

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LX

3

ISSN 2038-0712

**MAGGIO-GIUGNO
2016**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Un contratto che parla di professionalità

di Barbara Mangiacavalli

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Gli effetti dei turni di 12 ore sul personale infermieristico. Una revisione narrativa

di Diamante Iavarone

La gestione della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico: overview di revisioni sistematiche

di Deborah Galeota Fiore, Luca Giuseppe Re, Maura Lusignani

● CONTRIBUTI

Isolamento da contatto. Quali conseguenze per il paziente?

di Pasquale La Torre

Sperimentazione e validazione di una nuova prova per l'esame di abilitazione nel corso di laurea in infermieristica

di Giuseppe Marmo, Arianna Procacci, Cirio Luigi, Mario Castoldi, Alberto Dal Molin, Maria Adele Schirru, Valerio Dimonte

L'Infermiere di famiglia e di comunità: la formazione di questa nuova figura presso l'Università di Torino e l'Università del Piemonte Orientale (UPO)

di Ginetto Menarello, Sara Bidone

● ESPERIENZE

Narrare di sé in oncologia: analisi qualitativa delle emozioni in scritti di pazienti e operatori e implicazioni per l'assistenza infermieristica

di Giulia Ortez, Raffaella Valente, Barbara Muzzatti

Chi si occupa dell'infermiere? Arte-terapia, danza-terapia, riflessologia plantare e training autogeno per gestire lo stress lavoro-correlato

di Mattia Morone, Martina Mercurio, Fabiana Bongiovanni, Liliana Colombano, Silvia La Paglia, Francesca Gonella, Valentina Riba, Simona Olivero

Ruolo della consulenza infermieristica in oncologia: un'esperienza italiana

di Nidia Sofia Diaz Gaitan, Giuseppina Iacono, Paola Peirano, Paolo Pronzato, Beatrice Dozin

Il *disabled advanced medical assistance* in Lombardia: il progetto della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

di Michele Chieppi, Rodolfo Lodi, Emanuela Tavazza, Piera Bergomi, Carlo Marena

Il Ramadan: quali indicazioni per la persona diabetica

di Irene Milan, Giuliana Becciu, Elisabetta Balestreri

● SCAFFALE

Valutazione infermieristica della persona assistita, approccio integrato

Complessità assistenziale: un metodo per orientarsi

Innovazione e governance delle professioni sanitarie. Scenari di sviluppo per una sanità a misura d'uomo

La ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute

Alzheimer. Come favorire la comunicazione nella vita quotidiana

EDITORIALE

Un contratto che parla di professionalità

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

La prima tappa del rapido percorso di ulteriore, costante ascesa della nostra professione, si è presentata in questo inizio d'estate con un duplice obiettivo in un solo colpo: il nuovo contratto e lo sviluppo delle nuove competenze degli infermieri.

Mantenendo infatti la promessa già insita nella loro approvazione della bozza di accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate per la nostra professione, e visto lo stallo che le istituzioni governative, le Regioni hanno preferito scegliere il contratto come risposta alla definizione di questo primo, nuovo e indispensabile tassello per il cambio di rotta che necessariamente dovrà effettuare l'assistenza del Servizio sanitario nazionale. Dribblando di fatto l'ormai noto comma 566 della legge di stabilità 2014 e rendendo omogenee le previsioni già attuate spontaneamente in molte realtà locali per ottimizzare i servizi contenute nell'accordo Stato-Regioni.

Il Comitato di settore Sanità ha inserito l'infermiere specialista nell'atto di indirizzo all'Aran per il nuovo contratto.

Questo significa che ora, al tavolo delle trattative ormai ai nastri di partenza, non si dovrà solo recuperare la dignità degli infermieri e degli altri professionisti sanitari, costretti da oltre sei anni a veder ridotto il loro stipendio in termini assoluti, ma soprattutto dal punto di vista di un potere di acquisto che ha perso almeno il 25% del suo valore. Si dovranno infatti gettare le basi, sia di inquadramento e di carriera, sia economiche, per l'ulteriore balzo in avanti possibile con le competenze avanzate.

Gli infermieri con questo passo ottengono un'importante affermazione professionale. E' delle professioni intellettuali infatti avere nel loro Dna diversi livelli di responsabilità che arrivano fino alla dirigenza, quella vera. E sia la legge Madia sulla riforma della Pubblica amministrazione, sia ora le basi del nuovo contratto ci riconoscono questo status inserendo la nostra professione a pieno titolo nel contratto della dirigenza sanitaria e anche prevedendo nei fatti una crescita professionale che rappresenta una ulteriore testimonianza e un altro trampolino di lancio per lo sviluppo dell'infermieristica italiana.

E' chiaro: l'atto di indirizzo non è il contratto e comunque le Regioni fanno riferimento alla bozza di accordo che norma le aree delle competenze avanzate. Ma l'atout è ormai sul tavolo dei giochi che i sindacati dovranno condurre per ottenere questa volta ci auguriamo in un vero gioco di squadra, i migliori risultati di sempre.

Gli infermieri sanno bene cosa hanno dovuto affrontare in questi lunghi anni in cui, al di là della pur importantissima questione economica, sono stati messi nelle condizioni di svolgere il loro lavoro, quella professione che hanno scelto e sentono dentro di sé, tra mille difficoltà, con mille ostacoli, dai turni di lavoro impossibili agli organici sempre più ridotti, dalla crescita dell'età media che per la nostra professione spesso determina situazioni di disagio all'assenza di quel supporto che, sul territorio, sappiamo tutti benissimo essere necessario per preservare davvero la salute dei cittadini, dei nostri assistiti.

Le Regioni e il ministero della Salute hanno mantenuto ora la promessa e la coerenza. La promessa di dare un nuovo impulso alla valorizzazione delle professioni sanitarie seguendo le linee indicate, come anche lo stesso atto di indirizzo ricorda nelle sue premesse, nel Patto per la salute e nel recepimento di tutte le ultime direttive europee in materia. La coerenza perché sono state le Regioni le prime a sottoscrivere e approvare con la bozza di accordo sulle nuove competenze degli infermieri.

Certo, il lavoro non finisce qui e spetterà poi all'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie, ricostituito presso il ministero dell'Università a marzo di quest'anno, prevedere i vari percorsi formativi, compreso, per la laurea magistrale i nuovi indirizzi clinici, implicito nella nuova figura di professionista specialista.

Ma la scelta del Comitato di settore conferma l'efficacia della politica portata avanti dall'Ipasvi. Da ora in poi, quando il tavolo contrattuale sarà aperto, toccherà ai sindacati, che dovranno davvero mettercela tutta, far applicare, difendere e tutelare il lavoro dei nostri professionisti e di tutti gli operatori chiamati in causa nel nuovo modello di assistenza disegnato dalle Regioni. Concertazione e collaborazione reale sono le parole chiave per continuare a lavorare fianco a fianco in un nuovo modello di sanità sicura, efficace, appropriata e sostenibile.

Così, nel nuovo contratto ci sarà il "professionista specialista", laureato e con un master di primo livello nelle professioni sanitarie. E ci sarà un "professionista esperto", quello che ha acquisito competenze avanzate grazie a percorsi formativi complementari regionali e le attività professionali svolte anche in base a protocolli concordati tra le rappresentanze delle professioni, di quelle mediche e dell'area sanitaria in generale.

Ma nel nuovo contratto e nella nostra professione, non dobbiamo mai dimenticarlo, c'è soprattutto la realizzazione e la materializzazione di quello spirito, di quella volontà che ci fa essere sempre accanto ai nostri assistiti, che ci fa essere sempre pronti ad affrontare qualunque avversità purché possano vedere realizzati i loro bisogni di salute, che ci fa essere pronti, preparati e aggiornati anche al di là di quello che ci viene riconosciuto se questo serve per poter scrivere la nostra assistenza con la "A" maiuscola. Che ci fa essere, semplicemente e orgogliosamente, infermieri.

Gli effetti dei turni di 12 ore sul personale infermieristico. Una revisione narrativa

Diamante Iavarone¹

¹Infermiere, Azienda socio sanitaria territoriale Nord di Milano, sede di Sesto San Giovanni

Corrispondenza: diamante.iavarone@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione La durata del turno lavorativo è un aspetto importante sia per il personale sia per le aziende sanitarie. Lo scopo di questa revisione narrativa è di mettere a confronto gli effetti e gli esiti sul personale infermieristico di turni di lavoro di 8 e 12 ore.

Materiali e metodi È stata condotta una revisione narrativa della letteratura consultando banche dati quali PubMed, Trip Database, CINAHL e The University of York e Cochrane Library.

Risultati Sono stati inclusi nella revisione 12 articoli di letteratura primaria. I risultati degli studi analizzati mostrano che i turni di 12 ore, rispetto a quelli di 8, tendono ad affaticare maggiormente il personale infermieristico; ciò si associa a più alti livelli di *burnout* e più frequenti errori terapeutici che possono esitare in una bassa qualità dell'assistenza infermieristica; altri possibili effetti sono l'aumento dei tassi di malattia e il peggioramento della qualità del sonno. Al contempo i vantaggi dei turni di 12 ore sono la riduzione dei costi per le aziende sanitarie e una maggiore disponibilità di tempo libero per il personale.

Conclusioni L'introduzione di turni di 12 ore va preceduta da un'attenta valutazione della complessità assistenziale del reparto e delle caratteristiche dei pazienti e del personale.

Parole chiave: turno di 12 ore, turno di 8 ore, orario di lavoro esteso, *burnout*, errori terapeutici, eventi avversi, infermieri

The effects of 12-hour shifts on nursing staff. A narrative review

ABSTRACT

Introduction The duration of shift work is an important issue, both for staff and for healthcare companies. The purpose of this narrative review is to compare the effects and the outcomes on nursing staff of 8 and 12-hours shifts.

Methods A narrative review through databases such as PubMed, Trip Database, CINAHL, and The University of York and the Cochrane Library has been conducted.

Results Twelve primary literature articles were included. For nursing staff, the 12-hours shifts compared to 8-hours one causes more fatigue, induces an higher burnout level and risk of errors that could affect nursing care quality. Others effects of 12-hours shifts are the increase of the workers' disease rate and a worse sleep quality. The advantages of 12-hours shifts are the cost reduction for healthcare companies and more free time for the staff.

Conclusions The introduction of 12-hour shifts should be preceded by an evaluation of the ward complexity and patient and staff characteristics.

Keywords: 12-hour shift, 8-hour shift, extended working hours, burnout, adverse events, nurses

INTRODUZIONE

I turni di lavoro prolungati per gli infermieri furono introdotti nel 1980 e sono ora impiegati in alcuni reparti ospedalieri (Josten EJ et al., 2003). Anche se i turni di 12 ore sono in parte accettati dagli infermieri, non sono privi di conseguenze. Da una prospettiva manageriale, i turni di 12 ore permettono, da una parte, di offrire un servizio più continuo e, dall'altra, portano a un risparmio economico. Per gli infermieri

questi turni portano a una maggiore flessibilità nella gestione degli impegni familiari e personali (Dall'Ora C et al., 2015; Stone PW et al., 2006; Lea A et al., 2003); per i pazienti significa vedere lo stesso infermiere per un'intera giornata ma, al contempo, una minore probabilità di essere assistiti dallo stesso infermiere durante la settimana e, quindi, una minore continuità delle cure.

Secondo Dwyer T e collaboratori (Dwyer T et al.,

2007) aumentare la durata dei turni è la chiave per una migliore cultura assistenziale infermieristica ed esperienza del paziente. Tuttavia, alcune evidenze suggeriscono l'associazione tra i turni di 12 ore e una maggiore probabilità di commettere errori terapeutici; infatti, l'eccessivo carico lavorativo porterebbe a un esaurimento emotivo a *burnout* a livello biologico, psicologico e sociale (Dall'Ora C et al., 2015). La preoccupazione che questi turni potessero influire sulla qualità e sulla sicurezza delle cure infermieristiche ha spinto alcune organizzazioni a ritornare ai turni di 8 ore (Weaver AL et al., 2016). I turni di 12 ore possono anche limitare la possibilità di dormire, riducendo le prestazioni una volta rientrati al lavoro, influenzando negativamente la qualità dell'assistenza infermieristica e portando, in alcuni casi, all'aumento dei tassi di malattia del personale. Alcuni studi hanno dimostrato che gli infermieri che lavorano su turni di 12 ore nei reparti di medicina e chirurgia generale, dipartimenti di emergenza e case di cura e assistenza domiciliare, hanno una scarsa qualità del sonno dovuto all'eccessivo affaticamento causato dai bisogni imprevedibili dei pazienti (Weaver AL et al., 2016; Dall'Ora C et al., 2015; Estryn-Béhar M et al., 2012). Il turno di lavoro di 12 ore porta a una riduzione delle prestazioni in termini qualitativi, soprattutto nelle ultime ore, comportando possibili errori nel passaggio di consegne, nella somministrazione di farmaci, nell'identificazione dei pazienti e a un aumento dell'insoddisfazione dei pazienti e del rischio di insorgenza di ulcere da pressione dovute alla loro scarsa mobilitazione (Dall'Ora C et al., 2015; Chen J et al., 2014; Scott

LD et al., 2014). Per questo è necessario che il ricorso ai turni di 12 ore sia attentamente valutato dai dirigenti infermieristici in base alle caratteristiche del reparto, dei pazienti e del personale (Chen J et al., 2014; Dwyer T et al., 2007; Szczurak T et al., 2007).

Lo scopo di questa revisione narrativa è di mettere a confronto gli effetti e gli esiti sul personale infermieristico di turni di lavoro di 8 e 12 ore.

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione della letteratura internazionale consultando banche dati quali CINHAL, Cochrane Library, PubMed, The University of York Library (DARE) e Trip Database.

Sono stati presi in considerazione gli studi:

- clinici sperimentali e non sperimentali (osservazionali, descrittivi) e le revisioni sistematiche;
- pubblicati, in qualsiasi lingua, dal primo gennaio 2003 al primo ottobre 2015, periodo in cui si sono concentrati i principali studi che hanno indagato i turni di lavoro di 8 e 12 ore;
- con un campione che includesse infermieri che praticavano turni di 8 e/o 12 ore (escludendo le ore di reperibilità, straordinario e part-time);
- che riguardassero la relazione dei turni del personale infermieristico di 8 e 12 ore con il *burnout* e gli errori terapeutici.

I termini di ricerca, usati singolarmente o tramite operatori booleani, e la strategia di ricerca sono indicati nella tabella 1.

Il rischio di *bias* è stato valutato dall'autore tramite il Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), uno stru-

Tabella 1. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave
CINHAL	("12-Hour-Shift" or "8-Hour-Shift" or "Extended work hours") and ("job satisfaction" or "burnout" or "stress" or "errors" or "Fatigue") and ("nurses" or "nursing") - Published Date: 20030101-20151001
Cochrane Library	"12-Hour-Shift" or "8-Hour-Shift" or "Extended work hours" and nurses (I termini sono stati ricercati per i campi: titolo, abstract e parole chiave)
PubMed	("12-Hour-Shift"[All Fields] OR "8-Hour-Shift"[All Fields] OR "Extended work hours"[All Fields]) AND ("job satisfaction"[All Fields] OR "burnout"[All Fields] OR "stress"[All Fields] OR "errors"[All Fields] OR "Fatigue"[All Fields]) AND ("nurses"[All Fields] OR "nursing"[All Fields]) AND ("2003/01/01"[PDAT] : "2015/12/31"[PDAT])
The University of York (DARE)	"12-Hour-Shift" and "nurses"
Trip Database	("12-Hour-Shift" or "8-Hour-Shift" or "Extended work hours") and ("job satisfaction") and ("burnout" or "stress") and ("errors" or "Fatigue") and ("nurses" or "nursing")

mento validato (Pace R et al., 2012) e progettato per la valutazione della letteratura primaria con approccio qualitativo, quantitativo e misto; esso permette la valutazione di studi controllati randomizzati, non randomizzati, osservazionali e descrittivi (Pluye P, 2013). Il MMAT ha dimostrato la sua validità e affidabilità in diversi studi (Pluye P et al., 2014; Pace R et al., 2012; Pluye P et al., 2009).

RISULTATI

Tramite la ricerca bibliografica sono stati trovati 318 articoli. Dopo una prima valutazione sono stati esclusi 269 articoli non rilevanti, pubblicazioni che facevano parte delle linee guida e sinossi rilevate in Trip Database. Altri 7 articoli sono stati rimossi perché doppi. Infine, in base ai criteri di inclusione stabiliti, sono stati considerati rilevanti solo 12 studi di letteratura primaria che trattavano ampiamente gli argomenti oggetto di questa revisione narrativa.

Caratteristiche degli studi

Quasi tutti gli articoli sono in lingua inglese e sono stati condotti in paesi intra ed extraeuropei (USA, Paesi Bassi, Regno Unito, Canada, Australia, Olanda, Germania, Grecia, Francia, Italia, Finlandia, Norvegia, Polonia e Svezia). Secondo lo strumento MMAT (Pace R et al., 2012), la qualità degli studi è variata dal 72% al 90%, ovvero da moderata a eccellente. Su 12 articoli: 5 sono *cross sectional*, 3 sono *case report*, 2 sono di coorte, uno è uno studio caso controllo e uno di tipo *case series*.

Sette studi hanno esaminato gli effetti dei turni di lavoro di 8 e 12 ore sul personale infermieristico (Dall'Ora C et al., 2015; Chen J et al., 2014; Estryn-Béhar M et al., 2012; Wilkins K et al., 2008; Szczurak T et al., 2007; Dwyer T et al., 2007; Stone PW et al., 2006) mentre cinque studi hanno esaminato gli effetti dei soli turni di lavoro di 12 ore (Weaver AL et al., 2016; Scott LD et al., 2014; Cohen J, 1968; Geiger-Brown J et al., 2012; Lea A et al., 2003). In particolare, quattro studi hanno indagato la presenza di *burnout* e di errori terapeutici (Dall'Ora C et al., 2015; Chen J et al., 2014; Estryn-Béhar M et al., 2012; Stone PW et al., 2006) mentre otto studi si sono concentrati solo su questi ultimi (Weaver AL et al., 2016; Scott LD et al., 2014; Cohen J, 1968; Geiger-Brown J et al., 2012; Wilkins K et al., 2008; Szczurak T et al., 2007; Dwyer T et al., 2007; Lea A et al., 2003).

In appendice 1, a pagina e45, sono illustrati i principali aspetti emersi dall'analisi degli studi considerati.

Risultati degli studi

Calhoun, Wilkins e rispettivi collaboratori (Calhoun AW et al., 2014; Wilkins K et al., 2008) hanno ri-

portato l'associazione tra i turni di lavoro di 12 ore e gli errori terapeutici. Quasi un quinto degli infermieri che ha lavorato su turni di 12 ore ha riferito di essere stato responsabile di un evento avverso, in questo caso l'uso involontario e inappropriato di un farmaco, con pericolo per il paziente. Nell'ambito della somministrazione di farmaci, gli errori commessi dagli infermieri hanno riguardato: il paziente ricevente, il farmaco, la dose, la frequenza o la via di somministrazione e le interazioni note; altri errori sono stati la mancanza di documentazione di allergie o il relativo mancato controllo e la mancanza di informazioni cliniche (Wilkins K et al., 2008). Secondo Calhoun e collaboratori, il turno di lavoro di 12 ore porta a una riduzione delle prestazioni di lavoro in termini qualitativi, causando errori nel passaggio di consegne, di identificazione dei pazienti e/o nella somministrazione di farmaci, più reclami da parte dei pazienti e il rischio di insorgenza di ulcere da pressione dovute a scarsa mobilitazione (Calhoun AW et al., 2014). Inoltre, nel corso del turno di 12 ore, le richieste di assistenza infermieristica sono state percepite eccessive rispetto alle risorse disponibili causando nel personale infermieristico una forma cronica di esaurimento emotivo e fisico associata a maggiori livelli di *burnout*. Di fatto, gli infermieri che lavoravano a pieno carico sono risultati meno in grado di fornire supporto ai colleghi in turno nei momenti di necessità; i turni di 12 ore, di solito, hanno portato a un sovraccarico e, in un ambiente lavorativo dove il personale è insufficiente, a scarsa collaborazione (Wilkins K et al., 2008).

Secondo Scott e collaboratori (Scott LD et al., 2014) la stanchezza influenza il morale del personale, portando a un minore lavoro di squadra.

Dall'Ora e collaboratori (Dall'Ora C et al., 2015) hanno osservato che i turni di 12 ore, rispetto a quelli di 8 ore, sono stati associati a maggiori livelli di *burnout*. Nello specifico, grazie al Maslach Burnout Inventory (MBI), è stato riportato esaurimento emotivo e *burnout* nel 37% (odds ratio=1,26, IC95%: 1,09-1,46) del campione di infermieri soggetti a turni di 12 ore di lavoro; nel campione di infermieri soggetti a turni di 8 ore tale percentuale è risultata minore e il livello di *burnout* non ha superato la soglia imposta dal MBI (Dall'Ora C et al., 2015). Nel personale infermieristico impegnato in turni di 12 ore, il *burnout* si è manifestato su tre livelli: biologico, con uno squilibrio ormonale e immunologico, psicologico, con scarsi processi cognitivi ed esaurimento emotivo, e sociale, dovuto all'insoddisfazione e all'eccessivo carico lavorativo. In un terzo degli intervistati è stata rilevata l'intenzione di lasciare il proprio lavoro. Nella maggioranza dei casi l'insoddisfazione lavorativa

e la stanchezza si sono sviluppate dopo un'attività acuta e prolungata, mentre si è manifestata meno nel caso di turni di 8 ore; in quest'ultimo caso nel personale, grazie alla possibilità di avere un riposo più regolare, non è stato evidenziato l'affaticamento cronico che caratterizza l'esaurimento fisico e mentale (Dall'Ora C et al., 2015; Stone PW et al., 2006). Inoltre, per gli infermieri che lavorano su turni di 12 ore è risultata una minore qualità e quantità del sonno perché frequentemente disturbato (Dall'Ora et al., 2015). Tuttavia, nei reparti a media complessità assistenziale, come la medicina generale per adulti, il 58% degli infermieri che ha lavorato su turni di 12 ore è rimasto mediamente più soddisfatto grazie al maggiore tempo libero a disposizione pur essendo risultato esaurito a livello emotivo.

Lo studio di Stone (Stone PW et al., 2006) ha mostrato che si sono verificate più segnalazioni di eventi avversi (*incident reporting*) nel gruppo di infermieri soggetti a turni di 12 ore rispetto al gruppo con turni di 8 ore (rispettivamente 15 segnalazioni contro 11). Inoltre, gli infermieri impegnati in turni di 12 ore in servizio presso un reparto ad alta complessità assistenziale, per esempio l'area critica pediatrica, hanno riportato una bassa percentuale di completamento delle attività infermieristiche quali, per esempio, l'accettazione e la raccolta dati, la dimissione e la chiusura della cartella infermieristica, l'identificazione del paziente e la realizzazione della prestazione. Secondo i risultati dello studio di Calhoun, i tassi di errore più alti si sono manifestati: all'atto della verifica dell'identità del paziente, risultata corretta nello 0-25% dei casi, nei doppi controlli nella somministrazione di un farmaco, risultata corretta nel 26-50% dei casi e nella programmazione di una pompa per via endovenosa, risultata corretta nel 51-75% dei casi (Calhoun AW et al., 2014). Lo studio di Estryn-Béhar e collaboratori (Estryn-Béhar M et al., 2012) riporta importanti considerazioni sui livelli di *burnout*: gli infermieri che hanno praticato turni di 12 ore (di giorno o di notte) e che hanno prestato servizio in reparti con attività assistenziale medio-alta, per esempio nelle case di cura e in assistenza domiciliare, hanno presentato esaurimento emotivo e un alto livello di *burnout*, bassa capacità di lavorare, frequente preoccupazione di commettere errori, alta probabilità di *turnover* e di congedi di malattia di più di 5 giorni, scarsa o assente partecipazione al lavoro di squadra e conflitti con i colleghi. Il livello di *burnout*, la preoccupazione di commettere errori e la necessità di recupero dalla fatica lavorativa sono risultati minori nel personale sottoposto a turni di 8 ore (Estryn-Béhar M et al., 2012).

Weaver, Dwyer, Szczurak e rispettivi collaboratori

(Weaver AL et al., 2016; Dwyer T et al., 2007; Szczurak T et al., 2007) hanno rilevato una maggiore incidenza di eventi avversi e presenza di *burnout* nel personale soggetto a turni di 12 ore (in reparti quali cardiologia e chirurgia); oltre a ciò hanno indagato altri aspetti. Weaver e collaboratori hanno riscontrato una maggiore necessità di recupero dall'affaticamento lavorativo e una scarsa qualità del sonno nel personale sottoposto a turni di 12 ore (Weaver AL et al., 2016); secondo Dwyer e collaboratori (Dwyer T et al., 2007) i turni di lavoro di 12 ore portano a un affaticamento psicologico e fisico sul lavoro che aumenta con l'aumentare dell'età del personale infermieristico. Infatti, un personale con età media di 30 anni sottoposto a turni di 12 ore ha mostrato una maggiore capacità di fronteggiare l'affaticamento psicologico e fisico rispetto a un personale più anziano, con un'età media maggiore o uguale a 40 anni di età; inoltre, per questi ultimi è stata riscontrata una maggiore probabilità di commettere errori e una minore qualità del sonno rispetto al personale sottoposto a turni di 8 ore negli stessi reparti, che hanno potuto godere di un pieno recupero sia fisico, sia psicologico. Nello studio di Szczurak e collaboratori (Szczurak T et al., 2007) gli infermieri (con età compresa tra 31 e 40 anni) sottoposti a turni di 12 ore presso reparti a medio-alta attività assistenziale hanno mostrato un calo delle attività infermieristiche del 58% circa, sia nel reparto di chirurgia sia in quello di cardiologia, rispetto a chi praticava turni di 8 ore negli stessi reparti. Questa diminuzione delle attività è stata associata al carico psicologico e alla fatica fisica, con un minore rendimento lavorativo in termini qualitativi. Ciò ha fatto supporre che la qualità delle prestazioni infermieristiche erogate durante i turni di 12 ore sia stata minore rispetto a quelle erogate durante i turni di 8 ore (Szczurak T et al., 2007). Anche i risultati di Chen, Estryn-Béhar e rispettivi collaboratori hanno mostrato come nei reparti ad alta intensità di cure (per esempio, terapia intensiva e sub intensiva) il personale sottoposto a turni di 12 ore abbia un più alto esaurimento emotivo rispetto a chi pratica il turno di 8 ore (Chen J et al., 2014; Estryn-Béhar M et al., 2012). Invece, il personale infermieristico sottoposto a turni di 12 ore in reparti a bassa complessità assistenziale e in ospedali "magnete" – ovvero le strutture con alte percentuali di soddisfazione tra il personale, un basso *turnover* e basse percentuali di posti scoperti in organico – ha usufruito di pause più lunghe rispetto a quello degli ospedali non-magnete portando a una maggiore soddisfazione lavorativa. Ancora, nei reparti a bassa complessità assistenziale, come quelli di traumatologia e reumatologia, gli infermieri sottoposti a turni

di 12 ore, rispetto a quelli con turni di 8 ore, hanno riportato meno eventi avversi, maggiore soddisfazione lavorativa e maggiore tempo libero da dedicare alle relazioni interpersonali (amici e parenti) (Chen J et al., 2014; Estryn-Béhar M et al., 2012).

Lea A e collaboratori (Lea A et al., 2003) hanno evidenziato che i turni di 12 ore, assieme a un'ottimizzazione della gestione del personale di reparto, hanno portato, durante l'anno di prova, a un risparmio economico. Da una prospettiva manageriale, i turni di 12 ore significano una gestione del personale solo su due turni assicurando, in tal modo, un servizio di continuità delle cure. In particolare lo studio mostra come, nel corso dell'anno che ha preceduto l'introduzione dei turni di 12 ore, le agenzie incaricate di reclutare candidati infermieri per le strutture considerate avevano registrato 452 richieste contro le 292 dell'anno successivo, ovvero in seguito all'introduzione dei turni più lunghi. Va però considerato che, parallelamente, rispetto all'anno precedente, il personale è stato preso a lavorare in altri reparti il doppio delle volte perché aveva a disposizione più tempo libero. Anche se il personale si è mosso all'interno della stessa struttura, questo fenomeno è diventato un problema che ha causato malcontento nella squadra di cura. Inoltre, i turni di 12 ore sembrano aver aumentato i tassi di malattia a lungo termine del personale infermieristico. Lo studio di Lea, infatti, mostra come questi tassi siano più che raddoppiati nel corso dell'anno di prova: si è passati dalle 2.087 ore di malattia rispetto alle 938 ore dell'anno precedente con turno tradizionale (Stone PW et al., 2006; Lea A et al., 2003).

DISCUSSIONE

I risultati emersi da questa revisione narrativa, derivati da studi di letteratura primaria, hanno evidenziato che nei reparti a bassa complessità assistenziale, pur introducendo turni di 12 ore, il personale infermieristico ha riportato meno eventi avversi e una maggiore soddisfazione lavorativa con conseguente assenza di *burnout* (Chen J et al., 2014; Estryn-Béhar M et al., 2012).

Invece, nei reparti a medio-alta complessità assistenziale, l'introduzione di turni 12 ore è stato associato a maggiori livelli di *burnout*, errori nel passaggio delle consegne, errori di identificazione dei pazienti, reclami da parte degli utenti ed errori nella somministrazione dei farmaci (Weaver AL et al., 2016; Dall'Ora C et al., 2015; Chen J et al., 2014; Estryn-Béhar M et al., 2012).

I turni di 12 ore, rispetto a quelli di 8, porterebbero a un aumento dei tassi di malattia (Estryn-Béhar M et al., 2012; Stone PW et al., 2006; Lea A et al., 2003),

a una scarsa qualità del sonno (Weaver AL et al., 2016; Dall'Ora C et al., 2015; Estryn-Béhar M et al., 2012) e allo sviluppo di una stanchezza più difficile da recuperare (Stone PW et al., 2006).

D'altro canto, i vantaggi dei turni di 12 ore sono la riduzione dei costi per le aziende sanitarie (Lea A et al., 2003) e una maggiore disponibilità di tempo libero per il personale (Chen J et al., 2014; Estryn-Béhar M et al., 2012; Szczurak T et al., 2007).

Il quadro complessivo proposto dagli studi suggerisce che, in generale, sarebbero da preferire turni di 8 ore e che l'introduzione di turni di 12 ore dovrebbe essere preceduta da una valutazione del livello di complessità assistenziale del reparto e/o delle singole unità operative e delle caratteristiche del personale.

Limiti

Un limite di questa revisione è che solo 2 studi tra quelli considerati riguardano realtà europee. Tuttavia, quasi tutti gli studi hanno mostrato con chiarezza come sono stati formulati gli obiettivi e scelti i metodi di indagine, attraverso strumenti e questionari validati. Alcuni autori hanno realizzato questionari validati dopo uno studio pilota (Szczurak T et al., 2007; Dwyer T et al., 2007; Stone PW et al., 2006; Lea A et al., 2003) rendendo i metodi utilizzati, in rapporto agli obiettivi, sistematici e riproducibili. Nello studio di Calhoun e collaboratori (Calhoun AW et al., 2014), pur essendo stato dichiarato il metodo d'indagine, non è stato documentato sufficientemente; questo ha rappresentato un limite per lo studio. Alcuni studi avevano un'insufficiente numerosità campionaria (Weaver AL et al., 2016; Dwyer T et al., 2007; Lea A et al., 2003).

CONCLUSIONI

I dati raccolti mostrano che i turni di 12 ore possono portare il personale infermieristico a sviluppare *burnout* (biologico, psicologico e sociale), a commettere maggiori errori terapeutici dovuti all'eccessivo affaticamento e a un peggioramento dei parametri quali l'attenzione e la vigilanza nonché un calo delle capacità professionali degli infermieri, a una riduzione della qualità del sonno e a un aumento dei tassi di malattia. Questi esiti non solo mettono a rischio i pazienti ma anche gli operatori, esponendoli alle responsabilità professionali per le conseguenze degli eventuali errori commessi. L'introduzione di turni di 12 ore va valutata attentamente dai *leader* infermieristici in base alla complessità assistenziale del reparto e alle caratteristiche dei pazienti e del personale (per esempio, l'anzianità). I datori di lavoro devono essere consapevoli dei potenziali effetti

del *burnout* e il rischio di errori terapeutici, di una diminuzione della qualità delle cure e un maggiore assenteismo e tassi di *turnover* che si traducono in una perdita economica per le aziende. La soddisfazione del cliente deve essere accompagnata dalla soddisfazione dell'operatore.

Conflitti di interesse dichiarati: l'autore dichiara la non sussistenza di conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

- Calhoun AW, Boone MC, Dauer AK et al. (2014) *Using simulation to investigate the impact of hours worked on task performance in an intensive care unit*. American Journal of Critical Care, 23(5), 387-395.
- Chen J, Davis KG, Daraiseh NM et al. (2014) *Fatigue and recovery in 12-hour dayshift hospital nurses*. Journal of Nursing Management, 22(5), 593-603.
- Cohen J (1968) *Weighted kappa: nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit*. Psychological Bulletin, 70(4), 213-220.
- Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J et al. (2015) *Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries*. British Medical Journal, 23, 5(9), e008331.
- Dwyer T, Jamieson L, Moxham L et al. (2007) *Evaluation of the 12-hour shift trial in a regional intensive care unit*. Journal of Nursing Management, 15(7), 711-720.
- Estryn-Béhar M, Van der Heijden BI; NEXT Study Group. (2012) *Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance, and patient safety*. Work, 1, 4283-4290.
- Geiger-Brown J, Rogers VE, Trinkoff AM et al. (2012) *Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses*. Chronobiology International, 29(2), 211-219.
- Josten EJ, Ng-A-Tham JE, Thierry H (2003) *The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing*. Journal of Advanced Nursing, 44(6), 643-652.
- Lea A, Bloodworth C (2003) *Modernising the 12-hour shift*. Nursing Standard, 22-28, 17(19), 33-36.
- Pace R, Pluye P, Bartlett G et al. (2012) *Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review*. International Journal of Nursing Studies, 49, 47-53.
- Pluye P (2013) *Critical appraisal tools for assessing the methodological quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies included in systematic mixed studies reviews*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 19(4), 122.
- Pluye P, Gagnon MP, Griffiths F et al. (2009) *A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in mixed studies reviews*. International Journal of Nursing Studies, 46 (4), 529-546.
- Pluye P, Hong QN (2014) *Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews*. Annual Review of Public Health, 35, 29-45.
- Scott LD, Arslanian-Engoren C, Engoren MC (2014) *Association of sleep and fatigue with decision regret among critical care nurses*. American Journal of Critical Care, 23(1), 13-23.
- Stone PW, Du Y, Cowell R et al. (2006) *Comparison of nurse, system and quality patient care outcomes in 8-hour and 12-hour shifts*. Medical Care, 44(12), 1099-1106.
- Szczurak T, Kamińska B, Szpak A (2007) *Estimation of the psychological load in the performance of nurses' work based on subjective fatigue symptoms*. Advances in Medical Sciences, 1, 102-104.
- Weaver AL, Stutzman SE, Supnet C et al. (2016) *Sleep quality, but not quantity, is associated with self-perceived minor error rates among emergency department nurses*. International Emergency Nursing, 25, 48-52.
- Wilkins K, Shields M (2008) *Correlates of medication error in hospitals*. Health Reports, 19(2), 7-18.

Appendice 1. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Articoli	Caratteristiche dello studio	Risultati
Calhoun AW et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: di coorte - <i>Campione</i>: 117 infermieri in servizio presso un ospedale pediatrico - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 12 ore - <i>Metodi</i>: osservazione diretta della performance lavorativa - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 72% 	I turni di 12 ore hanno comportato l'aumento di errori in alcune attività, per esempio nella somministrazione dei farmaci, nell'accettazione e raccolta dei dati, nella dimissione e nella chiusura della cartella infermieristica, nei passaggi di consegne, nell'identificazione del paziente, eccetera. L'introduzione del turno di 12 ore ha comportato una riduzione delle prestazioni di lavoro in termini qualitativi, comportando reclami da parte dei pazienti e maggiore insorgenza di ulcere da pressione dovute a scarsa mobilitazione
Chen J et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: trasversale (<i>cross-sectional</i>) - <i>Campione</i>: 130 infermieri in servizio presso le unità operative di medicina, chirurgia, ortopedia, riabilitazione, oncologia, neurologia di 3 ospedali - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 8 vs 12 ore - <i>Metodi</i>: questionario postale - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 90% 	Gli infermieri sottoposti a turni di 12 ore nei reparti ad alta intensità di cure hanno riportato un alto esaurimento emotivo, un livello da moderato ad alto di fatica acuta e livelli moderati di stanchezza cronica. Tali livelli sono risultati inferiori negli infermieri sottoposti a turni di 8 ore negli stessi reparti. I turni di 12 ore hanno comportato maggiori errori nel passaggio delle consegne, errori di identificazione dei pazienti, reclami da parte dei pazienti ed errori nella somministrazione dei farmaci
Dall'Ora C et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: trasversale (<i>cross-sectional</i>) - <i>Campione</i>: 31.627 infermieri europei in servizio presso unità operative di medicina e chirurgia generale - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 8 vs 12 ore - <i>Metodi</i>: scala di Maslach - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 81% 	I turni di 12 ore sono stati associati a maggiori livelli di <i>burnout</i> rispetto ai turni di 8 ore, per i quali non è stata superata la soglia imposta dallo strumento di valutazione utilizzato (scala di Maslach). Con turni di 12 ore si sono verificati casi di ulcere da pressione dovute a scarsa mobilitazione ed errori nella somministrazione dei farmaci
Dwyer T et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: <i>case report</i> - <i>Campione</i>: 40 infermieri in servizio presso l'unità operativa di terapia intensiva - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 8 vs 12 ore - <i>Metodi</i>: questionario con scala <i>likert</i> a cinque punti, validato dopo studio pilota - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 72% 	L'età dei partecipanti influisce sugli effetti dei turni di 12 ore; il personale giovane (età media di 30 anni) mostra una maggiore capacità di fronteggiare l'affaticamento psicologico e fisico rispetto a un personale più anziano (età media ≥ 40 anni), per il quale è anche stata riscontrata una maggiore probabilità di commettere errori e una minore qualità del sonno rispetto al personale sottoposto a turni di 8 ore negli stessi reparti



Articoli	Caratteristiche dello studio	Risultati
Estryn-Béhar M et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: trasversale (<i>cross-sectional</i>) - <i>Campione</i>: 25.924 infermieri europei presso ospedali, case di cura e assistenza domiciliare - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 8 vs 12 ore - <i>Metodi</i>: Copenhagen Psychosocial Questionnaire - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 81% 	Il rischio di <i>burnout</i> è risultato minimo negli infermieri impegnati in turni di 8 ore ed è aumentato all'aumentare delle ore lavorative (turni di 12 ore); sono aumentati anche la preoccupazione e il rischio di commettere errori
Geiger-Brown J et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: <i>case report</i> - <i>Campione</i>: 80 infermieri in servizio presso le unità operative di medicina, chirurgia e terapia intensiva - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 12 ore - <i>Metodi</i>: 3 scale validate: Karolinska Sleepiness Scale; Performance Vigilance Task; Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 72% 	In seguito all'introduzione di turni di 12 ore, il 45% degli infermieri ha mostrato un elevato livello di sonnolenza su almeno un turno. La vigilanza psicomotoria è stata preservata con l'ampio uso di caffeina. La mancanza di attenzione e concentrazione è stata rilevata in un terzo degli infermieri. Si sono verificati più errori terapeutici rispetto a prima dell'introduzione dei turni di 12 ore
Lea A et al., 2003	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: caso controllo - <i>Campione</i>: 24 infermieri in servizio presso una casa di cura - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 12 ore - <i>Metodi</i>: questionario validato dopo studio pilota - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 81% 	Metà degli infermieri che hanno lavorato su turni di 12 ore hanno ammesso di essersi sentiti stanchi durante il turno lavorativo rispetto a prima della loro introduzione; inoltre, durante le ore di servizio si sono verificati errori nella documentazione clinica e nella somministrazione dei farmaci
Scott LD et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: <i>case series</i> - <i>Campione</i>: 605 infermieri in servizio presso unità operative di terapia intensiva - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 12 ore - <i>Metodi</i>: 5 questionari validati: Pittsburgh Sleep Quality Index; Epworth Sleepiness Scale; Sleep Quantity Assessment; Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale; Clinical Decision Self-Efficacy - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 90% 	In seguito all'introduzione di turni di 12 ore, il personale infermieristico ha mostrato maggiore stanchezza ed esaurimento emotivo, livelli alti di <i>burnout</i> , più sonnolenza diurna e scarsa qualità del sonno durante la notte; si sono manifestati più reclami da parte dei pazienti ed errori nella somministrazione dei farmaci



Articoli	Caratteristiche dello studio	Risultati
Stone PW et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: trasversale (<i>cross-sectional</i>) - <i>Campione</i>: 805 infermieri in servizio presso unità operative di medicina generale - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 8 vs 12 ore - <i>Metodi</i>: questionario <i>self-report</i> validato dopo studio pilota - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 81% 	Gli infermieri che hanno lavorato su turni di 12 ore hanno potuto beneficiare di più tempo libero da dedicare ai rapporti interpersonali ma per loro è stato riscontrato più spesso esaurimento emotivo e presenza di <i>burnout</i> . Inoltre, sono stati segnalati 15 eventi avversi (<i>incident reporting</i>) contro gli 11 del personale che ha lavorato su 8 ore
Szczurak T et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: <i>case report</i> - <i>Campione</i>: 108 infermieri dei reparti di cardiologia e chirurgia di due cliniche - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 8 vs 12 ore - <i>Metodi</i>: questionario strutturato e validato dopo studio pilota - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 72% 	Gli infermieri che hanno lavorato su turni di 12 ore hanno mostrato un calo delle attività di cura infermieristica rispettivamente del 58% circa sia nel reparto di cardiologia sia in quello chirurgico, rispetto a chi praticava turni di 8 ore negli stessi reparti, dove le medesime percentuali sono risultate rispettivamente del 27,8% e 6,9%
Weaver AL et al., 2016	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: di coorte - <i>Campione</i>: 30 infermieri del dipartimento di emergenza - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 12 ore - <i>Metodi</i>: The Pittsburgh Sleep Quality Index - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 81% 	Il 73,3% degli infermieri che ha lavorato su turni di 12 ore ha avuto significativamente più necessità di recupero della fatica rispetto a prima dell'introduzione di tali turni. Inoltre, in funzione ai turni di 12 ore, nel personale è stata riscontrata una scarsa qualità del sonno, che ha portato a commettere errori terapeutici durante le ore di servizio
Wilkins K et al., 2008	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo di studio</i>: trasversale (<i>cross-sectional</i>) - <i>Campione</i>: 18.676 infermieri in diversi reparti di 26 ospedali - <i>Oggetto di studio</i>: turni di 8 vs 12 ore - <i>Metodi</i>: indagine telefonica - <i>Qualità studio (MMAT)</i>: 81% 	I turni di 12 ore, rispetto a quelli di 8 ore, sono associati a maggiori errori terapeutici causati dall'affaticamento psicologico e fisico degli infermieri
vs: versus		

La gestione della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico: *overview* di revisioni sistematiche

Deborah Galeota Fiore¹, Luca Giuseppe Re², Maura Lusignani³

¹Infermiera, Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda 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 cavità orale del paziente affetto da neoplasia è spesso compromessa a causa del trattamento antineoplastico. La mucosite orale è causa di importante morbosità, aumento dei giorni di degenza e costi sanitari. L'obiettivo dello studio è di illustrare l'efficacia degli interventi noti in letteratura per la gestione della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico.

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

Risultati I protocolli di igiene orale, il miele, la crioterapia e la laserterapia a bassa intensità possono aiutare a ridurre l'incidenza e il grado di severità della mucosite orale e contribuiscono a controllare la sintomatologia e il dolore associato.

Conclusioni L'intervento più comunemente suggerito per la gestione della mucosite orale è il mantenimento di una buona igiene del cavo orale a opera di personale sanitario competente. Non vi è ancora un protocollo di igiene orale universalmente utilizzato e accettato.

Parole chiave: trattamento antineoplastico, mucosite orale

The management of oral mucositis induced by cancer treatment: overview of systematic reviews

ABSTRACT

Introduction The oral cavity of the patient with cancer is often compromised because of cancer treatment. Oral mucositis is a cause of significant morbidity, increased hospitalizations and health costs. The aim of this study is to illustrate the effectiveness of the interventions reported in the literature for the management of oral mucositis induced by cancer treatment.

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

Results Oral hygiene protocols, honey, cryotherapy and low intensity laser therapy can help to reduce the incidence and the severity of oral mucositis and control the symptoms and the pain associated.

Conclusions A good oral hygiene guaranteed by appropriate health professionals is the most commonly suggested intervention for oral mucositis. There isn't a universally used or accepted protocol.

Keywords: antineoplastic treatment, oral mucositis

INTRODUZIONE

La salute orale del paziente affetto da neoplasia è spesso compromessa, in parte per la malattia stessa, in parte a causa del trattamento erogato che spesso distrugge sia le cellule normali sia quelle tumorali; gli organi o distretti che dispongo-

no di tessuti a elevato tasso di proliferazione sono i primi a subire un danneggiamento (Broadfield L et al., 2013). Nello specifico, in ambito oncologico l'insorgenza di complicanze orali riconosce quali fattori favorevoli l'elevato *turnover* delle cellule che ricoprono la mucosa orale, la vasta, differente e

complessa microflora naturale presente nell'area, la risposta fisiologica dei tessuti sensibili e gli eventuali traumi locali che possono essere esacerbati dalla tossicità della terapia antineoplastica (Broadfield L et al., 2013). La frequenza di insorgenza e il grado di severità possono essere correlati al tipo e alle caratteristiche del trattamento utilizzato, allo stato di salute generale del paziente e all'estensione e al tipo di sistema, organo o distretto compromesso (Broadfield L et al., 2013). Le complicanze orali indotte dalla terapia antineoplastica sono il risultato di un effetto diretto (stomatotossicità diretta) sulla mucosa orale oppure indiretto (stomatotossicità indiretta), dovuto a mielosoppressione indotta (Broadfield L et al., 2013). Generalmente, la chemioterapia causa stomatotossicità acuta, spesso per effetto della simultanea o sequenziale somministrazione di agenti chemioterapici multipli; il recupero dei tessuti danneggiati e la risoluzione della condizione avviene dopo la loro sospensione (Broadfield L et al., 2013). La radioterapia causa non solo complicanze acute ma anche danni permanenti ai tessuti; gli effetti sulla cavità orale e i tessuti orofaringei dipendono da fattori quali: il tipo, l'efficienza biologica e la dose per frazione di radiazione, il tempo intercorso fra due frazioni, la dose cumulativa di radiazione, il volume di cavità orale irradiato, l'introduzione di periodi di riposo in corso di trattamento, il tempo globale di trattamento e le strutture anatomiche esposte al trattamento (Broadfield L et al., 2013). I soggetti candidati a trapianto di cellule staminali emopoietiche o HSCT (Hematopoietic Stem Cell Transplantation) hanno complicanze orali che possono variare in funzione alle varie fasi di cui si compone il percorso terapeutico ma, in genere, sono più profonde e severe in quanto ricevono dosi più intense di chemioterapia e/o radioterapia (Broadfield L et al., 2013). Le complicanze orali più comuni indotte dalla terapia

antineoplastica includono la mucosite, le infezioni, la disfunzione delle ghiandole salivari, l'alterazione del gusto e la presenza di dolore (Broadfield L et al., 2013). La mucosite orale è uno stato infiammatorio della mucosa orale causato da agenti chemioterapici o radiazioni ionizzanti che si manifesta tipicamente con eritemi e/o ulcerazioni; essa all'inizio diventa leggermente infiammata ed erosa con i pazienti che lamentano una sensazione di bruciore in bocca per poi divenire ipersensibili a caldo e freddo e agli alimenti piccanti e salati (Broadfield L et al., 2013). Le lesioni sono solitamente dolorose, il che causa restrizioni nell'assunzione orale di cibi e bevande (Broadfield L et al., 2013). Esse si sviluppano soprattutto sulla mucosa orale e labiale e la superficie ventrolaterale della lingua e del pavimento della bocca (Broadfield L et al., 2013). La comprensione delle circostanze entro cui può insorgere una condizione di mucosite orale indotta da trattamenti antineoplastici e il riconoscimento della sua presentazione clinica permette agli infermieri di implementare gli opportuni interventi per prevenirla, controllarla e, per quanto possibile, risolverla (Broadfield L et al., 2013).

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è di illustrare l'efficacia degli interventi noti in letteratura per la gestione della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico.

MATERIALI E METODI

Per il reperimento della documentazione pertinente, il quesito clinico è stato sviluppato secondo la metodologia PICO (Richardson WS et al., 1995) (Tabella 1).

Successivamente è stata eseguita un'interrogazione delle banche dati biomediche quali Cochrane Library, Embase, Medline, CINAHL e TRIP Data-

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

Metodologia PICO		
P	patient (paziente)	soggetti sottoposti a trattamento neoplastico
I	intervention (intervento)	interventi di prevenzione e controllo della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico
C	comparison (controllo)	-
O	outcomes (risultati)	riduzione di incidenza, durata, severità, dolore associato e complicanze
Quesito di ricerca		
Gli interventi di prevenzione e controllo della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico possono ridurre l'incidenza, la durata, la severità, il dolore associato e l'occorrenza di complicanze?		

base a mezzo di opportune parole chiave (termini MeSH), operatori booleani e filtri (Tabella 2).

I criteri di inclusione sono stati i seguenti:

- genere umano;
- presenza di *abstract*;
- documenti in lingua inglese o disponibili con traduzione in lingua inglese;
- revisioni sistematiche.

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

- studi non pertinenti all'argomento;
- studi specifici per la mucosite orale non indotta da trattamento antineoplastico;
- studi che trattano la mucosite orale come effetto indotto da patologie o condizioni patologiche diverse rispetto alle neoplasie;
- studi non specifici per la condizione di mucosite orale;
- analisi costo-efficacia o analisi costo-utilità.

Non sono stati posti filtri né per la fascia di età dei soggetti né per l'anno di pubblicazione dei documenti. La selezione di questi ultimi è stata eseguita da due autori in modo indipendente (Galeota Fiore D e Re LG). In caso di dubbi o controversie è stato chiesto il parere vincolante del terzo autore (Lusignani M). Dopo il loro reperimento, i documenti selezionati sono stati sottoposti da due autori in modo indipendente (Galeota Fiore D e Re LG) a valutazione metodologica di qualità utilizzando la Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR) checklist (Shea BJ et al., 2007). Le affermazioni ritenute valide per il calcolo complessivo del punteggio AMSTAR sono state quelle a cui, dopo la lettura del documento, era attribuibile con certezza una risposta po-

sitiva, escludendo 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 un'alta, una media e una bassa qualità. In caso di controversie sull'assegnazione dei punteggi è stato richiesto il parere vincolante del terzo autore (Lusignani M). Gli autori hanno poi analizzato i contenuti delle revisioni sistematiche e sintetizzato quelli principali in tabelle sinottiche. Per valutare l'efficacia degli interventi per la gestione della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico sono stati considerati i seguenti esiti: riduzione dell'incidenza, del grado di severità e del dolore associato.

RISULTATI

La ricerca bibliografica è stata eseguita il 18 maggio 2015 secondo la strategia definita e ha permesso di identificare 159 articoli. In base ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti sono stati esclusi 143 articoli; tra questi, 104 non sono risultati pertinenti dopo la lettura di titolo e *abstract*; 13 erano duplicati; 26 articoli sono stati esclusi dopo l'applicazione dei criteri di esclusione.

Sono state ritenute di interesse e incluse 16 revisioni sistematiche a cui sono corrisposti 16 documenti di cui 14 in *full text* e uno in forma di Center for Reviews and Dissemination (CRD) Summary (Kowanko I et al., 1998); per un'altra citazione (Song JJ et al., 2012) 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 e55.

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave/subheading	Filtro
Cochrane Library	'Stomatitis'[MeSH]	CochraneReviews Otherreviews
Embase	'stomatitis'/exp/mj AND 'neoplasm'/exp/mj	[embase]/lim NOT [medline]/lim 'systematic review'/exp
Medline	((("Stomatitis"[Majr]) AND "Therapeutics"[Majr]) AND "Neoplasms"[Majr])	Humans Abstract Systematic Reviews
CINAHL	(MM "Stomatitis") AND (MM "Neoplasms")	Abstract Available Publication Type: Systematic Review
TRIP Database	((("stomatitis" OR "oral mucositis") AND ((cancer OR neoplasm*) OR tumour*))	Systematic reviews

Gli studi hanno manifestato una qualità metodologica eterogenea (range di punteggio AMSTAR: 3-11). Le affermazioni che hanno presentato le maggiori lacune informative sono state la 5, "in 10 revisioni su 15 non è presente o è incompleto o non è esplicitato con chiarezza un elenco di studi esclusi con i motivi dell'esclusione", la numero 6, "in 10 revisioni su 15 non sono illustrate o non sono presentate con chiarezza le caratteristiche degli studi inclusi", e la numero 9, "in 10 revisioni su 15 non sono chiari i metodi utilizzati per combinare i risultati degli studi".

In appendice 2 a pagina e56 è presentata una sintesi delle prove di efficacia degli interventi attuati per la gestione della mucosite orale. In appendice 3 a pagina e60 sono illustrati i principali aspetti emersi dall'analisi degli studi reperiti.

Gestione della mucosite orale indotta da trattamento chemioterapico

Sono due le revisioni sistematiche che si sono soffermate sulla gestione della mucosite orale indotta dalla sola chemioterapia (Worthington HV et al., 2002; Potting CM et al., 2006); ambedue si sono occupate degli interventi per la prevenzione e il controllo della condizione patologica in soggetti adulti affetti da qualunque forma di neoplasia e in una delle due (Worthington HV et al., 2002) è compresa anche la popolazione pediatrica. In quest'ultima fascia di età le prove di efficacia sulla riduzione di incidenza della mucosite orale tramite terapia antifungina sono insufficienti mentre sono deboli per la riduzione di incidenza della candidiasi orale (Worthington HV et al., 2002). In soggetti adulti, la crioterapia (Worthington HV et al., 2002) o gli sciacqui con collutorio a base di iodopovidone (Potting CM et al., 2006) sembrano essere efficaci per ridurre l'incidenza di mucosite orale; il secondo trattamento ha un ruolo anche nel ridurre il grado di severità della condizione qualora essa sia già presente, anche se sono da rimarcare i possibili e non trascurabili effetti collaterali sistemici (per esempio, l'ipotiroidismo) dovuti a ingestione accidentale (Potting CM et al., 2006). Il trattamento con sciacqui a base di bicarbonato di sodio, benché supportato da prove di efficacia inconclusive, è però un'alternativa meno costosa e più accessibile sia per il paziente sia per il personale sanitario; ciò a fronte dell'utilizzo di collutori contenenti principi attivi non dimostratisi efficaci (Potting CM et al., 2006).

Gestione della mucosite orale indotta da trattamento radioterapico

Tre revisioni sistematiche (Sutherland SE et al., 2001; Song JJ et al., 2012; Charalambous M et al.,

2013) si sono occupate della mucosite orale indotta da esclusivo trattamento radioterapico in soggetti adulti e una (Sutherland SE et al., 2001) si è soffermata prevalentemente sugli interventi di prevenzione. In due revisioni (Sutherland SE et al., 2001; Charalambous M et al., 2013) i pazienti oggetto di studio erano affetti da neoplasia del distretto testa-collo mentre nell'altra (Song JJ et al., 2012) l'interesse si è rivolto a tutte le forme di neoplasia. Per le neoplasie di testa-collo le prove di efficacia sono a favore dell'utilizzo di agenti antimicrobici a spettro ristretto (Sutherland SE et al., 2001) o del miele (Charalambous M et al., 2013) per la riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale e del dolore a essa associato. Il ruolo attivo del miele sembra confermato, tranne che per la riduzione del dolore, anche per la mucosite orale indotta da radioterapia per la cura di altre forme di neoplasia (Song JJ et al., 2012).

Gestione della mucosite orale indotta da trattamento chemioterapico e/o radioterapico

Uno studio (Stokman MA et al., 2006) ha valutato gli effetti di alcuni trattamenti sulla riduzione del grado di severità della mucosite orale indotta da radioterapia con o senza chemioterapia associata in soggetti adulti affetti da neoplasie di testa-collo; le prove sull'efficacia della crioterapia, specie se in presenza di chemioterapia costituita da 5-fluorouracile (5-FU), di immunomodulatori (G-CSF, GM-CSF) e di una soluzione composta da polimixina, tobramicina e amfotericina (PTA) sembrano promettenti anche se in attesa di ulteriori conferme. Gli effetti di alcuni interventi sulla mucosite orale indotta da radioterapia con o senza chemioterapia in soggetti affetti da qualunque forma di neoplasia sono stati trattati in dieci revisioni sistematiche (Kowanko I et al., 1998; Clarkson JE et al., 2010; Bjordal JM et al., 2011; Worthington HV et al., 2011; Figueiredo AL et al., 2013; Jensen SB et al., 2013; McGuire DB et al., 2013; Migliorati C et al., 2013; Peterson DE et al., 2013; Qutob AF et al., 2013). Una di esse si è soffermata soprattutto sulla prevenzione dell'insorgenza di mucosite orale nei soggetti adulti (Worthington HV et al., 2011); la crioterapia e il palifermin sembrano efficaci per la riduzione dell'incidenza della condizione patologica mentre le barriere della mucosa orale, quali il sucralfato, possono ridurre il grado di severità. Un'altra revisione ha trattato gli effetti degli interventi di prevenzione nella fascia pediatrica (Qutob AF et al., 2013): a fronte dell'efficacia, della fattibilità e della convenienza dei protocolli di igiene orale nei bambini, la crioterapia non offre beneficio e gli altri trattamenti possono di volta in volta avere

prove di efficacia inconclusive oppure essere inefficaci o anche sconsigliabili. Tre studi (Kowanko I et al., 1998; Jensen SB et al., 2013; Migliorati C et al., 2013) si sono occupati sia della prevenzione sia del controllo della mucosite orale nei pazienti adulti: il collutorio a base di benzidamina può ridurre l'incidenza e il grado di severità e il dolore associato alla condizione patologica (Kowanko I et al., 1998); l'applicazione di radioterapia secondo modalità differenti (per esempio, la durata e l'intensità) sembra contribuire alla riduzione di incidenza e severità della mucosite orale (Jensen SB et al., 2013); l'utilizzo della laserterapia a bassa intensità o della fototerapia appaiono terapie promettenti per ridurre l'incidenza, la severità e il dolore associato; la laserterapia è particolarmente efficace per soggetti sottoposti a regime di condizionamento antecedente il trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) (Migliorati C et al., 2013). La prevenzione e il trattamento della mucosite orale indotta da radioterapia con o senza chemioterapia per qualunque forma di neoplasia, in soggetti sia adulti sia pediatrici, è stato argomento di interesse di due revisioni sistematiche (McGuire DB et al., 2013; Peterson DE et al., 2013). Benché i protocolli di igiene orale e gli sciacqui con soluzione fisiologica siano interventi di profilassi ancora non supportati da sufficienti prove di efficacia, è suggerita la loro applicazione nelle pratiche quotidiane di cura e prevenzione della mucosite orale; viene sconsigliato l'utilizzo di collutorio a base di clorexidina in particolare per soggetti sottoposti a radioterapia per neoplasia del distretto testa-collo (McGuire DB et al., 2013). La crioterapia è efficace nel ridurre l'insorgenza e il grado di severità della mucosite orale ma l'efficacia è funzione delle caratteristiche soggettive e del tipo di trattamento antineoplastico (Peterson DE et al., 2013). Tre studi (Clarkson JE et al., 2010; Bjordal JM et al., 2011; Figueiredo AL et al., 2013) hanno valutato l'efficacia della laserterapia a bassa intensità come trattamento in soggetti adulti (Clarkson JE et al., 2010; Bjordal JM et al., 2011) o sia adulti sia pediatrici (Figueiredo AL et al., 2013) colpiti da mucosite orale: l'effetto dell'intervento è quello di una riduzione del grado di severità (Clarkson JE et al., 2010; Bjordal JM et al., 2011; Figueiredo AL et al., 2013) e del dolore (Bjordal JM et al., 2011). Infine, una revisione sistematica (Clarkson JE et al., 2010) ha valutato favorevolmente le prove di efficacia a supporto dell'utilizzo di morfina per il controllo del dolore associato a mucosite orale in soggetti adulti.

DISCUSSIONE

Attualmente, gran parte delle prove a supporto dei

trattamenti più diffusi per gestire la mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico non sono conclusive a causa di limiti metodologici evidenziati nelle sperimentazioni cliniche controllate randomizzate (per esempio, la potenza campionaria ridotta, l'eterogeneità di esiti di cui alcuni di tipo surrogato, i risultati di rilevanza clinica dubbia o non chiara, l'eterogeneità della tipologia delle scale di valutazione della mucosite orale). A ciò si aggiunge la numerosità degli esiti: alcuni sono di primario interesse per il paziente, per esempio la durata della mucosite orale, il prolungamento della degenza ospedaliera a seguito dell'insorgenza di mucosite orale di grado severo, la qualità di vita percepita e l'occorrenza di effetti collaterali, ma non essendo stati valutati sistematicamente, almeno dalla maggioranza dei documenti, non è stato possibile, per limiti di generalizzabilità, includerli nella tabella sinottica. Vi sono specifiche strategie di prevenzione che si sono dimostrate efficaci per limitati contesti clinici, come la crioterapia nel caso di trattamento antineoplastico a mezzo di chemioterapia con 5-fluorouracile (5-FU) (Stokman MA et al., 2006) o del miele se il soggetto viene sottoposto a radioterapia (Song JJ et al., 2012; Charalambous M et al., 2013). In presenza di mucosite orale, non vi è una strategia di trattamento che si sia dimostrata superiore ad altre; l'attenzione si sofferma principalmente sul controllo del dolore correlato, come è il caso dell'utilizzo di anestetici o antidolorifici per via locale o sistemica (per esempio, la lidocaina e la morfina) (Kowanko I et al., 1998; Clarkson JE et al., 2010) o dell'applicazione della laserterapia a bassa intensità in caso di soggetti sottoposti a radioterapia (Clarkson JE et al., 2010; Bjordal JM et al., 2011; Migliorati C et al., 2013). Parte integrante della gestione della condizione patologica è da considerarsi l'implementazione precoce di un appropriato e personalizzato protocollo di igiene orale che comprenda l'utilizzo di spazzolini con setole morbide e di soluzioni a base di fisiologica o di bicarbonato di sodio per eseguire sciacqui al cavo orale il più possibile atraumatici oltre a necessari consigli dietetici (per esempio, il consumo preferibile di cibi che non richiedono una masticazione prolungata, a bassa acidità, poco salati e non secchi né disidratati) (Kowanko I et al., 1998; Stokman MA et al., 2006; McGuire DB et al., 2013; Qutob AF et al., 2013). Dai risultati illustrati, sembra emergere l'importanza di un'assistenza infermieristica da indirizzare essenzialmente verso due componenti: l'educazione e il supporto al paziente per la promozione e il mantenimento di un'igiene orale ottimale prima, durante e dopo il trattamento antineoplastico; il monitoraggio e la gestione dei sintomi correlati

alla mucosite orale quando essa è già in essere, in primo luogo il dolore, che fra tutti è il più invalidante. La ricerca futura dovrà rivolgere la propria attenzione ai seguenti aspetti:

- proporre sperimentazioni cliniche controllate randomizzate di buona qualità metodologica orientate a valutare in modo più convincente l'efficacia di uno o più protocolli di igiene orale (in tal caso con il terzo braccio di soggetti sottoposto a cure *standard*) per la riduzione dell'incidenza e severità della mucosite orale in malati sottoposti a trattamento antineoplastico;
- eseguire ulteriori studi a conferma dell'efficacia del miele sul controllo dell'incidenza e della severità della condizione e sulla gestione del sintomo doloroso;
- promuovere studi che indaghino in modo specifico le strategie di gestione della condizione patologica nella popolazione pediatrica (per la quale spesso vi è il ricorso all'utilizzo di interventi sperimentati solo negli adulti o di trattamenti *off label*);
- creare strumenti di *screening* specifici a uso infermieristico per il precoce riconoscimento di soggetti a rischio di incorrere in una mucosite orale;
- implementare strategie e strumenti di monitoraggio dell'evoluzione della patologia per promuovere *audit* periodici sulla qualità delle prestazioni di cura erogate.

Limiti

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

- interrogazione eseguita su banche dati biomediche con repertorio di citazioni di soli documenti pubblicati e relativa strategia di ricerca con uso esclusivo di termini MeSH senza una ricerca parallela e complementare con parole a testo libero;
- esclusione di tutti i documenti non in lingua inglese o senza una versione in inglese;
- valutazione di qualità metodologica degli studi comprensiva solo delle revisioni sistematiche reperibili in *full text*.

CONCLUSIONI

Sono stati compiuti importanti passi in avanti dalla ricerca e dalle nuove tecnologie disponibili in direzione di una riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale. Tuttavia, a oggi l'implementazione di un adeguato protocollo di igiene orale al paziente, sebbene l'impatto reale a livello di esiti clinici apprezzabili sia *sub iudice*, rappresenta ancora un aspetto importante che deve essere considerato prima, durante e dopo il trattamento antineoplastico. Il protocollo deve essere condotto

e gestito da personale sanitario adeguatamente addestrato: è importante comunicare che un'ottimale igiene orale, un'adeguata nutrizione e l'evitare l'uso di tabacco e di alcol possono contribuire a prevenire o ridurre al minimo i problemi al cavo orale oltre a ridurre il rischio di recidive (Kowanko I et al., 1998; Stokman MA et al., 2006; McGuire DB et al., 2013; Qutob AF et al., 2013). Non c'è un protocollo di igiene orale universalmente utilizzato e accettato per carenza di sufficienti studi clinici che ne abbiano valutato l'efficacia, anche se esso deve essere visto come una componente essenziale della cura del paziente. Quest'ultimo deve poter ricevere un'adeguata formazione sul riconoscimento precoce di segni e sintomi di complicanze e costantemente rassicurato durante l'insorgenza di mucosite orale (per esempio, spiegare che si tratta di una complicanza che può insorgere durante il trattamento ma la cui sintomatologia col tempo è destinata a regredire) (Qutob AF et al., 2013). Particolare attenzione andrà prestata a coloro i quali sono già stati affetti da pregressi episodi di mucosite orale di grado severo (McGuire DB et al., 2013; Qutob AF et al., 2013).

BIBLIOGRAFIA

- Bjoridal JM, Bensadoun RJ, Tuner J et al. (2011) *A systematic review with meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLL) in cancer therapy-induced oral mucositis*. Support Care Cancer, 19(8):1069-1077.
- Broadfield L, Hamilton J (2013) *Best Practice Guidelines for the Management of Oral Complication from Cancer Therapy*. CancerCare Nova Scotia, 1-104.
- Charalambous M, Raftopoulos V, Lambrinou E et al. (2013) *The effectiveness of honey for the management of radiotherapy-induced oral mucositis in head and neck cancer patients: A systematic review of clinical trials*. European Journal of Integrative Medicine, 5(6), 217-225.
- Clarkson JE, Worthington HV, Furness S et al. (2010) *Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment*. Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), 8, CD001973.
- Figueiredo AL, Lins L, Cattony AC et al. (2013) *Laser therapy in the control of oral mucositis: a meta-analysis*. Revista da Associação Médica Brasileira, 59(5), 467-474.
- Jensen SB, Jarvis V, Zadik Y et al. (2013) *Systematic review of miscellaneous agents for the management of oral mucositis in cancer patients*. Support Care Cancer, 21(11), 3223-3232.
- Kowanko I, Long L, Hodgkinson B et al. (1998) *The effectiveness of strategies for preventing and treating chemotherapy and radiation induced oral mucositis*

- in patients with cancer.* Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 1-84. (CRD Summary)
- McGuire DB, Fulton JS, Park J et al. (2013) *Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients.* Support Care Cancer, 21(11), 3165-3177.
- Migliorati C, Hewson I, Lalla RV et al. (2013) *Systematic review of laser and other light therapy for the management of oral mucositis in cancer patients.* Support Care Cancer, 21(1), 333-341.
- Peterson DE, Ohn K, Bowen J et al. (2013) *Systematic review of oral cryotherapy for management of oral mucositis caused by cancer therapy.* Support Care Cancer, 21(1), 327-332.
- Potting CM, Uitterhoeve R, Op Reimer WS et al. (2006) *The effectiveness of commonly used mouthwashes for the prevention of chemotherapy-induced oral mucositis: a systematic review.* European journal of cancer care (English language ed.), 15(5), 431-439.
- Qutob AF, Gue S, Revesz T et al. (2013) *Prevention of oral mucositis in children receiving cancer therapy: a systematic review and evidence-based analysis.* Oral Oncology, 49(2), 102-107.
- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J et al. (1995) *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions.* ACP Journal Club, 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.
- Song, JJ, Twumasi AP, Salcido R et al. (2012) *Systematic review and meta-analysis on the use of honey to protect from the effects of radiation-induced oral mucositis.* Advances in Skin & Wound Care, 25(1), 23-28.
- Stokman MA, Spijkervet FK, Boezen HM et al. (2006) *Preventive intervention possibilities in radiotherapy- and chemotherapy-induced oral mucositis: results of meta-analyses.* Journal of Dental Research, 85(8), 690-700.
- Sutherland SE, Browman GP (2001) *Prophylaxis of oral mucositis in irradiated head-and-neck cancer patients: a proposed classification scheme of interventions and meta-analysis of randomized controlled trials.* International Journal of Radiation Oncology * Biology * Physics, 49(4), 917-930.
- Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G et al. (2011) *Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment.* Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), 4, CD000978.
- Worthington HV, Clarkson JE (2002) *Prevention of oral mucositis and oral candidiasis for patients with cancer treated with chemotherapy: Cochrane systematic review.* Journal of Dental Education, 66(8), 903-911.

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

	Bjoridal JM et al., 2011	Charalambous M et al., 2013	Clarkson JE et al., 2010	Figueiredo AL et al., 2013	Jensen SB et al., 2013	McGuire DB et al., 2013	Migliorati C et al., 2013	Peterson DE et al., 2013	Potting CM et al., 2006	Qutob AF et al., 2013	Stokman MA et al., 2006	Sutherland SE et al., 2001	Worthington HV et al., 2002	Worthington HV et al., 2011
Il disegno di studio è stato deciso a priori?	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
La selezione degli studi e l'estrazione dei dati è stata duplicata?	no	si	si	no	si	si	si	si	si	no	no	nc	si	si
E' stata effettuata una ricerca completa della letteratura disponibile?	si	si	si	si	nc	si	si	nc	si	si	si	si	si	si
Il tipo di pubblicazione (es. letteratura grigia) è stato utilizzato come criterio di inclusione?	no	si	si	no	no	no	no	no	no	si	no	si	si	si
E' stato fornito un elenco di studi (inclusi ed esclusi)?	nc	no	si	no	nc	nc	nc	nc	nc	no	si	si	si	si
Sono state illustrate le caratteristiche degli studi inclusi?	nc	si	si	nc	nc	nc	nc	nc	nc	no	nc	nc	si	si
E' stata valutata e documentata la qualità scientifica degli studi inclusi?	si	si	si	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	no	si	si	si
La qualità scientifica degli studi inclusi è stata utilizzata adeguatamente nel formulare le conclusioni?	si	si	si	nc	si	si	si	nc	nc	nc	nc	si	si	si
Sono stati appropriati i metodi utilizzati per combinare i risultati degli studi?	nc	nc	si	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	si	si	si
E' stato valutato il rischio di bias di pubblicazione?	no	no	si	si	no	no	nc	no	nc	no	no	si	si	si
E' stato considerato il possibile conflitto di interessi?	si	si	si	si	si	si	nc	si	no	si	no	no	nc	si
<i>Punteggio</i>	5	8	11	4	4	5	4	3	3	4	3	8	10	11
<i>Qualità</i>	m	a	a	m	m	m	m	b	b	m	b	a	a	a

nc: non chiaro; a: alta; m: media; es.: per esempio

Appendice 2. La gestione della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico: efficacia dei trattamenti

	Popolazione	Trattamento antineoplastico	Tipo di neoplasia	Intervento	Riduzione incidenza	Riduzione severità	Riduzione dolore associato
Bjordan JM et al., 2011	adulti con mucosite orale	CT±RT	qualunque	laserterapia a bassa intensità	-	e	e
Charalambous M et al., 2013	adulti a rischio di o con mucosite orale	RT	testa-collo	miele	e	e	e
Clarkson JE et al., 2010	adulti con mucosite orale	CT±RT	qualunque	benzidamina	-	i	-
				laserterapia a bassa intensità	-	e	-
				morfina	-	-	e
				sucralfato	-	i	-
Figueiredo AL et al., 2013	adulti e bambini con mucosite orale	CT±RT	qualunque	laserterapia a bassa intensità	-	e	-
Jensen SB et al., 2013	adulti a rischio di o con mucosite orale	CT±RT	qualunque	allopurinolo	i	i	-
				betanecolo	i	i	-
				gomma da masticare	i	i	-
				payayor (erba medicinale)	i	i	-
				pentossifillina	i	i	-
				pilocarpina	i	i	-
				propantelina	i	i	-
				radiazione moderata a blocchi	e	e	-
				decaossido di tetracloro	i	i	-
timing della RT	e	e	-				
Kowanko I et al., 1998	adulti a rischio o con mucosite orale	CT/RT	qualunque	analgesici (morfina)	i	i	i
				anestetici locali (es. lidocaina)	i	i	i
				antifungini sistemici (es. fluconazolo)	i	i	i
				antisettici (es. clorexidina)	i	i	i
				antimicrobici locali (es. nistatina)	i	i	i
				antivirali (es. aciclovir)	i	i	i
				barriere della mucosa orale (es. sucralfato)	i	i	i
				citoprotettivi (es. vitamina E)	i	i	i
				collutorio a base di allopurinolo	i	i	i
				collutorio a base di benzidamina	e	e	e
				collutorio a base di camomilla	i	i	i
				collutorio a base di corticosteroidi	i	i	i
				crioterapia	i	i	i
				immunomodulatori (es. G-CSF, GM-CSF)	i	i	i
				protocolli di igiene orale	i	i	i
psicoterapia	i	i	i				
stimolanti della risposta epiteliale (es. laser a bassa intensità)	i	i	i				

McGuire DB et al., 2013	adulti e bambini a rischio di o con mucosite orale	CT±RT	qualunque	bicarbonato di sodio ¹	i	i	i
				calcio fosfato	i	i	i
				collutorio a base di agenti medicamentosi vari	i	i	i
				collutorio a base di calcio fosfato	i	i	i
				collutorio a base di clorexidina ²	sc	sc	sc
				cure dentali	i	i	i
				protocolli di igiene orale ³	i	i	i
				soluzione fisiologica ¹	i	i	i
Migliorati C et al., 2013	adulti a rischio di o con mucosite orale	CT±RT	qualunque	laserterapia a bassa intensità ⁴	e	e	e
				fototerapia	e	e	e
Peterson DE et al., 2013	adulti e bambini a rischio di o con mucosite orale	CT±RT	qualunque	crioterapia ⁵	e	e	-
Potting CM et al., 2006	adulti a rischio di o con mucosite orale	CT	qualunque	collutorio a base di bicarbonato di sodio ⁶	i	i	-
				collutorio a base di camomilla	ne	ne	-
				collutorio a base di clorexidina	ne	ne	-
				collutorio a base di clorexidina + nistatina	ne	ne	-
				collutorio a base di difenidramina	ne	ne	-
				collutorio a base di idrossido di alluminio	ne	ne	-
				collutorio a base di iodopovidone ⁷	e	e	-
				collutorio a base di lidocaina	-	ne	i
				collutorio a base di nistatina	ne	ne	-
Qutob AF et al., 2013	bambini a rischio di mucosite orale	CT±RT	qualunque	gomma da masticare	-	-	-
				collutorio a base di benzidamina	ne	ne	-
				collutorio a base di clorexidina	i	i	-
				collutorio a base di GM-CSF ⁸	sc	sc	-
				crioterapia	ne	ne	-
				glutammina	i	i	-
				laserterapia a bassa intensità	i	i	-
				propantelina	ne	ne	-
				prostaglandine E2 ⁸	sc	sc	-
				protocolli di igiene orale ⁹	e	e	-
				sucralfato ⁸	sc	sc	-
Song JJ et al., 2012	adulti a rischio di o con mucosite orale	RT	qualunque	miele	e	e	-



Stokman MA et al., 2006	adulti a rischio di o con mucosite orale	CT/RT	testa-collo	aloe vera	i	i	-
				allopurinolo	i	i	-
				amifostina	i	e	-
				antimicrobici	i	i	-
				antiossidanti (es. vitamina E)	i	i	-
				benzidamina	i	i	-
				calcio fosfato	i	i	-
				camomilla	i	i	-
				clorexidina	i	i	-
				crioterapia ¹⁰	i	e	-
				glutamina	i	i	-
				GM-CSF, G-CSF	i	e	-
				miele	i	i	-
				pentossifillina	i	i	-
				pilocarpina	i	i	-
				protocolli di igiene orale	i	i	-
soluzione a base di fluoro	i	i	-				
soluzione a base di iseganan	i	i	-				
soluzione a base di PTA (polimixina + tobramicina + amfotericina)	i	e	-				
sucralfato	i	i	-				
Sutherland SE et al., 2001	adulti a rischio di mucosite orale	RT	testa-collo	antimicrobici locali ¹¹	e	e	e
				antisettici	i	i	i
				barriere della mucosa orale	i	i	i
				collutorio a base di benzidamina	i	i	i
				stimolanti della risposta epiteliale	i	i	i
Worthington HV et al., 2002	bambini a rischio o con mucosite orale	CT	qualunque	itraconazolo + ketoconazolo + amfotericina ¹²	i	-	-
	adulti e bambini a rischio o con mucosite orale			collutorio a base di clorexidina	i	-	-
				natamicina	i	-	-
	adulti a rischio o con mucosite orale			nistatina	i	-	-
				prostaglandine E2	i	-	-
				camomilla	i	-	-
				collutorio a base di allopurinolo	i	-	-
				clotrimazolo	i	-	-
				crioterapia	e	-	-
				fluconazolo	i	-	-
				glutamina	i	-	-
	ketoconazolo			i	-	-	
	misoprostolo			i	-	-	



Worthington HV et al., 2011	adulti a rischio di mucosite orale	CT±RT	qualunque	aloe vera	i	i	-
				amifostina	i	i	-
				crioterapia	e	i	-
				fattore di crescita dei cheratinociti	i	i	-
				G-CSF	i	i	-
				glutammina	i	i	-
				laser a bassa intensità	i	i	-
				miele	i	i	-
				palifermin	e	i	-
				PTA (polimixina + tobramicina + amfotericina)	i	i	-
				sucralfato	i	e	-

e: efficace; i: prove inconclusive; ne: non efficace; sc: sconsigliato; es.: per esempio

CT: chemioterapia;

RT: radioterapia;

HSCT: trapianto di cellule staminali emopoietiche;

GM-CSF: Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor;

G-CSF: Granulocyte Colony-Stimulating Factor;

5-FU: 5-fluorouracile;

¹ suggerito come pratica quotidiana di prevenzione

² sconsigliato in soggetti sottoposti a RT per neoplasia testa-collo

³ suggeriti a scopo profilattico

⁴ soprattutto in caso di CT/RT come regime di condizionamento in HSCT

⁵ efficacia variabile in funzione del soggetto e del tipo di trattamento

⁶ alternativa meno dispendiosa e più accessibile

⁷ se accidentalmente ingerito può causare ipertiroidismo

⁸ occorrono conferme per la controindicazione

⁹ pratica di profilassi efficace, fattibile e conveniente

¹⁰ soprattutto in caso di trattamento con 5-FU

¹¹ solo per quelli a spettro ristretto

¹² modesto effetto sull'incidenza di candidiasi orale

Appendice 3. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione

Articolo	Obiettivo	Caratteristiche	Esiti	Conclusioni
Bjoridal JM et al., 2011	Esaminare gli effetti della laserterapia a bassa intensità per la prevenzione e il trattamento della mucosite orale indotta dalla terapia antineoplastica	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 11 (RCT); - <i>intervento</i>: laserterapia a bassa intensità; - <i>campione</i>: 415 soggetti adulti con mucosite orale trattati con chemioterapia, radioterapia o entrambe 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione dell'insorgenza di mucosite orale di grado severo - effetto sulla severità della mucosite orale - effetto sulla durata della mucosite orale - effetto sull'intensità del dolore associato a mucosite orale 	Gli studi hanno dimensione campionaria ridotta, procedure di trattamento e dosaggi eterogenei. Le prove di efficacia a supporto dell'uso della laserterapia a bassa intensità sono da moderate a buone in termini di: prevenzione dell'insorgenza di mucosite orale di grado severo, effetto sulla severità della mucosite orale, sulla durata della mucosite orale e sull'intensità del dolore associato a mucosite orale. E' necessario sviluppare studi che confrontino l'efficacia della laserterapia con quella dei trattamenti farmacologici per il trattamento della mucosite orale
Charalambous M et al., 2013	Valutare l'efficacia nella pratica clinica del miele per la gestione della mucosite orale indotta da radioterapia in soggetti con neoplasie di testa-collo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 5; - <i>intervento</i>: miele; - <i>campione</i>: 309 soggetti adulti con mucosite orale indotta da radioterapia con neoplasie di testa-collo 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale - riduzione di occorrenza delle infezioni al cavo orale - miglioramento del dolore e delle lesioni associate 	Gli studi sono scarsi e hanno dimensione campionaria ridotta, non sempre è stata eseguita un'esplicita randomizzazione, la loro qualità metodologica è moderata e le modalità e la tipologia di trattamento non sono omogenei. Pur con le dovute cautele, derivanti dai limiti sopra esposti, il miele può limitare la severità della mucosite orale e ritardarne l'insorgenza, ridurre l'occorrenza di infezioni al cavo orale, diminuire il dolore associato e migliorare le lesioni associate. Occorre estendere la ricerca a soggetti con altri tipi di neoplasie sottoposti anche o esclusivamente a chemioterapia e superare i limiti metodologici manifestati dagli studi
Clarkson JE et al., 2010	Valutare l'efficacia nella pratica clinica degli interventi per il trattamento della mucosite orale o del dolore a essa associato in soggetti con neoplasia sottoposti a chemioterapia, radioterapia o entrambi	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 32; - <i>intervento</i>: benzidamina, sucralfato, laserterapia a bassa intensità, morfina; - <i>campione</i>: 1.505 soggetti adulti con neoplasia sottoposti a chemioterapia, radioterapia o entrambi 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione del grado di severità della mucosite orale - riduzione del dolore a essa associato 	Occorrono ulteriori studi di migliore qualità metodologica, con gruppi di controllo sotto placebo o non trattati. La laserterapia a bassa intensità sembra efficace nella riduzione della severità della mucosite orale ma le dimensioni campionarie degli studi sono piuttosto ridotte. La morfina sembra efficace nel controllo del dolore associato a mucosite orale; la frequenza d'uso si riduce quando il farmaco, anziché essere etero-somministrato, viene gestito direttamente dal soggetto. Vi è necessità di esplorare l'efficacia di nuovi trattamenti per la mucosite orale



Articolo	Obiettivo	Caratteristiche	Esiti	Conclusioni
Figueiredo AL et al., 2013	Valutare l'efficacia nella pratica clinica della laserterapia a bassa intensità sulla prevenzione dell'insorgenza della mucosite orale di grado severo in soggetti sottoposti a trattamento antineoplastico	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 12; - <i>intervento</i>: laserterapia a bassa intensità; - <i>campione</i>: 527 soggetti adulti e pediatrici sottoposti a trattamento antineoplastico 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione dell'insorgenza di mucosite orale di grado severo 	Gli studi sono di qualità eterogenea, le dimensioni campionarie sono subottimali e le misure di profilassi nei gruppi di controllo sono molto diverse. La laserterapia a bassa intensità è circa 9 volte più efficace (da media a elevata) rispetto ad altre misure per prevenire l'insorgenza di mucosite orale di grado severo. Occorrono ulteriori studi per confermare l'efficacia del trattamento
Jensen SB et al., 2013	Valutare l'efficacia dei seguenti interventi o agenti terapeutici per la gestione della mucosite orale in soggetti con neoplasie	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 32; - <i>intervento</i>: allopurinolo, payayor, pentossifillina, pilocarpina, betanecolo, propanetelina, decaossido di tetracloro, gomma da masticare, somministrazione a livello della mucosa di radiazione moderata a blocchi, modifiche nel <i>timing</i> della radioterapia; - <i>campione</i>: soggetti adulti sottoposti a trattamenti antineoplastici con mucosite orale 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale 	Non vi sono prove a supporto dell'efficacia di allopurinolo, pentossifillina, pilocarpina, gomma da masticare e propanetelina sulla gestione della mucosite orale. La radiazione moderata a blocchi sembra avere un impatto favorevole ma occorrono ulteriori studi. Le modifiche nel <i>timing</i> della radioterapia sembrano una promettente soluzione, tuttavia attualmente le possibilità di rendere più flessibile il trattamento sono ridotte
Kowanko I et al., 1998	Riassumere le migliori prove di efficacia disponibili sulle strategie di prevenzione della mucosite orale indotta da chemioterapia e/o radioterapia in soggetti adulti con neoplasia	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 55; - <i>intervento</i>: protocolli di igiene orale, collutori a base di allopurinolo, camomilla, benzidamina, corticosteroidi, crioterapia, agenti immunomodulatori (es. GM-CSF), anestetici locali, antisettici (es. clorexidina), agenti antimicrobici locali (es. nistatina), antifungini sistemici (aciclovir), agenti antivirali (es. fluconazolo), agenti barriera della mucosa orale (es. sucralfato), citoprotettivi (es. vitamina E), stimolanti della risposta epiteliale (es. laser a bassa intensità), psicoterapia, analgesici (morfina); - <i>campione</i>: soggetti adulti a rischio di o con mucosite orale indotta da chemioterapia o radioterapia per qualsiasi forma di neoplasia 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione o riduzione della mucosite orale - miglioramento di grado e severità dei sintomi e del dolore associato 	La maggioranza delle strategie per la prevenzione e il controllo della mucosite orale non è supportata da sufficienti prove di efficacia. Sono suggeriti gli interventi più semplici ed economici (es. crioterapia, morfina cloridrato). Alcuni interventi sono supportati da buone prove di efficacia (es. benzidamina) ma si basano su un ridotto numero di studi



Articolo	Obiettivo	Caratteristiche	Esiti	Conclusioni
McGuire DB et al., 2013	Valutare l'efficacia dell'igiene orale di base (protocolli di igiene orale, cure dentali, collutori) per la prevenzione e il trattamento della mucosite orale in soggetti sottoposti a terapia antineoplastica	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 52; - <i>intervento</i>: protocollo di igiene orale, cure dentali, bicarbonato di sodio, soluzione fisiologica, collutori a base di clorexidina, calcio fosfato e agenti medicamentosi vari; - <i>campione</i>: soggetti adulti e pediatrici con mucosite orale in trattamento per neoplasie 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale - riduzione del dolore associato 	Vi è carenza di prove di efficacia a supporto dell'efficacia dell'uso dei trattamenti in studio per la gestione della mucosite orale. E' suggerito l'uso di protocolli di igiene orale a tutte le età per la prevenzione della mucosite orale; è sconsigliato l'uso di collutorio a base di clorexidina in soggetti sottoposti a radioterapia con neoplasie di testa-collo. La soluzione fisiologica e il bicarbonato di sodio, in quanto agenti innocui, possono entrare a fare parte delle pratiche di cura quotidiane per il mantenimento di un'igiene orale ottimale. Le cure dentali possono contribuire a ridurre l'insorgenza di stati infettivi locali. La valutazione delle condizioni del cavo orale, prima di qualunque trattamento, è essenziale. Inoltre, è fondamentale la formazione di operatori sanitari, pazienti e famiglie
Migliorati C et al., 2013	Valutare le prove di efficacia relative all'uso nella pratica clinica della laserterapia a bassa intensità e di altri dispositivi di fototerapia per la prevenzione e il trattamento della mucosite orale in soggetti con neoplasie	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 24; - <i>intervento</i>: laserterapia a bassa intensità, fototerapia in genere; - <i>campione</i>: soggetti adulti con mucosite orale in trattamento per neoplasie 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale - riduzione del dolore associato 	Alcuni studi sono privi di randomizzazione, non sono in doppio cieco, non hanno il gruppo di controllo trattato con placebo, non esplicitano in modo chiaro eventuali fattori confondenti e utilizzano strumenti di valutazione della mucosite orale eterogenei. Inoltre, vi sono differenze significative nei dispositivi usati, nelle lunghezze d'onda emesse e nelle modalità di erogazione del trattamento. La laserterapia a bassa intensità può essere efficace per la prevenzione della mucosite orale e il controllo del dolore associato in soggetti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche dopo essere stati trattati con chemioterapia, con o senza <i>Total Body Irradiation</i> (TBI). Essa ha in sé il potenziale per diventare una pratica di routine. Le nuove tecnologie per fototerapia (es. dispositivi LED) sembrano manifestare risultati promettenti



Articolo	Obiettivo	Caratteristiche	Esiti	Conclusioni
Peterson DE et al., 2013	Valutare l'efficacia della crioterapia sulla prevenzione e/o il trattamento della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 23; - <i>intervento</i>: crioterapia; - <i>campione</i>: soggetti adulti e pediatrici sottoposti a trattamenti antineoplastici a rischio o con mucosite orale 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale 	Nessuno studio è stato eseguito in doppio cieco con gruppo di controllo trattato con placebo. La crioterapia può essere efficace in tipologie selezionate di soggetti (popolazione adulta vs pediatrica, <i>compliance</i> all'intervento) e per specifici regimi di trattamento antineoplastico (es. durata ed emivita dell'agente chemioterapico). Gli studi futuri dovranno orientarsi a valutare l'efficacia della crioterapia comparandola con altri agenti utilizzati per la prevenzione e il trattamento della chemioterapia e indirizzarsi alla popolazione pediatrica
Potting CM et al., 2006	Valutare l'efficacia dei collutori per la prevenzione e il miglioramento della mucosite orale indotta da chemioterapia	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 7; - <i>intervento</i>: clorexidina, nistatina, clorexidina e nistatina, bicarbonato di sodio, lidocaina, difenidramina, idrossido di alluminio, camomilla e iodopovidone; - <i>campione</i>: 863 soggetti adulti con neoplasie sottoposti a chemioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale - <i>compliance</i> dei soggetti 	La maggioranza delle formulazioni dei collutori si è dimostrata inefficace. La clorexidina collutorio non è efficace per prevenire o migliorare la mucosite orale e la <i>compliance</i> dei soggetti è bassa per via della colorazione dei denti che induce oltre alla sensazione sgradevole e al gusto amaro; tali ragioni supportano piuttosto l'utilizzo di acqua distillata sterile o soluzione fisiologica o bicarbonato di sodio, alternative meno dispendiose e più accessibili nella pratica infermieristica. Lo iodopovidone sembra essere efficace ma la dimensione campionaria è ridotta e dunque le conclusioni devono essere trattate con cautela; inoltre, tale collutorio, se accidentalmente ingerito, può causare ipertiroidismo. La <i>compliance</i> dei soggetti al trattamento, benché sia un aspetto importante, è poco considerata dagli studi



Articolo	Obiettivo	Caratteristiche	Esiti	Conclusioni
Qutob AF et al., 2013	Indagare e valutare criticamente le prove di efficacia disponibili sugli agenti profilattici della mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico in area pediatrica	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 27; - <i>intervento</i>: protocollo di igiene orale, collutori a base di clorexidina, benzidamina, GM-CSF, glutammina, propantelina e crioterapia, prostaglandine E2, sucralfato, gomma da masticare, laserterapia a bassa intensità; - <i>campione</i>: soggetti pediatrici a rischio di mucosite orale indotta da trattamento antineoplastico 	<ul style="list-style-type: none"> - tasso di incidenza e severità della mucosite orale 	Pochi studi trattano l'argomento per la fascia pediatrica; le scale utilizzate per la valutazione della mucosite orale sono differenti e in alcuni studi vi sono delle lacune nella metodologia di presentazione dei risultati. La dimensione campionaria degli studi è buona (uno dei criteri di esclusione era una dimensione campionaria < 20 soggetti). Le prove a favore dell'efficacia dei protocolli di igiene orale sono buone: è una pratica di profilassi efficace, fattibile e conveniente. Le prove di efficacia di prostaglandine E2, sucralfato e GM-CSF sono contro il loro uso in ambito pediatrico ma occorrono ulteriori ricerche a conferma o meno della controindicazione. Le prove di efficacia relative a clorexidina, glutammina e laserterapia a bassa intensità sono inconclusive
Song JJ et al., 2012	Valutare l'efficacia della profilassi con miele per l'insorgenza di mucosite orale indotta da radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 3 (RCT); - <i>intervento</i>: miele; - <i>campione</i>: 120 soggetti adulti sottoposti a radioterapia a rischio o con mucosite orale 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale 	Negli studi non è chiara la procedura di randomizzazione, il rischio di <i>bias</i> non è trascurabile e la dimensione campionaria è ridotta. Le prove di efficacia, seppure deboli, sono a favore della funzione profilattica del miele. Benché i risultati siano promettenti, occorrono ulteriori studi per rafforzare le prove di efficacia
Stokman MA et al., 2006	Valutare l'efficacia nella pratica clinica degli interventi per la prevenzione della mucosite orale in soggetti con neoplasie di testa-collo sottoposti a chemioterapia, radioterapia o entrambe	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 45; - <i>intervento</i>: clorexidina, benzidamina, soluzioni a base di fluoro, iseganan, agenti antimicrobici, PTA (polimixina, tobramicina e amfotericina), GM-CSF, G-CSF, crioterapia, protocollo di igiene orale, sucralfato, amifostina, glutammina, antiossidanti, allopurinolo, pentossifillina, pilocarpina, miele, calcio fosfato, aloe vera, camomilla; - <i>campione</i>: soggetti adulti con neoplasie di testa-collo sottoposti a chemioterapia, radioterapia o entrambe 	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione dell'incidenza e del grado di severità della mucosite orale 	La dimensione campionaria, la non costante presenza di cecità e la non frequente presenza di gruppi di controllo trattati con placebo costituisce un limite degli studi inclusi. PTA, GM-CSF, G-CSF, crioterapia (soprattutto per i soggetti in chemioterapia con 5-FU) e amifostina hanno manifestato un effetto profilattico sull'insorgenza di mucosite orale di grado severo. Non vi è attualmente un intervento in grado, da solo, di prevenire del tutto l'insorgenza di mucosite orale, il che suggerisce che gli studi futuri dovranno orientarsi a valutare l'efficacia di più interventi combinati fra loro



Articolo	Obiettivo	Caratteristiche	Esiti	Conclusioni
Sutherland SE et al., 2001	Identificare, classificare e valutare gli agenti impiegati per la profilassi della mucosite orale in soggetti sottoposti a radioterapia per neoplasie testa-collo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 15 (RCT); - <i>intervento</i>: citoprotettivi diretti (es. agenti barriera della mucosa orale, stimolanti della risposta epiteliale) o indiretti (es. benzidamina), antisettici (es. clorexidina) e antibatterici; - <i>campione</i>: 1.022 soggetti adulti sottoposti a radioterapia per neoplasie di testa-collo 	<ul style="list-style-type: none"> - grado e severità della mucosite orale - interruzioni volontarie di radioterapia - proporzione di soggetti positivi per insorgenza di mucosite orale 	La qualità complessiva degli studi è subottimale. Allo stato attuale, il corpo di prove di efficacia non è sufficiente per supportare lo sviluppo di specifiche raccomandazioni per la prevenzione della mucosite orale nella pratica clinica, anche se l'utilizzo di antibatterici a spettro ristretto sembra offrire dei vantaggi
Worthington HV et al., 2002	Valutare l'efficacia di agenti profilattici orali per la candidiasi orale e la mucosite orale in soggetti sottoposti a chemioterapia per neoplasie (tranne quelle di testa-collo)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 24 (RCT); - <i>intervento</i>: <ul style="list-style-type: none"> - adulti e fascia pediatrica: collutorio a base di clorexidina, prostaglandine E2, natamicina e nistatina; - solo adulti: camomilla, glutammina, collutorio a base di allopurinolo, crioterapia, misoprostolo, clotrimazolo, ketoconazolo, fluconazolo; - solo fascia pediatrica: itraconazolo + ketoconazolo + amfotericina B; - <i>campione</i>: 2.109 soggetti adulti e pediatrici sottoposti a chemioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> - incidenza di candidiasi orale - incidenza di mucosite orale 	Gli studi inclusi non sempre sono di buona qualità. Molti studi sono stati esclusi per assenza di un gruppo di controllo non trattato o trattato con placebo. Vi sono deboli prove di efficacia a supporto dell'uso della crioterapia per la prevenzione della mucosite orale e la riduzione della candidiasi orale ma la dimensione campionaria non ampia a sufficienza richiede ulteriori ricerche di conferma. La terapia antifungina ha solo un modesto effetto sulla candidiasi orale
Worthington HV et al., 2011	Valutare l'efficacia nella pratica clinica degli agenti profilattici per la mucosite orale in soggetti che ricevono trattamenti antineoplastici, comparata ad altri interventi potenzialmente attivi, al placebo o a nessun trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - <i>studi inclusi</i>: 131; - <i>intervento</i>: crioterapia, palifermin, sucralfato, aloe vera, amifostina, glutammina, G-CSF, miele, fattore di crescita dei cheratinociti, laser a bassa intensità, PTA (polimixina, tobramicina e amfotericina); - <i>campione</i>: 10.514 soggetti sottoposti a trattamento antineoplastico 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione o riduzione della mucosite orale 	Meno del 10% degli studi è a basso rischio di <i>bias</i> . Occorrono ulteriori studi di qualità migliore e con dimensioni campionarie maggiori per consentire un'analisi per sottogruppi affidabile. La crioterapia e il palifermin sembrano efficaci nella prevenzione della mucosite orale mentre il sucralfato può ridurre la severità della mucosite orale. Gli altri interventi sono supportati da deboli prove di efficacia. I benefici rilevati, per ora, devono ritenersi tali nel contesto di neoplasie e trattamenti antineoplastici illustrati dagli studi inclusi nella revisione sistematica

es.: per esempio

CT: chemioterapia;

RT: radioterapia;

HSCT: trapianto di cellule staminali emopoietiche;

GM-CSF: Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor;

G-CSF: Granulocyte Colony-Stimulating Factor;

5-FU: 5-fluorouracile



CONTRIBUTI

Isolamento da contatto. Quali conseguenze per il paziente?

di **Pasquale La Torre**

Infermiere. Azienda Ospedaliero Universitaria Parma

Corrispondenza: latorrep26@libero.it

Introduzione

L'incremento delle infezioni multi-resistenti agli antibiotici rappresenta un problema sanitario a livello internazionale.

Il rapporto Ecdc 2013 (Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2013) ha analizzato dati riguardanti 8 microrganismi di maggiore interesse per la sanità pubblica: Escherichia C, Klebsiella P, Pseudomonas A, Streptococcus P, Staphylococcus A, Acinetobacter, Enterococcus faecalis e faecium. Il quadro delineato dal rapporto evidenzia un'aumentata resistenza dei Gram - (Escherichia C e Klebsiella P) oltre che alle cefalosporine di terza generazione, anche ai carbapenemi. Diversa è la situazione dei Gram +. Lo Stafilococcus aureus meticillino resistente (MRSA) ha mostrato un trend in diminuzione nella Ue, anche se questa riduzione risulta meno pronunciata rispetto al quadriennio precedente.

In Italia, l'ultimo rapporto stilato dall'Iss (Istituto Superiore di Sanità) ha rilevato dati sull'antibiotico resistenza superiori alla media europea. L'incremento più preoccupante riguarda la resistenza ai carbapenemici in Klebsiella P che in 6 anni è passata da meno dell'1% nel 2008 al 34% nel 2013 (www.epicentro.iss.it 2015).

I decessi causati dalle infezioni multi-resistenti rientrano in un range da 5000 a 7000/anno, con un costo di 100 milioni di euro. Nell'UE i decessi ammonterebbero a 25000 e la spesa a circa 1,5 mld euro. La principale causa della multi-resistenza è stata riconosciuta nell'utilizzo inappropriato degli antibiotici. (Simit comun.stampa. Aprile 2015). Buone pratiche come il lavaggio delle mani, le misure di igiene ospedaliera e l'isolamento del malato colonizzato o infetto, possono ridurre la trasmissione di queste infezioni fino al 35%.

Gli aspetti e le componenti fisiche che caratterizzano un luogo influenzano in misura significativa le relazioni umane (Caocci 2004), l'isolamento del paziente (stanza singola, coorte, isolamento spaziale) potrebbe determinare problemi e nuovi bisogni assistenziali. L'isolamento infatti, è stato teoricamente definito come uno stato in cui l'individuo vive una deprivazione sensoriale e sociale, con limitazioni nel tempo e nello spazio (Gilmartin HM 2013). Gli studi di psicologia ambientale hanno individuato l'importanza delle categorie di spazio personale, territorialità e privacy. La stanza di degenza diventa rapidamente la dimora del paziente, in essa si svolgono gran parte delle sue attività, avvengono incontri con persone e si possono sperimentare sentimenti di angoscia e solitudine (Caocci 2004).

L'infermiere esercita un ruolo fondamentale nel riconoscere in modo autonomo i problemi e i bisogni del paziente isolato per infezioni multi-resistenti. Può intervenire efficacemente attraverso il processo assistenziale di prevenzione, cura ed educazione al paziente e alla famiglia.

L'isolamento del paziente, cosa dice la letteratura?

Attraverso questa revisione della letteratura si intende verificare se l'isolamento da contatto può determinare un maggiore rischio di eventi avversi e condizionare negativamente la sfera psicologico-relazionale del paziente. Nel periodo giugno-luglio 2015 è stata effettuata una ricerca attraverso le banche dati Pubmed e Cinhal, utilizzando le parole chiave: "isolation contact and adverse events", "isolation contact and psychologies consequences", "anxiety and depression isolation contact". Sono stati selezionati studi che hanno analizzato gli eventi avversi, la qualità dell'assistenza e le implicazioni psicologico-comportamentali nei pazienti sottoposti a isolamento da contatto. Per i dati epidemiologici sono stati consultati i siti istituzionali.

Gli articoli selezionati sono stati suddivisi in due aree tematiche: conseguenze psicologiche e eventi avversi (**Tabella 1 e 2**). La scala di valutazione maggiormente descritta in letteratura per la valutazione delle conseguenze psicologiche legate a depressione e ansia è la Scala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). In uno studio è stata utilizzata la Scala di valutazione Hamilton Anxiety and Hamilton Depression Rating Scale, in un altro articolo la Crow-Crisp Experiential Index.

Tabella 1 - Conseguenze psicologiche		
Studio/anno	Tipologia studio e campione	Sintesi evidenza
(Catalano 2003). <i>Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation.</i>	Coorte Camp: ND	I pz in isolamento presentano punteggi più alti sia di ansia che di depressione rispetto a pazienti non isolati.
(Barrat RL, 2011). <i>Patient experience of source isolation: lesson for clinical practice.</i>	Review	L'isolamento può provocare ansia e depressione, cure più scadenti e qualche vantaggio nella privacy. E' importante l'informazione adeguata.
(Gammon J 1999). <i>The psychological consequences of source isolation: a review of the literature.</i>	Review	E' stata effettuata ancora poca ricerca sugli effetti psicologici dell'isolamento.
(Day Hr, 2103). <i>Depression, anxiety, and moods of hospitalized patients under contact precautions.</i>	Prospettico-coorte Camp: 1876 pz	I pazienti in isolamento hanno più sintomi di ansia e depressione al ricovero, ma non sembrano sviluppare questi sintomi per le precauzioni da contatto.
(Findik UY, 2012). <i>Effect of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients.</i>	Sperimentale non randomizzato Camp: 117 pz	Nessuna differenza statisticamente significativa di depressione tra isolati e non isolati. Nei pz isolati maggiore depressione nelle donne, in persone con bassa istruzione e redditi bassi.
(Day HR 2011). <i>Association between depression and contact precautions in veterans at hospital admission.</i>	ND Camp: 103 pz	Precauzioni da contatto sono state associate a maggiore depressione e ansia. Dai punteggi scale HADS si riscontra un 10% superiore in pazienti isolati (14,3 vs 13,0; P=.47).

(Wilkins E.G.L 1988). <i>Does isolation of patients with infections induce mental illness?</i>	ND Camp: 41 pz	L'ansia nei pz con infezioni acute è più legata alla malattia che all'isolamento. Sono più vulnerabili alle conseguenze psicologiche i pz con storia di malattie mentali, abuso di alcol e fumo.
(Mei Ling Soon M, 2013). <i>An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore.</i>	Caso controllo Camp: 40 pz	In 20 casi campione con controllo si rilevano livelli più alti di ansia ($t=4,841; p<.001$) e depressione ($t=3,731, p<.01$). La maggioranza pz (80%) ha percepito diminuzione della cura, ha provato rabbia, noia, paura e voglia di informazioni. Il tempo degli operatori è più basso di 508 minuti vs caso controllo 806 min. I medici la metà di contatti 188 vs 375.

Tabella 2 - Eventi avversi

Studio/anno	Tipologia studio e campione	Sintesi evidenza
(Saint S, 2003). <i>Do physicians examine patients in contact isolation less frequently? A brief report.</i>	Prospettico di coorte Camp: 139 pz	I medici hanno circa la metà di probabilità di esaminare i pazienti con isolamento da contatto.
(Spence MR 2011). <i>The interrelationship of isolation precautions and adverse events in an acute care facility.</i>	Coorte Camp: ND	L'isolamento aumenta in modo statisticamente significativo gli eventi avversi.
(Kirkland KB 1999). <i>Adverse effects of contact isolation.</i>	Coorte Camp: ND	Gli operatori sanitari hanno metà di probabilità di entrare nelle stanze dei pazienti isolati, ma sono più propensi al lavaggio delle mani anche verso i non isolati.
(Morgan DJ, 2013). <i>The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals.</i>	Prospettico-coorte 4 strutture per acuti	Isolamento da contatto è associato a minor numero di visite, sia da operatori che da altri visitatori.
(Gasing LB 2008). <i>Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected?</i>	Trasversale-qualitativo Camp: ND	I pazienti non hanno la conoscenza e l'istruzione per quanto riguarda l'isolamento ma sentono che la loro cura migliora.
(ZaharJR 2013). <i>Impact of contact isolation for multidrug-resistant organism on the occurrence of medical errors and adverse events.</i>	Coorte Camp: 1221 pz	Nei pazienti isolati sono più frequenti gli errori di terapia. Più frequenti ipo e iper glicemia, eventi tromboembolici, emorragie, polmonite associata a ventilazione.
(Gilmartin HM 2013). <i>Isolation: a concept analysis.</i>	Analisi concettuale	Isolamento provoca riduzione degli input sensoriali e sociali e limitazione fisica.

(Morgan DJ 2009). <i>Adverse outcomes associated with contact precautions. A review of the literature.</i>	Review 15 studi dal 1989 al 2008	Nei pz in isolamento meno contatto con operatori, più ritardi, aumento depressione e ansia e diminuzione soddisfazione di cura.
(Abad C 2010). <i>Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review.</i>	Review 16 studi	L'isolamento aumento il malessere, ansia, rabbia, meno degli operatori, aumento di 8 volte di eventi avversi e fallimento della terapia. L'educazione al paziente può essere di forte impatto per mitigare gli effetti psicologici negativi.
(Spence MR 2011). <i>The interrelationship of isolation precautions and adverse events in an acute care facility.</i>	Retrospectivo-coorte Camp: ND	Aumento statisticamente significativo di eventi avversi nei pazienti isolati in terapia intensiva.
(Lupion M 2015). <i>Effects of isolation on patients and staff.</i>	Caso controllo+qualitativo Camp: ND	L'isolamento è associato a depressione e non a maggiore ansia. La soddisfazione per la cura è simile ai pazienti non isolati.

Risultati

Dall'analisi degli studi presi in esame si rileva che l'isolamento del paziente contaminato e/o infetto può comportare problemi in termini di benessere della persona, qualità e sicurezza delle cure.

In particolare si evidenzia la presenza di reazioni emotive come rabbia, noia, solitudine, fino a manifestazioni cliniche di ansia e depressione. Questo quadro si può manifestare soprattutto all'inizio del ricovero. I soggetti più vulnerabili a queste conseguenze sembrano essere persone con una storia di disagio, persone a basso reddito e pazienti a cui non viene effettuata una corretta informazione.

E' stato documentato diffusamente l'aumento dei rischi nei ritardi delle prestazioni, negli errori della terapia, nella riduzione delle visite da parte del personale assistenziale, e in modo più rilevante da parte del personale medico.

Durante il periodo dell'isolamento da contatto la soddisfazione del paziente è risultata sostanzialmente stabile. Elementi positivi rilevati riguardano l'apprezzamento della privacy dovuto alla camera singola e la maggiore aderenza al lavaggio delle mani del personale anche nei confronti dei pazienti non isolati.

Conclusioni

La tipologia degli articoli selezionati dimostra la necessità di implementare l'osservazione del fenomeno attraverso nuove evidenze come l'efficacia degli interventi correttivi (informazione-educazione, sorveglianza eventi avversi) e il rapporto tra risorse del personale e complessità assistenziale del paziente in isolamento da contatto.

Dal quadro generale della ricerca si rileva inoltre la mancanza negli strumenti operativi (linee guida, protocolli) di indicatori, obiettivi e risultati connessi alla gestione dei rischi di natura psicologico-comportamentale e alla prevenzione degli eventi avversi nei pazienti isolati.

Da quanto esposto, le implicazioni dirette per la pratica assistenziale possono essere ricondotte rispettivamente:

- al potenziamento della relazione con il paziente e la famiglia per individuare precocemente i bisogni;
- all'inserimento nelle procedure operative di indicatori sugli aspetti relazionali, informativi, ed educativi;
- all'introduzione di procedure finalizzate alla sorveglianza degli eventi avversi specifica per i pazienti isolati;
- all'inserimento dei dati di attività per l'isolamento da contatto nella valutazione di carichi e tempi di lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- Abad C, Fearday A et al. (2010). *Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review*. *J Hosp Infect* Oct; 76(2): 97-102.
- Barrat RL, Shaban et al. (2011). *Patient experience of source isolation: lesson for clinical practice*. *Contemp. Nurse* Oct; 39(2):180-93.
- Caocci G, La Nasa G et al. (2004). *Humanizing medical structures: the issue of a long-bacterial environment in the bone marrow transplant unit*. *Journal of medicine and the person*. Set. Vol. 2 n.2:114-120.
- Catalano G, Houston SH et al. (2003). *Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation*. *South Med J*. Feb; 96(2):141-5.
- Day HR, Morgan DJ et al. (2011). *Association between depression and contact precautions in veterans at hospital admission*. *Am J Infect Control* Mar; 39(2): 163-5.
- Day Hr, Perencevich EN et al. (2103). *Depression, anxiety, and moods of hospitalized patients under contact precautions*. *Infect Control Hosp Epidemiol* Mar; 34(3):251-8.
- Findik UY, Ozbas A et al. (2012). *Effect of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients*. *Int J Nurs Pract* Aug, 18(4):340-6.
- Gammon J (1999). *The psychological consequences of source isolation: a review of the literature*. *J Clin Nurs*. Jan 8(1):13-21.
- Gasing LB, Singer K (2008). *Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected?* *Infect Control Hosp Epidemiol* 29:275-278.
- Gilmartin HM, Grota PG et al. (2013). *Isolation: a concept analysis*. *Forum Nurs* Jan-Mar; 48 (1): 54-60.
- Kirkland KB, Weinstein JM (1999). *Adverse effects of contact isolation*. *Lancet* Oct 2;354(9185):1177-8.
- Lupion M, Antunez D et al. (2015). *Effects of isolation on patients and staff*. *Am J infect Control* Apr 1;43(4):397-9.
- Mei Ling soon M, Madigan M et al. (2013). *An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in singapore*. *Am J Infect Control* Oct. 41(10):111-3.
- Morgan DJ, Diekema DJ et al. (2009). *Adverse outcomes associated with contact precautions. A review of the literature*. *Am J Infect Control* Mar;37(2):85-93.
- Morgan DJ, Pineles L et al. (2013). *The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals*. *Inf. Contr. Hosp. Epid* Jan; 34(1):69-73.
- Saint S, Higgins LA et al. (2003). *Do physicians examine patients in contact isolation less frequently? A brief report*. *Am J Infect Control* Oct; 31(6): 354-6.
- Simit (Società italiana malattie infettive e tropicali). *Comunicato stampa in rassegna aprile-maggio 2015*. <http://www.simit.org/medias/781-rassegna-stampa-simit-aprile-giugno-2015.pdf>.
- Spence MR, Mc Quaid M. (2011) *The interrelationship of isolation precautions and adverse events in an acute care facility*. *Am J Control Mar*; 39 (2):154-5.
- Wilkins E.G.L, Ellis M.E, Gibbs. A (1988). *Does isolation of patients with infections induce mental illness?* *J.Infect* 17 (43-47).
- ZaharJR, Garrouste M et al. (2013). *Impact of contact isolation for multidrug-resistant organism on the occurrence of medical errors and adverse events*. *Intensive Care medicine*. Decem. Vol 39(12):2153-2160.
- http://www.epicentro.iss.it/focus/resistenza_antibiotici/EpidEuropa.asp.

CONTRIBUTI

Sperimentazione e validazione di una nuova prova per l'esame di abilitazione nel corso di laurea in infermieristica

di Giuseppe Marmo (1), Arianna Procacci (1), Cirio Luigi (2), Mario Castoldi (3), Alberto Dal Molin (4), Maria Adele Schirru (5), Valerio Dimonte (2)

(1) Corso di Laurea in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore - Sede Cottolengo di Torino

(2) Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino

(3) Dipartimento di Scienze dell'Educazione e della Formazione, Università degli Studi di Torino

(4) Corso di Laurea in Infermieristica, Università Piemonte Orientale "A. Avogadro"

(5) Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI del Piemonte

Corrispondenza: arianna.procacci@libero.it

Introduzione

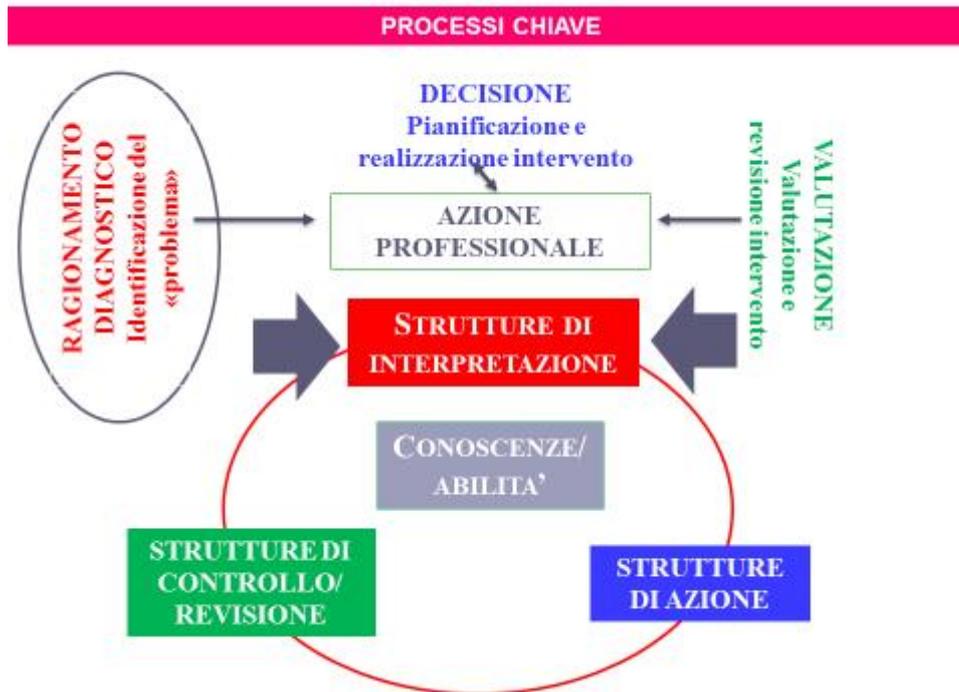
Nei Corsi di Laurea di Infermieristica e di Infermieristica Pediatrica, diversamente da altri percorsi formativi universitari professionalizzanti, l'abilitazione professionale è contestuale al conseguimento del titolo di studio (art. 4 della legge 573/1996).

L'esame di abilitazione finale, ai sensi della normativa vigente, si compone di una prova pratica e dalla redazione e dissertazione di un elaborato di tesi.^[1]

L'obiettivo dell'esame di abilitazione è di valutare e certificare il raggiungimento delle competenze attese da un laureando, nel quadro dei *learning outcome* rappresentati dai Descrittori di Dublino, nello specifico: la conoscenza e la capacità di comprensione teoriche ed applicate; l'autonomia di giudizio, le abilità comunicative e la capacità di apprendere.^[2]

La prova pratica deve essere in grado di fare emergere tre capacità, che contraddistinguono il professionista da un semplice erogatore di prestazioni tecniche: la *capacità di ragionamento diagnostico*, correlata alla struttura di interpretazione della situazione; la *capacità decisionale*, che richiama le strutture e i meccanismi che sostengono l'azione; la *capacità valutativa*, che richiama le strutture di controllo e revisione dell'azione (**Schema 1**).^{[3][4]}

A tale proposito, sia la Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, sia la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI hanno stilato specifici documenti nei quali viene riaffermata la necessità e l'importanza di progettare e realizzare una prova che consenta di: valutare la componente intellettuale, affrontare situazioni prossime alla vita professionale, ridurre possibili ambiguità valutative e agevolare i suoi tempi di realizzo e correzione. Tale esigenza è nata anche dalla constatazione che ad oggi le modalità d'esame e le tipologie di prove, nei diversi corsi, sono state alquanto disomogenee tra loro, rendendo difficoltosa qualsiasi forma di confronto.

Schema 1: processi chiave nell'esercizio della competenza

Alla luce di quanto premesso, il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI del Piemonte, con il Collegio IPASVI di Aosta, e il Coordinamento dei Corsi di Laurea delle tre Università che insistono sul territorio piemontese e Valle d' Aosta (Università di Torino, Piemonte Orientale "A. Avogadro", Università Cattolica del Sacro Cuore), hanno convenuto di procedere a un'iniziativa congiunta per rendere operative tali linee guida, armonizzandone rendendo uguali sul piano metodologico, tale esame. Operativamente l'iniziativa si è concretizzata in un progetto con l'obiettivo di predisporre e sperimentare una sorta di "banca dati" da cui attingere le micro-situazioni assistenziali per formulare la prova pratica d'esame in sede locale. In particolare è stata condivisa l'opportunità di predisporre un nuovo tipo di prova destinato a valutare specificamente le competenze intellettive del laureando, nella fattispecie le sue capacità di ragionamento diagnostico, decisionali e valutative, attraverso dei micro-casi a risposta multipla.

Tale decisione è stata sostenuta da alcune motivazioni: un'interpretazione estensiva del concetto di pratica che, essendo riferita a un professionista intellettuale, non può essere ricondotta al piano puramente gestuale; il fatto che le abilità gestuali (certificate sul libretto delle attività tecniche) dello studente sono abbondantemente valutate nel triennio durante i tirocini, il fatto che qualsiasi prova simulata per valutare le capacità gestuali e soprattutto relazionali-comunicative, al di fuori dei contesti assistenziali reali, si presta a forzature e ad artificiosità poco attendibili oltre che diseconomiche e infine, l'esigenza di uniformare e omogenizzare le prove d'esame al fine di poter consentire un successivo confronto dei risultati didattici e professionali conseguiti tra le diverse sedi di studio. [\[5\]\[6\]\[7\]](#)

Metodi e strumenti

Il metodo, coerentemente con quanto descritto nella vasta letteratura in merito alle prove strutturate, ha previsto la formulazione di circoscritte e contestualizzate micro situazioni/item, in sei aree clinico assistenziali fondamentali dal punto di vista clinico-assistenziale per un futuro esercizio professionale, correlati ai problemi prioritari di salute (area criticità vitale; problemi cardiorespiratori cronici; problemi oncoematologici; problemi metabolici cronici; problemi gastrointestinali; problemi neurologici cronici; intervento chirurgico) e quattro aree trasversali (sicurezza cure e ambiente; organizzazione dell'assistenza; responsabilità professionale).

Ciascuna micro-situazione propone al candidato un problema da comprendere e da affrontare con decisioni professionali o da valutare. Tale impostazione metodologica si fonda sul passaggio da un sapere autoreferenziale, centrato sulla conoscenza, a un impiego dei propri saperi per affrontare situazioni prossime alla vita reale, integrando le conoscenze acquisite durante il percorso di studi. [\[8\]](#)[\[9\]](#)[\[10\]](#)

Tecnicamente, per ogni micro situazione proposta è stato definito un preciso quesito, detto stimolo, a cui fare corrispondere quattro opzioni di risposta, di cui una sola corretta. Le risposte possibili, a eccezione di quella corretta, vengono chiamate distrattori, in quanto sono risposte apparentemente plausibili, la cui funzione è quella di distrarre dalla risposta corretta, cosicché, questa, sia frutto di un processo di discriminazione.

Una prova ben fatta deve contenere item di diverso livello di difficoltà e capaci di distinguere i soggetti che rispondono complessivamente bene alla prova dai soggetti che invece non lo fanno.

La fase di costruzione e sperimentazione dei micro-casi è avvenuta in tre edizioni distinte, ognuna caratterizzata dalla: costruzione degli item, con cinque risposte, di cui una eliminata, poiché poco distraente, dopo l'analisi statistica; valutazione della loro qualità metodologica in termini di presenza dei requisiti strutturali e dalla relativa sperimentazione presso gli studenti del corso per la loro validazione statistica. Ogni edizione è stata preceduta da un corso di formazione accreditato ECM durante il quale sono state fornite le informazioni sul metodo ed è stata condotta una prima esercitazione supervisionata. In tutte e tre le edizioni il lavoro di produzione supervisionata degli item ha avuto la durata di circa un mese.

I gruppi di lavoro hanno coinvolto complessivamente 198 infermieri tra tutor clinici delle sedi di tirocinio e tutor pedagogici con la funzione di coordinatori dei singoli piccoli gruppi scelti anche in considerazione del loro ruolo di docenti presso il corso di laurea nelle discipline infermieristiche.

Per la validazione degli item sono stati utilizzati i seguenti indici: di difficoltà (ID), di discriminatività (IDis), di distrattività, coefficiente di affidabilità (Alfa di Cronbach o coerenza interna) e coefficiente di relazione o punto biseriale. Per la loro applicazione ci si è avvalsi della consulenza di un docimologo.

Per confermare la pertinenza, l'adeguatezza e la coerenza con le più aggiornate evidenze scientifiche dei contenuti descritti nelle singole micro situazioni, gli *item* sono poi stati sottoposti alla verifica di una comunità allargata di esperti clinici (medici e infermieri) individuati all'interno dei diversi contesti lavorativi.

Risultati e discussione

In un periodo compreso tra il luglio 2014 e il giugno 2015, sono stati sottoposti a test di validazione, attraverso 3 distinte edizioni, complessivamente 463 *item* e sono stati coinvolti complessivamente 1777 studenti del terzo anno provenienti dalle 14 sedi di corso piemontesi (**Tabella 1**).

Tabella 1 - distribuzione domande e campione studenti coinvolto

Edizione	Item n.	Gruppi n.	Totale item n.	Studenti n.
1°	30	5	150	469
2°	45	2	90	409
3°	40	5	223	899
			463	1777

La prima selezione degli *item* è stata fatta in relazione all'*indice di difficoltà*: sono stati inclusi tutti gli *item* con difficoltà compresa tra lo 0,25 e lo 0,75 (25% e 75%), e, di conseguenza, esclusi quelli con valori $\geq 0,75$ e $\leq 0,25$.

I rimanenti sono stati selezionati per *indice di discriminatività* che ha portato a escludere tutti gli *item* con un valore ≥ 10 .

In una terza fase è stato preso in considerazione il *coefficiente di coerenza interna Alfa di Cronbach*, includendo tutti gli *item* con valori $\geq 0,60$.

Terminata la selezione degli *item* si è provveduto per ciascuno di essi a eliminare una delle 5 risposte proposte al candidato, scegliendo quella risultata meno distraente.

In totale sono stati eliminati 115 *item* (**Tabella 2**).

Tabella 2 - criteri di esclusione item (n, %)

n	%	Criterio
52	11	ID 0,013 e 0,19 (<i>item</i> troppo facile)
53	11,5	ID 0,75 e 0,99 (<i>item</i> troppo difficile)
10	0,6	IDis ≤ 10 (min - 0,03 –max 0,09) (<i>item</i> poco discriminanti)

Sono stati invece validati 338 *Item* raggruppati in relazione all'ambito affrontato come riassunto nella tabella sottostante (**Tabella 3**).

Tabella 3 - distribuzione n (%) degli *item* nell'ambito clinico assistenziale

Acronimo	Ambito clinico assistenziale	n	%
C.V.	Criticità Vitale	37	10
C.R.	Problemi Cardiorespiratori	49	15
O.E.	Problemi Oncoematologici	26	7,5
M.C.	Metabolici Cronici	32	7,5
G.I.	Problemi Gastrointestinali	27	7,5
N.C.	Neurologici Cronici	33	7,5
I.C.	Intervento Chirurgico	53	12,5
S.C.A.	Sicurezza Cure e ambiente	23	10
O.A.	Organizzazione dell'assistenza	18	7,5
R.P.	Responsabilità professionale	40	15
		338	100

La media calcolata degli indici di difficoltà degli *item* sperimentati è riassunta nella seguente tabella (**Tabella 4**).

Tabella 4 - media indice di difficoltà (n, %)

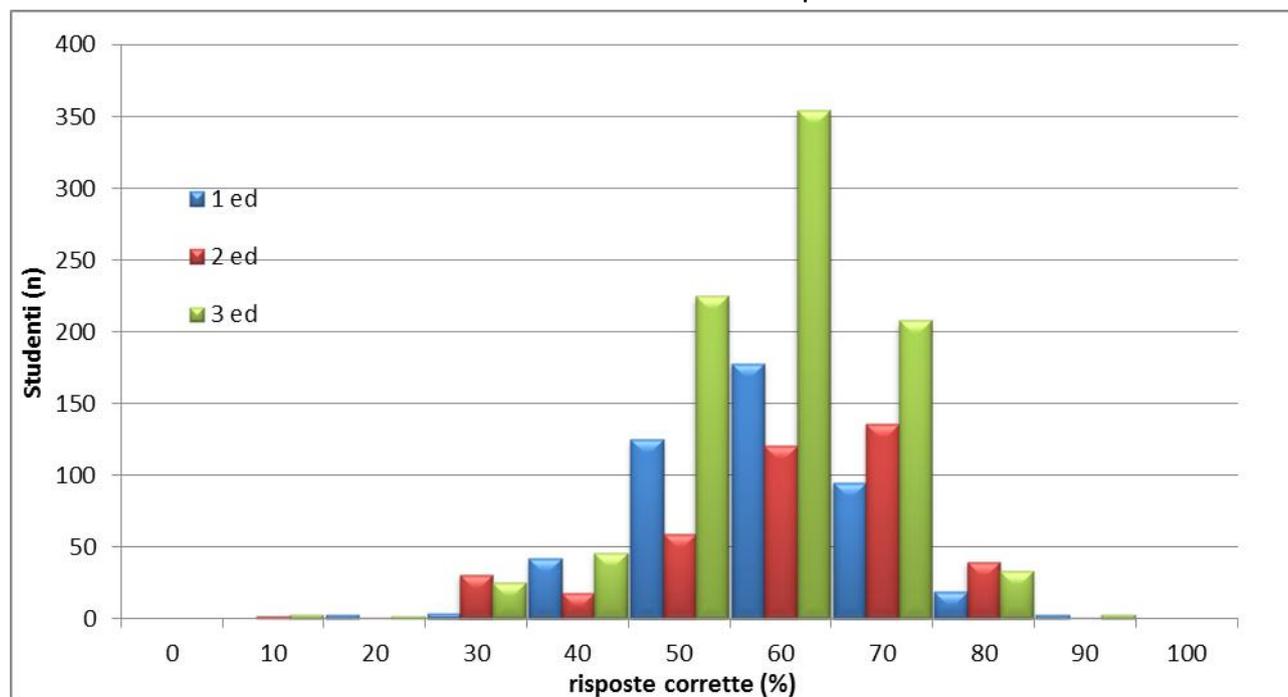
Edizione	n	%
1	0,43	43
2	0,37	37
3	0,45	45

Le prove sperimentate rientrano in una fascia che dalla letteratura viene definita a facilità media. Per quanto riguarda il coefficiente di coerenza interna, Alfa di Cronbach i valori ottenuti sono stati tutti al di sopra di 0,77; il che evidenzia, secondo la letteratura, una buona coerenza interna.

Non si sono osservate differenze di distribuzione nel numero di item eliminati per ogni ambito clinico. Il tempo medio per rispondere a ogni singolo *item* è stato di un minuto.

Dalla distribuzione riportata nel grafico sottostante (**Grafico 1**) si può osservare che all'interno della curva gaussiana si collocano gli studenti (76,2%) che hanno risposto correttamente a una percentuale di domande compresa tra il 50 % e il 70%.

Grafico 1: distribuzione complessiva



Nelle code sono collocati tutti quegli studenti che hanno risposto correttamente a una percentuale minima pari al 10% degli item e una percentuale massima pari al 80% degli item proposti; 7 studenti hanno risposto al 90% degli item.

Dal punto di vista docimologico, la prova è da considerare valida (valore medio indice di discriminatività $\geq 0,25$) in quanto è in grado di sollecitare prestazioni direttamente connesse agli obiettivi di apprendimento e in quanto favorisce la manifestazione proprio di quelle competenze che effettivamente si vogliono rilevare. I quesiti rappresentano un'adeguata campionatura delle competenze relative a uno o più ambiti disciplinari e a un livello di difficoltà accettabile (media della difficoltà degli item 0,42).

La prova è anche da considerare attendibile poiché le informazioni che si ottengono non sono ambigue, non interpretabili e possono essere rilevate in modo uniforme da diversi osservatori e per campioni di studenti diversi.

Le curve di distribuzione nelle tre edizioni sono sovrapponibili e, considerando che le edizioni hanno coinvolto campioni diversi di studenti, provenienti da Corsi di Laurea differenti, questa distribuzione, seppur in via indiretta, ci fornisce un'informazione di rimando, che merita ulteriori riflessioni, sui programmi di studio, pressoché convergenti in tutte le sedi.

Conclusioni

Un sistema di valutazione così strutturato deve necessariamente tenere conto di un'eventuale futura revisione e riprogettazione del sistema di valutazione all'interno delle sedi, pensando di sottoporre agli studenti prove di questo tipo anche durante le normali sessioni d'esame, non solo per addestrare lo studente, ma anche per valutare in modo più sistematico le competenze intellettive, che, come affermato precedentemente, sono il *core* dell'azione professionale. Il numero di *item* prodotto non è ancora sufficiente per consentire un'ampia possibilità di scelta da parte delle commissioni esaminatrici e, pertanto, il lavoro proseguirà con le stesse modalità adottate in questa esperienza anche nel 2016. Nel frattempo è possibile incominciare ad adottare tale sistema di valutazione in occasione delle prossime sessioni d'esame di stato, al fine di avviare un'analisi tra i diversi risultati emersi tra le sedi di corso.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ministero della Salute & Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Protocollo: Ministero della Salute – DGPROF 0002445-P-20/01/2012. Prova finale dei corsi afferenti alle classi di Laurea per le Professioni Sanitarie 2009.
- [2] Castoldi M. Valutare le competenze, percorsi e strumenti. Roma: Carocci, 2015.
- [3] Lichther M. Valutare l'apprendimento: teorie e metodi. Milano: Franco Angeli, 2004.
- [4] Moretti G, Quagliata A. Strumenti per la valutazione degli apprendimenti. Le prove di verifica strutturate e semistrutturate. Roma: Monolite, 1999.
- [5] Varani A, Carletti A. Didattica costruttivista. Dalle teorie alla pratica di classe. Trento: Erickson, 2005.
- [6] Varani A, Carletti A. Didattica costruttivista. Dalle teorie alla pratica di classe. Trento: Erickson, 2005.
- [7] Vertecchi B. Manuale della valutazione: analisi degli apprendimenti e dei contesti. Milano: Franco Angeli, 2003.
- [8] Pelleray M. Le competenze individuali e il portfolio. Roma: La Nuova Italia, 2004.
- [9] Spencer L. M., Spencer S. *Competence at Work. Models for Superior Performance*, New York: John Wiley, 1993.
- [10] Trincherò R. Costruire, valutare, certificare le competenze. Proposte di attività per la scuola. Milano: Franco Angeli 2013.

CONTRIBUTI

L'Infermiere di famiglia e di comunità: la formazione di questa nuova figura presso l'Università di Torino e l'Università del Piemonte Orientale (UPO)

di *Ginetta Menarello (1), Sara Bidone (2)*

(1) *Coordinatore corso di Laurea Infermieristica e Vice Direttore del Master di Infermieristica di Famiglia e di Comunità - Università di Torino*

(2) *Coordinatore corso di Laurea Infermieristica e Coordinatore Master Infermieristica di Famiglia e Comunità - Università del Piemonte Orientale sede formativa di Tortona (AI)*

Nei contesti delle società postindustriali, sempre più complesse esigenze di cura personale emergono dalle condizioni di handicap, disabilità, non autosufficienza, patologia mentale, emarginazione, così come dai nuovi rischi sociali e dalle cosiddette “nuove povertà” psicorelazionali. Strette fra l’aumento oggettivo dei bisogni (si pensi solo alle incombenti domande di assistenza per la quarta età) e le crescenti aspettative di nuovi servizi e di una migliore qualità delle prestazioni, le tradizionali burocrazie assistenziali, ed i loro modelli organizzativi, sembrano destinati a profonde riorganizzazioni, pena il rischio di rapida obsolescenza.

Folgheraiter F., Donati P

Premessa

Il documento “Health 21” elaborato nel 1998 dalla sede europea dell’Organizzazione mondiale della Sanità nasce con l’intento di fornire “il quadro di riferimento” in tema di politiche e strategie sanitarie ai 51 stati membri del Comitato Regionale OMS Europa.

Tra i 21 obiettivi per il XXI secolo, al fine della presente trattazione merita particolare menzione l’obiettivo numero 18, nel quale viene sostenuta la garanzia che i professionisti della sanità acquisiscano entro l’anno 2000, conoscenze, atteggiamenti e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute. Medici e infermieri, che lavorano in ambito comunitario, vengono definiti “il perno della rete dei servizi”: in particolare, l’infermiere di famiglia e comunità è la nuova figura pensata per rispondere a questa sfida.

Per definizione il “nuovo infermiere” è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia.

L’obiettivo è quello di mantenere, e migliorare nel tempo, l’equilibrio o lo stato di salute della famiglia, aiutandola a evitare le minacce alla salute o ad adattarvisi. Sotto il profilo organizzativo il modello prevede che l’infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di “famiglie”.

L’infermiere di famiglia dovrebbe agire sostanzialmente nelle seguenti aree:

1. prevenzione primaria, cioè riduzione dei fattori di rischio di malattia attraverso l’educazione sanitaria su dieta, uso di alcool e tabacco, attività fisica, la riduzione dei fattori di rischio di incidenti domestici ecc.;

2. prevenzione secondaria, attraverso la promozione di test ed esami mirati a diagnosticare precocemente le malattie;
3. prevenzione terziaria, concetto che racchiude tutti gli interventi utili ad evitare le riacutizzazioni di malattie croniche, inquadrabili nel modello del Chronic care model;
4. interventi di assistenza infermieristica diretta in caso di necessità, ad esempio contestuali alla visita programmata.

La base normativa della figura dell'infermieristica di famiglia in Italia è la "legge Balduzzi", con cui si apre per il nostro sistema sanitario nazionale la stagione della "riorganizzazione delle cure primarie". Per cure primarie, in sintesi, s'intende, il primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario: le cure domiciliari, l'assistenza di medicina generale, l'assistenza pediatrica e consultoriale, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i servizi rivolti agli anziani e ai disabili adulti.

In questo ambito svolgono un ruolo determinante i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta e di comunità e il personale infermieristico, che operano integrandosi con altri professionisti, al fine di garantire una adeguata risposta assistenziale ai cittadini.

I servizi territoriali dovrebbero interagire sinergicamente con i servizi ospedalieri, integrandosi, ma spesso si osserva una parcellizzazione della risposta assistenziale, molto evidente e sofferta in talune Regioni italiane più che in altre, che è tale anche perché non risulta allineata a quei dati epidemiologici che vedono in costante crescita le patologie cronico-degenerative.

Il percorso formativo

Partendo da queste premesse, la regione Piemonte ha intrapreso la progettazione e implementazione di un percorso formativo di primo livello per la figura dell'IFEC, presso due Atenei, l'Università degli studi di Torino (sede formativa Orbassano, prima edizione di master anno 2005) e l'Università del Piemonte Orientale (sede formativa di Tortona: prima edizione di master anno 2014). Più nello specifico, le motivazioni di queste iniziative sono da ricercarsi a più livelli:

- miglioramento della qualità dell'assistenza erogata attraverso l'inserimento di un professionista capace di aiutare a prevenire i problemi di salute, di educare le persone alla scelta di stili di vita sani, di sostenerle nel potenziamento delle proprie capacità di autocura e di risoluzione dei problemi e a utilizzare al meglio le risorse sociali e sanitarie disponibili;
- riorganizzazione della rete territoriale ospedaliera e contestuale esigenza di implementare l'attività territoriale con l'inserimento di un professionista con competenza infermieristiche avanzate, capace d'integrarsi con altri professionisti;
- recepimento di indicazioni europee a livello regionale.

Per queste ragioni, il piano di studi è stato delineato di concerto su entrambe le sedi, sulla scorta del documento Health 21, in particolare del quadro concettuale a cui il documento fa riferimento. Si tratta di un percorso di Master di I livello, annuale, che eroga 60 CFU. Le ore complessive di formazione previste sono circa 1500, di cui 500 di stage/tirocinio in contesti specifici. Il percorso prevede sei moduli formativi, al termine di ognuno dei quali è prevista una prova d'esame scritta con valutazione in trentesimi.

Alcuni dei temi caratterizzanti il percorso formativo, sia nella sua componente d'aula, sia nell'ambito del tirocinio sono:

- l'azione proattiva;
- la prevenzione a tutti i livelli e per ogni fascia d'età;
- l'educazione e stili di vita sani;
- il diseases management;
- il counseling individuale e familiare;
- il case management;
- la gestione integrata delle malattie croniche;
- l'autonomia professionale e l'interprofessionalità.

Il tirocinio formativo rappresenta poi un momento particolarmente delicato per il master proposto. Consiste in alcune esperienze sul campo, durante le quali i tirocinanti sono affiancati da personale specializzato.

Il modello organizzativo/assistenziale di riferimento è il Chronic Care Model, sulla cui base l'infermiere di famiglia può agire con un ampio margine di autonomia, soprattutto per quanto riguarda la promozione della salute o la presa in carico di pazienti con patologie croniche in fase iniziale, attuando una corretta educazione terapeutica e il supporto al self management. Il predetto modello, nell'approccio della patologia cronica sintomatica o grave, prevede invece un minor livello di discrezionalità dell'infermiere, il quale effettuerà, pur mantenendo un certo margine di autonomia, un maggior numero di interventi su prescrizione medica.

Sono ormai numerosi gli studi che hanno valutato l'impatto sulla salute di una organizzazione sul territorio di gestione dei pazienti con patologie croniche: una revisione della letteratura comprensiva di studi internazionali e italiani, ha evidenziato un costo/efficacia vantaggioso per l'assistenza domiciliare rispetto all'ospedalizzazione.

Riflessioni conclusive

Va sottolineato come lo sforzo fatto in questi anni, non si sia soffermato unicamente ad azioni "didattiche", che ha portato attualmente alla formazione di circa 150 professionisti tra le due sedi, ma sia stato anche quello di costruire sinergie con le istituzioni locali, con il mondo dei servizi, con tutti gli attori professionali e volontari della comunità, al fine di favorire la promozione di questa nuova figura e migliorare significativamente il sistema di cure.

In questo quadro si pone anche il progetto CONSENSO che la Regione Piemonte ha elaborato, ottenendo un finanziamento europeo (Co.n.s.e.n.so.: COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety); il progetto prevede la sperimentazione dell'infermiere di famiglia e di comunità in alcuni territori piemontesi, liguri, francesi, sloveni e austriaci e una valutazione del suo effetto su outcome organizzativi e di salute.

L'obiettivo di CONSENSO è aiutare gli anziani a vivere autonomamente nel proprio domicilio il più a lungo possibile: si tratta del modello di presa in carico di una fascia di popolazione sempre più rilevante, incentrato sulla figura professionale dell'infermiere di famiglia e comunità.

Il progetto, co-finanziato dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale nell'ambito del programma Interreg Spazio Alpino 2014 - 2020, vede coinvolti attori nazionali, regionali e locali nella realizzazione di iniziative a carattere transnazionale per lo sviluppo sostenibile e inclusivo dell'area alpina.

Ci auguriamo che CONSENSO fornisca dati utili al livello regionale e nazionale che siano un segnale di riconoscimento degli sforzi fatti finora, e contemporaneamente uno stimolo per la costante ricerca del miglioramento della qualità dell'assistenza fornita e dell'incessabile ricerca di sinergia tra le istituzioni coinvolte.

BIBLIOGRAFIA

- World Health Assembly. *Resolution WHA51.7. Health for all policy for the twenty-first century*. Geneva: World Health Organization, 1998.
- Scalorbi S, *Infermieristica preventiva e di comunità*. Mc Graw Hill, 2008.
- The family health nurse – Context, conceptual frame work and curriculum. OMS 2000.
- Calamassi D, Rossi C, Bussotti A, Saffi E, Giustini, Roti L *Cure primarie: medici di medicina generale e infermieri insieme. Una sfida da raccogliere*. Rivista della Società Italiana di Medicina Generale. n2 Aprile 2011 pag.3-6.
- Lo Muto R, Curto A, De Compadri P, Garattini L. *Assistenza domiciliare: revisione critica delle valutazioni economiche in Europa*. Quaderni di Farmacoeconomia 19 ottobre 2012. pag. 8-19.
- Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi AM, Tibaldi L. *L'infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri*. McGraw-Hill 2005.

Segnalazione

Come segnalato dagli Autori, si precisa che il lavoro su "**Infermiere case manager in salute mentale: benefici per i pazienti misurati attraverso la scala HoNOS**" di *Ione Moriconi, Teresa De Paola, Gennaro Rocco, Alessandro Stievano, Carlo Turci*, pubblicato su L'Infermiere N°2 - 2016 nella sezione *Contributi*, è stato realizzato con il contributo di Giuseppe Carbut (SPDC Ospedale S. Andrea); Iolanda De Marchis (Responsabile Assistenza Infermieristica DSM ex ASL RM B) e tutti i colleghi infermieri dei servizi dei DSM coinvolti.



ESPERIENZE

Narrare di sé in oncologia: analisi qualitativa delle emozioni in scritti di pazienti e operatori e implicazioni per l'assistenza infermieristica

di **Giulia Ortez (1)**, **Raffaella Valente (2)**, **Barbara Muzzatti (3)**

(1) Tutor pedagogico e professore a contratto, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Udine - sede di Pordenone

(2) Infermiera, PO San Vito al Tagliamento (PN)

(3) Ricercatrice Psicologa, Centro di Riferimento Oncologico di Aviano IRCCS, Aviano (PN)

Corrispondenza: giulia.ortez@uniud.it

Introduzione

Le emozioni sono stati affettivi intensi di breve durata, con una causa precisa, esterna o interna, un chiaro contenuto cognitivo e la funzione di ri-orientare l'attenzione (D'Urso, Trentin, 2006; Oatley, 2007). Esse accompagnano ciascuna esperienza umana, quindi anche la malattia, intesa come illness (Kleiman, 2006).

Da un punto di vista psico-emozionale, il cancro è qualificato dal concetto di *distress*, denominato da Butz e Carlson (2006) come il sesto parametro vitale e definito dal *National Comprehensive Cancer Network* (2012) come un'esperienza emozionale spiacevole, multifattoriale, che varia da normali sentimenti di vulnerabilità, tristezza e paura, a problemi che possono diventare disabilitanti, come depressione, ansia, isolamento, crisi esistenziale.

Annunziata e Muzzatti (2013) ripercorrono la traiettoria di malattia oncologica descrivendo le diverse fasi in termini emozionali. Così, definiscono:

- la *fase diagnostica* come connotata dall'incertezza, dalla gamma emozionale della paura (tensione, timore, ansia, terrore, panico), dal senso di colpa, dall'imbarazzo e dalla vergogna, dall'autobiasimo, dalla rabbia, dalla tristezza e dai vissuti depressivi;
- la *fase dei trattamenti* come connotata da incertezza, paura, senso di isolamento e paura di essere lasciati soli, tristezza e lutto per le perdite - reali o possibili, temporanee o definitive - conseguenze dei trattamenti stessi;
- la *fase della remissione* come caratterizzata da preoccupazioni, paure e ansia;
- la *lungo sopravvivenza* qualificata da serenità, fiducia e speranza (cfr. *Il costrutto di crescita post-traumatica*);
- la *progressione* caratterizzata da impotenza, sconfitta, abbandono, ambivalenza, sfiducia;
- il passaggio alla *terminalità* come caratterizzato da sconfitta, depressione e perdita, impotenza e abbandono, a volte intervallati da speranza.

Nella prospettiva infermieristica la presa in carico della persona con malattia oncologica comprende anche problemi e rischi che riguardano la sfera emotivo-affettiva, che si manifestano dall'inizio del percorso diagnostico e accompagnano i trattamenti nelle fasi della malattia, fino alla guarigione o al *nunc dimittis* (Carpenito, 2011).

L'incontro fra medicina, assistenza e letteratura è arduo, ma anche fecondo: non è solo un patrimonio culturale, ma rappresenta la dimensione umanistica irrinunciabile per chi si occupa della salute (Spinsanti, 2009). Una pagina letteraria, basata su vicende autobiografiche può aiutare ad avvicinare mondi interiori di persone che non cessano mai di educare/educarsi a vicenda in un rapporto fecondo: la medicina nella sua forma più arida manca di un sistema per valutare qualità esistenziali come le ferite intime, la disperazione, la speranza, l'afflizione e il dolore morale che frequentemente accompagnano e spesso costituiscono la malattia stessa di cui le persone soffrono (Greenhalg, Hurwitz, 1999).

La malattia non consiste solo in sintomi da curare o problemi da accertare, ma ha moltissimo da raccontare sul piano umano, psicologico e sociale: un malato che racconta e viene ascoltato è un malato che può essere curato meglio. Ogni storia così diventa unica e personale e il malato riprende la sua posizione al centro della cura.

Col presente lavoro ci si è proposti di identificare le emozioni (tipologia, frequenza, attribuzioni) presenti in due gruppi omogenei di racconti scritti, rispettivamente, da pazienti e operatori oncologici, al fine di ricavare una rappresentazione più composita dell'esperienza emozionale di malattia, tanto dei pazienti quanto degli operatori dell'area oncologica. L'ipotesi sottostante è che il mondo emozionale dei pazienti sia molto più variegato (e non solo di tenore negativo) rispetto a quanto la letteratura scientifica generalmente descrive e che ci siano differenze tra l'esperienza emozionale dei pazienti e quella degli operatori.

Due esperienze a confronto

Si sono analizzati i nove racconti vincitori (5 per la sezione Pazienti e 4 per la sezione Operatori), della seconda edizione del concorso "*Scriviamoci con cura: un racconto per levare l'ancora con la scrittura*" (2013) indetto dal CRO di Aviano (PN) e pubblicati nel volume omonimo (AA. VV., 2013). Si è deciso di analizzare questi materiali perché omogenei nella forma (per regolamento, infatti, i testi dovevano "raccontare la malattia in forma narrativa [art. 2], iniziare con uno di 2 incipit prefissati [art. 3], essere dei racconti, avere una lunghezza compresa tra le 3-10 cartelle, essere inediti e in italiano [art. 7]), perché erano recenti e perché consentivano di affiancare le prospettive del paziente e dell'operatore. I nove racconti vincitori sono stati selezionati da una giuria eterogenea di operatori dell'area oncologica e da esponenti della cultura locale, tra 36 racconti pervenuti (25 per la sezione Pazienti, 11 per la sezione Operatori).

Ciascun racconto è stato scomposto in frasi, intese come insieme di parole inizianti con una lettera maiuscola e terminanti con un punto fermo, punto interrogativo, punto esclamativo o puntini di sospensione. Per ciascuna frase si è rilevato quale delle 14 emozioni descritte da D'Urso e Trentin (2006) (ambivalenza, disgusto, disprezzo, emozione estetica, felicità, gelosia, gioia, imbarazzo, invidia, noia, nostalgia, paura, rabbia, tristezza) comparisse e se era attribuita al paziente, a un operatore o a un caregiver/familiare. Al contempo, per ciascun racconto, si è registrata se e quale ulteriore emozione venisse evidenziata, senza però registrarne la frequenza.

Qualora si siano rilevate emozioni attribuite ad attori diversi dal paziente, operatore o caregiver/familiare, non se ne è tenuto conto. Un giudice (RV) ha codificato tutti i 9 racconti, mentre altri due giudici (BM e GO) hanno rivisto le codifiche discutendo col primo giudice eventuali punti di disaccordo fino a giungere ad una decisione condivisa.

I racconti dei pazienti e quelli degli operatori non differiscono in modo statisticamente significativo per il numero medio di parole (5264.2 vs. 2021.5; $p=0.320$), ma i primi hanno un maggior numero di frasi (175.0 vs 104.5; $p=0.017$).

Nella **Tabella 1** è riportata la distribuzione delle 14 emozioni rilevate, distinte per la categoria *pazienti* e per la categoria *operatori*. In particolare, per entrambe le categorie, per ogni emozione viene specificato il numero dei racconti in cui si presenta, la sua ricorrenza (valori minimo e massimo) per racconto e la somma totale in cui ogni emozione compare nelle singole categorie.

Tabella 1 - Distribuzione delle 14 emozioni rilevate distinte per la categoria pazienti e per la categoria operatori

EMOZIONE	CATEGORIA PAZIENTI (N=5)				CATEGORIA OPERATORI (N=4)			
	N	MIN	MAX	SUM	N	MIN	MAX	SUM
Ambivalenza	3	1	6	9	1	4	4	4
Disgusto	1	2	2	2	1	1	1	1
Disprezzo	1	2	2	2	2	1	4	5
Emozione estetica	2	1	2	3	0	0	0	0
Felicità	3	2	5	11	4	1	7	11
Gelosia	0	0	0	0	0	0	0	0
Gioia	4	1	8	17	2	2	9	11
Imbarazzo	1	1	1	1	0	0	0	0
Invidia	0	0	0	0	1	1	1	1
Noia	1	1	1	1	0	0	0	0
Nostalgia	1	2	2	2	3	1	3	6
Paura	5	3	31	61	3	4	8	20
Rabbia	5	1	5	17	4	1	6	9
Tristezza	5	1	12	19	4	1	5	8

Analizzando la tabella, si osserva come nei racconti dei pazienti non compaiano le emozioni gelosia e invidia, mentre paura, tristezza e rabbia siano presenti in tutti e 5 i racconti (la gioia è presente in 4 dei 5 racconti). L'emozione che compare con maggiore frequenza nello stesso racconto scritto da un paziente è la paura (31 occorrenze), seguita dalla tristezza (12 occorrenze) e dalla gioia (8 occorrenze). Le emozioni che compaiono complessivamente in misura maggiore in questa sezione sono: paura (61 occorrenze), tristezza (19 occorrenze), rabbia e gioia (17 occorrenze ciascuna).

Nella sezione *operatori*, in nessun racconto compaiono emozioni come gelosia, imbarazzo e noia, mentre le emozioni che compaiono in un maggior numero di racconti sono tristezza, rabbia e felicità (tutte e 3 presenti in tutti e 4 i racconti di questa sezione).

L'emozione che compare con maggiore frequenza nello stesso racconto di un operatore è la gioia (9 occorrenze), seguita dalla paura (8 occorrenze) e dalla felicità (7 occorrenze). Le emozioni che compaiono complessivamente in misura maggiore in questa sezione sono: paura (20 occorrenze), felicità e gioia (11 occorrenze ciascuna) e rabbia (9 occorrenze).

Nella **Tabella 2** viene riportata la distribuzione del numero delle emozioni in funzione del personaggio (paziente, operatore, caregiver/familiare) a cui sono attribuite dall'autore (paziente o operatore). In particolare, per entrambe le categorie, per ogni possibile personaggio considerato, sono specificati il numero dei racconti in cui gli si attribuisce un'emozione, la ricorrenza (valore minimo e massimo) delle attribuzioni per racconto e la somma totale delle attribuzioni entro la categoria (racconti di pazienti o racconti di operatori).

Come si osserva dalla stessa tabella, nella sezione *pazienti* ci sono emozioni riferite al personaggio paziente in tutti e 5 i racconti, mentre in 2 dei 5 racconti ci sono emozioni riferite all'operatore e/o al caregiver/familiare. L'attribuzione che compare con maggiore frequenza nello stesso racconto è quella al caregiver/familiare (34 occorrenze), seguita da quella al paziente (28 occorrenze) e all'operatore (2 occorrenze). L'attribuzione che compare complessivamente in misura maggiore in questa sezione è quella riferita al paziente (107 occorrenze), mentre quella che compare in misura minore è riferita all'operatore (3 occorrenze).

Nella sezione *operatori*, in tutti e 4 i racconti si trovano emozioni riferite ai pazienti, mentre, rispettivamente in 3 e 2 racconti, si trovano emozioni riferite ai caregiver/familiari e agli operatori. L'attribuzione che compare con maggiore frequenza nello stesso racconto scritto da un operatore è quella riferita al paziente (23 occorrenze), seguita da quella riferita all'operatore (8 occorrenze) e al caregiver (1 occorrenza). L'attribuzione delle emozioni che compare complessivamente in misura maggiore in questa sezione è quella riferita al paziente (64 occorrenze), mentre quella che compare in misura minore è riferita al caregiver/familiare (3 occorrenze).

Tabella 2 - Attribuzione di emozioni al personaggio paziente, operatore e caregiver/familiare distinta per la categoria pazienti e la categoria operatori

PERSONAGGIO	CATEGORIA PAZIENTI (N = 5)				CATEGORIA OPERATORI (N = 4)			
	N	MIN	MAX	SUM	N	MIN	MAX	SUM
Paziente	5	10	28	107	4	9	23	64
Operatore	2	1	2	3	2	1	8	9
Caregiver	2	1	34	35	3	1	1	3

La lettura dei nove racconti ha permesso di evidenziare altre 17 emozioni, rispetto a quelle elencate da D'Urso e Trentin (2006) e sopra elencate (**Tabella 3**). Nonostante per esse non si siano registrate le occorrenze entro ciascun racconto e entro le due categorie, la Tab. 3 permette di apprezzare l'estensione della gamma emozionale rappresentata dai due gruppi di autori e attribuite alle tre tipologie di possibili personaggi considerati (i pazienti, gli operatori, i caregiver/familiari).

Tabella 3 - Ulteriori emozioni riferite ai possibili personaggi presenti nei racconti dei pazienti e nei racconti degli operatori

EMOZIONE	SEZIONE PAZIENTI			SEZIONE OPERATORI		
	Paz.	Op.	Careg.	Paz.	Op.	Careg.
Ammirazione	X				X	
Conforto	X					
Delusione	X					
Gratitudine	X			X	X	
Impotenza			X	X		
Incredulità	X			X	X	
Orgoglio	X			X	X	X
Rimpianto	X					
Sconfitta	X			X		
Serenità	X		X	X		
Soddisfazione	X					
Solitudine	X			X		
Sollievo	X			X	X	
Sorpresa	X					
Speranza	X	X		X		X
Vergogna	X		X	X		
Vulnerabilità	X					

Discussione

Nel presente lavoro si sono analizzati alcuni racconti relativi all'esperienza di malattia oncologica, scritti da pazienti e da operatori, allo scopo di rilevare quali e quante emozioni erano presenti in essi. In altre parole, nell'ottica della medicina narrativa, si è voluto verificare se la fruizione di materiale narrativo poteva portare ad una rappresentazione più articolata e composita dell'esperienza di malattia come riportata tanto dai pazienti quanto dagli operatori, nonché offrire degli spunti di riflessione e conoscenza, interessanti nell'ottica *patient-centered* e bio-psico-sociale.

A tale scopo si è rilevata la frequenza in ciascun racconto di 14 emozioni, usando la descrizione che D'Urso e Trentin (2006) hanno fatto di ciascuna di esse; inoltre si è registrata la comparsa di ulteriori emozioni, per appurare se l'elenco proposto da D'Urso e Trentin era in grado di saturare lo spettro emozionale presente nei racconti.

Il primo dato interessante che sembra potersi estrarre da questo studio qualitativo riguarda proprio lo spettro emozionale ottenibile dai nove racconti considerati: nei racconti dei pazienti troviamo ulteriori 17 emozioni (ammirazione, conforto, delusione, gratitudine, impotenza, incredulità, orgoglio, rimpianto, sconfitta, serenità, soddisfazione, solitudine, sollievo, sorpresa, speranza, vergogna, vulnerabilità) che scendono a 11 nei racconti degli operatori. In altre parole, l'universo di emozioni sembra plurimo e in esso emergono stati tanto di valenza negativa (per es. delusione, rimpianto), quanto emozioni di valenza positiva (per es. gratitudine, serenità).

Inoltre, rispetto alle quattordici emozioni elencate da D'Urso e Trentin (2006), compaiono anche emozioni secondarie o sociali come l'orgoglio e la vergogna. A questo dato può essere affiancato quello per cui nei racconti dei pazienti troviamo 12 delle 14 emozioni indicizzate da D'Urso e Trentin, mentre in quelli degli operatori solo 10. Sembra così potersi concludere che la gamma emozionale rappresentata dai pazienti è più ricca ed eterogenea di quella offerta dagli operatori.

Nella sezione *pazienti* le emozioni più frequenti e più uniformemente distribuite tra i racconti sono paura, tristezza, rabbia e gioia; nella sezione *operatori* le emozioni più frequenti sono gioia, paura e felicità, mentre le più uniformemente distribuite tra i racconti sono tristezza, rabbia e elicità. In linea con i dati di letteratura (Annunziata & Muzzatti, 2013), le emozioni negative sono quindi tra le più vivide e frequenti, pur essendo presenti anche emozioni di tenore positivo. La paura (cfr. la componente ansiosa del concetto di *distress* emozionale) è l'emozione di gran lunga più presente in entrambe le categorie, seguita, rispettivamente, da tristezza e felicità/gioia nei pazienti e negli operatori e dalla rabbia per entrambi.

Sebbene le considerazioni che si possono avanzare siano di tipo qualitativo, sembra opportuno rilevare come nei racconti degli operatori trovi poco spazio la tristezza, piuttosto presente, invece, nei pazienti. A puro livello speculativo, inoltre, si rileva come le emozioni positive siano presenti in misura maggiore nei racconti degli operatori, quasi come se i pazienti avessero meno reticenza nel nominare emozioni di valenza negativa, primarie e meno socialmente accettate nell'adulto.

Infine, per quanto riguarda le attribuzioni delle emozioni, va rilevato come poche di esse riguardino gli operatori a prescindere dal fatto che l'autore del racconto sia un paziente o un operatore. Questo dato è in qualche misura sorprendente, soprattutto alla luce del fatto che la consapevolezza del proprio stato emozionale, delle risonanze che malattia e malati hanno nell'operatore sono aspetti importanti del *curriculum* formativo e della competenza di chi esercita una professione sanitaria.

Lo studio ha alcuni limiti. In primo luogo, considera nove racconti (5 scritti da pazienti e 4 scritti da operatori) realizzati per un premio letterario, non si tratta cioè di resoconti dell'esperienza di malattia in senso stretto; tuttavia, va anche tenuto presente che i requisiti del bando di partecipazione al premio hanno imposto alcuni elementi di omogeneità che rappresentano, a nostro avviso, un punto di forza per la successiva analisi. In secondo luogo, la valutazione dei racconti è stata fatta utilizzando uno dei molti "alfabeti delle emozioni", quindi si è limitata l'analisi alle sole 14 emozioni previste in esso: è possibile che l'impiego di altri schemi interpretativi delle emozioni porti a risultati diversi, come le ulteriori 17 emozioni rilevate fanno intuire. Inoltre, non va trascurato come ci siano delle sovrapposizioni parziali tra le diverse emozioni (per es. allegria, contentezza, gioia, felicità, serenità) e come un'emozione possa avere denominazioni diverse in base alla sua intensità (per es. timore e paura).

Questa esperienza offre alcune indicazioni importanti per una comprensione multidimensionale *patient-centered* della malattia "cancro", ovvero il carattere composito e non necessariamente di valenza solo negativa dello spettro emozionale esperito e la collocazione sullo sfondo delle emozioni degli operatori.

Da un punto di vista formativo, l'analisi guidata alla narrazione di malattia (anche attraverso altri schemi interpretativi rispetto a quello qui impiegato e/o attraverso la rilevazione di altri aspetti importanti dell'esperienza di malattia accanto alle emozioni) sembra essere una metodologia meritoria di essere approfondita, in quanto può fornire utili indicazioni per favorire la realizzazione di progetti assistenziali individualizzati e sviluppare nei professionisti la consapevolezza che le emozioni e le reazioni derivanti da un incontro a forte impatto, quale può essere quello con il malato oncologico, possono rendere il professionista più competente e pronto ad accogliere e riconoscere meglio la dimensione interiore dell'altro.

La Medicina Narrativa, quale pratica di *patient-centred-medicine*, permette al paziente di riscoprirsi protagonista, attore del proprio percorso di cura (Zannini, 2008; Charon, 2006). Questo fatto innesca un positivo processo motivazionale, garanzia futura di una maggiore aderenza ai trattamenti e perciò, in ultima istanza, di una loro maggior efficacia. Gli operatori sanitari, dal canto loro, si pongono in un'ottica di apertura e scambio dialogico nei confronti del paziente, favoriscono in questi un atteggiamento di fiducia che pone le basi per una futura condivisione e co-costruzione del piano terapeutico e, tramite rinnovati incontri "narrativi", una sua favorevole adesione. Possiamo chiamare tutto questo alleanza terapeutica.

L'infermiere che accompagna in tal modo un paziente, aiutandolo a mobilitare le risorse di cui dispone e condividendone il percorso di cura, ne favorisce l'adattamento alla nuova situazione di malattia, rispondendo così a uno dei suoi principali mandati etico-professionali.

Conclusioni

Come si evince dai racconti analizzati, durante il percorso di malattia non emerge solo la sofferenza, ma si sviluppa un'emozionante forza di resistenza, che dona idee positive, ironia e fantasia. L'incontro fra medicina e letteratura è uno dei temi centrali delle *medical humanities*, ma non si tratta semplicemente di abbellire la pratica della sanità, bensì di ricondurla alla sua finalità originaria: essere una medicina per l'uomo (Spinsanti, 2009). Avere una buona competenza emozionale e relazionale aiuta anche il professionista della salute, e non solo nel rapporto con il paziente. Egli avrà maggior consapevolezza di sé e del proprio ruolo professionale, gestirà relazioni migliori all'interno del *team* di lavoro e metterà in campo strumenti utili alla prevenzione del *burn-out*, così come sottolineato nelle *Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative* prodotte a seguito della Consensus Conference tenutasi a Roma nel 2014, col patrocinio dell'Istituto Superiore di Sanità (AA. VV., 2014).

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV. (2014). *Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*. Roma: Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR).
- Annunziata, M. A., & Muzzatti, B. (2013). Improving communication effectiveness in oncology: The role of emotions. In A. Surbone, M. Zwitter, M. Rajer & R. Stiefel (Eds.), *New Challenges in Communication with Cancer Patients* (pp. 235-246). New York: Springer.
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign. *Future directions in cancer care. Psychooncology*, 15(2), 93-95.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2011). *Piani di assistenza infermieristica e documentazione* (2° ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (a cura di). *Scriviamoci con cura. Un racconto per levare l'ancora con la scrittura*, Antologia di racconti. Aviano: Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, 2013; disponibile all'indirizzo: <http://www.cignoweb.it/cro/resource?uri=2984&v=1>.

- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- D'Urso, V., & Trentin, R. (2006). *Introduzione alla psicologia delle emozioni* (6° ed.). Roma-Bari: GLF Editori Laterza.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: Why study narrative? *British Medical Journal*, Jan 2; 318 (7175):48-50.
- Kleinman, A. (2006). Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali. In I. Quaranta (A cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2012). *Guideline for distress management*. Disponibile in: <http://www.nccn.org/> [10 novembre 2014].
- Oatley, L. (2007). *Breve storia delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Spinsanti, S. (2009). *Medicina e letteratura*. Roma: Zadig Editore.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

ESPERIENZE

Chi si occupa dell'infermiere? Arte-terapia, danza-terapia, riflessologia plantare e training autogeno per gestire lo stress lavoro-correlato

di *Mattia Morone (1)*, *Martina Mercurio (1)*, *Fabiana Bongiovanni (1)*,
Liliana Colombano (2), *Silvia La Paglia (3)*, *Francesca Gonella (3)*, *Valentina Riba (3)*,
Simona Olivero (4)

(1) Infermieri

(2) Coordinatore infermieristico

(3) Educatori

(4) Psicologa reparto Riabilitazione e Lungodegenza Neuro-Psichiatrica
Casa di Cura "Città di Bra", Bra (CN)

Corrispondenza: 325851@edu.unito.it

Premessa

I grandi cambiamenti nel mondo del lavoro, a partire dall'introduzione delle nuove tecnologie fino alla diffusione delle nuove forme contrattuali, oltre a portare ad un profondo mutamento della stessa organizzazione del lavoro, hanno introdotto anche un nuovo rischio occupazionale: lo stress.

Negli ultimi anni l'interesse verso lo stress lavoro-correlato è in continua crescita, così come dimostrato da numerose ricerche nazionali e internazionali e dalla stessa Federazione IPASVI.

Lo stress lavoro-correlato in Italia colpisce un lavoratore su quattro e risulta quindi importante lavorare sulla sua prevenzione, per evitarne l'evoluzione in sindrome di burnout, che interessa tutte quelle figure caricate da una duplice fonte di stress, ovvero quello personale e quello della persona aiutata, come capita nelle professioni sanitarie. In particolar modo risultano livelli più elevati di burnout negli infermieri, correlato al contatto diretto prolungato, con rischio di coinvolgimento emotivo, e a scarsa soddisfazione sul lavoro (Engelbrecht et al., 2008; Chopra et al., 2004).

Perché parlare di stress?

È importante parlare di stress perché questo fenomeno, oltre che riversarsi sulla salute dei lavoratori, incide sulle organizzazioni aziendali e sui degenti.

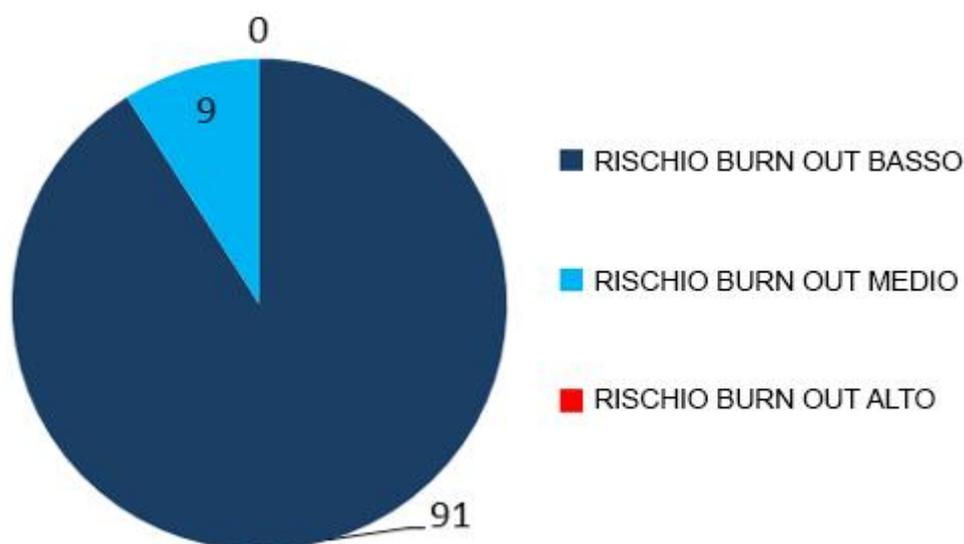
È inoltre fondamentale evidenziare il problema attraverso il confronto, il dialogo, l'attuazione di interventi formativi e di prevenzione, che permettano di accrescere la consapevolezza nel professionista e allo stesso tempo di donargli alcuni strumenti in grado di fronteggiare il disagio.

In sintonia con quanto appena descritto nasce la nostra esperienza.

Il nostro progetto formativo prevede due fasi: una prima giornata introduttiva durante la quale sono stati presentati e sperimentati strumenti e strategie per favorire il benessere bio-psico-sociale dell'infermiere e di conseguenza migliorare la qualità della vita lavorativa. Una successiva seconda fase, poi, dove è stata data la possibilità di intraprendere una delle attività analogiche proposte durante la giornata introduttiva: arte-terapia, danza-terapia, riflessologia plantare o training autogeno.

Durante la giornata di formazione è stato chiesto ai partecipanti di compilare un questionario anonimo, il *Burnout Potential Inventory*, al fine di valutare il livello iniziale di burnout. Dall'elaborazione dei questionari è emerso che la maggior parte dell'aula risultava a basso rischio di burnout (**Figura 1**).

Figura 1 - Valutazione del rischio di burnout tra i partecipanti al corso



In seguito è stato affrontato il tema del benessere bio-psico-sociale: dati, definizioni, esperienze e inquadramento legislativo.

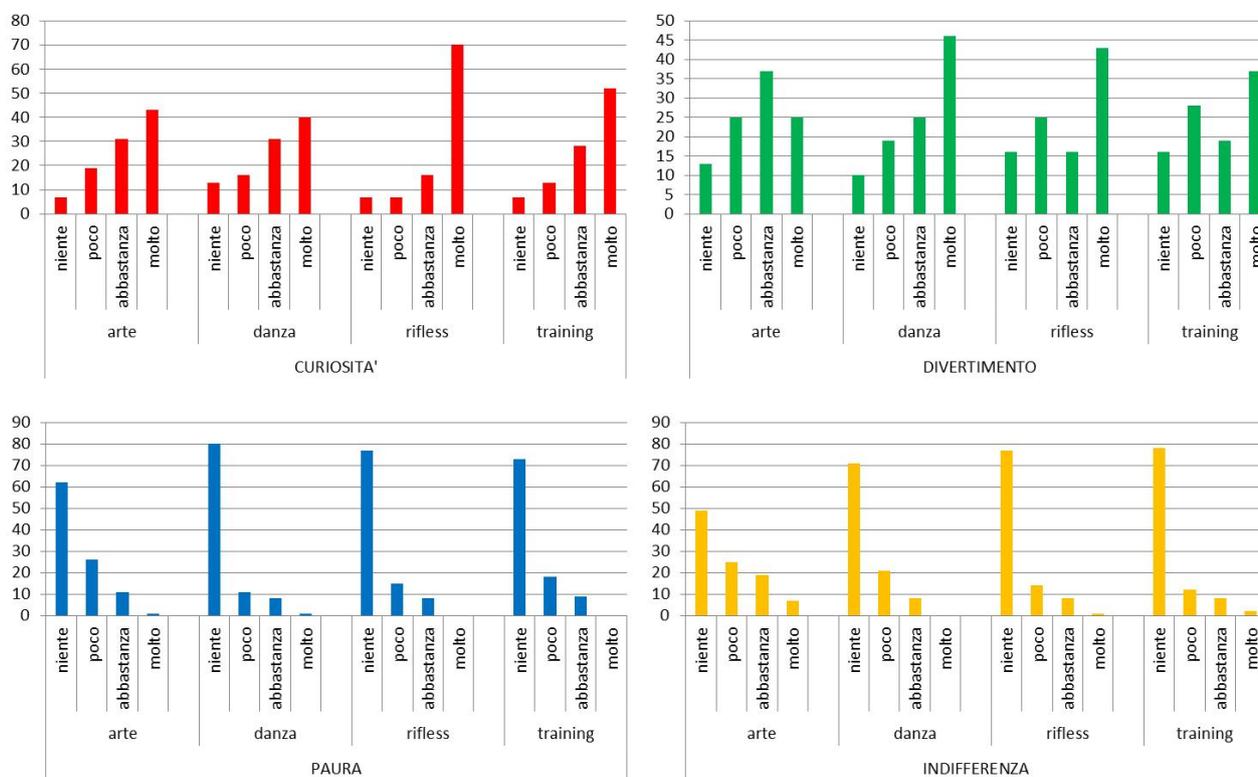
A fine mattinata sono state presentate le attività analogiche proposte come strumenti per la prevenzione e la gestione dello stress lavoro-correlato, che i partecipanti hanno potuto sperimentare in prima persona nel pomeriggio, durante i workshop:

- **Arte-terapia** - è un insieme di metodiche inquadrabili in diverse aree concettuali (psicoanalitica, cognitivista, relazionale ecc.), finalizzate alla promozione dell'individuo, con scopi riabilitativi, psicopedagogici, psicoterapeutici e preventivi, verso qualunque forma di disagio psicosociale, che prevedano l'uso sistematico di pratiche artistiche grafico-plastico-pittoriche. L'utilizzo graduale e mirato dei materiali aiuta chi li utilizza a nominare e integrare esperienze diverse, anche quelle più dolorose, per trovare il modo più funzionale per ricollocarle nel proprio bagaglio storico individuale.
- **Danza-terapia** - favorisce una relazione affettiva con sé stessi e con l'altro attraverso un canale analogico. Utilizza il movimento a scopo terapeutico, facilitando l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e psicosociale e stimolando al processo creativo (scoprire le proprie potenzialità espressive).

- **Riflessologia plantare** - è lo studio e la pratica del massaggio specifico di certe zone dei piedi e delle mani, che corrispondono ad altre regioni del corpo. L'azione della riflessologia mira a sostenere i processi fisiologici, ad agevolare la circolazione e a rilassare la persona. È dunque una pratica gradevole e priva di effetti secondari che può essere indicata per tutti.
- **Training autogeno** - è una tecnica nata negli anni '30 che avviene attraverso una concentrazione mentale passiva e determina modifiche psicofisiche spontanee e non forzate. Il training autogeno favorisce la gestione dello stress fungendo da ansiolitico naturale, previene il burnout, è utile nel controllo dell'ansia e negli attacchi di panico e migliora insonnia, emicrania, asma, ipertensione.

Al termine della giornata introduttiva è stato chiesto ai partecipanti di compilare un questionario anonimo con lo scopo di indagare la loro percezione riguardo ai laboratori svolti e le motivazioni che hanno spinto i singoli ad intraprendere uno dei percorsi proposti (Figura 2).

Figura 2 - Percezioni riferite ai workshop



Dei 100 partecipanti iniziali, 42 persone hanno deciso di partecipare al ciclo di riflessologia plantare, 26 al training autogeno, 3 all'arte-terapia e 2 alla danza-terapia. Gli ultimi due percorsi non sono stati attivati non essendo stato raggiunto il numero minimo di iscritti (4 persone).

Le motivazioni che hanno spinto gli infermieri a scegliere la riflessologia plantare e il training autogeno sono state le seguenti (Tabella 1).

Tabella 1 - Motivazione alla scelta della attività

RIFLESSOLOGIA PLANTARE	TRAINING AUTOGENO
Attività rilassante	Utilità nel quotidiano
Piacere nel farsi massaggiare i piedi	Possibilità di imparare una tecnica
Esperienze precedenti positive	Metodologia efficace secondo le proprie conoscenze
Curiosità	Attività rilassante
Immediatezza del beneficio	Maggior coinvolgimento durante il work-shop

Il percorso della riflessologia plantare prevedeva 8 sedute a cadenza settimanale, della durata di circa 45 minuti. Il training autogeno prevedeva invece 7 incontri, sempre a cadenza settimanale, della durata di circa 45 minuti, ma anche un allenamento quotidiano al domicilio tra un incontro e l'altro.

Durante il primo incontro è stato sottoposto ai partecipanti il questionario OSME (*Organizational Stress Management Evaluation*) costituito da 16 domande riguardanti la propria percezione del grado di benessere personale e professionale. Lo stesso questionario è stato riproposto al termine del percorso al fine di osservare un eventuale miglioramento dei risultati (**Tabella 2**).

Tabella 2 - Valori medi questionario OSME

RIFLESSOLOGIA PLANTARE		TRAINING AUTOGENO	
PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO
113	123	109	118

Il questionario OSME ha un punteggio minimo di 16 (alto livello di stress) ed uno massimo di 160 (basso livello di stress). I 68 partecipanti avevano già un ottimo risultato di partenza, ma in seguito ai percorsi intrapresi i punteggi sono migliorati ulteriormente.

Per concludere i due percorsi è stata prevista una giornata di confronto e riflessione sull'esperienza. In particolar modo è stato chiesto ai partecipanti di esprimere in una relazione le proprie emozioni e sensazioni derivate dalle attività. Dalla sistematizzazione di tali relazioni è emerso quanto segue (**Tabella 3**).

Tabella 3 - Analisi degli esiti riportati dai partecipanti

RIFLESSOLOGIA PLANTARE		
BENEFICIO	Stress lavorativo	"Permette di scaricare il carico di stress accumulato." "Mi fa affrontare con calma il lavoro." "Allevia lo stress del lavoro." "Cancella la stanchezza delle ore lavorative."
	Ambito familiare	"Elimina la tensione con un beneficio sulla mia vita familiare." "Regala relax che perdura per diverse ore, anche ritornata a casa." "Mi ha aiutato a prendere decisioni in modo più rilassato in ambito familiare."

	Problemi di salute	<p>“Mi ha modificato alcuni sintomi e problematiche di salute.”</p> <p>“Allevia sintomatologie.”</p> <p>“Ha agito contro i miei squilibri mentali e fisici.”</p> <p>“I disturbi che avevo mi si sono attenuati.”</p>
	Momento dedicato a se stessi	<p>“Ti stacca dal mondo reale. Mi sentivo coccolata.”</p> <p>“Un’ora alla settimana per potermi rilassare. Ho vissuto questo momento come una coccola.”</p> <p>“Momento della giornata ritagliato per me stessa... Staccavo la spina... Non pensavo a nulla.”</p>
TRAINING AUTOGENO		
BENEFICIO	Ambito lavorativo	<p>“Autocotrollo, autoconsapevolezza nell’affrontare situazioni prima stressanti.”</p> <p>“Importante in ambito lavorativo.”</p> <p>“Ho imparato a gestire lo stress lavorativo per non portarlo a casa.”</p>
	Ambito privato	<p>“Utile nell’ambiente familiare.”</p> <p>“Oltre che per il lavoro mi è utile anche per il fuori.”</p> <p>“Funziona molto quando la metto in atto a casa nei momenti di tranquillità.”</p> <p>“Questa tecnica era utile per favorire il sonno la sera.”</p>
	Momento dedicato a se stessi	<p>“Mi ha permesso di ritagliare dei momenti per me durante la giornata.”</p> <p>“Ho imparato a trovare il tempo per me stessa.”</p>
	Presenza di coscienza del proprio corpo	<p>“Mi ha dato la possibilità di riconoscere le potenzialità del mio corpo.”</p> <p>“Mi ha permesso di rilassarmi e di prendere coscienza del mio corpo.”</p> <p>“Ho scoperto sfumature di reazioni del mio corpo, diverse tutte le volte.”</p> <p>“Ho imparato a conoscere di più me stessa... Emozioni che non pensavo di tirare fuori... Positive e negative.”</p>

Conclusioni

Il corso ha riscosso molto successo, in quanto per la prima volta al centro del progetto formativo c’era l’operatore. Durante i percorsi intrapresi gli infermieri hanno apprezzato e compreso l’importanza di sapersi ritagliare del tempo per loro stessi.

Quello che è emerso è che il livello di stress lavorativo e di burnout all’interno della struttura è fortunatamente basso, ma il coinvolgimento attivo dei partecipanti dimostra che la tematica tocca tutti in prima persona e occorre quindi parlarne e confrontarsi. Si deve portare in evidenza la questione, intervenire con forme di supporto diversificate e personalizzate sugli operatori, oltre a strutturare momenti di formazione.

BIBLIOGRAFIA

- Duzzi B. et al. (2014), La sindrome da Burnout negli infermieri, L'infermiere, 5/2014.
- Stress da lavoro, in Sanità perse 30 milioni di giornate per malattia. <http://www.ipasvi.it/attualita/stress-da-lavoro-in-sanit--perse-30-milioni-di-giornate-per-malattia-id1485.htm>.
- Della Cagnoletta M. (2010), *Arte terapia. La prospettiva psicodinamica*. Carocci editore.
- Toro R (2007), *Biodanza*. Red edizioni.
- Campus M.E, Forresu C. (2013), *La gestione dello stress nelle professioni sanitarie. Riconoscere ed affrontare i rischi psicosociali in ambito sanitario*, Pro.Met.eO. Edizioni, Cagliari.

ESPERIENZE

Ruolo della consulenza infermieristica in oncologia: un'esperienza italiana

di *Nidia Sofia Diaz Gaitan (1), Giuseppina Iacono (1), Paola Peirano (1), Paolo Pronzato (2), Beatrice Dozin (3)*

(1) *Infermieri, IRCCS AOU San Martino IST - Genova*

(2) *Medico, IRCCS AOU San Martino IST - Genova*

(3) *Biologa, IRCCS AOU San Martino IST - Genova*

Corrispondenza: nidia.diaz@hsanmartino.it

Premessa

Infermieri e medici attivi nel campo dell' oncologia sono responsabili dell'educazione del paziente oncologico: grazie alla qualità delle informazioni che vengono fornite, è possibile migliorare l'esperienza personale del paziente, la sua conoscenza della malattia, dei rischi e dei benefici relativi alle terapie e alla loro corretta assunzione (Banna et al., 2010).

L'educazione è considerata un passo essenziale per rendere i pazienti consapevoli del proprio ruolo nel mantenimento della propria salute (WHO, 2015); in questo processo, l'infermiere rappresenta una delle figure più valide grazie alla possibilità di relazionarsi al paziente sia in maniera formale che informale (Coster, Norman, 2009).

L'introduzione della terapia orale ha portato a un netto miglioramento riguardo l'impatto della terapia antineoplastica sulla qualità di vita del paziente, essendo percepita come un vantaggio rispetto alla terapia endovenosa, soprattutto in relazione all'assunzione domiciliare che evita il posizionamento di un acceso venoso. In accordo con questa evidenza, negli ultimi anni, in Europa e negli Stati Uniti, sono state sempre più introdotte terapie oncologiche orali (Ruddy et al., 2009): attualmente più di un quarto degli agenti antineoplastici è per uso orale (Kuppens et al., 2005).

Purtroppo l'incremento dell'uso di terapie orali ha rivelato problematiche relative all'appropriata gestione domiciliare del farmaco: i principali errori riguardano il dosaggio, il tempo e le modalità di assunzione (Weingart, 2010). L'appropriata aderenza al trattamento è fondamentale per l'efficacia terapeutica, il riconoscimento e la gestione delle tossicità dose - correlate (Banna et al., 2010; Hollywood E., 2001; Schott et al., 2011) e la qualità di vita (Winkeljohn, 2010). In precedenti studi si è visto come il monitoraggio attivo dell'infermiere possa ridurre questi errori, migliorando la compliance e la sicurezza del paziente (Molassiotis et al., 2009). Se confrontata con la comunicazione paziente – medico, la comunicazione paziente – infermiere si è rivelata più efficace per individuare le tossicità farmaco-correlate e intervenire precocemente sugli effetti indesiderati (Cirillo et al., 2009). L'implementazione di programmi infermieristici mette in evidenza in diversi studi come il monitoraggio infermieristico attivo sia importante durante i primi cicli di terapia (Cirillo et al., 2009).

In questo studio si vuole dimostrare come l'infermiere può avere un impatto significativo nella vita dei pazienti oncologici attraverso la valutazione dell'aderenza alla terapia e l'educazione.

Obiettivi dello studio

Obiettivo principale: Valutare il ruolo del nurse counseling come strumento per identificare, chiarire e colmare il bisogno d'informazione dei pazienti oncologici che iniziano terapie antineoplastiche orali che potrebbe influenzare l'aderenza al trattamento.

Obiettivo secondario: identificare la via di somministrazione preferita.

Il presente studio è stato condotto presso l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST di Genova.

I tipi più frequenti di neoplasie trattate nel nostro centro sono i tumori polmonari, mammari, del tratto gastroenterico e il melanoma. Le terapie orali sono consegnate dal personale infermieristico ai pazienti dopo la visita con l'oncologo. Non esiste una consulenza infermieristica specifica al momento della consegna del farmaco.

Si è quindi progettato di valutare se la consulenza infermieristica possa essere uno strumento applicabile ed efficace per migliorare l'esperienza educativa dei pazienti e la compliance terapeutica.

Step 1. In primo luogo si è creata una guida per la chemioterapia orale, in collaborazione con lo staff di Oncologia Medica, allo scopo di fornire le informazioni utili alla gestione domiciliare della terapia: modalità di assunzione del farmaco, eventuali effetti collaterali. Inoltre, per garantire la correttezza e l'uniformità delle informazioni fornite, la consulenza infermieristica stessa è stata standardizzata.

Step 2. Dopo il primo colloquio con il medico oncologo prescrittore, le conoscenze acquisite da parte del paziente sono state valutate col metodo "teach- back" (Griffin E., 2005): il paziente è stato quindi chiamato a rispondere a domande specifiche poste dall'infermiere relativamente alla terapia; in caso di necessità si sono aggiunte eventuali integrazioni o correzioni, procedendo in questo modo fino alla completa comprensione della nuova terapia da parte del paziente.

Step 3. I pazienti sono stati chiamati a compilare 2 questionari identici di autovalutazione, comprensivi di domande relative a dose, orari e tempi di assunzione della terapia, effetti collaterali e interazioni con altri farmaci concomitanti o con alimenti o abitudini. Le risposte sono state strutturate con punteggi graduali da 0 (nessuna conoscenza) a 5 (conoscenza completa).

Step 4. Un terzo questionario è stato infine consegnato al paziente al Ciclo 2 giorno 1 di terapia, per valutare l'aderenza al trattamento, le cause di non-aderenza, gli effetti collaterali e l'eventuale ricorso all'oncologo o al medico di base.

Tutti i pazienti inclusi sono stati trattati con: vinorelbina, capecitabina, erlotinib, vemurafenib, gefitinib o lapatinib da assumere come mono o poli-terapia. Precedenti trattamenti con terapie orali o per endovena non hanno escluso il paziente dal percorso.

Risultati

Da settembre 2013 a marzo 2014, sono stati inclusi nello studio 43 pazienti: tutti hanno completato i questionari prima e dopo la consulenza infermieristica. Solo 3 pazienti sono stati persi al follow-up e al ciclo 2 giorno 1. Solo 40 pazienti hanno compilato il terzo questionario.

L'età media della popolazione in studio era di 63 anni (23 - 87 anni). Circa le diagnosi, 20 pazienti (46,5%) avevano un tumore polmonare, 13 (30,2%) un tumore mammario, 7 (16,3%) un melanoma, 3 (7%) altri tipi di tumore. Il livello di istruzione riscontrato era la licenza elementare per 10 soggetti (23,3%), la licenza di scuola media inferiore per altri 10 (23,3%), il diploma di scuola superiore per 13 persone (30,2%), infine 10 laureati (23,2%). Circa la situazione familiare, 34 (79,1%) pazienti vivevano con coniuge o coniuge e figli, 6 (14,0%) da soli e 3 (7%) con altra persona.

Trentacinque pazienti (81,4%) avevano già ricevuto precedenti trattamenti di chemioterapia; 30 pazienti (69,8%) assumevano addizionali terapie orali per altre patologie.

I pazienti osservati erano in terapia con vinorelbina (n=9, 20,9%), capecitabina (n=7, 16,3%), vemurafenib (n=4, 9,2%), erlotinib (n=11, 25,6%), lapatinib (n=10, 23,3%), gefitinib (n=2, 4,7%).

Conoscenze dei partecipanti riguardo la somministrazione di agenti anti-neoplastici orali

La **Tabella 1** mostra, per ogni voce del questionario, il punteggio medio dei pazienti prima e dopo la consulenza infermieristica. Come si può vedere, le conoscenze in qualunque area sono risultate inferiori prima della consulenza infermieristica.

Tabella 1 - Valutazione delle conoscenze del paziente sulle terapie orali prima e dopo la consulenza infermieristica					
Domanda	Tempo	Paziente Voto Media (0-5) ^b +/-d.sc	Pd Value	Infermiera Voto (0-5) ^b +/- d.sc	Pe Value
Quante compresse deve assumere al giorno?	Prima	4.4 ± 1.22	0.002	4.35 ± 1.24	0.032
	Dopo	5.0			
Quanti giorni deve assumere le compresse?	Prima	4.7 ± 0.77	0.014	4.35 ± 1.21	0.024
	Dopo	5.0			
Come e quando deve assumere le compresse?	Prima	4.37 ± 1.25	0.002	4.12 ± 1.24	0.003
	Dopo	5.0			
Quali sono le possibili interazioni con altri farmaci, sostanze, alimenti, tabacco, altri prodotti?	Prima	3.79 ± 1.44	<0.001	3.47 ± 1.39	0.001
	Dopo	5.0			

Quali sono gli effetti avversi, terapie di prevenzione trattamento?	Prima	4.21 ± 0.94	<0.001	3.74 ± 1.07	0.002
	Dopo	5.0			

In base alle risposte fornite dai pazienti, la consulenza infermieristica ha permesso di migliorare nettamente l'acquisizione di informazioni relativamente a interazione con altre sostanze, altre terapie, prodotti alimentari, tabacco, specialmente per i pazienti non in prima linea o pluri-trattati con farmaci orali o con basso livello di istruzione. La mancanza di informazioni relative agli effetti collaterali e alla prevenzione e/o al trattamento è risultata significativamente evidente. Il miglior passaggio di informazioni prima della consulenza infermieristica riguardava la durata e le tempistiche della terapia.

Bisogni di informazione riscontrati riguardo specifici aspetti della terapia orale

In relazione alle domande sulla terapia orale, la percentuale di pazienti che ha riportato una non completa informazione a seguito del colloquio medico – paziente è stata, per ciascuna voce:

- Domanda 1 - dose e il numero di compresse: 16 pazienti (37,2%);
- Domanda 2 - durata del trattamento: 12 pazienti (27,9%);
- Domanda 3 - tempi di assunzione del farmaco: 19 pazienti (44,2%);
- Domanda 4 - interazione farmacologica con altri elementi: 31 pazienti (72,1%);
- Domanda 5 - effetti negativi del farmaco: 30 pazienti (69,8%).

Come indicato nella **Tabella 2**, ciascuna di queste 5 domande era riferita a diversi aspetti della terapia orale.

Riguardo la domanda 1, 11 pazienti (25,6%) hanno avuto bisogno di informazioni sulle dosi e 9 pazienti (20,9%) sul numero di compresse da assumere ogni giorno. Riguardo la domanda 2, 12 pazienti (27,9%) hanno richiesto informazioni sulle tempistiche della terapia. Sulla domanda 3, molti pazienti hanno avuto bisogno di informazioni riguardanti la modalità di somministrazione del farmaco: vicinanza o meno coi pasti (n = 10, 23,3%), modalità di assunzione (n = 5, 11,6%) o orari di precisa assunzione (n = 10, 23,3%). Inoltre, 5 pazienti (11,6%) hanno chiesto informazioni sullo stoccaggio del farmaco. Per quanto riguarda la domanda 4, 22 pazienti (51,2%) non erano a conoscenza delle interazioni della terapia con altri farmaci, 16 (37,2%) con il cibo, 6 (14,0%) con erbe medicinali e 10 (23,3%) con il tabacco. Per quanto riguarda la domanda 5, i principali effetti collaterali sconosciuti sono stati diarrea per 22 (51,2%) pazienti, alterazioni cutanee per 14 (32,6%), nausea e vomito per 11 (25,6%) e mucosite per 5 (11,6%).

Aderenza alla terapia stimata al Ciclo 2

Il primo giorno del secondo ciclo sono stati valutati 40 pazienti: 36 (90,0%) avevano correttamente aderito alla terapia. I motivi della mancata aderenza sono stati: tossicità (n=2), dimenticanza (n=1), o ragione sconosciuta (n=1). Ventisei pazienti (65,0%) hanno avvertito effetti collaterali. Solo 16 pazienti dei 26 che hanno riportato tossicità hanno contattato gli oncologi.

Tabella 2 - Bisogni informativi rilevati con la consulenza infermieristica

Tipo di informazione	n pazienti	%
Interazione con altri medicinali	22	51.2
Diarrea	22	51.2
Interazione con il cibo	16	37.2
Alterazioni cutanee	14	32.6
Numero di giorni ad ogni ciclo	12	27.9
Dose in mg	11	25.6
Nausea e vomito	11	25.6
Vicinanza ai pasti	10	23.0
Tempo di assunzione	10	23.3
Interazione con il tabacco	10	23.3
Numero di compresse al giorno	9	20.9
Interazione con erbe medicinali	6	14.0
Modalità di assunzione	5	11.6
Conservazione	5	11.6
Mucosite	5	11.6

Preferenza per la consegna della terapia

La somministrazione orale dei farmaci è stata preferita dalla maggior parte dei pazienti (75,0%) rispetto a quella endovenosa (15,0%), mentre il 10% ha indicato senza distinzione l'adesione alla terapia orale o endovenosa.

Le ragioni riferite per preferire la terapia orale sono state: opportunità di farla a casa (n=30, 75,0%), evitare un accesso venoso (n=11, 27,5%), ridotto bisogno di trasferimento in ospedale (n=11, 27,5%), costi economici minori (n=10, 25,0%).

Discussione

Bisogno di informazioni

Complessivamente il nostro studio ha messo in luce l'importanza del rapporto tra équipe sanitaria e paziente all'inizio della terapia (Wood e Grey, 2000). La consulenza infermieristica ha identificato il bisogno di informazione del paziente al momento dell'inizio della terapia con agenti antitumorali orali, permettendo poi di chiarire i dubbi del paziente e di fornire le informazioni mancanti al momento della consegna del farmaco. Lo studio ha evidenziato che quasi il 75% dei pazienti aveva bisogno di ulteriori informazioni prima di iniziare la terapia orale, specialmente sulle interazioni degli agenti antineoplastici con altri prodotti farmacologici e non, nonché sulle possibili tossicità. L'interazione farmacologica è un aspetto estremamente importante al fine di garantire il corretto profilo di sicurezza del farmaco. Infine, essere a conoscenza di possibili tossicità e dei modi per prevenirle e trattarle, migliora la sicurezza e l'adesione del paziente al trattamento: la mancanza di controllo degli effetti negativi può indurre la sospensione della terapia, portare a un peggioramento della qualità di vita e, in casi estremi, mettere la medesima a rischio.

Aderenza al trattamento

L'educazione del paziente promuove una migliore comprensione della terapia e delle sue caratteristiche ed è fondamentale per mantenere l'aderenza al dosaggio del farmaco prescritto.

Il rispetto del regime farmacologico ha infatti due importanti implicazioni: l'efficacia del trattamento e la tossicità. Il paziente è il primo e principale responsabile della conformità al trattamento orale (Banna et al., 2010). I motivi della mancata adesione sono complessi nella maggior parte delle situazioni: i fattori che possono avere un ruolo includono le caratteristiche individuali del paziente, le caratteristiche della malattia e del regime terapeutico, e alcuni aspetti dei vari sistemi di assistenza medica (Ruddy et al., 2009). In questo studio, l'adesione è stata elevata, essendo del 90,0%, rispetto a quanto riscontrato in letteratura (Ruddy et al., 2009).

Preferenza per la modalità di somministrazione della terapia

Il nostro studio ha evidenziato che la somministrazione orale del farmaco è stata preferita rispetto a quella endovenosa, in accordo con studi precedenti (Banna et al., 2010; Liu et al., 1997; Paley, 2005; Wojtacki, 2006). La ragione principale qui osservata è stata la possibilità di assumere da soli la terapia a casa, come descritto da Liu et al. (1997) che ha riportato un 57% di preferenze.

Conclusioni

Nel presente studio la consulenza infermieristica sulle terapie orali ha migliorato significativamente la conoscenza dei pazienti per quanto riguarda l'aderenza alla dose corretta, il modo e la tempistica della terapia, e li ha aiutati a capire meglio le possibili interazioni tra agenti anti-tumorali e altri farmaci, parafarmaci, alimenti, o altre sostanze; inoltre ha consentito ai pazienti di riconoscere gli effetti collaterali, la loro prevenzione e il loro trattamento. Le interazioni con altre terapie, alimenti, erbe medicinali e tabacco, assieme con la prevenzione e il trattamento degli effetti avversi, si sono rivelati argomenti da chiarire. L'identificazione di quanto meno conosciuto dai pazienti ci permette di stabilire nuove strategie di informazione ed educazione, che possono contribuire in futuro a migliorare l'efficacia e la sicurezza delle terapie per via orale. La consulenza infermieristica per le terapie antineoplastiche deve essere considerata come uno strumento applicabile ed efficace per ridurre i rischi e migliorare l'aderenza degli assistiti.

BIBLIOGRAFIA

- Banna G. L., Collovà E., Gebbia V., Lipari H., Giuffrida P., Cavallaro S., Ferraù F. (2010). Anticancer oral therapy: Emerging related issues. *Cancer Treatment Reviews*, 36(8), 595–605. <http://doi.org/10.1016/j.ctrv.2010.04.005>.
- Cirillo M., Venturini M., Ciccarelli L., Coati F., Bortolami O., Verlato G. (2009). Clinician versus nurse symptom reporting using the National Cancer Institute - Common terminology criteria for adverse events during chemotherapy: Results of a comparison based on patient's self-reported questionnaire. *Annals of Oncology*, 20(12), 1929–1935. <http://doi.org/10.1093/annonc/mdp287>.
- Coster S. & Norman I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 508–528. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.09.009>.
- Griffin E. (2003). Safety considerations and safe handling of oral chemotherapy agents. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 7(6, Suppl.), 25-29.
- Hollywood E., Semple D. (2001). Nursing strategies for patients on oral chemotherapy. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 15(1 Suppl 2), 37-9; discussion 40.
- Liu G., Franssen E., Fitch M. I., Warner E. (1997). Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 15(1), 110–115.
- Molassiotis A., Brearley S., Saunders M., Craven O., Wardley A., Farrell C., Luker K. (2009). Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6191–6198. <http://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.6755>.
- Paley M., Love N., Carlson R. et al. (2005). Preferences for oral and parenteral antitumour therapy: a survey of 260 patients with metastatic breast cancer. *Proc Am Soc Clin Oncol*; 23: 619 (suppl 16; abstr 619).

- Ruddy K., Mayer E., Partridge, A. (2009), Patient Adherence and Persistence With Oral Anticancer Treatment. *CA Cancer J Clin* 2009;59; 56-66 <http://doi.org/10.3322/caac.20004>.
- Schott S., Schneeweiss A., Reinhardt J., Bruckner T., Domschke C., Sohn C., Eichbaum M. H. (2011). Acceptance of oral chemotherapy in breast cancer patients - a survey study. *BMC Cancer*, 11(1), 129. <http://doi.org/10.1186/1471-2407-11-129>.
- Weingart S. T. (2010). Medication errors involving oral chemotherapy. *Cancer*, 116(10), 2455-64.
- Winkeljohn D. (2010). Adherence to Oral Cancer Therapies. *Clin J OncolNurs*, 14(4).
- WHO (2015). Preparing a health care workforce for the 21st century: The challenge of chronic conditions, 1-65.
- Wojtacki J. Wiraszka R., Rolka_Stempniewicz G. et al. (2006), Breast cancer patient's preferences for oral versus intravenous second-line anticancer therapy. *Eur J cancer*; 159: abstr 381.
- Wood W., Gray J. (2000). An integrative review of patient medication compliance from 1990-1998. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 7,1.

ESPERIENZE

Il *disabled advanced medical assistance* in Lombardia: il progetto della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

di Michele Chieppi (1), Rodolfo Lodi (2), Emanuela Tavazza (3), Piera Bergomi (4), Carlo Marena (5)

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

(2) *Coordinatore Direzione Medica di Presidio - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia*

(3) *Infermiera Progetto DAMA Pavia - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia*

(4) *SITRA - Formazione Universitaria Specialistica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia*

(5) *Direttore Medico di Presidio - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia*

Corrispondenza: biblioteca.laureaps@smatteo.pv.it

Premessa

Dall'indagine di Istat del 2012-2013 sulle condizioni di salute in Italia, risulta che nel 2013 le persone con limitazioni funzionali siano circa 3.2 milioni. Hanno limitazioni di tipo motorio 1.5 milioni di persone (2.6% del totale della popolazione con più di 6 anni), mentre 900 mila (1.5%) ha problemi legati alla comunicazione. Gli individui costretti a letto, su una sedia o a permanere nella propria abitazione per impedimenti fisici o psichici sono il 2.5% (con un picco di 9.7% tra gli anziani, 22.7% fra gli ultraottantenni).

Hanno accumulato più di un tipo di limitazione funzionale 1.800.000 persone; 900 mila di queste sommano alle limitazioni motorie difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. Sulla posizione dei disabili gravi sino a 64 anni di età, è fondamentale sottolineare prima di tutto che la metà di essi vive senza aiuti pubblici, non si avvale di servizi a pagamento e non può contare sull'aiuto di familiari non conviventi: di conseguenza il carico dell'assistenza grava interamente sui familiari conviventi.

Si evidenzia poi che 260.000 persone vivono nel contesto familiare con uno od entrambi i genitori, il 20.3% con partner e figli, il 10.6% solamente con il partner e il 9.6% da solo.

Quest'ultima categoria, la più critica, conta circa 51.000 disabili gravi, il 23% dei quali usufruisce di assistenza sanitaria o non sanitaria erogata da servizi pubblici, il 15.5% paga l'assistenza non sanitaria a domicilio per le attività di cura e il 54% ricorre solo all'aiuto di familiari non conviventi (Istat, 2014).

Il Progetto *Disabled Advanced Medical Assistance* (DAMA) nasce dal bisogno di costruire dei percorsi di accesso privilegiati all'assistenza e alla fruizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di soggetti affetti da grave disabilità intellettiva e motoria, i quali devono avere a disposizione un'équipe sanitaria multidisciplinare, con medici, infermieri, operatori socio-sanitari, personale amministrativo e volontari in grado di supportare il paziente e la famiglia anche psicologicamente. Le necessità primarie sono: l'ascolto, l'accoglienza, l'assistenza medica, la diagnosi, l'impostazione di percorsi terapeutici, la raccolta dei dati (Cattanei, 2009).

Per un corretto ascolto è essenziale il call-center, al quale il problema perviene presentato dai famigliari, a volte gli unici in grado di interpretare il malessere subentrato nel paziente al di là della patologia di fondo.

Delineatasi la natura del problema, è compito dell'operatore quello di calmare l'eventuale ansia dei parenti per poi coordinare e stabilire le strategie d'intervento.

DAMA è l'acronimo di *Disabled Advanced Medical Assistance*, ma la natura e le intenzioni dell'intero programma sono più chiaramente evidenziate se traduciamo l'acronimo con "accoglienza medica dedicata ai disabili": qui il termine accoglienza rivela il principale carattere del progetto. Sia la persona disabile che gli accompagnatori devono, sin dalla genesi di un percorso diagnostico, trovarsi a proprio agio, con il fine di raggiungere le condizioni migliori nei confronti della possibilità di comunicazione di un malessere in attesa della diagnosi (Brasca Fasani, 2015).

L'accoglienza di un paziente è un percorso articolato, a cui contribuisce l'intera organizzazione del servizio sanitario, in modo che il paziente si trovi a proprio agio sin dall'inizio. Se il protocollo di accoglienza è in grado di puntare alla miglior situazione possibile per paziente e famigliari, definisce di conseguenza le rispettive funzioni e responsabilità dei professionisti sanitari, inclusi psicologi, animatori, insegnanti e volontari (De Santi, Mendico et al., 2013). Il medico assume il ruolo di coordinatore del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale intra-ospedaliero, fornendo prestazioni e garantendo i contatti con gli specialisti.

Il nostro percorso in Regione Lombardia

Per la persona disabile con indice di gravità elevato, in particolar modo quella affetta da deficit comunicativi importanti, non è in generale presente nei servizi sanitari una procedura per l'accoglienza. Per il soggetto con limitazioni funzionali le necessità diagnostiche rivestono carattere di urgenza, in quanto queste persone non possiedono una capacità descrittiva analitica della propria presente o passata condizione: la conseguenza, sul piano organizzativo, è la difficoltà da parte della struttura ospedaliera di garantire una pianificazione coordinata dedicata, gravata inoltre di un eventuale percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale particolarmente impegnativo per il bisogno di effettuare indagini in rapida successione, non escludendo l'eventualità della sedazione farmacologica.

In sintesi DAMA necessita di: un'equipe multidisciplinare composta da medici, infermieri, personale amministrativo e volontari; percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali preferenziali; accesso via call-center individualizzati; risorse tecnologiche e locali adeguati all'accoglienza dei soggetti sia in area ambulatoriale che d'emergenza/urgenza; una base di riferimento per le famiglie, strutture residenziali e centri socio-educativi.

Il progetto DAMA nacque nella primavera del 2000; l'anno seguente divenne attivo come iniziativa pilota presso l'Ospedale San Paolo di Milano (Corona et al., 2003). Stimolo primario furono gli appelli delle famiglie con persone disabili che verificarono la difficoltà dell'ospedale nel garantire ai loro cari un'assistenza alla pari di tutti gli altri pazienti. La Regione Lombardia, preso atto delle 600 chiamate al call-center, indice del successo del progetto-pilota, decretò un finanziamento triennale per costituire un team sanitario, acquisire le apparecchiature informatiche, sviluppare corsi di formazione, informazione e pubblicità.

Ad oggi, presso l'Ospedale S. Paolo, DAMA è formato da:

- *Call-Center* – gestito da un medico, due infermieri, un collaboratore amministrativo. Effettua la prima raccolta dati attraverso un colloquio e la compilazione della scheda anagrafica del paziente. Ha il mandato di: moderare gli stati d'ansia dei famigliari; individuare la struttura più idonea per accogliere il paziente; raccogliere i dati che andranno ad incrementare l'archivio anagrafico.
- *Day Hospital* - può considerarsi il punto focale del progetto ed ha il vantaggio di poter erogare in rapida successione un grande numero di prestazioni, evitando il peso di un prolungato ricovero.
- *Attività Ambulatoriale* - è bipartita in due linee di intervento: quella degli ambulatori specialistici e quella della rivalutazione clinica del paziente. Se non vengono registrati particolari problemi, il paziente viene accompagnato in un percorso ambulatoriale classico. La rivalutazione clinica ha invece il compito di raccogliere la documentazione che andrà a creare l'archivio aggiornato del soggetto. Dopo l'impostazione dell'iter terapeutico e del follow up, si genera in questo momento il percorso di continuità assistenziale con il medico curante.
- *Pronto Soccorso* – l'Unità DAMA è collocata nell'Area Urgenza, una scelta strategica che permette di disporre in tempi rapidi di tutti i servizi necessari. All'interno del PS, quindi, l'infermiere di triage, all'arrivo del paziente con limitazioni funzionali, avvisa il medico che a sua volta accoglierà personalmente il paziente e la sua famiglia.

Dopo alcuni anni di sperimentazione l'A.O. San Paolo di Milano può oggi garantire un'adeguata assistenza a questa tipologia di pazienti.

A Varese, DAMA ebbe inizio con la prima proposta di progetto nel 2007, sulla scia del modello maturato presso l'ospedale San Paolo di Milano. La regia del DAMA è qui affidata ad una centrale operativa localizzata in un'area strategica, posta tra il Pronto Soccorso e a pochi passi dall'accesso principale dell'Ospedale di Circolo di Varese. Un'équipe multidisciplinare (medico, infermieri e volontari formati) garantisce la funzionalità del DAMA in territorio varesino dal mese di dicembre 2012.

Sempre nel 2012 anche l'Ospedale Mellino Melini di Chiari (BS) inaugura il progetto DAMA, con le modalità operative già sopra descritte, riconoscendo nella presa in carico e nella relazione terapeutica lo strumento attuativo di questo percorso (Camplani, 2012).

A Mantova, la collaborazione fra Anffas di Mantova e l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma ha permesso negli anni un itinerario facilitato e protetto, dedicato alle circa 1.600 persone con disabilità stimate sul territorio mantovano. Gli spazi di questo percorso chiamato "Delfino" sono stati individuati nelle vicinanze sia dell'ingresso principale che del Pronto Soccorso dell'Azienda, dove sono stati anche allestiti due diversi ambienti: uno corredato di due letti per i pazienti e poltrone per gli accompagnatori, l'altro adibito a call-center che funge anche da CUP (Salandini, 2010). Attivo dal 2007, apporta una risposta diagnostico-terapeutica-assistenziale rapida ed efficace a pazienti portatori di grave deficit cognitivi, con l'implementazione di un fast track dedicato ai pazienti con difficoltà di comunicazione che faticano a riferire e descrivere sintomi. Collabora al progetto Delfino un'équipe che si caratterizza per rapidità e multidisciplinarietà. Varie strutture afferenti a tutti i dipartimenti dell'Azienda collaborano per organizzare e percorrere tragitti diagnostico-terapeutici-assistenziali idonei ed efficaci, con il fine di ridurre il disagio delle persone disabili e delle loro famiglie.

Nel resto d'Italia significativi progetti sono nati anche a Bologna nel 2005, a Bari nel 2008, a Cosenza nel 2011 e presso il reparto di Urologia dell'ospedale di Dolo in provincia di Venezia.

A Pavia

DAMA a Pavia fu presentato per la prima volta nel 2008. L'impegno che ne derivò da parte della ASL, del Comune di Pavia e della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo fu quello di realizzare una serie di percorsi volti alla facilitazione della diagnostica, della cura e della gestione delle emergenze per le persone disabili (Cattanei, 2010).

Il prendersi cura delle persone disabili gravi, valutando la possibilità di curare in modo particolare l'aspetto assistenziale, è la pietra miliare su cui si è sviluppato il Progetto DAMA a Pavia. Considerate le difficoltà di comunicazione con questi pazienti, il team ospedaliero deve necessariamente adeguare il proprio linguaggio per dialogare col paziente. Oltre a ciò, se l'empatia e le conseguenti relazioni facilitate intercorrono nel percorso, il concetto di curare decade definitivamente a vantaggio del prendersi cura: è qui che interviene la netta distinzione fra i due concetti e la consapevolezza dei loro significati (Cattanei, 2009).

Il modello organizzativo implementato consente di adattare il percorso a misura di ogni singolo paziente attraverso una gestione flessibile delle risorse ospedaliere. L'ottimizzazione delle tempistiche e l'intenso valore qualitativo delle prestazioni pongono al centro dell'attenzione l'individuo e la sua famiglia: arginare la standardizzazione dell'offerta innalza il livello di sensibilità individuale del singolo operatore sanitario a vantaggio dell'alto spessore dell'assistenza erogata.

La facilitazione rivolta ai pazienti disabili attraverso il DAMA si attua a Pavia attraverso 3 percorsi:

- *Percorso Giallo* - per interventi ambulatoriali e day-hospital: il familiare contatta telefonicamente il personale preposto, il quale, previa consultazione con il CUP centrale, indica la data di prenotazione di una o massimo due prestazioni semplici (es. un prelievo ematico e una visita specialistica). In caso di prelievo ematico, il paziente del DAMA accede attraverso la corsia preferenziale dedicata a bambini e donne in gravidanza. Nel caso si rendano necessarie più di due prestazioni, i medici o gli infermieri della Direzione Medica di Presidio raccoglieranno le informazioni necessarie per pianificare il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Sarà quindi richiesto di inoltrare via fax le richieste d'esame correlate dalle problematiche dell'utente. Entro 5 giorni saranno comunicate alla famiglia le date degli appuntamenti per ricevere le prestazioni, preferibilmente da espletarsi in un unico appuntamento. Nel giorno prestabilito, l'utente sarà accolto dal personale DAMA che lo seguirà durante tutta la permanenza in Fondazione; il paziente potrà inoltre usufruire del Servizio di Trasporto Sanitario Interno sino al termine del suo percorso. Dette modalità vengono garantite sia che il paziente usufruisca dei servizi ambulatoriali che di quelli del day-hospital.
- *Percorso Rosso* - per accesso al Pronto Soccorso (adulto o pediatrico): sarà applicato un codice prioritario, nel rispetto delle urgenze/emergenze in essere in quel momento, che porterà la denominazione di percorso DAMA. Sarà consentito al familiare la possibilità di seguire il paziente all'interno del Pronto Soccorso.
- *Percorso Azzurro* - per ricovero ospedaliero: in caso di ricovero urgente o programmato saranno garantiti alcuni servizi di carattere alberghiero all'accompagnatore per tutta la durata della degenza, dal pasto.

Risultati

Già sul nascere, il Progetto DAMA ha riportato risultati significativi. L'Ospedale San Paolo di Milano, fra il 2000 e il 2003, ha registrato 6355 chiamate al numero verde con seguenti 3003 accessi. Su 1014 ricoveri in regime di Day Hospital, 1208 prestazioni ambulatoriali e 286 accessi in Pronto Soccorso, i ricoveri ordinari sono stati 117. I pazienti seguiti sino al 2003 erano in totale 1142. Di questi il 48% era polihandicappato, il 43% presentava disabilità intellettive, il 7% aveva disabilità motorie, il 2% disabilità sensoriali. Tra tutti questi il 22% presentava disabilità identificabili o che rientrano in classificazioni sindromiche o in malattie geneticamente determinate: la stragrande maggioranza, il 72%, era affetta da Sindrome di Down (Corona et al., 2003). Con il passare del tempo sono state calcolate stime su più ampi intervalli di tempo: la Lega per i diritti delle persone con disabilità (Ledha) attesta 35493 prestazioni erogate dal 2000 al 2012, per un totale di 4594 pazienti presi in carico dall'Ospedale San Paolo di Milano come utenti DAMA.

A Pavia, col maturare del progetto (a oggi 241 utenti iscritti, provenienti da varie strutture di Pavia e Provincia) e in relazione a quanto contenuto nella "Carta dei Diritti delle persone con disabilità in Ospedale", si è condivisa l'iniziativa di rispondere ai bisogni con la "Proposta di Implementazione del Progetto DAMA presso la Fondazione".

La "Carta dei Diritti delle persone con disabilità in Ospedale" diventa quindi una sorta di linea guida per il Progetto DAMA, per ridurre le difficoltà di accesso alle cure e per garantire il diritto alla salute come previsto dall'art. 32 della Costituzione e dall'art. 25 della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità.

Nella fase di avviamento si è individuata un'unità infermieristica sensibile alle problematiche legate al Progetto, dedicata a: rapportarsi con le strutture esterne coinvolte; accogliere i pazienti DAMA gestendo l'attività ambulatoriale; mantenere aggiornato un database che raccoglie i dati; accogliere l'utenza in caso di accesso al Pronto Soccorso; confrontarsi con le altre realtà operative. È inoltre compito dell'unità infermieristica raccogliere tutte le informazioni utili, al fine di ampliare il progetto con l'incremento delle strutture, degli ausili e del personale dedicato.

Discussione

Il territorio italiano presenta ancor oggi una fetta di popolazione particolarmente fragile che necessita di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali adeguati, una risposta che gli stessi ospedali devono saper dare (Salandini, 2010). Dal punto di vista delle aziende afferenti al DAMA, gli obiettivi più importanti da raggiungere sarebbero quelli di ottenere un utilizzo razionale delle risorse, grazie ad un'organizzazione precisa dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali che riducano il disagio degli utenti disabili che necessitano di interventi sanitari e nel contempo razionalizzino il carico di lavoro del personale. Garantire risposte rapide alle urgenze o a problemi emergenti, attraverso percorsi coordinati, riduce in modo drastico il numero di accessi impropri al Pronto Soccorso, dà la possibilità di gestire autonomamente le problematiche mediche in Day Hospital con personale infermieristico, permette di evitare, naturalmente quando possibile, un ricovero ospedaliero. Disporre inoltre di un call-center con numero verde dedicato, permette sia di ridurre eventuali carichi d'ansia che si vengono a creare con il presentarsi di una condizione o nuova situazione, sia il poter organizzare un adeguato ed efficace percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale in caso di emergenza (Corona et al., 2003).

Conclusioni

Mettere a disposizione percorsi diagnostici e di orientamento terapeutico differenziati è oggi una risposta dovuta al bisogno di benessere dei pazienti con disabilità (Corona et al., 2003). DAMA propone una nuova cultura nella cura del disabile, un nuovo atteggiamento nel percorso di cura dedicato all'individuo più fragile e rivolto a una reale tutela della sua persona. Tale cultura lo renderebbe quindi un paziente comune con le medesime possibilità statistiche di incontrare malattie altrettanto comuni.

BIBLIOGRAFIA

- Brasca Fasani E (2015) Volontario al DAMA. Progettodama.it (Internet). Consultato 23 marzo 2016, disponibile all'indirizzo: http://www.progettodama.it/DAMA/Volontario_al_DAMA.html.
- Camplani F. (2012), Infermieri e ricerca: l'evidenza dei dati, il significato dell'esperienza. In: Collegio IPASVI della provincia di Brescia, eds. Giornata internazionale dell'Infermiere Infermieri e ricerca: l'evidenza dei dati, il significato dell'esperienza. Convegno 12 maggio Giornata Internazionale dell'Infermiere. Chiari (BS).
- Cattanei M (2009) *Il Progetto DAMA un convegno per presentare e stimolare*. Infermiere a Pavia, 21(1), 4-5.
- Cattanei M (2010) *Progetto D.A.M.A. L'avvio a Pavia*. Infermiere a Pavia, 22(2), 5-6.
- Corona M, Ghelma F, Maioli M, Perazzoli S, Mantovani A (2003) *Il Progetto DAMA all'Ospedale San Paolo: una proposta di accoglienza medica rivolta ai disabili con ritardo mentale*. AJMR (Ed. Italiana), 1(2), 100-106.
- De Santi A, Mendico S, Santilli S, Gruppo CARE Riabilitazione (2013) *Manuale di valutazione della comunicazione in ambito riabilitativo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 46-47.
- ISTAT - Istituto nazionale di statistica, (2014). *Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare: Audizione dell'Istituto nazionale di statistica: Dott.ssa Linda Laura Sabbadini Direttore del Dipartimento per le statistiche sociali e ambientali*. Roma: XII Commissione "Affari sociali" della Camera dei Deputati.
- Salandini V. (2010), *Un percorso chiamato "delfino"*. La Rosa Blu: rivista Anffas Onlus sulla disabilità, 17(2), 21-24.



ESPERIENZE

Il Ramadan: quali indicazioni per la persona diabetica

di Irene Milan (1), Giuliana Becciu (2), Elisabetta Balestreri (3)

(1) Infermiera libera professionista

(2) Infermiere Tutor, Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi di Milano - sezione di Busto Arsizio

(3) Direttore didattico di Sezione, Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi di Milano - sezione di Busto Arsizio

Corrispondenza: elisabetta.balestreri@unimi.it - milan.irene@libero.it

Premessa

Dai dati ISTAT aggiornati al 1° Gennaio 2015 risulta che la popolazione straniera residente in Italia è pari a 5.014.437 unità, l' 8,2% della popolazione italiana (ISTAT, 2015). Secondo il rapporto Unar/Idos 2014, i musulmani che vivono in Italia sono circa 1,6 milioni, equivalenti al 33% del totale degli stranieri, pari al 2% della popolazione italiana (Groppi, 2015).

L'osservanza di precetti religiosi, quale ad esempio il digiuno durante il Ramadan, comporta impatti sull'organismo che diventano ancor più critici in presenza di una malattia cronica quale il diabete. Il Ramadan, uno dei 5 pilastri dell'Islam, comporta un periodo di digiuno di 29 giorni, durante il quale ci si astiene dall'alba al tramonto dal bere e mangiare. Dal momento che il calendario islamico si basa sul calendario lunare, il Ramadan capita ogni anno in un periodo differente del calendario solare.

Al tramonto, l'interruzione del digiuno è rappresentata dal pasto *iftar*, un pasto abbondante a base di alimenti ipercalorici, datteri, cibi fritti, dolci e tè molto zuccherato. Il pasto prima dell'alba si chiama *suhur*: è simile a una normale colazione, a volte anche solo un sorso d'acqua.

Dall'osservanza del digiuno sono esenti: gli anziani, i disabili, i malati cronici, i viaggiatori, le donne in gravidanza e mestruate.

Lo studio EPIDIAR ha evidenziato che il 43% dei soggetti con diabete mellito (DM) di tipo 1 ed il 79% dei soggetti con DM di tipo 2, nonostante le possibili esenzioni, osservano il digiuno durante il periodo del Ramadan (Salti et al., 2004). Lo studio osservazionale retrospettivo CREED (Babineaux et al., 2015) ha successivamente riportato che il 94,2 % di 3250 pazienti diabetici di tipo 2 hanno digiunato per almeno 15 giorni e il 64 % tutti i giorni del Ramadan.

Obiettivo del nostro studio è fornire indicazioni in merito alla gestione della persona diabetica praticante durante il Ramadan, in modo da ridurre gli scompensi glicemici che possono verificarsi in questo periodo, in particolare su come dovrebbe essere effettuata, prima e durante il Ramadan la gestione e l'educazione infermieristica dei pazienti diabetici che scelgono di digiunare al fine di mantenere il compenso glicemico.

Un bilancio sulle evidenze disponibili

Sono stati reclutati 165 articoli, di cui solo 59 rilevanti ai fini del nostro studio. Dopo la consultazione del testo, sono stati mantenuti 23 studi, integrandoli poi con il libro dedicato al tema (Abdul et al., 2014).

La maggioranza degli studi sono stati condotti in Paesi a prevalenza musulmana: Marocco, Egitto, Algeria, Giordania, Arabia Saudita, Emirati Arabi, Pakistan, Bangladesh e in Insulindia. In Europa sono stati effettuati RCT in merito all'efficacia di effettuare un'educazione indirizzata al Ramadan in Inghilterra e in Francia e Germania (Babineaux et al., 2015). In Italia l'argomento è stato recentemente evidenziato da due revisioni della letteratura (Visalli et al., 2015; Fatati et al., 2015), a cui ha fatto seguito l'attivazione di seminari rivolti ai medici tramite il progetto "OpenDIALOGUE".

L'ADA (*American Diabetes Association*) ha pubblicato le ultime raccomandazioni inerenti nel 2015 (Ibrahim et al., 2015).

Dai risultati degli studi analizzati emergono le seguenti macroaree in merito alle indicazioni da fornire: alimentazione, attività fisica (studio clinico controllato non randomizzato) (Abir et al., 2013), monitoraggio glicemico e gestione delle complicanze.

L'aspetto maggiormente analizzato in letteratura risulta la terapia farmacologica, riguardo la quale sono stati reperiti 19 studi tra cui 2 metanalisi utilizzate per la stesura di questo articolo (Gray et al., 2015; Mbanya et al., 2015).

Discussione

Da studi condotti sia su persone sane che diabetiche, si evince che effettuare il digiuno in Ramadan apporta benefici all'organismo:

1. migliora la sensibilità insulinica (Slim et al., 2015);
2. riduce la pressione arteriosa (Faris, 2012; Abdul et al., 2014);
3. riduce i processi infiammatori (Faris, 2012);
4. riduce lo stress ossidativo (Ibrahim et al., 2008);
5. rafforza il sistema immunitario (Latifynia et al., 2009).

Da non sottovalutare, tuttavia, sono le complicanze che nella persona diabetica possono manifestarsi in corso di digiuno. Lo studio EPIDIAR ha riportato un incremento del numero di **ipoglicemie** severe durante questo periodo: rispettivamente risultarono quadruplicati nei pazienti diabetici di tipo 1 e sette volte tanto nei diabetici di tipo 2. Altra complicanza verificatasi fu l'incremento dei casi di **iperipoglicemie** severe post-prandiali, a seguito dell'abbondante pasto *iftar*, secondo il rapporto di 1 a 3 nei diabetici di tipo 1 e di 1 a 5 nei diabetici di tipo 2 (Salti et al., 2004). Inoltre, l'astensione dell'assunzione di liquidi può indurre **disidratazione** con un aumento dello stato di ipercoagulabilità e conseguenti eventi trombotici (Visalli et al., 2015).

Lo studio READ (Bravis et al., 2010), condotto su diabetici di tipo 2, ha dimostrato che l'educazione terapeutica culturalmente orientata al Ramadan riduce del 50 % gli episodi di ipoglicemia. Tale efficacia è stata riportata anche da un RCT (Mcewen et al., 2015) in cui il gruppo sottoposto a tale educazione, costituito da 515 diabetici di tipo 2, ha riportato *outcomes* migliori rispetto al gruppo di controllo di 259 persone. In particolare:

- un miglioramento della capacità di riconoscere i segni e sintomi di ipoglicemia ($p = 0.0007$);
- una riduzione dell'IMC ($- 1.1 \pm 2.4$ kg/m²);
- una riduzione dell'emoglobina glicata ($- 0.7 \pm 1.1\%$);
- una propensione a modificare il proprio piano di gestione del diabete durante il Ramadan (97% vs 88%, $p < 0.0001$) e a effettuare il monitoraggio della glicemia almeno due volte al giorno (70% vs 51%, $p < 0.0001$).

In uno studio (Lee et al., 2015) condotto in Malesia si evince che la strategia del **telemonitoraggio** riduce per più di $\frac{3}{4}$ gli episodi ipoglicemici e i sintomi autoriferiti rispetto alla sola educazione. Per strutturare l'educazione terapeutica pre-Ramadan, un *consensus* di medici del Pakistan (Jawad et al., 2015) ha proposto il modello delle 5 R, che consiste in:

1. *Respect*: rispettare la scelta della persona che sceglie di digiunare.
2. *Risk stratification*: stratificare i diabetici a seconda del rischio di manifestare complicanze in corso di digiuno. I diabetici di tipo 1, i diabetici con HbA1c pari a 8-10.0 %, in terapia con insulina o sulfoniluree o con patologie concomitanti, appartengono a una classe di rischio alto e a costoro si deve raccomandare di non digiunare. Appartengono invece a una classe di rischio moderato e basso i pazienti diabetici di tipo 2 e con emoglobina glicata inferiore a 8. Costoro possono scegliere di digiunare e un'educazione personalizzata diventa fondamentale. (Ibrahim et al., 2015).
3. *Regular follow up*.
4. *Reappraisal of Strategy*: durante il counseling devono essere fornite indicazioni in merito a 4 macroaree: alimentazione, attività fisica, autocontrollo e gestione delle complicanze.
5. *Revision of Therapy* in collaborazione con il medico.

Il tutto andrebbe avviato almeno 1 mese prima dell'inizio del Ramadan, seguito da 3 incontri settimanali individuali o di gruppo.

Dal momento che il Ramadan rappresenta un momento comunitario e di forte coesione familiare, risulta essenziale l'educazione rivolta anche al nucleo dei congiunti, al fine di sostenere la persona nel rispettare il regime dietetico.

In merito all'**alimentazione**, dalla revisione della letteratura si evincono le seguenti indicazioni di massima: all'interruzione del digiuno, si raccomanda di non eccedere nell'assunzione degli alimenti, piuttosto suddividere l'introito tradizionalmente consumato solo in questo momento in tre pasti notturni, al fine di evitare picchi iperglicemici postprandiali. In generale sono da evitare cibi fritti e dolci tipicamente a base di miele (es. *chebbakia*) (Fatati et al., 2015). Prima dell'alba, deve essere effettuato il pasto *suhur* che non deve limitarsi a una semplice colazione, ma deve comprendere alimenti ad alto contenuto di fibre e carboidrati complessi (Ibrahim et al., 2015). La dieta macrobiotica Ma-Pi 2, ideata da Pianesi, dovrebbe essere considerata come indicazione ideale (Ibrahim et al., 2015). Il primo RCT che ha confrontato tale dieta con una standard raccomandata per i pazienti diabetici di tipo 2 ha mostrato un significativo miglioramento nel gruppo di partecipanti sottoposti alla dieta Ma-Pi 2 rispetto al gruppo di controllo, in merito ai valori di glicemia postprandiale, HbA1c, colesterolo totale, LDL, peso corporeo e resistenza all'insulina (Soare et al., 2014).

Inoltre, si raccomanda di non assumere durante la notte troppo tè e caffè, dal momento che contribuiscono al manifestarsi della disidratazione a causa del loro effetto diuretico, introducendo piuttosto almeno 3 lt. di acqua naturale (Fatati et al., 2015).

In merito all'**attività fisica**, si raccomanda un programma altamente personalizzato che consideri le preghiere notturne *Tarawih* come parte integrante dell'attività giornaliera (consistono in una serie di movimenti che durano 2 ore e dunque richiedono un dispendio energetico) (Ibrahim et al., 2015).

Uno studio clinico controllato non randomizzato (che ha incluso 90 diabetici di tipo 2 in terapia insulinica) ha riportato che l'esercizio effettuato dopo il pasto *iftar* riduce lo stress ossidativo, diminuisce l'ampiezza media delle escursioni glicemiche e delle escursioni glicemiche post prandiali (Abir et al., 2013).

In merito all'**automonitoraggio glicemico**, di fondamentale importanza, si deve riferire che non invalida il digiuno, sebbene uno studio osservazionale retrospettivo (Masood et al., 2014) avesse evidenziato che su 860 persone il 67% credeva che pungere la cute invalidasse il digiuno e il 77% non avesse mai effettuato l'automonitoraggio durante il Ramadan. In letteratura è indicato effettuare l'automonitoraggio glicemico 4-5 volte al giorno nei diabetici di tipo 1, 2-3 ore prima dell'*iftar* (alto rischio d'ipoglicemia); prima di andare a letto (alto rischio d'iperglicemia post-prandiale) e prima del pasto *suhur* per titolare la terapia ipoglicemizzante della giornata seguente (Fatati et al., 2015; Abdul et al., 2014). Infine durante il counseling il paziente dev'essere educato in merito al riconoscimento e alla gestione delle complicanze: ipoglicemia, iperglicemia e disidratazione (Fatati et al., 2015; Ibrahim et al., 2015).

Affinché l'educazione terapeutica sia efficace, è essenziale la collaborazione con il medico nel prescrivere la terapia in modo congruo e personalizzato rispetto all'alimentazione e all'attività fisica.

Per le insuline premiscelate si raccomanda di prediligere la combinazione mix 50/50 all'*iftar* e mix 30/70 al *suhur*. Il dosaggio degli insulino sensibilizzanti e delle incretine non va modificato: si suggerisce di frazionare il dosaggio giornaliero pre-Ramadan della metformina per i 2/3 all'*iftar* e la dose restante al *suhur*. Il dosaggio della sulfoniluree a breve emivita va ridotto (da assumere all'*iftar*), quelle a lunga emivita vanno sostituite (Fatati et al., 2015; Visalli et al., 2015; Ibrahim et al., 2015). Da due metanalisi, (Gray et al., 2015; Mbanya et al., 2015) si evince che gli inibitori DPP-4 (Di-Peptidil-Peptidasi IV) comportano un minor numero di eventi ipoglicemici rispetto alle sulfoniluree e il loro impiego è maggiormente efficace e sicuro durante il Ramadan.

Conclusioni

Condizioni sociali disagiate, mancanza di un'adeguata assistenza sanitaria, scarsità di dati e linee guida dedicate alle persone diabetiche rappresentano i fattori di rischio più importanti per una serie di potenziali complicanze che possono manifestarsi in corso di digiuno durante il Ramadan. A tal fine, risultano necessari ulteriori studi, a lungo termine, per confrontare differenti tipologie di percorsi educativi e per conoscere meglio il contesto nazionale in merito alla percentuale di persone musulmane che, nonostante la presenza di una malattia cronica, digiunano.

Nell'ottica di un approccio sistemico e integrato di gestione della malattia, la persona musulmana deve poter ricevere, da un'equipe multi professionale, un'educazione terapeutica strutturata e specificatamente indirizzata al Ramadan; risulta quindi utile la sensibilizzazione e la formazione dei professionisti sull'infermieristica interculturale, seguita dall'attuazione di programmi per sostenere le persone diabetiche praticanti a mantenere il compenso glicemico in questo periodo.

Un ulteriore sviluppo di questa ricerca potrebbe riguardare l'attuazione di un progetto di educazione terapeutica, in collaborazione con gli Imam della comunità islamica.

BIBLIOGRAFIA

- Abdul HZ, Sanjay K, Jamal A et al. (2014). *Ramadan & Diabetes Care*. 1th Ed. Jaypee Brothers Medical Publishers: New Delhi.

- Abir Z, Inas Sabry AE (2013). *Ramadan-like fasting reduces carbonyl stress and improves glycemic control in insulin treated type 2 diabetes mellitus patients*. Life Science J.;10(2):384-390.
- Babineaux SM, Toaima D, Boye KS et al. (2015). *Treatment Multi-country retrospective observational study of the management and outcomes of patients with Type 2 diabetes during Ramadan in 2010 (CREED)*. Diabetic Medicine; 32: 819 – 828.
- Faris MA, Kacimi S, Al-Kurd RA et al. (2012). *Intermittent fasting during Ramadan attenuates proinflammatory cytokines and immune cells in healthy subjects*. Nutr Res;32:947 - 955.
- Fatati G, Casucci S, Cipolloni L et al. (2015). *Diabete e Ramadan: una realtà da gestire*. Attualità in dietetica e nutrizione; 7: 9-16.
- Gray LJ, Dales J, Brady EM et al. (2015). *Safety and effectiveness of non-insulin glucose-lowering agents in the treatment of people with type 2 diabetes who observe Ramadan: a systematic review and meta-analysis*. Diabetes Obes Metab.; 17(7):639-648.
- Groppi M. *Dossier sulla comunità islamica italiana: indice di radicalizzazione*. Ministero della difesa: CeMiSS. (Internet) (Pubblicato: 16 febbraio 2015; consultato: agosto 2015). Disponibile all'indirizzo: http://www.difesa.it/SMD/_CASD/IM/CeMiSS/Documents/collab_cont/dossierislamita.pdf.
- Hossain K, Zehra T (2015). *Diabetes and diet in Ramadan*. J Pak Med Assoc.; 65 (5 Suppl 1): S72- 75.
- Ibrahim M, Abu Al Magd M, Annabi F et al. (2015). *Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2015*. BMJ Open Diabetes Research and Care; 3: e000108.
- Ibrahim WH, Habib HM, Jarrar AH et al. (2008). *Effect of Ramadan fasting on markers of oxidative stress and serum biochemical markers of cellular damage in healthy subjects*. Ann Nutr Metab.;53:175- 181.
- Istat. *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2015*. (Internet) (Consultato: agosto 2015). Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/strasa2015/index.html>.
- Jawad F, Kalra S (2015). *Ramadan and diabetes management - The 5 R's*. J Pak Med Assoc.; 65 (5 Suppl 1):S79-80.
- Latifynia A, Vojgani M, Gharagozlou MJ et al. (2009). *Neutrophil function (innate immunity) during Ramadan*. J Ayub Med Coll Abbottabad.; 21:111 - 115.
- Lee JY, Lee SWH, Nasir NH et al. (2015). *Diabetes telemonitoring reduces the risk of hypoglycaemia during Ramadan: a pilot randomized controlled study*. Diabetic Medicine; DOI: 10.1111.
- Masood SN, Sheikh MA, Masood Y et al. (2014). *Beliefs of People With Diabetes About Skin Prick During Ramadan Fasting*. Diabetes Care; 37: e68– e69.
- Mbanya JC, Al-Sifri S, Abdel-Rahim A et al. (2015). *Incidence of hypoglycemia in patients with type 2 diabetes treated with gliclazide versus DPP-4 inhibitors during Ramadan: A meta-analytical approach*. Diabetes Res Clin Pract.; 109(2):226-232.
- McEwen LN, Ibrahim M, Ali NM et al. (2015). *Impact of an individualized type 2 diabetes education program on clinical outcomes during Ramadan*. BMJ Open Diabetes Research and Care; 3:e000111.
- Salti I, Benard E, Detournay B et al. (2004). *A Population Based Study of Diabetes and Its Characteristics During the Fasting Month of Ramadan in 13 Countries. Results of the Epidemiology of Diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study*. Diabetes Care; 27 n.10: 2306 – 2311.
- Slim I, Ach K, Chaieb L (2015). *Lipid management in Ramadan*. J Pak Med Assoc; 65 (5 Suppl 1): S57- 61.
- Soare A, Khazrai Y, Del Toro R et al. (2014). *The effect of the macrobiotic Ma-Pi 2 diet vs. the recommended diet in the management of type 2 diabetes: the randomized controlled MADIAB trial*. Nutrition & Metabolism, 11:39. Disponibile all'indirizzo: https://osservatorioarno.cineca.org/diabete/doc/Rapporto_ARNO_Diabete_2011.pdf.
- Visalli N, Ciotola M, Lai A et al. (2015). *La persona con diabete incontra il digiuno nel Ramadan: approccio a una terapia personalizzata nell'ottica multiculturale*. G. It. Diabetol. Metab.; 35:136-143.

SCAFFALE

Valutazione infermieristica della persona assistita, approccio integrato

Giovanna Artioli, Patrizia Copelli, Chiara Foà, Rachele La Sala
Poletti Editore, 2016
pagine 392, euro 50,00



Il nuovo testo sulla valutazione infermieristica offre uno strumento pratico, di agevole consultazione e completo su uno degli aspetti più importanti e delicati del processo infermieristico.

Un buon accertamento iniziale è fondamentale per riconoscere i bisogni dell'assistito, nonché i suoi valori, le sue preferenze e le sue peculiari caratteristiche e per far sì che la presa in carico tenga conto della unità e unicità della persona umana. Il volume si basa su un approccio olistico e multidimensionale che vede la persona come un'unità somatopsichica costituita da una pluralità di aspetti: biologici, fisiologici, psicologici, socioculturali, valoriali e spirituali.

Uno dei pregi del testo è che tale visione non è solo dichiarata come quadro concettuale di riferimento, ma è anche una guida concreta alla scelta dei metodi usati per l'accertamento di ogni singolo bisogno assistenziale. Il testo affronta l'accertamento in modo innovativo, con un approccio integrato, avvalendosi dell'utilizzo sia di scale quantitative che di metodologie qualitative derivanti dalle scienze umane. Quest'ultime, con la finalità di dare voce alla malattia, comprendono metodi quali il colloquio semistrutturato, l'agenda del paziente e il colloquio narrativo.

Il lettore può così orientarsi all'analisi dei bisogni assistenziali in un modo oggettivo e rigoroso e, al contempo, soggettivo e personalizzato, in linea con gli approcci assistenziali standardizzati e personalizzati. La diffusione di modalità di valutazione standardizzate può facilitare confronti, sia a livello interno (per es. valutazione del rischio di lesioni da pressione nelle diverse unità operative di una struttura ospedaliera), sia esterno, facilitando la ricerca o il benchmarking.

L'accertamento è sempre descritto utilizzando metodi multi-disciplinari che si rispecchiano nella composizione multi-professionale dei team di autori che hanno curato ogni capitolo.

Altro pregio importante e innovativo del testo è la presentazione delle scale di misura più usate e validate a livello internazionale e nazionale, con relative indicazioni sull'ambito di utilizzo più appropriato (vedi ad esempio popolazioni o condizioni cliniche), suffragate dalla letteratura scientifica di riferimento più aggiornata, presentata alla fine di ogni capitolo.

Il testo presenta anche scale in lingua inglese di recente validazione di cui non esiste ancora la versione italiana, offrendo così uno stimolo a studi che ne permettano la traduzione e la validazione italiana.

Il testo è stato ampliato rispetto al precedente Assessment infermieristico e include ben 23 capitoli che ricoprono, oltre ai bisogni assistenziali di base, ambiti importanti e non facili da esplorare quali Adattamento allo stress, resilienza e strategie di coping, Aderenza terapeutica e self-empowerment, Autostima e autoefficacia, Cura di sé e Qualità di vita.

Il testo è consigliato per gli studenti del corso di Laurea triennale che iniziano a fondare le loro competenze valutative e per tutti gli infermieri che hanno a cuore l'aggiornamento continuo nelle diverse aree cliniche.

Michela Piredda

Ricercatore presso l'Unità di Ricerca in Scienze Infermieristiche dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, PhD, RN

SCAFFALE

Complessità assistenziale: un metodo per orientarsi

Giuseppe Marmo, Monica Molinar Min, Aldo Montanaro, Paola Rossetto
Maggioli editore
pagine 160, euro 19,00



Il termine complessità è usato frequentemente nell'ambito sanitario per descrivere fenomeni in ambito organizzativo e in ambito assistenziale.

La necessità di tracciare i processi e di saperli misurare, declinare in maniera oggettiva la complessità della persona assistita grazie alla pianificazione assistenziale e determinare la quali quantità di risorse professionali necessarie per erogare cure pertinenti efficaci ed efficienti è la sfida attuale dei professionisti sanitari.

Spiegare nel modo più comprensibile possibile i principi della complessità ed evidenziare come essi possono essere declinati nell'assistenza infermieristica è la proposta che il libro presenta al lettore, il quale avrà anche modo di confrontarsi con un metodo per "leggere" la complessità delle persone assistite: il MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante).

Questo testo propone un metodo che permette una riflessione scientifica per classificare le condizioni delle persone assistite, per misurare i carichi di lavoro e per determinare di conseguenza il numero di operatori necessari all'interno delle organizzazioni sanitarie.

SCAFFALE

Innovazione e governance delle professioni sanitarie. Scenari di sviluppo per una sanità a misura d'uomo

Bruno Cavaliere, Edoardo Manzoni, Franco Piu
Casa editrice Ambrosiana
pagine 240, euro 28,50



La crescente richiesta d'innovazione nel campo sanitario obbliga i professionisti della salute a un costante aggiornamento delle conoscenze relative ai modelli organizzativi, ai ruoli e agli strumenti operativi.

La necessità di pianificare, di determinare il carico di lavoro e il fabbisogno di personale, di monitorare la spesa non sono di certo temi nuovi. È innovativo il punto di vista che affronta queste tematiche con un approccio in grado di intraprendere nuove vie d'innovazione per le professioni sanitarie e di grande utilità per tutto il processo organizzativo della salute. L'impiego di questi strumenti è in grado di garantire condizioni fondamentali e irrinunciabili per determinare un efficace impatto sull'agire quotidiano.

Oggi più che mai c'è bisogno di "appropriatezza" delle cure, di "sicurezza" per gli assistiti e per i professionisti, di fornire strumenti dinamici, semplici e contestualizzabili e in grado di fornire elementi specifici e non più generici. L'organizzazione "lineare" non può più essere applicata, abbiamo bisogno di organizzazioni fondate sui processi e sui bisogni degli assistiti, sicuri ed efficaci.

Questo testo vuole essere uno strumento utile, una cassetta degli attrezzi, per direttori, dirigenti, coordinatori, professionisti che quotidianamente si relazionano con le organizzazioni e gli assistiti, cercando di fornire una risposta ai dubbi sul perché è necessaria la governance, su che cosa è la governance e su quali sono i settori professionali entro i quali la governance si declina.

L'opera presenta i maggiori temi attualmente in discussione e indica alcune possibili soluzioni realizzabili attraverso metodologie e strumenti che si sono dimostrati applicabili nel contesto italiano, con la consapevolezza che il futuro della professione sarà prevalentemente fuori dagli ospedali e che i temi della fragilità, non autosufficienza e cronicità (in una parola, comunità) sono le vere sfide che debbono far pensare alla governance.

SCAFFALE

La ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute

Loredana Sasso, Annamaria Bagasco, Luca Ghirotto
Casa editrice Edra, 2015
pagine 180, euro 19,00



La ricerca qualitativa in ambito sanitario è uno strumento essenziale per la comprensione e la valutazione dei fenomeni complessi che emergono quando il paziente e il suo vissuto vengono messi al centro della prassi assistenziale. Nel volume sono presentati gli strumenti e i parametri per l'applicazione rigorosa e completa dei metodi a disposizione del ricercatore per arrivare a risultati evidence based; i diversi metodi vengono illustrati con esempi e protocolli ponendo l'accento sulla necessità di un confronto e una sinergia tra i diversi approcci. L'area infermieristica è, nel panorama internazionale, quella in cui la ricerca qualitativa si sta dimostrando più utile alla messa a punto di un nuovo approccio teorico, in grado di promuovere l'umanizzazione delle cure e dei saperi scientifici.

SCAFFALE

Alzheimer. Come favorire la comunicazione nella vita quotidiana

Pietro Vigorelli
 Franco Angeli/Self-help, 2015
 pagine 144, euro 18,00



La malattia di Alzheimer lascia tutti senza parole: le persone che ne sono colpite innanzitutto, le persone che vogliono loro bene, che con loro hanno condiviso tanti pezzi di vita e che nella quotidianità le accompagnano in un lento e inesorabile declino, gli operatori che se ne prendono cura.

E' possibile anche solo immaginare di comunicare con chi soffre di questa malattia? Comunicare anche quando sembrerebbe ormai impossibile? Come e con quali contenuti?

Il libro che propone questa volta Pietro Vigorelli, esperto da tempo di questo tema e promotore del Gruppo Anchise, associazione per la ricerca, la formazione e la cura degli anziani in particolare con demenza, aiuta tutti a trovare una comunicazione "significativa" (pag.17), nonostante tutto.

Probabilmente innanzitutto dobbiamo partire, come è saggiamente proposto nella prefazione al testo, dalle nostre

difficoltà rispetto alla malattia e alle persone che ne sono affette.

Come fare i conti con il timore dell'avanzamento della sintomatologia, con il fantasma che questa possa rappresentare una realtà che coinvolga in futuro anche altri familiari, come gestire la lontananza che si percepisce ogni giorno di più? Se questi sono i possibili pensieri che possono avere familiari e operatori, ognuno rispetto al proprio ambito di contatto che ha con la persona malata, ci si può anche provare a chiedere quale può essere il vissuto di coloro che in prima persona sentono che mano mano vengono loro a mancare parti di storia personale, strumenti per rimanere in relazione con l'altro e abilità di vita quotidiana.

Ecco, proprio partendo da questi quesiti e dall'analisi che ne scaturisce, si può riflettere sul fatto che il mantenere una comunicazione possibile, non rappresenti solo un valore etico in sé, ma anche il modo del prendersi cura: "*nessun intervento tecnico ha successo se non è accompagnato da un rapporto intenso*" (pag. 18).

Pietro Vigorelli, partendo dal modello di riferimento dell'*Approccio capacitante*, che è un modo di rimanere in relazione con gli anziani che soffrono di questi disturbi, basato sull'attenzione al momento presente, il *qui e ora*, e che cerca di fare emergere la parte sana che è ancora in loro al di là di ciò che la malattia ruba loro ogni giorno di più, ci invita a riconoscere le capacità della persona per quelle che sono.

A tal fine, nei primi capitoli vengono esposti gli effetti della malattia su funzioni che consideriamo i fondamenti della vita di relazione, il parlare e il fare (cap. 1), così come sono, così come si riesce a esprimerle.

Vengono illustrate le solide basi teoriche che sottendono e ispirano questo modello, che fanno riferimento alle funzioni comunicative, ma anche a come il contesto influisca sulle stesse.

Seguono poi capitoli che partendo dalla comunicazione della diagnosi (ebbene sì, si può fare anche con un paziente con questi problemi) e dall'importanza della consapevolezza e dell'instaurare un'alleanza terapeutica con la persona malata e i suoi familiari, primo passo per intravedere le possibili direzioni resilienti, passano poi ad un susseguirsi di esempi di vita vissuta e di conversazioni in cui è evidente il tentativo di valorizzare le competenze comunicative ancora presenti. Una comunicazione che poggia sulla verbalizzazione a cui siamo in genere orientati, ma anche sottolineando la funzione essenziale della comunicazione non verbale, del saper attendere o anche della semplice condivisione dei momenti di vita, insomma dell'"esserci".

Tutti gli ultimi capitoli vanno in questa direzione e possono rappresentare preziosi spunti di riflessione e riorientamento del proprio agire quotidiano con le persone affette da Alzheimer.

Ogni capitolo ha una piccola ma preziosa sezione finale "da ricordare", che aiuta a navigare tra i diversi contenuti proposti, specie per i capitoli un po' più teorici.

A chi può essere utile un libro di questo tipo? Sicuramente agli operatori che abitualmente si prendono cura degli anziani con queste fragilità, ma anche coloro che operano in altri contesti (ad esempio ospedali, ambulatori o pronto soccorso) per meglio capire e interpretare i comportamenti che osservano e prevenire ove possibile situazioni che possano dar luogo ad un peggioramento della sintomatologia (per es. disorientamento). In tal senso, l'esempio semplicissimo del far indossare la manica del pigiama all'anziano smemorato e disorientato, come lo definisce Vigorelli, è illuminante (pag. 27). E' sottolineata la differenza tra il lasciare l'anziano passivo (l'operatore decide da quale braccio cominciare ad infilare il pigiama), o dargli una possibile opportunità di scelta, attendendo la comparsa di un comportamento attivo nello scegliere da quale braccio cominciare. E' illuminante perché ci aiuta a comprendere come anche negli atti più banali del vivere quotidiano, si possa fare la differenza. Ecco perché questo testo in qualche modo attraversa tutti coloro che a vario titolo hanno a che fare con questi pazienti.

In tal senso questa può essere una lettura utile, eventualmente di parti selezionate, anche per gli studenti medici e infermieri che sicuramente avranno modo nella loro vita professionale di confrontarsi su queste problematiche.

E' un testo che racconta il punto di vista dei pazienti e questo è importante e apre a sguardi che potrebbero apparire inimmaginabili. D'altro canto il libro, nel suo percorso di partire dall'esperienza, il vissuto o il racconto dei pazienti o dei loro familiari, per andare verso le teorie che guidano nella comprensione delle dinamiche e delle possibili vie di uscita alternative, per tornare poi ad esperienze nuove e ai tanti esempi di comunicazione possibile, può rappresentare una lettura non agilissima per chi non è esperto del settore (i familiari ad esempio o gli operatori di supporto). Questi, non foss'altro per l'importanza del ruolo che svolgono, e per aiutare se stessi nell'affrontare ogni giorno le sfide che la malattia presenta, i familiari o chi condivide i luoghi e i tempi di vita delle persone affette da Alzheimer potranno comunque apprezzarne sicuramente le sezioni più pratiche che il testo propone.

A cura della Redazione

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