

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LX



ISSN 2038-0712

**GENNAIO-FEBBRAIO
2016**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

EDITORIALE

Per gli infermieri è l'anno che apre al futuro

di Barbara Mangiacavalli

SCIENZE INFERMIERISTICHE

Validazione italiana della Brøset Violence Checklist (BVC) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in un'unità psichiatrica

di Stefano Terzoni, Paolo Ferrara, Annalisa Lo Giudice, Anne Destrebecq

La gestione della costipazione cronica nell'adulto: overview di revisioni sistematiche

di Elena Loguercio, Luca Giuseppe Re, Maura Lusignani

CONTRIBUTI

Prevenzione e ruolo infermieristico nelle vap (ventilator associated pneumonia): analisi della letteratura

di Elena Cristofori, Vincenzo Falace

Come garantire un sonno efficace in ospedale senza l'uso di farmaci, quale ruolo per l'infermiere?

di Martina Piazza

La comunità di pratica della Piastra operatoria: il progetto di un'azienda ospedaliera universitaria dell'Emilia Romagna

di Annamaria Ferraresi, Michele Blasina

ESPERIENZE

Analisi multicentrica sulle conoscenze degli infermieri della normativa sull'immigrazione

di Davide Simonazzi, Cinzia Gradellini

Il contributo dell'High Fidelity Simulation nello sviluppo delle competenze di infermieristica clinica avanzata nel CdL Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche

di Caterina Galletti, Silvia Scelsi, Gianfranco Damiani, Maria Luisa Rega

La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino

di Milena Muro

Riconoscimento dei fenomeni di abuso verso gli anziani da parte degli operatori del Pronto Soccorso

di Assunta Cofone, Antonio Boscolo Anzoletti

La violenza verso gli infermieri in psichiatria: un'indagine multicentrica

di Antonino Calabrò

SCAFFALE

Riparare i viventi

La simulazione nell'infermieristica. Metodologie, tecniche e strategie per la didattica



EDITORIALE

Per gli infermieri è l'anno che apre al futuro

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Il 2016 dovrà essere un anno di azione. Dobbiamo affermare infatti la figura dell'infermiere sia dal punto di vista professionale che del rilancio dell'immagine, a fronte di fatti e notizie che ci hanno coinvolti nel 2015 e che rischiano di destabilizzare la figura di tutti gli operatori sanitari.

Nel 2015 abbiamo portato a termine molta parte del programma presentato in occasione delle elezioni di marzo. E ora dobbiamo realizzare non solo ciò che ancora è rimasto in sospeso, ma adeguarlo e adattarlo a un contesto che cambia: la crisi economica, nonostante gli annunci sul suo rallentamento, mette a dura prova ancora il sistema salute, tanto che il 10% degli italiani rinuncia alle cure e aumentano le diseguaglianze sociali già presenti. E' un problema già evidenziato lo scorso anno e che ora ha assunto dimensioni particolarmente significative. Alcuni stili di vita sono peggiorati, in particolar modo nelle classi sociali più svantaggiate e al Sud e impattano anche sulla manifestazione dei bisogni di salute e quindi anche sull'impostazione dei programmi e dell'offerta sanitaria.

Per quanto riguarda il personale, le aziende pubbliche sono nell'impossibilità di manovrare, per carenza di fondi, il blocco del turn over e l'assenza dei contratti. Tutto ciò sta determinando una lenta modifica del mix dei profili professionali senza che questa sia consapevolmente disegnata.

Occorre cambiare. E tutti gli esperti di organizzazione insistono sullo skill mix: bisogna comporre équipe con competenze diverse tenendo conto dell'upgrading della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie e, in qualche modo, riconfigurare l'organizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari.

Il rapporto tra numero dei medici e numero dei dipendenti riconducibile alle professioni sanitarie sta modificandosi in favore di questi ultimi. Abbiamo un Paese che sta andando verso l'invecchiamento, la cronicità e la fragilità ed è un Paese che ha bisogno di infermieri più che di medici e in questo senso lo skill mix necessario pone in pole position la crescita della figura professionale dell'infermiere, a cui si assegnano ruoli di coordinamento e gestione di tutte le unità e le strutture deputate a far fronte ai nuovi bisogni.

Sui modelli di presa in carico torna attuale il tema delle cure primarie, che sono una priorità nei disegni di riforma dei sistemi, per la crescente domanda da parte di soggetti cronici, polipatologici, fragili e anziani. Sono state più o meno cinque o sei le Regioni che, nel corso del 2015, hanno provveduto a ridisegnare il modello organizzativo istituzionale i cui effetti si vedranno poi nel 2016. Penso a Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia. C'è, quindi, un comune denominatore, che è proprio quello di confrontarsi con il tema dell'invecchiamento della popolazione, della cronicità e dei nuovi bisogni che richiamano nuove competenze.

Dobbiamo quindi decentrare il follow up, allargare le competenze utili, come quelle degli infermieri, che con altri operatori possono dedicarsi alla gestione delle disabilità e delle fragilità in generale. E questo significa riconfigurare tutte le relazioni professionali perché, a questo punto, non bisogna tener conto solo della proporzione numerica e di competenze tra medici e infermieri, ma anche della proporzione numerica e di competenze tra infermieri, altri professionisti e altri operatori. Questa sarà una delle riflessioni che nel 2016, come Consiglio Nazionale, avremo bisogno di fare confrontandoci in maniera molto aperta, in quanto da ciò poi deriveranno organici, numeri e questioni legate anche all'esercizio professionale.

Rispetto poi ai vari temi che si sono presentati nel corso del 2015, la legge di stabilità ha ulteriormente ridotto il fondo sanitario e prevista la possibilità di immettere 6.000 operatori tra medici e infermieri nel sistema sanitario per far fronte alle indicazioni dell'orario europeo. E' un'operazione però che non apre a nuove assunzioni perché più che altro si tratta di stabilizzazioni di personale precario. La necessità dal punto di vista delle attuali presenze è di un incremento di circa 18.000 infermieri solo per adempiere a questo tipo di indicazione, poi questo deve fare i conti, ovviamente, con le possibilità economiche, i piani di stabilità e quant'altro.

Altro tema che ci accompagna per il 2016 è quello della responsabilità professionale. Si è riusciti a inserire alla Camera la modifica e l'aggiustamento sul ruolo del risk manager: il coordinamento delle attività di risk management. Ma ora serve un ulteriore sforzo: prevedere la figura del CTU (consulente tecnico d'ufficio) e del CTP (consulente tecnico di parte) come infermiere.

Il Ddl, nel momento in cui diventerà legge avrà comunque delle ricadute di non poco conto sul nostro mondo professionale, alcune delle quali positive. E consegna al sistema sanitario, la necessità di modificare il modo di stare dentro l'organizzazione, perché in tutto il disegno di legge si parla di gestione coordinata del rischio clinico, lavoro in équipe, lavoro multi professionale, integrazione professionale. Quindi, sostanzialmente, si sta dicendo che il lavoro in Sanità non è più cosa da solisti o solitari, che non risponde più sempre e solo il medico o sempre e solo l'infermiere, ma si risponde tutti a livello di équipe. Questo impone a tutti i professionisti sanitari di lavorare insieme e di definire come, con quali procedure, con quali protocolli, con quali modalità e con quali indicazioni.

Tra gli altri argomenti su cui lavorare c'è quello dell'appropriatezza. Noi continuiamo a sostenere che l'appropriatezza è anche quella organizzativa, e quindi di come si sta dentro il sistema e di come si utilizzano le risorse professionali del sistema. Tuttavia, anche questo è un tema che ci accompagnerà e che ci deve aiutare a compiere delle riflessioni.

Ci sono poi gli Ordini. E' ripreso in Senato il dibattito sul Ddl 1324 dopo che è stato bloccato per quindici mesi in Commissione Bilancio e sono stati approvati alcuni emendamenti che richiamano la trasparenza e rendono obbligatorio il parere sull'esame di abilitazione. A prescindere da ciò che sarà, comunque, il nostro obiettivo prioritario in questo senso è che il disegno di legge vada in porto che si costituisca così l'Ordine degli infermieri in cui avremo due Albi: Albo degli infermieri e Albo degli infermieri pediatrici.

C'è quindi la partita delle competenze avanzate. La tessera professionale europea, operativa dal 18 gennaio riprende nel suo decreto attuativo le competenze infermieristiche secondo il modello Ue e, anche se sono due questioni giuridiche diverse, oggettivamente una normativa di respiro europeo, recepita in Italia con un decreto legislativo che ha definito una serie di competenze. Il termine che emerge in maniera ricorrente è soprattutto quello dell'autonomia. Quindi, questo aiuta a creare una cornice di riferimento, che dovrebbe, se non altro, facilitare i percorsi successivi sullo sviluppo delle competenze, garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e valutarle. Ad esempio, la previsione di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e intervenire in situazioni di crisi e di catastrofi basterebbe già a chiudere molte partite sull'emergenza territoriale e in generale su altre questioni.

La partita delle competenze avanzate vera e propria però è in stallo per un mancato intervento al ministero della Salute. La strada che appare percorribile, ad avviso del Comitato Centrale, è quella di individuare tutti i possibili percorsi (negoziali, collaborativi, interpretativi o positivi, tutto quello che ci viene in mente), che ci mettano nella condizione di far approvare in Conferenza Stato/Regioni l'accordo sulle competenze, come richiesto anche dagli stessi assessori e governatori in più riprese.

Per il Comitato Centrale poi, si conferma lo sviluppo presentato nel 2015 che, rispetto all'evoluzione della laurea magistrale di indirizzo clinico, possa essere discusso a livello ministeriale con il famoso istituendo Osservatorio presso il MIUR. Dopodiché le competenze dovranno poi trovare il loro naturale sviluppo e incardinamento anche all'interno dei contratti di lavoro e della stagione contrattuale che si sta aprendo, sia dal punto di vista giuridico perché, dopo il decreto 165 hanno assunto anche la titolarità di stato giuridico del personale dipendente, sia dal punto di vista economico.

Sono questi la cornice e gli elementi che quest'anno orienteranno la nostra attività e danno l'idea del percorso e del panorama davanti a noi. Ed è su questo che dobbiamo lavorare.

Validazione italiana della Brøset Violence Checklist (BVC) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in un'unità psichiatrica

Stefano Terzoni¹, Paolo Ferrara², Annalisa Lo Giudice³, Anne Destrebecq⁴

¹Infermiere, dottore di ricerca in scienze infermieristiche e ostetriche, tutor del Corso di laurea in infermieristica, polo universitario dell'Azienda ospedaliera San Paolo, Milano; ²Infermiere, tutor presso il Corso di laurea in infermieristica, polo universitario dell'Azienda ospedaliera San Paolo; ³Infermiera, Azienda ospedaliera San Paolo, Milano; ⁴Professore associato MED/45, Dipartimento di scienze biomediche per la salute, Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: stefano.terzoni@ao-sanpaolo.it

RIASSUNTO

Introduzione Le condotte aggressive rappresentano un problema emergente nel panorama sanitario e, in particolar modo nei reparti psichiatrici per acuti; le possibili conseguenze negative, sia per il paziente sia per il professionista, richiedono l'implementazione di misure atte a ridurre l'incidenza del fenomeno e migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Lo scopo del lavoro è quello di validare in italiano la Brøset Violence Checklist (BVC), uno strumento per la valutazione a breve termine del rischio di aggressioni fisiche, e indagare la sua predittività all'interno del servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

Materiali e metodi La scala è stata sottoposta a ritraduzione e somministrata, al momento dell'ammissione, a un campione di pazienti ricoverati presso i due servizi psichiatrici di diagnosi e cura dell'Azienda ospedaliera San Paolo di Milano. La Staff Observation of Aggression Scale Revised (SOAS-R) è stata utilizzata per indagare le caratteristiche dell'evento aggressivo.

Risultati Sono stati valutati 153 pazienti; 11 hanno manifestato agiti violenti nelle 24 ore successive al ricovero. La BVC ha dimostrato un'ottima affidabilità intervalutatore ($\rho=0,96$, $p<0,001$), una buona omogeneità ($\alpha=0,86$) e, al *cut-off* di 2, buoni livelli di sensibilità (81,8%) e specificità (95,1%).

Conclusioni La BVC nella versione italiana è uno strumento valido per supportare l'infermiere nella valutazione a breve termine del rischio di aggressioni fisiche da parte dei pazienti nel contesto psichiatrico acuto.

Parole chiave: valutazione del rischio, Brøset Violence Checklist, violenza, aggressioni, psichiatria

Italian validation of the Brøset Violence Checklist for short-term risk assessment of patients' violent behaviours in a psychiatric unit

ABSTRACT

Introduction Aggressive behaviours are a common problem in the healthcare environments, especially in acute psychiatric wards, with negative consequences for both patients and staff, thus raising the need for prevention. The aim of this study is to test the validity and the reliability of the Italian version of the Brøset Violence Checklist (BVC).

Methods The BVC scale has been back-translated and applied at admission to a sample of patients of two psychiatric acute units of San Paolo Hospital in Milan. Physical attacks characteristics were analysed with the Staff Observation of Aggression Scale-Revised (SOAS-R).

Results 153 patients were included; there were 11 episodes of physical violence within 24h from the hospitalization. The BVC scale showed excellent inter-rater reliability ($\rho=0.96$, $p<0.001$), good homogeneity ($\alpha=0.86$); with a cut-off value of 2, the scale sensitivity and specificity were respectively 81.8% and 95.1%.

Conclusions The Italian version of BVC is a valid tool for the short-term prediction of physical aggression by patients in a psychiatric acute setting.

Keywords: risk evaluation, violence, aggression, Brøset Violence Checklist, psychiatry

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la violenza come "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione". (WHO, 2002).

Il comportamento violento rappresenta una manifestazione propria dell'aggressività, caratteristica insita nella natura dell'essere umano; la sua comprensione e relativa gestione rappresentano indubbiamente alcune delle priorità da affrontare in ogni ambito di vita e sono sempre più spesso oggetto di studio, in particolare nei contesti di cura (Soliman AE-D et al., 2001; Szabo KA et al., 2015).

Ogni forma di violenza, come abusi verbali e attacchi fisici, presenta conseguenze negative in grado di minacciare la salute, la sicurezza e il benessere dei pazienti e del personale coinvolto (Yao X et al., 2014; Bimenyimana E et al., 2009). Il 55% degli operatori sanitari vittime di un'aggressione fisica può sviluppare angoscia, ansia, sentimenti di frustrazione, perdita di controllo, irritabilità, paura e, nel lungo periodo, perdita di sicurezza sul lavoro, riduzione del senso di competenza professionale, paura dei pazienti, assenteismo, rassegnazione e richiesta di trasferimento in altri contesti (Zampieron A et al., 2010).

La tematica, pur riguardando qualsiasi contesto clinico assistenziale, riveste notevole rilevanza nel contesto psichiatrico (Kelly EL et al., 2015) e in particolare all'interno del servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC); infatti, si stima che l'incidenza di comportamenti violenti nei pazienti con diagnosi di schizofrenia o di disturbo bipolare in fase acuta sia 5 volte superiore a quella della popolazione generale e 12-16 volte maggiore se vi è un concomitante abuso di sostanze, evenienza oggi sempre più frequente (Rossi A et al., 2009; Steward D et al., 2015).

Tra le varie figure professionali, la categoria infermieristica risulta essere quella maggiormente coinvolta (Bimenyimana E et al., 2009) in considerazione del fatto che si ritrova più a stretto contatto con l'utente e nella condizione di gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività da parte del paziente stesso, spesso in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo soprattutto se, come detto, sotto l'effetto di alcol o droghe.

La previsione e la prevenzione dell'agito violento, ancorché estremamente difficili, sono dunque molto importanti poiché permettono il mantenimento di

un ambiente sicuro e protetto e si riflettono positivamente sulla qualità delle cure erogate; la valutazione del professionista deve caratterizzarsi per un giudizio globale basato sull'osservazione clinica della persona (Nijman H et al., 2002) ma anche sull'utilizzo di strumenti in grado di supportarla allo scopo di individuare, in particolare nel breve periodo, un profilo di caratteristiche e manifestazioni del paziente che sia altamente predittivo di un agito violento (Bjørkdahl A et al., 2006).

Tra gli strumenti conosciuti per la valutazione specifica delle istanze aggressive e violente (Jaber FS et al., 2015) la Brøset Violence Checklist (BVC), creata in Norvegia da Almvik e collaboratori (Almvik R et al., 2000) e successivamente validata e utilizzata in differenti contesti psichiatrici europei (Almvik R et al., 2003; Abderhalden C et al., 2004, Hvidhjelm J et al., 2014), ha dimostrato un buon livello di predittività nei confronti dell'agito violento, con valori di sensibilità compresi tra il 63% e il 65,6% e valori di specificità tra il 92% e il 99,7%. Tuttavia, pur rappresentando un valido supporto alla valutazione infermieristica, a oggi non è presente una versione italiana dello strumento.

L'articolo ha l'obiettivo di validare in italiano la Brøset Violence Checklist (BVC) e valutare il rischio di agiti violenti all'interno di due servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC).

MATERIALI E METODI

Gli strumenti di valutazione

La Brøset Violence Checklist (BVC) (Tabella 1) è uno strumento per la previsione a breve termine (entro le 24 ore) di comportamenti violenti da parte di un paziente.

Si compone di 6 indicatori che corrispondono a 3 caratteristiche e 3 comportamenti del soggetto valutato, in particolare:

- confusione: evidente confusione e disorientamen-

Tabella 1. Brøset Violence Checklist (BVC)

Indicatore	Punteggio	
	Presenza	Non presenza
Confusione	1	0
Irritabilità	1	0
Clamorosità	1	0
Minacce verbali	1	0
Minacce fisiche	1	0
Crisi pantoclastica	1	0
Punteggio totale		

to, possibile non consapevolezza di tempo, luogo o persone;

- irritabilità: il paziente si infastidisce o si arrabbia facilmente, non tollera la presenza degli altri;
- clamorosità: comportamento apertamente rumoroso o chiassoso, per esempio, sbattere le porte e/o alzare la voce improvvisamente;
- minacce verbali: esplosione verbale, che è più dell'alzare la voce, ed espressione di intimidazioni o minacce certe verso un'altra persona, per esempio, attacchi e abusi verbali, insulti e commenti verbalmente neutri espressi in modo iroso e aggressivo;
- minacce fisiche: chiara intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona con l'assunzione di un atteggiamento aggressivo, per esempio, afferrare gli abiti di una persona, alzare un braccio, una gamba, chiudere il pugno o accennare a colpire qualcuno con la testa;
- crisi pantoclastica: attacco diretto a un oggetto e non a un individuo, per esempio lancio indiscriminato di oggetti, sbattere o rompere finestre, scalcciare, sbattere o colpire un oggetto oppure rompere mobili.

Queste brevi spiegazioni erano anche a disposizione dei compilatori della scala.

Per ciascun indicatore della scala BVC viene valutata la sua presenza (punteggio = 1) o la sua assenza (punteggio = 0) per un punteggio complessivo massimo di 6, dove all'aumentare del punteggio aumenta il rischio di violenze fisiche eterodirette.

In accordo con le conclusioni presentate dall'autore, vengono considerati ad alto rischio di violenza nelle 24 ore successive al ricovero tutti i pazienti che, a ogni rilevazione, presentano un punteggio maggiore o uguale a 2.

E' stato condotto uno studio descrittivo prospettico presso i due servizi psichiatrici di diagnosi e cura dell'Azienda ospedaliera San Paolo di Milano.

Sono stati inclusi nel campione e sottoposti alla valutazione con la BVC tutti i pazienti maggiorenni ricoverati presso i due servizi psichiatrici di diagnosi e cura dal 10 dicembre 2013 al 2 marzo 2014.

Sono stati esclusi dalla valutazione coloro che, al momento dell'ammissione in reparto o comunque prima della valutazione con lo strumento, erano sottoposti a contenzione fisica.

La valutazione del rischio attraverso la BVC è stata effettuata al momento dell'accettazione o comunque nei 30 minuti successivi all'ingresso del paziente in reparto.

Le rilevazioni sono state eseguite da due infermieri in servizio, contemporaneamente e indipendentemente, in ciascuna unità operativa. Al fine di calcolare la

stabilità dello strumento, i primi 15 soggetti arruolati sono stati rivalutati, in assenza di variazioni cliniche, a distanza di 10 minuti, da entrambi i rilevatori.

Per la raccolta dei dati riguardanti le caratteristiche dell'utente e delle modalità della manifestazione aggressiva è stata utilizzata la Staff Observation of Aggression Scale Revised (SOAS-R).

La raccolta dei dati si è svolta nel rispetto dei principi del codice deontologico dell'infermiere, della vigente normativa sulla *privacy* e della Dichiarazione di Helsinki.

Validazione della BVC

Per garantire la sovrapposibilità culturale e linguistica dello strumento di valutazione è stato utilizzato il metodo di validazione della ritraduzione (*back-translation*): la versione originale della scala è stata tradotta in italiano da due persone che non l'avevano mai vista prima, senza confrontarsi durante il processo; le due versioni sono poi state integrate in una nuova univoca versione italiana che è stata sottoposta alla ritraduzione da parte di una terza persona, docente di inglese. La versione ritradotta è stata sottoposta all'autore che ne ha confermato la corrispondenza di contenuto e l'attendibilità della traduzione rispetto all'originale.

Analisi dei dati

Il coefficiente rho di Spearman è stato utilizzato per il calcolo dell'affidabilità intervalvatore e per lo studio della relazione tra le diverse variabili della scala e l'agito violento; la consistenza interna dello strumento è stata valutata attraverso il coefficiente alfa di Cronbach. La stabilità test-retest è stata valutata tramite il test di Wilcoxon. I dati sono stati analizzati tramite il software Statistical Analysis Software (SAS), versione 9.2.

RISULTATI

Sono stati osservati 153 pazienti; 11 (7,2%) hanno manifestato agiti violenti (8 uomini e 3 donne) nelle prime 24 ore successive al ricovero. Nello stesso arco di tempo, un paziente ha ripresentato l'agito una seconda volta.

Per quanto riguarda la tipologia di condotta violenta, cinque pazienti hanno manifestato un agito di etero aggressività verso gli infermieri in turno e tre nei confronti di un altro degente; due pazienti hanno aggredito il rispettivo parente e infine uno ha aggredito un medico del reparto. Il paziente che ha ripresentato l'agito nel corso delle 24 ore lo ha fatto sempre nella medesima modalità (aggressione al parente).

La situazione in cui l'agito si è verificato con mag-

giore frequenza (n=6) è stato il momento dell'assunzione della terapia farmacologica; due eventi si sono verificati durante il colloquio di accettazione nella guardiola infermieristica e durante la visita dei parenti in stanza di degenza e uno durante il pasto. Dal punto di vista diagnostico 6 pazienti sono stati accettati con una diagnosi di psicosi acuta, 3 con disturbo bipolare in fase maniacale, 2 con psicosi acuta associata ad abuso di sostanze.

Tre pazienti erano stati ricoverati in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

Il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach (0,86) ha confermato l'omogeneità della scala; l'affidabilità intervalvatore ($\rho=0,96$, $p < 0,001$) è risultata alta, indice del fatto che lo strumento fornisce risultati sovrapponibili indipendentemente dal valutatore. L'analisi di stabilità test-retest ($p=0,49$) non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i punteggi ottenuti dai primi 15 soggetti al momento dell'accettazione e a distanza di 10 minuti; ciò ha dimostrato la stabilità della scala che fornisce risultati con identico significato clinico, in presenza di quadri sovrapponibili.

Si è proceduto quindi con il calcolo dei valori di sensibilità e specificità dello strumento nelle prime 24 ore dopo l'accettazione in unità operativa.

E' stata infine indagata la predittività della scala al variare del *cut-off*, valutando i diversi livelli di sensibilità e specificità (Tabella 2). Sono stati dunque calcolati il valore predittivo positivo (56,3%) e il valore predittivo negativo (98,5%) al *cut-off* di 2.

Analizzando i singoli indicatori (Tabella 3) in funzione

Tabella 2. Sensibilità e specificità della Brøset Violence Checklist (BVC) ai differenti *cut-off*

Cut-off	Sensibilità (%)	Specificità (%)
1	90,9	85,2
2	81,8	95,1
3	54,5	97,9
4	36,4	100
5	18,2	100

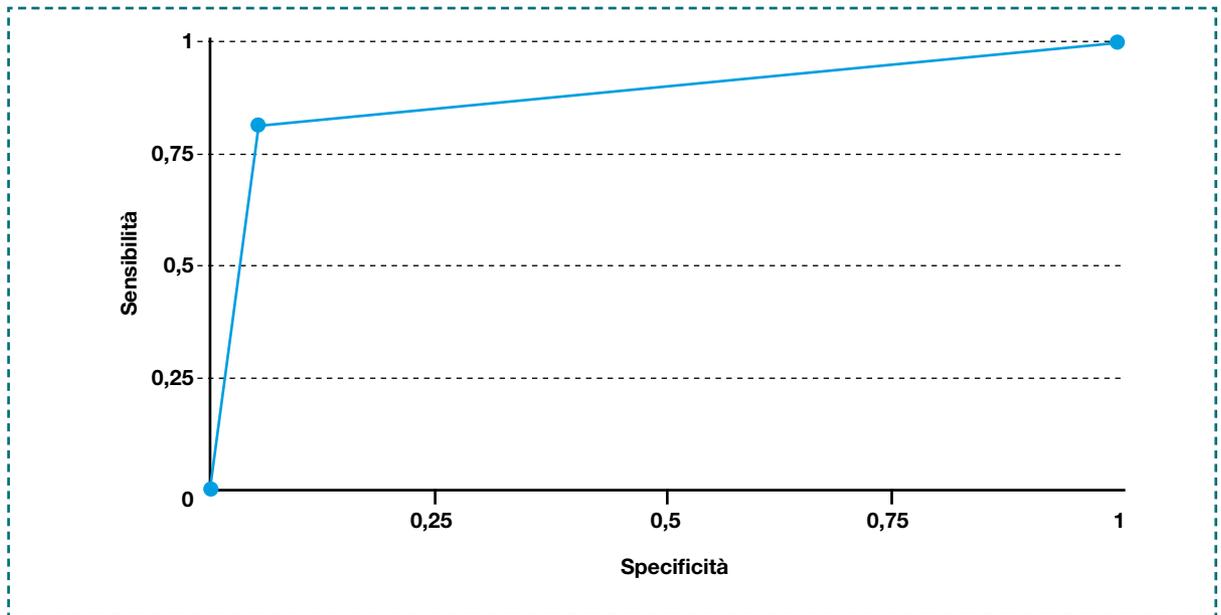
agli 11 episodi di violenza, l'irritabilità è risultata essere la caratteristica più espressa (81,8% dei pazienti), seguita dalla confusione (54,5%) e dalla clamorosità (45,4%). Il rischio di irritabilità è stato quello più segnalato al momento del ricovero (15% dei pazienti). Tutti i pazienti per i quali, all'ammissione, è stato evidenziato un rischio di comportamenti violenti quali le minacce fisiche (n=4) e la crisi pantoclastica (n=3) hanno poi manifestato tali comportamenti mentre il rischio di minacce verbali è stato segnalato in cinque soggetti e, in seguito, tale comportamento è stato espresso da quattro.

L'analisi ROC (*receiver operating characteristic*) condotta considerando il *cut-off* pari a 2 (Figura 1), che nei calcoli dei valori di sensibilità e specificità ha dimostrato di essere il migliore compromesso, ha mostrato un'area sottesa alla curva pari a 0,88, dunque più che soddisfacente. Il *cut-off* di 2 è risultato una buona scelta per bilanciare i valori predittivi.

Tabella 3. Caratteristiche e comportamenti segnalati e manifestati dai pazienti

Indicatore	Segnalazioni*		Manifestazione violenza		p
	presenza	numero	sì (n=11)	no (n=142)	
Confusione	sì	19	6	13	$\rho=0,33$; $p < 0,001$
	no	134	5	129	
Irritabilità	sì	23	9	14	$\rho=0,51$; $p < 0,001$
	no	130	2	128	
Clamorosità	sì	15	5	10	$\rho=0,33$; $p < 0,001$
	no	138	6	132	
Minacce verbali	sì	5	4	1	$\rho=0,52$; $p < 0,001$
	no	148	7	141	
Minacce fisiche	sì	4	4	0	$\rho=0,59$; $p < 0,001$
	no	149	7	142	
Crisi pantoclastica	sì	3	3	0	$\rho=0,51$; $p < 0,001$
	no	150	8	142	

*al momento dell'ammissione al servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)

Figura 1. Curva ROC (receiver operating characteristic) della Brøset Violence Checklist (BVC)

DISCUSSIONE

Ridurre l'incidenza e la gravità delle aggressioni fisiche è fondamentale al fine di garantire la qualità delle cure e delle prestazioni erogate; ciò vale in ogni contesto di cura ma in particolare in ambito psichiatrico dove l'evento violento rischia di presentarsi con maggiore frequenza. Le differenti metodologie utilizzate, i diversi contesti di studio e, soprattutto, la non univoca definizione del termine "violenza" rendono difficile comparare i contributi presenti in letteratura; ciononostante i risultati di questo studio hanno mostrato un'incidenza di eventi violenti del 7,2%, dato che risulta sovrapponibile a quanto evidenziato nel precedente lavoro di Almvik e collaboratori (Almvik R et al., 2000).

Una recente revisione di Livingstone e collaboratori (Livingstone JD et al., 2010) ha evidenziato l'influenza rivestita dalla formazione del personale di cura e assistenza nella gestione e, ove possibile, nella prevenzione dell'evento; quest'ultima, oltre a non potere in nessun modo prescindere dalle abilità comunicative del personale sanitario, tese a gestire efficacemente la situazione critica, deve prevedere necessariamente la comprensione integrata di una serie di fattori di rischio distinguibili in situazionali, cioè direttamente legati all'interazione infermiere-utente, esterni, caratterizzati per esempio da limiti strutturali o a limitati livelli di *privacy*, e interni (Duxbury J et al., 2005). Questi ultimi, direttamente connessi al paziente, includono l'età, il sesso, l'anamnesi positiva per episodi di violenza (Anderson A et al., 2011) oltre ad aspetti più dinamici quali il tono dell'umore, il funzionamento interpersonale, le alterazioni psicopatologiche della mente con le re-

lative ricadute sulla modalità comportamentale, fattori questi potenzialmente modificabili e che quindi possono rappresentare i principali bersagli di un'attività preventiva (Conroy MA et al., 2007).

Il momento del primo accertamento della persona, in particolare in un contesto per acuti e dunque in fase di riacutizzazione o aggravamento della malattia, prevede una valutazione più complessa se si pensa alla rapidità con cui deve essere condotta e alla non sempre adeguata possibilità di reperire repentinamente tutte le fonti informative potenzialmente necessarie per l'inquadramento clinico; diviene fondamentale poter disporre di uno strumento in grado di supportare la valutazione infermieristica e fornire un puntuale inquadramento della situazione di rischio nel minore tempo possibile.

La BVC prevede una valutazione che contempla proprio l'indagine dei fattori di rischio dinamici che possono concorrere ad aumentare la probabilità di un agito aggressivo. In particolare, con questo studio è stato verificato che in corrispondenza dell'agito violento si sono manifestati numerosi episodi di confusione, clamorosità e che l'irritabilità è la caratteristica più frequente.

Dal punto di vista clinico, il fatto che la quasi totalità degli episodi di violenza si sia verificato in concomitanza a minacce o crisi pantoclastiche è certamente molto rilevante e lascia supporre che queste variabili rappresentino forti predittori del fenomeno violento; sotto il profilo statistico, il numero ridotto di agiti violenti e del campione di studio nella sua interezza genera coefficienti di correlazione non molto alti; la significatività statistica è comunque elevata e, complessivamente, i risultati sono in sintonia con

quelli presentati nel lavoro originale di Almvik e collaboratori (Almvik R et al., 2000).

I valori di sensibilità e specificità ottenuti, in particolare mantenendo il *cut-off* al valore di 2 (sensibilità = 81,8% e specificità = 95,1%), peraltro superiori a quelli presentati nello studio originale (sensibilità = 63,0% e specificità = 92,0%), si sono rivelati in grado di predire un elevato numero di eventi violenti e, al contempo, di individuare coloro che non erano a rischio, pure in presenza di un discreto numero di falsi positivi (valore predittivo positivo = 0,56).

CONCLUSIONI

La versione italiana della Brøset Violence Checklist (BVC) risulta essere semplice e di veloce compilazione; i risultati analitici sembrano evidenziare la sua capacità di identificare precocemente i soggetti a rischio di agiti aggressivi. E' possibile affermare che tale strumento può costituire un valido supporto all'attività infermieristica nell'inquadramento iniziale della persona nel tentativo di prevedere e prevenire un evento violento nelle prime ore successive al ricovero. La ridotta estensione campionaria rende auspicabili ulteriori approfondimenti al fine di confermare l'utilità dello strumento nel panorama sanitario italiano, estendendo inoltre la ricerca anche a contesti differenti dal servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

BIBLIOGRAFIA

- Abderhalden C, Needham I, Miserez B et al. (2004) *Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset Violence Checklist: a multicentre prospective cohort study*. J Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11(4), 422-427.
- Almvik R, Woods P, Rasmussen K (2000) *The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity and interrater reliability*. Journal of Interpersonal Violence, 15, 1284-1296.
- Almvik R, Woods P (2003) *Short-term risk prediction: the Brøset Violence Checklist*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10, 236-238.
- Anderson A, West S (2011) *Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim*. Innovations in Clinical Neuroscience, 8(3), 34-39.
- Bimenyimana E, Poggenpoel M, Myburgh C et al. (2009) *The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution*. Curationis, 32(3), 4-13.
- Bjørkdahl A, Olsson D, Palmstierna T (2006) *Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 113, 224-229.
- Conroy MA, Murrie DC (2007) *Forensic assessment of violence risk: a guide for risk assessment and risk management*. Ed. Wiley Online Library.
- Duxbury J, Whittington R (2005) *Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives*. Journal of Advanced Nursing, 50, 469-478.
- Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT et al. (2014) *Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry*. Nordic journal of psychiatry, 68(8), 536-542.
- Jaber FS, Mahmoud KF (2015) *Risk tools for the prediction of violence*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22(2), 133-141.
- Kelly EL, Subica AM, Fulginiti A et al. (2015) *A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital*. Journal of Advanced Nursing, 71(5), 1110-1122.
- Livingstone JD, Verdun-Jhones S, Lussier P et al. (2010) *A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff*. Journal of Forensic Nursing, 6(1), 15-28.
- Nijman H, Merckelbach H, Evers C et al. (2002) *Prediction of aggressions on a locked psychiatric admission ward*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105(5), 390-395.
- Rossi A, Biondi M, Carpiello B et al. (2009) *Manuale di psichiatria*. Ed. Elsevier, Milano.
- Soliman AE-D, Reza H (2001) *Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients*. Psychiatric Services, 52, 75-80.
- Steward D, Bowers L (2015) *Substance use and violence among psychiatric inpatients*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22(2), 116-124.
- Szabo KA, White CL, Cummings SE et al. (2015) *Inpatient aggression in community hospitals*. CNS Spectrums, 26, 1-8.
- WHO (2002) *World Report on Violence and Health*.
- Yao X, Li Z, Arthur D et al. (2014) *Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21(9), 848-855.
- Zampieron A, Galeazzo M, Turra S et al. (2010) *Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions*. Journal of Clinical Nursing, 19(15-16), 2329-2341.

La gestione della costipazione cronica nell'adulto: overview di revisioni sistematiche

Elena Loguercio¹, Luca Giuseppe Re², Maura Lusignani³

¹Infermiera coordinatrice, Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche dell'Università degli Studi di Milano; ²Infermiere tutor, Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano; ³Ricercatore di scienze infermieristiche presso il Dipartimento di scienze biomediche per la salute e coordinatrice didattica del Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano

Corrispondenza: luca.re030366@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione La costipazione, spesso cronica, può colpire significativamente la qualità di vita di una persona e comporta notevoli costi sanitari. L'obiettivo è illustrare l'efficacia degli interventi per la gestione della costipazione cronica nell'adulto.

Materiali e metodi È stata condotta una *overview* di revisioni sistematiche della letteratura con interrogazione di banche dati biomediche; è stata effettuata la valutazione critica della qualità metodologica, l'analisi e la sintesi dei documenti.

Risultati La condizione patologica può migliorare con un adeguato controllo dietetico e apporto di fibre e di liquidi ed eventuale supplementazione con probiotici. In caso di dissinergia del pavimento pelvico, l'intervento di prima linea sembra essere il *biofeedback*. Se coesistono costipazione e incontinenza fecale, la stimolazione del nervo sacrale aiuta a controllare la sintomatologia e il dolore addominale. In nessun caso la terapia farmacologica è la prima opzione.

Conclusioni Il trattamento di scelta per la gestione della costipazione cronica nell'adulto prevede il consumo di fibre alimentari e l'adeguata assunzione di liquidi che favorisce l'evacuazione e riduce i sintomi e il ricorso ai farmaci lassativi. Una gestione ottimale del problema necessita di personale sanitario adeguatamente formato.

Parole chiave: costipazione cronica, gestione delle cure, adulto

Chronic constipation management in adults: overview of systematic reviews

ABSTRACT

Introduction Constipation (often chronic) could significantly affects person's quality of life and presents significant health care costs. The aim of this study is to illustrate the effectiveness of interventions for the management of chronic constipation in adults.

Methods An overview of systematic reviews was carried out through biomedical databases; the documents were analysed, summarised and assessed for the methodological quality.

Results Constipation may improve with dietary control and an adequate intake of fibers and liquids and probiotic supplementation. Biofeedback seems to be the first line intervention for pelvic floor dyssynergia. In case of coexistence of constipation and fecal incontinence the sacral nerve stimulation helps to control the symptoms and abdominal pain.

Conclusions The treatment of choice for the management of chronic constipation in adult is the consumption of dietary fibers and an adequate fluid intake which promotes the evacuation and reduces symptoms and the use of laxatives drugs. The optimal management requires a trained health care staff.

Keyword: chronic constipation, care management, adult

INTRODUZIONE

La costipazione è un sintomo frequentemente cronico che può colpire significativamente la qualità di vita di un individuo e dare luogo a notevoli costi sanitari (Basson MD et al., 2015). È da consi-

derarsi cronica qualora sia presente da almeno 12 settimane (non necessariamente consecutive) nel corso dell'ultimo anno (Basson MD et al., 2015). Il sesso femminile, l'età (il 30-40% degli adulti di età superiore ai 65 anni cita la stitichezza come un pro-

blema) e la classe sociale sono variabili fortemente associate alla prevalenza di stipsi (Basson MD et al., 2015). L'aumento legato all'età può riflettere una combinazione di alterazioni alimentari, la diminuzione del tono muscolare e dell'esercizio fisico e l'utilizzo di farmaci che possono causare disidratazione o disturbi della motilità del colon (Basson MD et al., 2015). La stitichezza auto-riferita e i ricoveri in ospedale sono più frequenti nei soggetti di sesso femminile (rapporto femmina-maschio pari a circa 3:1); la condizione è abbastanza frequente durante la gravidanza ed è un problema comune dopo il parto (Basson MD et al., 2015). La prevalenza della costipazione è del 30% maggiore nelle persone di colore (Basson MD et al., 2015). Un soggetto con costipazione deve avere sperimentato almeno due dei seguenti sintomi nei precedenti 3 mesi (criteri di Roma III): meno di 3 scariche per settimana; difficoltà nell'espulsione delle feci; feci dure o granulose; sensazione di ostruzione anrettale; sensazione di incompleta defecazione; manovre manuali richieste per defecare (Basson MD et al., 2015).

Gli aspetti caratterizzanti la costipazione sono due: la consistenza delle feci e le difficoltà defecatorie (Basson MD et al., 2015). Non solo le feci dure ma anche quelle di consistenza morbida possono essere associate a costipazione, in particolare nelle persone anziane con anomalie anatomiche e motilità coloretale compromessa (Basson MD et al., 2015). L'eziologia della stipsi è di solito multifattoriale ma può essere sostanzialmente suddivisa in costipazione primaria e secondaria (Basson MD et al., 2015):

- costipazione primaria (idiopatica, funzionale): stitichezza generalmente suddivisibile in costipazione da normale transito (NTC), da lento transito (STC) o da disfunzioni del pavimento pelvico (o dissinergia del pavimento pelvico) (Basson MD et al., 2015). La NTC è il sottotipo più comune: anche se le feci passano normalmente attraverso il colon, il soggetto presenta difficoltà a evacuare (Basson MD et al., 2015). La STC è caratterizzata da frequenti movimenti intestinali e diminuzione dello stimolo a defecare; si verifica più comunemente nelle persone di sesso femminile ed è caratterizzata da un'alterata motilità del colon (Basson MD et al., 2015). Le disfunzioni da dissinergia del pavimento pelvico o dello sfintere anale provocano difficoltà prolungata nell'evacuazione e sensazione di evacuazione incompleta che porta spesso il soggetto a esercitare una pressione perineale o vaginale durante la defecazione per consentire il passaggio delle feci (Basson MD et al., 2015).
- costipazione secondaria, dipende da: disordini alimentari come, per esempio, l'insufficiente assun-

zione di acqua e fibre e l'uso eccessivo di caffè, tè o alcolici; ragadi anali, trombosi delle emorroidi, stenosi del colon, tumori stenosi, volvolo e megacolon idiopatico; disturbi endocrinologici e metabolici; disturbi neurologici (per esempio, l'ictus); patologie del tessuto connettivo (per esempio, la sclerodermia); patologie psichiatriche (per esempio, la depressione); farmaci (fra cui anche i prodotti lassativi) (Basson MD et al., 2015).

La diagnosi di costipazione prevede le seguenti fasi:

- anamnesi patologica remota e prossima;
- anamnesi farmacologica;
- esame fisico;
- esami strumentali;
- test di funzionalità anoretale;
- defecografia (NDDIC, 2013).

Il trattamento di scelta per la risoluzione della condizione di costipazione riguarda i cambiamenti nella dieta e nella nutrizione e l'esecuzione di esercizi fisici mirati (NDDIC, 2013) più che l'uso di lassativi, clisteri o supposte, che non incidono sulle vere cause della costipazione. La chiave per trattare i soggetti con costipazione consiste nel correggere una dieta deficitaria di fibre e liquidi aumentandone l'assunzione e diminuendo il consumo di alimenti e bevande che favoriscono l'insorgenza di costipazione (Basson MD et al., 2015); qualora non si riscontrino esiti positivi si procede ad altre tipologie di trattamento (NDDIC, 2013). Le fibre alimentari sono disponibili nella frutta e nella verdura e nei cereali (Basson MD et al., 2015); i cibi da limitare sono quelli che contengono poche fibre o nessuna (per esempio, pizza, gelati, formaggio, patatine, carne e alimenti lavorati) (NDDIC, 2013). Si raccomanda di bere acqua, succhi di frutta e verdura oltre a passati di verdure per ottenere una migliore peristalsi e rendere le feci più morbide (NDDIC, 2013). E' raccomandabile ridurre il consumo di caffè, tè e alcolici a causa dei loro effetti diuretici (Basson MD et al., 2015). L'incapacità di controllare la stitichezza in un regime di supplementazione di fibre e di una maggiore assunzione di acqua dovrebbero richiedere un'analisi della *compliance* del paziente (Basson MD et al., 2015). I primi fallimenti, di solito, dipendono da un'assunzione di acqua insufficiente mentre l'insorgenza di recidive spesso dipende dall'errata percezione del paziente che, alla risoluzione della condizione e della sintomatologia correlata, ritiene che la supplementazione di fibre non sia più necessaria (Basson MD et al., 2015). L'esecuzione di un regolare esercizio fisico per circa 20-30 minuti al giorno facilita la digestione e, quindi, l'evacuazione di feci, che dovrebbe espletarsi sempre alla stessa ora tutti i giorni, preferibilmente 15-45 minuti dopo

la prima colazione (NDDIC, 2013). Se con la dieta e l'esercizio fisico adeguati non si ottengono i risultati attesi il medico può suggerire l'uso temporaneo di un lassativo (NDDIC, 2013). I farmaci generalmente usati per il trattamento della costipazione includono: agenti formanti massa (per esempio, fibre e semi di psillio); emollienti delle feci (per esempio, docusato); lubrificanti ad azione rapida (per esempio, olio minerale e polietilene glicolato); procinetici (per esempio, tegaserod); lassativi stimolanti (per esempio, semi di senna) (Basson MD et al., 2015). Gli effetti collaterali dei lassativi, qualora utilizzati per un lungo periodo, si concretizzano in una progressiva perdita di movimenti intestinali (NDDIC, 2013). Il biofeedback, può rivelarsi utile quando c'è un'ipofunzionalità dei muscoli del distretto ano-rettale (NDDIC, 2013) mentre la chirurgia è un'opzione a cui si ricorre laddove i precedenti trattamenti non abbiano dato esiti apprezzabili (NDDIC, 2013).

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è illustrare l'efficacia dei principali interventi per la gestione della costipazione nell'adulto.

MATERIALI E METODI

Per l'ottimale reperimento della documentazione pertinente abbiamo sviluppato il quesito clinico nel rispetto della metodologia PICO (Richardson WS, et al., 1995) (Tabella 1).

Sono state interrogate alcune banche dati biomediche quali Cochrane Library, Embase e Medline a mezzo di parole chiave (termini MeSH e *subheading*), operatori booleani e filtri (Tabella 2).

I criteri di inclusione sono stati i seguenti:

- genere umano;
- popolazione adulta o prevalentemente adulta;
- revisioni sistematiche;
- presenza di *abstract*;
- studi pubblicati negli ultimi 20 anni;
- documenti in lingua inglese o disponibili con traduzione in lingua inglese o *abstract* in lingua inglese.

Dopo questa iniziale selezione sono stati applicati i seguenti criteri di esclusione:

- studi non pertinenti all'argomento;
- studi specifici per la costipazione in fase acuta;
- studi su agenti farmacologici di uso non comune e/o specifici per patologia o condizione patologica e/o ancora in fase sperimentale;
- studi su trattamenti chirurgici;
- studi specifici per genere;
- studi che trattano la costipazione come effetto secondario indotto da specifiche patologie o condizioni patologiche;
- studi non specifici per la condizione di costipazione.

La selezione dei documenti è stata eseguita da due autori in modo indipendente (Loguercio E e Re LG). In caso di dubbi o controversie è stato chiesto il parere vincolante del terzo autore (Lusignani M). Dopo il reperimento dei documenti, i due autori (Loguercio E e Re LG) hanno valutato la qualità e il rigore metodologico delle revisioni sistematiche disponibili utilizzando la Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR) checklist (Shea BJ, et al., 2007). Le voci che sono state ritenute valide per il calcolo complessivo del punteggio sono state quelle a cui, dopo la lettura del documento, era attribuibile con certezza una risposta positiva, escludendo quindi dal conteggio quelle a cui è stata assegnata una risposta negativa o per le quali non era possibile fornire una risposta certa. Alle revisioni sistematiche con punteggio totale da 8 a 11, da 4 a 7 e da 0 a 3 è stata attribuita rispettivamente una alta, media e bassa qualità. In caso di dubbi sulle attribuzioni di punteggio è stato chiesto il parere vincolante del terzo autore (Lusignani M). Per valutare l'efficacia degli interventi sono stati considerati i seguenti esiti:

- efficacia globale;
- frequenza media settimanale di movimenti intestinali;
- consistenza delle feci;
- tempo di transito intestinale;

Tabella 1. Quesito clinico di ricerca individuato secondo la metodologia PICO

Metodologia PICO		
P	<i>patient</i> (paziente)	soggetti adulti con costipazione cronica
I	<i>intervention</i> (intervento)	trattamenti per la gestione della costipazione cronica
C	<i>comparison</i> (controllo)	-
O	<i>outcomes</i> (risultati)	efficacia
Quesito di ricerca		
I trattamenti per la gestione della costipazione cronica in soggetti adulti sono efficaci?		

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave/subheading	Filtro
Cochrane Library	“Constipation”[MeSH]/Nursing “Constipation”[MeSH]/Prevention & control “Constipation”[MeSH]/Therapy	Cochrane reviews Other reviews
Embase	‘constipation’/exp AND (‘disease management’/ lnk OR ‘prevention’/lnk OR ‘therapy’/lnk)	‘human’/de ‘systematic review’/de [embase]/lim NOT [medline]/lim
Medline	((“Constipation/nursing”[MeSH] OR “Constipation/prevention and control”[MeSH]) OR “Constipation/therapy”[MeSH])	Humans Review Abstract Adult: 19+ years From 1995 to 2015

- miglioramento della sintomatologia associata;
- riduzione del dolore addominale associato.

RISULTATI

La ricerca bibliografica è stata eseguita il 15 maggio 2015 secondo la strategia definita e ha permesso di identificare 382 articoli. In base ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti, sono stati esclusi 363 articoli; tra questi, 179 non sono risultati pertinenti dopo la lettura di titolo e *abstract*; 9 erano duplicati; 56 non erano revisioni sistematiche; 2 trattavano la costipazione come effetto secondario; 1 era una revisione sistematica in lingua cinese.

Sono state ritenute di interesse e incluse 18 revisioni sistematiche (Belsey JD et al., 2010; Carrington EV et al., 2014; Cheng CW et al., 2009; Chmielewska A et al., 2010; Dimidi E et al., 2014; Dimidi E et al., 2014; Ernst E, 1999; Koh GE et al., 2008; Lee MS et al., 2010; Lin LW et al., 2008; Miller LE et al., 2013; Mowatt G et al., 2007; Petticrew M et al., 1999; Ramkumar D et al., 2005; Tramonte SM et al., 1997; Woodward S et al., 2014; Yang LH et al., 2014; Zhang T et al., 2013), a cui sono corrisposti 16 documenti di cui 15 in *full text* e uno in forma di Centre for Reviews and Dissemination (CRD) summary (Shea BJ, et al., 2007); per altre due citazioni (Dimidi E, et al., 2014) è stato possibile solo il reperimento dell'*abstract*. Le revisioni sistematiche disponibili in *full text* sono state sottoposte a valutazione di qualità metodologica; i risultati sono mostrati in appendice 1 a pagina e14.

La qualità è risultata di livello medio-alto (range di punteggio AMSTAR: 5-11). Le voci per le quali i documenti hanno manifestato le maggiori lacune informative sono state le 5 e la 10; in particolare, per la voce numero 5, “E’ stato fornito un elenco di studi (inclusi ed esclusi)?”, in 11 revisioni su 15

non è presente o è incompleto o non è esplicitato con chiarezza un elenco di studi esclusi con le relative motivazioni alla base dell’esclusione; per la voce numero 10, “E’ stato valutato il rischio di *bias* di pubblicazione?”, in 10 revisioni su 15 non si fa riferimento a possibili *bias* di pubblicazione oppure non è esplicitato con chiarezza. In appendice 2 a pagina e15 è presentata una sintesi delle prove di efficacia degli interventi attuati per la gestione della costipazione. In appendice 3, a pagina e16, sono illustrati i principali aspetti emersi dall’analisi degli studi reperiti.

Quattro revisioni sistematiche (Tramonte SM, et al., 1997; Petticrew M, et al., 1999; Ramkumar D, et al., 2005; Belsey JD, et al., 2010) si sono occupate di valutare l’efficacia di agenti terapeutici naturali o sintetici con diversi meccanismi di azione lassativa. Per due di esse (Tramonte SM, et al., 1997; Petticrew M, et al., 1999) tali agenti contribuiscono a migliorare la frequenza media dei movimenti intestinali e la consistenza delle feci, ridurre la sintomatologia e diminuire il dolore addominale; tuttavia, per le altre due revisioni (Ramkumar D, et al., 2005; Belsey JD, et al., 2010) solo il lattulosio e la soluzione elettrolitica di polietilenglicole (SEPG) si sono dimostrati agenti efficaci. Quattro studi (Chmielewska A, et al., 2010; Miller LE, et al., 2013; Dimidi E, et al., 2014; Ford AC, et al., 2014) hanno valutato il ruolo assunto da probiotici (Chmielewska A, et al., 2010; Miller LE, et al., 2013; Dimidi E, et al., 2014; Ford AC, et al., 2014), prebiotici e simbiotici (Ford AC, et al., 2014) nella gestione della costipazione cronica. I probiotici sembrano poter aumentare la frequenza media di movimenti intestinali (Chmielewska A, et al., 2010; Dimidi E, et al., 2014; Ford AC, et al., 2014), ridurre il tempo di transito intestinale (Miller LE, et al., 2013; Dimidi E, et al., 2014) e migliorare la consistenza

delle feci al pari dei simbiotici (Chmielewska A, et al., 2010; Dimidi E, et al., 2014), mentre l'efficacia dei prebiotici non è ancora stata dimostrata (Ford AC, et al., 2014). Cinque revisioni sistematiche (Lin LW, et al., 2008; Cheng CW, et al., 2009; Lee MS, et al., 2010; Zhang T, et al., 2013; Yang LH, et al., 2014) hanno valutato la sussistenza delle prove a supporto dell'efficacia della medicina tradizionale orientale. L'agopuntura è un trattamento dimostratosi efficace su tutti i principali esiti considerati (Lin LW, et al., 2008; Zhang T, et al., 2013), così come la moxibustione (Lee MS, et al., 2010), mentre l'uso di erbe medicinali cinesi consente di aumentare la frequenza media di movimenti intestinali (Lin LW, et al., 2008; Cheng CW, et al., 2009) e l'auriculoterapia sembra avere un impatto positivo a livello di efficacia globale. Due studi si sono occupati di esplorare le prove di efficacia a favore dell'applicazione della tecnica di *biofeedback* (Koh CE, et al., 2008; Woodward S, et al., 2014); essa pare avere beneficio a livello di riduzione della sintomatologia e del dolore addominale nei soggetti con costipazione cronica da dissinergia del pavimento pelvico (Koh CE, et al., 2008) ma l'efficacia globale non è dimostrata (Woodward S, et al., 2014). L'efficacia della stimolazione del nervo sacrale in soggetti con costipazione cronica associata a incontinenza fecale è argomento di due revisioni (Mowatt G, et al., 2007; Carrington EV, et al., 2014); la tecnica può ridurre la sintomatologia e il dolore addominale ma per gli altri esiti le prove sono inconclusive. Il massaggio addominale si è dimostrato efficace in soggetti adulti o anziani già in trattamento con lassativi per via orale anche se non è risultato in grado di controllare la sintomatologia e il dolore addominale (Ernst E, 1999).

DISCUSSIONE

La presente *overview* di revisioni sistematiche si è posta l'obiettivo di valutare i trattamenti attualmente disponibili per la gestione della costipazione cronica nell'adulto. Le prove di efficacia a supporto degli interventi più diffusi non sempre paiono convincenti o univoche, ciò a seguito di limiti manifestati dalle sperimentazioni cliniche controllate randomizzate come, per esempio, studi in singolo cieco anziché in doppio cieco, con potenza campionaria ridotta, monocentrici, con eterogeneità di esiti per lo più surrogati, con risultati di rilevanza clinica non chiara o dubbia; tali limiti appaiono importanti per gli studi relativi a trattamenti della medicina tradizionale orientale, la cui efficacia è in attesa di ulteriori conferme.

Allo stato attuale delle conoscenze, la gestione iniziale della costipazione include l'educazione al pa-

ziente, appropriate modificazioni dello stile di vita e accorgimenti dietetici tramite supplementazione di fibre con eventuale utilizzo di lassativi, come lo psillio o la metilcellulosa, associati a un'adeguata assunzione di fluidi (Wald A, et al., 2015); in caso di intolleranza o modesta risposta ai prodotti summenzionati è possibile proporre lassativi osmotici come il lattulosio (Wald A, et al., 2015). Qualora i pazienti manifestino disfunzioni nella defecazione, la tecnica di *biofeedback* sembra essere la più efficace e promettente per gestire la condizione di costipazione (Wald A, et al., 2015). Dai risultati è possibile dedurre l'importanza del ruolo che può assumere il professionista infermiere nel consigliare, proporre e contribuire a far rispettare al paziente con costipazione cronica un regime alimentare equilibrato che preveda: un maggiore apporto di alimenti ricchi di fibre (per esempio, pasta e pane integrale, frutta e verdura) con l'eventuale supplementazione giornaliera di yogurt magro al naturale (Petticrew M, et al., 1999), l'ottimale e regolare assunzione di liquidi (Basson MD et al., 2015) e la riduzione di caffè, tè, alcolici, per il loro effetto diuretico (Basson MD et al., 2015). In letteratura, l'efficacia dell'intervento dietetico si manifesta in termini di aumento della frequenza media settimanale di movimenti intestinali, miglioramento della consistenza delle feci, riduzione del tempo di transito intestinale, miglioramento della sintomatologia e del dolore addominale associato (Tramonte SM, et al., 1997; Petticrew M, et al., 1999; Ramkumar D, et al., 2005; Basson MD et al., 2015). Sebbene le prove a disposizione ne supportino l'impatto positivo per la gestione della costipazione cronica, è fondamentale che l'infermiere, assieme al gruppo di cura, accerti e concorra a migliorare l'aderenza del paziente al trattamento in relazione al fatto che, nonostante la cronicità della condizione patologica, la *compliance*, con il tempo, diviene subottimale (Basson MD et al., 2015). Il ricorso a prodotti lassativi dev'essere un'opzione da considerare solo in caso di insuccesso e accertata aderenza al regime dietetico, in quanto essi non agiscono sulle cause soggiacenti che hanno generato la costipazione (Basson MD et al., 2015). Un altro intervento che l'infermiere potrebbe attuare a complemento di quanto già descritto è il massaggio addominale (Ernst E, 1999); esso ha mostrato potenzialità promettenti che, tuttavia, andrebbero rivalutate in soggetti con costipazione cronica che non siano già in trattamento con lassativi orali ma eventualmente solo in regime alimentare controllato. A nostro avviso, gli studi futuri dovrebbero: valutare l'impatto di un approccio multidisciplinare per la gestione della costipazione cronica; creare

strumenti di valutazione del grado di aderenza del paziente con stipsi cronica al regime dietetico consigliato e promuovere l'analisi delle ragioni alla base della diminuzione della *compliance* osservabile nel tempo, come mostrano i dati in letteratura; implementare interventi multidisciplinari e personalizzati mirati al miglioramento del grado di aderenza alla dieta consigliata. Inoltre, riteniamo utile lo sviluppo di ulteriori ricerche per confermare, in via definitiva, l'efficacia dell'intervento dietetico con o senza massaggio addominale rispetto alle cure *standard* in soggetti con costipazione cronica non già in trattamento con lassativi per via orale.

Limiti dello studio

I principali limiti della presente *overview* sono i seguenti:

- non avere eseguito una strategia di ricerca mirata anche al recupero di documenti non pubblicati (letteratura grigia);
- le banche dati biomediche interrogate, sebbene fra le più importanti, non sono le uniche che avrebbero potuto fornire altre revisioni sistematiche di interesse (per esempio, CINAHL e PsycInfo);
- per la ricerca delle citazioni è stata utilizzata esclusivamente una strategia basata sui termini MeSH senza eseguirne una parallela e complementare con parole a testo libero;
- la ricerca è stata ristretta ai documenti pubblicati negli ultimi 20 anni (salvo eccezioni);
- sono stati esclusi gli studi di genere. Questo, se da un lato ha consentito una maggiore generalizzabilità dei risultati, ha però comportato la rinuncia all'analisi delle caratteristiche peculiari che la costipazione cronica possiede per il sesso femminile rispetto a quello maschile;
- sono stati esclusi gli studi che si sono occupati della costipazione secondaria benché, soprattutto nella popolazione costituita da pazienti anziani fragili, la suddivisione fra costipazione primaria e secondaria e le relative differenze di trattamento e gestione non sia sempre fattibile né, talvolta, appropriata (Castledine G, et al., 2007);
- non sono stati esaminati i documenti non in lingua inglese o senza una versione in lingua inglese. Ciò ha condotto all'esclusione di una revisione sistematica in lingua cinese;
- la valutazione di qualità metodologica con AMSTAR è stata possibile solo per i documenti disponibili in *full text*.

CONCLUSIONI

Il trattamento di prima scelta per la gestione della costipazione cronica nell'adulto riguarda i cambia-

menti nel regime dietetico e nutrizionale e una moderata, quotidiana e regolare attività fisica (NDDIC, 2013). I risultati emersi non sostengono con prove di efficacia conclusive l'utilizzo di prodotti lassativi fatta eccezione, forse, per la soluzione elettrolitica di polietilenglicole (SEPG) ma occorrono ulteriori conferme (Ramkumar D, et al., 2005; Belsey JD, et al., 2010); in letteratura, l'uso di lassativi, clisteri o supposte è un'opzione degna di considerazione solo in caso di modesta risposta al regime alimentare e nutrizionale controllato (Basson MD et al., 2015) e tenendo presente che l'intervento non incide sulle vere cause della costipazione. Nell'ambito del gruppo di cura, la figura infermieristica può assumere un ruolo importante per coadiuvare all'implementazione di interventi educativi volti alla gestione della costipazione a livello dietetico, a condizione che il professionista abbia seguito un percorso di formazione post-base mirato (Wald A, et al., 2015).

BIBLIOGRAFIA

- Basson MD, Anand BS, Brenner BE et al. (2015) *Constipation*. <http://emedicine.medscape.com/article/184704-overview>
- Belsey JD, Geraint M, Dixon TA (2010) *Systematic review and meta-analysis: polyethylene glycol in adults with non-organic constipation*. *International Journal of Clinical Practice*, 64(7), 944-955.
- Carrington EV, Evers J, Grossi U et al. (2014) *A systematic review of sacral nerve stimulation mechanisms in the treatment of fecal incontinence and constipation*. *Neurogastroenterology & Motility*, 26(9), 1222-1237.
- Castledine G, Grainger M, Wood N et al. (2007) *Researching the management of constipation in long-term care: part 1*. *British Journal of Nursing*, 16(18), 1128-1131.
- Cheng CW, Bian ZX, Wu TX (2009) *Systematic review of Chinese herbal medicine for functional constipation*. *World Journal of Gastroenterology*, 15(39), 4886-4895.
- Chmielewska A, Szajewska H (2010) *Systematic review of randomised controlled trials: probiotics for functional constipation*. *World Journal of Gastroenterology*, 16(1), 69-75.
- Dimidi E, Christodoulides S, Fragkos KC et al. (2014) *The effect of probiotics on functional constipation in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(4), 1075-1084.
- Ernst E (1999) *Abdominal massage therapy for chronic constipation: A systematic review of controlled clinical trials*. *Forsch Komplementarmed*, 6(3), 149-151.
- Ford AC, Quigley EM, Lacy BE et al. (2014) *Efficacy of prebiotics, probiotics, and symbiotic in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: syste-*

- matic review and meta-analysis*. The American Journal of Gastroenterology, 109(10), 1547-1561.
- Koh CE, Young CJ, Young JM et al. (2008) *Systematic review of randomized controlled trials of the effectiveness of biofeedback for pelvic floor dysfunction*. British Journal of Surgery, 95(9), 1079-1087.
- Lee MS, Choi TY, Park JE et al. (2010) *Effects of moxibustion for constipation treatment: a systematic review of randomized controlled trials*. Chinese Medical Journal, 5, 28.
- Lin LW, Fu YT, Dunning T et al. (2008) *Efficacy of traditional Chinese medicine for the management of constipation: a systematic review*. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15(12), 1335-1346.
- Miller LE, Ouwehand AC (2013) *Probiotic supplementation decreases intestinal transit time: meta-analysis of randomized controlled trials*. World Journal of Gastroenterology, 19(29), 4718-4725.
- Mowatt G, Glazener C, Jarrett M (2007) *Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD004464.
- National Digestive Diseases Information Clearinghouse, NDDIC (2013) *What I need to know about Constipation*. http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/constipation_ez/
- Petticrew M, Watt I, Brand M (1999) *What's the 'best buy' for treatment of constipation? Results of a systematic review of the efficacy and comparative efficacy of laxatives in the elderly*. British Journal of General Practice, 49(442), 387-393.
- Ramkumar D, Rao SS (2005) *Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review*. The American Journal of Gastroenterology, 100(4), 936-971.
- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J et al. (1995) *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions*. Annals of Internal Medicine, 123(3), A12-13.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA et al. (2007) *Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews*. BMC Medical Research Methodology, 7, 10.
- Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD et al. (1997) *The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review*. Journal of General Internal Medicine, 12(1), 15-24.
- Wald A, Talley NJ, Grover S (2015) *Management of chronic constipation in adults*. <http://goo.gl/olJejj>
- Woodward S, Norton C, Chiarelli P (2014) *Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD008486.
- Yang LH, Duan PB, Du SZ et al. (2014) *Efficacy of auriculotherapy for constipation in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 20(8), 590-605.
- Zhang T, Chon TY, Liu B et al. (2013) *Efficacy of acupuncture for chronic constipation: a systematic review*. The American Journal of Chinese Medicine, 41(4), 717-742.

Appendice 1. Valutazione della qualità metodologica delle revisioni sistematiche individuate secondo la AMSTAR checklist

	Beisey JD et al., 2010	Carrington EV et al., 2014	Cheng CW et al., 2009	Chmielewska A et al., 2010	Ford AC et al., 2014	Koh CE et al., 2008	Lee MS et al., 2010	Lin LW et al., 2008	Miller LE et al., 2013	Mowatt G et al., 2007	Petticrew M et al., 1999	Ramkumar D et al., 2005	Tramonte SM et al., 1997	Woodward S et al., 2014	Zhang T et al., 2013
Il disegno di studio è stato deciso a priori?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
La selezione degli studi e l'estrazione dei dati è stata duplicata?	nc	nc	no	no	sì	sì	sì	sì	nc	sì	no	no	sì	sì	sì
E' stata effettuata una ricerca completa della letteratura disponibile?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	no	nc	sì	sì
Il tipo di pubblicazione (per esempio, letteratura grigia) è stato utilizzato come criterio di inclusione?	sì	nc	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	nc	sì	sì	sì	sì
E' stato fornito un elenco di studi (inclusi ed esclusi)?	no	no	sì	no	no	no	nc	nc	no	sì	no	no	no	sì	sì
Sono state illustrate le caratteristiche degli studi inclusi?	no	sì	no	sì	nc	sì	sì	sì	no	sì	sì	sì	sì	sì	sì
E' stata valutata e documentata la qualità scientifica degli studi inclusi?	nc	no	sì	nc	no	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
La qualità scientifica degli studi inclusi è stata utilizzata adeguatamente nel formulare le conclusioni?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	nc	sì	sì	sì
Sono stati appropriati i metodi utilizzati per combinare i risultati degli studi?	sì	nc	nc	nc	sì	no	sì	nc	sì	sì	no	nc	sì	sì	sì
E' stato valutato il rischio di <i>bias</i> di pubblicazione?	no	nc	nc	sì	nc	no	nc	no	nc	sì	no	sì	sì	sì	nc
E' stato considerato il possibile conflitto di interessi?	sì	sì	no	no	sì	sì	no	sì	no	sì	sì	sì	no	sì	sì
Punteggio	6	5	6	6	7	8	8	8	6	11	6	6	8	11	10
Qualità	m	m	m	m	m	a	a	a	m	a	m	m	a	a	a

nc: non chiaro; a: alta; m: media

Appendice 2. La gestione della costipazione nell'adulto: efficacia dei trattamenti

	Popolazione	Intervento	Efficacia globale	Frequenza media settimanale di movimenti intestinali	Consistenza delle feci	Tempo di transito intestinale	Sintomatologia	Dolore addominale
Belsey JD et al., 2010	adulti	soluzione elettrolitica di polietilenglicole	e	e	-	-	e	-
Carrington EV et al., 2014	adulti ¹	stimolazione del nervo sacrale	-	i	-	i	-	-
Cheng CW et al., 2009	adulti e bambini	erbe medicinali cinesi	-	e	-	-	-	-
Chmielewska A et al., 2010	adulti e bambini	probiotici	-	e	e	-	i	i
Dimidi E et al., 2014	adulti	probiotici	-	e	e	e	i	i
Ernst E, 1999	adulti e anziani ²	massaggio addominale	-	e	e	e	-	-
Ford AC et al., 2014	adulti	prebiotici	ne	ne	-	-	ne	ne
		probiotici	i	e	-	-	ne	ne
		simbiotici	e	e	-	-	e	e
Koh CE et al., 2008	adulti ³	<i>biofeedback</i>	-	-	-	-	e	e
Lee MS et al., 2010	adulti	moxibustione	-	e	-	-	-	-
Lin LW et al., 2008	adulti	agopuntura	e	-	-	e	-	-
		erbe medicinali cinesi	e	-	-	e	-	-
Miller LE et al., 2013	adulti ⁴	probiotici	-	-	-	e	-	-
Mowatt G et al., 2007	adulti ¹	stimolazione del nervo sacrale	-	i	-	-	e	e
Petticrew M et al., 1999	adulti e anziani ²	boldoglucina	-	e	e	-	e	e
		cascara	-	e	e	-	e	e
		crusca	-	e	e	-	e	e
		diottil solfosuccinato di sodio	-	e	e	-	e	e
		fibre	-	e	e	-	e	e
		lattilolo	-	e	e	-	e	e
		lattulosio	-	e	e	-	e	e
		succo di prugne	-	e	e	-	e	e
		psillio	-	e	e	-	e	e
yogurt	-	e	e	-	e	e		
Ramkumar D et al., 2005	adulti	bisacodile	-	i	i	-	i	i
		calcio policarbofillico	-	i	i	-	i	i
		cisapride ⁵	-	i	i	-	i	i
		colchicina	-	i	i	-	i	i
		dorganex	-	i	i	-	i	i
		diottil solfosuccinato di sodio	-	i	i	-	i	i
		fibre	-	i	i	-	i	i
		idrossido di magnesio	-	i	i	-	i	i
		lattulosio	-	e	e	-	i	i
		metilcellulosa	-	i	i	-	i	i
		misoprostolo	-	i	i	-	i	i
		psillio	-	i	i	-	i	i
		sodio picosolfato	-	i	i	-	i	i
soluzione elettrolitica di polietilenglicole	-	e	e	-	i	i		
tegaserod ⁵	-	e	e	-	i	i		
Tramonte SM et al., 1997	adulti	dieta con fibre	-	e	e	-	i	e
		lassativi	-	e	e	-	i	e
Woodward S et al., 2014	adulti	<i>biofeedback</i>	i	-	-	-	-	
Yang LH et al., 2014	adulti	auriculoterapia	e	-	-	-	-	
Zhang T et al., 2013	adulti	agopuntura	e	e	-	e	e	

e: efficace; i: prove inconclusive; ne: non efficace

¹ coesistenza di costipazione e incontinenza fecale² soggetti già in trattamento con lassativi per via orale³ soggetti con costipazione da dissinergia del pavimento pelvico⁴ soggetti con costipazione da lento transito intestinale⁵ ritirati dal mercato dalla Food and Drug Administration (FDA)

Appendice 3. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Articolo	Obiettivo	Caratteristiche	Esiti	Conclusioni
Belsey JD et al., 2010	Valutare l'efficacia del polietilenglicole in adulti con costipazione a confronto con placebo o altri agenti farmacologici	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 20; - <i>intervento</i>: polietilenglicole (con elettroliti); gruppi di controllo: placebo, tegaserod, lattulosio, semi di ispagula, polietilenglicole (senza elettroliti); - <i>campione</i>: 1.251 soggetti adulti con costipazione 	<ul style="list-style-type: none"> - tasso di evacuazione settimanale; - efficacia globale; - consistenza delle feci; - facilità di evacuazione, risoluzione dei sintomi; - sicurezza e tollerabilità; - soddisfazione del soggetto 	Eterogeneità degli studi; ridotta dimensione campionaria e bassa qualità di alcuni di essi. Il polietilenglicole sembra essere più efficace rispetto al placebo, al lattulosio e agli altri agenti lassativi considerati negli studi inclusi (aumento della frequenza settimanale delle evacuazioni, facilità di evacuazione, efficacia globale, soddisfazione del soggetto). Non sono state trovate differenze significative in termini di efficacia fra polietilenglicole con o senza elettroliti. Il profilo di sicurezza e tollerabilità del polietilenglicole è buono. In definitiva, sembra che il polietilenglicole, rispetto al lattulosio, sia più efficace per il trattamento della costipazione cronica in soggetti adulti
Carrington EV et al., 2014	Illustrare le prove disponibili sul meccanismo d'azione della stimolazione del nervo sacrale per il trattamento dell'incontinenza fecale e della costipazione	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 72; - <i>intervento</i>: stimolazione del nervo sacrale; - <i>campione</i>: soggetti adulti con incontinenza fecale e costipazione 	Effetti a livello di: <ul style="list-style-type: none"> - tratto gastrointestinale superiore; - colon; - retto; - ano; - sistema nervoso centrale 	Eterogeneità dei risultati sull'effetto della stimolazione del nervo sacrale a livello della funzionalità colica e anorettale. Non sono dimostrabili consistenti effetti dovuti al trattamento
Cheng CW et al., 2009	Determinare l'efficacia e la sicurezza delle erbe medicinali cinesi per il trattamento di soggetti con costipazione funzionale	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 35; - <i>intervento</i>: erbe medicinali cinesi; - <i>campione</i>: 3.571 soggetti adulti e pediatrici con costipazione funzionale 	<ul style="list-style-type: none"> - tasso di risposta di soggetti che in media riferiscono almeno 1 movimento intestinale spontaneo completo alla settimana; - sensazione soggettiva di evacuazione completa; - frequenza di evacuazione 	Bassa qualità metodologica degli studi inclusi. Le prove di efficacia a supporto dell'uso di erbe medicinali cinesi non sono sufficienti benché il trattamento sembri essere promettente. Esso appare sicuro e ben tollerato ma solo la metà degli studi ha valutato il suo profilo di sicurezza
Chmielewska A et al., 2010	Valutare l'efficacia e la sicurezza dell'utilizzo di probiotici ¹ per il trattamento della costipazione	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 5 (RCT); - <i>intervento</i>: probiotici; - <i>campione</i>: 377 soggetti adulti con costipazione 	<ul style="list-style-type: none"> - frequenza di: <ul style="list-style-type: none"> · evacuazioni settimanali; · episodi di perdita involontaria di feci per settimana; · movimenti intestinali settimanali; · evacuazioni forzate settimanali; · ricorso a clisteri evacuativi o lattulosio; - occorrenza di: <ul style="list-style-type: none"> · feci dure; · costipazione e suo grado; · flatulenza e suo grado; 	Limiti metodologici e ridotte dimensioni campionarie degli studi inclusi. Le prove di efficacia disponibili per valutare l'effetto dei probiotici sono molto limitate. I soggetti adulti con costipazione possono beneficiare dell'uso di alcuni probiotici (aumento della frequenza di evacuazione, miglioramento della consistenza delle feci) ma la rilevanza clinica del beneficio non è chiara. In soggetti pediatrici alcuni probiotici aumentano il numero di evacuazioni e riducono l'occorrenza di feci dure ma l'effetto clinico è modesto. Sebbene alcuni probio-



			<ul style="list-style-type: none"> · gonfiore intestinale e suo grado; · perdite involontarie di feci; · episodi di inappetenza; · dolori addominali; - almeno 3 movimenti intestinali spontanei settimanali senza perdita involontaria di feci alla quarta settimana 	tici si siano dimostrati efficaci, occorrono studi mirati per una conferma dei risultati. Il profilo di sicurezza dei probiotici sembra essere buono
Dimidi E et al., 2014	Investigare l'effetto dei probiotici in soggetti adulti affetti da costipazione funzionale	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 14; - <i>intervento</i>: probiotici; - <i>campione</i>: 1.182 soggetti adulti con costipazione funzionale 	<ul style="list-style-type: none"> - tempo di transito intestinale; - frequenza di evacuazione fecale; - consistenza delle feci; - occorrenza dei sintomi della costipazione 	Eterogeneità degli studi ed elevato rischio di <i>bias</i> . Riduzione significativa del tempo di transito intestinale, aumento significativo della frequenza di evacuazione fecale e della consistenza delle feci (per alcuni probiotici). Non sono stati registrati effetti avversi seri. Occorrono studi clinici controllati randomizzati di maggiore potenza per valutare il tipo, la dose e la durata del trattamento con probiotici
Ernst E, 1999	Valutare l'efficacia nella pratica clinica del massaggio addominale per la costipazione cronica	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 4 (RCT); - <i>intervento</i>: massaggio addominale; - <i>campione</i>: 61 soggetti (con costipazione cronica – tempo di transito feci >60 ore –; anziani parzialmente o totalmente dipendenti con costipazione cronica e uso di lassativi; adulti disabili istituzionalizzati; maschi volontari sani 	<ul style="list-style-type: none"> - tempi di transito valutati con marcatori radiopachi; - frequenza di evacuazione; - numero di giorni con movimenti intestinali; - episodi di incontinenza fecale; - numero di clisteri somministrati; - consistenza delle feci; - benessere del soggetto 	Eterogeneità nella metodologia di conduzione e nella qualità degli studi e limitatezza delle dimensioni campionarie. La tecnica del <i>biofeedback</i> può dare sollievo ai sintomi generali della costipazione ma i risultati non sono conclusivi per i limiti esposti sopra. Non è possibile dare un giudizio sull'impatto sulla qualità di vita e sull'ansia e depressione in quanto solo uno studio clinico controllato e randomizzato ha trattato questi esiti
Ford AC et al., 2014	Esaminare l'efficacia di prebiotici ² , probiotici e simbiotici in soggetti con sindrome del colon irritabile (SCI) e costipazione cronica idiopatica (CCI)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 43 (RCT); - <i>intervento</i>: prebiotici, probiotici, simbiotici; - <i>campione</i>: soggetti adulti con sindrome del colon irritabile e costipazione cronica idiopatica (funzionale) 	<ul style="list-style-type: none"> - effetto di prebiotici, probiotici o simbiotici, rispetto al placebo, sui sintomi globali nella SCI o sul dolore addominale dopo la sospensione della terapia; - effetto complessivo come risposta alla terapia in caso di CCI; - effetto di prebiotici, probiotici o simbiotici sul punteggio totale e parziale dei sintomi in caso di SCI (dolori addominali, gonfiore, urgenza o flatulenza); 	Qualità degli studi eterogenea. In caso di SCI: i probiotici sono efficaci per migliorare la sintomatologia generale e specifica (ogni 7 soggetti trattati 1 ha un miglioramento) sebbene non tutte le combinazioni abbiano pari effetto. Rari ma possibili effetti avversi con i probiotici (ogni 35 soggetti trattati 1 subisce effetti avversi). Nessuno studio che ha trattato prebiotici ha rispettato i criteri di inclusione. L'eterogeneità degli studi che hanno trattato i simbiotici non consente di fornire prove conclusive a favore degli effetti benefici. In caso di CCI: i probiotici non



			- effetto della terapia sulla frequenza settimanale media di evacuazioni in caso di CCI	sembrano più efficaci del placebo nel migliorare i sintomi mentre migliorano la frequenza settimanale media di evacuazioni. I probiotici sembrano non avere efficacia. I simbiotici sembrano essere più efficaci del placebo (ogni 5 soggetti trattati 1 riporta un beneficio)
Koh CE et al., 2008	Valutare l'efficacia nella pratica clinica del <i>biofeedback</i> ³ per il trattamento della costipazione funzionale da disfunzione del pavimento pelvico in soggetti adulti	- <i>studi inclusi</i> : 7 (RCT); - <i>intervento</i> : <i>biofeedback</i> ; - <i>campione</i> : 413 soggetti adulti con costipazione funzionale da disfunzione del pavimento pelvico	- miglioramento generale dei sintomi; - qualità di vita; - livello di depressione e ansia	Eterogeneità nella metodologia di conduzione e nella qualità degli studi e limitatezza delle dimensioni campionarie. La tecnica del <i>biofeedback</i> può dare sollievo ai sintomi generali della costipazione ma i risultati non sono conclusivi per i limiti esposti sopra. Non è possibile dare un giudizio sull'impatto sulla qualità di vita e sull'ansia e depressione in quanto solo uno studio clinico controllato e randomizzato ha trattato questi esiti
Lee MS et al., 2010	Valutare le prove di efficacia a supporto dell'efficacia nella pratica clinica della moxibustione ⁴ come trattamento per la costipazione	- <i>studi inclusi</i> : 3 (RCT); - <i>intervento</i> : moxibustione; - <i>campione</i> : 256 soggetti adulti con costipazione	- frequenza settimanale di evacuazioni; - punteggio alla Constipation Assessment Scale (CAS)	Numero ridotto e limiti nel rigore metodologico e nelle dimensioni campionarie degli studi inclusi che li espongono a elevato rischio di <i>bias</i> . I risultati suggeriscono un effetto favorevole della moxibustione nel trattamento della costipazione che necessita di conferme con studi ulteriori di elevata qualità in quanto, allo stato attuale, le prove di efficacia sono insufficienti per consigliare l'intervento
Lin LW et al., 2008	Valutare l'efficacia della medicina tradizionale cinese sulla gestione della costipazione	- <i>studi inclusi</i> : 21 (RCT: 18 sull'efficacia di erbe medicinali cinesi, 3 dell'agopuntura); - <i>intervento</i> : medicina tradizionale cinese (erbe medicinali cinesi e agopuntura); - <i>campione</i> : 2.449 soggetti adulti con costipazione	- frequenza di movimenti intestinali; - utilizzo di lassativi; - tasso totale di efficacia del trattamento; - miglioramento nella consistenza delle feci; - tempo di transito intestinale delle feci	Bassa qualità di alcuni studi, variabilità dei <i>pattern</i> di costipazione e degli interventi eseguiti. Le erbe medicinali cinesi e l'agopuntura sembrano avere beneficio sulla gestione della costipazione anche se occorre cautela nel considerare i risultati. Il tasso totale di efficacia del trattamento non è appropriato per sintetizzare le dimensioni dell'effetto terapeutico. Non è chiaro quali erbe siano più efficaci ma sembrano relativamente sicure. Sebbene i risultati siano incoraggianti, le prove di efficacia non sono tali da suggerire il ricorso all'agopuntura per la gestione della costipazione, stanti anche le eterogenee procedure di esecuzione
Miller LE et al., 2013	Determinare l'efficacia della supplementazione con probiotici sul tempo di transito intestinale (TTI)	- <i>studi inclusi</i> : 11 (RCT); - <i>intervento</i> : probiotici; - <i>campione</i> : 464	- tempo di transito: · dei probiotici nel colon; · gastrointestinale;	Eterogeneità nei disegni di studio, nei ceppi di probiotici considerati, nei regimi di dosaggio e nelle caratteristiche di base del cam-



		soggetti adulti con costipazione da lento transito intestinale	<ul style="list-style-type: none"> · oro- anale; · oro- cecale; · complessivo intestinale 	pione. Le dimensioni campionarie limitate pregiudicano la potenza degli studi e la significatività dei risultati ottenuti. Nel complesso, una supplementazione di probiotici di breve durata (10-28 giorni) è in grado di diminuire il tempo di transito intestinale. Gli effetti del trattamento a lungo termine non sono noti; essi sembrano dipendere strettamente dalla presenza o assenza di costipazione, dall'età del soggetto (l'effetto maggiore si ottiene in soggetti con costipazione e di età avanzata) e dal ceppo di probiotico
Mowatt G et al., 2007	Valutare gli effetti della stimolazione del nervo sacrale ⁵ sull'incontinenza fecale e la costipazione in soggetti adulti	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 3; - <i>intervento</i>: stimolazione del nervo sacrale; - <i>campione</i>: soggetti adulti con incontinenza fecale o costipazione 	<ul style="list-style-type: none"> - frequenza media settimanale di: <ul style="list-style-type: none"> · episodi di incontinenza fecale; · movimenti intestinali; - dolore e gonfiore addominale 	Prove di efficacia molto limitate. In soggetti selezionati la stimolazione del nervo sacrale può migliorare la continenza o ridurre i sintomi di costipazione. Occorrono studi clinici controllati randomizzati, con dimensioni campionarie maggiori e di buona qualità per confermare l'efficacia della stimolazione del nervo sacrale
Petticrew M et al., 1999	Valutare l'efficacia dei lassativi per il trattamento della costipazione nei soggetti di età avanzata	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 10 (RCT); - <i>intervento</i>: psillio, fibre, crusca, yogurt, estratto di cascara, boldoglucina, succo di prugne, dioctil sodio solfosuccinato (DSSS), lattilolo, lattulosio; - <i>campione</i>: 367 soggetti adulti con età ≥55 anni trattati per costipazione cronica con lassativi per via orale 	<ul style="list-style-type: none"> - frequenza settimanale di movimenti intestinali; - consistenza delle feci; - miglioramento dei sintomi; - dolore addominale 	Bassa qualità degli studi, dimensioni campionarie ridotte e possibilità di <i>bias</i> di pubblicazione. Vi sono alcune prove che dimostrano l'efficacia dei lassativi (aumento della frequenza settimanale di movimenti intestinali, aumento della consistenza delle feci, miglioramento dei sintomi, diminuzione del dolore addominale) provenienti da studi che per lo più hanno indagato contesti quali ospedali o case di riposo. Il significato clinico dei miglioramenti ottenuti e l'impatto sulla qualità di vita dei soggetti non sono noti; non vi sono ancora buone prove di efficacia a supporto del trattamento della costipazione cronica con lassativi in soggetti di età avanzata, ovvero i principali fruitori di tali agenti farmacologici
Ramkumar D et al., 2005	Valutare le prove disponibili in merito all'efficacia e alla sicurezza delle terapie mediche in soggetti adulti con costipazione cronica	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 49; - <i>intervento</i>: soluzione elettrolitica di polietilenglicole, tegaserod⁶, lattulosio, idrossido di magnesio, bisacodile, dorganex, sodio picosolfato (SPS), psillio, fibre, calcio policarbonato (CPC), metilcellulosa, 	<ul style="list-style-type: none"> - efficacia (frequenza delle evacuazioni); - consistenza delle feci e sicurezza delle terapie mediche per il trattamento della costipazione cronica (occorrenza di effetti collaterali) 	Scarsità di studi clinici controllati e randomizzati con gruppo di controllo trattato con placebo che limita il giudizio sull'efficacia del trattamento. La definizione di costipazione è eterogenea. La soluzione elettrolitica di polietilenglicole è efficace, anche rispetto al lattulosio, sebbene più costosa; il tegaserod è anch'esso efficace. Le prove di efficacia a sup-



		<p>cisapride⁶, colchicina, misoprostolo, dioctil sodio solfosuccinato (DSSS);</p> <p>- <i>campione</i>: soggetti adulti con costipazione cronica</p>		<p>porto dell'uso degli altri agenti sono deboli o assenti</p>
Tramonte SM et al., 1997	<p>Valutare se la terapia con lassativi o fibre migliora i sintomi e aumenta la frequenza dei movimenti intestinali nei soggetti adulti con costipazione cronica</p>	<p>- <i>studi inclusi</i>: 36 (RCT);</p> <p>- <i>intervento</i>: lassativi o dieta a base di fibre;</p> <p>- <i>campione</i>: 1.815 soggetti adulti con costipazione cronica</p>	<p>- frequenza media settimanale di movimenti intestinali;</p> <p>- miglioramento generale dei sintomi;</p> <p>- consistenza delle feci;</p> <p>- diminuzione del dolore addominale</p>	<p>Limitatezza dei dati a supporto dell'efficacia dell'uso di lassativi o fibre (studi di breve durata, limiti metodologici, dimensioni del campione ridotte, carenza di esiti globali e clinicamente rilevanti).</p> <p>Rispetto al placebo i lassativi e le fibre aumentano la frequenza dei movimenti intestinali ma non è accertata la superiorità dei primi sulle seconde e viceversa. I dati sul miglioramento generale dei sintomi sono inconclusivi. Le fibre aumentano la consistenza delle feci e riducono il dolore addominale (dati non significativi). L'uso di lassativi o fibre è ragionevole se lo scopo principale è l'aumento della frequenza dei movimenti intestinali, l'aumento della consistenza delle feci e la diminuzione del dolore addominale</p>
Woodward S et al., 2014	<p>Determinare l'efficacia e la sicurezza del <i>biofeedback</i> per il trattamento di soggetti adulti con costipazione cronica idiopatica (funzionale)</p>	<p>- <i>studi inclusi</i>: 17;</p> <p>- <i>intervento</i>: <i>biofeedback</i>;</p> <p>- <i>campione</i>: 931 soggetti adulti con costipazione cronica idiopatica</p>	<p>- miglioramento globale o clinico della costipazione;</p> <p>- miglioramento della qualità di vita;</p> <p>- occorrenza di effetti avversi</p>	<p>Scarsa qualità metodologica ed elevato rischio di <i>bias</i>. Le prove per trarre conclusioni definitive sull'efficacia e sulla sicurezza del <i>biofeedback</i> sono insufficienti. Occorrono studi meglio condotti, con ampia dimensione campionaria, maggiore periodo di <i>follow-up</i>, esiti validati e misure di esito centrate sui soggetti</p>
Yang LH et al., 2014	<p>Valutare l'evidenza clinica dell'auriculoterapia⁷ per il trattamento della costipazione</p>	<p>- <i>studi inclusi</i>: 17 (RCT);</p> <p>- <i>intervento</i>: auriculoterapia;</p> <p>- <i>campione</i>: soggetti adulti con costipazione</p>	<p>- tasso di miglioramento;</p> <p>- tasso di efficacia complessiva della condizione di costipazione;</p> <p>- distensione addominale;</p> <p>- anoressia</p>	<p>Moderato ma significativo effetto positivo dell'auriculoterapia sulla gestione della costipazione; non c'è un significativo effetto sulla distensione addominale e sull'anoressia. Le prove di efficacia attuali sono a favore dell'auriculoterapia come strategia sicura ed efficace per la gestione della costipazione. Occorrono conferme definitive con altri studi (gli studi clinici controllati e randomizzati sono a elevato rischio di <i>bias</i> e condotti in Cina)</p>



Zhang T et al., 2013	Determinare se la terapia con agopuntura è efficace e sicura per alleviare la costipazione cronica e migliorare la qualità di vita	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 15 (RCT); - <i>intervento</i>: agopuntura; - <i>campione</i>: 1.256 soggetti adulti con costipazione cronica 	<ul style="list-style-type: none"> - frequenza settimanale di movimenti intestinali spontanei; - tempo di transito intestinale; - tasso di efficacia del trattamento; - differenza di punteggio nel Cleveland Clinic Score (CCS); - differenza di punteggio nel Patient Assessment of Constipation Quality of Life (PAC-QOL) 	Elevata qualità degli studi ma ridotte dimensioni campionarie con conseguente impatto sulla potenza degli studi. Possibile sovrastima degli effetti nel gruppo di trattamento. Eterogeneità della tipologia di trattamento e delle misure di esito. Le prove di efficacia disponibili suggeriscono che la terapia con agopuntura può essere efficace ed è sicura per il trattamento di soggetti adulti con costipazione cronica. E' possibile aumentare la frequenza settimanale dei movimenti intestinali spontanei, migliorare la qualità di vita e controllare l'effetto dei principali sintomi di costipazione. Occorrono conferme ai risultati tramite studi multicentrici ad ampie dimensioni campionarie
----------------------	--	--	---	---

SCI: sindrome del colon irritabile

CCI: costipazione cronica idiopatica

RCT: randomized controlled trial o studio controllato e randomizzato

¹ probiotici (per esempio, fermenti lattici): microrganismi viventi che esercitano un effetto positivo sulla salute dell'ospite con il risultato di rafforzare l'ecosistema intestinale;

² prebiotici (per esempio, carboidrati non solubili): sostanze non digeribili di alcuni alimenti che stimolano l'azione benefica sull'ospite promuovendo la crescita di una o più specie batteriche considerate utili per l'uomo; simbiotici: combinazione di probiotici e prebiotici;

³ *biofeedback*: tecnica riabilitativa del pavimento pelvico che punta a un'educazione completa del soggetto che comprende esercizi muscolari specifici: ginnastica dello sfintere anale, elettroterapia e una serie di stimoli per migliorare la sensibilità del retto;

⁴ moxibustione: riscaldamento di aree cutanee sovrastanti punti di agopuntura o percorsi energetici al fine di ottenere la risoluzione di un evento patologico;

⁵ stimolazione del nervo sacrale: avviene tramite l'impianto di uno stimolatore sottocutaneo programmabile che offre una stimolazione elettrica a bassa ampiezza tramite un cavo al nervo sacrale, solitamente accessibile tramite il forame S3;

⁶ il tegaserod e la cisapride sono stati successivamente ritirati dal mercato dalla Food and Drug Administration (FDA) per l'occorrenza di importanti effetti avversi;

⁷ auriculoterapia: riflessoterapia che si basa sull'idea che il corpo umano sia rappresentato nel padiglione auricolare; per corrispondenza, un punto trovato come patologico nel padiglione starebbe a significare che un organo, una funzione o un distretto corporeo ha una patologia o una disfunzione

CONTRIBUTI

Prevenzione e ruolo infermieristico nelle vap (ventilator associated pneumonia): analisi della letteratura

di Elena Cristofori (1), Vincenzo Falace (2)

(1) Coordinatore didattico 1° anno CdL in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

(2) Infermiere U.O. Neurologia e Stroke Unit, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Corrispondenza: elena.cristofori@rm.unicatt.it

Introduzione

La VAP (*ventilator-associated pneumonia*) è definita come una polmonite che compare in un paziente connesso a ventilatore meccanico da almeno 48 ore. In base al tempo d'insorgenza vengono distinte in *early onset* VAP, acquisite soprattutto in seguito alla manovre di intubazione, e in *late onset* VAP a causa della persistenza stessa del tubo endotracheale (Antonelli e Conti et al., 2012).

L'impatto del fenomeno sulla durata della ventilazione, sulla degenza ospedaliera nelle terapie intensive e sui costi complessivi del ricovero fa sì che la prevenzione acquisti un ruolo centrale nell'impostazione di una adeguata strategia, oltre alla necessità di adottare protocolli e programmi di controllo delle infezioni (Hu e Tao et al., 2013).

Analisi della letteratura

Per identificare strategie preventive basate sull'evidenza e i protagonisti della prevenzione focalizzandosi sul ruolo dell'infermiere è stata consultata la banca dati PUBMED e selezionata una serie di studi. Per condurre una ricerca mirata della letteratura sono stati formulati i seguenti quesiti:

1. Quali strategie, *evidence-based*, per prevenire le VAP? La prevenzione può influire positivamente sull'incidenza delle polmoniti da ventilatore?
2. Qual è il ruolo dell'infermiere nella prevenzione? Se l'infermiere è un partecipante attivo nella prevenzione, allora egli opera da solo o in collaborazione?

Da qui, la formulazione del PICO per finalizzare la selezione degli studi e la loro successiva valutazione:

P: pazienti ventilati meccanicamente;

I: prevenzione delle VAP → strategie di prevenzione delle VAP;

C: pazienti sottoposti alla sola terapia antibiotica empirica in caso di sospetta VAP;

O: diminuzione dell'incidenza delle VAP, aumento della qualità dell'assistenza e *patient safety*.

La strategia di ricerca si è basata sulla diversa combinazione delle *keywords* utilizzate in sei diverse stringhe di ricerca. La ricerca ha fornito 1743 documenti: per essere considerati, gli articoli dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione e di esclusione:

- anno di pubblicazione dal 2009 al 2013; sperimentazioni, studi osservazionali, revisioni della letteratura e meta-analisi, studi quasi sperimentali; setting: terapia intensiva (polivalente o specifica) o rianimazione per adulti.

Sono stati esclusi:

- documenti poco o molto specifici rispetto alle domande di ricerca; studi condotti in altri ambiti ospedalieri o extra-ospedaliero; documenti in lingua non inglese o non aventi abstract.

I lavori selezionati sono stati 890: la revisione dei titoli ha consentito di selezionarne 142 successivamente sottoposti a un'ulteriore selezione che ha portato alla eliminazione dei duplicati (38 lavori). Gli articoli così rimasti, 104, sono stati valutati attraverso la lettura dell'abstract che ha permesso di selezionarne complessivamente 22.

La lettura integrale di ciascun articolo selezionato ha subito sistematizzazione delle informazioni mediante una tabella di estrazione di dati. I campi scelti sono stati: autore e data di pubblicazione, contesto/setting (unità, ospedale, Paese), disegno di ricerca, concetti emergenti. I dati così sistematizzati hanno favorito una visione riassuntiva e globale delle informazioni circa le strategie di prevenzione e il ruolo dell'infermiere, la comparazione dei risultati e la guida alla soluzione delle domande di ricerca.

In particolare si è evidenziato il ruolo fondamentale della prevenzione e le principali strategie *evidence-based* stressando il concetto di interdisciplinarietà.

Nello specifico per quanto riguarda la prima domanda è emerso che l'adozione di misure preventive generali (quali il lavaggio delle mani e utilizzo dei guanti), l'adozione di *bundle* assistenziali ha un impatto favorevole all'abbattimento dell'incidenza delle VAP, con un miglioramento degli *outcome* del paziente, diminuzione della degenza nelle terapie intensive e una riduzione dei costi, oltre al miglioramento intrinseco della qualità dell'assistenza.

La risposta alla seconda domanda declina la specifica competenza infermieristica in attività che risultano cruciali per gli aspetti preventivi quali: la gestione del circuito della ventilazione, il controllo della nutrizione enterale e la tipologia di presidio utilizzato, la corretta esecuzione dell'igiene del cavo orale, il corretto posizionamento del paziente, il controllo della pressione della cuffia del tubo endotracheale. Gli autori concordano sul fatto che la prevenzione debba essere gestita e garantita da un team multidisciplinare, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e *la patient safety*.

La prevenzione, i bundle assistenziali e le strategie preventive *evidence-based*, si basano sull'applicazione di:

1. Misure generali. Comprendono le precauzioni standard quali programmi di educazione del *team*, decontaminazione delle mani (lavaggio delle mani con acqua e sapone o frizione alcolica), uso di presidi barriera (guanti, camici) e attuazione di protocolli di sorveglianza microbiologica (Maselli, Restrepo, 2011).
2. Early Extubation. La valutazione della possibile estubazione e l'interruzione quotidiana della sedazione fanno parte del *bundle* di prevenzione dell'*Institute of Healthcare Improvement* (IHI). Le ricerche indicano che l'attuazione di un protocollo "sveglia e respira" *esita* in migliori *outcome* dei pazienti intubati, rispetto agli approcci standard (Sedwick e Lance-Smith et al., 2012). Infermieri e terapisti del respiro, oltre ad essere i protagonisti dell'attuazione del protocollo, assumono anche il ruolo di promotori, aderendone fermamente (Sedwick e Lance-Smith et al., 2012).

3. Prevenzione delle aspirazioni. L'uso della posizione semiseduta (o *backrest elevation*) è la misura più importante da attuare nelle prime ore della ventilazione meccanica. La mortalità nelle terapie intensive è più elevata per i pazienti in posizione supina (30,2%), rispetto a quella in posizione semiseduta (8,9%) (Grap e Munro et al., 2012). Sedwick et al., evidenziano che i pazienti che trascorrono la maggior parte del tempo in una posizione <30°, unita alla severità della malattia, hanno un aumentato rischio di sviluppare una polmonite. Nello specifico, i pazienti ai quali tale posizione giova di più, sono quelli sottoposti a nutrizione enterale dato che, rispetto alla posizione supina, il reflusso gastrico e la conseguente aspirazione di contenuti gastrici possono essere prevenuti (Maselli, Restrepo, 2011). La microaspirazione può essere dovuta alla presenza di sonde oro/nasogastriche utilizzate per la nutrizione enterale (Nseir e Zerimech et al., 2011). Nella revisione sistematica condotta da Chen (2009) si evidenzia in luce che la nutrizione intermittente non influenza il tasso di colonizzazione delle vie aeree.
4. Manipolazione non necessaria del circuito. Maselli et al., riportano come frequenti cambiamenti e manipolazioni del circuito possano favorire l'insorgenza di polmoniti, dovuta alla facilitata contaminazione del circuito o dislocazione di fluidi condensati verso le vie aeree. La meta-analisi condotta da Han et al., mostra che chi riceve un cambio del circuito ogni 2 giorni rispetto a una sostituzione ogni 7 giorni, ha un rischio maggiore di sviluppare le VAP (OR 1,928, 95% CI 1,080-3,443); inoltre comparando un cambio del circuito non di routine con un cambio a intervalli di 2 o 7 giorni, si ottiene un OR 1,126 (0,793-1,599). Vi è quindi una minore tendenza a sviluppare polmonite quando il circuito è cambiato a intervalli estesi, oltre a comportare un minor dispendio economico. Auxiliadora-Martins et al., in uno studio prospettico, si soffermano sul ruolo degli scambiatori di calore e umidità (HME) concludendo che non riducono l'incidenza delle VAP, la durata della ventilazione e la degenza in terapia intensiva.
5. Microaspirazione delle secrezioni subglottiche. Si verifica quando vi è una migrazione distale dei microorganismi presenti sopra la cuffia del tubo endotracheale (Fernandez e Levine et al., 2012), è il meccanismo più importante per lo sviluppo delle VAP (Maselli, Restrepo, 2011) che può verificarsi anche quando il valore della pressione della cuffia è al di sopra dei 20mmHg (Maselli, Restrepo, 2011). L'aspirazione delle secrezioni subglottiche è fortemente raccomandata per ridurre il rischio di VAP del 49%, sebbene non vi siano differenze per quanto riguarda la mortalità (Grap e Munro et al., 2012). Nonostante questi benefici, alcuni autori (Fernandez, Levine, 2012) stanno studiando le possibili conseguenze dovute all'applicazione di tale metodica, come la formazione di lesioni tracheali o l'arresto della suzione che si manifestano in circa 1/3 dei pazienti. Un metodo alternativo può essere l'aspirazione orale continua delle secrezioni (COS). Chow et al., (2012), ne valutano l'efficacia in uno studio i cui risultati mostrano riduzione di tempi di ventilazione e di incidenza delle VAP e sottolineano il valore del personale infermieristico nell'igiene orale del paziente.

6. Oral care. Cinque articoli evidenziano l'enorme importanza della decontaminazione orale come metodo di prevenzione delle VAP. Tre articoli indicano la clorexidina a concentrazione 0,12% efficace nell'eliminazione di patogeni potenzialmente correlati allo sviluppo delle VAP, soprattutto gram-negativi. Nella meta-analisi di Zhang et al., è emerso che la clorexidina influisce positivamente sull'incidenza delle VAP (relative risk 0,59, $p < 0,00001$) e vengono sottolineati anche gli effetti benefici della clorexidina allo 0,12% (RR 0,53, $p < 0,00001$) rispetto a quella a concentrazione al 2% (RR 0,55, $p < 0,002$) raccomandandone l'uso nelle terapie intensive.
7. Prevenzione della formazione del biofilm. La colonizzazione della cuffia del tubo, conseguente alla contaminazione delle secrezioni orofaringee o per reflussi gastrici (Fernandez, Levine, 2012), può portare alla formazione del biofilm, impedendo l'entrata di agenti anti microbici (Maselli, Restrepo, 2011). Tre studi sottolineano l'importanza dell'utilizzo di un tubo endotracheale rivestito con argento. Nella revisione di Grap et al., è emerso che nei pazienti aventi il tubo rivestito in argento il tasso microbiologico è più basso rispetto ai pazienti con tubo normale (4,8% CI 3,4-6,6 vs 7,5% CI 5,7-9,7%), tuttavia questo non incide statisticamente sulla durata dell'intubazione, delle degenze in terapia intensiva e ospedaliera, e sulla frequenza o severità di effetti avversi. È importante notare come nonostante il costo di un tubo endotracheale rivestito in argento rispetto ad uno normale sia elevato (90\$ vs 2\$), il risparmio dei costi per caso di VAP sia pari a 12.840\$ (Fernandez e Levine et al., 2012).

Conclusioni

Le VAP sono conseguenza della ventilazione (Chow e Kwok et al., 2012) e la prevenzione può migliorare la *patient safety* nelle terapie intensive (Fernandez e Levine et al., 2012). Le strategie di prevenzione, individuate in letteratura come problemi collaborativi, comprendono l'applicazione di bundle di prevenzione quali: elevazione della testiera del letto tra i 30-45°, quotidiana igiene del cavo orale con clorexidina 0,12%, interruzione quotidiana della sedazione e valutazione del respiro, profilassi per l'ulcera da stress e per la trombosi venosa profonda. Oltre al *bundle* è raccomandato il rispetto di norme e misure igieniche generali, di evitare manipolazione non necessarie del circuito respiratorio, di cambiare il circuito solo quando ostruito o visibilmente sporco, di monitorare frequentemente la pressione di insufflazione della cuffia e usare nuovi presidi che prevengono le microaspirazioni e la formazione del biofilm. Dalla complessità degli aspetti preventivi è evidente che il team multidisciplinare è responsabile dell'implementazione di programmi preventivi basati sulle prove di efficacia.

BIBLIOGRAFIA

- Antonelli M, Conti G, Ranieri VM (2012) Ventilazione meccanica invasiva e non invasiva. Milano: Elsevier.
- Auxiliadora-Martins M, Meneguetti MG, Nicolini EA, Alkmim-teixeira GC, Bellissimo-Rodrigues F, Martins-Filho OA, Basile-Filho A, (2012) Effect of heat and moisture exchangers on the prevention of ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 45(12), 1295-1300.
- Chen Y, (2009) Critical Analysis of the Factors Associated with Enteral Feeding in Preventing VAP: A Systematic Review. J Chin Med Assoc, 72(4), 171-178.
- Chow MCM, Kwok S, Luk H, Law JWH, Leung BPK, (2012) Effect of continuous oral suctioning on the development of ventilator-associated pneumonia: A pilot randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 49, 1333-1341.
- Fernandez JF, Levine SM, Restrepo MI, (2012) Technologic advances in endotracheal tubes for prevention of ventilator-associated pneumonia. Chest, 142(1), 231-238.

- Frost SA, Azeem A, Alexandrou E, Tam E, Murphy JK, Hunt L, O'Regan W, Hillman KM, (2013) subglottic secretion drainage for preventing ventilator associated pneumonia: A meta-analysis. *Australian Critical Care*, 26, 180-188.
- Grap MJ, Munro CL, Unoki T, Hamilton VA, Ward KR, (2012) Ventilator-associated pneumonia: the potential critical role of emergency medicine in prevention. *The Journal of Emergency Medicine*, 42(3), 353-362.
- Han J, Liu Y, (2010) Effect of ventilator circuit changes on ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory Care*, 55(4), 467-474.
- Hu B, Tao L, Rosental VD, Liu K, Yun Y, Suo Y, Gao X, Li R, Su D, Wang H, Hao C, Pan W, Saunders CL, (2013) Device-associated infection rates, device use, length of stay, and mortality in intensive care units of 4 Chinese hospitals: International Nosocomial Control Consortium findings. *American Journal of Infection Control*, 41, 301-306.
- Maselli DJ, Restrepo MI, (2011) Strategies in the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 5(2), 131-141.
- Mietto C, Pinciroli R, Patel N, Berra L, (2013) Ventilator Associated Pneumonia: Evolving Definitions and Preventive Strategies. *Respiratory Care*, 58(6), 990-1007.
- Nseir S, Zerimech F, Fournier C, Lubret R, Ramon P, Durocher A, Balduyck M, (2011) Continuous control of tracheal cuff pressure and microaspiration of gastric contents in critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 184, 1041-1047.
- Rutkowska K, Przybyla M, Misiolek H, (2013) Healthcare-associated infections in a newly opened intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 45(2), 62-66.
- Sedwick MB, Lance-Smith M, Reeder SJ, Nardi J, (2012) Using evidence-based practice to prevent ventilator-associated pneumonia. *Critical Care Nurse*, 32(4), 41-51.
- Zhang TT, Tang S, Fu L, (2013) The effectiveness of different concentrations of chlorhexidine for prevention of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1461-1475.



CONTRIBUTI

Come garantire un sonno efficace in ospedale senza l'uso di farmaci, quale ruolo per l'infermiere?

di **Martina Piazza**

Infermiera, Queen's Hospital, Burton on Trent, Staffordshire, UK

Corrispondenza: martina.piazza17@outlook.it

Introduzione

Il sonno rappresenta una funzione biologica che mantiene l'omeostasi dell'intero organismo. La deprivazione del sonno può determinare quindi serie conseguenze a livello immunitario, cardiovascolare, metabolico e cognitivo. A essere compromessa è l'immunità del soggetto: aumenta la suscettibilità alle infezioni e si ha una ritardata riparazione dei tessuti a causa di un persistente stato di infiammazione per l'iper-produzione di citochine pro-infiammatorie e conseguente incremento di ormoni glucorticoidi in circolo (Tembo et al., 2009).

Ancora, si può verificare ipertensione notturna, vasocostrizione sistemica e crescente rischio di sviluppare aritmie (causati dall'iper-stimolazione del Sistema Nervoso Simpatico) parallelamente ad una minore reattività alle condizioni di ipercapnia e ipossia (Pilkington et al., 2013).

Si riduce inoltre la tolleranza ai carboidrati (fattore di rischio per l'instaurarsi di insulino-resistenza) (Pilkington et al., 2013) e si altera la concentrazione degli ormoni dell'appetito (leptina e grelina) (Fotis Kapsimalis et al., 2008).

Infine, cala l'attività cerebrale con il declino della performance cognitiva (Pilkington et al., 2013), l'aumento dell'incidenza di delirium (Khane et al., 2007) e la minore tolleranza al dolore (Watson et al., 2012).

A rischiare le conseguenze della deprivazione del sonno sono i soggetti ospedalizzati, la cui condizione clinica è già compromessa in partenza: ne sono un esempio, i pazienti della terapia intensiva nei quali anche un minimo peggioramento provocato da un alterato modello di sonno (ad esempio calo della funzione immunitaria o ritardo nella riparazione dei tessuti) può fare la differenza.

Gli effetti della deprivazione del sonno sullo stato di salute sono ancora poco conosciuti da molti operatori sanitari e conseguentemente l'entità del fenomeno spesso sottovalutata nonostante lo stesso sia oggi molto diffuso (Hoey et al., 2014).

Molti operatori sanitari ricorrono in prima istanza all'uso dei farmaci ipnotici pur non essendo consapevoli dei numerosi effetti collaterali che si possono avere (tra cui una diminuzione degli stadi REM e NREM ad onde lente, considerati quelli più ristorativi del sonno). A determinare la preferenza per la terapia farmacologica è spesso l'erronea convinzione della loro efficacia e velocità di azione e la scarsa conoscenza di interventi alternativi (Watson et al., 2012).

Per assicurare una buona qualità del sonno ai pazienti ospedalizzati dovrebbero essere preferite, se possibile, strategie alternative ai farmaci nella cui applicazione l'infermiere assume un ruolo determinante.

Analisi della letteratura

Per individuare i principali interventi non farmacologici che l'infermiere può attuare per migliorare la quantità e la qualità del sonno nei pazienti adulti ricoverati in ospedale, con disturbi acuti del sonno sono stati analizzati gli articoli pubblicati dal 2004 al 2014 in lingua inglese, francese o italiana con full free text. Nello specifico sono stati considerati gli studi effettuati su pazienti sottoposti ai seguenti trattamenti non farmacologici: aromaterapia, musicoterapia, uso di maschere facciali e tappi auricolari, controllo degli stimoli ambientali e programmi per l'igiene del sonno.

Sono state escluse le ricerche che includessero nel campione di popolazione pazienti ipovedenti o con ipoacusia (per non alterare l'efficacia dell'eventuale trattamento con tappi e maschere) o con patologie psichiatriche accertate (per garantire che l'eventuale compilazione dei questionari sul sonno fosse possibile).

Le stringhe di ricerca sono state composte con numerose parole chiave e combinazioni non troppo specifiche per evitare la perdita di testi utili, data la vastità del fenomeno analizzato. I termini usati sono stati i seguenti: Sleep, disruption, deprivation, disorders, promotion, nursing, hospital, hospitalized, intensive care unit, patients, music therapy, aromatherapy, noise, light, back massage, earplugs, sleep hygiene, non pharmacological, interventions, strategies.

La ricerca è stata condotta sulle banche dati di Cochrane, Cinahl, Pubmed e Proquest. I documenti individuati sono stati 28 ma solo 19 sono stati reperiti con full text e successivamente analizzati criticamente con le schede STROBE (studi osservazionali), CONSORT (RCT), PRISMA (revisioni), AGREE (linee guida). Dei 19 documenti selezionati 5 erano studi quasi sperimentali, 7 RCT, 2 implementazioni di linee guida, 2 revisioni sistematiche, 1 studio osservazionale e 2 di coorte; 13 di questi erano stati effettuati in reparti intensivi, 6, invece, in degenza ordinaria.

Gli studi reperiti sono stati raggruppati per tipologia di intervento mentre le due revisioni sistematiche sono state considerate a parte (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Sintesi dei risultati		
Interventi non farmacologici proposti	Contesto operativo	
	Terapia intensiva (n=13)	Degenza ordinaria (n=6)
Programmi multipli di interventi	Patel (2014); Kamdar (2013); Elliott (2014); Shu-Yen Li(2011)	LaReau (2008); Robinson(2005); Gardner(2009)
Tappi auricolari maschere facciali	Rong-fang Hu (2010); Jones (2012); Le Guen (2014); Richardson(2007); Scotto (2009)	
Musicoterapia	Min-Jung Ryu (2011); Chiu Ping Su (2012)	
Aromaterapia	Hajibagheri (2014)	Lytle (2014)
Gestione stimoli ambientali	Waye (2013)	
Revisioni sistematiche		Hellstrom(2011); Tamrat(2013)

L'analisi dei documenti selezionati ha permesso di evidenziare numerosi interventi attuabili dall'infermiere. Essi si possono raggruppare in tecniche di rilassamento, interventi per la gestione ambientale e per la promozione dell'igiene del sonno (Tamrat et al., 2013).

I programmi multipli di intervento non risultano altro che una combinazione di questi provvedimenti. Tutti gli interventi proposti sono potenzialmente attuabili sia in un contesto critico come la terapia intensiva, sia in un reparto di degenza ordinaria.

Fra le tecniche di rilassamento, la musicoterapia è risultata utile ma i dati non sono generalizzabili poiché sono da attribuirsi ad uno specifico tipo di musica testato su campioni ristretti (Min-Jung Ryu et al., 2011; Chiu-Ping Su et al., 2012). Specialmente in area intensiva, in cui i pazienti, parzialmente o totalmente sedati, richiedono stimolazione, seppur cauta, ci si potrebbe servire di dispositivi personali di riproduzione musicale (attraverso cuffie) o di alcuni cd player da posizionare nelle stanze per riprodurre musica rilassante la sera (ad esempio dalle ore 22:00 alle ore 23:00).

Chiu-Ping su et al., (2012) hanno dimostrato che essa ha contribuito a ridurre lo stadio 2 e aumentare lo stadio 3 (quello più ristorativo) del sonno NREM nelle prime due ore e ha parallelamente abbassato la frequenza cardiaca dei pazienti coinvolti.

L'aromaterapia invece, è stata testata ponendo un panno imbevuto di essenza di rosa oppure di olio di lavanda in un contenitore di vetro, accanto all'unità del paziente durante la notte (Hajibagheri et al., 2014; Lytle J. 2014) ma non è risultata significativamente efficace poiché difficilmente applicabile in ospedale.

L'uso di maschere facciali e tappi auricolari concomitante ad una serie di altri interventi (applicati nei programmi multipli di intervento) sono da ritenersi potenzialmente utili, anche se dagli studi reperiti non è possibile ammettere che siano statisticamente efficaci per la bassa qualità delle evidenze e la grande eterogeneità dei metodi di valutazione degli outcomes che rendono tali ricerche difficilmente confrontabili.

Per limitare l'inquinamento acustico e luminoso si rendono indispensabili alcune azioni attuate da Patel et al., (2014), Kamdar et al., (2013), Elliot et al., (2014), Shu-Yen Li et al., (2011), La Reau et al., (2008) e Robinson et al., (2005). Fra questi vi sono: la chiusura delle porte e spegnimento delle luci di reparto ad un'ora prestabilita (ad esempio a partire dalle ore 23:00), la riduzione del volume degli allarmi delle apparecchiature mediche e delle suonerie dei telefoni di reparto, la risposta agli allarmi entro un minuto, la prevenzione della fine infusione di un fluido somministrato tramite pompa sostituendolo leggermente prima del termine, l'abbassamento del tono di voce tra membri dello staff, l'uso di scarpe con soles in gomma e l'esecuzione di procedure infermieristiche non urgenti al mattino (es. prelievi ematici dopo le 5:00).

Per promuovere un'adeguata igiene del sonno sarebbe efficace assicurare l'igiene personale e il rifacimento del letto prima di coricarsi, mantenere costante l'ora del risveglio, orientare sempre la persona circa l'ora, la data il luogo (almeno ad ogni turno), favorire la normale ritmicità circadiana prediligendo la luce naturale di giorno e quella artificiale di notte, gestire il dolore, cercare di mantenere (per quello che è possibile in un ambiente di cura) le normali abitudini che il paziente ha prima di andare a dormire (es. fornire bevande calde, spuntini serali, incentivare la lettura ecc.).

Inoltre, potrebbe risultare utile da un lato, limitare il numero di riposini diurni (per non avere ripercussioni sulle ore di sonno notturno) dall'altro, stabilire un "periodo di riposo" (es. dalle h 14:00 alle 15:30) in cui si limitino le visite da parte dei familiari o l'esecuzione di interventi infermieristici per permettere al paziente un po' di riposo durante la giornata (Gardner et al., 2008).

Secondo la revisione sistematica di Tamrat et al., (2013), in cui sono stati selezionati 13 studi, le tecniche di rilassamento come musicoterapia e aromaterapia incidono sulla qualità del sonno per il 0-38%, la gestione della luce in reparto per il 7-18% e la promozione dell'igiene del sonno con azioni comportamentali (controllo del rumore e delle interruzioni iatrogene) per il 5% sulla quantità di sonno totale.

I 9 studi revisionati invece da Hellstrom et al., (2011) hanno evidenziato che il massaggio, la musicoterapia (con riproduzione di suoni della natura) e l'agopuntura (in questa analisi non considerata fra gli interventi infermieristici) sono efficaci nella pratica clinica, diversamente dai protocolli multipli di interventi che costituiscono solo un punto di partenza per ulteriori ricerche.

La somministrazione di farmaci sedativi, come benzodiazepine o propofol, è da considerarsi come ultimo rimedio ai disordini del sonno: nonostante essi abbiano un effetto ipnoinducente. La qualità del sonno che inducono, benché simile a quello naturale, non può avere gli stessi benefici: ad esempio, la sedazione non è reversibile agli stimoli esterni (come diversamente è per definizione il sonno) e non segue la ritmicità circadiana e il ciclico proseguirsi degli stadi del sonno; ecco perché tali sostanze possono costituire un importante fattore di rischio per l'insorgenza di delirium (Watson et al., 2012).

Conclusioni

Anche se l'analisi condotta non permette di estrapolare conclusioni generali sull'efficacia di questi metodi per la grande eterogeneità degli studi, il lavoro va inteso come spunto di riflessione intorno al ruolo che l'infermiere ha per gestire e trattare i disturbi del sonno in ospedale.

I lavori analizzati si diversificano per disegno di studio, contesto e popolazione, tecniche di misurazione della qualità e della quantità del sonno e tipo di intervento studiato.

Quelli con una alta qualità metodologica sono insufficienti per poter ritenere generalizzabili i risultati in termini di efficacia degli interventi. In attesa di studi più rigorosi e condotti su campioni più ampi di popolazione è necessario sensibilizzare il personale a valutare sistematicamente il bisogno di sonno, a personalizzare l'assistenza del paziente e ad assecondare nel limite del possibile le sue abitudini, essendo il sonno un'esperienza altamente soggettiva ed estremamente legata al contesto in cui ci si ritrova.

Sono numerosi interventi, facilmente attuabili ed estremamente economici (come prestare una maggiore attenzione a luci e rumori in reparto) che l'infermiere in collaborazione con gli altri professionisti potrebbe metter in atto in ospedale per garantire un efficace modello del sonno (considerato uno degli undici modelli funzionali secondo M. Gordon, 1994) ed impedire un potenziale peggioramento dello stato di salute del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Chiu- Ping Su, Hui- Ling Lai et al (2012) A randomized controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 69 (6), 1221-1439.
- Elliot R, Mckinley S et al (2014) The development of a clinical practice guideline to improve sleep in intensive care patients: a solution focused approach. *Intensive and Critical Care Nursing* (30) 246-256.
- Gardner G, Collins C et al (2009) Creating a therapeutic environment: A randomized controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. *International Journal of Nursing Studies* 46(6), 778-86.
- Hajibagheri A, Babaii A et al (2014) Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients. A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 20(3), 159-63.
- Hellstrom A, Fragerstrom C et al (2011) Promoting sleep by nursing interventions in health care settings: a systematic review. *Worldviews on Evidence-based Nursing* 8 (3), 128-142.
- Hoey L, Fulbrook P, Douglas J (2014) Sleep assesment of hospitalised patients: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* (51) (9), 1281-1288.
- Jones C, Dawson D (2012) Eye masks and earplugs improve patient's perception of sleep. *Nursing in critical care* 17 (5), 247-54.
- Kamdar B, King L et al (2013) The effect of a quality improvement intervention on perceived Sleep Quality and Cognition in a Medical ICU. *Critical Care Medicine* (41) (3), 800-809.
- Kapsimalis F, Basta M et al (2008) Cytokines and pathological sleep. *Sleep Medicine* (9) (6), 603-614.
- Khan-Greene E, Killgore D (2007) The effects of sleep deprivation on symptoms of pscopathology in healthy adults. *Sleep Medicine* (8) (33), 215-21.
- Krystal A, Edinger J (2008) Measuring sleep quality. *Sleep Medicine* (9) (1), 10-17.

- LaReau R, Benson L et al (2008) Examining the feasibility of implementing specific nursing interventions to promote sleep in hospitalized elderly patients. *Geriatric Nursing* 29 (3), 197-206.
- Le Guen M, Nicolas-Robin A et al (2014) Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: a randomized study. *British Journal of Anaesthesia* 112 (1), 89-95.
- Lytle BJ, Mwatha C et al (2014) Effect of lavender aromatherapy on vital signs and perceived quality of sleep in the intermediate care unit: a pilot study. *American Journal of Critical care* 23(1), 24-9.
- Min-Jung Ryu, Jeong Sook Park et al (2011) Effect of sleep-inducing music on sleep in persons with percutaneous transluminal coronary angiography in the cardiac care unit. *Journal of Clinical Nursing* 21 (5-6) 728-735.
- Patel J, Baldwin J et al (2014) The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia* (69), 540-549.
- Piazza M (2014) Quando l'alterazione del sonno compromette la condizione clinica delle persone ricoverate: strategie e interventi infermieristici (Tesi di Laurea in Scienze Infermieristiche) Faenza. Università degli studi di Bologna. Relatore Cortini C Aa 2013-2014.
- Pilkington S (2013) Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nursing Standard* (27) (49), 35-42.
- Richardson A, Allsop M et al (2007) Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *Nursing in Critical Care* 12 (6), 278-286.
- Robinson SB, Weitzel T et al (2005) The S-h-h-h Project: non pharmacological interventions. *Holistic Nursing Practice* 19(6):263-6.
- Rong-fang Hu, Xiao-ying Jiang et al (2010) Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Critical Care* 14 (2): R66.
- Scotto C J, McClusky C et al (2009) Earplugs improve patients' subjective experience of sleep in critical care. *Nursing in Critical Care* 14 (4), 180-184.
- Shu-Yen Li, Wang Tsae-Jyy et al (2011) Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* (20)396-407.
- Tamrat R, Huynh-Le M et al (2014) Non pharmacologic interventions to improve the sleep of hospitalized patients: a systematic review. *Journal of general internal medicine* 29 (5), 788-95.
- Tembo A, Parker V (2009) Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing* (25) (6), 314-322.
- Watson P, Ceriana P, Fanfulla F (2012) Delirium: is sleep important? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* (26) (3), 355-366.
- Wayne KP, Elmenhorst E et al (2013) Improvement of intensive care unit sound environment and analyses of consequences on sleep: an experimental study. *Sleep Medicine* 14 (12) 1334-1340.



CONTRIBUTI

La comunità di pratica della Piastra operatoria: il progetto di un'azienda ospedaliero universitaria dell'Emilia Romagna

di *Annamaria Ferraresi (1)*, *Michele Blasina (2)*

(1) *Responsabile Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento - Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara Azienda USL di Ferrara*

(2) *Infermiere*

Corrispondenza: a.ferraresi@ospfe.it

Knowledge Management e Comunità di pratica

I termini Knowledge sharing e Knowledge Management, rispettivamente “*condivisione delle conoscenze*” e “*gestione delle conoscenze*” sono concetti di crescente interesse dagli anni ‘90 in poi per i loro risvolti in ambito psicologico, sociologico, informatico e organizzativo; nelle realtà lavorative odierne il complesso delle conoscenze che ogni persona possiede diventa un fattore chiave di competitività, innovazione e miglioramento, oltre che un valore aggiunto. Vi è quindi oggi un’ enfasi sul contributo che ogni persona può apportare all’organizzazione e ciò soprattutto all’interno di una realtà in continuo aggiornamento come il mondo sanitario, che sulla condivisione delle conoscenza tra i vari attori al suo interno fonda le sue basi; dalla seconda metà del ‘900 fino ad oggi la comunità scientifica in maniera crescente dialoga e mette in comune informazioni e dati a beneficio della popolazione mondiale e da questo scambio incessante di informazioni nascono le evidenze scientifiche e le nuove scoperte.

La creazione e la condivisione delle conoscenze all’interno di realtà complesse avviene attraverso diverse modalità, una di queste è la Comunità di Pratica (CdP).

La “*comunità di pratica*” è un “insieme organizzato di persone” al cui interno vengono condivise nuove conoscenze e saperi; è fornita di libero accesso e il suo prodotto finale è il miglioramento collettivo (Wenger 2006); l’esempio più eclatante di CdP è quello del Web, dove chiunque può condividere qualcosa e può accedere al complesso delle informazioni.

Attualmente le comunità di pratica vengono organizzate con il supporto informatico, poiché la condivisione e il raggiungimento delle informazioni risultano essere immediate e capillari. Le comunità di pratica si distinguono dagli altri gruppi sociali per le seguenti caratteristiche:

- *Obiettivo*: i membri di una stessa comunità condividono lo stesso obiettivo;
- *Identità centrata sulla pratica*: i membri di una stessa comunità basano la loro identità sulla condivisione delle stesse procedure, lo stesso lavoro e le stesse responsabilità;
- *Modalità di lavoro condivise*: i membri di una comunità di pratica sono interdipendenti e si affidano reciprocamente attraverso regole implicite ed esplicite, ruoli e procedure;

- *Condivisione della conoscenza e apprendimento*: i membri di una comunità di pratica apprendono e imparano condividendo la conoscenza esplicita (es. frequentando lo stesso corso didattico) e implicita (es. lavorando a stretto contatto, conversando, mettendo in comune esperienze).

“Ogni organizzazione è una costellazione di comunità di pratica” (Wenger 2006).

Il concetto di “comunità di pratica in sanità” nasce con l’obiettivo di diffondere e condividere le informazioni inerenti alla pratica e al sapere del mondo sanitario tra le varie professionalità che vi prendono parte; perciò ogni realtà lavorativa sanitaria diviene essa stessa uno spazio condiviso dove mettere in comune conoscenze nell’ottica del raggiungimento dell’eccellenza nella formazione dei professionisti. La criticità maggiore è quella dell’organizzazione di questa Comunità di pratica, poiché manca spesso uno strumento che organizzi e fornisca accessibilità al complesso delle conoscenze (ad esempio un archivio).

Il progetto

Da alcuni anni l’AOU si è dotata di un software per la gestione dei propri corsi di formazione a distanza; trattasi di Moodle, il programma creato per la gestione di corsi online che attualmente viene utilizzato da numerose università italiane (Trieste, Padova, Genova, Roma Tre, Ca’ Foscari, Cagliari).

Moodle è un software Open source e consiste un’interfaccia tra il docente e lo studente; una piattaforma dove poter creare e gestire dei veri e propri corsi e lezioni. Il supporto informatico semplifica i passaggi di materiali studente/studente e studente/docente, permette la somministrazione di verifiche (intermedie, conclusive), questionari (di gradimento, valutativi, pre-test), prove di esame fornendo strumenti di comunicazione e discussione in tempo reale (chat, forum) e una funzione di archiviazione cloud.

Il docente può gestire al 100% un corso a distanza, potendo anche controllare l’affluenza degli studenti alla piattaforma. All’interno della piattaforma possono essere caricati e visualizzati file di svariato tipo, possono essere create pagine wiki, cioè costruite in gruppo. Gli utenti possono così reperire facilmente e velocemente qualsiasi materiale, on demand.

Attraverso il software Moodle è stato creato uno spazio dedicato ai professionisti, che lavorano nella **piastra operatoria**, al cui interno condividere materiali didattici, informazioni, procedure inerenti alle **tecniche chirurgiche** e all’assistenza al paziente che si sottopone a intervento chirurgico, ai dispositivi e ai materiali utilizzati all’interno della piastra operatoria, con il fine ultimo di uniformare le procedure chirurgiche dei professionisti. Inoltre vi sono forum e chat che forniscono agli operatori un’ulteriore possibilità di condivisione delle informazioni in tempo reale.

Il progetto è stato attivato in via sperimentale nel Blocco di Chirurgia Vascolare partendo dai contenuti Infermieristici del corso di Perfezionamento “Assistenza Infermieristica in Sala Operatoria”, con l’obiettivo di estenderlo alle altre specialità e professionalità.

Attualmente nella piattaforma sono state depositate le descrizioni di alcuni dei principali interventi eseguiti nel Blocco di Chirurgia Vascolare: *Aneurisma dell'Aorta Addominale*, *Tromboendarteriectomia della Carotide*, *Bypass Femoro - Popliteo* e una sezione riguardante la *Chirurgia Endovascolare*; questi interventi sono stati divisi nei seguenti macro-argomenti in modo da poter rendere più semplice la consultazione:

- anatomia e cenni di patologia;
- apparecchiature e materiali;
- posizionamento;
- accoglimento e anestesia;
- allestimento dei carrelli e del campo operatorio;
- tempi chirurgici.

Questi contenuti sono visualizzabili direttamente sulla piattaforma oppure scaricabili in formato pdf, power point. Sono stati inoltre prodotti dei video tutorial visualizzabili sempre sulla piattaforma. La gestione di questa piattaforma è affidata esclusivamente ad alcuni tra gli infermieri del Blocco di Chirurgia Vascolare autenticati come "docenti"; i compiti previsti sono il caricamento e l'aggiornamento dei contenuti, la manutenzione della piattaforma stessa, la supervisione nell'utilizzo da parte del neoassunto e dello studente. I restanti professionisti vengono autenticati come "studenti" e possono consultare la piattaforma, utilizzare i forum, la chat ma non modificarne i contenuti.

L'obiettivo del progetto prevede che la comunità di pratica, attraverso la piattaforma Moodle, diventi la sede di tutti gli scambi di informazioni ufficiali e di materiali didattici, il luogo di conservazione e aggiornamento di tutti i protocolli e le procedure aziendali e in ultimo la piattaforma di autoformazione del neoassunto e dello studente in tirocinio.

Ulteriori obiettivi sono l'estensione dell'utilizzo della piattaforma alle altre specialità e professionalità e l'utilizzo di questa per la discussione di proposte, problematiche inerenti alla pratica lavorativa, attraverso l'utilizzo degli strumenti di comunicazione offerti da Moodle.

Criticità

La criticità maggiore che si presenta è quella legata all'utilizzo di tecnologie informatiche: attualmente le competenze informatiche hanno una diffusione non omogenea tra i professionisti della salute pertanto la diffusione di questi strumenti va accompagnata a specifici momenti di formazione all'uso dei software, possibilmente ripetuti nel tempo; può essere determinante l'utilizzo di tutorial nei quali descrivere visivamente e azioni da eseguire.

Conclusioni

Le comunità di pratica stanno diventando una risorsa per il rafforzamento infermieristico e ostetrico in tutto il mondo perché offrono la possibilità di condividere nuove informazioni, evidenze e best practices. Fornendo una piattaforma per lo scambio di informazioni possono venir messi in comune la saggezza della comunità e le esperienze di diverse realtà lavorative. Iniziare a sviluppare vere e proprie comunità di pratica all'interno delle realtà lavorative, con l'obiettivo successivo di estenderle potrebbe essere la base per la creazione di un vero e proprio network nazionale, dove poter dialogare e condividere le proprie conoscenze, migliorando.

"Quando un infermiere si occupa dei suoi pazienti, è attraverso la raccolta di dati e conoscenze che stabilisce di cosa essi necessitano in termini di assistenza.

Nello stesso modo i risultati della ricerca e condivisione della conoscenza forniscono le basi per la presa di decisione in ambito organizzativo, nei confronti di una specifica popolazione di utenti/destinatari.” (Orzano, McInerney, Scharf, Tallia, Crabtree 2008).

BIBLIOGRAFIA

- Alessandrini G., Comunità di pratica e società della conoscenza, Carrocci, Roma, 2007.
- Bellandi G., La conoscenza partecipata: condividere efficacemente conoscenze ed esperienze con la comunità di pratica , Angeli, Milano 2009.
- Duncan-Hewitt W, Austin Z., Pharmacy Schools as Expert Communities of Practice? A Proposal to Radically Restructure Pharmacy Education to Optimize Learning. ,m,Am J Pharm Educ. 2005;69(3) Article 54.
- Lori ,Oyazo, Land, Abbot, Developing Nursing and Midwifery Communities of Practice for Making Pregnancy Safer, Knowledge Management & E-Learning: An International Journal, Vol.2, No.2,2010.
- Orzano AJ, McInerney CR, Scharf D, Tallia AF, Crabtree BF. A knowledge management mode: Implications for enhancing quality in health care. J Am Soc Inf Sci Technol. 2008;59(3):489-505.
- Simpson RL. Information technology: building nursing intellectual capital for the information age. Nurs Adm Q. 2007;31(1): 84-88.
- Trentin G., Dalla formazione a distanza all'apprendimento in rete, Franco Angeli, 2005Trentin. G , L'e-Learning nell'Educazione Continua in Medicina: scelte e strategie delle Aziende Sanitarie Italiane, In N.A. Piave (ed) E-learning in Sanità”, Barbieri Editore, Manduria (TA), pp. 43-61.
- Wenger E., McDermott R., Snyder W.M. , Coltivare comunità di pratica, Guerini e Associati, 2007.
- Wenger E., Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità, Raffaello Cortina, Milano 2006.



ESPERIENZE

Analisi multicentrica sulle conoscenze degli infermieri della normativa sull'immigrazione

di **Davide Simonazzi (1)**, **Cinzia Gradellini (2)**

(1) *Infermiere, Libero professionista*

(2) *Tutor e docente del Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia (Università di Modena e Reggio) - Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova Reggio Emilia*

Corrispondenza: davide.simonazzi.91@gmail.com

Introduzione

Dai dati di fine 2013, in Italia risultano 4.922.085 stranieri residenti con un'incidenza del 8,1%. I bambini nati da genitori stranieri sono 80.000, corrispondenti al 15% del totale delle nascite nel nostro Paese; il 20% è rappresentato da bambini che hanno almeno un genitore straniero (Dossier statistico Immigrazione 2014- Rapporto UNAR, 2014).

Per quanto concerne lo stato di salute, le patologie prevalenti risultano traumatismi (16%), malattie dell'apparato digerente (11%), malattie del sistema respiratorio (11.2%) per gli uomini e la salute riproduttiva (55.5%) per le donne (Osservasalute, 2014). Le patologie pediatriche risultano tra le problematiche di salute prevalenti (Candela et al., 2006).

Negli ultimi anni l'immigrazione e, nello specifico la regolamentazione per l'assistenza sanitaria, è stata oggetto di una completa revisione normativa, ma alcune caratteristiche non ne hanno favorito la diffusa conoscenza e la corretta applicazione. Fra i più importanti testi normativi si ricorda la L. 40 del marzo 1998, poi confluita nel D. Lgs 286 del 1998 - Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero: tale normativa, e il correlato decreto attuativo (D.P.R 294/1999), hanno enfatizzato l'importanza dell'accessibilità da parte degli stranieri ai servizi sanitari quale elemento chiave all'integrazione, in linea con l'articolo 32 della Carta Costituzionale. Nello specifico, l'articolo 35 (comma V) sancisce l'accesso alle strutture per gli stranieri non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale anche in caso di irregolarità, senza che questo comporti alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo in caso di obbligatorietà del referto (Camera dei Deputati, 1998).

La legge 94 del 2009 - Disposizioni in materia di sicurezza pubblica - ha sancito il reato di clandestinità con obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria da parte di pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio. Precedentemente all'approvazione della normativa, la proposta di abrogazione dell'articolo 35 del Testo Unico non è stata accettata: nel periodo di riferimento, i media hanno dato ampia eco a tutte le notizie correlate, anche grazie allo schieramento a favore degli addetti ai lavori (Bonati M., Severino F., 2010). L'approvazione definitiva della legge esonera, dunque, i professionisti sanitari e i presidi della scuola dell'obbligo dalla denuncia dello straniero non regolare, a tutela dei diritti alla salute e all'istruzione. La L. 67 del 2014 abolisce, successivamente, il reato di clandestinità: resta penalmente rilevante il reingresso in Italia, in violazione di un provvedimento di espulsione (l'abrogazione è in attesa di essere adottata con apposito decreto).

Tale contesto normativo ha lasciato margini di ambiguità, già evidenziati in precedenti studi (Cortesi, Gradellini, 2012; Rinaldi et al., 2012) e, conseguentemente, una scarsa chiarezza che può influenzare la reale conoscenza e applicazione della normativa in vigore.

Uno sguardo al contesto nazionale

Con l'obiettivo di verificare le conoscenze degli infermieri relativamente alla normativa di cui sopra, è stato condotto uno studio osservazionale multicentrico, rivolto a strutture pediatriche ospedaliere. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è stato un questionario già utilizzato in un precedente studio (Cortesi, Gradellini, 2012), modificato sulla base dell'evoluzione normativa. La nuova versione è stata strutturata per compilazione on-line, in modo da garantire l'anonimato ai partecipanti.

Al fine di individuare un campione di convenienza, sono stati contattati tutti i Coordinatori dei servizi pediatrici i cui riferimenti fossero reperibili sui siti aziendali, senza determinazione di altri criteri di inclusione/esclusione: complessivamente sono state poi contattate 20 strutture, una per regione.

A due mesi dall'attivazione del questionario on-line, hanno partecipato allo studio 65 infermieri, appartenenti a 14 Regioni. La maggior parte del campione (31%) lavora da più di 21 anni; il 27% da meno di 5. Il 72% degli infermieri lavora con le persone immigrate ogni giorno; il 15% vede circa 1 paziente la settimana, l'8% riporta una frequenza inferiore al mese. Il 33% degli operatori riferisce di aver assistito raramente immigrati irregolari; il 31% spesso, 28% e 4% rispondono rispettivamente "Non so" e "Mai". Tra i paesi di provenienza, l'Africa risulta il continente più presente (48%), seguito da Europa dell'Est (22%) e Asia (19%).

Il 65% dichiara di conoscere parzialmente le normative che regolano l'accesso degli immigrati al Sistema Sanitario Nazionale; solo il 20% dichiara di esserne a conoscenza, contrariamente al restante 15% che nega la conoscenza. L'81% degli operatori riferisce di conoscere l'art. 32 della Costituzione e il 78% risponde correttamente sul relativo contenuto. Risponde correttamente sul divieto di segnalazione del Testo Unico il 46% degli operatori, mentre il 31% risponde di non conoscere la normativa e il 15% risponde erroneamente.

Il 48% non sa rispondere circa il fatto che la legge sulla sicurezza introduca il reato di clandestinità, mentre il 45% risponde correttamente. Il 22% è a conoscenza dell'abrogazione dello stesso, contro un 58% che non sa rispondere e un 16% che risponde erroneamente.

Relativamente all'applicazione delle normative di cui sopra, il 25% risponde correttamente con la non segnalazione, salvo in caso di obbligatorietà di referto; il 32% non sa rispondere, il 29% riferisce poca chiarezza sulla normativa e il 14% indica l'obbligo di segnalazione.

Il 32% degli infermieri dichiara che il paziente irregolare in accesso alle strutture sanitarie non è tenuto ad esibire i propri documenti, contro il 27% che sostiene il contrario.

Il 49% degli infermieri riferisce di aver ricevuto informazioni dai mass-media (36% da televisione, 13% dai giornali), il 18% fa riferimento ai colleghi di lavoro, il 7% a circolari aziendali, il restante 13% ad "altro" non specificato.

Conclusioni

Dagli infermieri interpellati non emerge piena conoscenza delle normative che regolano l'accesso al SSN da parte della persona immigrata: se più di un terzo conosce l'art. 32 della Carta Costituzionale, meno della metà conosce il Testo Unico e il Decreto Sicurezza.

Pur riconoscendo che tali norme non fanno esclusivo riferimento alla professione, è tuttavia importante sottolineare che solo un quarto degli infermieri intervistati è a conoscenza del divieto di segnalazione. Tale elemento deve tuttavia essere correlato alla domanda che indaga la frequenza degli incontri con persone irregolari: poiché più della metà degli interpellati riferisce di erogare assistenza a tali persone (spesso per il 31%, raramente per il 33%), si potrebbe supporre che gli infermieri applichino correttamente la normativa, pur non avendone piena conoscenza, ma in rispetto della dimensione deontologica del Codice (articoli 4, 5 e 6).

Si propone una riflessione sul fatto che quasi la metà degli operatori indica i pazienti africani come quelli che, tra l'utenza immigrata, ricorrono maggiormente ai servizi. Poiché tra i dieci paesi a maggior flusso migratorio verso l'Italia soltanto due sono africani (Marocco e Tunisia) e con basse percentuali rispetto al numero totale di stranieri, si può pensare che tale percezione sia da ricondurre a una maggior visibilità per le specifiche caratteristiche delle persone di riferimento.

Il fatto che la principale fonte di informazione siano i media fa decisamente riflettere sulla potenza del mezzo, anche relativamente a informazioni necessarie allo svolgimento della professione.

In generale, Umbria e Toscana sono risultate le regioni in cui gli infermieri hanno dimostrato maggior conoscenza delle normative in oggetto; è tuttavia necessario tener presente che il numero ridotto del campione, soprattutto in alcune delle regioni coinvolte, non permette una generalizzazione dei dati, ma richiede ulteriori approfondimenti.

BIBLIOGRAFIA

- Candela S, Greci M, Pergolizzi S, Ventura C, Luberto F. (a cura di). (2006). La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia. Reggio Emilia: Azienda USL, Dipartimento di Sanità Pubblica, Unità di Epidemiologia di Reggio Emilia, Collana Progetto Salute, 10.
- Dossier statistico Immigrazione 2014- Rapporto UNAR (Internet). Roma: Edizioni IDOS; 2015 (Consultato giugno 2015). Disponibile all'indirizzo: http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/2014_Scheda%20breve%20Dossier.pdf.
- Cortesi I, Gradellini C. (2012). Legge sulla Sicurezza: è conosciuta dagli infermieri? Professioni Infermieristiche, Jul-Sep;65(3): 133-36.
- Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"- Camera dei Deputati (Internet). Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Supplemento Ordinario n. 139 (consultato gennaio 2014). Disponibile all'indirizzo: <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm>.
- Rapporto Osservasalute 2014 (Internet). Roma: COM Srl Roma Editore; 2014 (Consultato giugno 2015). Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it>.
- Rinaldi A, Civitelli G, Marceca M. (2012). Conoscenza degli studenti in medicina sull'obbligo di segnalazione e sulle possibilità assistenziali dei migranti. Proceedings of XII Congresso nazionale SIMM "Migrazioni, salute e crisi. Viterbo, 10-12 ottobre 2012.
- Bonati M., Severino F.: Migranti e salute: tra diritto (alle cure) e reato (di clandestinità). R&P, 26: 50-61. 2010 (consultato gennaio 2014). Disponibile all'indirizzo: http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2010/4-2010_R_P.pdf.



ESPERIENZE

Il contributo dell'High Fidelity Simulation nello sviluppo delle competenze di infermieristica clinica avanzata nel CdL Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche

di Caterina Galletti (1), Silvia Scelsi (2), Gianfranco Damiani (3), Maria Luisa Rega (4)

(1) Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

(2) Professore a contratto Scienze infermieristiche cliniche e pediatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

(3) Sezione di Igiene, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

(4) Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Corrispondenza: galletti@rm.unicatt.it

Introduzione

Il servizio sanitario sta progressivamente modificando la modalità di erogazione dell'assistenza, individuando nuovi assetti organizzativi e rimodulando le competenze e il *mix* di competenze dei professionisti che vi operano. Stante questo scenario, l'Infermieristica deve ripensare la formazione dei propri professionisti, sia per quanto riguarda quella di primo livello abilitante all'esercizio della professione, sia per quanto riguarda la formazione universitaria di secondo livello per l'avanzamento delle competenze.

Per rispondere a questa esigenza si sta diffondendo anche in ambito sanitario l'inserimento delle simulazioni ad alta fedeltà (HFS) quale metodo formativo per la preparazione al *setting* clinico. Infatti, le simulazioni hanno il pregio di introdurre direttamente il professionista (dal neofita all'esperto) in un ambiente che riproduce più o meno fedelmente la realtà lavorativa (Hyland e Hawkins, 2009). Nella realtà simulata si agisce con il corpo e con le emozioni e quindi non solo si apprende e si condividono conoscenze (Ceriani, 1996), ma è anche possibile verificare gli effetti e i cambiamenti provocati dalle azioni dei soggetti che la modellano (Morganti e Riva, 2006).

A fronte di questo cambiamento, nell'anno accademico 2014/15 sono state inserite delle *simulazioni* ad alta fedeltà (HFS) nell'insegnamento "Valutazione critica del processo diagnostico infermieristico" (II anno, I semestre) del CdL Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche dell'UCSC sede di Roma. Lo scopo è di aiutare gli studenti a sviluppare competenze avanzate nella valutazione clinica e di renderli consapevoli dei processi messi in atto per la attivazione del giudizio clinico.

Si è deciso quindi di valutare se la metodologia formativa delle simulazioni ad alta fedeltà può far acquisire agli studenti magistrali competenze avanzate nella clinica infermieristica, quindi aiutarli a sviluppare consapevolezza circa i processi di applicazione del giudizio clinico.

Si è quindi esplorata la capacità degli studenti di attuazione della valutazione assistenziale in *setting* complessi, nonché la possibilità di far sviluppare il giudizio clinico nella pratica assistenziale.

Per strutturare il progetto è stato utilizzato il modello concettuale NLN/JSF (*National League for Nursing/Jeffries simulation framework*).

Il nostro percorso

Il percorso di studio ha previsto 5 fasi:

1. verifica delle conoscenze in ingresso relative alla valutazione clinica degli infermieri in formazione magistrale con un *pre-test*;
2. formazione degli studenti alla simulazione con delle *lezioni d'aula* all'interno del Modulo "Valutazione critica del processo diagnostico infermieristico" con 16 ore di didattica frontale;
3. valutazione delle conoscenze acquisite con un *post-test* dopo le lezioni d'aula;
4. *simulazione*;
5. *debriefing*.

Il test, appositamente strutturato, è composto da 30 domande a risposta multipla che scandagliano differenti ambiti di conoscenza sul ragionamento e sul giudizio clinico. Le domande, costruite utilizzando le tassonomie di Bloom, esplorano l'area delle "conoscenze generali", l'area della "conoscenza di definizioni", l'area della "comprensione della metodologia", la "applicazione di conoscenze".

Il medesimo test è stato somministrato prima delle lezioni d'aula e dopo, in quanto dagli scostamenti è possibile determinare l'apprendimento cognitivo degli studenti e il livello di efficacia delle lezioni. Per questi motivi nell'analisi dei dati sono stati usati solo i punteggi positivi (numero di risposte corrette per ciascuna domanda), in termini di frequenze assolute e percentuali, raggiunti dagli studenti.

Le lezioni d'aula sono state svolte nel primo semestre dell'a.a. 2014/15, secondo il programma riportato nella Guida dello studente dell'UCSC sede di Roma.

Per la simulazione ad alta fedeltà (vedi box 1) è stato scelto un caso standardizzato di paziente con BPCO. I feedback della simulazione sono stati raccolti da due osservatori (uno interno allo scenario e uno nella cabina di regia) con griglie di osservazione. Le griglie sono state appositamente strutturate ripercorrendo il processo infermieristico di valutazione e pianificazione assistenziale che ha consentito di individuare le azioni da verificare utilizzando una scala Likert a cinque punti (1=non eseguito, 2=eseguito con lacune, 3=eseguito in modo sufficiente, 4=eseguito in modo buono, 5=eseguito in modo ottimo). In particolare nella griglia di osservazione, data la finalità dello studio, è stata fatta particolare attenzione a descrivere i comportamenti che meglio possono raffigurare il pensiero critico complesso e la decisione assistenziale.

La sessione di *debriefing* è stata svolta con la metodologia *learning conversation*, che ha fatto seguito alla simulazione di ciascun studente.

I soggetti coinvolti sono tutti gli infermieri/ostetriche in formazione magistrale del II anno di corso presso l'UCSC sede di Roma nell'a.a. 2014/2015. Per lo studio è stato richiesto ed ottenuto il consenso dai partecipanti, ai quali è stato chiarito esplicitamente che questo non aveva carattere di valutazione certificativa, ma offriva la opportunità di sviluppare competenze avanzate per la valutazione assistenziale e acquisire consapevolezza circa la attuazione del giudizio clinico nella pratica assistenziale.

Lo studio si è svolto tra ottobre 2014 e marzo 2015.

I risultati

I risultati del test evidenziano che gli studenti con le *lezioni d'aula* hanno conseguito risultati positivi in tutte le aree esplorate.

L'analisi delle griglie di simulazione, una volta aggregate in una unica tabella, è stata svolta seguendo il processo infermieristico di pianificazione e valutazione assistenziale.

L'87% degli studenti dimostra un buon livello di comunicazione e di relazione con il paziente, a differenza della presentazione al paziente. Alcuni studenti, durante la sessione di *debriefing*, hanno dichiarato di essersi sentiti un po' imbarazzati per la presenza nello scenario di un formatore del CdL Magistrale.

Il 78% degli studenti ha eseguito in modo valido *l'assessment infermieristico*. Questi dati sono confermati anche nel Diario infermieristico, dove alcuni studenti scrivono: *Pz vigile, orientato con parametri vitali nella norma. Rispetto allo stato di ingresso mostra miglioramenti dell'attività respiratoria (sempre sotto O2) e miglioramenti della mobilità, anche se necessita di aiuto per le attività di cura personale. In dimissione.*

Condizioni cliniche stazionarie. Non ha presentato crisi nei parametri vitali. Continua O2 terapia tramite occhiali nasali. Orientato nel tempo e nello spazio. Collaborante. Eseguita valutazione infermieristica. In attesa di trasferimento in UO di degenza.

Per quanto riguarda il processo di valutazione critica, l'aggregazione dei dati all'interno dei processi diagnostici per l'individuazione di diagnosi non corrette mette in evidenza che il 33% del campione non rileva o lo fa in modo insufficiente le diagnosi trascritte sulla documentazione del paziente, contro il 53% che invece lo esegue.

Circa la categorizzazione dei dati all'interno delle diagnosi, il campione si divide a metà: il 47% non la svolge contro il 47% che invece la svolge. Anche per l'analisi di questo aspetto interessanti risultano essere alcune annotazioni fatte dagli studenti sul Diario infermieristico: *La pz riferisce di aver visto miglioramenti, riferisce una diminuzione della sintomatologia di entrata. Manifesta preoccupazione e ansia riguardo la sua dimissione.*

Paziente collaborante, troppo presto per definire il trasferimento. Proseguire l'osservazione. Riesce ad eseguire piccoli spostamenti aiutata (bagno-letto). PV stazionari. Molto compliant e disponibile.

Per quanto riguarda il giudizio clinico, la formulazione della diagnosi corretta è stata effettuata dal 53% degli studenti (7 studenti su 15). Interessanti a questo proposito sono alcune annotazioni degli osservatori: *non ha riconosciuto la diagnosi sbagliata in quanto non ha prestato attenzione alle diagnosi infermieristiche precedentemente redatte. Non corregge quindi le diagnosi ma si limita ad annotare poche cose sul diario assistenziale.*

Il 60% degli studenti (9 su 15) ha introdotto una nuova diagnosi, sebbene non tutti in modo ottimale. Ad esempio: *Eseguita valutazione del pz per trasferimento. Parametri vitali nella norma. Presenza CUP braccio dx. il pz dimostra conoscenza dell'importanza della terapia e degli esercizi respiratori. Stilare un programma educativo per utilizzo di spirometro incentivatore. Il pz risulta collaborante e motivato.*

Il pz appare orientato e desideroso di andare al proprio domicilio. I colleghi della medicina devono educarlo alla gestione della terapia per renderlo autonomo e pianificare un eventuale intervento domiciliare. Condizioni cliniche stabili.

Infine, nella griglia di osservazione erano state inserite cinque azioni di controllo che hanno dato esito positivo (valore 1 indicato sulla scala Likert): infatti nessuno ha commesso errori a livello clinico.

Tutti i partecipanti si sono definiti entusiasti della esperienza e auspicherebbero un incremento di questo supporto anche a cominciare dal CdL di primo livello.

Alcune considerazioni

La HFS è un metodo che si è dimostrato essere efficace per il *Crisis Resource Management (CRM) training* dei professionisti (Jankouskas et al., 2011).

In letteratura vi sono diversi studi circa l'inserimento della HFS nel *curriculum* degli studenti di infermieristica (primo livello/*under-graduate*) (Hallenbeck, 2012. Shearer, 2013), mentre meno indagata è l'area della formazione infermieristica di secondo livello (*post-graduate*).

Nel presente lavoro, la simulazione ad alta fedeltà è stata inserita nel *curriculum* del CdL Magistrale per verificare la sua efficacia per lo sviluppo delle competenze di infermieristica clinica avanzata.

È condiviso che l'infermieristica avanzata si riferisca a cinque aree principali di competenza: clinica, educativa, di ricerca, di consulenza, di leadership (Dellai et al., 2006) e che il ruolo di pratica avanzata non sia automaticamente acquisito dall'infermiere, dopo un certo numero di anni di esperienza, ma che debba essere sviluppato con la formazione e certificato (Pearson, 2011). Infatti, l'infermiere con competenze infermieristiche avanzate è colui che ha acquisito conoscenze da esperto, capacità di prendere decisioni cliniche complesse e competenze per una pratica avanzata (ICN, 2010).

In questo studio sono state prese in esame due dimensioni del *decision making* che possono essere acquisite con le simulazioni (McDonald, 1987): la valutazione assistenziale (*clinical reasoning*) e il giudizio clinico (*clinical judgment*). Tali dimensioni sono parti integranti del pensiero critico (*critical thinking*) che è una abilità chiave per l'attuazione del processo infermieristico in risposta ai problemi della persona assistita in *setting* complessi (Lasater, 2007).

I risultati del *pre vs post test* dimostrano il raggiungimento degli obiettivi formativi individuati nel piano di studi del CdL Magistrale, così come l'acquisizione delle conoscenze cognitive che sottostanno alla costruzione del giudizio clinico infermieristico da parte degli studenti. La bassa percentuale di incremento medio delle risposte corrette nella "area della applicazione" (+18%) evidenzia però che è più impegnativo per lo studente, nel processo di formazione, giungere al livello dell'applicazione, cioè al trasferimento della conoscenza per rispondere a situazioni concrete.

La capacità di pensare criticamente cresce man mano che l'infermiere sviluppa le sue conoscenze e la sua esperienza e avanza nelle competenze (Dal Molin et al., 2014). Per sviluppare nello studente infermiere il giudizio clinico è necessario poter disporre di un ambiente simile a quello lavorativo in cui i discenti *performano* azioni e rispondono del proprio operato come farebbero nel mondo reale (Dutta e Krummel, 2006). Infatti il sapere professionale in parte può essere esplicitato in testi rendendolo formale (*know that*), ma per gran parte rientra nella categoria delle conoscenze tacite (*know how*), ossia quel sapere che è difficile esprimere a parole. Queste due dimensioni, che divengono visibili nel momento in cui si svolge l'attività pratica, ossia nel momento in cui si osserva il sapere in azione (Raelin, 1997), devono poter essere collegate tra loro nel momento della formazione.

La simulazione ad alta fedeltà consente di predisporre un contesto di lavoro simile a quello reale, in cui i soggetti mettono in atto e sperimentano le proprie abilità e la propria *expertise*.

Pertanto, il suo inserimento in un *curriculum post-graduate* è opportuno non per privilegiare l'aspetto tecnologico (Aldrich, 2003), bensì per inserire una metodologia che si fonda sul principio dell'apprendimento attraverso l'esperienza (Kolb, 1984) e sulla reciprocità tra persona e ambiente (Bandura, 1986); questo può aiutare gli studenti a trasferire le conoscenze dall'aula ai *setting* clinici e, attraverso il *debriefing*, a far acquisire loro consapevolezza circa i processi messi in essere nella pratica assistenziale.

Il *debriefing* è stato definito come “*heart and soul*” della simulazione (Fanning et al., 2007). Nel presente studio si è dimostrato fondamentale quanto, se non più, dello scenario stesso: infatti è stato importante guidare lo studente a riflettere per costruire un legame tra ciò che è stato vissuto nello scenario (anche rivedendo le scene videoregistrate) e il significato che l'esperienza stessa assume nel percorso professionale e personale.

Vi è quindi la necessità e l'impellenza di inserire simulazione e *debriefing* nel percorso formativo *post-base* degli infermieri, al fine di migliorare l'apprendimento (Savoldelli et al., 2006). Come rappresentato nei risultati, vi è stato un buon livello di *performance* nelle *nontechnical skill* di tutti gli studenti, ma anche la dimostrazione che la semplice acquisizione in aula di elementi conoscitivi non ha modificato il comportamento assistenziale. Lo studio ha dimostrato come gli studenti abbiano attivato il giudizio critico non completamente, piuttosto solo la capacità di pensiero/ragionamento critico. Pertanto, le osservazioni rilevate durante la *simulazione* ad alta fedeltà problematizzano il grado con il quale ciò che è stato appreso durante le lezioni sia trasferibile e aumenti la *performance* nel *setting* lavorativo.

Dutta e Krummel (2006) sottolineano la vicinanza dell'esperienza simulata ai processi di apprendimento che comunemente avvengono nella vita lavorativa e la simulazione, quindi risulta essere un ambiente di formazione che mira ad anticipare il trasferimento del sapere esperto prima di entrare nel mondo del lavoro. La simulazione ad alta fedeltà, pertanto, può diventare un metodo di apprendimento per gli studenti magistrali, ma si rende necessario sottoporli a più e differenti scenari, per una reale modificazione del comportamento e nelle *performance*. Attualmente, nei contesti formativi, se la didattica formale rimane un'attività di “distribuzione” di conoscenza (*knowledge delivery*) e l'apprendimento è considerato un processo decontestualizzato e individuale (Zucchermaglio, 1996), non solo si aumenta la separazione tra ciò che accade nelle aule e ciò che avviene nei luoghi di lavoro, ma il sapere trasmesso è privato dell'aspetto relazionale e emozionale che lo contraddistingue e che caratterizza anche il lavoro nei servizi sanitari, che è prima di tutto un ambiente relazionale e inter-disciplinare.

Infine, l'evoluzione dei modelli organizzativi dei servizi sanitari richiede in generale di rimodulare le professionalità presenti nel contesto operativo e in particolare di formare un laureato magistrale in Scienze Infermieristiche come professionista non statico nei suoi ruoli, bensì con competenze avanzate nel contesto assistenziale e clinico (Rega et al., 2015). Le *simulazioni* ad alta fedeltà possono aiutare a estendere l'ambito di formazione a molteplici fenomeni inerenti la salute e a situazioni assistenziali complesse, reindirizzando l'attuale CdL Magistrale anche nella direzione della pratica infermieristica avanzata.

Conclusioni

Con questo studio è stato inserito il modello NLN/JSF all'interno di un CdL Magistrale (Livello EQF 7) ed è stato dimostrato che la HFS può aiutare nella formazione dei professionisti, correlando l'apprendimento teorico all'acquisizione di abilità pratiche (*no technical skill*).

Infatti, il CdL Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, per quanto richieda una formazione teorica, non si può ridurre al solo insegnamento che avviene nelle aule, ma necessita dell'esperienza pratica e la HFS è un valido metodo (aggiuntivo all'esperienza nei luoghi di lavoro) per ampliare le esperienze reali con esperienze guidate che evocano o replicano problemi clinici in un modo pienamente interattivo.

Lo scenario realizzato per la simulazione ha consentito agli studenti di sperimentarsi nella pratica: vi è ora la necessità per il CdL Magistrale di realizzare concretamente lo sviluppo e l'implementazione di un *competency-based curriculum* all'interno della programmazione formativa, diversificando il percorso formativo per favorire lo sviluppo professionale nel nostro Paese.

BIBLIOGRAFIA

- Aldrich C (2003). Simulations and the Future of Learning: An Innovative (and Perhaps Revolutionary) Approach to e-Learning. John Wiley & Son, San Francisco, USA.
- Bandura A (1986). Social Foundations of Thought and Action. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Ceriani A (1996). La Simulazione nei processi formativi. Franco Angeli, Milano.
- Dal Molin A, Galletti C, Marmo G, et al. (2014) *Il corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche riflessioni e prospettive sul percorso formativo e sulla figura del laureato magistrale*. Medicina e Chirurgia, 61, 2747-2752.
- Dellai M, Ruocco M, Roat O, Dallapè F (2006). *La competenza infermieristica superiore/avanzata (advanced)*. Assistenza infermieristica e ricerca, 25(2), 88-91.
- Dutta S e Krummel TM (2006). *Simulation: a new frontier in surgical education*. Advances in Surgery, 40, 249-263.
- Fanning RM e Gaba DM (2007). *The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning*. Society for Simulation in Healthcare, 2(2), 115-125.
- Hallenbeck VJ (2013). *Use of high-fidelity simulation for staff education/development: a systematic review of the literature*. Journal of Nursing Education, 52(1), 39-45.
- Hyland JR e Hawkins MC (2009). *High-fidelity human simulation in nursing education: a review of literature and guide for implementation*. Teaching and Learning in Nursing, 4, 14-21.
- International Council of Nurses-ICN (2010). La struttura e le competenze del continuum dell'assistenza infermieristica. Casa editrice Ambrosiana, Rozzano (Mi).
- Jankouskas TS, Haidet KK, Hupcey JE, Kolanowski A, Murray WB (2012). *Targeted crisis resource management training improves performance among randomized nursing and medical students*. Journal for nurses in staff development, 28(6), 260-269.
- Kolb DA (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Lasater K (2007). *High-Fidelity Simulation and the Development of Clinical Judgment: Students' Experiences*. Journal of Nursing Education, 46(6), 269-276.
- McDonald GF (1987). *The simulated clinical laboratory*. Nursing Outlook, 35, 290-292.
- Morganti F e Riva G (2006). *Conoscenza, Comunicazione E Tecnologia. Aspetti Cognitivi Della Realtà Virtuale*. Led On Line <http://www.ledonline.it/ledonline/?/ledonline/morgantirivaconoscenza.shtml>. Consultato 27 giugno 2015.
- Pearson H (2011). *Concepts of advanced practice: what does it mean?* British Journal of Nursing, 20(3), 184-185.
- Pelleray M (1994). Progettazione didattica. Metodi di programmazione educativa e scolastica. Torino, SEI.
- Raelin JA (1997). *A Model of Work-Based Learning*. Organization Science, 8(6), 563-578.
- Rega ML, Gallo R, Marmo G, et al. (2015). *Il profilo del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche in Italia: dall'analisi dei regolamenti didattici d'ateneo alle competenze distintive*. L'Infermiere, 59(2), e27-37.
- Savoldelli GL, Naik NV, Park J, et al (2006). *Value of debriefing during simulated crisis management*. Anesthesiology, 105, 279-285.
- Shearer JE (2013). *High-fidelity simulation and safety: an integrative review*. Journal of Nursing Education, 52(1), 39-45.
- Zucchermaglio C (1996). Vygotskij in azienda. Apprendimento e comunicazione nei contesti lavorativi. Roma, Carocci.

Box 1Training setting

L'ambiente di degenza è stato ricostruito in modo fedele, con l'unità del paziente, suppellettili, carrello con materiale sanitario e per le emergenze, attacco per i gas medicali, monitor per il paziente/manichino.

È stato utilizzato un manichino ad alta fedeltà che riproduce risposte fisiologiche, reazioni e sintomi patologici in modo realistico e coerenti con e per lo sviluppo dello scenario.

È stata anche preparata la documentazione infermieristica relativa al caso del paziente, con scheda anagrafica, dati di ingresso, diaria giornaliera parametri vitali, diagnosi infermieristiche, diario infermieristico.

Ciascuna sessione di simulazione è stata video-registrata usando due videocamere e un microfono.

A tutti gli studenti partecipanti alla ricerca, il giorno antecedente la simulazione, è stato presentato il *setting* e il manichino.

Training format

La *simulazione* è stata preparata dal *gruppo di progetto* (composto dal Docente di "Valutazione critica del processo diagnostico infermieristico", dal Coordinatore della struttura didattica, da due formatori) che ha concordato il *pre e post test*, scelto lo scenario clinico, il copione da seguire, preparato e concordato l'uso delle griglie di osservazione.

Il giorno della simulazione il *gruppo operativo*, appositamente costituito e composto da quattro infermieri scelti per le loro competenze tecniche (due infermieri esperti di area critica e due infermieri attori), ha supportato il gruppo di progetto per i fini della ricerca.

Per la realizzazione della simulazione i due gruppi sopra descritti hanno dato luogo a *due gruppi per la simulazione* che si sono alternati nella conduzione dello scenario. Ciascuno gruppo era composto da un infermiere del gruppo di progetto esperto di tecniche di simulazione (*facilitator-led*) che dalla cabina di regia oltre a supervisionare il corretto funzionamento del manichino ad alta fedeltà gli dava la voce seguendo il copione; un infermiere esperto di area critica che osservava lo scenario dalla cabina di regia, un infermiere attore che nello scenario fungeva da collega esperto e che poteva alla occorrenza essere consultato dallo studente; un infermiere formatore che nello scenario osservava lo sviluppo del caso ma qualora lo studente avesse richiesto l'intervento del medico sarebbe comparso nello scenario ed avrebbe assunto anche tale ruolo.

Prima della simulazione per ciascun studente è stato previsto un breve *briefing* in cui il *facilitator-led* ha presentato il caso allo studente e consegnato la documentazione infermieristica, specificando il mandato.

Prima della sessione di *debriefing* che ha fatto seguito a tutti gli scenari, ciascun *gruppo per la simulazione* ha consultato le griglie di osservazione per verificare i comportamenti assunti sullo scenario dagli studenti.

Durante la sessione di *debriefing* il *facilitator-led* ha attivato il pensiero riflessivo dello studente. È stato anche rivisto il video per facilitare la ricostruzione dei comportamenti e delle azioni messe in essere e dare la possibilità allo studente di rivedersi nella scena.

Training scenarios

Il copione standardizzato scelto per la simulazione è stato quello di un paziente con BPCO, ricoverato in seguito ad episodio influenzale, in medicina d'urgenza, che deve essere valutato per il trasferimento in UO di medicina. Il manichino ad alta fedeltà è stato programmato per simulare, attraverso la riproduzione dei valori dei parametri vitali rilevati con il saturimetro e l'apparecchio della pressione, condizioni fisio-patologiche veritiere e coerenti con il caso.

Dalla cabina di regia, il *facilitator-led* dà la voce al manichino/paziente, seguendo il copione concordato e interagendo con lo studente e gli attori presenti nello scenario.

La durata stimata dello scenario è di circa sette minuti per studente.

ESPERIENZE

La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino

di Milena Muro

Referente ASIECI (Associazione scientifica infermieri esperti comunicazione ipnotica)

Corrispondenza: info@asieci.it

Introduzione

La comunicazione ipnotica è una tecnica che utilizza l'applicazione consapevole del linguaggio e dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente, per indurre nel paziente uno stato mentale naturale e diverso dagli stati di veglia e di sonno, offrendogli l'opportunità di sviluppare e incrementare le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione.

Lo stato mentale d'ipnosi è quindi uno stato fisiologico e dinamico, che sviluppa una particolare partecipazione mente-corpo con la quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche grazie al manifestarsi di fenomeni fisicamente evidenti che sono l'espressione della potenza di una immagine (monoideismo plastico), inducendo rassicurazione e tranquillità nel paziente in difficoltà, favorendo la collaborazione e la cura, riducendo l'ansia e la percezione del dolore.

Alcuni studi hanno permesso di osservare come l'effetto antidolorifico o antinocicettivo dell'ipnosi è tale da ridurre il dolore almeno del 50% (Casiglia & al., 2007). In un esperimento con dolore ischemico i ricercatori hanno dimostrato che soggetti altamente ipnotizzabili presentavano un aumento della tolleranza al dolore del 113% verso un incremento di tolleranza del 26% in soggetti scarsamente ipnotizzabili (De Benedittis et al., 1989). Un studio italiano ha messo in evidenza come l'ipnosi con suggestioni di analgesia focalizzata sia in grado di aumentare notevolmente la soglia del dolore. Nello studio sperimentale è stata valutata la soglia del dolore tramite stimoli elettrici applicati ai denti premolari dell'arcata inferiore destra e sinistra prima, durante e dopo ipnosi. L'ipnosi è stata indotta e somministrata una forte suggestione di analgesia localizzata nell'arcata dentaria inferiore destra. È risultato che la soglia del dolore nell'arcata inferiore destra era significativamente aumentata durante ipnosi, con un incremento medio del 220%; era aumentata anche a sinistra, ma a un livello nettamente inferiore. Ai soggetti è stato dato inoltre un comando post-ipnotico di analgesia residua per la durata di 15-20 minuti, proprio come succede dal dentista quando l'effetto dell'anestesia è ancora presente ma comincia a ridursi. L'ipnosi ha dimostrato di aver ridotto sia la percezione del dolore che le conseguenze cardiovascolari e riflesse. Ciò indica che l'analgesia ipnotica comporta una diminuzione di sensibilità e/o di un blocco di trasmissione di stimoli dolorosi, con depressione dell'arco riflesso nervoso (Casiglia & al., 2007).

Saper gestire la relazione terapeutica con tecniche di comunicazione ipnotica, per migliorare l'adesione alla procedura e alla terapia, permette di intervenire su quella quota di dolore procurata dagli stessi interventi sanitari, che non può essere sottovalutata.

Uno degli obiettivi dell'assistenza infermieristica è quello di favorire lo sviluppo nel paziente dell'autoefficacia, dell'autodeterminazione, della stima di sé, facendo emergere risorse latenti e portando l'individuo a riappropriarsi consapevolmente del proprio potenziale. Utilizzare la comunicazione ipnotica nelle procedure invasive permette agli infermieri di portare l'individuo a vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato, alla ricerca di un maggior benessere psicofisico.

Le esperienze degli infermieri esperti in comunicazione ipnotica

L'introduzione della comunicazione ipnotica nel presidio Molinette è conseguente ad un'iniziativa condotta nell'ambito dei programmi coordinati dal COSD (Comitato aziendale Ospedale Senza Dolore), con l'obiettivo di ridurre l'intensità dell'ansia e del dolore percepito durante le procedure invasive. Dopo molti anni di verifica sugli esiti di questa modalità assistenziale durante le procedure diagnostico-terapeutiche, gli infermieri esperti di comunicazione ipnotica (ASIECI), in collaborazione con l'Azienda Molinette, hanno definito una procedura che riconosce questa competenza individuando la modalità di attuazione nei diversi servizi, dunque strutturando percorsi formativi necessari per gli operatori della salute.

Nel 2007 è stato condotto uno studio pilota con l'obiettivo di valutare l'efficacia della tecnica in questo contesto. Sono state arruolate 49 donne che avevano subito un intervento chirurgico al seno e che dovevano essere sottoposte a mammografia. Le pazienti sono state addestrate da un'infermiera esperta in comunicazione ipnotica all'uso dell'autoipnosi durante l'esame, al termine del quale c'è stata una valutazione dell'intensità del dolore e delle emozioni sperimentate durante la procedura, confrontata con la valutazione delle esperienze precedenti. Il dolore percepito utilizzando l'autoipnosi si è ridotto più del 50% rispetto alle esperienze precedenti e l'ansia e le emozioni ad essa correlate si sono ridotte mediamente del 70%, confermando i dati presenti in letteratura.

Tra il febbraio e il novembre 2008 è stato condotto un ulteriore studio osservazionale su un campione di convenienza di 188 pazienti, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'uso della comunicazione ipnotica nella riduzione del dolore e dell'ansia generati da procedure interventistiche. Hanno partecipato alla ricerca le strutture di Terapia del Dolore e Cure Palliative, Endoscopia Digestiva, Emodinamica, Day Hospital Ematologico, Broncoscopia e Nefrologia ed è stata valutata l'efficacia della comunicazione ipnotica invece dell'utilizzo del farmaco sedativo o analgesico previsto nell'esecuzione delle procedure. Tra i risultati si evidenzia che: il 50% dei 188 pazienti ha dichiarato un livello di ansia prima della procedura molto intenso (NRS > di 7); nell'87% dei pazienti trattati l'ansia si è ridotta a valori < 2; l'88% dei pazienti ha riferito un dolore periprocedurale < a 3 e solo il 2% > di 7; il 100% dei pazienti dichiara di aver avuto un beneficio dall'uso della comunicazione ipnotica; il 95% ripeterebbe l'esame con la comunicazione ipnotica, mentre la restante percentuale preferirebbe una sedazione farmacologica. I risultati sul controllo del dolore sono equiparabili a quelli ottenuti con l'utilizzo di farmaci.

Nell'Azienda Molinette, dal 2008 ad oggi, sono stati formati circa 500 operatori con un percorso di base, mentre 20 professionisti hanno ottenuto il titolo di esperto in comunicazione ipnotica dopo un percorso di formazione specialistico; in ben 5 servizi dell'Azienda si sono poi organizzati tirocini tutorati per rafforzare le competenze acquisite in aula da 49 operatori, in modo da consolidare il patrimonio aziendale di infermieri esperti in comunicazione ipnotica.

La necessità di diffondere un patrimonio di conoscenza ha portato a promuovere corsi formativi e informativi. Il ruolo dell'infermiere esperto in comunicazione ipnotica, infatti, è proprio quello di creare un'alleanza terapeutica per aiutare il paziente a mobilitare le proprie risorse interiori, spesso non conosciute ed ignorate, per risolvere e gestire i sintomi/problemi tra i quali il dolore.

Nell'anno 2013 sono stati eseguiti 3200 esami endoscopici con comunicazione ipnotica e più di 1000 pazienti hanno effettuato la broncoscopia con questa modalità, senza che sia stato necessario il ricorso alla sedazione farmacologica. Questo ha permesso di ridurre i tempi di osservazione post-procedura e di dimettere in sicurezza il paziente una volta concluso l'esame. Molti altri reparti hanno implementato questa modalità assistenziale durante le procedure ottenendo sempre ottimi risultati.

Obiettivi futuri

L'intento per il prossimo futuro è quello di comunicare, condividere ed estendere in ambiti esterni le conoscenze e le tecniche acquisite. Favorire scambi e relazioni esterne, oltre a determinare un arricchimento reciproco, diventa possibilità di promozione per nuovi progetti, valutazioni, pubblicazioni scientifiche e attività di ricerca. Attraverso la formazione e l'informazione è inoltre possibile divulgare le conoscenze acquisite dagli operatori esperti in comunicazione ipnotica, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza offerta al paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Lövdahl, J., Ringström, G., Agerforz, P., Törnblom, H., & Simrén, M. (2015). Nurse-Administered, Gut-Directed Hypnotherapy in IBS: Efficacy and Factors Predicting a Positive Response. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(1), 100-114.
- Hökkä, M., Kaakinen, P., & Pölkki, T. (2014). A systematic review: non pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer. *Journal of advanced nursing*, 70(9), 1954-1969.
- Vadrot, G. L. (2014). [Practice of hypnosis in the nurse care]. *Revue de l'infirmière*, 206, 31-31.
- Barbier, E. (2013). The nurse hypnotherapist in oncology. *Soins; la revue de référence infirmière*, (776), 46.
- Lew, M. W., Kravits, K., Garberoglio, C., & Williams, A. C. (2011). Use of preoperative hypnosis to reduce postoperative pain and anesthesia-related side effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 406-423.
- Berger, M. M., Davadant, M., Marin, C., Wasserfallen, J. B., Pinget, C., Maravic, P., ... & Chiolerio, R. L. (2010). Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *burns*, 36(5), 639-646.
- Ron Mottern, M. A., & RTC, C. (2010). Using Hypnosis as Adjunct Care in Mental Health Nursing. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(10), 41.
- Casiglia, E., Schiavon, L., Tikhonoff, V., Nasto, H. H., Azzi, M., Rempelou, P., ... & Rossi, A. M. (2007). Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(4), 255-266.
- Ginandes, C., Brooks, P., Sando, W., Jones, C., & Aker, J. (2003). Can medical hypnosis accelerate post-surgical wound healing? Results of a clinical trial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(4), 333-351.
- Lang, E. V., & Rosen, M. P. (2002). Cost Analysis of Adjunct Hypnosis with Sedation during Outpatient Interventional Radiologic Procedures 1. *Radiology*, 222(2), 375-382.
- Enrico Facco, Edoardo Casiglia, Serena Masiero, Valery Tikhonoff, Margherita Giacomello & Gastone Zanette (2011) Effects of Hypnotic Focused Analgesia on Dental Pain Threshold, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59:4, 454-468.
- De Benedittis, G., Panerai, A.A., Villamira, M.A. (1989). Effects of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental eschismic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 55-69.

Sitografia

<http://www.asieci.it/>

ESPERIENZE

Riconoscimento dei fenomeni di abuso verso gli anziani da parte degli operatori del Pronto Soccorso

di Assunta Cofone (1), Antonio Boscolo Anzoletti (2)

(1) Infermiera presso RSA "Le terrazze" Torino

(2) Coordinatore UTIC Chioggia (Ve) Professore a contratto Università di Padova

Corrispondenza: assuntacofone92@gmail.com; bos.toni@tiscali.it

Introduzione

L'abuso nei confronti degli anziani rappresenta un problema di sanità pubblica oltre che un reato penale (Wolf et al., 2002). Il fenomeno è sottostimato e una causa importante di ciò è l'assenza di una definizione unica e condivisa di abuso verso l'anziano (Van Bavel et al., 2010; Payne, 2002). Quella attualmente di riferimento è stata definita nel 2002 dall'OMS: "un'azione singola o ripetuta o una mancanza di un'azione appropriata, che avviene all'interno di qualsiasi relazione in cui si sviluppa un'aspettativa di fiducia che causa danno o sofferenza ad una persona anziana" (Giurani, Hasan, 2000).

Altre cause che contribuiscono a mantenere il fenomeno nascosto sono:

- una scarsa sensibilizzazione al problema; ridotte conoscenze e inadeguata formazione degli operatori sanitari; assenza di strumenti di screening; assenza di segni specifici di abuso nell'anziano;
- mancanza di consapevolezza da parte della vittima; paura di denunciare l'autore del maltrattamento;
- disabilità mentali e/o fisiche e patologie concomitanti che spesso si riscontrano negli anziani (Collins, 2013; Scali, 2013).

La letteratura evidenzia diverse forme di abuso: fisico, sessuale, psicologico, materiale, abbandono/incuria (Collins, 2013; McDonald, 2007; Yaffe, Tazkarji 2012).

Ogni forma si manifesta generalmente con dei segni/sintomi caratteristici che il professionista sanitario dev'essere in grado di riconoscere (Yaffe, Tazkarji 2012). L'abuso dell'anziano è un fenomeno sottostimato e poco considerato dalla società, ma anche dall'ambiente sanitario (Pasqualini, Salvioli, 2001).

La vecchiaia è spesso associata, oltre che a cambiamenti fisiologici legati all'età, anche allo sviluppo di patologie croniche e invalidanti (Scali, 2013). Questa complessa condizione colpisce la capacità del soggetto anziano di svolgere i propri ruoli sociali, familiari e lavorativi, aumentando la dipendenza dagli altri. Tutte queste condizioni possono diventare fattori di rischio di abuso (Soares, 2012).

In Italia, a differenza di altri Paesi come Stati Uniti e Israele, non è presente una legislazione specifica a difesa dell'anziano, per cui tale reato rientra nei delitti contro la persona, contrariamente a quanto accade per i minori a difesa dei quali esistono leggi specifiche (Almogue et al., 2010; Uggeri, 2008; Molinelli 2007).

Con difficoltà i professionisti sanitari individuano eventuali casi di abuso verso gli anziani (Almogue et al., 2010; Cohen, 2013). Le vittime giungono in genere al Pronto Soccorso, che spesso rappresenta il primo ed unico contatto di queste persone con l'ambiente sanitario, dove è possibile far emergere l'abuso (Phelan, 2012). Proprio all'interno di alcuni Pronto Soccorso del Veneto si è svolta questa indagine, allo scopo di indagare se gli operatori che lavorano nei Dipartimenti di Emergenza siano a conoscenza di questa tematica, sappiano individuarne i fattori di rischio, siano in grado di riconoscere eventuali situazioni di abuso ed affrontarle nel modo adeguato.

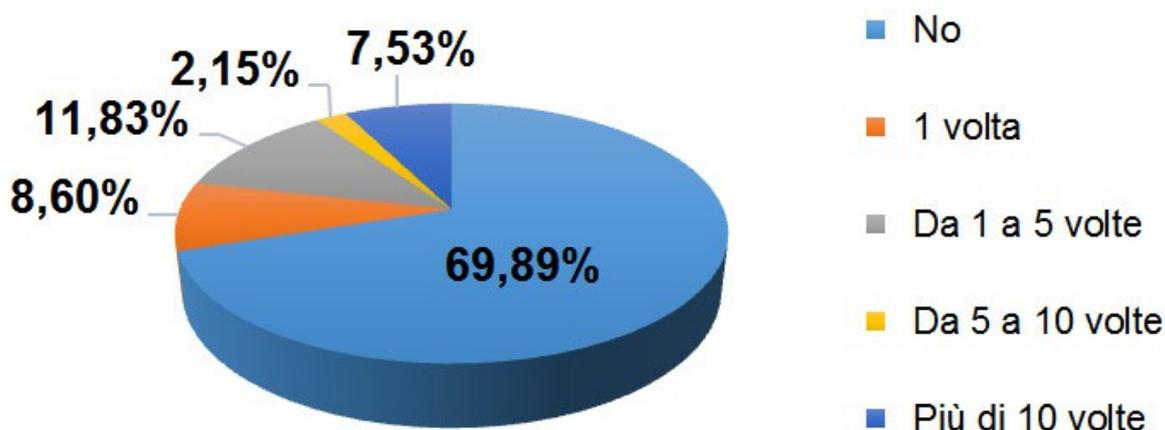
Gli abusi al Pronto Soccorso

Sono stati identificati per lo studio infermieri e medici delle Unità di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri di Santorso (ULSS 4 Alto Vicentino), Bassano del Grappa (ULSS 3), Cittadella (ULSS 15 Alta Padovana) e Chioggia (ULSS 14), dopo aver chiesto l'autorizzazione alle rispettive Aziende. Al termine dello studio sono risultati rispondenti 93 infermieri, ovvero il 71,53% del totale (130 infermieri) operante nei quattro PS nel periodo fra giugno e luglio 2014, e solo 5 medici, che per esiguità non sono stati inseriti nell'analisi dei dati.

Il genere dei rispondenti si suddivide quasi equamente tra uomini e donne, mentre la maggioranza degli stessi ha un'età compresa tra 41 e 50 anni. Quasi la metà degli interpellati ha maturato un'esperienza di lavoro da 6 a 20 anni in Pronto Soccorso, un terzo invece un'esperienza inferiore a 5 anni.

Dai risultati emerge che solo il 30.1% dei 93 infermieri intervistati afferma di aver visto, almeno una volta, situazioni riconducibili a maltrattamento verso un anziano (**Figura 1**).

Figura 1 - Riscontro di abusi da parte degli operatori



Sono stati poi analizzati in dettaglio i fenomeni di abuso percepiti dagli infermieri suddividendoli tra Ospedali (**Tabella 1**):

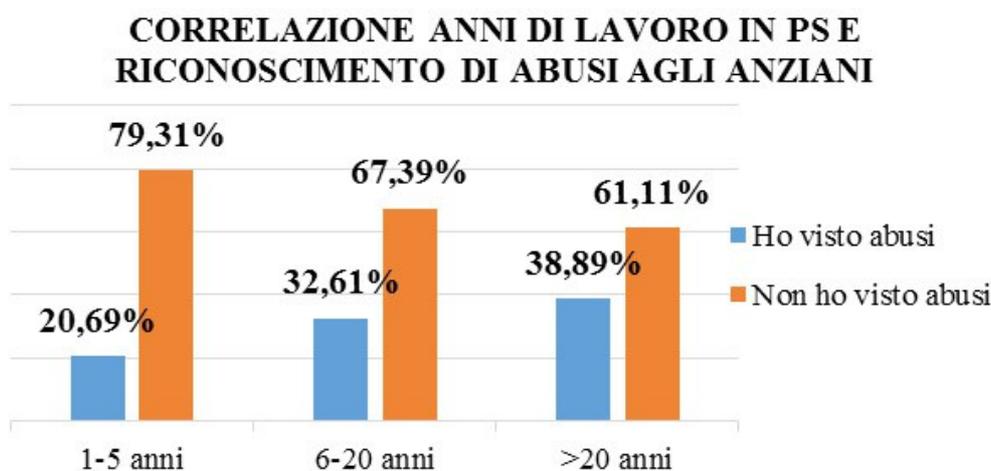
Tabella 1 - Abusi suddivisi per presidio ospedaliero		
OSPEDALE	ESPERIENZE DI ABUSO	
	ULSS 4 Ospedale Unico Alto Vicentino (Santorso)	SI
NO		53.8%
ULSS 3 Ospedale San Bassiano (Bassano del Grappa)	SI	16.0%
	NO	84.0%
ULSS 14 Ospedale di Chioggia	SI	29.1%
	NO	70.9%
ULSS 15 Ospedale di Cittadella	SI	27.8%
	NO	72.2%

In uno stesso ospedale (Chioggia) ci sono degli infermieri che, nonostante lavorino da più di 20 anni in PS, affermano di non aver mai visto episodi di abuso ed operatori che, pur lavorando da 1 a 5 anni in quello stesso PS, affermano di averne visti più di 10: ciò dimostra come sul fenomeno oggetto dello studio non vi sia in realtà una omogenea definizione, che ne ostacola quindi il riconoscimento.

Nonostante in uno stesso presidio ospedaliero ci sia chi, pur lavorando da pochi anni in PS, affermi di aver assistito a più abusi rispetto a chi vi lavora da molto più tempo, in generale si può notare una correlazione tra gli anni di lavoro in PS e l'aver assistito ad episodi di abuso verso anziani, se si prendono in esame tutti gli ospedali coinvolti nell'indagine.

Proporzionalmente, all'aumentare degli anni di lavoro in PS, aumenta la percentuale degli operatori che afferma di aver visto (almeno una volta) episodi di abuso (**Figura 2**).

Figura 2 - Correlazione anni di lavoro in PS e riconoscimento di abusi verso gli anziani



Inoltre, solo il 27.47% degli infermieri afferma che esistono, nella propria Unità Operativa, dei protocolli/procedure da consultare e seguire in caso di sospetto o accertato abuso ad un anziano.

In un caso clinico proposto nel questionario, al quale hanno risposto tutti i 93 infermieri (anche quelli che affermano di non aver mai visto abusi), solo il 13,83% sospetta un abuso da parte del figlio della vittima. Mentre, in un altro caso clinico proposto, il 51,58% lo individua da parte di una badante dell'anziano sotto forma di negligenza.

Inoltre, il 35,65% di tutti gli infermieri ha indicato come definizione di abuso verso l'anziano quella che in realtà descrive l'abuso psicologico. Solo il 29,57% indica la risposta considerata ad oggi più completa, ovvero quella adottata dall'OMS nel 2002.

Alcune considerazioni

La maggior parte degli infermieri, due terzi, sostiene di non essersi mai trovata di fronte a situazioni riconducibili ad abuso di persone anziane. Questo dato è confermato da altri studi scientifici, i quali affermano che gli operatori sanitari identificano con molta difficoltà eventuali condizioni di abuso, tanto che il fenomeno viene sottovalutato e rimane nascosto (Almogue et al., 2010; Cohen, 2013).

Le motivazioni, si ipotizza, possono essere svariate: reale bassa incidenza del fenomeno nel territorio indagato, mancanza di conoscenze, consapevolezza e/o strumenti che permettano di evidenziare tali fenomeni, ma anche la paura degli operatori nel denunciare e/o nell'affermare di aver visto o sospettato tali episodi.

Il restante 30.1% degli infermieri, però, dichiara di aver vissuto questa esperienza. In uno stesso presidio, per esempio in quello di Santorso, mentre il 46.2% afferma di aver assistito a episodi di abuso, il 53.8% afferma di non averne mai osservati. In questo ospedale, inoltre, c'è una percentuale maggiore di operatori che dichiarano di aver assistito ad episodi di abusi, quasi il doppio rispetto agli altri ospedali. (46,2% vs 24,3% medio). Questo dato, si ipotizza, potrebbe essere dovuto a molteplici motivi: per es. la giovane età dei professionisti, in quanto nell'ospedale di Santorso la maggior parte degli infermieri che hanno risposto ha un'età compresa tra 31 e 40 anni, a differenza degli altri ospedali in cui la maggioranza ha un'età compresa tra 41 e 50 anni. Ma il fattore vincente potrebbe essere anche un livello di formazione maggiore, ipotesi coincidente col fatto che, nel PS di Santorso la definizione di abuso ha ricevuto per il 60,87% una risposta corretta, a differenza di tutti gli altri ospedali in cui una minima parte risponde in modo corretto (Chioggia 29,17%, Bassano 28,00%, Cittadella 11,11%).

Inoltre è interessante notare come nell'ospedale di Chioggia ci siano operatori che, pur lavorando da più di 20 anni in PS, affermino di non aver mai assistito ad abusi ed altri che, pur lavorando da 1 a 5 anni, affermino di aver assistito a più di 10. Anche questo dato concorda con la letteratura scientifica circa la difficoltà degli operatori a identificare condizioni di abuso verso un anziano, giustificando le difformità delle risposte (Pasqualini, Salvioli 2001; Almogue et al., 2013).

Ancora più contraddittorie le risposte alla domanda se esistono protocolli/procedure da seguire o applicare in caso di abuso ad anziano, certo o sospetto. In tutti i PS degli ospedali selezionati, alcuni affermano che esistono, altri affermano il contrario, e altri ancora affermano di non saperlo. In verità i coordinatori dei quattro PS oggetto d'indagine hanno confermato che non esistono protocolli ad hoc per l'abuso degli anziani, ma che invece ne esistono per la violenza domestica, riguardo a donne e minori. Questo spiega l'incertezza degli operatori circa l'esistenza di strumenti specifici per la problematica.

Anche quest'ultimo particolare è confermato dalla letteratura che evidenzia la scarsa diffusione di strumenti di screening/riconoscimento per l'abuso verso l'anziano (Pelotti et al., 2013).

Conclusioni

L'abuso verso l'anziano è un fenomeno che, a causa dell'andamento demografico in atto, è destinato ad aumentare. Si tratta di un problema trascurato e sottovalutato perché difficilmente individuabile e di conseguenza scarsamente denunciato. I motivi sono diversi, ma la sottostima del fenomeno è sicuramente legata all'incapacità degli operatori di riconoscerlo e/o alla volontà più o meno inconsapevole di riconoscere un evento così "disturbante" che tocca profondamente le emozioni degli operatori (Cohen, 2013; Dong, 2005). La letteratura è concorde nell'affermare che l'abuso dovrebbe essere sempre sospettato quando si ha di fronte un anziano con problemi al PS. Per fare in modo che ciò accada, si suggerisce l'introduzione di strumenti di identificazione appositi e di azioni che promuovano una maggiore sensibilizzazione anche a livello sociale, con campagne contro la violenza, in cui si educino anche i caregiver (Boccaletti, Milianta, 2010).

Si deve puntare verso un cambiamento di mentalità che ostacoli l'emarginazione degli anziani e promuova la loro sicurezza, coinvolgendoli in attività sociali. Per quanto riguarda specificatamente il riconoscimento di tale fenomeno, qualora si presenti, è indispensabile migliorare le conoscenze dei professionisti sanitari inserendo questo fenomeno nei percorsi di studio delle diverse professioni, promuovendo corsi di formazione ed adottando l'uso di protocolli/procedure specifici che siano di supporto nel riconoscere ed affrontare eventuali episodi di abuso verso gli anziani con un approccio multidisciplinare al problema.

BIBLIOGRAFIA

- Almqvist A, Weisz A, Marcus EL, Belongia E (2010) Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch Gerontol Geriatr*, 51(1), 86-91.
- Annuario Statistico Italiano (2014) pag 70-74. Istituto nazionale di statistica. Scaricabile in <http://www.istat.it/it/files/2014/11/Asi-2014.pdf> ultimo accesso 30/6/2015.
- Boccaletti L, Milianta S (2010) Un Progetto Europeo per la Prevenzione degli Abusi sulle Persone Anziane. *Anziani: Prevenzione ed Inclusione. Focus*, 34-7.
- Cohen M (2013) The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 57(3), 243-9.
- Collins KA (2013) Elder Abuse. *Emory University School of Medicine*, 116-22.
- Dong X (2005) Medical implications of elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med*, 21(2), 293-313.
- Giurani F, Hasan M (2000) Abuse in elderly people: the Granny Battering revisited. *Arch Gerontol Geriatr*, 31(3), 215-20.
- Holstege CP, Holstege H (2007) Elder abuse, Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic, 1st Edition. San Diego: George Fink.
- McDonald L (2007) Abuse and Neglect of Elders. *Encyclopedia of Gerontology Second Edition*, University of Toronto, 1-9.
- Molinelli A, Odetti P, Viale I, Landolfi MC, Flick C, De Stefano F (2007) Medical, legal and geriatric aspects of elder abuse. *Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*, (55), 170-80.
- Pasqualini R, Salvioli G (2001) Come riconoscere e prevenire l'abuso nell'anziano. *Giornale di Gerontologia, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*, 1-5.
- Payne BK (2002) An integrated understanding of elder abuse and neglect. *Journal of Criminal Justice*, 30(6), 535-47.
- Pelotti S, D'Antone E, Ventrucci C et al. (2013) Recognition of elder abuse by Italian nurses and nursing students: evaluation by the Caregiving Scenario Questionnaire. *Aging Clin Exp Res*, 25(6), 685-90.
- Phelan A (2012) Elder abuse in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 20(4), 214-20.
- Scali M (2013) Le vittime dimenticate: anziani, abusi e maltrattamenti. I profili dell'abuso. *Giornale scientifico a cura dell'O.N.A.P. Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici*, 4(2).
- Soares JJF, Barros H, Torres-Gonzales F et al. (2012) Abuso e Salute tra gli Anziani in Europa. *Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)*, 24-99.

- Uggeri C (2008) Abuso e Violenza contro gli anziani. Il ruolo dell'infermiere legale nella prevenzione e nella gestione. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 32-41.
- Van Bavel M, Janssens K, Schakenraad W, Thurlings N (2010) Elder Abuse in Europe, Background and Position Paper, 14-22.
- Wolf R, Daichman L, Bennett G (2002) World Report on Violence and Health. Quaderni di Sanità Pubblica. Violenza e Salute nel Mondo. World Health Organization. Milano: CIS Editore, 199-222.
- Yaffe MJ, Tazkarji B (2012) Understanding elder abuse in family practice. Can Fam Physician, 58(12), 1336-40.



ESPERIENZE

La violenza verso gli infermieri in psichiatria: un'indagine multicentrica

di **Antonino Calabrò**

Infermiere, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Asl BI

Corrispondenza: anto.cala76@gmail.com

Introduzione

Il *National Institute of Occupational Safety and Health* definisce la violenza sul posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro” (NHS, 2009). Nel contesto lavorativo gli atti di violenza, nella maggior parte dei casi, sono rappresentati da eventi con esito non severo, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

La *Joint Commission* riporta, dal 2007 al giugno 2013, un numero complessivo di 257 eventi sentinella legati ad aggressione, violenza e omicidio (The Joint Commission, 2013). Nelle strutture ospedaliere italiane gli infortuni denunciati all'INAIL per qualifica professionale e modalità di accadimento nell'anno 2005 ammontano a 429, di cui 234 su infermieri e 7 su medici (INAIL, 2007). Nel 2010 gli infortuni denunciati all'INAIL nei servizi ospedalieri (totali non suddivisi per forma di accadimento) sono stati 15.417, in calo del 2,5% rispetto al 2009: quelli in itinere sono stati 2.873, il 18,6% del totale. Gli operatori che hanno fatto registrare il maggior numero di denunce di infortunio sono stati gli infermieri (46%), i portantini (22%) il medico (poco meno del 6%) (INAIL, 2013).

Gli episodi di violenza contro operatori sanitari sono considerati eventi sentinella, ovvero eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono determinare morte o grave danno al paziente e all'operatore (Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, 2009).

L'accadimento di questi eventi evidenzia potenziali carenze organizzative e può essere indicativo di insufficiente consapevolezza, da parte dell'organizzazione, del possibile pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie. In particolare l'evento può dipendere da scarsa vigilanza, da sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche e da difficoltà relazionali tra operatori e utenza. Il riconoscimento tempestivo dell'evento è importante per definire e attuare interventi di carattere organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per programmare la formazione del personale.

In generale, gli eventi di violenza si manifestano più frequentemente nelle aree di emergenza e urgenza e nelle strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali. La conferma viene dal “Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011)” in cui la psichiatria viene descritta come area ad alto rischio di atti di violenza a danno di operatore e come quarta causa di evento avverso sul territorio nazionale (130 casi pari al 9.02%).

Queste sono alcune delle ragioni per cui il tema della violenza sul posto di lavoro e l'aggressione nei settori della sanità e nei servizi sociali hanno assunto una posizione centrale in alcuni programmi di politica governativa.

Nel Regno Unito, la manifestazione più evidente di questa tendenza è stata il perseguimento attivo di una politica di "tolleranza zero" della violenza nei confronti del personale sanitario (NHS, 2009). Inoltre, nonostante la violenza al personale sia descritta come un problema unico per i servizi di assistenza sanitaria, l'aumento dei livelli di violenza è parte di un fenomeno sociale più ampio (Staub, 1996).

La *National Health Service Foundation Trust* (NHS, 2009) considera gli operatori sanitari uno dei gruppi più a rischio di aggressione nel Regno Unito; le statistiche del crimine indicano che circa il 5% di tutti gli infermieri nel Regno Unito sono aggrediti ogni anno (Budd, 1999).

Analoghi dati sono registrati anche in Irlanda, nei paesi Scandinavi e in Australia (Zernike & Sharpe, 1998). Una revisione della letteratura della *American Psychiatric Nurses Association* (A.P.N.A.) evidenzia che il 75% del personale infermieristico in unità psichiatriche (S.P.D.C.) è stato aggredito almeno una volta durante la carriera (A.P.N.A., 2008). Il 62% del personale clinico psichiatrico e il 28% del personale non clinico riferiscono di avere subito aggressione da parte dei pazienti almeno una volta nel corso della carriera. Il 94% degli infermieri psichiatrici canadesi ha riferito di essere stato aggredito almeno una volta nella carriera mentre il 54% ha riferito di essere stato aggredito più di 10 volte. Una ricerca irlandese (HSE, 2008) ha sottolineato come, nell'ambito della salute mentale che nell'ambito della gli infermieri siano particolarmente a rischio di aggressione fisica.

Altri studi hanno focalizzato l'attenzione sugli episodi di violenza in relazione al genere e al numero di operatori.

Lo studio di Daffern (2006), dimostra che l'impatto di genere del personale ospedaliero verso l'aggressione rimane un tema poco descritto in letteratura e che non ci sono dati significativi nella relazione tra genere e aggressione in una degenza psichiatrica.

Lo studio di Staggs (2013), invece, evidenzia che il numero del personale è direttamente proporzionale ai tassi d'aggressione e che, in presenza di un numero elevato di personale, tale rapporto è invertito e ancora, che il numero di infermieri esperti diminuisce tale associazione.

Uno studio italiano di Salerno e Dimitri (2009) che ha valutato la frequenza e il tipo di comportamento aggressivo manifestato dai pazienti e provato a identificare le caratteristiche dei pazienti più inclini a mostrare un comportamento aggressivo verso personale sanitario, ha dimostrato che il reparto psichiatrico presenta un rischio professionale elevato per gli operatori sanitari, soprattutto infermieri. Il comportamento aggressivo è particolarmente elevato durante il giorno e tra i pazienti psicotici ricoverati senza il loro consenso.

La segnalazione degli episodi di aggressione è molto bassa: secondo i dati dell'A.P.N.A. il 43% delle violenze fisiche e il 61% di violenza non fisica non vengono denunciate. Il 32% dei dipendenti aggrediti e l'8% di chi subisce violenza non fisica considerano la violenza come parte del lavoro.

L'indagine

Per dimensionare e comprendere meglio il fenomeno delle aggressioni verso gli infermieri in ambito psichiatrico è stata condotta un'indagine che ha coinvolto tutti gli infermieri che lavorano presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del territorio piemontese: complessivamente 24 unità operative.

I dati sugli eventi aggressivi nei confronti del personale sono stati recuperati presso le unità di gestione del rischio clinico mentre per esplorare le conoscenze e il vissuto degli infermieri nei confronti degli agiti aggressivi è stato costruito uno specifico questionario. Le aree considerate, prendendo come riferimento la ricerca condotta dal NHS nel 2010, sono state: la cultura *pro-security*, la consapevolezza dello staff sulla politica della sicurezza e iniziative, l'esperienza personale sulla violenza, le cause potenziali e fattori aggravanti, la risposta alla violenza e il miglioramento della sicurezza. Complessivamente le domande somministrate sono state 14.

Delle 24 unità operative coinvolte nell'indagine, solo 15 hanno risposto al questionario. Solo 3 unità di gestione del rischio clinico su 8 hanno ricevuto segnalazioni di eventi avversi o eventi sentinella da parte del personale degli SPDC. Tra le segnalazioni effettuate 15 sono state fisiche e 2 verbali.

Complessivamente i questionari somministrati sono stati 186, quelli compilati e restituiti 156. I rispondenti sono stati donne in una percentuale pari al 68,6% e uomini nella percentuale del 31,4%. L'età media è di 43 anni e la media degli anni di lavoro presso gli SPDC pari a 8. Il 92% degli operatori lavora su 3 turni, solo il 3%, lavora invece su un solo turno.

I risultati relativi alle aree indagate dal questionario sono stati i seguenti:

- **Cultura "pro-security"**: gli intervistati hanno riferito di sentirsi mediamente al sicuro sul posto di lavoro (47%) ma che, in presenza di pazienti violenti, si sentono mediamente meno sicuri. La maggior parte degli operatori considera di avere una discreta capacità di gestire le aggressioni verbali mentre questa capacità è scarsa per quelle verbali.
- **Consapevolezza dello staff sulle politiche della sicurezza e iniziative**: la maggioranza degli intervistati (73%) dichiara di non conoscere iniziative rispetto alla gestione degli agiti aggressivi, mentre il 98% dichiara di non essere a conoscenza di iniziative aziendali a supporto del personale aggredito.
- **Esperienza del personale verso la violenza**: per quanto riguarda le aggressioni fisiche e verbali subite nei 6 mesi precedenti la somministrazione del questionario, il 47% ha subito aggressioni verbali, il 56% aggressioni fisiche. Negli anni di lavoro il 19% non è mai stato aggredito fisicamente e il 4% non è mai stato aggredito verbalmente. Le sensazioni provate durante le aggressioni subite sono state diverse (**Tabella 1**).
- **Cause potenziali e fattori aggravanti della violenza**: il 78% individua i disturbi correlati a sostanze, il 47%, invece, i disturbi di personalità. Le ore diurne sono considerate il momento nel quale si verificano più aggressioni dal 84% rispetto alle ore notturne. Mentre non vi è una netta distinzione per il rischio di aggressione se il paziente si trova in regime di trattamento sanitario obbligatorio; solo il 54% riferisce che il rischio aumenta. Il fattore più rilevante rispetto a potenziali cause ambientali è stato percepito dagli intervistati come il rapporto spazio persone, cioè un possibile rischio di sovraffollamento nel luogo di degenza.
- **Risposta alla violenza**: la segnalazione dell'incidente da parte del personale è considerata un importante strumento sia per i casi di aggressione fisica che per quelli di aggressione verbale.
- **Migliorare la sicurezza**: l'informazione sulle modalità di difesa da un'aggressione e l'organizzazione sono da tutti ritenute fondamentali per una corretta gestione degli episodi di violenza. Paura, stress, frustrazione e sicurezza sono state le parole più spesso utilizzate per descrivere le sensazioni vissute durante gli episodi di violenza.

Tabella 1 - Sensazioni dopo aggressione		
Sensazioni	N	%
Stress psicologico, una forte esperienza emotiva	110	17
Più stress	84	13
Mi rende più consapevole	76	12
Mi sono sentito meno sicuro sul posto di lavoro	70	11
Ho meno fiducia nella sicurezza del mio posto di lavoro	55	9
Ho sentito meno soddisfazione sul lavoro	44	7
Ho meno fiducia nelle procedure di segnalazione	38	6
Ho imparato di più sulla sicurezza personale	41	6
Mi sento spaventato, preoccupato	30	5
Mi sono sentito meno in grado svolgere il proprio lavoro	16	3
Ho perso giorni di lavoro	11	2
Ho un atteggiamento più positivo verso i colleghi	15	2
Sto pensando a un nuovo posto di lavoro	14	2
Ho un atteggiamento più negativo nei confronti dei pazienti	9	1
Ho un atteggiamento più positivo nei confronti dei pazienti	9	1
Ho riscontrato dei disturbi del sonno	9	1
Ho un atteggiamento più negativo nei confronti dei colleghi	5	1
Altro	3	0

Conclusioni

Molte manifestazioni di aggressività e di violenza legate al lavoro sono dipendenti dalla malattia o dalla disabilità e sono da considerarsi non intenzionali da parte dell'aggressore. Anche se non intenzionali hanno comunque effetti negativi sul personale che le subisce.

Le aggressioni fisiche non hanno conseguenze solamente sul corpo delle vittime, ma lasciano sequele psicologiche che possono diminuire anche in termini di sicurezza, le performance lavorative degli operatori. Paure e preoccupazioni portano altresì il lavoratore ad assumere un atteggiamento più chiuso e più distaccato nei confronti degli assistiti che compromette il ruolo terapeutico della relazione.

I pazienti con comportamenti aggressivi devono essere considerati come un evitabile rischio professionale (Ministero del lavoro, 2008) e come tale dovrebbe essere riconosciuto e compensato.

Pertanto, la valutazione del rischio di violenza è una competenza indispensabile per tutti gli infermieri psichiatrici ai quali è richiesta maggiore formazione sulla gestione della violenza e la valutazione del rischio. Inoltre dovrebbero essere forniti programmi e misure di sostegno con particolare attenzione alla situazione di maggiore rischio, vale a dire, pazienti psicotici, pazienti con abuso di sostanze e pazienti non collaboranti.

BIBLIOGRAFIA

- A.P.N.A., The American Psychiatric Nurses Association. (2008). Workplace Violence Position Statement. A.P.N.A. 2008. consultato 2 novembre 2013, disponibile all'indirizzo: <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3786>.
- Budd, T. (1999). Violence at work: findings from the british crime survey.

- Catanesi, R., Carabellese, F., & Guarino, F. (2007). Analisi del comportamento violento in una popolazione di pazienti psichiatrici in Puglia e Basilicata. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 63 -79.
- Daffern, M., & Martin, T. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 90-9.
- INAIL, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. (2007). Andamento degli infortuni sul lavoro.
- INAIL, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. (2013). La sicurezza in ospedale. INAIL 2013. consultato 19 novembre 2013 , disponibile all'indirizzo: http://www.inail.it/internet/default/INAILcomunica/ListaPubblicazioni/p/DettaglioPubblicazioni/index.html?wlpnewPage_contentDataFile=UCM_PORTSTG_114865&wlpnewPage_dettaglioDaArchivio=true&wlabel=newPage.
- Martin, T., & Daffern, M. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 90–99.
- Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali. (2009). Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella.
- Ministero della Salute. (2013). Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella 4° rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011).
- Munro, V. (2002). Why do nurses neglect to report violent incidents? *Nursing times*, 23; 98 (17), 38-39.
- NHS, National Health Service. (2009). Policy & guidance for the recognition, prevention, and therapeutic management of violence and aggression.
- NHS, National Health Service. (2010). Security Management Service. Violence against frontline NHS staff – Research for COI on behalf of the NHS Security Management Service.
- Privitera, M., Weisman, R., Cerulli, C., Tu, X., & Groman, A. (2005). Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine*, 55, 480-486.
- Salerno, S., Dimitri, L., & Figà Talamanca, I. (2009). Occupational risk due to violence in a psychiatric Ward. *Journal of Occupational Health*, 51, 349-54.
- Sharon, D., & Tabak, N. (2000). Patient's violence towards the staff in psychiatric institution-a professional and ethical dilemma. *Med Law*, 19, 713-36.
- Staggs, V. S. (2013). Nurse staffing, rn mix, and assault rates on psychiatric Units. *Research in Nursing & Health*, 36, 26-37.
- Staub, E. (1996). Cultural-societal roots of violence. The examples of genocidal violence and of contemporary youth violence in the United States. *American Psychologist*, 51(2), 117-32.
- The Joint Commission. (2013). The Joint Commission: Sentinel Event Data Event Type by Year 1995 – June 2013 Event. consultato 20 dicembre 2013, disponibile all'indirizzo: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Event_Type_by_Year_1995-2Q2013.pdf.
- Zernike, W., & Sharpe, P. (1998). Patient aggression in a general hospital setting: do nurses perceive it to be a problem? *International Journal of Nursing Practice*, 4, 126-33.

SCAFFALE

Riparare i viventi

Maylis de Kerangal
Feltrinelli, 2015
pagine 224, euro 16,00



Se volete immergervi nel tumulto di sentimenti ed esperienze che si possono attraversare anche solo nell'arco di 24 ore, questo è il libro che fa per voi. Se siete un sanitario, di qualsiasi profilo professionale, sarà per voi un'esperienza importante entrare nelle vicende di Simon Limbres, dei suoi genitori, dei medici e infermieri che lo prenderanno in carico, della fidanzata che non lo ha potuto salutare.

Nello spazio di 24 ore il cuore di Simon Limbres diventerà quello di Claire Mejan: questa in poche parole la trama del libro. Ma attorno a questa vicenda, a questo ragazzo che vedremo agire solo per poche pagine, si sviluppano le storie e i sentimenti, nonché le tragedie, di un coro polifonico, quello che ruota appunto attorno a chi sta andandosene e chi è in attesa. Tra le storie, quella di Thomas Rémige, l'infermiere che assisterà Simon e la famiglia nelle ultime ore prima dell'espianto:

“I primi anni da infermiere nel reparto di rianimazione si sfianca: penetra in una sfera ultraterrena, uno spazio sotterraneo o parallelo, sul limitare dell'altro e turbato dal loro sfiorarsi limitrofo e continuo, quel mondo intriso di sonni in cui lui non dorme mai (...) Orari flessibili, incarichi pesanti, penuria di tutto: il reparto delimita uno spazio chiuso, che obbedisce a regole proprie, e Thomas ha la sensazione di isolarsi a poco a poco dal mondo esterno, di vivere in un luogo dove la cesura notte/giorno non comporta più niente per lui. A volte ha la sensazione di perdere il controllo.” (pag. 58).

Un infermiere come molti altri, che tenta di trovare un suo equilibrio tra vita personale e professionale, che cerca un senso non solo alla successione degli interventi clinici, ma anche al loro significato più profondo, senza nascondersi:

“Sette anni a quel ritmo, poi la voglia di cambiare passo all'interno dello stesso perimetro. Diventa uno degli infermieri coordinatori dei prelievi d'organi e di tessuti, trecento in tutto il paese, entra all'ospedale di Le Havre, ha ventinove anni, è magnifico. Quando gli fanno domande su quel nuovo orientamento che, senza dubbio, avrà richiesto una formazione supplementare, Thomas risponde rapporto coi parenti, psicologia, diritto, dimensione collettiva della procedura, tutto ampiamente presente nel suo mestiere d'infermiere, certo, ma c'è dell'altro, qualcosa di più complesso, e se è in vena di confidenze e di perdere un po' di tempo, parlerà di quel brancolare sulla soglia della vita, di un interrogativo sul corpo umano e i suoi utilizzi, di un approccio alla morte e alle sue rappresentazioni – perché è di questo che si tratta” (pag. 59-60).

Le storie dei personaggi si snodano lungo tutto il percorso di sostegno ai genitori del ragazzo, per valutare con loro la donazione degli organi, un percorso sempre straziante in cui alla professionalità del team è richiesto in primo luogo di riconoscere la unicità di questo strazio, inserendovi i passaggi previsti dalla procedura. Il lettore potrà così scendere nelle pieghe di questa vicenda, che molte volte si ripete in tanti ospedali ma con tinteggiature e pennellate sempre diverse, in realtà.

La storia dà la possibilità di assistere da vicino, anzi da dentro per così dire, a ogni fase di questo cammino che porta a *“seppellire i morti e riparare i viventi”* (pag. 103), fino al primo battito del cuore di Simon nel petto di Claire, la persona che da quel cuore verrà salvata, quel cuore che è sede e simbolo della vita in ogni epoca.

Anche in questa storia, come accade nella realtà, il destino di due persone sconosciute, lontane, diverse viene a fondersi. Solo che qui l'autrice risale dal dato scientifico, dalle evidenze, fondendo alle conoscenze scientifiche (che pure emergono nel libro) la tragedia, il sentirsi sovrastati, sfiniti, impotenti. La ricchezza di sentimenti ed emozioni, la polifonia che ne viene fuori, è veramente unica, con un equilibrio tra clinica e storie ed esperienze personali davvero raro. Il turbinio in cui si trovano scaraventati i protagonisti del romanzo diventa dopo poche righe anche quello del lettore, stimolando però non tanto l'angoscia, quanto la piena consapevolezza di quanto in queste situazioni si muove.

Un libro da leggere, probabilmente quasi tutto d'un fiato, e non solo perché dura 24 ore, piuttosto perché centra appieno l'essenza di una delle questioni più dibattute dell'epoca moderna.

Laura D'Addio

SCAFFALE

La simulazione nell'infermieristica. Metodologie, tecniche e strategie per la didattica

Anna Sponton, Antonio Iadaluca
CEA Casa Editrice Ambrosiana, 2014
pagine 168, euro 26,00



Negli ultimi anni la simulazione in ambito clinico ha assunto un'importanza crescente nel processo formativo in infermieristica, quanto nella formazione di tutti professionisti della salute. I cambiamenti negli scenari sanitari, sempre più complessi e prodotti in tempi brevi, si sono accompagnati ad un notevole incremento delle conoscenze relative al processo di professionalizzazione dell'infermiere e all'uso di tecnologie nella formazione adulta. In questo ambito ha trovato notevole spazio la ricerca circa l'efficacia della simulazione nel creare competenze stabili e in linea con il profilo professionale dell'infermiere.

In effetti, le evidenze disponibili in letteratura in merito ai processi formativi supportati da tecnologie sono in continua crescita, ma non sempre offrono prospettive univoche e fruibili in tutti i contesti educativi, proprio perché dipendenti dal tipo di

tecnologia e di strategia didattica utilizzata, a scapito della possibilità di confronto. A questo si devono aggiungere le differenti modalità di misurazione degli esiti educativi, che rendono necessaria altra ricerca e condivisione delle metodologie più efficaci nella formazione delle professioni sanitarie.

E' doveroso precisare che con il termine "tecnologia", in questo caso, si intende solo indicare quei dispositivi computerizzati che consentono la simulazione di situazioni cliniche in ambito sanitario, ovvero gli "Human Fidelity Patient Simulator", manichini che offrono elevati livelli di verosomiglianza al paziente ed in grado di riprodurre quadri clinici fisiologici e patologici utili nella formazione dei professionisti della salute, senza ricorrere all'utilizzo di attori in carne ed ossa (*Sample patient*).

Infatti, oltre ai comuni manichini meccanici (detti "simulatori a bassa fedeltà"), ampiamente diffusi e utilizzati per le esercitazioni nell'acquisizione di abilità tecniche o algoritmi standardizzati di comportamento, oggi sono disponibili manichini computerizzati (simulatori ad alta fedeltà), in grado di fornire in tempo reale parametri fisiologici, patologici e farmacologici in differenti contesti clinici. Aziende leader nel settore della simulazione in ambito sanitario hanno infatti sviluppato manichini tecnologicamente evoluti (*High Fidelity Patient Simulator*), che consentono la simulazione di scenari clinici - da semplici a molto complessi, grazie ai quali i discenti esercitano abilità tecniche, ragionamento clinico, pensiero critico, presa di decisione ed abilità nell'interazione di équipe.

In effetti i simulatori di ultima generazione offrono infinite possibilità di simulazione clinica, ma soprattutto offrono l'opportunità di effettuare simulazioni in équipe multiprofessionali e di agire in un ambiente sicuro per il paziente e per l'operatore stesso, che apprende come gestire la situazione clinica quanto le emozioni che colorano l'esperienza sul campo.

Il testo proposto da Sponton e Iadaluca parte da questo articolato quadro, offrendo l'esperienza e la competenza di un gruppo di formatori del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione didattica A.O. Salvini di Garbagnate Milanese. Il loro contributo rappresenta per tutti i formatori impegnati nella formazione base, quanto nell'educazione continua, un punto di partenza per la condivisione dell'utilizzo della simulazione ad alta fedeltà in infermieristica, in un momento in cui è indispensabile la discussione circa l'efficacia didattica a lungo termine di tale strategia.

A rendere ulteriormente interessante l'ambito affrontato da Sponton e Iadaluca, vi è la necessità di confronto circa le modalità con cui il Core Curriculum di infermieristica deve essere declinato nel tirocinio, nella didattica frontale e nelle attività di complemento ed il testo offre numerose opportunità di riflessione in merito.

Gli autori propongono la simulazione ad alta fedeltà come metodo didattico formativo che supporta e integra l'apprendimento degli studenti di Infermieristica con il tirocinio e con la didattica formale, senza sovrapporsi o sostituirsi ad essi. Tale aspetto assume una rilevanza notevole nella formazione dei giovani infermieri, poiché non sempre è chiaro come superare i limiti del tirocinio clinico e del laboratorio tradizionale, mentre gli autori ci offrono un approccio sicuramente da considerare nella formazione universitaria e da ripensare nella formazione continua.

Il testo, suddiviso in 8 parti, fornisce in apertura un quadro teorico di riferimento partendo dalla storia della simulazione in infermieristica, fino alla discussione dei fattori che influenzano l'utilizzo della simulazione alla luce dell'attuale formazione infermieristica in Italia.

Il secondo e terzo capitolo discutono la natura e gli obiettivi della simulazione ad alta fedeltà in infermieristica, nonché vantaggi e svantaggi del suo utilizzo, in Italia e nel panorama internazionale. Sponton attribuisce alla simulazione la potenzialità di ricreare un contesto di lavoro verosimile e "(...) credibile attraverso l'immedesimazione dei soggetti coinvolti in scenari costruiti con quella logica e senso che tengono in considerazione le emozioni che animano il lavoro e che contemplan anche l'interazione comunicativa tra i membri di un'équipe" (pag. 11). L'autrice fa quindi riferimento all'apprendimento esperienziale e riflessivo, facendo capo alle teorie dell'apprendimento secondo Kolb, per descrivere i principi teorici della didattica su cui la simulazione si basa.

Il quarto capitolo permette di esplorare limiti e potenzialità del laboratorio professionale in tutte le sue forme ed evidenzia come durante le sessioni di simulazione ad alta fedeltà possa essere messo in atto un processo di apprendimento riflessivo (proprio delle esperienze di apprendimento in laboratorio attivo e sul campo).

La progettazione degli scenari di simulazione è l'argomento del quinto capitolo, dove è possibile ritrovare un'interessante sintesi delle riflessioni ottenute tramite focus group da parte degli studenti del corso di Laurea di Garbagnate Milanese, circa limiti e opportunità dell'esperienza di apprendimento in laboratorio e in tirocinio.

Gli studenti evidenziano come la simulazione ad alta fedeltà possa in parte compensare le (mancate) opportunità di conoscenza e comprensione del contesto clinico, acquisizione di abilità comunicative, ragionamento clinico ed autoapprendimento che in laboratorio e in tirocinio non sempre è possibile garantire in maniera uniforme e diffusa a tutti gli studenti. Tale testimonianza avvalorà il ruolo della simulazione quale momento di apprendimento che integra e non si sovrappone all'apprendimento offerto da altri dispositivi formativi (lezioni teoriche, tirocinio pratico, laboratorio).

Il capitolo offre inoltre dei validi e riproducibili progetti di scenari per l'infermieristica, che consentono di riflettere sulle potenzialità della simulazione ad alta fedeltà in tutti gli ambiti e livelli della formazione base e continua. I progetti pubblicati nel testo consentono ai docenti di constatare come la simulazione ad alta fedeltà non consenta solo di progettare scenari con una logica di tipo "reattivo" in risposta ad eventi definiti e precipitanti (es. emergenze), ma anche scenari di tipo "proattivo" o anticipatorio, dove le condizioni dei pazienti non sono francamente deteriorate, ma richiedono abilità di osservazione e pensiero critico (situazioni di rischio e possibilità di ragionamento e pianificazione a breve, medio e lungo termine), nonché abilità gestuali semplici e complesse.

Gli autori offrono nel testo anche la descrizione pratica dell'inserimento dello scenario nel software utilizzato presso il corso di Laurea. La tecnologia utilizzata dagli autori è fornita da una azienda leader nel settore, che vanta ricerca d'avanguardia e collaborazioni con aziende sanitarie e università nella progettazione di tecnologie per l'apprendimento in ambito sanitario. Pertanto, accanto alla discussione del rapporto costo/efficacia riportata nel secondo capitolo, i docenti/lettori potranno anche prefigurarsi il livello di impegno (accettabile!) richiesto nella preparazione degli scenari. Tale contributo rende il testo di Sponton e Iadaluca insostituibile per chi si vuole avvicinare alle tecniche di simulazione ad alta fedeltà.

I due capitoli successivi (sesto e settimo) guidano il lettore in una esaustiva ed esperta descrizione della preparazione, allestimento, conduzione dello scenario progettato. Ricchezza di particolari e di immagini rendono perfettamente comprensibile la fase pratica.

Particolarmente rilevante, per chi si confronta con il ruolo di docente in infermieristica, è l'ottavo e ultimo capitolo, dove Sponton guida il lettore nella complessità della valutazione della performance ottenuta dallo studente nella simulazione. La questione della valutazione fa parte del dibattito aperto circa la simulazione in infermieristica, poiché la ricerca offre poche evidenze in merito a quale approccio utilizzare in termini di validità e affidabilità. La valutazione, infatti, dovrebbe mirare "alla misurazione delle conoscenze trasformate in comportamenti e abilità attese, insieme alle capacità trasversali quali responsabilità, autonomia, iniziativa, capacità di motivare scientificamente gli interventi messi in atto" (pag. 142) ed è comprensibile, quindi, l'importanza di una corretta scelta degli approcci e degli strumenti. L'autrice, in questo capitolo, descrive il processo di valutazione dal punto di vista teorico e propone l'approccio utilizzato nell'esperienza presso il corso di Laurea, descrivendo gli aspetti docimologici e gli strumenti implementati, lasciando aperta una porta alla discussione ed invitando il lettore a ragionare su possibili proposte di miglioramento.

Il testo, infine, fornisce i codici di accesso per la visualizzazione on-line di utilissimi video prodotti dagli stessi autori e dai loro studenti durante le sessioni di simulazione ad alta fedeltà descritte nei capitoli.

“La simulazione nell’infermieristica” è un contributo prezioso, poiché è il primo supporto in lingua italiana a fornire ai docenti interessati alla simulazione ad alta fedeltà un’esperienza ricca e condivisa, un invito ad accettare diffusamente la sfida al miglioramento della didattica dell’infermieristica nel contesto moderno. Come non cogliere questo invito?

Barbara Suardi

Coordinatore della Didattica Professionale
Corso di Laurea in Infermieristica – Sede di Novara
Università del Piemonte Orientale

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