 Vedi (5)	-
	Flemming K, 1998 (8) “[...] ci sono 3 elementi che compongono il quesito: la situazione, l'intervento e l'esito”.	Sackett et al. 2000 Vedi (7)	-
Schlosser RW et al. 2007 “[...] PICO venne proposto per la prima volta da Richardson, Wilson, Nishikawa e Wilson nel 1995”	Richardson et al. 1995 Vedi (2)	Richardson SW et al. 1995 Vedi (2)	Oxman AD et al. 1993 Vedi (1)
			Rosemberg W et al. 1995 Vedi (5)
Timm et al. 2012 “[...] i quesiti sono sviluppati secondo il modello PICO”.		Oxman AD et al. 1993 Vedi (1)	-
Boudin F et al. 2010 “L'EBP suggerisce che i quesiti clinici possano essere strutturati in 4 parti anatomiche: <i>population/problem, intervention, comparison, outcome</i> , conosciuti come gli elementi del <i>format</i> PICO”.	Richardson SW et al. 1995 Vedi (2)	Rosemberg W et al. 1995 Vedi (5)	-
Brady N et al. 2007 “Per la formulazione del quesito a cui è possibile dare una risposta, Fineout-Overholt e collaboratori suggeriscono di utilizzare il <i>format</i> PICO”.	Fineout-Overholt E et al. 2005 Vedi (6)	-	-
Booth A, 2006 “L'anatomia di un quesito focalizzato a cui è possibile dare una risposta prevede 4 elementi: <i>population, intervention, comparison, outcome</i> ”.	Flemming 1998 Vedi (8)	Sackett et al. 2000 Vedi (7)	-
		Richardson et al. 1995 Vedi (2)	-

Fonti e citazioni di interesse	Analisi retrospettiva: autori citati e citazioni di interesse*		
	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Huang KC et al. 2013 “Un quesito clinico ben formulato rappresenta un elemento chiave per reperire efficientemente le migliori prove di efficacia. [...] PICO è stato proposto come il <i>format</i> per guidare il processo di formulazione di quesiti strutturati”.	Richardson et al. 1995 Vedi (2)		-
Price CP et al. 2013 “Richardson e collaboratori hanno definito la struttura di un quesito ben formulato che è diventata nota come <i>format</i> PICO”	Richardson et al. 1995 Vedi (2)		-
Caldwell et al. 2012 “Qualunque sia la natura del quesito si suggerisce l'utilizzo del <i>format</i> PICO che riorganizza la domanda in un <i>format</i> ricercabile”.	Schardt et al. 2007 Vedi (4)	Richardson et al. 1995 Vedi (2)	
Davies KS, 2011 “Il primo <i>format</i> pubblicato è stato PICO”.	Richardson et al. 1995 Vedi (2)		-

* Ogni colonna corrisponde a un livello di “profondità” sequenziale di citazione: per esempio, gli autori indicati nel “livello 2” sono stati citati da quelli indicati nel “livello 1”, e così via.

EBP: *evidence-based practice*



Appendice 2. Evoluzione del format PICO ed esemplificazione di quesiti (Kloda AL et al. 2013, modificato)

Format	Elementi	Esempio
PICO (Richardson SW et al. 1995)	paziente/popolazione/problema (<i>patient/population/problem, P</i>)	pazienti con asma acuto
	intervento (<i>intervention, I</i>)	efficacia degli antibiotici
	confronto (<i>comparison, C</i>)	efficacia delle cure <i>standard</i>
	esito (<i>outcome, O</i>)	riduzione della produzione di tosse ed espettorato
PICOS (Counsell C, 1997)	paziente/popolazione/problema (P)	bambini in età scolare
	intervento (I)	bambini esposti al fumo passivo in casa
	confronto (C)	bambini non esposti al fumo passivo in casa
	esito (O)	rischio maggiore di sviluppare asma o infezioni respiratorie
	disegno dello studio (<i>study design, S</i>)	studi di coorte e caso-controllo
ECLIPSE (Wildridge V et al. 2002)	aspettativa (<i>expectation, E</i>)	nella mia area/zona è presente un carenza di continuità delle cure rivolte alle persone con trauma cranico che sono state dimesse dall'ospedale e assegnate al servizio di riabilitazione della comunità. L'obiettivo è di migliorare la procedura di dimissione per evitare questo problema. Il servizio coinvolge sia il personale sanitario della comunità sia i servizi sociali. Qualcun altro ha avuto esperienza di problemi simili e, se sì, come li ha risolti?
	campione (<i>client group, C</i>)	
	contesto/luogo (<i>location, L</i>)	
	impatto (<i>impact, I</i>)	
	professionisti/operatori (<i>professionals, P</i>)	
	servizio (<i>service, SE</i>)	
PEO (Khan in: Bettany-Saltikov J 2012)	paziente/popolazione/problema (P)	pazienti anziani con cancro
	esposizione (<i>exposure, E</i>)	cancro
	esiti o temi (<i>outcomes or themes, O</i>)	il punto di vista dei pazienti
SPICE (Booth A, 2006)	contesto (<i>setting, S</i>)	presentazioni dei servizi bibliotecari
	prospettiva (<i>perspective, P</i>)	benefattori della biblioteca
	intervento (I)	valutazione del servizio bibliotecario basato sugli esiti
	confronto (C)	-
	valutazione (<i>evaluation, E</i>)	miglioramento della percezione dell'importanza e del valore dei servizi bibliotecari
PICOT (Fineout-Overholt E et al. 2005)	paziente/popolazione/problema (P)	pazienti adulti ospedalizzati
	intervento (I)	<i>team</i> di risposta rapida
	confronto (C)	assistenza <i>standard</i>
	esito (O)	influenza sul numero di arresti cardiaci
	arco temporale (<i>timeframe, T</i>)	periodo di riferimento di 3 mesi
PICOC (Petticrew M et al. 2005)	paziente/popolazione/problema (P) intervento (I) confronto (C) esito (O) contesto (<i>context, C</i>)	non fornito in letteratura



Format	Elementi	Esempio
PS (Di Censo A et al. 2005)	paziente/popolazione/problema (P)	passanti che eseguono la rianimazione cardiopolmonare al di fuori dall'ospedale
	situazione (<i>situation</i> , S)	pensieri e sensazioni
EPICOT+ (Brown P et al. 2006)	evidenza (<i>evidence</i> , E)	il vaccino per la polmonite pneumococcica è poco efficace. Le raccomandazioni per gli individui ad alto rischio derivano da studi effettuati su adulti affetti da polmonite acquisita in comunità. Non sono disponibili studi controllati randomizzati riguardanti anziani residenti nelle case di cura
	paziente/popolazione/problema (P)	anziani residenti in case di cura
	intervento (I)	iniezione intramuscolare del vaccino PPSV-23
	confronto (C)	iniezione intramuscolare del placebo (NaCl)
	esito (O)	mortalità della polmonite/polmonite pneumococcica
	<i>time stamp</i> (T)	gennaio 2006
	+ carico della malattia (<i>disease burden</i> , D)	nelle case di cura la morbilità e la mortalità da polmonite pneumococcica sono alte
	+ puntualità (<i>timeliness</i> , T)	tempistica della somministrazione: singola
+ tipologia dello studio (<i>study type</i> , S)	tempistica <i>follow-up</i> : 24 mesi	
PESICO (Schlosser RW et al. 2007)	persona (<i>person</i> , P)	bambino di 7 anni con ritardo mentale grave che manifesta un comportamento autolesionistico
	ambiente (<i>environment</i> , E)	classe dedicata indipendente
	<i>stakeholder</i> (S)	insegnanti e assistenti
	intervento (I)	valutazioni basate sull'informazione
	confronto (C)	valutazioni descrittive e sperimentali
PICOTT (Schardt C et al. 2007)	esito (O)	identificare le funzioni comunicative che mantengono controllato, in maniera valida e affidabile, il comportamento autolesionistico del soggetto
	paziente/popolazione/problema (P)	batteriemie correlate a catetere venoso centrale
	intervento (I)	cambio della medicazione ogni 3 giorni
	confronto (C)	cambio della medicazione ogni 7 giorni
	esito (O)	aumento o diminuzione delle batteriemie correlate a catetere venoso centrale
	tipo di quesito (<i>type of question</i> , T)	quesito riguardante terapia/intervento
PECODR (Dawes M et al. 2007)	tipo di studio (<i>type of study</i> , T)	studi controllati e randomizzati
	paziente/popolazione/problema (P)	adulto di 56 anni con ipertensione
	esposizione (E)	atenololo
	confronto (C)	placebo
	esito (O)	evento cardiovascolare
	durata dell'esposizione/ <i>follow-up</i> (<i>duration</i> , D)	4,5 anni
risultati (<i>results</i> , R)	numero di casi da trattare (NNT) 25	



Format	Elementi	Esempio
CIMO (Denyer D et al. 2008)	contesto (C)	in quali condizioni
	intervento (I)	lo stile della <i>leadership</i>
	meccanismi generativi specifici (<i>mechanism</i> , M)	-
	esito (O)	influenza la <i>performance</i> di un <i>team</i> di progettazione
PIPOH (ADAPTE Collaboration, 2009)	paziente/popolazione/problema (P)	donne in età media (escluse le donne HIV positive o per le quali è stata riscontrata, al Paptest, una displasia moderata negli ultimi 5 anni). Non sono state specificate l'età iniziale e finale per lo <i>screening</i> .
	intervento (I)	intervallo appropriato di <i>screening</i> del carcinoma cervicale (nessuna limitazione alla citologia cervicale convenzionale o alla citologia in fase liquida)
	professionisti/operatori sanitari (P)	medici di famiglia, medici di medicina generale o infermieri
	esito (O)	l'applicazione di un intervallo di <i>screening</i> ottimale dovrebbe tradursi in un miglioramento della sopravvivenza a fronte di costi ragionevoli
	contesto di cura (<i>health care setting</i> , H)	cure primarie
PICOM (Chiari P et al. 2011)	paziente/popolazione/problema (P)	bambino con raffreddore
	intervento (I)	zinco
	confronto (C)	-
	esito (O)	efficacia nel trattamento del raffreddore
	metodo (<i>method</i> , M)	studi controllati randomizzati
SPIDER (Cooke A et al. 2012)	campione (<i>sample</i> , S)	quali sono le esperienze dei giovani genitori che partecipano alla formazione prenatale?
	fenomeno di interesse (<i>phenomenon of interest</i> , PI)	
	disegno dello studio (<i>design</i> , D)	
	valutazione (<i>evaluation</i> , E)	
	tipologia di ricerca (<i>research type</i> , R)	
PO (The Cochrane Library)	paziente/popolazione/problema (P)	madri di bambini con febbre
	esito (O)	motivo di preoccupazione

■



CONTRIBUTI

Aggressività: la comunicazione assertiva può aiutare?

di *Simone Busnelli (1), Valentina Spedale (2), Massimo Alberio (2)*

(1) *Infermiere*

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

Corrispondenza: simonebusnelli08@gmail.com

Introduzione

La volontà di approfondire l'utilizzo della comunicazione assertiva è nata dall'esperienza di tirocinio all'interno del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) dell'ospedale Bassini di Cinisello Balsamo. Il fine di questo stile di comunicazione è di risolvere le situazioni di conflitto permettendo il raggiungimento degli obiettivi di entrambe le parti nel rispetto di quelli altrui senza scatenare reazioni aggressive.

L'aggressività

In letteratura risulta difficile raccogliere dati sull'aggressività nell'ambiente sanitario in quanto essi risulterebbero sottostimati (Ferns, 2006). Ci sono differenze nei sistemi di raccolta dati utilizzati e mancano definizioni univoche di termini come aggressività, abuso e violenza (Who, 2002). La letteratura è concorde sull'effetto positivo dell'utilizzo di strategie preventive di rilevazione dei segnali predittivi dell'aggressività e sull'*outcome* di situazioni pericolose (Chapman, 2009; Ferns, 2006; Who, 2002). Chapman individua 9 componenti predittive, sintetizzate con l'acronimo Stampedar: *Staring* (fissare lo sguardo), *Tone* (tono di voce), *Anxiety* (ansia), *Mumbling* (borbottare), *Pacing* (camminare avanti e indietro), *Emotions* (emozioni), *Disease process* (processo patologico), *Assertive/non-assertive* (presenza/assenza di un comportamento assertivo) e *Resources/organization* (risorse/organizzazione).

L'assertività

L'assertività è la "capacità di esprimere e argomentare le proprie opinioni in modo sicuro e deciso" (Zanichelli). Buback (2004) ne illustra alcuni atteggiamenti, tra cui:

- evitare affermazioni che trasmettono insoddisfazione e insicurezza;
- mantenere una postura eretta ed un buon contatto visivo;
- fare richieste corte e concise;
- mostrare il problema.

E alcune tecniche:

- confronto: informare la persona che il suo comportamento aggressivo è inaccettabile;
- accordo parziale: riconoscimento di una valida ragione per il sentimento di rabbia manifestato ma diretto verso la causa sbagliata;
- esposizione: rivelare le proprie emozioni di fronte all'evento;
- aggiramento/evasione: rispondere in modo neutro ma non difensivo.

L'assertività e il Codice deontologico

Gli infermieri sono spesso esposti ai fattori di rischio di conflitti. Le diversità di opinioni e di emozioni sono difficili da comunicare, inoltre i problemi organizzativi, la mancanza di risorse e le situazioni stressanti si presentano sempre più comunemente.

Il Codice deontologico dell'infermiere suggerisce la via più adatta per affrontare questi ostacoli mantenendo un rapporto di cura efficace:

- “L'infermiere (...) si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo...” articolo 8;
- il dialogo deve essere la prima scelta anche con i colleghi;
- “L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe” articolo 41;
- “L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà” articolo 42.

Il dialogo risulta maggiormente efficace se integrato con tecniche di comunicazione assertiva e con l'empatia, cioè la “capacità di immedesimarsi nelle condizioni di un altro e dividerne pensieri ed emozioni” (Zanichelli, 2013).

L'obiettivo dell'approfondimento della letteratura su questo tema è perciò di valutare l'utilizzo della comunicazione assertiva come strumento di prevenzione e trattamento dell'aggressività espressa dalle persone presenti all'interno di realtà sanitarie diverse.

Il percorso di consultazione della letteratura

È stata consultata la letteratura recente seguendo il metodo del P&Pico, come descritto nella **tabella 1**, che ha permesso di evidenziare diversi articoli che mostrano alcune esperienze relative al fenomeno dell'aggressività e alla comunicazione assertiva.

Tabella 1 - Pico		
P	<i>Patient/Population</i>	Persona adulta (≥18 anni)
&P	<i>Problem</i>	Comportamento aggressivo
I	<i>Intervention</i>	Comunicazione assertiva
C	<i>Comparison</i>	/
O	<i>Outcome</i>	Riduzione del numero e dell'entità di eventi aggressivi

L'aggressività è un fenomeno molto diffuso, come risulta evidente dagli articoli selezionati (**Tabella 2**). In uno studio condotto nel 1994, è risultato che il 94% dei 461 infermieri intervistati ha subito un abuso in forma verbale (Watson et al., 2002). La maggior parte del personale sanitario è soggetta ad almeno un episodio di violenza sul lavoro durante la propria carriera (Smith-Pittman et al., 1999) e la violenza stessa sta diventando un rischio occupazionale per il personale sanitario (Erickson et al., 2000).

Nelle realtà universitarie, gli studenti di infermieristica tedeschi (Nau et al., 2007) identificano le difficoltà di gestione dell'aggressività nella sua interpretazione e nel suo trattamento, nella mancanza di controllo sulle sue cause, nell'organizzazione e nella gestione dello stress. Invece negli studenti turchi (Unal et al., 2012) è stata trovata una differenza significativa tra il punteggio medio *Rathus assertiveness schedule* (una scala per l'autovalutazione dell'assertività) (Rathus, 1973) degli studenti che hanno provato o meno stress psicologico durante il tirocinio. È risultato inoltre che il 69,3% degli studenti non risponde alla violenza.

L'uso di un *training* sull'assertività come mezzo di risoluzione dei conflitti ha dimostrato di diminuire l'incidenza dei maltrattamenti verbali con conseguente miglioramento della soddisfazione lavorativa, dell'autostima e delle doti comunicative, la riduzione del *turnover* dei membri dello *staff* e una diminuzione del numero degli errori (Buback, 2004).

I costi e l'uso di servizi sanitari di salute mentale sono stati analizzati attraverso i dati di *Medicaid* (programma sanitario degli Usa per individui con basso reddito) dal 2000 al 2002 in North Carolina. È stato confrontato un gruppo di individui in *Assertive community treatment* (Act, approccio altamente integrativo utilizzato in comunità di salute mentale) con due gruppi di controllo con patologie mentali severe (schizofrenia, disturbi affettivi, paranoia e psicosi) privi dei servizi Act. L'Act ha ridotto la durata di ricovero e la probabilità di eventi richiedenti un intervento in emergenza (Wiley-Exley et al., 2013).

In South Carolina 171 studenti sono stati valutati attraverso due scale (Galassi et al., 1975):

- la prima, College self-expression scale, ha misurato le capacità di espressione delle emozioni e di comunicazione;
- la seconda, Buss-Durkee Inventory (Buss, 1961), ha misurato i livelli di aggressività, ostilità e del complesso aggressività-ostilità.

Nel sesso femminile la scala dell'assertività è in significativa relazione con quella verbale, quella dell'irritabilità e quella del risentimento. Nel maschile esiste una corrispondenza tra bassi livelli di assertività e alti livelli di risentimento e di sospetto. Con l'aumentare dell'assertività, i punteggi di risentimento e sospetto diminuiscono (**Figure 1 e 2**). Non esiste correlazione tra la scala dell'assertività e quella del complesso aggressività-ostilità (Galassi et al., 1975).

Figura 1

Relazione tra assertività e risentimento per i maschi (Tratto da Galassi et al., 1975)

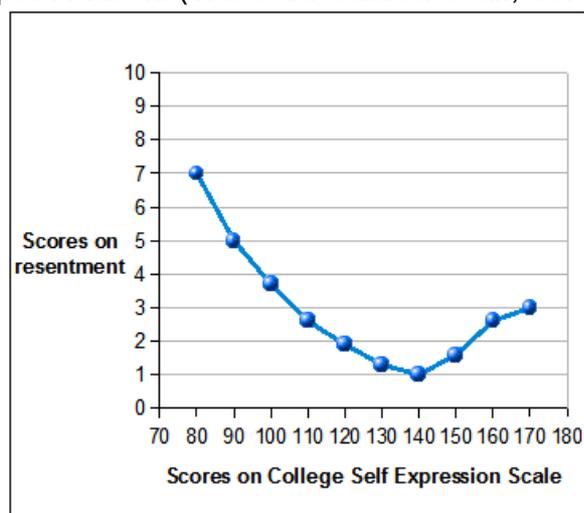
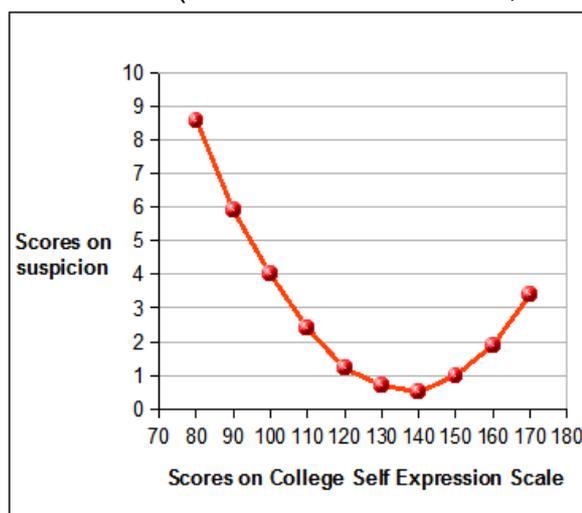


Figura 2

Relazione tra assertività e sospetto per i maschi (Tratto da Galassi et al., 1975)



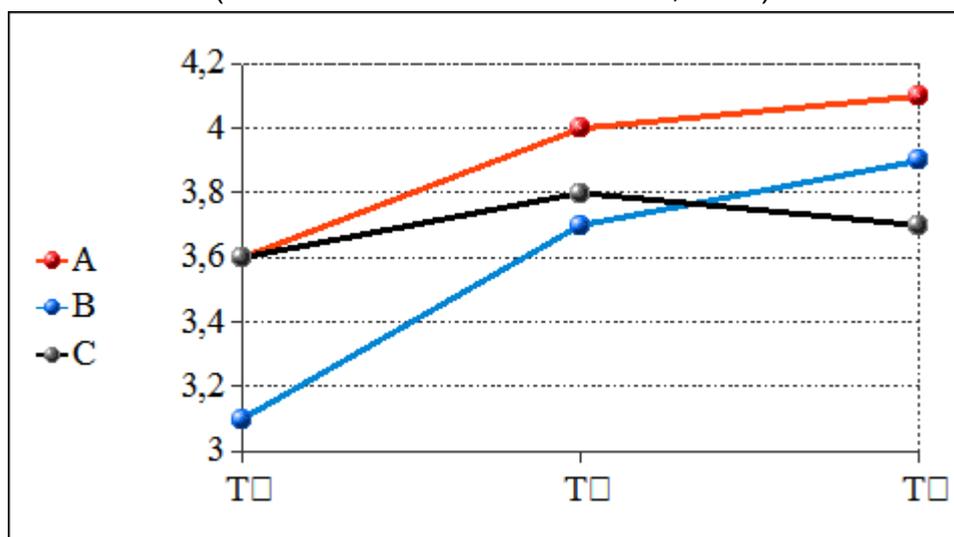
La letteratura non è concorde sull'utilità di un corso di *aggression management*: alcuni ricercatori suggeriscono che non abbia effetto (Hahn et al., 2006; Needham et al., 2005; Lee, 2001), mentre altri rilevano dati positivi nel caso che il corso sia inserito in un contesto di *assertive training* (Lin et al., 2004; Weinhardt et al., 1998).

Il più recente di questi studi (Oostrom et al., 2008) ha fornito ai 42 partecipanti:

1. la capacità di riconoscere comportamenti assertivi, aggressivi e violenti;
2. la capacità di interagire con persone aggressive e le conoscenze degli effetti su di esse di diverse modalità di interazione;
3. le tecniche e le abilità di prevenzione di eventi pericolosi.

Attraverso due scale sono stati misurati il punto 1 (scala A) e le abilità di affrontare condizioni avverse, sintesi dei punti 2 e 3 (scala B), in tre tempi diversi: prima del training (T1), subito dopo (T2) e dopo 5 settimane (T3). I risultati delle scale A e B, illustrati nella **Figura 3**, hanno mostrato un miglioramento considerevole rispetto alla variabile di controllo (*team functioning*, C nel grafico).

Figura 3 - Misurazioni delle variabili A e B e della variabile di controllo / (Tratto da Oostrom & van Mierlo, 2008)



Aggressività e comunicazione assertiva, parliamone

Adottare un comportamento assertivo nella pratica quotidiana all'interno delle diverse realtà operative sembrerebbe quindi permettere di ridurre gli eventi aggressivi e lo stress lavorativo, nonché di conseguenza, migliorare il grado di soddisfazione del personale.

L'infermiere che adotta un comportamento assertivo non si trova più da solo ad affrontare le difficoltà fisiche, psicologiche ed emotive dettate dal misurarsi quotidianamente con situazioni di sofferenza e dai ritmi incalzanti dell'attività assistenziale. Adottando un comportamento assertivo riesce a confrontarsi efficacemente con le persone che ha di fronte permettendo a tutte le parti di percepire il rispetto reciproco e di raggiungere i propri obiettivi considerando la soggettività delle persone coinvolte.

Un importante vantaggio relativo all'assertività, riguarda anche la questione economica: per Wiley-Exley (2013) l'*Assertive community treatment* può rappresentare una riduzione dei costi in quanto è associato ad una riduzione della spesa sanitaria ottenuta grazie alla diminuzione degli accessi ai servizi di emergenza e di ricovero a lungo termine a fronte di un aumento dei servizi che utilizzano l'Act.

L'analisi costi-benefici di Buback (2004) in sala operatoria ha stimato una spesa relativa all'abuso verbale di \$ 64,900 all'anno.

Si sottolinea la possibilità di una riduzione delle spese derivanti direttamente e indirettamente dagli eventi aggressivi mediante una limitazione degli stessi, da valutare una volta approfondita la relazione costi-benefici dei corsi di formazione assertiva.

Rimane il problema: come facilitare l'applicazione o, meglio, l'uso della comunicazione assertiva da parte degli operatori al fine di prevenire o contenere gli atteggiamenti aggressivi? La formazione a riguardo sembrerebbe una strategia fondamentale.

Il Codice deontologico afferma che "L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione" (articolo 6).

Rilevata la mancanza di un *gold standard*, la prevenzione dell'aggressività tramite corsi di formazione di comunicazione assertiva risulta essere un metodo efficace per ridurre il numero e l'entità degli episodi aggressivi. Data la precoce manifestazione degli eventi aggressivi (Unal et al., 2012), questi insegnamenti dovrebbero essere inseriti nella realtà universitaria attraverso una combinazione di attività pratiche e lezioni teoriche, con l'obiettivo di fornire buone capacità comunicative, empatiche, di ascolto, di espressione, di ottenere un *feedback*, di *problem solving* e di *de-escalation* (ridimensionamento della tensione) preparando gli infermieri ad affrontare queste situazioni senza l'ausilio di strumenti particolari.

Analizzate le diverse indicazioni che la letteratura reperita fornisce come basi della formazione assertiva, si individua tuttavia la necessità di altri studi per determinare i migliori *outcomes* d'apprendimento e per identificare tutti i contenuti fondamentali per la costruzione di un percorso di formazione assertiva efficace.

Durante questo percorso sono emerse alcune scale di misurazione dell'assertività (in particolare la "*Rathus assertiveness schedule*") e dell'aggressività. Sarebbe interessante per il futuro, verificare l'attendibilità anche in Italia di questi strumenti e utilizzare gli stessi per misurare i livelli di assertività e aggressività degli infermieri italiani, specie in alcuni contesti a più elevato rischio di conflitto. Tali strumenti potrebbero, ad esempio, permettere la descrizione della realtà di partenza dei soggetti coinvolti in percorsi di formazione *ad hoc* e monitorarne la loro efficacia.

Tabella 2			
Documento selezionato (Autore/i, Anno)	Obiettivo dello studio	Destinatari dello studio (descrizione e numerosità della popolazione)	Risultati dello studio
Buback D (2004)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificare le dimensioni dell'abuso verbale 2. Spiegare come gli episodi di abuso verbale si siano evoluti storicamente nel setting perioperatorio 3. Descrivere gli effetti dell'abuso verbale 	461 infermieri di sala e due case studies	Il 94% di infermieri ha avuto esperienze di abuso verbale nell'ambito perioperatorio, che hanno ridotto la soddisfazione lavorativa ed aumentato il turnover e il numero di errori. L'uso del training assertivo come componente della risoluzione dei conflitti ha diminuito l'incidenza dell'abuso verbale con conseguenti miglioramenti nella soddisfazione del lavoro e riduzione del turnover del personale e di errori

	4. Trattare gli interventi utilizzabili per prevenire e gestire l'abuso verbale		
Unal S, Hisar F, Görgülü U (2012)	Analizzare le esperienze di violenza verbale e di stress psicologico degli studenti di infermieristica durante il tirocinio pratico, gli effetti dell'assertività sugli stessi soggetti a violenza e il loro comportamento dopo l'episodio	274 studenti (età media 20.43, 89.4% femmine e 10.6% maschi) in 4 anni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gli studenti che hanno provato stress psicologico durante il tirocinio hanno punteggi più alti della Ras (Rathus assertiveness schedule, 7.89 ± 8.95 contro 1.83 ± 8.41 di chi non l'ha provato) 2. Il 69.3% che ha subito violenza verbale non ha risposto alla violenza 3. Gli studenti con un livello più alto di assertività sono soggetti a violenza più frequentemente 4. Essere soggetti a violenza è il problema maggiore degli studenti durante il tirocinio pratico 5. Gli studenti dovrebbero essere supportati efficacemente in termini di assertività e di capacità di affrontare episodi di violenza
Wiley-Exley E, Domino ME et al. (2013)	Analizzare il rendimento degli investimenti nell'Act nelle strutture sanitarie di base e in quelle ambulatoriali	Sono stati analizzati modelli di costo e di uso dei servizi sanitari di base e di salute mentale da Medicaid tra il 2000 e il 2002 in North Carolina. Sono stati confrontati individui in Act (n = 1,065) con due gruppi di controllo con patologie psichiatriche severe non in Act (n = 1,426 e n = 41,717)	L'utilizzo dell'Act è associato ad una riduzione della spesa sanitaria ottenuta grazie alla diminuzione degli accessi ai servizi di emergenza e di ricovero a lungo termine a fronte di un aumento dei servizi che utilizzano l'Act
Chapman R, Perry L et Al (2009)	Descrivere i fattori predittivi di episodi di violenza sul lavoro elaborati dagli infermieri di diverse aree ospedaliere	322 infermieri, per la maggior parte donne, delle seguenti aree: medica, chirurgica, materno-infantile, A&E (Accident and Emergency), rivolte alla cura degli anziani e di salute mentale	Sono state individuate 9 componenti predittive: Staring (fissare lo sguardo), Tone (tono di voce), Anxiety (ansia), Mumbling (borbottare), Pacing (camminare avanti e indietro), Emotions (emozioni), Disease process (processo patologico), Assertive/non-assertive (presenza/assenza di un comportamento assertivo) e Resources/organization (risorse/organizzazione)

Ostrom JK, van Mierlo H. (2008)	Valutare l'efficacia di un programma di formazione di aggression management	di 42 partecipanti: 11 assistenti domiciliari, 15 lavoratrici domiciliari, 7 infermiere e 9 lavoratrici a domicilio per i neonati e gli infanti	<p>Dopo aver fornito ai 42 partecipanti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la capacità di riconoscere comportamenti assertivi, aggressivi e violenti 2. la capacità di interagire con persone aggressive e le conoscenze degli effetti su di esse di diverse modalità di interazione le tecniche e le abilità di prevenzione di eventi pericolosi 3. le tecniche di abilità e di prevenzione di eventi pericolosi <p>attraverso due scale sono stati misurati il punto 1 e le abilità di affrontare condizioni avverse, sintesi dei punti 2 e 3, in tre tempi diversi: prima del training (T1), subito dopo (T2) e dopo 5 settimane (T3) mostrando un miglioramento considerevole</p>
Galassi JP, Galassi MD (1975)	Validare maggiormente la "College self-expression scale" (Galassi, DeLo, Galassi, & Bastien, 1974) come strumento di misurazione dell'assertività relazionandola con la "Buss-Durkee inventory" (Buss, 1961) strumento per la misurazione dell'aggressività	100 studentesse e 71 studenti	<p>La relazione lineare dei dati raccolti mostra che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i risultati non indicano una forte correlazione tra tutte le misure; • le scale dell'irritabilità e del risentimento nelle studentesse sono inversamente correlate alla scala dell'assertività • i risultati di risentimento e sospetto negli studenti, mostrano una corrispondenza tra bassi livelli di assertività e alti livelli di risentimento e di sospetto. Con l'aumentare dell'assertività, i punteggi di risentimento e sospetto diminuiscono. Quando aumenta oltre il punto di flesso (140) si ha un lieve aumento dei livelli di risentimento e sospetto • per entrambi i sessi manca una correlazione tra le scala dell'assertività e quella del complesso aggressività-ostilità

Ferns (2006)	T Esaminare i fattori che non permettono agli infermieri di segnalare gli episodi di violenza e di aggressività nell'area sanitaria		<p>I dati sono sottostimati a causa di fattori legati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educazione • sesso e socializzazione • esperienze personali, autostima e percezione di se stessi • contesto sociale e dinamiche di potere <p>Non tutte le informazioni vengono segnalate alle autorità competenti, mentre altre vengono segnalate prive di particolari rilevanti per comprendere a fondo il problema. Ci sono differenze nei sistemi di raccolta dati utilizzati e mancano definizioni univoche di termini come aggressività, abuso e violenza.</p> <p>La letteratura è concorde sull'effetto positivo dell'utilizzo di strategie preventive di rilevazione dei segnali predittivi dell'aggressività, sull'outcome di situazioni pericolose</p>
Nau Dassen Halfens Needham (2007)	J, T, R, I Scoprire le percezioni degli studenti nell'affrontare una persona aggressiva e a cosa attribuiscono la causa dell'aggressività	12 studenti di Berlino	Gli studenti attribuiscono le difficoltà di gestione dell'aggressività alla mancanza di controllo sulle sue cause, nell'interpretazione e nel trattamento della stessa e nella gestione dello stress e dell'organizzazione, non rilevando invece nessi causali particolari tra le realtà di salute mentale e gli eventi aggressivi

BIBLIOGRAFIA

- Buback D. (2004) *Assertiveness training to prevent verbal abuse in the OR*. AORN Journal, 79(1), 148-50 153-8 161-4: quiz 165-6, 169-70.
- Buss A. H. (1961) *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- Chapman R, Perry L, Styles I, Combs S.(2009) *Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas*. Br J Nurs, 18(8), 476 478-83.
- Erickson L. & Williams-Evans, S.A. (2000) *Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 325–337.
- Ferns T. (2006) *Under-reporting of violent incidents against nursing staff*. Nurs Stand, 20(40), 41-5.
- Galassi JP., Galassi MD. (1974) *Validity of a measure of assertiveness*. Journal of Counseling Psychology, 21, 248-250.
- Galassi JP., Galassi MD. (1975) *Relationship between assertiveness and aggressiveness*. Psychological Report. 36(2), 352-4.
- Hahn, S., Needham, I., Abderhalden, C., Duxbury, J.A., Halfens, R.J. (2006) *The effects of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patients aggression and its management*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13, 197–204.

- Krug EG(1), Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB (2002). World report on violence and health. Consultato l'11 luglio 2014, disponibile all'indirizzo:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf.
- Lee, F. (2001) *Violence in A & E: The role of training and self-efficacy*. Nursing Standard, 15, 33–38.
- Lin Y.R., Shiah, I.S., Chang, Y.C., Lai, T.J., Wang, K.Y., & Chou, K.R. (2004) *Evaluation of an assertiveness training program of nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction*. Nurse Education Today, 24, 656–665.
- Nau J, Dassen T, Halfens R, Needham I. (2007) *Nursing students' experiences in managing patient aggression*. Nurse Education Today, 27(8): 933-46.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Dassen, T., Haug, H.J., & Fischer, J.E. (2005) *The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: A cluster randomized controlled trial*. International Journal of Nursing Studies, 42, 649–655.
- Oostrom JK, van Mierlo H. (2008) *An evaluation of an aggression management training program to cope with workplace violence in the healthcare sector*. Res Nurs Health, 31(4), 320-8.
- Smith-Pittman, M.H., & McKoy, Y.D. (1999) *Workplace violence in healthcare environments*. Nursing Forum, 34, 5–13.
- Unal S, Hisar F, Görgülü U (2012) *Assertiveness levels of nursing students who experience verbal violence during practical training*. Contemporary Nurse, 42(1), 11-9.
- Watson e M J Steiert (2002) *Verbal abuse and violence: The quest for harmony in the OR* Social Science and Medicine 8, 16-22.
- Weinhardt, L.S., Carey, M.P., Carey, K.B., & Verdecias, R.N. (1998). *Increasing assertiveness skills to reduce HIV risks among woman living with a severe and persistent mental illness*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 680–684.
- Wiley-Exley Elizabeth, Domino Marisa Elena, Ricketts Thomas C., Cuddeback Gary, Burns Barbara J. and Morrissey Joseph. (2013) *The Impact of Assertive Community Treatment on Utilization of Primary Care and Other Outpatient*. Health Services: The North Carolina Experience. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 19(4), 195-204.



ESPERIENZE

Cambiare si può! Storia di un cambiamento: il Primary Nursing all'ASL di Biella

di **Bertoncini F. RN MSN (1); Boggio Gilot C. RN MSN (2); Gatta C. RN MSN (3); Croso A. RN MSN (4)**

(1) Infermiere in Medicina Interna, Ospedale degli Infermi di Ponderano, Biella, Italia

(2) Responsabile Area Progetti CESPI, Centro Studi Professioni Sanitarie, Torino, Italia

(3) Responsabile Infermieristico Dipartimento Medico ASL BI, Biella, Italia

(4) Direttore della Struttura Direzione delle Professioni Sanitarie ASL BI, Biella, Italia

Corrispondenza fabio.bertoncini@hotmail.it

INTRODUZIONE:

Da dicembre 2012 a marzo 2014 l'Azienda Sanitaria di Biella ha innovato il proprio modello di erogazione dell'assistenza infermieristica passando da un'assistenza di tipo prevalentemente funzionale ad un'assistenza personalizzata secondo il modello *Primary Nursing*.

La Direzione delle Professioni Sanitarie di Biella e l'Associazione CESPI hanno evidenziato il comune interesse a costruire un percorso operativo per sviluppare il modello del *Primary Nursing* considerato quale pratica assistenziale a sostegno sia di risultati di qualità, sia allo sviluppo delle competenze professionali.

Già nel 2007 è stata attivata una sperimentazione organizzativa applicando il modello del *Primary Nursing* nelle realtà di Medicina Interna.

I risultati positivi dell'applicazione di tale modello, quali ad esempio la diminuzione del *turn over* infermieristico, l'aumento della soddisfazione degli operatori e dei degenti, il miglioramento della collaborazione con i servizi presenti sul territorio e il miglioramento quali-quantitativo degli interventi educativi rivolti al paziente, hanno evidenziato l'importanza delle potenzialità che tale modello potesse far emergere nelle sua estensione a tutte le realtà assistenziali.

In ragione dell'apertura del nuovo ospedale, avvenuta nel 2014, la Direzione delle Professioni Sanitarie, ha ritenuto utile creare le condizioni affinché ogni realtà assistenziale venisse ri-organizzata secondo il modello del *Primary Nursing*.

Per poter descrivere e documentare tale esperienza è stato attivato un importante progetto di ricerca che ha seguito l'evoluzione del progetto.

IL PRIMARY NURSING

Il *Primary Nursing* nasce e si sviluppa con successo negli USA, all'*University of Minnesota Hospital*, negli anni '60 parallelamente alla crescente importanza acquisivano il processo di *nursing*, le teorie del *nursing* così come la loro applicazione alla pratica clinica, il tutto supportato dallo sviluppo sempre più crescente della ricerca infermieristica.

Secondo alcuni autori (Barton-Wright, 1994; Clifford, 1979; Bowers, 1989), il *Primary Nursing* un mezzo, uno strumento attraverso il quale gli infermieri applicano il processo di *nursing* così come veniva già ipotizzato dalla stessa Nightingale: un'assistenza competente centrata sul paziente e fondata sulla relazione.

Macdonald (1988) afferma che il nocciolo del successo del modello diffuso da Manthey, consiste nell'aver trovato un sistema di organizzazione del lavoro in cui vengono enfatizzati responsabilità e professionalità dell'infermiere strettamente correlati alla presa in carico della persona assistita e ai risultati con la stessa perseguiti. Hegyvary (1982) non lo considera unicamente un modello organizzativo assistenziale, ma anche una sorta di opportunità funzionale ad affrontare problemi professionali quali la mancanza di prestigio e di potere, l'esclusione dai processi decisionali e la mancanza di controllo sulla pratica clinica infermieristica.

Il modello del *Primary Nursing* prevede che un singolo infermiere/a sia responsabile dell'erogazione, qualità e appropriatezza dell'assistenza per tutta la durata della degenza di un paziente.

Gli elementi costitutivi del *Primary Nursing* definiti da Manthey (2008) sono:

1. l'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere delle decisioni; con questo approccio decisionale decentralizzato il flusso comunicativo viene semplificato e tutte le decisioni prese sono basate sulla conoscenza dei bisogni della/del paziente e sulla relazione con essa/o e con i suoi familiari;
2. l'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (*case method*);
3. la comunicazione diretta da persona a persona;
4. presenza di una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata alle/ai pazienti di un reparto 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana.

L'attivazione del modello del *Primary Nursing* persegue l'estensione del modello di cure basato sulla relazione e guidato dalle risorse per perseguire gli obiettivi (Brilli 2010) di:

- aumentare la soddisfazione dei pazienti che saranno meglio informati e confortati da una relazione individualizzata e competente;
- aumentare la soddisfazione degli infermieri attraverso la responsabilizzazione che, a sua volta, aumenta anche la professionalità;
- aumentare la soddisfazione della famiglia meglio informata e integrata nelle cure;
- sviluppare la collaborazione tra i membri del team curante;
- sviluppare una *governance* secondo un modello organizzativo infermieristico orizzontale;
- migliorare la relazione riducendo i contenziosi tra cittadini e aziende sanitarie;
- individuare e valorizzare le competenze;
- documentare e valutare, anche attraverso studi retrospettivi, la qualità dell'assistenza rendendola "visibile" anche dopo l'azione;
- sviluppare la sicurezza anche in ragione della riduzione dei passaggi d'informazione e la riduzione delle persone coinvolte nel processo di cura della singola persona;
- sviluppare la collaborazione con le cure domiciliari.

Obiettivi che si intersecano con forza e coerenza con quanto espresso nella carta etica dell'Azienda Sanitaria di Biella, che nella sua presentazione sottolinea come "*Una buona azienda sanitaria deve organizzare in modo efficiente e razionale il lavoro e le competenze, ma anche definire percorsi in grado di dare una dimensione di senso e qualità alla vita professionale degli operatori che partecipano con il loro apporto al raggiungimento dei risultati di salute.*

Le prestazioni sanitarie e i servizi resi alla popolazione vanno sempre collocati in una dimensione relazionale improntata alla collaborazione e all'ascolto reciproco tra personale sanitario, pazienti e loro familiari, trovando nella dimensione umana, oltre che tecnica, il loro compimento e una fondamentale prospettiva di miglioramento continuo. Mettere in primo piano questa dimensione relazionale ed umana è da considerarsi assolutamente imprescindibile (Agenas, Aress Regione Piemonte, 2011)".

Un altro punto di partenza, inoltre, è stato fornito dall'ipotesi che, attraverso l'applicazione estesa di tale modello fosse possibile:

- intercettare quelle criticità^[1], seppur limitatamente presenti, che sono segnalate dai cittadini: in particolare rispetto alla chiarezza delle risposte alle domande fatte dal malato durante il ricovero.

Oggi, alla luce della nuova normativa^[2], delle criticità evidenziate nella realtà assistenziali e della necessità di modalità organizzative che sostengano la pertinenza e l'appropriatezza nell'offerta dei servizi, si fa sempre più evidente come, l'applicazione del modello organizzativo del *Primary Nursing* potrebbe essere una scelta funzionale in quanto:

- a. risponde in prima istanza alla risposta al bisogno assistenziale delle persone attraverso interventi differenziati secondo la complessità dello stesso. Ne può conseguire un miglioramento della qualità percepita da parte del malato e dei suoi caregiver (Laurant 2005; Sutherland 2009);
- b. sostiene la qualità nell'assistenza erogata (Reimanis 2001; Chiari 2008; Sutherland 2009) influenzando anche la capacità di autocura delle persone assistite. Ne consegue che l'applicazione di tale modello organizzativo potrebbe sostenere la continuità assistenziale attraverso sia il miglioramento da parte della persona assistita nella gestione autonoma della propria cura sia un raccordo con i servizi territoriali qualora la persona abbia necessità di supporto organizzato;
- c. determina un'assunzione di responsabilità diretta e riconosciuta da parte del professionista concorrendo da una parte a ridurre il percepito di appiattimento professionale e, dall'altra, a differenziare la presa in carico secondo il principio della competenza, della complessità assistenziale e della interdipendenza;
- d. sostiene l'autonomia di ogni singolo professionista quale elemento strategico per lo sviluppo della responsabilità e dell'autonomia. (Thomas 2001; Nelson 2002).

A questi aspetti di positività, nell'introduzione del modello organizzativo proposto, è stato necessario raccordare gli aspetti critici documentati dalla letteratura. Tali aspetti richiamano a:

- a. difficoltà nell'implementazione di tale modello determinata prioritariamente da fattori di ordine culturale e organizzativo. Infatti nella maggior parte delle situazioni organizzative la permanenza di modelli professionali ormai superati (Bigger 2010) è determinata da rigidità professionali e stereotipie di ruolo che resistono e si oppongono al cambiamento.
- b. dati di letteratura che se, da una parte, evidenziano come tale modello organizzativo sostenga uno sviluppo professionale e riduca il *turnover* degli infermieri, dall'altra, richiamano (Keleher 2008; Butler 2011) alla necessità di documentare in modo più analitico i benefici derivanti da tale applicazione sia in termini economico gestionali sia in termini di *outcome* per il paziente.

FASI DI ATTUAZIONE DEL CAMBIAMENTO

Fase 1: marzo/aprile 2013

La prima fase di attuazione del progetto è stata l'individuazione di 15 infermieri esperti identificati soprattutto tra gli operatori delle medicine che avevano, per primi, sperimentato il modello. Questo gruppo d'infermieri è stato preparato, attraverso una formazione specifica di 30 ore d'aula, per diventare "Infermieri formatori *Primary*". Lo scopo di questa fase è stato quello di preparare infermieri, esperti sull'applicazione del modello, circa la gestione di un'aula di formazione/apprendimento attraverso metodologie di lavoro di gruppo e confronto tra professionisti. Questo tipo di formazione è stata organizzata in un primo step di 20 ore a marzo 2013 e poi con tre refresh, di sostegno al cambiamento, distribuiti durante tutto l'anno.

Contemporaneamente alla formazione dei formatori è stato avviato il così detto "livello informativo", attraverso la fruizione di un corso FAD organizzato dal Cespi, rivolto a tutti gli operatori dell'ASL, sia operanti in setting di implementazione che non.

Per le strutture che implementavano il modello è stato reso obbligatorio lo svolgimento del corso in modalità "Fad" prima di ricevere in aula ulteriore formazione specifica.

Oltre agli esperti sono stati formati i coordinatori, anche loro mediante 30 ore di formazione d'aula, suddivise in due giornate di avvio e altre mezza giornate di sostegno durante l'anno d'implementazione. Il ruolo del coordinatore, in un modello come il *Primary Nursing*, è infatti centrale soprattutto nella fase di implementazione poiché, il coordinatore stesso è stato identificato quale responsabile della "formazione sul campo", strumento cardine in questa fase del progetto.

Fase 2: maggio/ottobre 2013

In questo periodo sono stati formati tutti gli infermieri delle strutture ospedaliere suddivisi in due gruppi omogenei, il primo tra maggio e giugno e il secondo tra settembre e ottobre, per un totale di circa 350 infermieri. Le ore previste sono state 18, suddivise in 4 incontri di 4.30 h.

Alla fine della formazione d'aula ogni struttura ha avviato le modalità individuate nelle proprie strategie di implementazione. Ogni realtà ha avuto a disposizione due infermieri esperti di riferimento, i quali potevano essere interpellati per bisogni di approfondimento e per necessità di supervisione, inoltre il progetto di formazione sul campo (30 ore) ha creato, all'interno di ogni struttura, le condizioni per un approfondimento specifico ovvero, partendo da un'analisi della realtà, gli infermieri di ogni struttura hanno progettato il proprio piano di sviluppo mirato all'applicazione dei principi fondanti l'erogazione dell'assistenza secondo il modello *Primary Nursing*.

Fase 3: novembre/dicembre 2013

In questo ultimo periodo sono stati predisposti i corsi per le aree territoriali (circa 100 persone di distretti territoriali, salute mentale, cure palliative) le quali, possedendo peculiarità non sovrapponibili alle degenze tradizionali, sono state raggruppate al fine di poter condividere e confrontare esperienze analoghe.

Fase 4: 2014: stabilizzazione del cambiamento

Durante il 2014 tutte le realtà hanno consolidato il proprio percorso affinando la documentazione a sostegno della personalizzazione dell'assistenza e la costruzione di standard di riferimento.

Inoltre la Direzione delle Professioni ha distribuito materiale divulgativo progettato e strutturato al fine di rendere pubblico tale cambiamento nei confronti degli *stakeholder*, sia sotto forma di manifesti personalizzati riguardanti le “modalità di erogazione dell’assistenza” da appendere in ogni struttura, sia *brochure* di identificazione e presentazione dell’infermiere *Primary* di riferimento da consegnare ai propri assistiti.

CONCLUSIONI

Ad oggi l’85% delle persone assistite, in degenza ordinaria, a Biella vengono prese in carico da un infermiere *Primary* di riferimento entro le 48 h, mentre oltre il 90% in regime di *Day Hospital*, *Day Surgery* o assistenza territoriale vengono prese in carico al primo contatto. Molti ancora sono gli spazi di miglioramento che si possono intravedere, sia per il raggiungimento del 100% della presa in carico, sia per l’ulteriore miglioramento della qualità dell’assistenza infermieristica intesa come pro-azione; questa considerazione è valida soprattutto quando si tratta di scegliere le strategie di cura educative (Mortari 2006), quando cioè bisogna aiutare la persona assistita a crescere e a realizzarsi nella sua condizione di salute compromessa dalla malattia attraverso strategie di educazione terapeutica e di *empowerment*.

L’adozione del modello *Primary Nursing* a Biella ha significato optare per un approccio culturale che punta sulla responsabilizzazione e il coinvolgimento di tutti i protagonisti. Attuare oggi un’organizzazione centrata sulle persone è l’unica *chance* per poter mantenere l’attenzione sull’appropriatezza quale criterio di valutazione. (Manthey 2008).

La paura del cambiamento è una paura fisiologica, propria di ciascuna organizzazione. Il futuro è pieno d’incertezze e la pianificazione a lungo termine cede spesso il passo a strategie volte a gestire al meglio il presente, ma se è vero che il futuro è imprevedibile è tuttavia possibile anticiparlo e costruirlo lavorando sulle capacità dell’uomo e delle organizzazioni di fronteggiare l’incertezza. Per decifrare il futuro occorre elaborare schemi nuovi per interpretare il presente per muoversi in una realtà che appare sempre più complessa. Dinnanzi all’incertezza occorre aiutare le persone ad acquisire nuove chiavi di lettura condivise per ricostruire un ordine e dare un senso alla propria azione, creando quindi un senso di fiducia che è determinante ai fini dell’apprendimento che nasce da un conflitto, da uno squilibrio tra l’apparente disordine e il modello sperimentale (Cavada 2012). Il cambiamento deve allora essere considerato una dimensione strutturale del divenire piuttosto che un accidente, un fenomeno occasionale, un’eccezione. La soluzione è quella di mettere in atto strategie di stabilizzazione che minimizzino i conflitti e le resistenze per favorire la fluidità dei rapporti e l’efficienza dell’organizzazione (Burns 1978). È fondamentale avere un approccio proattivo al cambiamento, considerandolo come un’occasione di crescita, un’opportunità da cui trarre il proprio vantaggio competitivo.

Il cambiamento va attraversato, il cambiamento non può essere delegato, è possibile nascondersi per un certo tempo ma alla fine non si può non cambiare e allora vale la pena di farlo cercando di vivere nel tempo accettando l’alternanza tra momenti radiosi e altri molto meno interessanti riconoscendo e apprezzando in seguito che quelli davvero importanti sono stati spesso quelli più difficoltosi e a volte anche dolorosi (Magnone 2013).

Working group: G. Busca, M. Fabbro, C. Pignolo, V. Derossi, M. Bisella, R. Gallo, S. Parente, S. Ferrari, B. Cianciolo, L. Zampelli, S. Caliendo, P. Poleis, M. Cavina, E. Larocca, M. Piasentin.

- [1] Sistema di rilevazione della qualità percepita, ASL BI, dati 2011 presidio ospedaliero.
- [2] In particolare da quanto espresso sia dal PSN anno 2011 – 2013, Pag.8 “E’ sui temi della qualità percepita, della centralità e dei diritti della persona assistita che i sistemi di tutela sanitaria sembrano oggi giocare la vera partita, ...E” il tema dell’*accountability* (rendere conto) sull’*accessibilità*, equità e performance globale, a livello di sistema, di organizzazione fino al singolo operatore. *Accountability* verso il cittadino e tutti gli altri portatori di interesse...” – pag. 11 “... Alla dimensione che valuta “quali” servizi sono inclusi nei Livelli essenziali di assistenza, si interseca con evidenza la dimensione che analizza “come” questi servizi sono forniti, ponendo la questione se modalità insufficienti di erogazione, sotto il profilo della competenza professionale, della dotazione tecnologica, della diffusione del servizio e della sua organizzazione, e in ultimo della tempestività della risposta, non vanifichino in radice la stessa garanzia del diritto ...” “si stanno portando avanti varie linee prioritarie di sviluppo del sistema che consentano una riorganizzazione dei processi di cura centralizzandoli sul cittadino ed i suoi bisogni sanitari...” sia sul PSSR, pag. 70, principi ispiratori “ ... La programmazione sanitaria nazionale e regionale definiscono in modo molto chiaro in quale cornice di valori e principi si debba sviluppare la pianificazione della prevenzione: equità, dignità, umanizzazione, giustizia, pienezza di diritto, sobrietà, austerità, economia del dono, sostenibilità, accessibilità, continuità, democrazia,...” pag. 20 “Alla dimensione che valuta “quali” servizi sono inclusi nei Livelli essenziali di assistenza, si affianca con evidenza la dimensione che analizza “come” questi servizi sono forniti, ponendo la questione se modalità insufficienti di erogazione, sotto il profilo della competenza professionale, della dotazione tecnologica, della diffusione del servizio e della sua organizzazione, e in ultimo della tempestività della risposta, non vanifichino, alla radice, la stessa garanzia del diritto.

BIBLIOGRAFIA

- Barton-Wright P. *Clinical supervision and primary nursing*. Br J Nurs. 1994 Jan 13-26;3(1):23-30.
- Bigger A. *Le basi del Primary Nursing*. SBK ASI Info – Periodico di informazione dell’associazione Svizzera Infermiere/i, 2010; n.9/10:7-11.
- Bowers L. *The significance of primary nursing*. J Adv Nurs. 1989 Jan;14(1):13-9.
- Brillì S. *Primary Nursing. Cure basate sulla relazione: un modello per trasformare la pratica*. Info – Periodico di informazione sulle attività dell’associazione Svizzera Infermiere/i, 2010; n.9/10:8-11,9.
- Burns J. *Leadership*. New York: Harper and Row. 1978.
- Butler M. et al. *Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes*. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7).
- Cavada L. *I processi di cambiamento ed innovazione: uno sguardo alle teorie di riferimento*. Assist Inferm Ric 2012; 31: 173-6.
- Chiari P. et al. *Studio per documentare l’esperienza dell’inserimento degli infermieri case manager in reparti per acuti e post-acuti: il punto di vista degli operatori, dei pazienti, e dei risultati clinico-organizzativi*. Assist Inferm Ric. 2008 Oct-Dec;27(4):202-9.
- Clifford JC. *The potential of primary nursing*. NLN Publ. 1979;(52-1755):61-8.
- Hegyvary ST. *The change to primary nursing: a cross-cultural view of professional nursing practice*. St. Louis: C.V. Mosby Co., 1982.
- Keleher H. et al. *Systematic review of the effectiveness of primary care nursing*. Int J Nurs Pract 2009 Feb;15(1):16-24.
- Laurant M. et al. *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2).
- Macdonald M. *Primary nursing: is it worth it?* J Adv Nurs. 1988 Nov;13(6):797-806.
- Magnone R. et al. *Cambiamento: una faticosa opportunità*. Trento: Giappichelli Editore, 2013.
- Manthey M. *La pratica del Primary Nursing*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.
- Mortari L. *La pratica dell’aver cura*. Udine: Pearson Paravia Bruno Mondadori Spa. 2006:30-44.
- Nelson J. *The empirical relationship of primary nursing and organizational commitment*. Creat Nurs. 2002;8(2):13-4, 16.
- Reimanis CL. et al. *Nurse Case Manager Role Attributes: Fifteen Years of Evidence-based Literature* Lippincotts Case Manag. 2001 Nov-Dec;6(6):230-9.

- Sutherland D. et al. *Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases*. J Clin Nurs. 2009 Nov; 18(21):2978-92.
- Thomas I. et al. *Outcomes of nursing care: the case of primary nursing*. Int J Nurs Stud. 1991;28(4):291-314.

ESPERIENZE

Expanded chronic care model come supporto all'autocura. L'esperienza dell'Azienda Usl 9 di Grosseto nell'ambito della sperimentazione toscana

di Loredana Micheli (1), Franca Cecchi (2)

(1) Infermiere Coordinatore Setting Domiciliari, Uf Cure primarie Zona distretto Area Grossetana Azienda Usl 9

(2) Infermiere Coordinatore, Referente aziendale sulla Sanità di iniziativa Azienda Usl 9

Corrispondenza: Lmicheli@usl9.toscana.it

Introduzione

L'incremento delle persone affette da patologia e/o pluripatologie croniche impone ai Servizi Sanitari Territoriali, la necessità di rivedere i modelli assistenziali. Sotto questa spinta la Regione Toscana con il Dgrt 894/2008, ha modificato l'assistenza sanitaria territoriale passando da una sanità improntata su un modello prestazionale in risposta a segni e sintomi, ad una sanità "proattiva" dove la persona viene contattata insegnandole ad autogestire la propria malattia rallentandone così il decorso o mantenendo l'equilibrio raggiunto.

Questa nuova modalità di approccio assicura alla persona interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, integrando efficacemente la persona informata/esperta sulla sua malattia, il coinvolgimento attivo della famiglia, della rete sociale ed un team professionale proattivo composto dal Medico di Medicina Generale (MMG), infermieri ed altre figure professionali; fornendo un'assistenza individuale centrata sulla persona. La progettazione regionale si avvale dell'utilizzo di un nuovo modello di gestione della persona l'*Expanded Chronic Care Model (ECCM)*. Il modello prevede di prendere in carico le persone affette dalle seguenti patologie croniche: diabete mellito, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ictus e scompenso cardiaco.

Durante le visite di controllo l'infermiere di riferimento ha tra le sue funzioni quella di facilitare l'*empowerment* della persona, in primis attraverso un'educazione volta ad intervenire sugli stili di vita corretti, fornendo informazioni su una sana alimentazione, sull'attività fisica, sul consumo di alcolici e sul fumo.

Il percorso si struttura attraverso l'incontro fra il personale sanitario e la persona presa in carico con visite programmate individuali presso gli ambulatori dei MMG o presso le strutture sanitarie territoriali o a domicilio; sono previsti anche incontri di gruppo. Questo fa sì che tutta la popolazione sia più facilmente raggiungibile.

Le competenze relazionali del personale infermieristico sono state rafforzate attraverso corsi di formazione ad hoc che hanno previsto incontri con un *counselor* per fornire strumenti di gestione nel rapporto individuale con l'assistito e per la conduzione dei gruppi.

La nostra indagine

Nell'anno 2013 al Progetto della Regione Toscana sulla Sanità di Iniziativa in Azienda UsI 9 hanno aderito 88 MMG per una popolazione totale di 105.357 assistiti con il coinvolgimento di n. 8 Infermieri. Si è voluto pertanto esplorare l'efficacia del percorso proposto agli utenti partendo dalla seguente ipotesi: le persone affette da patologie croniche, inserite all'interno dei Percorsi della Sanità di Iniziativa previsti, acquisiscono consapevolezza ed autonomia nella gestione della propria patologia cronica e vedono nell'infermiere un punto di riferimento dell'equipe multidisciplinare.

A tal fine è stato elaborato un questionario, suddiviso in tre sezioni: una introduttiva per informare la persona coinvolta, una seconda per raccogliere informazioni relative all'età, al titolo di studio, la professione svolta ed il sesso, una terza parte composta da 14 items strutturati a risposta chiusa. Il questionario, anonimo, è stato somministrato in una fase pilota a 25 utenti che ha permesso di verificare la strutturazione dello stesso e la chiarezza nella formulazione delle domande. Successivamente, dopo approvazione del Comitato Etico Locale, il questionario è stato somministrato al campione di popolazione che usufruisce dei Percorsi della Sanità di Iniziativa attivati.

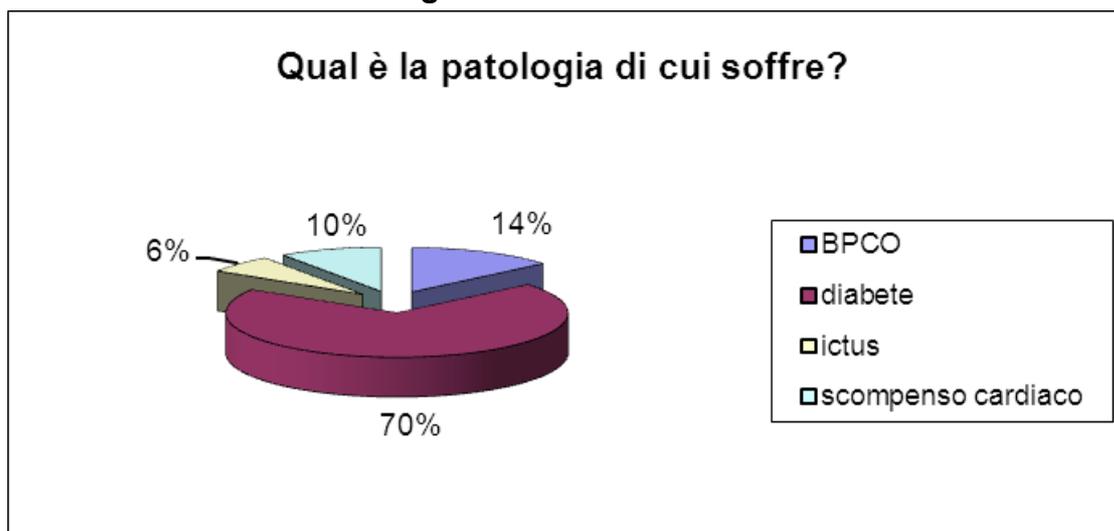
Dall'1 settembre al 30 novembre 2013 è stata condotta un'indagine di tipo quantitativo somministrando il suddetto questionario alla popolazione individuata. Sono stati coinvolti 640 utenti: i questionari restituiti sono stati 624 (97,5%).

Gli esiti del percorso proposto

Il campione è equamente distribuito fra maschi e femmine rispettivamente 48% e 45% (il 7% non risponde) ed è suddiviso nelle due fasce d'età più rappresentative con il 56% di età compresa fra i 66 e 100 anni ed il 35% fra i 46 e i 65 anni. Il 68% degli utenti ha una scolarità medio-bassa, solo il 3% del campione è laureato. Quasi la metà del campione (45%) è in pensione.

La patologia maggiormente presente nel campione è il diabete mellito con il 70% (n. 433), il resto del campione si distribuisce equamente fra le rimanenti tre patologie; il 15% (n. 93) presenta più di una patologia (**Figura 1**).

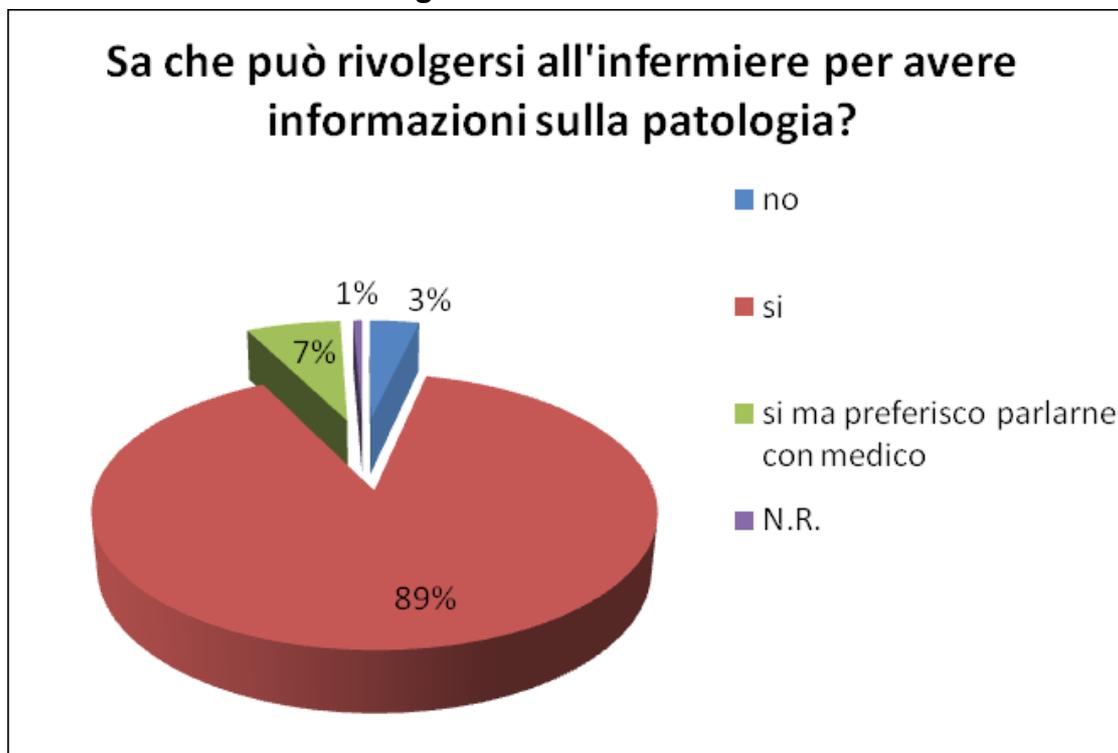
Figura 1 - Domanda n. 1



Il diabete è la patologia più frequente per tutte e tre le classi di età, ed è maggiormente diffuso nella classe di età 46-65 anni 41% (n. 170), l'ictus e lo scompenso cardiaco nella classe 66-100 anni 75% (rispettivamente 29 affetti da ictus e 42 da scompenso cardiaco).

Il 96% (n. 598) del campione sa che può rivolgersi all'infermiere per avere informazioni sulla propria malattia, ma di questi il 7% (n. 42) preferisce parlarne ancora direttamente con il medico (4 non rispondono) (**Figura 2**).

Figura 2 - domanda n. 13

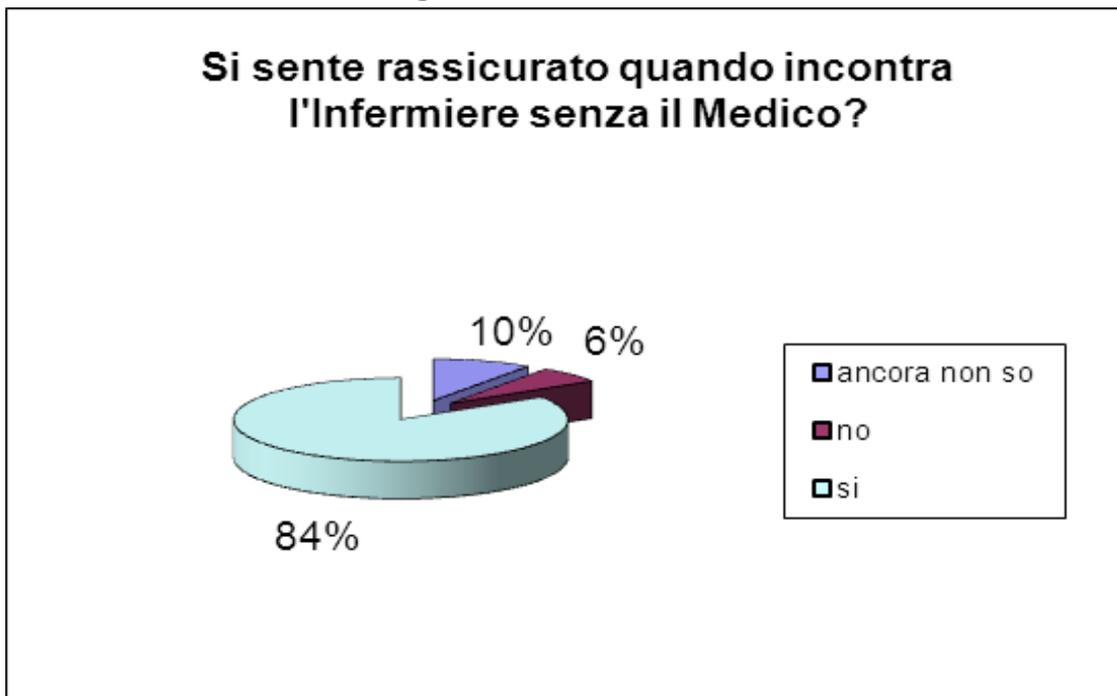


Il 95% (n. 584) si sente maggiormente seguito nella cura e gestione della malattia da quando è stato inserito nel percorso Sanità d'Iniziativa; mentre il ruolo dell'infermiere emerge anche come colui che, nel contattare telefonicamente l'assistito, ricorda le visite periodiche ed i controlli da effettuare (84%; n. 527).

La metà del campione 49,5% (n. 305) conosce le complicità legate alla propria patologia grazie alle spiegazioni fornite dal personale infermieristico e solo il 27% (n. 165) per le spiegazioni date dal MMG.

Per il 79% (n. 484) ormai l'Infermiere è il punto di riferimento per le problematiche di salute e l'84% (n. 516) si sente rassicurato e sostenuto anche quando incontra l'infermiere senza il medico (**Figura 3**), dichiarando di gradire contatti più frequenti con il personale infermieristico.

Figura 3 - domanda n. 11

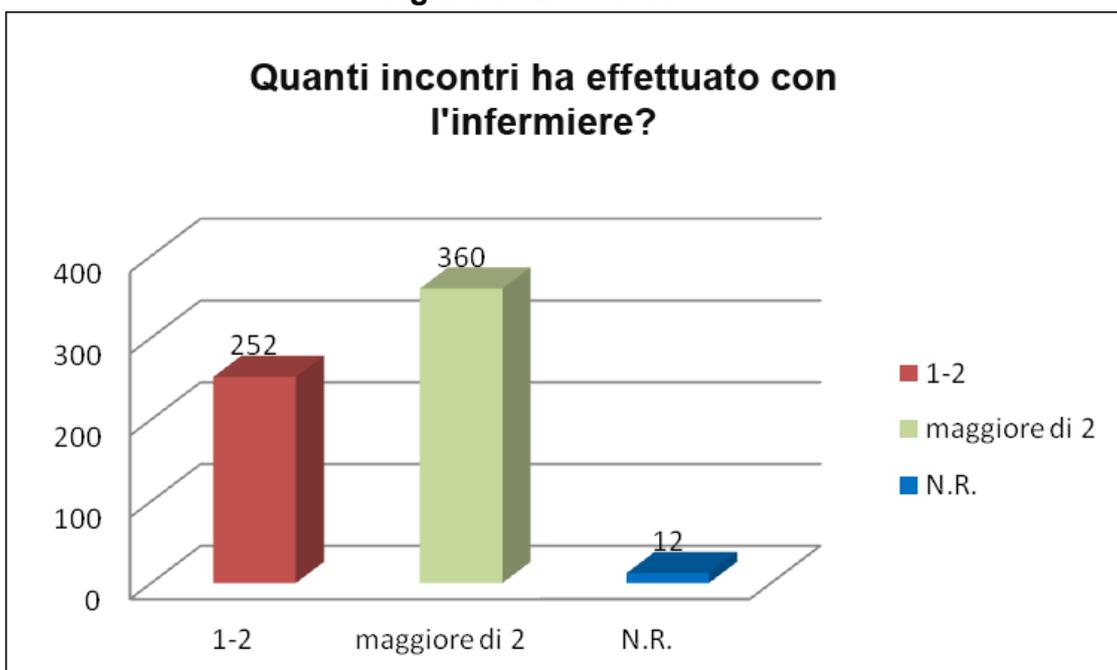


Gli assistiti affetti da scompenso cardiaco sono coloro che dichiarano con più frequenza di sentire meno la necessità di essere seguiti dall'infermiere (20%; n. 11) rispetto a coloro che sono affetti da diabete (5%; n. 20).

L'85% (n. 514) del campione riferisce che, grazie agli incontri con l'infermiere, ha acquisito una maggiore consapevolezza sulla gestione della malattia (farmaci e strumenti usati), la percentuale si si abbassa al 68% (n. 26) se si considerano solo i 40 pazienti che erano stati colpiti da ictus.

Il 58% (n. 360) del campione ha fatto più di 2 incontri con la Sanità di Iniziativa, il 40% (n. 252) al momento dell'intervista solo 1 o 2 (12 non risposte) (Figura 4).

Figura 4 - Domanda n. 14



Sono gli utenti più giovani a dichiarare con maggiore frequenza di essere informati grazie agli infermieri.

Chi ha una scolarità medio-bassa (45%) conosce il percorso ma preferisce comunque rivolgersi al medico, chi ha una scolarità medio-alta è consapevole dei percorsi strutturati e si rivolge all'infermiere (95%).

Trovare vantaggioso imparare ad autogestirsi la malattia è determinato dal numero di incontri fatti: il 61% di chi ha fatto più di due incontri ritiene vantaggioso imparare ad autogestirsi mentre il 65% di chi ha fatto 1-2 incontri preferisce parlarne con il medico.

Discussione

Tra le persone a cui è stato somministrato il questionario, quelle affette da scompenso cardiaco sembrerebbero sentire meno la necessità di essere seguiti dall'infermiere.

Questo dato può essere generato da diverse variabili: la conoscenza della patologia da parte del professionista infermiere, gli strumenti di gestione della patologia, compresa la *compliance* terapeutica, che possono generare incertezza nella percezione della presa in carico da parte dell'assistito.

La maggiore consapevolezza sull'utilizzo degli strumenti per gestire la propria malattia è acquisita soprattutto da coloro che sono affetti da diabete, che risulta essere la patologia cronica prevalente nella popolazione e meno da coloro che sono affetti da ictus. Questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che i Percorsi della Sanità di Iniziativa rivolti ai pazienti affetti da diabete mellito e scompenso cardiaco sono stati i primi ad essere attivati, mentre le persone affette da BPCO ed ictus sono state prese in carico circa un anno e mezzo dopo. Conseguentemente in quest'ultimi percorsi, il numero di incontri effettuati dagli infermieri con le persone assistite è stato inferiore.

Avvalersi del questionario come strumento di ricerca è stato utile per poter raggiungere un numero rilevante di assistiti in un periodo relativamente breve ed esplorare così alcuni esiti relativi al processo dei percorsi attivati.

Questo strumento potrebbe rappresentare il punto di partenza per un ulteriore studio che coinvolga esperienze analoghe, in realtà differenti anche a livello nazionale.

Per rendere più funzionale all'obiettivo potrebbero essere opportune alcune modifiche al questionario, come la raccolta delle variabili età o numero di incontri effettuati, come numeriche continue e non suddivise in classi.

La capacità o meno di questi percorsi di aumentare la percezione dell'utente riguardo al miglioramento della qualità di vita non è stata oggetto di questa indagine ma potrebbe esserlo in studi futuri finalizzati a indagare complessivamente gli esiti dei Percorsi della Sanità di Iniziativa.

Conclusioni

Dai risultati dell'indagine la figura del professionista infermiere emerge con un diverso e nuovo ruolo assistenziale, punto di riferimento delle persone affette da patologia cronica. Questa nuova modalità di approccio (ECCM) si inserisce nel contesto territoriale, sia ambulatoriale che domiciliare, prevedendo degli obiettivi condivisi tra i professionisti ed il soggetto principale cioè la persona presa in carico. Tale approccio mira a costituire una rete territoriale con maglie sempre più fitte, al fine di rilevare, anche negli contesti sociali più disagiati, tutti quei casi che sarebbero emersi in tempi sicuramente più lunghi. Un corretto stile di vita e l'utilizzo consapevole di strumenti e farmaci potrà far ottenere un miglioramento della qualità di vita percepita dall'utente e potrà determinare una riduzione del numero degli accessi impropri presso i servizi territoriali di urgenza/emergenza e/o agli ambulatori dei MMG.

Questo sicuramente permetterà ai servizi sanitari un utilizzo più appropriato di risorse umane ed economiche ed una maggiore attenzione agli esiti nel processo assistenziale che in un periodo storico così difficile diventa fondamentale.

BIBLIOGRAFIA

- Ars (2014) *Le malattie croniche in Toscana*. (Internet). Consultato il 24 febbraio 2015, disponibile all'indirizzo: <https://www.ars.toscana.it/it/aree-dintervento/problemi-di-salute/malattie-croniche.html>.
- Dgrt N. 467/2009 *Psr 2008-2010*. Consultato il 20/01/2015, disponibile all'indirizzo https://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/malattie_croniche/delibera_gr_716_2009_all_a_progetto_san_ita_iniziativa.pdf.
- Frei A, Chmiel C et al. (2010) *The chronic care for diabetes study (Carat): a cluster randomized controlled trial* (Internet). Consultato il 06 novembre 2014, disponibile all'indirizzo: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-2840-9-23.pdf>.
- Van Servellen G, Fongwa, M et al. (2006) *Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review*. *Nurs Health Sci*, 8(3), 185-195.
- Wagner HC (2000) *The role of patient care teams in chronic disease management*. *BMJ*, 320(7234), 569-572.
- World health organization (2002). *Innovative care for chronic conditions, Building blocks for action* (Internet). Consultato il 21 novembre 2014, disponibile all'indirizzo http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01.pdf?ua=1.
- Yach D, Hawkes C et al. (2004) *The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control*. *JAMA*, 291(21), 2616-2622.



ESPERIENZE

L'utilizzo delle medicazioni naturali avanzate nel trattamento delle ulcere venose

di **Elisa Cereda (1)**, **Lorena Salvini (2)**, **Rino Corrarello (3)**, **Maria Granatelli (4)**

(1) *Infermiera Libera professionista*

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

(3) *Infermiere Esperto Wound Care, AO ICP Bassini*

(4) *Coordinatrice Infermieristica, AO ICP Bassini*

Corrispondenza: elicere92@gmail.com

Le medicazioni naturali avanzate a base di miele sono state utilizzate come medicazioni topiche sin dall'antichità per la gestione delle lesioni cutanee, in particolare per le ulcere venose, in relazione alle loro proprietà antibatteriche. Con l'avvento dell'antibiotico terapia, tali medicazioni sono state abbandonate per poi essere reintrodotte nella pratica clinica a seguito dello sviluppo di resistenze batteriche. Infatti, a differenza delle medicazioni convenzionalmente utilizzate nel trattamento delle ulcere venose e dell'antibiotico terapia, le medicazioni a base di miele ad oggi non sembrerebbero presentare alcun tipo di resistenza batterica (Knight, 2013).

Nello studio riportato verranno analizzate due tipologie differenti di miele sotto forma di gel: Manuka e Revamil®.

Il miele di Manuka è un miele che viene prodotto a partire dall'arbusto *Leptospermum Scoparium*, presente soprattutto in Nuova Zelanda ed in Australia (Old, 2013), la cui attività è legata al metilgliosale (MGO) contenuto al suo interno (Majtan et al., 2012).

Il miele Revamil, invece, a differenza del precedente, viene prodotto in condizioni controllate, in serra, ed è di origine olandese (Kwackman et al., 2012). La sua attività è legata al perossido d'idrogeno, che sembra non essere presente se non in quantità molto basse nel miele di Manuka, tanto da essere totalmente coperto dall'attività dell'MGO (Majtan et al., 2012).

Entrambe le tipologie di miele, a seguito del processo produttivo, vengono sterilizzate sottoponendole a irradiazioni con raggi γ (Bellingeri, 2014).

La reale efficacia delle medicazioni a base di miele non sembra essere supportata da forti evidenze scientifiche nel trattamento delle lesioni cutanee, ed in particolare delle ulcere venose (Jull, 2014). Per ulcera venosa si intende quella lesione che compare generalmente a carico degli arti inferiori nei soggetti affetti da insufficienza venosa cronica (CVI) e che non riesce a guarire spontaneamente (Caula et al., 2014). L'incidenza di tale tipologia di lesione cutanea corrisponde al 65-70% della popolazione, soprattutto anziana (Bellingeri, 2014).

Con questo studio abbiamo valutato la reale efficacia delle medicazioni naturali avanzate a base di miele nel trattamento delle ulcere venose, valutando poi quale delle due tipologie risulti essere migliore nel raggiungere lo scopo, ossia la guarigione delle ulcere venose stesse, considerando le variabili legate alle patologie concomitanti ed alle ulcere stesse, al fine di valutare quali siano le condizioni ottimali per l'utilizzo e l'efficacia di tali trattamenti. Si considereranno, inoltre, i costi di tali tipologie di medicazione, confrontandoli con le medicazioni convenzionalmente adottate nel trattamento delle ulcere venose.

Lo studio è stato condotto presso il Centro di Vulnologia dell'AO ICP Bassini con sede a Cinisello Balsamo, componendosi di varie fasi, in particolare: una raccolta dati mediante la compilazione di specifiche schede in cui sono state raccolte le variabili legate alla persona portatrice dell'ulcera venosa (**Scheda 1**) e all'ulcera venosa stessa (**Scheda 2**); la valutazione e rispetto delle misure adottate, con il controllo della corretta esecuzione delle medicazione avanzate e della corretta e completa compilazione delle schede sopracitate, analisi dei dati, di tipo descrittivo-correlazionale; la valutazione dei risultati ottenuti dall'analisi effettuata.

Nello studio sono state incluse tutte le persone assistite che si sono presentate al Centro suddetto nel periodo in cui è stato condotto lo studio stesso, le persone che presentavano esclusivamente lesioni cutanee di eziologia venosa e coloro le quali sono state sottoposte a medicazioni avanzate con medicazioni naturali a base di miele.

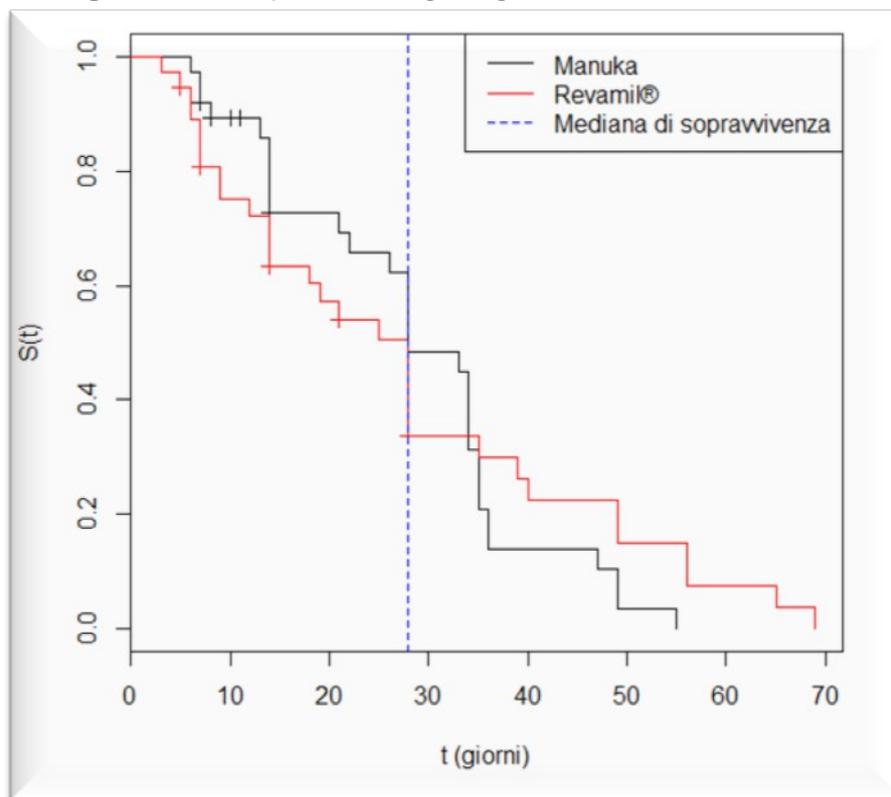
Nella raccolta dei dati eseguita durante lo studio sono stati utilizzate le seguenti scale di valutazione:

- CEAP, per identificare il grado di insufficienza venosa (Antignani P. et al., 2009);
- RYB scale o "scala colorimetrica" per stabilire la fase di guarigione dell'ulcera venosa (Bellingeri, 2014);
- PUSH Tool 3.0, per verificare un miglioramento o peggioramento della lesione nel processo di guarigione;
- Visitrak, per la misurazione dell'estensione della lesione (Sugama et. Al, 2007).

Al termine della raccolta dei dati, lo studio si è basato su 76 ulcere venose, di cui 38 trattate con medicazioni a base di miele di Manuka e le restanti 38 trattate con quelle a base di miele Revamil®.

Risultati

Dall'analisi sopra citata è emerso come le medicazioni naturali avanzate a base di miele presentino un'efficacia pari all'80,3% del campione considerato. La mancata guarigione delle ulcere venose si è verificata nel 19,7% dei casi a seguito di fenomeni indesiderati quali ipergranulazione (9,2%), infezione (7,9%) e reazione allergica (2,6%). Per quanto riguarda l'analisi delle tempistiche di guarigione è emerso (**Figura 1**) come entrambe le tipologie di medicazione portino ad un tempo di guarigione medio stimato intorno ai 28 giorni.

Figura 1 - Tempistiche di guarigione delle ulcere venose

In particolar modo, andando ad analizzare distintamente le due tipologie di trattamento, emerge come non vi siano sostanziali differenze nella guarigione delle ulcere venose. Ciò significa che entrambe le tipologie di miele risultano presentare uguale efficacia nel trattamento di tali lesioni cutanee.

Discussione

Lo studio intende mettere in luce l'efficacia delle medicazioni naturali avanzate a base di miele nel trattamento delle ulcere venose. Da tale studio emerge come tali medicazioni sembrerebbero risultare efficaci nel trattamento di tali lesioni cutanee, a differenza di quanto risulta dalla revisione sistematica della Cochrane reperita in letteratura (Jull A. B. et al., 2014). Altro elemento di novità sembrerebbe essere il fatto che le patologie concomitanti non sembrerebbero interferire con la guarigione per mezzo di tali tipologie di medicazione, a differenza di ciò che la letteratura scientifica afferma (Bellingeri A., 2014).

È necessario inoltre sottolineare come tali medicazioni avanzate, a differenza delle medicazioni convenzionalmente utilizzate, risultino essere decisamente meno dispendiose: mentre le medicazioni convenzionali presentano un costo che si aggira intorno ai 2,50 €, il costo delle medicazioni analizzate in tale studio è di 0,12-0,17 €.

Questo aspetto, in un periodo di tagli ai finanziamenti sanitari, risulta essere cruciale nella scelta dei trattamenti più efficaci ed efficienti.

Conclusioni

Le medicazione a base miele sembrerebbero efficaci nel trattamento delle ulcere venose in questa nostra limitata esperienza. Ognuna delle due tipologie analizzate risulta agire in condizioni differenti, in base alle caratteristiche proprie dell'ulcera venosa.

Scheda 1 - Dati relativi alla persona															
Numero identificativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data di arruolamento															
Sesso															
Età															
Scolarità															
Professione															
Peso (Kg)															
Altezza (m)															
B.M.I. (Kg/m ²)															
Grado di insufficienza venosa															
Causa insorgenza lesione															
Recidiva															
Tempo trascorso dall'insorgenza															
Stadio lesione															
Presenza infezione															
Microrganismo patogeno presente															
Familiarità insufficienza venosa															
Precedenti problemi venosi															
Pregresso intervento chirurgico vascolare															
Ipertensione arteriosa															
Diabete															
Vita sedentaria															
Fumo															
Gravidanza															
Immuno soppressione															
T.A.O															

Scheda 2 - Dati relativi all'ulcera venosa													
Data medicazione													
Sede lesione													
Lunghezza lesione (cm)													
Larghezza lesione (cm)													
Profondità lesione (cm)													
Superficie (cm ²)													
Condizione cute perilesionale													
Stadio lesione													
Dolore NRS													
Presenza edema													
Presenza essudato													
Quantità essudato													
Tipologia essudato													
Presenza odore													
Presenza infezione													
Esecuzione tampone													
Antibiotico profilassi													
Punteggio valutazione PUSH tool 3.0													
Tempi di guarigione													
Tipo medicazione utilizzato													
Materiale utilizzato													
Costo materiale utilizzato													
Costo prestazione													
Costo infermiere vulnologo													

BIBLIOGRAFIA

- Antignani PL, Allegra C, (2009) [*The CEAP classification and its evolution*](#). EWMA Journal, 9(1): 19-20, 22, 24-25.
- Bellingeri A (2014) *Il prontuario per la gestione delle lesioni cutanee: medicazioni, bendaggi ed ausili antidecubito*. Edizione 3. Pavia, Edizioni CdG.
- Caula C, Virani T, Santos J, McConnell H, Schouten J, Lappan-Gracon S, Scott C, Gergolas Kennedy M, Powell K, Evidence based nursing. (2004) *Assessment and management of venous leg ulcers* (Valutazione e Gestione delle Ulcere Venose all'arto inferiore) [on line] Disponibile da: http://www.evidencebasednursing.it/traduz_RNAO/Ulcere_venose.pdf [consultato il 20 marzo 2014].
- Jull AB, Walker N, Deshpande S, The Cochrane Collaboration (2014) [*Honey as a topical treatment for wounds*](#) [on line] Disponibile da: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005083.pub3/pdf> [consultato il 6 marzo 2014].
- Knight A (2013) *The therapeutic effects of honey*. The Plymouth Student Scientist, 6(1): 376-385.
- Kwakman PHS, Zaat SAJ (2012) *Antibacterial components of honey*. Life, 64(1): 48-55.
- Majtan J, Kludiny J, Bohova J, Kohutova L, Dzurova M, Sediva M, Bartosova M, Majtan V (2012) *Methylglyoxal-induced modifications of significant honeybee proteinous components in Manuka honey: possible therapeutic implications*. Fitoterapia, 83(4): 671-677.
- Old N (2013) [*The medicine of the Manuka: an investigation of the usages and methods for utilization of honey derived from the pollen of Leptospermum scoparium in holistic nursing practice*](#). Journal of holistic nursing, 31(3): 200-203.
- Sugama J, Matsui Y, Sanada H, Konya C, Okuwa M, Kitagawa A (2007) *A study of the efficiency and convenience of an advanced portable Wound Measurement System (Visitrak)*. *J Clin Nurs.*, 16(7): 1265-1269.
- <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/push3.pdf>.



ESPERIENZE

Familiari di assistiti con problemi oncoematologici: attenti allo stress!

di **Alessia Berte' (1)**, **Stefania Rancati (2)**, **Roberto Milos (3)**

(1) Infermiera, Libera professionista

(2) Infermiera, Professore a contratto, Università degli Studi di Milano SITRA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

(3) Infermiere, Professore a contratto, Università degli Studi di Milano SITRA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Corrispondenza: alessia.berte@gmail.com

Il paziente con diagnosi di cancro e il caregiver

La diagnosi di cancro è un evento di impatto significativo sulle persone assistite e i loro familiari. Colui che presta assistenza ad un proprio caro, in virtù di un legame affettivo o familiare ed è coinvolto durante le diverse fasi della malattia, viene definito *caregiver* informale.

Il *caregiver* è considerato risorsa e interlocutore irrinunciabile per programmare qualunque intervento di cura e poiché il benessere complessivo del malato è legato alle condizioni psicofisiche in cui si trova chi lo assiste, l'interesse degli infermieri si orienta necessariamente verso questa importante risorsa. Gli infermieri, infatti, in applicazione del Codice Deontologico (articoli 2, 21, 39) devono prestare servizi non solo alla persona malata, ma anche alla famiglia, coinvolgendola nel piano di assistenza. Inoltre, sostengono i familiari e le persone di riferimento, soprattutto nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Il familiare caregiver, la scarsità di risorse e il personale infermieristico

Come risulta dall'indagine di Girgis del 2013, i *caregiver* sono per lo più donne, mogli e conviventi e provvedere all'assistenza diretta può indurre stress cronico.

Alcuni autori, riportano che gli effetti provocati dallo stress determinano disturbi psicofisici quali ansia (39%), depressione (40%), fatigue (55%), preoccupazione, riduzione delle attività sociali, sovraccarico emotivo e disturbi del sonno.

Lo stress nei familiari *caregiver* è aggravato da molteplici fattori, quali:

- gli stessi stati d'animo provati dagli assistiti (es. angoscia e preoccupazione);
- la restrizione economica, causata dal contributo per la spesa di farmaci, consulti psicologici, cure infermieristiche a domicilio, trasporto del congiunto;
- la frequente incompatibilità con lo svolgimento continuativo dell'attività lavorativa, poiché le assenze dai luoghi di lavoro per *caregiving* incrementano forme di assicurazione, pensionamento anticipato, fino a decidere di dimettersi volontariamente;
- la relazione con il personale sanitario, dato che i *caregiver* tendono a non chiedere informazioni perché pensano di non averne diritto. La mancanza di conoscenze genera un coinvolgimento eccessivo durante il ricovero a discapito di tempo da dedicare a se stessi e agli altri parenti.

In letteratura si è studiato il ruolo ricoperto da figure di sostegno ed è emerso che per il 73% dei *caregiver* questo ruolo è rappresentato da altri familiari con i quali si possono confidare ed esprimere liberamente, seguito dai professionisti sanitari, soprattutto gli infermieri, di cui apprezzano la capacità di ascolto e l'attenzione.

È necessario valutare lo stress provato dal *caregiver* per prevenirne l'aumento durante il percorso di cure e per evitare complicità quali il *burden* (carico psicologico e fisico sostenuto, in questo caso, dai familiari che assistono il proprio congiunto) e la depressione.

L'obiettivo dell'indagine condotta è stato quello di analizzare lo stress sperimentato dai *caregiver* informali nel dipartimento di Ematologia, presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Lo stress nei familiari caregiver: la nostra esperienza

Per conoscere il livello di stress si è svolta un'indagine nell'area omogenea di Ematologia della Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, nel gennaio 2014 somministrando un questionario il *Family Strain-Short Form* a un campione di 51 *caregiver*.

Lo strumento si compone di due parti: la prima include informazioni socio-demografiche relative sia all'assistito sia al *caregiver*; la seconda è costituita da 30 items dicotomici volti a descrivere lo stato psicofisico. Il punteggio ottenuto può rientrare in quattro aree a crescente rischio psicologico:

- Area OK: il *caregiver* sta reagendo bene alla situazione e possiede buone abilità di *coping* per fronteggiare lo stress;
- Area R (Raccomandato): il *caregiver* possiede un basso livello di stress e sufficienti abilità di *coping* per fronteggiare la situazione;
- Area SR (Fortemente Raccomandato): il *caregiver* avverte un elevato livello di stress, che richiede un intervento e un supporto psicologico;
- Area U (Urgente): il *caregiver* presenta rilevanti livelli di stress e ha un alto rischio psicologico. È urgente che sia valutato da uno psicologo o psichiatra.

È interessante evidenziare come alla riconsegna dei questionari alcuni familiari abbiano effettuato dichiarazioni spontanee, nate dall'esigenza di essere ascoltati.

I dati socio-demografici dei rispondenti indicano come i *caregiver* sono familiari (96,1%) di malati affetti da patologie oncoematologiche quali: linfomi (32,6%), leucemie (30,4%) e mieloma multiplo (15,2%). La maggioranza del campione è femminile (68,6%), con un'età media di 55,3 anni. Alcuni rispondenti sono coniugi (54,9%) e quasi la metà del campione svolge un'attività lavorativa (47,1%). Tra coloro che non la svolgono (52,9%) vi è una percentuale di pensionati (39,2%) e di disoccupati (3,9%).

La maggior parte dei *caregiver* riferisce di essere preoccupata (92,2%), di soffrire di insonnia e cefalea (70,6%), prova rabbia (45,1%) e ansia per il futuro del proprio congiunto (80,4%).

Dai dati raccolti, inoltre, la relazione con il personale ospedaliero risulta buona. Infatti, i rispondenti hanno riferito come i rapporti con medici e infermieri non siano da loro considerati una fonte di stress (66,6%).

Emerge la necessità di informazioni sull'assistenza (72,5%), soprattutto in Unità Operativa, dove queste sono attese da quasi la totalità del campione (91,7%).

La rete familiare è una risorsa determinante non solo per gli assistiti, ma anche per i *caregiver* stessi, poiché in caso di bisogno possono fare affidamento sugli altri parenti (92,2%). Alcuni partecipanti all'indagine segnalano di aver comunque del tempo da dedicare agli altri familiari (66,7%) e di non essere irritati dalle continue richieste del proprio congiunto malato (70,6%).

In riferimento alle quattro aree di rischio (OK, R, SR, U) è risultato che solo il 3.9% di essi non presenta stress, poiché possiede buone abilità di coping per fronteggiarlo (area OK). Il 66.7% risulta avere un livello elevato (SR, U) e il 21,6% del campione rientra nell'area "U": non solo prova un alto livello di stress, ma ha necessità di un intervento psicologico urgente (**Figura 1**) In quest'ultimo gruppo il 36,6% ha congiunti affetti da linfoma e il 45,5% sono mogli e conviventi.

Figura 1 - Severità dello stress del caregiver, suddiviso per Day hospital e Unità operativa

Severità dello stress	Unità operativa		Day hospital		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Non presente (OK)	1	8,30	1	2,60	2	3,90
Livello basso (R)	2	16,70	13	33,30	15	29,40
Livello elevato (RS)	5	41,70	18	46,10	23	45,10
Livello elevato con rischio psicologico (U)	4	33,30	7	18,00	11	21,60
TOTALE	12	100	39	100	51	100

Conclusioni

A confermare la teoria di Girgis et al. (2013), la maggior parte dei *caregiver* che presentano un alto livello di stress sono mogli o conviventi. Quasi la metà del campione svolge un'attività lavorativa, ma vi è la presenza di casi di disoccupazione. Anche nella presente indagine, come riportato in letteratura da Moroni e Bevans, è emerso che la maggior parte dei familiari *caregiver* è preoccupato per la malattia del proprio congiunto, è in ansia per il suo futuro e soffre di disturbi quali insonnia e cefalea. La rete familiare ha un ruolo centrale sia per il malato sia per il *caregiver* e come sottolineato da alcuni autori, la famiglia risulta essere la prima e a volte l'unica fonte di supporto. Spesso i *caregiver* sono disinformati ed esprimono una richiesta di maggiori indicazioni sull'assistenza, sebbene la relazione con il personale infermieristico e medico non risulti essere stressante. Dall'indagine emerge che i *caregiver* di congiunti affetti da linfoma provano un maggior livello di stress, nonostante il numero esiguo del campione. In contrasto con quanto emerso da alcuni studi, il *caregiver* ha comunque tempo da dedicare agli altri familiari.

Il personale infermieristico per evitare o diminuire lo stress dovrebbe attuare alcuni interventi quali: un monitoraggio costante nel tempo dello stato psicofisico del *caregiver*, un'eventuale programmazione di colloqui tra questi e le figure professionali di sostegno; la previsione di un'alternanza nell'attività di assistenza con altri familiari. Alleviare lo stress provocato dal carico di assistenza significa prevenire il rischio di *burden* ed evitare che il benessere del familiare *caregiver* venga inevitabilmente compromesso.

BIBLIOGRAFIA

- Bevans MF, Stenberg HM (2012) *Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients*, JAMA 307(4), 398-403.
- Girgis A, Lambert S et al. (2013) *Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer*. Health care delivery journal of oncology practice 9(4).
- Moroni L, Colangelo M et al. (2007) *"Vorrei regalargli la mia vita": risultati di un progetto di supporto psicologico ai caregiver di pazienti di riabilitazione neuromotoria*. Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia. Supplemento B, Psicologia, 29(3), 5-17.
- Papastavrou E, Charalambous A et al. (2009) *Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver*. European journal of oncology nursing, 13(2), 128-136.
- Vidotto G, Rossi Ferrario S et al (2010) *Family strain questionnaire: short form for nurses and general practitioners*. Journal of clinical, 19(1-2), 275-283.



ESPERIENZE

Creazione di un Ambulatorio infermieristico per le persone dipendenti da oppiacei in trattamento con terapia agonista

di Johnny Acquaro (1), Miriam Portesan (1), Monia Sasso (1), Marco Tabone (1), Leonardo Foresta (1), Francesca Ronchietto (1), Cristina Corniglia (1), Ivan Sette (2), Giovanna Daniele (3), Emanuele Bignamini (4)

- (1) Infermiere
- (2) Coordinatore infermieristico
- (3) Responsabile professioni sanitarie
- (4) Psichiatra, Direttore di dipartimento

Dipartimento Dipendenze 1 - Asl Torino 2 Piemonte

Corrispondenza: johnny.acquaro@aslto2.piemonte.it

Introduzione

La dipendenza da sostanze costituisce un problema considerevole in materia di salute pubblica. Nel 2013, in Italia, 28.324 soggetti si sono rivolti ai Servizi con richiesta di presa in carico per la prima volta. Le sostanze primarie più utilizzate dagli utenti in trattamento sono gli oppiacei (71,5%), seguiti da cocaina e cannabis. In Piemonte gli utenti in carico ai Servizi per le dipendenze (Serd) sono 11709 di cui 1683 nuovi casi (Dipartimento politiche antidroga, 2015).

Nel Dipartimento patologie da dipendenza 1 della Asl Torino 2, nel 2014, 529 persone, 424 maschi e 105 femmine, erano in trattamento con terapia agonista. Il Servizio di somministrazione farmacologica del Dipartimento è distaccato dalle sedi del Ser.D dove viene prescritta la terapia, ed è collocato presso l'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino. L'ingresso all'ambulatorio di somministrazione farmacologica è separato da quello principale dell'ospedale e si apre su di un cortile. Questa zona di accesso, nonché la sala stessa di somministrazione, riuniscono in un unico ambiente pazienti in differenti stadi clinici e fasi motivazionali determinando potenziali fattori di rischio, di stigma e di mancanza di un adeguato spazio terapeutico-relazionale.

Sulla base di queste considerazioni il Dipartimento dipendenze ha progettato l'Ambulatorio Pr.i.m.a. (*Programma infermieristico mirato all'adesione terapeutica, Progetto infermieristico metadone su appuntamento, pronto intervento motivazionale avanzato*) che indirizza il suo intervento a:

- predisporre percorsi ad personam;
- aumentare l'aderenza al percorso terapeutico;
- prevenire i comportamenti a rischio;
- tutelare la dignità dell'individuo;
- garantire la privacy.

Lo strumento è utilizzato in modo differente in base alla tipologia di utenza:

- **utenti già in trattamento:** l'utente sottoscriverà un contratto in cui si impegna a sottoporsi a osservazione infermieristica per 30 giorni presso il Servizio di somministrazione e, se idoneo all'inserimento nel progetto, anche durante i successivi colloqui;

- **utenti Naïve (nuovi, lunghi periodi di remissione/casi particolari):** stesse modalità dell'utente già in trattamento, ad eccezione del periodo di osservazione preliminare: l'utente verrà subito inserito nel progetto.

Il programma prevede l'accesso da ingresso riservato, l'assunzione/ritiro del farmaco e un colloquio di 30 minuti con un infermiere (**Box 1**). La dimissione per incompatibilità con lo standard atteso avviene dopo un colloquio di orientamento e non preclude la possibilità di partecipare nuovamente al progetto.

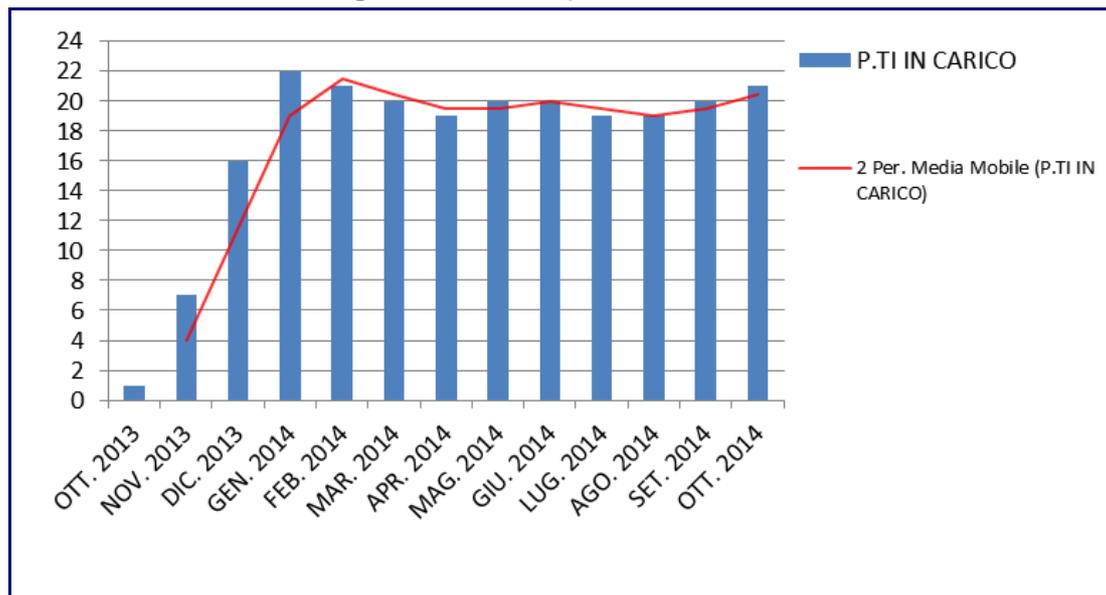
Box 1 - Sinossi delle principali funzioni infermieristiche	
PRESA IN CARICO	Anamnesi tossicologica, comorbidità, contesto sociale e familiare
INDIVIDUAZIONE OBIETTIVI ASSISTENZIALI	Discussione del caso in équipe
PIANIFICAZIONE	Stesura percorso di cura individualizzato
INTERVENTI	Somministrazione terapia, attivazione della rete, colloqui di counselling sanitario
VALUTAZIONE INTERVENTI ASSISTENZIALI	Colloqui di feedback paziente/rete

Un anno di appuntamenti: risultati

Vengono presentati i dati dal 01/10/2013 al 31/10/2014. Pr.i.m.a. è stato proposto a 63 persone, 46 maschi e 17 femmine che sono risultati: 1 (1,6%) non idonea, 23 (37%) non interessati, 1 ha in visione il regolamento e 38 (60%) hanno aderito. 11 persone su 38 (34%) erano naïve e pertanto non sottoposti a monitoraggio: 5 sono ancora in carico. Tra i casi particolari sono state incluse una paziente in stato di gravidanza e una con disturbi dell'identità sessuale, attualmente non più seguite. 14 pazienti hanno interrotto il programma, 2 sono stati successivamente ripresi in carico.

Le cause di dimissione sono molteplici: 4 utenti hanno interrotto o terminato il trattamento, 3 sono passati a terapia con buprenorfina, 3 hanno richiesto di essere dimessi per motivi personali, 1 è stato ricoverato in ospedale, 1 è stato indirizzato in comunità e 2 hanno cambiato residenza. Il numero massimo di quelli in carico contemporaneamente è stato di 22 (media mensile 17 pazienti) e attualmente sono assistiti 21 pazienti (**Figura 2**).

Figura 2 - Trend pazienti in carico



Una riflessione sull'esperienza

Quando si parla di dipendenze si fa spesso riferimento a stigma e comportamenti devianti. Le persone tossicodipendenti sono notoriamente soggette a stigma e, per adattamento, lo stigma diviene la base della considerazione di sé anche per la persona stigmatizzata. Inoltre in un contesto come quello dei Serd, l'apprendimento di comportamenti devianti avviene solitamente all'interno di piccoli gruppi. La possibilità di accedere al Servizio dall'ingresso principale dell'ospedale, non identificabile con il servizio, permette l'abbattimento dello stigma, la ricostruzione dell'identità e dell'autostima e risponde al mandato istituzionale. Esso inoltre fornisce la possibilità di rompere la frequentazione col gruppo e l'identificazione con esso e permette di attivare nuove opportunità di cambiamento attingendo alle risorse individuali. L'ingresso separato tutela in particolare i pazienti *naïve*, diminuisce il contatto con consumatori *experienced* e le possibili situazioni a rischio associate. Un'altra delle caratteristiche che contraddistinguono questa tipologia di utenza è la scarsa capacità di relazione con i Servizi. Alcune persone non riescono ad instaurare un rapporto di fiducia con gli stessi, che vivono come estranei o addirittura ostili. Pertanto l'apertura del Servizio per un monte ore/giorni limitato è funzionale al fine di educare e motivare a mantenere gli impegni presi, così come lo è il ricevere solo su appuntamento. Quest'ultimo aspetto si è dimostrato difficoltoso: l'utenza fatica a presentarsi agli appuntamenti all'orario stabilito, causando sovrapposizioni con altri colloqui. La strategia messa in atto è stata quella di orientare i pazienti ad avvisare telefonicamente il Servizio. Si garantisce in questo modo un appuntamento flessibile nel rispetto delle esigenze dell'utenza. All'interno del Serd lavorano diversi professionisti.

D'altro canto, data la disseminazione e l'eterogeneità dei Servizi dipartimentali sul territorio, si riscontrano difficoltà nella gestione della comunicazione e dei flussi informativi. In ogni caso la multi professionalità permette di sostenere gli utenti dal punto di vista sanitario e da quello sociale, considerando anche le problematiche relative all'ambiente in cui la persona vive (condizioni abitative, lavoro, mancanza di riferimenti). Le persone in condizioni di estrema fragilità vengono inviate all'Ambulatorio Pr.i.m.a. in quanto luogo preferenziale di trattamento.

Più della metà dei pazienti contattati nell'anno ha aderito al progetto e il trend si è mantenuto stabile.

In linea con quanto emerge dal quadro epidemiologico dipartimentale sono seguiti in prevalenza pazienti maschi. Per quanto riguarda l'assistenza alla paziente in stato di gravidanza, dopo una valutazione iniziale rispetto all'uso di sostanze (remoto e prossimo), gli infermieri hanno informato la donna in merito ai possibili rischi di salute e sociali.

Ogni relazione infermiere/paziente è una relazione interpersonale in cui emergono difficoltà ricorrenti di vita quotidiana. Il professionista deve quindi saper identificare i problemi che incontrano i pazienti, le strategie di *coping* e sviluppare con loro relazioni utili a migliorare la capacità di prendersi cura di sé. Le 4 fasi relazionali del modello psicodinamico (orientamento nella relazione, identificazione del problema, utilizzazione delle risorse, risoluzione con aumentata *self-efficacy*) si muovono in sinergia con la gestione contrattuale per obiettivi (legge 251/2000). Il modello è strumento efficace che incide sul significato di responsabilità, motivazione e *compliance*; esso favorisce la regolare assunzione della terapia grazie a colloqui mirati sulle difficoltà del percorso assistenziale. Per valutare le fasi della motivazione al cambiamento gli infermieri utilizzano il colloquio motivazionale e il modello transteorico di Prochaska e Di Clemente adottato come indicato nei documenti della Regione Piemonte. I pazienti in carico sono riconducibili a diverse fasi, principalmente a quelle precontemplativa e contemplativa. Il cambiamento non è un fenomeno del tipo "tutto o niente", ma un processo graduale che attraversa specifici stadi, seguendo un percorso ciclico e progressivo. Pr.i.m.a. rappresenta un cambiamento organizzativo dal punto di vista della qualità e un progetto di educazione terapeutica altamente personalizzato dal punto di vista assistenziale. Pr.i.m.a. garantisce la privacy, abbatte lo stigma, tutela da contatti con situazioni potenzialmente rischiose. Valorizzare la relazione terapeutica e le risorse personali incide sulla possibilità di espressione e sulla motivazione.

Da questa esperienza, si evince come gli infermieri nei Serd possono condizionare positivamente il cambiamento.

BIBLIOGRAFIA

- Dipartimento politiche antidroga (2014) *Relazione annuale al Parlamento 2014. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia*. Dati relativi all'anno 2013 e primo semestre 2014 - elaborazioni 2014 Roma: Dpa.
- Goffman E (2003) *Stigma. L'identità negata*. Verona: Ombre Corte.
- Nyström M (2007) *A patient-oriented perspective in existential issues: a theoretical argument for applying Peplau's interpersonal relation model in healthcare science and practice*. Scand J Caring Sci., Jun;21(2):282-8.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251. *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*. GU n. 208 del 06-09-2000.
- Regione Piemonte, Assessorato alla tutela della salute e sanità, Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Asl TO3 (2014) *Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni Modello trans-teorico di Di Clemente e Prochaska*. Grugliasco (To): DORS.

SCAFFALE

L'inglese medico-scientifico: pronuncia e comprensione all'ascolto

Alessandro Rotatori
 Casa Editrice EdiSES 2014
 pagine 184, euro 12,75



Come madrelingua inglese e docente di inglese scientifico, ho trovato questo testo molto valido e completo. Questo manuale didattico di 184 pagine pubblicato nel 2014 dalla Casa Editrice EdiSES, è stato scritto da un esperto di fonetica inglese e italiana Alessandro Rotatori e rappresenta a mio parere lo strumento ideale per i professionisti della salute italiani che desiderano davvero completare la propria conoscenza dell'inglese con una pronuncia perfetta dei termini medico-scientifici, che obiettivamente costituisce l'aspetto più difficile per un italiano quando si accosta all'apprendimento della lingua inglese.

L'aspetto che rappresenta il punto di forza principale di questo testo è soprattutto la possibilità di ascoltare clip sonore di alta qualità scaricandole gratuitamente dal sito www.edises.it seguendo una semplicissima procedura per la registrazione che consente di accedere all'area riservata.

Inoltre, il discente ha la possibilità di eseguire esercizi e attività di pronuncia, e verificarne l'esattezza grazie alle risposte fornite alla fine del testo e cliccando sui link forniti.

Un altro aspetto molto utile e interessante di questo testo è che l'autore non si accontenta di fornire semplicemente un elenco di simboli, suoni e intonazioni da imparare, ma sa guidare il discente in modo graduale e attirare l'attenzione sugli aspetti particolari della pronuncia e ad evitare gli errori che creano e una difficoltà oggettiva in una persona di madrelingua inglese che ci ascolta, generando fraintendimenti o anche una totale incomprensione del termine pronunciato. Inoltre, l'autore fornisce tanti suggerimenti utili, come ad esempio i migliori dizionari da consultare per la pronuncia.

I professionisti della salute si trovano ad operare all'interno di contesti clinici sempre più complessi e sottoposti a pressioni dovendo svolgere molte attività in tempi limitati all'interno dei quali è necessario comunicare ed agire rapidamente, come ad esempio in pronto soccorso e in situazioni di emergenza. Specialmente in queste situazioni l'efficacia e la chiarezza della comunicazione verbale tra gli stessi professionisti, o tra il professionista e l'utente, può costituire l'elemento decisivo tra vita e morte.

Tuttavia, anche senza trovarsi in situazioni estreme, in un contesto clinico di routine una scarsa capacità comunicativa non solo in termini di pronuncia, ma anche di comprensione di ciò che si ascolta, può generare situazioni di rischio che possono mettere a repentaglio la sicurezza del paziente.

Infatti, per questo motivo, come insegna anche Jean-Jacques Guilbert nella sua “Guida pedagogica per il personale sanitario”, le abilità comunicative attraverso la “terminologia”, “l’ascolto”, “l’attenzione” e la “chiarezza” costituiscono una delle competenze fondamentali per un professionista della salute.

Quando si impara a parlare una nuova lingua, è un po’ come tornare bambini, si inizia ad imparare ad articolare i singoli suoni e poi man mano si comincia a creare la cosiddetta “catena parlata” costituita da un insieme di parole e di frasi. Per questo motivo, l’autore dopo il primo capitolo introduttivo, inizia con i suoni consonantici (Capitolo 2) e i suoni vocalici (Capitolo 3), e poi nel Capitolo 4 l’autore passa all’accento lessicale, cioè nelle parole e a quello sintattico, che sarebbe l’accentazione tipica nelle frasi. Infine, nel Capitolo 5 si spiega l’intonazione, cioè il tono della voce da utilizzare per pronunciare una frase, dove insieme alle pause e al loro uso corretto, si comunicano le emozioni che vanno oltre il mero contenuto semantico espresso dalle parole conferendo un significato particolare a tutta la frase.

Grazie, a questo libro, il discente impara anche ad acquisire una maggiore consapevolezza e padronanza del linguaggio, non solo dell’inglese ma anche in generale. Attraverso l’esercizio pratico, come ad esempio dell’articolazione corretta dei singoli suoni (o fonemi) si diventa consapevoli delle proprie abilità vocaliche e a controllare le parti che costituiscono l’anatomia della cavità orale.

Soprattutto, in un periodo come oggi, in cui i contatti dei professionisti della salute con l’estero e con pazienti stranieri sono ormai all’ordine del giorno, questo libro costituirà sicuramente uno strumento prezioso per comunicare efficacemente in lingua inglese.

Giuseppe Aleo, Ph.D.

Esperto bilingue di Inglese medico-scientifico

SCAFFALE

La sanità tra ragione e passione. Da Alessandro Liberati, sei lezioni per i prossimi anni

Roberto D'Amico, Marina Davoli, Luca De Fiore, Roberto Grilli, Paola Mosconi
Il Pensiero Scientifico Editore, collana Saperi
pagine 148, euro 22,00



“La sanità tra ragione e passione. Da Alessandro Liberati, sei lezioni per i prossimi anni”: un caleidoscopio colorato in cui si ritrova lo sguardo intenso e il sorriso aperto di Alessandro, tra le pagine scritte, le foto, le immagini e i disegni che punteggiano la bella edizione del Pensiero Scientifico.

Il libro è scritto da colleghi, personalità italiane e straniere, coinvolti nella ricerca nel campo della salute pubblica e convinti che essa si possa e si debba indirizzare al bene comune. Raccoglie i contributi ad un convegno che ha ricordato Liberati proponendo come ispirazione le parole

chiave delle “lezioni americane” che Italo Calvino avrebbe dovuto tenere del 1985 all'[Università di Harvard](http://www.harvard.edu): leggerezza, rapidità, esattezza, visibilità, molteplicità, coerenza.

Sei tratti salienti della personalità di Liberati, laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Medicina preventiva e poi ricercatore presso la Harvard School of Public Health.

Ognuna delle parole è annotata e declinata in modo molto originale, pensando ad aspetti diversi affrontati da Liberati nella sua ricerca, messa al servizio della collettività. Ma come? Libera da conflitti d'interesse, che include accettando la partecipazione degli operatori e dei cittadini, che produce informazioni utili ad indirizzare le decisioni.

Uno dei suoi grandi impegni è stato la fondazione del Centro Cochrane Italiano, nel 1994, che è ospitato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (<http://www.cochrane.it>). Il Centro è servito a promuovere in Italia le attività della Cochrane Collaboration, che ha lo scopo di raccogliere, valutare e diffondere i risultati di revisioni sistematiche sull'efficacia degli interventi sanitari.

L'attenzione alla ricerca medica si è concentrata sulla necessità di revisioni sistematiche aggiornate e affidabili, così importanti per prendere decisioni e valutarle nel tempo, ed ha posto da subito il tema di un'alleanza con gli utenti dei servizi sanitari (pazienti e cittadini) per poter includere le domande e le urgenze che vengono dalla società. Dietro il dialogo tra le diverse esigenze, i tempi, le risorse, c'è il grande tema della certezza e dell'incertezza, di quali “verità provvisorie” si potrebbero avvicinare e come.

Il tema del protocollo di studio e del consenso informato, ad esempio, attraversa molti tipi diversi di ricerca ma in modo particolarmente diretto la ricerca sugli effetti di trattamenti medici e quali garanzie si possono e si devono dare ai pazienti. Nel libro si ricorda il lavoro fatto da Liberati con la LILA (Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids), sulla possibile relazione tra l'aderenza alle terapie e il consumo di stupefacenti.

Il lavoro sul consenso informato in questo caso è stato fondamentale, per capire se davvero chi veniva coinvolto riusciva a capire, a sapere, cosa poteva succedere, a cosa sarebbe servito il percorso da intraprendere, o se una informazione difficile isolava ancora di più.

Qui emergono due aspetti del lavoro di Alessandro: l'interesse a lavorare con malati "difficili", come possono essere i tossicodipendenti, la spinta a chiedersi cosa fare per migliorare e chiedere proprio a chi è coinvolto come migliorare. Un'idea costante era infatti quella di coinvolgere associazioni di cittadini e di pazienti, fin dall'inizio dei percorsi di ricerca e in maniera costante. Si parlava qui in Italia di "ricerca partecipata", in un momento in cui sembrava solo una delle tante curiosità che veniva dall'America, mentre da noi i cittadini venivano considerati soggetti scomodi o invadenti, e gli operatori delle strutture sanitarie come semplici esecutori di direttive impartite dall'alto.

Tra le osservazioni profonde e opportune di questo libro, si nota che Liberati "aveva fatto propria e gestita la tensione fra qualità e velocità": a metà degli anni '90 mise assieme un team di persone per condurre revisioni sul carcinoma mammario che contribuirono a produrre le prime linee guida, richieste dal Servizio Sanitario inglese all'Università di York (Centre for Reviews and Dissemination), fondamentali per indirizzare le modalità di assistenza e cura. Ancora una volta, revisioni aggiornate consentono di rendere efficaci le cure, ma potrebbero anche servire a evitare la fretta che a volte anima la ricerca per nuovi farmaci o nuove tecnologie. Diventa così fondamentale la flessibilità e la possibilità di realizzare "metanalisi a rete" o "network di trial", attraverso centri di ricerca indipendente collegati tra di loro.

Nel 1996 parte il progetto pilota TRIPPS: trasferire i risultati della ricerca nella pratica dei servizi sanitari, progettato da Liberati con il Centro Cochrane Italiano, che fa parte del filone di ricerca sanitaria sull'implementazione. Una ricerca indispensabile ai decisori, e che analizza anche i meccanismi in base al quale vengono prese le decisioni, e quale relazione essi hanno con le evidenze, o le convinzioni, o le aspettative, di chi deve prendere la decisione.

Questa come le altre domande viste fino qui sono dirette e urtanti, richiedono risposte non neutrali, hanno molto a che fare con lo scorrere della vita delle persone, e con la possibilità di comunicare in modo efficace e profondo.

Comunicare ha a che fare con la visibilità, con la trasparenza, e ancora con la possibilità che davvero i cittadini capiscano gli aspetti che li riguardano della ricerca medica, che sappiano fare le domande adeguate alla medicina e non si aspettino verità definitive che non sono possibili, che conoscano quali sono gli interessi in gioco, e cosa possono fare sia come singole persone che come collettività. Una delle parole-chiave di questo mondo di decisioni difficili nel campo della salute è l'*empowerment*, la promozione di un'autonomia decisionale ampia e diffusa.

Alessandro Liberati ha messo se stesso in primo piano, nel punto della sua vita in cui ha dovuto incontrare la malattia. E non l'ha fatto per occupare la scena ma per essere una persona completa, che ha reso immediatamente politica la propria condizione, che si interrogava su come avrebbe potuto avere più elementi per decidere, su quanto rimane lontano il paziente dal ricercatore e di quanto ci sia bisogno di aprire porte e abbattere muri.

Questo libro è un'occasione di lettura vivace e coinvolgente, un vero regalo per chi non ha avuto l'opportunità di conoscere direttamente l'esperienza, gli insegnamenti di Alessandro e le sue doti umane speciali.

Sappiamo che sono le persone che fanno la differenza nella storia: l'eredità di Alessandro Liberati è viva e quanto mai attuale. Il testo è sicuramente una lettura che dovrebbe far parte del percorso dei ricercatori in generale e in questo caso, coloro che si occupano dell'osservazione, la riflessione e la prospettiva innovativa dell'assistenza e la cura alle persone, come possono essere quelli infermieristici. Una lettura quindi sicuramente indispensabile per i dottorandi in infermieristica, ma anche, eventualmente proponendone dei brani mirati, per gli studenti della laurea magistrale o per i corsi triennali. Tale proposta infatti parte dalla considerazione che la professione infermieristica, per sua natura, ha il privilegio di poter essere veramente vicino alle persone, con la funzione preziosa di coinvolgimento vero delle persone soggetto/oggetto della ricerca stessa, o nella diffusione delle informazioni ad esse dirette che dalla ricerca vengono generate.

Bisogna che di questi temi ne discutano i giovani, quelli che mettono il cuore in un lavoro così coinvolgente come quello della cura delle persone e della protezione della salute pubblica.

Liliana Cori

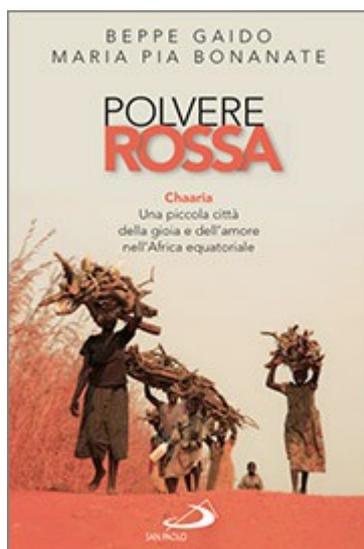
Esperta in comunicazione della ricerca

Unità di epidemiologia ambientale e registri di patologia, Istituto Fisiologia Clinica,
Consiglio Nazionale delle Ricerche

SCAFFALE

Polvere rossa. Chaaria. Una piccola città della gioia e dell'amore nell'Africa equatoriale

*Beppe Gaido e Mara Pia Bonanate
Edizioni San Paolo, collana Il Pozzo
pagine 216, euro 7,99*



C'è un angolo d'Africa, in Kenya, dove il cielo e la terra ogni mattina e ogni sera si saldano insieme. C'è un ospedale che non solo cura e salva migliaia di persone, ma è diventato una piccola "città della gioia", fonte di amore, di speranza e anche di lavoro per tanti. C'è un medico che da diciotto anni, giorno dopo giorno, ora dopo ora, spesso senza soluzione di continuità, neppure di notte, dedica tutto se stesso, fino allo sfinimento estremo, al servizio dei suoi ammalati in ciascuno dei quali ravvisa il volto di Cristo.

Quell'angolo è prossimo all'equatore, l'ospedale è quello di Chaaria, quattrocento chilometri a nord di Nairobi, il medico è Beppe Gaido della comunità dei Fratelli di San Giuseppe Cottolengo. Tutto e tutti sono avvolti da una "polvere rossa" che quasi non lascia respirare, a volte, diventa una nebbia fittissima. Arriva dalla terra, dai campi, dove i contadini lottano per strappare alla siccità i raccolti che garantiscono la

sopravvivenza. S'insinua fra la pelle e gli abiti delle persone che camminano, nelle strade per ore e ore, s'impasta con i loro capelli, penetra ovunque, si deposita su ogni superficie. È diventata il simbolo di una condizione umana, di un popolo, di un'epopea meravigliosa. Per questo gli autori, Beppe Gaido e Mariapia Bonanate, hanno voluto intitolare il nuovo libro, che parla di quell'angolo d'Africa, di quel medico e di quell'ospedale "Polvere rossa". Ma "Polvere rossa" non è solo il seguito ideale del precedente libro "A un passo dal cuore", è anche un cammino che autori e lettori riprendono insieme, abitando sempre più intimamente un pezzo di mondo che ci chiede di metterci in gioco, di "sporcarci le mani" in quell'impasto di sofferenza, gioia, impegno e sfida che è il comune territorio degli uomini e delle donne che stanno camminando su questo nostro pianeta, flagellato da tanti mali, ma chiamato a sfide fondamentali per la sopravvivenza dell'umanità.

Sullo sfondo di paesaggi che incantano per la loro eccezionale bellezza, di cieli sconfinati che si colorano di albe e di tramonti mozzafiato, di profumi che stordiscono per la loro intensità, la voce narrante di frate Beppe parla della gente che è diventata la sua grande famiglia: gli ammalati, i poveri, gli abbandonati da tutti. Racconta le lunghe giornate e le tante notti che trascorre con loro, in sala operatoria, nei reparti sempre affollati con anche due persone per letto, negli ambulatori dove arrivano da tutta la regione, e oltre, migliaia di persone.

In primo piano le donne, meravigliose donne d'Africa, che portano sulle spalle tutto il peso delle loro famiglie, che dopo ogni incidente di percorso si risollevarono con dignità e coraggio indomito; i bambini, tantissimi che nella loro freschezza ed innocenza creano un legame privilegiato con il cielo, sia quelli che frate Beppe salva, ma anche quelli che non ce l'hanno fatta e sono diventati i suoi "angeli custodi".

Affiorano in quest'affascinante narrazione, scandita da un ritmo serrato e da una scrittura che non spreca una sola parola e riesce a rendere fisicamente presenti e visibili situazioni e personaggi, i grandi problemi dell'Africa, da quello della guerra e della violenza a quello della fame, della povertà estrema, delle epidemie come Ebola e la malaria, l'Aids. Ma emerge anche la forza vitale, la solidarietà, i valori umani e religiosi, la voglia di futuro di un popolo giovane dal quale l'Europa e il nostro Paese possono trarre vigore e fantasia.

Fratel Beppe ne fa il tema delle sue riflessioni, mai astratte, ma incarnate nelle vicende delle persone che incontra a Chaaria. Ragazze spesso giovanissime, con nomi dolcissimi Lucy, Gladys, Doris, Elosy, Kendi, Lilian, sfortunate vittime della violenza maschile o della povertà estrema, mamme che inseguono con eroica tenacia maternità negate, bambini che sono restituiti alla vita e quelli che lo stesso fratel Beppe deve seppellire di persona, con una stretta al cuore, nella sua Spoon River.

Nella sua esistenza di medico, vissuta come una chiamata, si alternano momenti difficili e spesso drammatici, quando non ce la fa a salvare l'ammalato, con momenti di gioia commossa quando riesce a far nascere, nonostante drammatiche premesse, un neonato, salvare una donna ridotta a pezzi dal machete di un marito violento, un anziano da tutti rifiutato. Una felicità che pervade tutte le pagine del libro e che è diversa dall'allegria, come lui stesso spiega: "La trovi nella condivisione totale, nella dedizione senza riserve 'agli ultimi' ed a coloro che soffrono. E' una sensazione profonda e vasta, difficile da descrivere, una sensazione di pace interiore che ti fa sentire pienamente realizzato, parte dell'umanità che hai incontrato."

Il microcosmo di Chaaria, un incrocio di migliaia di destini, è il grande protagonista di "Polvere rossa", "un'epopea degli ultimi", dei "senza voce", dei dimenticati dalla storia ufficiale, che lottano ogni giorno per la sopravvivenza. Accanto a loro Fratel Beppe combatte con pochi mezzi e poche medicine contro malattie impossibili, ma che fino all'ultimo cerca di affrontare in una drammatica sfida; lotta in una solitudine spesso pesante, contro il tempo, sempre troppo poco per un ospedale, "il mio bambino", che agli inizi era un piccolo ambulatorio, ora ha centosessanta letti ed è diventato il riferimento di una intera popolazione.

A cura della Redazione Infermieristica

COLOPHON

Direttore responsabile

Barbara Mangiacavalli

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 Dri, 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