

# L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

**ONLINE**

Anno LX



ISSN 2038-0712

**NOVEMBRE-DICEMBRE  
2016**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

## INDICE

## ● EDITORIALE

**Federazione Ipasvi: il programma per il 2017**

*di Barbara Mangiacavalli*

## ● INFERMIERE &amp; LAVORO

**Contratti, guida all'uso. Le basi verso la trattativa**

*di Saverio Proia*

## ● SCIENZE INFERMIERISTICHE

**Revisione sistematica di revisioni sistematiche sull'efficacia dell'automonitoraggio del glucosio ematico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica**

*di Viviana Fusetti, Denise Carlotti, Luca Giuseppe Re*

**Efficacia del bagno con clorexidina gluconato al 2% nella prevenzione delle batteriemie associate a catetere intravascolare in terapia intensiva: una revisione sistematica**

*di Marina Palombi, Lucia Mauro, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese*

## ● CONTRIBUTI

**Il suicidio nelle persone con disturbi psichici, le scale di valutazione uno strumento di prevenzione**

*di Vincenzo Raucci, Emma Poletti*

**Il Transition of Care, l'infermiere e la continuità delle cure**

*di Diamante Iavarone*

## ● ESPERIENZE

**L'efficacia del Chest Pain Score nell'identificazione al triage del dolore toracico di origine cardiaca**

*di Monica Campana*

**La documentazione infermieristica dei Centri di Endoscopia: progetto pilota**

*di Pierangelo Simonelli, Jennifer Fiorini, Elena Rossetti, Giorgio Iori, Monica Ribola, Giorgia Zamboni*

**L'efficacia dell'ascolto della musica nei pazienti con demenza**

*di Andrea Giannini, Francesca Vacchina, Lorenzo Cecconi*

**La professione infermieristica nel territorio: un'indagine sul punto di vista degli utenti**

*di Carmine Ferone, Berardo Parisi, Filippo Quarta, Enrico De Dominicis, Andrea Cammarano, Rosaria Alvaro*

**L'infermiere e il rischio suicidario: le emozioni dell'infermiere**

*di Paola Mossa, Luigi Ferrannini, Silvia Romano*

**Mappatura delle competenze avanzate ed esperte degli infermieri iscritti al collegio IPASVI di Cuneo**

*di Melania Cavallo, Cristina Delfino, Martina Peano, Margherita Rivetti, Laura Barbotto*

## ● SCAFFALE

**Lacrime di sale**

**Io sono con te. Storia di Brigitte**



EDITORIALE

## Federazione Ipasvi: il programma per il 2017

di *Barbara Mangiacavalli*

*Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi*

Nel corso degli ultimi decenni il sistema sanitario italiano, di cui il Ssn è una componente fondamentale, è stato attraversato da alcune dinamiche che lo stanno trasformando profondamente e che ne riconfigureranno strutture e modalità di funzionamento.

Conoscere ed interpretare le trasformazioni strutturali dello scenario è fondamentale, in quanto l'ambiente di riferimento rappresenta il "terreno di gioco" per le strategie di sviluppo della professione infermieristica e del suo posizionamento.

Per arrivare a definire un orizzonte per lo sviluppo della professione infermieristica occorre da un lato soffermarsi a valutare la strada fin qui percorsa, dall'altro interrogarsi sull'opportunità di rafforzare i percorsi, crearne di nuovi e strutturare modalità e strumenti per il raggiungimento di obiettivi strategici.

Una serie di "dati di realtà", diffusi in tutto il territorio nazionale e validati da osservatori internazionali, testimoniano con chiarezza la progressiva accelerazione di alcune spinte intrinseche e di taluni processi di sistema con cui tutte le professioni sanitarie devono "fare i conti".

Oggi si deve rispondere a una domanda di salute in cambiamento (cronicità e territorialità), ai nuovi paradigmi culturali e organizzativi (la trasformazione delle UU.OO. e le *operations*), si deve promuovere l'attenzione ad aspetti qualitativi nei processi di erogazione dei servizi/assistenza lontani dalla cultura medica e migliorare la sostenibilità del Ssn e del sistema sociosanitario in genere, offrendo opportunità e prospettive di carriera al mondo delle professioni.

Il rapporto Oasi 2016 del Cergas Bocconi segnala un indebolimento della dominanza medica, in parte ascrivibile a dinamiche di carattere generale che attengono al mondo delle professioni nel loro insieme o alle trasformazioni interne alla stessa professione medica, ma per una parte rilevante indotta dall'ascesa in termini di status e di potere della professione infermieristica. Secondo Oasi 2016 la domanda di riconoscimento e legittimazione del proprio ruolo espressa dagli infermieri, non solo inizia a trovare sempre più ampio accoglimento, ma si esprime spesso proprio sul terreno organizzativo, attraverso la costituzione di unità di matrice infermieristica o la definizione di responsabilità multidisciplinari.

In Italia rispetto agli altri principali Paesi europei, il numero di medici è inferiore solo alla Germania dove medici e infermieri sono più numerosi rispetto alla media europea. All'opposto c'è la Spagna, dove il numero di medici e infermieri per 1.000 abitanti è inferiore agli altri Stati.

In Francia e nel Regno Unito un numero minore di medici rispetto all'Italia è compensato da un maggior numero di infermieri, segnalando un approccio differente alle cure.

Per questo a luglio 2016 la Federazione, nell'ambito del Progetto *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*, ha proposto, per determinare il fabbisogno delle principali professioni nei prossimi anni, tre scenari con un incremento del numero degli infermieri. L'obiettivo è posizionarsi nel tempo breve su un incremento di 60mila unità per raggiungere nel tempo medio le 90mila, tenendo presente che l'urgenza reale sarebbe di circa 47mila unità, sia considerando le necessità del territorio e del nuovo modello di Ssn che si sta via via disegnando, sia per far fronte alla richiesta legata all'orario di lavoro secondo le norme europee.

Si tratta di una situazione difficilmente ripetibile, in costante evoluzione, che richiede un sostanziale riposizionamento delle professioni sanitarie, anche di quelle storicamente più consolidate (i medici).

In questo contesto, le azioni delle forze presenti sul campo si influenzano reciprocamente, determinando un necessario riposizionamento degli attori, secondo il principio della rimodulazione degli equilibri di potere e di influenza.

Il nuovo professionalismo, secondo Willem Tousijn si basa sul cambiamento di quattro elementi nelle pratiche lavorative:

1. Nuovo rapporto con il paziente: più coinvolgimento e più partecipazione
2. Nuovi rapporti inter-professionali: indebolimento delle "giurisdizioni professionali", ruoli più flessibili, confini più permeabili, crescita degli altri professionisti, lavoro in equipe
3. Auto-regolazione collettiva e *accountability*: linee-guida (EBP), lavoro di gruppo, partecipazione dei laici
4. Assunzione di funzioni manageriali: progettazione, pianificazione, linee-guida e protocolli, monitoraggio, valutazione, formazione. I ruoli ibridi.

L'elemento tradizionale che permane è la competenza tecnica specialistica, fondato su un corpus di conoscenze scientifiche.

Lasciando aperti e "non presidiati", per molto tempo, gli spazi progettuali, politici e di sviluppo, si corre il rischio di renderli maggiormente appetibili per altri, spesso caratterizzati da un maggiore "senso di appartenenza e di status professionale".

La necessità di consolidare e rendere più esplicite le scelte strategiche della professione risulta condizionata dall'insieme delle azioni e delle posizioni che altre professioni stanno assumendo; a questo scopo occorre tenere presente che in un contesto in rapido cambiamento, che alimenta possibili minacce per il potere storicamente consolidato di alcune professioni, le pressioni competitive si fanno più intense e anche le "finestre di opportunità" possono chiudersi o mutare rapidamente.

A fronte di questa accelerazione gli infermieri si trovano in una posizione di "relativo privilegio", avendo notevoli "carte da giocare" all'interno di questa finestra di opportunità; anche se il compito non è certamente facile.

In tale contesto, vanno prese in considerazione due questioni preliminari al fine di poter avere una chiave di lettura dei fenomeni il più completa possibile: 1) il sapere e la professione; 2) non c'è solo il Ssn.

Nella prima questione, un assunto implicito vede nell'infermiere il solo interprete autentico autorizzato alla applicazione del sapere infermieristico; ne deriva come *implicazione* che ogni aumento del fabbisogno di sapere infermieristico (ambiti e condizioni nelle quali il sapere può essere utilmente applicato) richiede *un aumento di infermieri*.

In questo senso la professione è chiamata a scegliere un proprio posizionamento (tanti o pochi infermieri a parità di fabbisogno di sapere infermieristico), le responsabilità prevalenti (non esclusive) vengono meglio distinte tra chi deve consolidare, allargare, presidiare il sapere (Comunità scientifica/Accademica), chi deve difendere, sviluppare e valorizzare la professione (Collegi) e chi deve rappresentare i professionisti e i loro punti di vista nei contesti organizzati (sindacati).

Per la seconda questione, come ormai noto e dichiarato da più studi nazionali e internazionali, il terreno degli infermieri non è solo quello delle organizzazioni del Ssn, ma anche quello delle organizzazioni private che operano per il SSN e in regime di mercato, senza dimenticare che una parte, in crescita, dell'offerta pubblica è rivolta al mercato.

Gli scenari possibili sono quattro.

C'è quello tradizionale preso a riferimento dalla professione: in questo circuito le dinamiche prevalenti sono politico/istituzionali, si possono "imporre" disegni e soluzioni dall'alto, la tendenza è quella di una diminuzione del suo peso quantitativo per gli infermieri (esternalizzazione del lavoro infermieristico e aumento del finanziamento privato).

In un circuito differenziato invece coesistono dinamiche alimentate dalla compressione dei budget delle strutture "convenzionate": spinta al "demansionamento" per evitare chiusure (centro sud, strutture piccole); valorizzazione infermieri in soluzioni innovative che dimostrano di funzionare (es. H per intensità e complessità); più intensa spinta sostituzione alla Infermieri/Oss.

Il terzo scenario può essere definito dell'innovazione ed è probabilmente il vero mercato di sbocco per gli infermieri in due prospettive: la domanda di integrazione delle famiglie per cronicità e non autosufficienza (infermieri che ricuciono e integrano) e ambulatori infermieristici; non bisogna poi dimenticare le opportunità offerte da assicurazioni e fondi (circa 4 miliardi).

Infine c'è il circuito "libero". Oggi è il terreno della libera professione, ma sta diventando sempre più "attività delle aziende sul mercato" e si tratta di valutare quali opportunità esistono in questa trasformazione per gli infermieri.

In questo scenario le direttrici di lavoro sono quattro.

**ESERCITARE AL MASSIMO DELLE POTENZIALITÀ**

la tensione verso l'allargamento del perimetro per la professione deve essere accompagnata da una pratica che "saturi" effettivamente le potenzialità già presenti nel perimetro stesso.

### ESERCITARE IN SICUREZZA E BENESSERE

le condizioni istituzionali, organizzative e operative nelle quali la professione opera devono essere tali da garantire serenità e sicurezza per i professionisti e i pazienti.

### ESERCITARE IN UNA PARTNERSHIP EFFETTIVA CON LE ALTRE PROFESSIONI

la collaborazione multiprofessionale attorno ai bisogni dei pazienti e delle collettività rappresenta un orizzonte obbligato per la sanità, legittimazione, rispetto e riconoscimento reciproco sono la base di tutte le collaborazioni.

### ESERCITARE ORIENTATI AL FUTURO

nell'affrontare i problemi dell'oggi bisogna guardare allo scenario futuro a partire da una visione di come potrebbe evolvere la professione nei prossimi decenni, come far convivere una professione "spinta da passato" con una professione "tirata dal futuro".

Per ottenere questi risultati nel 2017 ci siamo dati dodici obiettivi:

1. Riempire il perimetro proprio della professione
2. Presidiare il riconoscimento delle competenze specialistiche
3. Consolidare, presidiare ed allargare il sapere infermieristico
4. Migliorare lo *skill mix* a favore di un progressivo *task shifting*
5. Ripristinare livelli organizzativi sicuri per pazienti ed operatori
6. Iniziare il percorso per definire *standard* professionali
7. Iniziare il percorso per definire esiti ed *outcome* infermieristici
8. Favorire il confronto e rendere possibile l'integrazione con le altre professioni
9. Sviluppare la leadership clinica degli infermieri
10. Proporre agenda setting su questioni centrali come gli organici e la formazione in base a scenari di medio periodo e capace di scovare nel presente i semi del futuro e di coltivarli
11. Qualificare lo status ed il ruolo degli infermieri ed accrescere la loro capacità progettuale
12. Rafforzare il ruolo dell'ente ordinistico a livello provinciale, regionale e nazionale.

In questo senso stiamo mettendo in campo precise azioni che vanno dalla richiesta di attivazione di un tavolo di concertazione con le professioni sanitarie come previsto dal comma 566 a quella di incontri tra comitati centrali delle Federazioni, dalla definizione delle modalità di sviluppo e di presidio delle aree di confine per lo sviluppo delle competenze all'attivazione azioni di concerto con interlocutori che a vario titolo, sono coinvolti nei contesti organizzativi (rappresentanze sindacali, Fiaso, Federsanità-Anci, Confcooperative, Uneba, Aiop, Aris, Ispettorato del lavoro, ministero del Lavoro, ministero della Salute).

Intendiamo poi sviluppare programmi di presa in carico condivisi, attivando gruppi di lavoro e di progetto e attivando tavoli e gruppi di lavoro congiunti e così via in un preciso elenco di azioni e strumenti.

Gli obiettivi sono molti, ma uno deve essere ben chiaro: quello di sostenere e valorizzare l'infermieristica e le funzioni, i ruoli e le competenze dei professionisti infermieri e declinare con i Collegi provinciali i ruoli, le funzioni, le competenze infermieristiche e le correlate autonomie e responsabilità della nostra professione.

(Dalla Relazione programmatica 2017, presentata al Consiglio nazionale del 17 dicembre 2016)



INFERMIERE &amp; LAVORO contratti – normativa e giurisprudenza

## Contratti, guida all'uso. Le basi verso la trattativa

di Saverio Proia

*Inizia con questo articolo di Saverio Proia l'analisi del quadro dei prossimi rinnovi contrattuali che fornirà in collaborazione con il Centro studi della Federazione le informazioni e i dettagli prima, durante e dopo la trattativa.*

Come è noto, dopo il varo della legge di Bilancio, dovranno riaprirsi, dopo troppi anni di moratoria, le trattative per i rinnovi contrattuali nel pubblico impiego compreso quello relativo al personale del SSN che potrebbe essere il primo in quanto il Comitato di Settore Regioni e Sanità ha da tempo approvato gli Atti di indirizzo per le direttive all'ARAN per il rinnovo dei contratti collettivi nazionale del comparto sanità sia della dirigenza medica e sanitaria che di quello del personale dei livelli.

E' vero che gli Atti, hanno avuto, come è tradizione ahimè consolidata, sì alcune osservazioni da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze ma ad esse il Comitato di Settore ha dato esaurienti risposte e si sta attendendo il via; tuttavia le osservazioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze non attengono alle questioni rilevanti riguardanti gli aspetti salienti della nuova organizzazione del lavoro che, su proposta delle Regioni e con il consenso del Ministero della Salute, sono stati introdotti e che quindi possono essere considerati acquisiti.

Questi Atti presentano una novità discontinua ed originale in quanto in questa tornata contrattuale in quanto il Comitato di Settore ha in tali documenti nell'individuare le scelte strategiche ed avviando a soluzione alcune delle questioni più rilevanti riguardanti il personale sulle quali da tempo stavamo operando per risolverle.

### **Il rinnovo contrattuale funzionale e strumentale all'attuazione del Patto per la Salute**

La prima questione che abbiamo posto è che gli Atti di indirizzo dovessero contestualizzarsi all'interno dei processi in corso di riorganizzazione delle Aziende Sanitarie per effetto delle scelte contenute nel Patto per la Salute che introducono un'innovazione nell'assetto lavorativo e professionale che non ha precedenti per intensità e vastità nella storia del SSN né ha paralleli analoghi in altri comparti pubblici.

Per questa motivazione abbiamo proposto ed è stato accettato che si innovasse nelle relazioni sindacali promuovendo il massimo coinvolgimento del personale, anche attraverso le loro rappresentanze, in tutte le fasi di riorganizzazione delle aziende sanitarie facendoli partecipare alle scelte programmatiche ed alle conseguenti fasi di monitoraggio e verifica.

Abbiamo lanciato la sfida finalizzata a far sì che i rinnovi contrattuali siano funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel SSN, iniziando dall'attuazione delle scelte strategiche dal nuovo assetto per intensità di cure degli ospedali ma soprattutto alla valorizzazione dei servizi e presidi sanitari e sociosanitari territoriali 24 ore al giorno e 7 giorni la settimana, favorendo la partecipazione, la condivisione, la compartecipazione ed il protagonismo soggettivo e propositivo dei professionisti della salute e l'insieme degli operatori.

La funzione primaria per dar vita a questo grande processo di innovazione e di discontinuità con il passato ma anche con il presente non potrà che avere come uno dei principali strumenti attuativi anche gli atti di indirizzo per il rinnovo di contratti e convenzioni varati dal Comitato di Settore Regioni-Sanità.

Mi preme sottolineare come centralità del rinnovo contrattuale le seguenti questioni, che per la loro valenza costituirebbero l'architrave innovativo del rinnovo, le idee forza dello stesso.

### **Inquadrare economicamente e normativamente le ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione**

Risalta con forza la scelta adottata dal Comitato di Settore Regioni-Sanità di affrontare attraverso la via contrattuale, che è poi quella naturale e che non si è potuta intraprendere prima per la ricordata vigenza del blocco contrattuale, la questione aperta di come "inquadrare economicamente e normativamente le ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione" già attivate nelle Regioni nelle quali il sistema sanitario è più avanzato e per le quali vi è la necessità che abbiano una omogenea ed uniforme dimensione nazionale di sistemazione delle loro nuove competenze, da descrivere come un allegato al contratto anche per incentivare le altre Regioni ad adottarle.

Questa scelta va oltre il destino, che mi auguro che si definisca positivamente, dell'ipotesi di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, che, comunque, anche fosse o venisse approvato, sarebbe stato solo un atto propedeutico a questa scelta contrattuale; si potrebbe dire che sarebbe la carta per incartare il regalo, regalo che è stato, comunque, già consegnato; così come con la scelta adottata dall'Atto di indirizzo si chiude e si supera, anche e soprattutto, la vicenda del comma 566 della legge 190/14.

Questa decisione, infatti, del Comitato di Settore Regioni-Sanità non è stata osservata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, né ha avuto serie e fondate osservazioni da parte del sindacalismo medico, permette, con il rinnovo contrattuale, di passare direttamente e senza alcun altro momento propedeutico, alla fase attuativa delle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie.

Ritengo che la questione debba essere ormai considerata non solo risolta in quanto contenuta ed avviata in attuazione integrale nell'Atto di indirizzo che detta direttive all'Aran per i rinnovi contrattuali del personale del SSN, recentemente approvato dal Comitato di Settore Regioni-Sanità.

Certamente non vi sfuggirà che la questione delle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie fu indicata nel 2012 dal Ministro Fazio e dalle Regioni non solo per rendere, finalmente, esigibile le competenze delle professioni sanitarie per effetto della loro evoluzione ordinamentale e formativa, perlopiù non utilizzate appieno, ma anche per affrontare la questione della riduzione numerica della presenza attiva di medici nel SSN, facendo sì che il processo avviato nel 1994 con il varo dei nuovi profili, terzo comma dell'art. 6 del Dlgs 502/92 per effetto del quale alcuni adempimenti svolti dai medici posano esser compiuti anche da infermieri o altri professionisti sanitari, senza che venga meno la titolarità degli stessi da parte dei medici ma sollevandoli da tali adempimenti.

Mi preme ricordare che sinora la Magistratura civile e penale ha sempre sentenziato che in tali casi non vi è alcun reato di esercizio abusivo della professione medica essendo per effetto della vigente normativa gli infermieri formati ed abilitati a compiere tali adempimenti, l'ultima esemplare pronuncia positiva è di pochi giorni formulata dal Tar Lazio nei confronti del ricorso dell'OMCEO di Roma riguardante l'attivazione del See and Treat in una Casa della Salute dell'ASLRM2.

Non essendo possibile risolvere questa esigenza per via negoziabile, vigente la moratoria contrattuale, l'unica via praticabile fu individuata in un Accordo Stato-Regioni che uniformasse a livello nazionale le modalità attuative di tale processo di condivisione di tali adempimenti tra medici ed altri professionisti sanitari che già dall'iniziale esperienza toscana del See and Treat si stavano estendendo in altre Regioni.

Durante l'iter di approvazione di tali iniziale proposte di Atto per la professione infermieristica e per la professione di TSRM, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, interpretando l'art.22 del Patto della Salute che prevede l'emanazione di Dlgs per la valorizzazione delle professioni sanitarie, ritenne che sarebbe stato necessario una norma primaria per dar corso all'Atto.

Tuttavia il protrarsi dei tempi di attuazione dell'art.22, ancora non definito, il Ministero della Salute propose e Governo e Parlamento convennero, di stralciare la questione anticipandola nella legge di stabilità del 2015, con il mitico comma 566.

Proprio perché esisteva, ormai, tale norma primaria il Ministero dell'Economia e delle Finanze non ebbe da eccepire sulla scelta adottata dal Comitato di Settore Regioni-Sanità di dar corso attraverso la via contrattuale, all'attuazione di come "inquadrare economicamente e normativamente le ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione" attivate nelle Regioni nelle quali il sistema sanitario è più avanzato dando loro una sistemazione omogenea ed uniforme a livello nazionale di sistemazione delle loro nuove competenze, che saranno declinate in un allegato al contratto, permettendo così alle altre Regioni di attivarle, in un quadro di certezze.

Questa tesi è facilmente dimostrabile dall'esame analitico delle direttive approvate dal Comitato di Settore negli Atti di indirizzo nella versione modificata a seguito delle osservazioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze, nel secondo capitolo "Collocazione contrattuale delle competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche – ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione" che recita così:

*"In questo rinnovo contrattuale, in coerenza con quanto il Comitato di Settore aveva indicato nella precedente tornata contrattuale, va considerato il dettato di cui all'articolo 6 della Legge n. 43/06.*

*Va prevista quindi, l'istituzione della posizione di "professionista specialista" nonché quanto contenuto nei decreti istitutivi dei profili professionali ex terzo comma dell'art.6 del D.Lgs n. 502/92 che prevedono l'istituzione di aree di formazione complementare post diploma.*

*Tale percorso virtuoso, già avviato in alcune Regioni, deve essere previsto e disciplinato all'interno del CCNL, nel rispetto di quanto previsto dall'ordinamento vigente. Il contratto nazionale descriverà, pertanto, analogamente a quanto già fatto per l'insieme dei profili, le declaratorie delle competenze proprie delle posizioni di "professionista specialista" e di "professionista esperto" delle professioni sanitarie infermieristica - ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione, nel rispetto di quanto previsto dal profilo professionale, dal percorso formativo e dal codice deontologico, salvaguardando le specifiche competenze professionali degli altri professionisti, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della Legge n. 42 del 1999.*

*In tale logica e per tale scopo va precisato che:*

*a) la posizione di "professionista specialista" è attribuita al professionista laureato delle citate professioni sanitarie in possesso del master di primo livello di cui all'art. 6 della Legge n.43/06;*

*b) la posizione di "professionista esperto" è attribuita al professionista che ha acquisito competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali ed attraverso l'esercizio di attività professionali, anche in virtù di protocolli concordati tra le rappresentanze delle professioni interessate, di quelle mediche e dell'area sanitaria più in generale.*

*Al riguardo il Comitato di Settore ricorda che è compito dell'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie, ricostituito presso il MIUR con il decreto interministeriale 10 marzo del 2016 - nell'ambito del quale è presente anche il Ministero della salute - la definizione di quali master specialistici possano rispondere agli effettivi bisogni del SSN.*

*Il Comitato di Settore auspica, al fine di dare completezza al quadro delineato, una modifica normativa che preveda ai fini dell'accesso alla posizione di "professionista specialista" in alternativa al possesso del relativo master, l'aver svolto un percorso ultra quinquennale verificabile all'interno dell'area di riferimento nonché la rivisitazione degli ordinamenti didattici delle lauree magistrali delle professioni sanitarie infermieristiche - ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione finalizzata anche ad una reale evoluzione professionale.*

*Va ribadito, infine, che in ogni caso tutte le competenze professionali vanno esercitate nel rispetto dei profili, delle declaratorie, dei codici deontologici e della formazione acquisita, fatte salve le competenze previste per gli altri professionisti, sino ad escludere, quelle improprie delle singole figure e profili professionali, con particolare riferimento a quelle domestico- alberghiere ovvero quelle di pertinenza di altre professioni e per esse previste. L'assetto economico e normativo nel quale iscriverne il professionista specialista ed il professionista esperto andrà definito in sede di revisione dell'intera architettura delle funzioni di coordinamento e di posizione organizzativa, per i quali si rinvia allo specifico punto.*

*Con riferimento al “professionista esperto” si precisa che non si tratta di un nuovo profilo professionale, ma di un incarico che può essere attribuito al professionista già nell’ambito dell’attuale sistema e che si è ritenuto opportuno prevedere in maniera esplicita al fine di valorizzare le competenze acquisite dai professionisti sanitari, alla luce dell’evoluzione del quadro normativo di riferimento, evidenziate in premessa.*

*A tal fine appare necessario ridefinire delle declaratorie di tutti i profili afferenti alla categoria D. Tale categoria dovrà avere caratteristiche di “contenitore dinamico” nel quale trovino collocazione tutti i profili professionali titolari di incarico di coordinamento/posizione organizzativa e specialista. La revisione avverrà con le risorse presenti nei fondi contrattuali quindi non comporta un incremento delle stesse. L’operazione troverà copertura nell’ambito delle risorse rese disponibili nell’apposito fondo contrattuale.”*

Questo capitolo è stato proposto dai rappresentanti il Ministero della Salute nel Comitato con la condivisione di tutte le Regioni avendo l’accortezza di prevedere al suo interno tutte le procedure attuative previste dalle bozze di Atto Stato-Regioni per l’implementazione delle competenze della professione infermieristica e di quella di tecnico sanitario di radiologia medica nonché dallo stesso comma 566 della legge 190/2015.

Mi preme sottolineare il richiamo, che dovrà divenire articolo contrattuale, che prevede che le attuali e le nuove competenze non debbano prevedere il c.d. “demansionamento” anzi debbano escludere soprattutto quelle di natura “domestico alberghiere”, proprie, invece di altro profilo.

Si è, quindi, ormai nella fase attuativa del processo di implementazione delle competenze avanzate delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e dell’istituzione del professionista specialista previsto dall’articolo 6 della legge 43/06, attraverso l’ormai prossimo rinnovo contrattuale.

### **L’area sociosanitaria delle professioni e degli operatori**

La suddivisione del personale del SSN “vintage” dei quattro ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) previsto dal DPR761/79 non corrisponde più all’evoluzione scientifica, tecnologica, normativa e formativa, un sistema nel quale ora prevale la mission di salute più che di sanità in senso stretto.

Nella strategia per la promozione della salute per tutti il Patto per la Salute 2014/2016 costituisce, allo stato attuale, il momento più alto con il quale il Governo Nazionale ed i Governi Regionali sono impegnati alla sua attuazione; in questa articolata e complessa iniziativa l’integrazione sociosanitaria costituisce uno degli assi portanti ed infatti, all’articolo 6 del Patto è stata riaffermato con forte convinzione la scelta strategica dell’integrazione sociosanitaria indispensabile per costruire un vero sistema avanzato di tutela della salute.

Ricordo che art.3 octies del Dlgs 502/99 prevede l’Area delle professioni sociosanitarie e, purtroppo, questa area non è stata ancora istituita e, come ho già richiesto, sarebbe quanto mai opportuno istituirla, del resto anche il Ministero dell’Economia e delle Finanze nelle sue osservazioni all’Atto di indirizzo, ha convenuto.

Ciò non toglie che la giusta intuizione del legislatore in un settore, quale quello sociosanitario, ad elevata espansione per l'attuale quadro demografico ed epidemiologico, non possa già essere resa operante all'interno della contrattazione; per questo il Comitato di Settore propone di articolare il personale del SSN nelle seguenti aree: sanitaria, dell'integrazione sociosanitaria, dei fattori produttivi e della ricerca.

Questa scelta dell'area delle professioni e degli operatori sociosanitari è una nuova configurazione professionale tutta da riempire di profili da ricollocare o da istituire ex novo; ad oggi l'unico profilo professionale istituito con una metodologia propria di quest'area è l'operatore socio sanitario.

L'OSS collocato in questa nuova area avrebbe, finalmente, la giusta collocazione risolvendo alla radice le questioni controverse legate al suo attuale inquadramento nel ruolo tecnico da una parte e dall'altra porrebbe nella giusta dimensione, il rapporto di collaborazione con le professioni sanitarie ad iniziare da quella infermieristica.

### **La concertazione per render protagonista la risorsa personale**

Se questa tornata contrattuale può essere funzionale e strumentale a contribuire ad attuare il Patto per la Salute ne consegue che il ruolo del sindacato non può che essere relegato alla sola informazione bensì è quanto mai opportuno riattivare modalità di relazioni sindacali che vedano partecipare le rappresentanze sindacale alle varie fasi di riorganizzazione del SSN per favorire la loro condivisione e consenso e il loro contributi di idee e di sapere.

Del resto su questo versante Ministero e Regioni hanno già tracciato il percorso.

L'art. 5 del Patto per la Salute, infatti, prevede che:

*“Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”.*

Questo concetto è stato rafforzato dall'articolo 22, sempre del Patto per la Salute significando che:

*“Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione, si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”.*

Ad abundantiam, l'Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante istituzione di una Cabina di regia per il coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario, prevede come centrale il ruolo del sindacato come coprotagonista del processo di nuova organizzazione del SSN.

Quanto sopra prefigura un nuovo soggettivismo positivo e costruttivo del sindacato che si potrà estrinsecare dando corso nei rinnovi contrattuali a nuove modalità di relazioni sindacali che prevedano forme di concertazione delle rappresentanze dei professionisti e degli operatori del SSN nelle fasi di ristrutturazione e di riorganizzazione del SSN e su questa idea forza si sono sviluppate le direttive in materia del Comitato di Settore.

Il Comitato di Settore Regioni sanità ha responsabilmente fatto la sua parte. Il Governo nazionale ha finanziato i rinnovi contrattuali per permetterne l'avvio nella giusta ottica: non si tratta di un costo ma di un investimento sociale e soprattutto economico. E' la risorsa umana e professionale il vero capitale che rende fruibile il diritto alla salute e su questo va, finalmente, investito sul serio e nel giusto.

# Revisione sistematica di revisioni sistematiche sull'efficacia dell'automonitoraggio del glucosio ematico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica

Viviana Fusetti<sup>1</sup>, Denise Carlotti<sup>2</sup>, Luca Giuseppe Re<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Infermiera, Unità operativa malattie infettive e tropicali III divisione, Ospedale Luigi Sacco Polo Universitario, Milano; <sup>2</sup>Infermiera, Residenza sanitaria assistenziale (RSA) Vallardi, Appiano Gentile; <sup>3</sup>Infermiere tutor, Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda, Milano

Corrispondenza: luca.re030366@gmail.com

## RIASSUNTO

**Introduzione** L'impatto dell'automonitoraggio del glucosio ematico (AMGE) in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica è controverso. L'obiettivo dello studio è quello di sintetizzare le prove di efficacia provenienti da revisioni sistematiche sul ruolo dell'AMGE per il controllo glicemico di pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica.

**Materiali e metodi** È stata condotta una ricerca bibliografica tramite interrogazione di banche dati biomediche quali The Cochrane Library, MEDLINE, Embase, CINAHL e Trip Database; è stata fatta una revisione sistematica di revisioni sistematiche, in accordo con il PRISMA *statement*, di cui è stata fatta una sintesi narrativa.

**Risultati** Sono state incluse venti revisioni sistematiche di qualità medio-alta. La variazione di emoglobina glicata è stato il principale esito per tutte le revisioni.

**Discussione** L'AMGE genera una significativa ma modesta e clinicamente non rilevante riduzione di emoglobina glicata. Se incorporato in un programma di autocura con approccio multidisciplinare, può rivelarsi utile per migliorare l'aderenza al trattamento e ottimizzare il controllo glicemico.

**Conclusioni** La rilevanza clinica dell'AMGE nei pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica è ancora oggetto di dibattito. L'AMGE da sola non contribuisce in modo significativo al controllo glicemico ma può essere un utile strumento per educare e motivare i pazienti ad aderire al trattamento ipoglicemizzante. In questo ambito può emergere con forza il ruolo educativo dell'infermiere.

**Parole chiave:** automonitoraggio del glucosio ematico, diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica

## A systematic review of systematic reviews on effectiveness of blood glucose self-monitoring in patients with type 2 diabetes not on insulin therapy

### ABSTRACT

**Introduction** The impact of self-monitoring of blood glucose (SMBG) in patients with type 2 diabetes not on insulin therapy is controversial. The aim of this study is to summarize the evidence of effectiveness of SMBG for glycemic control in patients with type 2 diabetes not on insulin therapy from systematic reviews.

**Methods** A systematic review of systematic reviews was carried out through biomedical databases in accordance with the methodology of PRISMA approach.

**Results** Twenty systematic reviews of medium to high quality were included. The change in glycated hemoglobin was the main outcome of all reviews.

**Discussion** SMBG generates a significant but modest and not clinically relevant reduction in glycated hemoglobin. When incorporated into a self-care program with a multidisciplinary approach, it may prove useful in improving the adherence to treatment and optimizing glycemic control.

**Conclusions** The clinical relevance of SMBG in patients with type 2 diabetes not on insulin therapy is still in debate. SMBG by itself does not contribute significantly to glycemic control but could be a useful tool to educate and motivate patients to adhere to hypoglycemic treatment. In this way, the educational role of nurse could emerge strongly.

**Keyword:** SMBG, blood glucose self-monitoring, type 2 diabetes not on insulin therapy

## INTRODUZIONE

Il diabete mellito è una patologia cronico degenerativa che si caratterizza per la presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue dovuti a un'alterata quantità o funzione dell'insulina, ormone che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule con il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Se il meccanismo è alterato il glucosio si accumula nel circolo sanguigno (MedlinePlus, 2015). Il diabete mellito di tipo 2 è la forma più frequente di diabete mellito, rappresenta circa il 90% di tutte le diagnosi di malattia ed è di vasta prevalenza a livello mondiale: l'International Diabetes Federation (IDF) stima che il numero di persone con diabete mellito di tipo 2 sia destinato a passare da 366 milioni nel 2011 a 552 milioni entro il 2030 (IDF, 2011). In questa sottoclasse di diabete mellito inizialmente si verifica resistenza all'insulina e iperinsulinemia ma con il progredire della malattia si ha intolleranza al glucosio, iperglicemia fino a diabete conclamato (MedlinePlus, 2015). Nel diabete mellito di tipo 2 le complicanze croniche sono frequenti e riguardano occhi, reni, cuore, vasi sanguigni e nervi periferici (MedlinePlus, 2015). Le complicanze croniche possono essere prevenute o se ne può rallentare la progressione controllando i fattori di rischio correlati: un ottimale controllo della pressione arteriosa e della concentrazione ematica di colesterolo e lipidi può prevenire o ridurre l'insorgenza di patologie cardiovascolari e quelle a carico del microcircolo (MedlinePlus, 2015). Altrettanto importante è il controllo metabolico della concentrazione ematica di glucosio effettuata con la misurazione del valore percentuale di emoglobina glicata (HbA1c) (MedlinePlus, 2015). I soggetti non diabetici hanno un livello di HbA1c pari al 4-7% dell'emoglobina totale, mentre un paziente diabetico si può considerare in buon controllo metabolico se il livello di HbA1c non supera il 7% (MedlinePlus, 2015). Il trattamento del diabete mellito di tipo 2 è complesso e richiede ai pazienti di assumere un ruolo attivo nella gestione della patologia. Un'adeguata e costante terapia medica, la diminuzione del rischio di complicanze a lungo termine e l'educazione all'autocura sono considerati degli standard per il raggiungimento di un ottimale controllo glicemico e il miglioramento degli esiti clinici (Rothman RL et al., 2005; Piatt GA et al., 2006; ADA, 2010). L'automonitoraggio del glucosio ematico (AMGE), che si effettua con il periodico prelievo di un campione di sangue capillare e l'utilizzo di un glucometro per la lettura dei valori di glicemia capillare, è una tecnica che può contribuire a un adeguato controllo glicemico (McCulloch DK, 2000). La procedura è raccomandata sia come

mezzo di autogestione ed educazione alla patologia (ADA, 2010) sia come strumento di *feedback* per i soggetti che hanno la volontà di modificare il regime alimentare e migliorare l'attività fisica (Goldstein DE, 2004). Si assume che l'AMGE possa aiutare a eseguire gli appropriati cambiamenti dello stile di vita (Karter AJ et al., 2001) utili a ottimizzare l'aderenza al trattamento farmacologico, raggiungere una maggiore *compliance*, ottenere comportamenti più adeguati per la patologia e aumentare la motivazione (Saudek CD et al., 2006). Sebbene sia riconosciuto il ruolo dell'AMGE per migliorare il controllo glicemico di pazienti con diabete mellito di tipo 1, non vi è unanime consenso sulla sua efficacia clinica in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica (McCulloch DK, 2000; O'Kane MJ et al., 2009; Davidson MB et al., 2010), in presenza di un costo dell'intervento non trascurabile (Simon J et al., 2008).

## Obiettivo

Lo scopo dello studio è quello di sintetizzare le prove di efficacia provenienti da revisioni sistematiche sul ruolo dell'AMGE per il controllo glicemico di pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica. Per far questo è stata valutata l'efficacia dell'AMGE in termini di variazione di emoglobina glicata ( $\Delta$ HbA1c) rispetto al non utilizzo di AMGE per la gestione del controllo glicemico in pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica.

## MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione sistematica di revisioni sistematiche quale disegno di studio più idoneo per la sintesi in un unico documento delle prove di efficacia attualmente disponibili (Smith V et al., 2011; Cooper H et al., 2012). Abbiamo organizzato il quesito di ricerca secondo il *format* PICOS (Robinson KA et al., 2011) (Tabella 1) e aderito al PRISMA *statement* per il processo di *reporting* delle revisioni sistematiche incluse nello studio (Liberati A et al., 2009; Moher D et al., 2009).

Abbiamo sviluppato una strategia di ricerca (Tabella 2) sulle seguenti banche dati biomediche: The Cochrane Library, MEDLINE, Embase, CINAHL e Trip Database. La ricerca delle citazioni è stata estesa non oltre gli ultimi vent'anni in quanto prima di tale periodo le tecniche e le modalità adottate per l'AMGE erano troppo differenti per consentire confronti adeguati fra gli studi. Prima dell'interrogazione delle banche dati, gli autori (Fusetti V, Carlotti D e Re LG) hanno concordato i termini chiave ed eseguito la strategia di ricerca in modo indipendente.

Tabella 1. Quesito clinico costruito secondo la metodologia PICOS

Metodologia PICOS		
P	<i>patient</i> (paziente)	soggetti adulti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica
I	<i>intervention</i> (intervento)	automonitoraggio glucosio ematico (AMGE)
C	<i>comparison</i> (controllo)	standard di cura
O	<i>outcomes</i> (esiti)	efficacia
S	<i>setting</i> (contesto)	qualsiasi
Quesito di ricerca		
Nei soggetti adulti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica l'automonitoraggio del glucosio ematico (AMGE), rispetto agli standard di cura, è più efficace per il controllo glicemico?		

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave	Filtro
CINAHL	((“Diabetes Mellitus, Type 2”[MeSH]) AND “Blood Glucose Self-Monitoring”[MeSH])	dall’1/1/1995 solo revisioni sistematiche e metanalisi
Cochrane Library	“Blood Glucose Self-Monitoring”[MeSH]	dall’1/1/1995 revisioni Cochrane altre revisioni
Embase	‘blood glucose monitoring’/exp/mj AND ‘non insulin dependent diabetes mellitus’/exp/mj	(‘meta analysis’/de OR ‘systematic review’/de) AND [1-1-1995]/sd
Medline	((“Diabetes Mellitus, Type 2”[MeSH]) AND “Blood Glucose Self-Monitoring”[MeSH])	dall’1/1/1995 solo revisioni sistematiche e metanalisi
TRIP Database	“blood glucose self monitoring”	dal 1995 al 2015

Sono stati stabiliti i seguenti criteri di inclusione:

- disegno di studio: revisioni sistematiche (con o senza metanalisi);
- soggetti di interesse: pazienti adulti con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica;
- intervento: automonitoraggio del glucosio ematico (AMGE) come intervento primario;
- comparazione: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico;
- esito: controllo glicemico ( $\Delta$ HbA1c come dimensione di effetto);
- contesto: qualsiasi.

Sono stati stabiliti i seguenti criteri di esclusione:

- studi primari;
- studi secondari, salvo revisioni sistematiche con o senza metanalisi;
- revisioni sistematiche focalizzate o prevalentemente centrate su:

- soggetti con diabete mellito di tipo 1;
- soggetti affetti da iperglicemia come effetto o complicanza di patologie croniche diverse dal diabete mellito;
- donne con diabete gestazionale;
- automonitoraggio del glucosio urinario (AMGU);
- tecniche e modalità di esecuzione dell’AMGE;
- interventi di *telehealth* o *telecare* su soggetti con diabete mellito;
- valutazione dell’efficacia degli interventi di auto-cura in soggetti con diabete mellito;
- analisi costo-efficacia;
- analisi costo-utilità;
- analisi di valutazione delle tecnologie sanitarie;
- valutazione del grado di aderenza dei soggetti con diabete mellito a interventi e comportamenti consigliati per il controllo glicemico;
- comparazione di efficacia e/o sicurezza di classi di farmaci ipoglicemizzanti.

### Analisi e selezione dei risultati di ricerca

Gli autori (Fusetti V, Carlotti D e Re LG) hanno effettuato in modo indipendente la selezione dei titoli delle citazioni individuate corrispondenti ai criteri di inclusione. Se un titolo non ha fornito informazioni sufficienti per decidere l'inclusione della citazione nella selezione, o se non è stato possibile raggiungere un consenso in base al solo titolo, è stato ritenuto potenzialmente utile. Sono stati letti in modo indipendente gli *abstract* delle citazioni selezionate e di quelli ammissibili per l'inclusione e ne è stato reperito e letto il *full text* (in assenza di *abstract* è stato recuperato l'articolo completo). In caso di rispetto dei criteri di inclusione previsti, i documenti sono stati letti integralmente. Sono stati analizzati i riferimenti bibliografici di ogni articolo per individuare ulteriori documenti di interesse. Non è stata replicata la ricerca sul web per il recupero di eventuale letteratura non pubblicata né sono stati contattati gli autori delle revisioni sistematiche; non sono state considerate restrizioni sulla base della lingua. Per pubblicazioni duplicate anche su altre riviste è stata data priorità alle versioni meno recenti. Due autori (Fusetti V e Carlotti D) in modo indipendente hanno valutato la qualità e il rigore metodologico delle revisioni sistematiche incluse utilizzando la AMSTAR checklist (Shea BJ et al., 2007). Le affermazioni ritenute valide per il calcolo complessivo del punteggio sono state quelle a cui, dopo la lettura del documento, si è potuto attribuire con certezza una risposta positiva, escludendo dal conteggio quelle con risposta negativa o per le quali non era possibile fornire una risposta certa. Agli studi 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. Nessuna revisione sistematica che rispettasse i criteri di inclusione è stata esclusa in base al punteggio AMSTAR. In caso di dubbi è stato raggiunto un accordo dietro parere del terzo autore (Re LG). Due autori (Fusetti V e Carlotti D) hanno eseguito in modo indipendente l'estrazione delle informazioni e dei dati utili dalle versioni elettroniche delle revisioni incluse, mentre il terzo autore (Re LG) ne ha verificato la qualità, la coerenza e la pertinenza. In caso di dubbi o controversie è stato raggiunto un accordo dietro il parere del terzo autore (Re LG). E' stata concordata una modalità di estrazione dei dati *ad hoc* basandosi sulla metodologia suggerita per una revisione sistematica di revisioni sistematiche (Smith V et al., 2011). E' stata eseguita, con un processo di *reporting* coerente fra i diversi studi, una sintesi descrittiva dei dati estratti per formulare conclusioni generali.

### RISULTATI

La ricerca bibliografica è stata eseguita il 30 maggio 2015 secondo la strategia definita e ha permesso di identificare 296 articoli. In base ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti, ne sono stati esclusi 276; tra questi, 60 erano duplicati; 72 non sono risultati pertinenti dopo la lettura di titolo e *abstract* e altri 44 dopo la lettura del *full text*. Sono state incluse 20 revisioni sistematiche. In appendice 1, a pagina e115, sono illustrati i principali aspetti delle revisioni incluse; in appendice 2, a pagina e120, sono elencati gli studi esclusi e la motivazione dell'esclusione.

Le revisioni sistematiche coprono un intervallo di tempo di 17 anni, dal 1997 (Faas A et al., 1997) al 2014 (Hou Y-Y et al., 2014); nove di esse sono europee (Faas A et al., 1997; Coster S et al., 2000; Welschen LM et al., 2005; Jansen JP, 2006; McGeoch G et al., 2007; Allemann S et al., 2009; Clar C et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012; Malanda UL et al., 2012), sei provengono dagli Stati Uniti (Balk E et al., 2007; McAndrew L et al., 2007; Shekelle P et al., 2007; Towfigh A et al., 2008; McIntosh B et al., 2010; Breland JY et al., 2013), quattro dal continente asiatico (Sarol JN et al., 2005; Poolsup N et al., 2008, 2009; Hou Y-Y et al., 2014) mentre una è australiana (St John A et al., 2010). Cinque studi (Faas A et al., 1997; Balk E et al., 2007; McAndrew L et al., 2007; McGeoch G et al., 2007; Breland JY et al., 2013) su venti (25%) sono senza metanalisi. Dieci hanno incluso solo sperimentazioni cliniche controllate randomizzate (RCT) (Faas A et al., 1997; Sarol JN et al., 2005; Welschen LM et al., 2005; Jansen JP, 2006; Poolsup N et al., 2008; Allemann S et al., 2009; Poolsup N et al., 2009; Farmer AJ et al., 2012; Malanda UL et al., 2012; Hou Y-Y et al., 2014) mentre due (Coster S et al., 2000; Towfigh A et al., 2008) hanno incluso studi controllati randomizzati o sperimentazioni cliniche controllate senza randomizzazione. Uno studio (McIntosh B et al., 2010) ha incluso studi sperimentali e osservazionali mentre quattro revisioni (McAndrew L et al., 2007; McGeoch G et al., 2007; St John A et al., 2010; Breland JY et al., 2013) hanno considerato studi sperimentali, quasi sperimentali e osservazionali. Due articoli (Shekelle P et al., 2007; Clar C et al., 2010) hanno incluso revisioni sistematiche con o senza metanalisi, studi sperimentali e studi osservazionali. Le revisioni sistematiche incluse hanno nel complesso analizzato trentaquattro studi controllati randomizzati pubblicati dal 1986 al 2011. In appendice 3, a pagina e121, sono elencati gli studi controllati randomizzati citati in ogni revisione considerata e il relativo numero di partecipanti. L'età media dei pazienti è risultata compresa fra 25 e 80 anni, il va-

lore basale di emoglobina glicata (HbA1c) fra 6,1% e 13,5%, la durata di malattia fra 0 e 13,3 anni, la durata dell'intervento (AMGE) fra 12 e 130 settimane. Tutte le revisioni avevano come esito primario il livello di emoglobina glicata e, come dimensione di effetto, la sua variazione a seguito dell'intervento ( $\Delta$ HbA1c). Sette studi (McGeoch G et al., 2007; Shekelle P et al., 2007; Allemann S et al., 2009; Clar C et al., 2010; McIntosh B et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012; Malanda UL et al., 2012) hanno analizzato anche esiti secondari come, per esempio, i livelli di glicemia capillare, i livelli di colesterolemia, i valori di pressione arteriosa, il peso corporeo, la qualità di vita, gli episodi di ipoglicemia, la soddisfazione al trattamento, le complicanze correlate al diabete e la morbilità. La maggioranza delle revisioni tranne quattro (Sarol JN et al., 2005; Balk E et al., 2007; St John A et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012) dichiara esplicitamente l'utilizzo di *checklist* standard o *ad hoc* per la valutazione della qualità metodologica degli studi controllati randomizzati inclusi.

Per nove studi (Welschen LM et al., 2005; Poolsup N et al., 2008; Towfigh A et al., 2008; Allemann S et al., 2009; Poolsup N et al., 2009; Clar C et al., 2010; McIntosh B et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012; Malanda UL et al., 2012) la qualità metodologica è risultata alta mentre per undici studi (Faas A et al., 1997; Coster S et al., 2000; Sarol JN et al., 2005; Jansen JP, 2006; Balk E et al., 2007; McAndrew L et al., 2007; McGeoch G et al., 2007; Shekelle P et al., 2007; St John A et al., 2010; Breland JY et al., 2013; Hou Y-Y et al., 2014) è risultata di grado medio (Appendice 4, page e122). I punti critici più frequenti sono stati la mancata o la non esplicitata duplicazione della selezione degli studi e dell'estrazione dei dati (80% degli studi) e la mancata o deficitaria valutazione del rischio di *bias* di pubblicazione (60% degli studi). È stata valutata l'efficacia dell'AMGE sul controllo glicemico estraendo, dai risultati dei *forest plots* delle revisioni sistematiche con metanalisi, sia la dimensione di effetto complessiva dell'AMGE sul livello di HbA1c (Tabella 3) sia quella relativa a specifici sottogruppi di soggetti (Tabella 4). Per le revisioni sistematiche senza metanalisi sono stati esposti i risultati ottenuti dagli autori in forma narrativa. L'analisi dei risultati illustrati ha condotto alle seguenti considerazioni:

- l'utilizzo dell'AMGE in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica produce una  $\Delta$ HbA1c variabile da -0,21% (Clar C et al., 2010) a -0,42% (Sarol JN et al., 2005);
- salvo eccezioni (Allemann S et al., 2009; Farmer AJ et al., 2012), la dimensione di effetto dell'AMGE diminuisce a distanza di tempo dalla sua im-

plementazione (per esempio, la  $\Delta$ HbA1c a 6 mesi varia da -0,20% a -0,28%; la  $\Delta$ HbA1c dopo oltre 12 mesi varia da -0,15% a -0,17%);

- l'AMGE sembra più efficace nei pazienti con scarso controllo glicemico (per esempio, la  $\Delta$ HbA1c con HbA1c basale <8% varia da -0,15% a -0,21%; la  $\Delta$ HbA1c con HbA1c basale  $\geq$ 8% varia da -0,27% a -0,38%).

## DISCUSSIONE

Un uso regolare dell'AMGE in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica determina una diminuzione statisticamente significativa dei livelli di HbA1c; tuttavia, il suo ruolo sul controllo glicemico è ancora controverso. La riduzione complessiva è inferiore allo 0,5%, valore accettato come clinicamente rilevante (Farmer AJ et al., 2012). Alcuni autori (Sarol JN et al., 2005; Welschen LM et al., 2005; Jansen JP, 2006; Poolsup N et al., 2008; Allemann S et al., 2009; Poolsup N et al., 2009; McIntosh B et al., 2010; St John A et al., 2010; Hou Y-Y et al., 2014) sostengono l'efficacia dell'AMGE mentre per altri (Faas A et al., 1997; Coster S et al., 2000; Balk E et al., 2007; McAndrew L et al., 2007; McGeoch G et al., 2007; Shekelle P et al., 2007; Towfigh A et al., 2008; Clar C et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012; Malanda UL et al., 2012; Breland JY et al., 2013) le prove di efficacia sono ancora limitate per affermarne con certezza un impatto significativo sul controllo glicemico. La riduzione di HbA1c sembra maggiore in pazienti con livello basale più elevato (McAndrew L et al., 2007; Poolsup N et al., 2008; Allemann S et al., 2009; Clar C et al., 2010; McIntosh B et al., 2010) ma i pareri non sono concordi (Towfigh A et al., 2008; Farmer AJ et al., 2012). L'effetto dell'AMGE sulla riduzione dell'HbA1c sembra significativo a un *follow-up* di non oltre 6 mesi e in soggetti con diabete diagnosticato da meno di 1 anno o di nuova diagnosi, mentre dopo oltre 1 anno regredisce (Sarol JN et al., 2005; Shekelle P et al., 2007; Towfigh A et al., 2008; Poolsup N et al., 2009; St John A et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012; Malanda UL et al., 2012).

### Implicazioni per la pratica

In soggetti sani l'HbA1c è circa il 4-6% del totale (McGeoch G et al., 2007). Per pazienti con diabete la raccomandazione è di mantenere i valori al di sotto del 6,5-7% (McGeoch G et al., 2007). Tuttavia, non è ancora chiaro per quali sottogruppi di pazienti l'AMGE possa essere più efficace (McGeoch G et al., 2007; Poolsup N et al., 2008; Towfigh A et al., 2008; Poolsup N et al., 2009; Clar C et al., 2010; McIntosh B et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012). Alcuni au-

**Tabella 3. Variazione media del valore di emoglobina glicata ( $\Delta$ HbA1c) per effetto dell'automonitoraggio del glucosio ematico**

Revisione	$\Delta$ HbA1c	IC 95%	p
Allemann S et al., 2009	-0,31	-0,44; -0,17	0,00001
Balk E et al., 2007	riduzione statisticamente significativa, clinicamente non rilevante		
Breland JY et al., 2013	riduzione significativa		
Clar C et al., 2010	-0,21	-0,31; +0,10	<0,0001
Coster S et al., 2000	-0,25	-0,61; +0,10	n.s.
Faas A et al., 1997	riduzione significativa, clinicamente non rilevante		
Hou Y-Y et al., 2014	-0,41	-0,49; -0,33	<0,00001
Jansen JP, 2006	-0,41	-0,70; -0,06	0,02
McAndrew L et al., 2007	riduzione significativa		
McGeoch G et al., 2007	riduzione significativa		
McIntosh B et al., 2010	-0,25	-0,36; +0,15	<0,00001
Poolsup N et al., 2008	-0,24	-0,37; -0,12	0,0002
Poolsup N et al., 2009	-0,24	-0,34; -0,14	<0,00001
Sarol JN et al., 2005	-0,42	-0,63; -0,21	<0,05
St John A et al., 2010	-0,22	-0,34; +0,11	<0,05
Welschen LM et al., 2005	-0,39	-0,56; -0,21	<0,05

AMGE: automonitoraggio glucosio ematico  
 IC 95%: intervallo di confidenza al 95%  
 n.s.: non significativo  
 p: significatività statistica  
 RCT: studio controllato randomizzato  
 $\Delta$ HbA1c: variazione media emoglobina glicata

tori (Faas A et al., 1997; Welschen LM et al., 2005; Jansen JP, 2006; McGeoch G et al., 2007; Poolsup N et al., 2009; McIntosh B et al., 2010) concordano sull'utilità dell'AMGE in caso di scarso controllo glicemico e valore di HbA1c maggiore dell'8-10%. Altri autori (Coster S et al., 2000; Balk E et al., 2007; Shekelle P et al., 2007; Clar C et al., 2010; St John A, et al. 2010; Farmer AJ et al., 2012) ritengono che le prove di efficacia non siano sufficienti per consigliarne l'uso di routine. L'AMGE sembra essere un utile strumento per l'acquisizione di informazioni e competenze necessarie per la gestione efficace della malattia soprattutto entro i primi 6 mesi dalla diagnosi ed entro un anno dall'implementazione dell'intervento (Malanda UL et al., 2012, Breland JY et al., 2013). Le indicazioni sulla frequenza e i tempi di monitoraggio della glicemia capillare sono eterogenee (Balk E et al., 2007; McIntosh B et al., 2010) e non è chiaro l'impatto sulla riduzione dei livelli di HbA1c (Balk E et al., 2007). L'argomento è rilevante perché la frequenza di monitoraggio può influenzare l'utilizzo dei valori ottenuti per modificare i regimi

di trattamento (Poolsup N et al., 2008) e dovrebbe modificarsi in caso di variazioni nella dieta, nel regime terapeutico e nella quantità o qualità dell'esercizio fisico (Balk et al. 2007). L'appropriatezza d'uso dell'AMGE dipende dal tipo e dalla qualità degli interventi educativi e formativi di autocura e autogestione erogati ai pazienti (Coster S et al., 2000; Sarol JN et al., 2005; Breland JY et al., 2013; Hou Y-Y et al., 2014). L'AMGE come unico intervento non è in grado di offrire alcun beneficio (Sarol JN et al., 2005; St John A et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012). Tuttavia, come intervento complementare al trattamento ipoglicemizzante, l'efficace utilizzo dei valori di glicemia capillare registrati può contribuire a migliorare il controllo glicemico con la modifica di alcuni schemi comportamentali e abitudini di vita e a ridurre le complicanze (Sarol JN et al., 2005; Welschen LM et al., 2005; Poolsup N et al., 2008, 2009; Breland JY et al., 2013; Hou Y-Y et al., 2014). Ciò presuppone un approccio multidisciplinare di gestione della malattia e la conoscenza da parte del paziente sul perché, quando, come e in che misura intervenire

**Tabella 4. Variazione media del valore di emoglobina glicata ( $\Delta$ HbA1c) per effetto dell'AMGE, analisi per sottogruppi**

Revisione	Sottogruppi	$\Delta$ HbA1c	IC 95%	p
Allemann S et al., 2009	livello basale HbA1c <8%	-0,21	-0,37; -0,05	<0,05
	livello basale HbA1c $\geq$ 8%	-0,38	-0,58; -0,18	<0,05
	<i>follow-up</i> a 3 mesi	-0,17	-0,30; -0,03	<0,05
	<i>follow-up</i> a 4-7 mesi	-0,2	-0,30; -0,11	<0,05
	<i>follow-up</i> a 10 mesi -1 anno	-0,26	-0,40; -0,13	<0,05
Farmer AJ et al., 2012	<i>follow-up</i> a 3 mesi	-0,19	-0,30; -0,07	0,001
	<i>follow-up</i> a 6 mesi	-0,25	-0,36; -0,15	<0,001
	<i>follow-up</i> a 1 anno	-0,23	-0,38; -0,08	0,003
Malanda UL et al., 2012	<i>follow-up</i> a 6 mesi	-0,26	-0,39; -0,13	0,0001
	<i>follow-up</i> a 1 anno	-0,13	-0,31; +0,04	n.s.
	<i>follow-up</i> a 1 anno (nuova diagnosi)	-0,52	-0,89; -0,14	0,007
McIntosh B et al., 2010	<i>follow-up</i> a 6 mesi	-0,28	-0,41; -0,15	<0,05
	<i>follow-up</i> a >6 mesi	-0,19	-0,36; -0,01	<0,05
	livello basale HbA1c <8%	-0,16	-0,34; +0,03	n.s.
	livello basale HbA1c $\geq$ 8%	-0,3	-0,43; -0,17	<0,05
Poolsup N et al., 2008	con modifica di trattamento	-0,27	-0,41; -0,14	0,0001
	senza modifica di trattamento	-0,12	-0,32; +0,08	n.s.
Poolsup N et al., 2009	livello basale HbA1c < 8%	-0,15	-0,33; +0,03	n.s.
	livello basale HbA1c basale 8%-10%	-0,27	-0,40; -0,14	<0,0001
	livello basale HbA1c >10%	-1,23	-2,13; -0,14	0,03
Shekelle P et al., 2007	<i>follow-up</i> a 6 mesi	-0,21	-0,38; -0,04	<0,05
	<i>follow-up</i> a $\geq$ 1 anno	-0,15	-0,36; +0,06	n.s.
St John A et al., 2010	<i>follow-up</i> a $\leq$ 1 anno	-0,26	-0,40; -0,11	0,001
	<i>follow-up</i> a >1 anno	-0,17	-0,36; +0,02	n.s.
Towfigh A et al., 2008	<i>follow-up</i> a 6 mesi	-0,21	-0,32; -0,04	<0,05
	<i>follow-up</i> a $\geq$ 1 anno	-0,16	-0,38; +0,05	n.s.

AMGE: automonitoraggio glucosio ematico  
 IC 95%: intervallo di confidenza al 95%  
 n.s.: non significativo  
 p: significatività statistica  
 RCT: studio controllato randomizzato  
 $\Delta$ HbA1c: variazione media emoglobina glicata

per apportare le modifiche opportune (Welschen LM et al., 2005; McAndrew L et al., 2007; McGeoch G et al., 2007; Poolsup N et al., 2008, 2009; Clar C et al., 2010; McIntosh B et al., 2010; Breland JY et al., 2013; Hou Y-Y et al., 2014). Occorre precisare che per alcuni autori (Allemann S et al., 2009; McIntosh B et al., 2010) l'efficacia di interventi educativi di pro-

mozione all'autocura o di specifici algoritmi di trattamento per aumentare gli effetti benefici dell'AMGE rispetto al solo AMGE senza educazione non trova riscontro nella pratica clinica. L'AMGE consente un migliore controllo glicemico perché può identificare gli effetti immediati di modifiche nella dieta, nell'esercizio fisico o nel trattamento farmacologico

(McGeoch G et al., 2007). Questo è tanto più vero quanto più l'intervento aiuta a rendere visibile la malattia nei pazienti propensi ad accogliere consigli e suggerimenti e maggiormente motivati (McAndrew L et al., 2007). Di contro, il non utilizzo dei risultati dell'AMGE o la loro interpretazione non adeguata può portare i soggetti a non essere rispondenti al trattamento; in tal caso l'AMGE non offre alcun vantaggio aggiuntivo (Poolsup N et al., 2008; Breland JY et al., 2013; Hou Y-Y et al., 2014). In ragione di ciò devono essere rivolti ulteriori sforzi per garantire un adeguato percorso educativo e formativo e assicurare il giusto sostegno (St John A et al., 2010). I pazienti, qualora formati sulla corretta interpretazione dei valori di glicemia capillare, potrebbero essere in grado di autoregolare il regime di trattamento, promuovere comportamenti salutari associabili al raggiungimento di livelli di HbA1c inferiori e quindi riconoscere l'AMGE come utile mezzo di rassicurazione, autoresponsabilizzazione e valutazione degli effetti (Clar C et al., 2010; Breland JY et al., 2013). La consapevolezza di avere un maggiore livello di autoefficacia e autocontrollo dei valori glicemici può determinare una qualità della vita percepita migliore (McIntosh B et al., 2010). L'AMGE consente di prevenire, individuare e trattare gli episodi di ipoglicemia, a vantaggio della sicurezza del paziente, anche se le diverse definizioni di "episodio ipoglicemico" rendono difficile distinguere il livello di severità (Allemann S et al., 2009, Poolsup N et al., 2009, Malanda UL et al., 2012). Diversi sono i fattori confondenti o i modificatori di effetto che possono influenzare l'efficacia e l'affidabilità dell'AMGE:

- la difficoltà del paziente a comprendere gli obiettivi del trattamento, prendervi confidenza e aderirvi (Sarol JN et al., 2005; McGeoch G et al., 2007);
- il livello di motivazione e le attitudini (Sarol JN et al., 2005);
- le caratteristiche del trattamento e i rischi di ipoglicemia connessi (Sarol JN et al., 2005);
- la convinzione degli operatori sanitari che i cambiamenti dovuti alle fluttuazioni di glucosio ematico non siano oggettivamente con l'AMGE, da cui l'insufficiente utilizzo dei risultati registrati (McAndrew L et al., 2007; Clar C et al., 2010; McIntosh B et al., 2010);
- l'insufficiente quantità o scorretta applicazione della goccia di sangue sulla striscia reattiva (Poolsup N et al., 2008);
- l'imprecisione nel misurare gli effetti dell'AMGE per un'irregolare verifica dell'affidabilità degli strumenti di misurazione o un uso scorretto della soluzione di calibrazione (Poolsup N et al., 2008; Hou Y-Y et al., 2014).

### Implicazioni per la ricerca

Sono necessarie ulteriori ricerche che superino i limiti metodologici e i punti controversi manifestati dagli autori delle revisioni incluse. In particolare gli studi futuri dovrebbero:

- considerare la frequenza ottimale di AMGE (Sarol JN et al., 2005; Allemann S et al., 2009; Clar C et al., 2010);
- valutare il rapporto costo-beneficio dell'intervento (Sarol JN et al., 2005; Shekelle P et al., 2007);
- analizzare la frequenza e il grado di episodi di ipoglicemia in funzione della severità della malattia (Welschen LM et al., 2005);
- considerare misure di esito più centrate sul paziente come la qualità di vita, il benessere e la soddisfazione per l'intervento (Faas A et al., 1997; Sarol JN et al., 2005; Jansen JP, 2006; McGeoch G et al., 2007; Malanda UL et al., 2012);
- analizzare le situazioni in cui c'è stata un'interruzione dell'AMGE in pazienti con controllo glicemico stabile (Coster S et al., 2000);
- precisare le modalità più efficaci di educazione, formazione e *feedback* (Clar C et al., 2010);
- illustrare le circostanze entro cui l'AMGE può provocare ansia o depressione (Clar C et al., 2010);
- valutare l'impatto dell'AMGE sull'aderenza alla terapia farmacologica (Shekelle P et al., 2007).

Occorre inoltre focalizzare l'attenzione su sottogruppi di pazienti:

- per i quali, in funzione del livello di HbA1c basale o del grado di aderenza al trattamento l'AMGE, potrebbe non comportare benefici o essere più efficace (Coster S et al., 2000; McGeoch G et al., 2007; Poolsup N et al., 2008; Breland JY et al., 2013);
- in grado di modificare in modo efficace il trattamento in base alla lettura dei dati registrati con l'AMGE (Sarol JN et al., 2005);
- con durata di intervento e di malattia differenti (Poolsup N et al., 2008; Malanda UL et al., 2012);
- di almeno 65 anni, con plurime comorbidità, ridotta aspettativa di vita, difficoltà cognitive, di visus o sociali (Balk E et al., 2007).

### Limiti

Il reale impatto dell'AMGE sulla riduzione dell'HbA1c è condizionato dalla qualità metodologica difforme degli studi e dal fatto che essi non considerano in modo adeguato i pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica come appartenenti a una categoria clinica eterogenea (Faas A et al., 1997; Sarol JN et al., 2005; Welschen LM et al., 2005; Shekelle P et al., 2007; Poolsup N et al., 2008; Towfigh A et al., 2008; McIntosh B et al., 2010). Ciò comporta i seguenti limiti principali:

- piccole dimensioni campionarie, brevi periodi di *follow-up* con tassi di abbandono non trascurabili (Coster S et al., 2000; Sarol JN et al., 2005; Welschen LM et al., 2005; Balk E et al., 2007; McGeoch G et al., 2007; Poolsup N et al., 2008; Towfigh A et al., 2008; McIntosh B et al., 2010; St John A et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012);
- intervallo di valori basali di HbA1c molto ampi (Sarol JN et al., 2005; Welschen LM et al., 2005; McIntosh B et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012; Malanda UL et al., 2012; Hou Y-Y et al., 2014);
- età media non superiore a 65 anni, durata di malattia molto differente e deficit di *reporting* delle comorbilità associate (Balk E et al., 2007);
- non chiara formulazione delle caratteristiche delle variabili (Faas A et al., 1997);
- non esplicita dichiarazione del livello di HbA1c desiderabile (Poolsup N et al., 2008);
- descrizione non chiara delle modalità di mascheramento nell'allocazione degli interventi e di cecità per coloro che valutano l'esito (Jansen JP, 2006; Welschen LM et al., 2005; Poolsup N et al., 2008; McIntosh B et al., 2010);
- diversità di schemi terapeutici nel gruppo di intervento e in quello di controllo (Faas A et al., 1997);
- eterogeneità di modalità e caratteristiche delle sessioni di formazione o degli interventi di consulenza proposti e scarsa attenzione al livello socio demografico, etnico e culturale dei pazienti (Coster S et al., 2000; Welschen LM et al., 2005; Balk E et al., 2007; Poolsup N et al., 2008; Towfigh A et al., 2008; Clar C et al., 2010; McIntosh B et al., 2010; Farmer AJ et al., 2012; Malanda UL et al., 2012);
- carenza di protocolli standard per valutare validità e affidabilità delle misurazioni (Faas A et al., 1997);
- deficit di standardizzazione di sessioni formative o educative, protocolli o algoritmi di intervento e carenza di segnalazioni sul grado di partecipazione o aderenza (Balk E et al., 2007; McAndrew L et al., 2007; McGeoch G et al., 2007; Shekelle P et al., 2007; Towfigh A et al., 2008; Clar C et al., 2010; McIntosh B et al., 2010; Malanda UL et al., 2012; Breland JY et al., 2013);
- difformità nelle modalità e caratteristiche degli interventi educativi proposti per un corretto stile di vita (Faas A et al., 1997; Sarol JN et al., 2005; Welschen LM et al., 2005; Towfigh A et al., 2008; McIntosh B et al., 2010);
- non chiara descrizione dei cambiamenti attuati sui trattamenti o comportamenti in base alla lettura dei valori di glicemia capillare (Balk E et al., 2007);
- scarsa numerosità e comparabilità dei dati sugli

effetti dell'AMGE in termini di qualità della vita, frequenza e severità degli episodi di ipoglicemia, benessere e soddisfazione del paziente (Welschen LM et al., 2005; McAndrew L et al., 2007; McGeoch G et al., 2007; Balk E et al., 2007).

Per questa revisione sistematica è stata eseguita un'ampia ricerca sulle banche dati biomediche per reperire, analizzare e sintetizzare le prove di efficacia desunte dalle revisioni sistematiche centrate sulla valutazione dell'efficacia dell'AMGE per il controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica. Consideriamo questo approccio all'argomento e il fatto di non avere imposto restrizioni di lingua come un punto di forza; tuttavia, il fatto di avere compiuto una ricerca molto specifica, non averne eseguito una complementare su documenti in fase di pubblicazione o non pubblicati né di avere contattato gli autori delle revisioni non può escludere la possibile presenza di un *bias* di pubblicazione. La sintesi dei risultati è stata prevalentemente narrativa a causa dell'eterogeneità entro una stessa revisione e fra le diverse revisioni. Dato che gli studi inclusi provengono da quasi tutti i continenti, riteniamo ragionevole che le conclusioni a cui siamo giunti si possano generalizzare anche a contesti clinici e realtà socio-culturali differenti.

## CONCLUSIONI

La rilevanza clinica dell'AMGE nei pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica è ancora oggetto di dibattito. Se inteso come unico intervento per il controllo glicemico, l'AMGE non garantisce il risultato desiderato ma, come parte di un programma di autocura e autogestione della malattia (Poolsup N et al., 2008), incorporato in un approccio multidisciplinare e costituito da componenti diverse che riguardano la prevenzione, la cura e il controllo delle complicanze (Coster S et al., 2000), può essere un utile strumento per educare e motivare i pazienti ad aderire al trattamento ipoglicemizzante. La gestione consapevole e volontaria dell'AMGE richiede tuttavia che il paziente:

- sappia come eseguire la lettura della glicemia capillare;
- comprenda quando il valore registrato è al di sopra o al di sotto di quello atteso;
- sia in grado di fare un collegamento tra lettura deviante e comportamenti attuati prima dell'AMGE (dieta, esercizio fisico, farmaci ipoglicemizzanti);
- attui semplici piani d'azione integrabili nel proprio modello di vita per modificare comportamenti scorretti e ottenere un migliore controllo glicemico;
- si affidi all'oggettività dei valori registrati e non a sensazioni soggettive di benessere o malessere;

- valuti le misure di glicemia capillare in un quadro non giudicante (McAndrew L et al., 2007).

E' in questo ambito che può emergere con forza il ruolo educativo dell'infermiere. Attualmente non esiste una frequenza ottimale e condivisa di AMGE e non è stato individuato un particolare sottogruppo di pazienti che più di altri possa beneficiare dell'intervento. Crediamo importante sottolineare che gli studi basano le prove di efficacia utilizzando come esito il livello di HbA1c: anche se questa variabile è clinicamente rilevante per valutare l'aderenza al trattamento ipoglicemizzante, la sua importanza nella prevenzione del rischio di complicanze a lungo termine è controverso (Coster S et al., 2000; McIntosh B et al., 2010).

## BIBLIOGRAFIA

- Alleman S, Houriet C, Diem P et al. (2009) *Self-monitoring of blood glucose in non-insulin treated patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis*. Current Medical Research and Opinion, 25(12), 2903-2913.
- American Diabetes Association, ADA (2010) *Standards of medical care in diabetes - 2010*. <https://goo.gl/Vdm7HD>
- Balk E, Teplinsky E, Trikalinos T et al. (2007) *Applicability of the Evidence Regarding Intensive Glycemic Control and Self-Monitored Blood Glucose to Medicare Patients with Type 2 Diabetes*. <https://goo.gl/mQjxT1>
- Breland JY, McAndrew LM, Burns E et al. (2013) *Using the Common Sense Model of Self-regulation to review the effects of self-monitoring of blood glucose on glycemic control for non-insulin-treated adults with type 2 diabetes*. The Diabetes Educator Journal, 39(4), 541-559.
- Clar C, Barnard K, Cummins E et al. (2010) *Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review*. Health Technology Assessment, 14(12), 1-140.
- Cooper H, Koenka AC (2012) *The overview of reviews: Unique challenges and opportunities when research syntheses are the principal elements of new integrative scholarship*. American Psychologist, 67(6), 446-462.
- Coster S, Gulliford MC, Seed PT et al. (2000) *Self-monitoring in Type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis*. Diabetic Medicine, 17(11), 755-761.
- Davidson MB (2010) *Evaluation of self-monitoring of blood glucose in non-insulin-treated diabetic patients by randomized controlled trials: little bang for the buck*. Reviews on Recent Clinical Trials, 5(3), 138-142.
- Faas A, Schellevis FG, Van Eijk JT (1997) *The efficacy of self-monitoring of blood glucose in NIDDM subjects. A criteria-based literature review*. Diabetes Care, 20(9), 1482-1486.
- Farmer AJ, Perera R, Ward A et al. (2012) *Meta-analysis of individual patient data in randomised trials of self monitoring of blood glucose in people with non-insulin treated type 2 diabetes*. British Medical Journal, 344, e486.
- Goldstein DE (2004) *Test of glycemia in diabetes*. Diabetes Care, 27 (Suppl. 1).
- Hou Y-Y, Li W, Qiu JB et al (2014) *Efficacy of blood glucose self-monitoring on glycemic control in patients with non-insulin-treated type 2 diabetes: A meta-analysis*. International Journal of Nursing Studies, 1(2), 191-195. <https://goo.gl/ucSHVn>
- International Diabetes Federation, IDF (2011) *One adult in ten will have diabetes by 2030*.
- Jansen JP (2006) *Self-monitoring of glucose in type 2 diabetes mellitus: a Bayesian meta-analysis of direct and indirect comparisons*. Current Medical Research and Opinion, 22(4), 671-681.
- Karter AJ, Ackerson LM, Darbinian JA et al. (2001) *Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the Northern California Kaiser Permanente Diabetes registry*. The American Journal of Medicine, 111(1), 1-9.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J et al. (2009) *The PRISMA Statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration*. PLoS Medicine, 6(7), e1000100.
- Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II et al. (2012) *Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD005060.
- McAndrew L, Schneider SH, Burns E et al (2007) *Does patient blood glucose monitoring improve diabetes control? A systematic review of the literature*. The Diabetes Educator, 33(6), 991-101, discussione 1012-1013.
- McCulloch DK (2000) *Comprehensive management of type 2 diabetes*. Hospital Practice, 35(9), 33-36, 41-44, 47-48; discussione 48-50.
- McGeoch G, Derry S, Moore RA (2007) *Self-monitoring of blood glucose in type-2 diabetes: what is the evidence? Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 23(6), 423-440*.
- McIntosh B, Yu C, Lal A et al. (2010) *Efficacy of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin: a systematic review and meta-analysis*. OpenMed, 4(2), e102-113.
- MedlinePlus (2015). *Type 2 Diabetes*. <https://goo.gl/tiz6wa>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al. (2009) *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement*. PLoS Medicine, 6, e100009.
- O'Kane MJ, Pickup J (2009) *Self-monitoring of blood glucose in diabetes: is it worth it?* Annals of Clinical Biochemistry, 46, 273-282.

- Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S et al. (2006) *Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention*. *Diabetes Care*, 29(4), 811-817.
- Poolsup N, Suksomboon N, Jiamsathit W (2008) *Systematic review of the benefits of self-monitoring of blood glucose on glycemic control in type 2 diabetes patient*. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 10.
- Poolsup N, Suksomboon N, Rattanasookchit S (2009) *Meta-analysis of the benefits of self-monitoring of blood glucose on glycemic control in type 2 diabetes patients: an update*. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 11(12), 775-784.
- Robinson KA, Saldanha IJ, McKoy NA (2011) *Development of a framework to identify research gaps from systematic reviews*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(12), 1325-1330.
- Rothman RL, Malone R, Bryant B et al. (2005) *A randomized trial of a primary care-based disease management program to improve cardiovascular risk factors and glycated hemoglobin levels in patients with diabetes*. *The American Journal of Medicine*, 118(3), 276-284.
- Sarol JN, Nicodemus NA Jr, Tan KM et al. (2005) *Self-monitoring of blood glucose as part of a multi-component therapy among non-insulin requiring type 2 diabetes patients: a meta-analysis (1966-2004)*. *Current Medical Research and Opinion*, 21(2), 173-184.
- Saudek CD, Derr RL, Kalyani RR (2006) *Assessing glycaemia in diabetes using self-monitoring blood glucose and hemoglobin A1c*. *The Journal of the American Medical Association*, 295(14), 1688-1697.
- 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.
- Shekelle P, Munjas B, Romanova M et al. (2007) *Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of effectiveness*. VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Department of Veterans Affairs. <https://goo.gl/pqWlzl>
- Simon J, Gray A, Clarke P et al. (2008) *Cost effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with non-insulin treated type 2 diabetes: economic evaluation of data from the DiGEM trial*. *British Medical Journal*, 336(7654), 1177-1180.
- Smith V, Devane D, Begley CM et al. (2011) *Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions*. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 15.
- St John A, Davis WA, Price CP et al. (2010) *The value of self-monitoring of blood glucose: a review of recent evidence*. *Journal of Diabetes and its Complications*, 24(2), 129-141.
- Towfigh A, Romanova M, Weinreb JE et al. (2008) *Self-monitoring of blood glucose levels in patients with type 2 diabetes mellitus not taking insulin: a meta-analysis*. *American Journal of Managed Care*, 14(7), 468-475.
- Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G et al. (2005) *Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review*. *Diabetes Care*, 28(6), 1510-1517.

## Appendice 1. Caratteristiche principali delle revisioni sistematiche incluse

Revisione (paese)	Scopo	Caratteristiche	Intervento	Esito
Allemann S et al., 2009 (Svizzera)	Valutare l'effetto dell'AMGE sul controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RSM</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 15</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 3.383</li> <li>- <i>età (anni)</i>: 50-67</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: 6,3-11,9</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: 0-12,5</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti adulti con diabete mellito non insulinico dipendente, non in terapia insulinica</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: RCT che trattino sia di soggetti in terapia insulinica sia di soggetti non in terapia insulinica non separabili in sottogruppi distinti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: programmi di gestione del diabete mellito non insulinico dipendente che comprendono AMGE</li> <li>- <i>controllo</i>: programmi di gestione del diabete mellito non insulinico dipendente che non comprendono AMGE o con AMGE meno frequente</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: 12-52</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ΔHbA1c</li> <li>- livelli di glicemia capillare</li> <li>- episodi di ipoglicemia</li> </ul>
Balk E et al., 2007 (Stati Uniti)	Identificare le prove di efficacia a supporto della relazione fra AMGE ed esiti clinici in pazienti con diabete mellito di tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RS</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 5</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 1.273</li> <li>- <i>età (anni)</i>: 50-62</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: 7,9-9</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: 5,3-12,5</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti con diabete mellito non insulinico dipendente a prescindere dalla terapia (dieta, ipoglicemizzanti orali, insulina), non ricoverati in ospedale, con qualsiasi durata di malattia</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: studi in cui più della metà dei soggetti ha diabete mellito di tipo 1; soggetti con meno di 18 anni; donne con diabete gestazionale; soggetti con patologie renali allo stadio avanzato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: AMGE</li> <li>- <i>controllo</i>: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico, non AMGE</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: 24-66</li> </ul>	ΔHbA1c
Breland JY et al., 2013 (Stati Uniti)	Esaminare il rapporto fra AMGE e controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RS</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 11</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 2.786</li> <li>- <i>età (anni)</i>: 56-66</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: 6,5-12</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: n.d.</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti con diabete mellito non insulinico dipendente in terapia o non in terapia insulinica</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: studi che investigano popolazioni particolari di soggetti (per es. adolescenti, soggetti con insufficienza d'organo); studi riguardanti solo soggetti in terapia insulinica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: AMGE</li> <li>- <i>controllo</i>: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: n.d.</li> </ul>	ΔHbA1c
Clar C et al., 2010 (Gran Bretagna)	Esaminare se l'AMGE ha effetti sul controllo glicemico, sull'ipoglicemia, sulla qualità della vita correlata alla salute in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RSM</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 24</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 4.276</li> <li>- <i>età (anni)</i>: 48-68</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: 6,2-12</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: 0-12,5</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti adulti con diabete mellito non insulinico dipendente, non in terapia insulinica o in terapia ipoglicemizzante orale o in terapia insulinica o con combinazione di entrambe le terapie</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: studi con <i>follow-up</i> inferiore a 12 settimane, studi in cui alcuni partecipanti sono affetti da diabete mellito insulinico dipendente e non sono separabili in sottogruppi; donne con diabete gestazionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: AMGE, AMGE intensivo</li> <li>- <i>controllo</i>: AMGU, non AMGE, AMGE non intensivo</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: 12-130</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ΔHbA1c</li> <li>- episodi di ipoglicemia</li> <li>- qualità di vita</li> <li>- ansia</li> <li>- depressione</li> <li>- costi</li> <li>- soddisfazione al trattamento</li> <li>- peso corporeo</li> <li>- variazioni di terapia</li> <li>- livelli di colesterolemia</li> <li>- valori di pressione arteriosa</li> </ul>



Coster S et al., 2000 (Gran Bretagna)	Valutare l'efficacia dell'AMGE sul controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 8</li> <li>- numero soggetti: 635</li> <li>- età (anni): 54-65</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 8,8-13,5</li> <li>- durata malattia (anni): n.d.</li> <li>- c. di incl.: n.d.</li> <li>- c. di escl.: n.d.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: AMGE</li> <li>- controllo: n.d.</li> <li>- durata (settimane): 12-52</li> </ul>	ΔHbA1c
Faas A et al., 1997 (Paesi bassi)	Determinare l'efficacia dell'AMGE in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RS</li> <li>- RCT considerati: 6</li> <li>- numero soggetti: 462</li> <li>- età (anni): n.d.</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 6,1-12,4</li> <li>- durata malattia (anni): n.d.</li> <li>- c. di incl.: studi orientati al paziente</li> <li>- c. di escl.: soggetti con diabete mellito insulino dipendente o non in terapia esclusiva con insulina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: AMGE</li> <li>- controllo: n.d.</li> <li>- durata (settimane): 12-62</li> </ul>	ΔHbA1c
Farmer AJ et al., 2012 (Gran Bretagna)	Valutare l'efficacia dell'AMGE in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica rispetto alla gestione clinica senza AMGE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 6</li> <li>- numero soggetti: 2.248</li> <li>- età (anni): 50-70</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 6,9-9,7</li> <li>- durata malattia (anni): n.d.</li> <li>- c. di incl.: soggetti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia insulinica</li> <li>- c. di escl.: studi con follow-up inferiore a 6 mesi; studi che coinvolgono almeno 80 partecipanti per gruppo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: AMGE</li> <li>- controllo: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- durata (settimane): 12-52</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ΔHbA1c</li> <li>- valori di pressione arteriosa</li> <li>- livelli di colesterolemia</li> </ul>
Hou Y-Y et al., 2014 (Cina)	Valutare l'efficacia dell'AMGE sul controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 7</li> <li>- numero soggetti: 1.898</li> <li>- età (anni): n.d.</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 7,6-9</li> <li>- durata malattia (anni): n.d.</li> <li>- c. di incl.: soggetti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia insulinica</li> <li>- c. di escl.: studi che comparano AMGE con AMGU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: AMGE</li> <li>- controllo: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- durata (settimane): 24-52</li> </ul>	ΔHbA1c
Jansen JP, 2006 (Paesi Bassi)	Valutare l'efficacia degli interventi di AMGE e di AMGU rispetto a nessun intervento di auto-monitoraggio in termini di migliore controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 13</li> <li>- numero soggetti: 2.017</li> <li>- età (anni): 35-75</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 6,1-12,4</li> <li>- durata malattia (anni): n.d.</li> <li>- c. di incl.: soggetti con diabete mellito non insulino dipendente a prescindere dalla terapia (dieta, ipoglicemizzanti orali, insulina)</li> <li>- c. di escl.: studi di accuratezza diagnostica che hanno comparato la performance di AMGE con un riferimento diagnostico standard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: AMGE</li> <li>- controllo: programmi di gestione del diabete mellito non insulino dipendente che comprendono o non comprendono AMGE o che comprendono AMGU</li> <li>- durata (settimane): 12-52</li> </ul>	ΔHbA1c
Malanda UL et al., 2012 (Paesi Bassi)	Valutare gli effetti dell'AMGE nei pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 12</li> <li>- numero soggetti: 2.858</li> <li>- età (anni): 49-65</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 6,2-13,5</li> <li>- durata malattia (anni): 0-12</li> <li>- c. di incl.: soggetti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia insulinica</li> <li>- c. di escl.: n.d.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: AMGE</li> <li>- controllo: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico, AMGU</li> <li>- durata (settimane): 24-52</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ΔHbA1c</li> <li>- qualità di vita correlata alla salute</li> <li>- benessere percepito</li> <li>- soddisfazione al trattamento</li> <li>- livelli di glicemia capillare</li> <li>- episodi di ipoglicemia</li> <li>- morbilità</li> <li>- eventi avversi</li> <li>- costi</li> </ul>

McAndrew L et al., 2007 (Stati Uniti)	Valutare l'impatto dell'AMGE sul controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RS</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 11</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 1.677</li> <li>- <i>età (anni)</i>: 50-62</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: n.d.</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: n.d.</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti con diabete mellito insulino dipendente o non, a prescindere dalla terapia con insulina; soggetti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia con insulina e sottoposti a esame per valutare gli effetti dell'AMGE sui livelli di HbA1c</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: soggetti con diabete insulino dipendente; soggetti adolescenti con diabete mellito non insulino dipendente; donne con diabete gestazionale; soggetti non vedenti o con insufficienza renale; studi che hanno valutato la <i>performance</i> degli operatori sanitari sul monitoraggio del glucosio ematico; studi che hanno valutato gli effetti dell'AMGE sui livelli di fruttosamina; studi in cui l'AMGE è parte di un intervento complesso che considera fattori non correlati all'AMGE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: AMGE</li> <li>- <i>controllo</i>: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: n.d.</li> </ul>	ΔHbA1c
McGeoch G et al., 2007 (Gran Bretagna)	Valutare l'efficacia dell'AMGE in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RS</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 3</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 1.001</li> <li>- <i>età (anni)</i>: 50-62</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: 8,4-9</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: 5,4-8</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti con diabete mellito non insulino dipendente che utilizzano l'AMGE come componente della gestione della patologia</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: RCT con almeno 6 mesi di <i>follow-up</i>; studi che coinvolgono almeno 50 partecipanti per gruppo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: AMGE</li> <li>- <i>controllo</i>: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: 24-52</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ΔHbA1c</li> <li>- morbilità</li> <li>- complicanze correlate alla patologia</li> </ul>
McIntosh B et al., 2010 (Canada)	Determinare l'effetto dell'AMGE rispetto al non AMGE in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RSM</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 7</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 2.271</li> <li>- <i>età (anni)</i>: n.d.</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: 8,1-10,5</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: n.d.</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti con diabete mellito non insulino dipendente non in terapia insulinica</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: studi che non riportano gli esiti per tipo di diabete o di terapia; studi con <i>follow-up</i> inferiore a 4 settimane; studi che manifestano diverse pratiche di gestione della patologia fra i due gruppi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: AMGE</li> <li>- <i>controllo</i>: non AMGE, AMGE a diversa frequenza</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: 24-52</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ΔHbA1c</li> <li>- episodi di ipoglicemia</li> <li>- peso corporeo</li> <li>- episodi di coma iperosmolare, iperglicemico non chetoacidotico</li> <li>- qualità di vita</li> <li>- soddisfazione al trattamento</li> <li>- efficacia di autogestione</li> <li>- complicanze correlate alla patologia</li> </ul>
Poolsup N et al., 2008 (Tailandia)	Valutare le prove di efficacia a vantaggio dell'AMGE sul controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RSM</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 7</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 1.724</li> <li>- <i>età (anni)</i>: 25-75</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: 7,4-12,2</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: ≥0,25</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti adulti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia insulinica</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: studi che comparano AMGE con AMGU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: AMGE</li> <li>- <i>controllo</i>: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: 12-52</li> </ul>	ΔHbA1c

Poolsup N et al., 2009 (Tailandia)	Valutare le prove di efficacia a vantaggio dell'AMGE sul controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 10</li> <li>- numero soggetti: 2.720</li> <li>- età (anni): 25-80</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 6,2-13,5</li> <li>- durata malattia (anni): <math>\geq 0,25</math></li> <li>- c. di incl.: soggetti adulti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia insulinica</li> <li>- c. di escl.: studi che comparano AMGE con AMGU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: AMGE</li> <li>- controllo: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- durata (settimane): 12-52</li> </ul>	$\Delta$ HbA1c
Sarol JN et al., 2005 (Filippine)	Determinare se i programmi di intervento che includono l'AMGE rispetto a quelli che non lo includono possono migliorare il controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 8</li> <li>- numero soggetti: 1.441</li> <li>- età (anni): 50-65</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 6,1-10,5</li> <li>- durata malattia (anni): 5,2-12,7</li> <li>- c. di incl.: soggetti adulti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia insulinica</li> <li>- c. di escl.: soggetti con diabete mellito insulino dipendente; soggetti con meno di 18 anni con diabete mellito non insulino dipendente; donne in gravidanza o con diabete gestazionale; soggetti in trattamento insulinico o con farmaci sperimentali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: programmi di gestione del diabete mellito non insulino dipendente che comprendono AMGE</li> <li>- controllo: programmi di gestione del diabete mellito non insulino dipendente che non comprendono AMGE</li> <li>- durata (settimane): 12-44</li> </ul>	$\Delta$ HbA1c
Shekelle P et al., 2007 (Stati Uniti)	Analizzare la documentazione scientifica per rispondere al seguente quesito di ricerca: l'AMGE regolare è efficace per il controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 10</li> <li>- numero soggetti: 1.904</li> <li>- età (anni): 50-66</li> <li>- valore basale HbA1c (%): n.d.</li> <li>- durata malattia (anni): 3-13</li> <li>- c. di incl.: soggetti con diabete mellito non insulino dipendente che utilizzano l'AMGE come strategia esclusiva o come componente della gestione della patologia</li> <li>- c. di escl.: studi con follow-up inferiore a 12 mesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: solo AMGE o entro programmi di gestione del diabete mellito non insulino dipendente che comprendono AMGE</li> <li>- controllo: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- durata (settimane): 12-78</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\Delta</math>HbA1c</li> <li>- livelli di glicemia capillare</li> <li>- episodi di ipoglicemia</li> </ul>
St John A et al., 2010 (Australia)	Rivedere la letteratura scientifica recente relativa al ruolo dell'AMGE sul controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 7</li> <li>- numero soggetti: 2.358</li> <li>- età (anni): n.d.</li> <li>- valore basale HbA1c (%): 7,5-9</li> <li>- durata malattia (anni): n.d.</li> <li>- c. di incl.: soggetti con diabete mellito insulino dipendente o non, a prescindere dal tipo di terapia</li> <li>- c. di escl.: donne con diabete gestazionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: AMGE, AMGE intensivo</li> <li>- controllo: non AMGE, standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- durata (settimane): 24-52</li> </ul>	$\Delta$ HbA1c
Towfigh A et al., 2008 (Stati Uniti)	Valutare l'efficacia dell'AMGE in pazienti con diabete mellito di tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disegno di studio: RSM</li> <li>- RCT considerati: 9</li> <li>- numero soggetti: 1.840</li> <li>- età (anni): 50-66</li> <li>- valore basale HbA1c (%): n.d.</li> <li>- durata malattia (anni): 3-13</li> <li>- c. di incl.: soggetti adulti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia insulinica</li> <li>- c. di escl.: studi con follow-up inferiore a 12 mesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento: solo AMGE o entro programmi di gestione del diabete mellito non insulino dipendente che comprendono AMGE</li> <li>- controllo: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico</li> <li>- durata (settimane): 12-62</li> </ul>	$\Delta$ HbA1c



Welschen LM et al., 2005 (Paesi Bassi)	Valutare gli effetti dell'AMGE rispetto alle cure tradizionali (senza AMGE) sul controllo glicemico, la qualità della vita e del benessere, la soddisfazione del paziente e gli episodi di ipoglicemia in pazienti con diabete mellito di tipo 2 non in terapia insulinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>disegno di studio</i>: RSM</li> <li>- <i>RCT considerati</i>: 5</li> <li>- <i>numero soggetti</i>: 1.197</li> <li>- <i>età (anni)</i>: 50-61</li> <li>- <i>valore basale HbA1c (%)</i>: 8,2-12,4</li> <li>- <i>durata malattia (anni)</i>: 5,2-13,3</li> <li>- <i>c. di incl.</i>: soggetti con diabete mellito non insulino dipendente, non in terapia insulinica al momento del reclutamento</li> <li>- <i>c. di escl.</i>: soggetti con: diabete gestazionale; diabete mellito insulino dipendente; donne in gravidanza; soggetti in terapia con insulina o con ipoglicemizzanti orali sperimentali; soggetti giovani non diabetici con esordio successivo di diabete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intervento</i>: AMGE</li> <li>- <i>controllo</i>: standard correnti per il monitoraggio dei livelli di glucosio ematico, AMGU</li> <li>- <i>durata (settimane)</i>: 24-52</li> </ul>	ΔHbA1c
<p>AMGE: automonitoraggio glucosio ematico  AMGU: automonitoraggio glucosio urinario  n.d.: non dichiarato  RCT: studio controllato randomizzato  RS: revisione sistematica  RSM: revisione sistematica con metanalisi  ΔHbA1c: variazione emoglobina glicata</p>				

## Appendice 2. Studi esclusi e motivazione

Riferimento bibliografico	Motivo dell'esclusione
Angeles RN et al. (2011)   PMID:0041554	telemedicina/telehealth/telecare
Balas EA et al. (2004)   PMID: 15167329	telemedicina/telehealth/telecare
Buehler AM et al. (2013)   PMID: 22212499	modalità/tecnica AMGE
Cassimatis M et al. (2012)   PMID: 23209266	telemedicina/telehealth/telecare
Coca SG et al. (2012)   PMCID: PMC3688081	modalità/tecnica AMGE
Coyle ME et al. (2013)   PMID: 24018058	autocura
Edelman D et al. (2012)   PMID: 22916369	condizioni croniche in generale
Egger M et al. (1997)   PMID: 9400915	diabete mellito di tipo 1
Farmer A et al. (2005)   PMID: 16176199	telemedicina/telehealth/telecare
Floyd B et al. (2012)   PMID: 23063035	diabete mellito di tipo 1
Gandhi GY et al. (2011)   PMID: 21880239	modalità/tecnica AMGE
Gary TL et al. (2003)   PMID: 12854339	autocura
Gherman A et al. (2011)   PMID: 21478378	autocura
Given JE et al. (2013)   PMID: 23324062	autocura
Golicki DT et al. (2008)   PMID: 18060380	diabete mellito di tipo 1
Greenwood DA et al. (2014)   PMID: 24876591	telemedicina/telehealth/telecare
Gross JL et al. (2011)   PMID: 21576535	trattamento farmacologico
Hagenmeyer EG et al. (2011)   PMID: 21978524	diabete mellito di tipo 1
Health Quality Ontario (2011)   PMID: 23074416	modalità/tecnica AMGE
Hoeks LB et al. (2011)   PMID: 21392060	modalità/tecnica AMGE
Hood KK et al. (2009)   PMID: 19884476	diabete mellito di tipo 1
Horvath K et al. (2010)   PMCID: PMC2848718	diabete gestazionale
Hummer K et al. (2011)   PMID: 21131598	autocura
Inoue S et al. (2013)   PMID: 23506841	modalità/tecnica AMGE
Langendam M et al. (2012)   PMID: 22258980	diabete mellito di tipo 1
Lima OL et al. (2014)   PMID: 24360230	analisi costo efficacia
MacLeod SF et al. (2013)   PMID: 24038928	autocura
Minet L et al. (2010)   PMID: 19906503	autocura
Neylon OM et al. (2013)   PMID: 23364787	diabete mellito di tipo 1
Norris SL et al. (2002)   PMID: 11985934	autocura
Peterson A (2014)   PMID: 24876414	diabete mellito di tipo 1
Pickup JC et al. (2011)   PMID: 21737469	diabete mellito di tipo 1
Poolsup N et al. (2013)   PMID: 23876067	modalità/tecnica AMGE
Ramotowska A et al. (2013)   PMID: 23329581	diabete mellito di tipo 1
Russell-Minda E et al. (2009)   PMID: 20144402	telemedicina/telehealth/telecare
Samoocha D et al. (2010)   PMCID: PMC2956234	telemedicina/telehealth/telecare
Sardar P et al. (2015)   PMID: 25944874	modalità/tecnica AMGE
Shulman RM et al. (2010)   PMID: 20886054	diabete mellito di tipo 1
Stettler C et al. (2006)   PMID: 16824829	complicanze
Tan P et al. (2012)   PMID: 22925613	complicanze
Tao D et al. (2013)   PMID: 23563018	autocura
Tildesley HD et al. (2015)   PMID: 25456641	telemedicina/telehealth/telecare
Wojciechowski P et al. (2011)   PMID: 22045094	diabete mellito di tipo 1
Yeh HC et al. (2012)   PMID: 22777524	modalità/tecnica AMGE

PHM: Protocol for Metadata Harvesting; PMCID: PubMed Central ID; PMID: PubMed ID

Appendice 3. Studi controllati randomizzati inclusi nelle revisioni considerate

Studi controllati randomizzati	Numero di partecipanti	Revisioni considerate																				
		Alleman S et al., 2009	Balk E et al., 2007	Breland JY et al., 2013	Clar C et al., 2010	Coster S et al., 2000	Faas A et al., 1997	Farmer AJ et al., 2012	Hou Y-Y et al., 2014	Jansen JP, 2006	Malanda UL et al., 2012	McAndrew L et al., 2007	McGeoch G et al., 2007	McIntosh B et al., 2010	Poolsup N et al., 2008	Poolsup N et al., 2009	Sarol JN et al., 2005	Shekelle P et al., 2007	St John A et al., 2010	Towfigh A et al., 2008	Weischen LM et al., 2005	
Allen, 1990	54				•	•	•			•	•	•										•
Atsumi, 1997	171	•			•																	
Barnett, 2008	610	•		•	•			•	•		•			•		•				•		
Bonomo, 2010	273			•																		
Brown, 2002	256	•			•					•												
Cho, 2006	80				•																	
Davidson, 2004	89	•	•		•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Duràn, 2010	195										•											
Estey, 1990	60	•			•	•	•			•							•					
Ezenwaka, 2010	49			•																		
Farmer, 2007	453	•		•	•			•		•				•	•	•		•	•	•	•	
Fontbonne, 1989	208	•	•		•	•	•			•	•				•	•	•	•	•	•	•	•
Franciosi, 2011	62							•		•												
Gallichan, 1994	24				•	•	•															
Guerci, 2003	689	•	•		•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Jaber, 1996	39	•			•					•				•	•	•	•	•	•	•	•	
Johnson, 2006	262				•																	
Kibriya, 1999	64		•		•						•							•				
Kleefstra, 2010	41			•				•		•												
Kwon, 2004	110	•			•					•		•					•		•			
Lim, 2011	154			•																		
Miles, 1997	150				•	•				•		•										
Mohan, 2010	280			•																		
Moreland, 2006	199				•							•										
Muchmore, 1994	23	•			•	•				•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•
O’Kane, 2008	184	•		•	•			•	•	•			•		•				•			
Polonsky, 2011	483			•																		
Rutten, 1990	66	•			•	•	•			•		•						•		•		
Scherbaum, 2008	202	•		•	•										•							
Schwedes, 2002	223	•	•		•			•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Seaton, 1996	10				•						•											
SMBG, 2002	250										•											
Wing, 1986	50				•	•	•			•								•		•		
Yoo, 2008	57			•																		

## Appendice 4. Qualità metodologica delle revisioni considerate (AMSTAR Checklist)

	Alleman S et al., 2009	Balk E et al., 2007	Breland JY et al., 2013	Clar C et al., 2010	Coster S et al., 2000	Faas A et al., 1997	Farmer AJ et al., 2012	Hou Y-Y et al., 2014	Jansen JP, 2006	Malanda UL et al., 2012	McAndrew L et al., 2007	McGeoch G et al., 2007	McIntosh B et al., 2010	Poolsup N et al., 2008	Poolsup N et al., 2009	Sarol JN et al., 2005	Shekelle P et al., 2007	St John 2010	Towfigh A et al., 2008	Weischen LM et al., 2005
Disegno di studio	RSM	RS	RS	RSM	RSM	RS	RSM	RSM	RSM	RSM	RS	RS	RSM	RSM	RSM	RSM	RSM	RSM	RSM	RSM
Il disegno di studio è stato deciso a priori?	si	si	si	si	si	si	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?	si	-	no	-	no	no	no	-	si	si	no	-	-	-	-	no	-	no	no	si
E' stata effettuata una ricerca completa della letteratura disponibile?	si	no	-	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	si	si	no	-	-	si	si
Il tipo di pubblicazione (per es. letteratura grigia) è stato utilizzato come criterio di inclusione?	si	si	si	si	no	no	si	-	si	si	-	si	si	si	si	si	-	-	-	si
E' stato fornito un elenco di studi (inclusi ed esclusi)?	si	si	no	no	no	si	si	no	no	si	no	si	si	si	si	si	si	no	no	no
Sono state illustrate le caratteristiche degli studi inclusi?	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	-	si	si	si	no	si	si	si
E' stata valutata e documentata la qualità scientifica degli studi inclusi?	si	no	si	si	si	si	no	si	si	si	si	-	si	si	si	-	si	no	si	si
La qualità scientifica degli studi inclusi è stata utilizzata adeguatamente nel formulare le conclusioni?	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	-	si	si	si	si
Sono stati appropriati i metodi utilizzati per combinare i risultati degli studi?	si	-	no	si	si	no	si	si	-	si	no	-	si	si	si	si	si	si	si	si
E' stato valutato il rischio di bias di pubblicazione?	no	no	no	no	si	no	no	no	no	si	no	no	si	si	si	no	si	si	si	no
E' stato considerato il possibile conflitto di interessi?	si	-	no	si	no	no	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	no	no	si	no
<b>Punteggio</b>	10	5	5	8	7	5	8	6	7	11	5	7	9	9	10	6	6	5	8	8
<b>Qualità metodologica</b>	a	m	m	a	m	m	a	m	m	a	m	m	a	a	a	m	m	m	a	a

a: alta; m: media; RS: revisione sistematica; RSM: revisione sistematica con metanalisi

# Efficacia del bagno con clorexidina gluconato al 2% nella prevenzione delle batteriemie associate a catetere intravascolare in terapia intensiva: una revisione sistematica

Marina Palombi<sup>1</sup>, Lucia Mauro<sup>2</sup>, Stefano Casciato<sup>3</sup>, Angela Peghetti<sup>4</sup>, Maria Matarese<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Coordinatore infermieristico, Unità terapia intensiva cardiocirurgica, AO Policlinico Umberto I, Roma; <sup>2</sup>Infermiera, sala operatoria neurochirurgica, Azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini, Roma; <sup>3</sup>Direttore Polo della pratica clinica, Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (CECRI), Roma; <sup>4</sup>Dirigente, Ufficio infermieristico, Casa di cura polispecialistica Solatrix, Rovereto; <sup>5</sup>Professore associato MED/45, Università Campus Bio-Medico di Roma

Corrispondenza: marina.p67@gmail.com

## RIASSUNTO

**Introduzione** La clorexidina gluconato (CG) è un agente antimicrobico utilizzato per l'antisepsi della cute. Negli ultimi anni il suo uso è stato esteso all'igiene dei pazienti per ridurre le batteriemie nelle terapie intensive. L'obiettivo della revisione è di sintetizzare la letteratura che ha valutato l'efficacia della clorexidina gluconato al 2% nell'igiene dei pazienti per ridurre le batteriemie catetere-correlate.

**Metodi e strumenti** È stata condotta una revisione sistematica della letteratura, secondo le raccomandazioni del Joanna Briggs Institute, attraverso le banche dati PubMed, CINAHL e Cochrane Library. Sono stati selezionati studi sperimentali o quasi-sperimentali che comparavano l'uso delle salviette impregnate di clorexidina gluconato al 2% con l'igiene eseguita con acqua e sapone o con salviette detergenti saponose.

**Risultati** Sono stati inclusi nella revisione 6 articoli. Due studi non hanno mostrato alcun effetto del bagno con clorexidina gluconato sulla prevenzione delle infezioni correlate al catetere, mentre quattro studi hanno mostrato una riduzione del rischio di infezione dal 53% all'87%.

**Conclusioni** Pur in presenza di alcuni studi a supporto dell'efficacia delle salviette imbevute di clorexidina gluconato al 2% nell'igiene quotidiana dei pazienti in unità di terapia intensiva, a oggi non si può ancora raccomandare il loro utilizzo come pratica routinaria. Sono necessari ulteriori studi.

**Parole chiave:** batteriemia, unità terapia intensiva, clorexidina gluconato, catetere intravascolare, lavaggio

## Effectiveness of daily 2% chlorhexidine bathing on intravascular catheter-associated bloodstream infection in intensive care unit: a systematic review

### ABSTRACT

**Introduction** Chlorhexidine gluconate (CHG) is an antimicrobial agent used for the skin antisepsis. Recently its use has been extended to intensive care unit patients to prevent catheter-related bloodstream infections. The aim of the review is to synthesize the evidences about the assessment of daily bathing with 2% CHG impregnated-washcloths in reducing catheter-related bloodstream infections.

**Methods** A systematic review through PubMed, CINAHL and Cochrane Library databases has been conducted following the Joanna Briggs Institute recommendations. Experimental or quasi-experimental studies comparing the daily use of 2% CHG impregnated-washcloths versus daily water and soap bath or washcloths were selected.

**Results** Six articles were included in the review. Two studies showed no effect of the daily bath with 2% CHG in preventing catheter-related bloodstream infections, while four studies showed a reduction of the infection risk ranging from 53% to 87%.

**Conclusions** Although there are some studies that state the effectiveness of 2% CHG impregnated-washcloths for the daily hygiene of intensive care unit patients, their use can't be recommended as routine practice. Further studies are still needed.

**Keywords:** bloodstream infection, intensive care unit, chlorhexidine gluconate, intravascular catheter, bathing

## INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano un problema rilevante nelle strutture sanitarie poiché si associano a un aumento della morbilità e mortalità dei pazienti e dei costi. In particolare, nelle unità di terapia intensiva la frequenza delle infezioni correlate all'assistenza è da 5 a 10 volte superiore a quella riscontrata in altre aree ospedaliere, a causa della gravità clinica dei pazienti ricoverati e delle procedure che prevedono l'utilizzo di dispositivi altamente invasivi (ASSR Emilia-Romagna, 2014). In particolare, tra i dispositivi intravascolari, i cateteri venosi centrali, se non correttamente inseriti e gestiti, possono comportare un aumento del rischio di infezioni diffuse per via ematica. I *Centers for Disease Control and Prevention* hanno stimato che ogni anno negli Stati Uniti si verificano dalle 12.000 alle 18.000 batteriemie associate ai cateteri intravascolari, con una mortalità che va dal 15% al 25% e una spesa pari a 16.550 dollari a episodio (O'Grady NP et al., 2011). In Italia, la frequenza di infezioni correlate a catetere intravascolare è del 15,8%, percentuale più elevata rispetto alla media europea. Il problema è accentuato dalla diffusione di microrganismi multiresistenti agli antibiotici significativamente più presenti in Italia rispetto agli altri paesi europei (ASSR Emilia-Romagna, 2014). Per i pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva sono particolarmente temibili le infezioni da enterococco vancomicina-resistente e *Staphylococcus aureus* meticillina-resistente in quanto di difficile trattamento con i comuni agenti antimicrobici (Chen W et al., 2013).

La contaminazione dei cateteri vascolari può derivare dai batteri residenti sulla cute del paziente che penetrano nel torrente ematico al momento dell'inserzione del catetere e/o durante la permanenza del catetere. Tale contaminazione può essere ridotta attraverso un'adeguata antisepsi della cute del paziente prima dell'inserzione del catetere e mantenendo bassa la carica microbica cutanea durante tutta la permanenza del catetere vascolare (O'Grady NP et al., 2011; Climo MW et al., 2013).

L'antisettico maggiormente utilizzato e raccomandato per l'antisepsi della cute è la clorexidina gluconato (Lovedaya HP et al., 2014; O'Grady NP et al., 2011), che agisce denaturando la membrana dei microrganismi ed è attiva contro i germi Gram-positivi, Gram-negativi e i miceti. La clorexidina gluconato presenta un'elevata affinità per le proteine dell'epidermide, per cui è facilmente assorbita a livello dello strato corneo cutaneo, rimanendo attiva anche per molte ore dopo l'applicazione.

La clorexidina gluconato è disponibile in soluzione alcolica o acquosa. La soluzione alcolica, a diverse concentrazioni, è impiegata per l'antisepsi della cute integra e delle mani degli operatori sanitari. La soluzione acquosa, unita a una soluzione detergente, è utilizzata per l'antisepsi della cute integra prima di procedure invasive. Recentemente, l'uso della clorexidina gluconato è stato esteso all'igiene quotidiana dei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva. Infatti, alcuni studi hanno mostrato che la decontaminazione routinaria della cute dei pazienti con salviette detergenti imbevute di clorexidina gluconato al 2% potrebbe impedire l'ingresso nel circolo ematico dei microrganismi presenti sulla cute dei pazienti attraverso i cateteri vascolari o altre soluzioni di continuo della cute (O'Grady NP et al., 2011; Chen W et al., 2013).

## Obiettivo

L'obiettivo della presente revisione sistematica è quello di sintetizzare la letteratura che ha valutato l'efficacia dell'igiene quotidiana di pazienti effettuata con salviette detergenti imbevute di clorexidina gluconato al 2% per la prevenzione delle batteriemie associate a catetere intravascolare nei pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva.

## MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione sistematica della letteratura secondo le raccomandazioni del Joanna Briggs Institute (JBI, 2014) e utilizzando il software Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MAStARI), ideato dall'Istituto per supportare i ricercatori nel processo di revisione sistematica della letteratura.

Il quesito di ricerca è descritto nella tabella 1. Sono state consultate le banche dati PubMed, CINHAL, e Cochrane Library.

La ricerca è stata limitata ad articoli di ricerca primaria pubblicati dal 1 gennaio 2000 al 31 marzo 2015, in lingua inglese e italiana. La strategia di ricerca utilizzata per ogni banca dati è specificata in tabella 2.

Nella prima fase di selezione, due autori in maniera indipendente hanno letto il titolo e l'*abstract* degli articoli individuati nelle banche dati selezionando quelli che rispettavano i criteri di inclusione, elencati nella tabella 3. Successivamente, gli articoli selezionati sono stati reperiti in *full text* e inclusi solo se rispondevano ai criteri di inclusione (tabella 3). In caso di dubbio è stata richiesta la valutazione di un terzo autore.

Tabella 1. Quesito di ricerca

Metodologia PICO		
P	<i>patient</i> (paziente)	pazienti adulti (>18 anni) ricoverati in unità di terapia intensiva con accesso vascolare
I	<i>intervention</i> (intervento)	igiene quotidiana con salviette impregnate di clorexidina gluconato al 2%
C	<i>comparison</i> (controllo)	igiene quotidiana con un altro prodotto: un altro antisettico, acqua e sapone o un altro detergente
O	<i>outcomes</i> (esiti)	primario: batteriemie associate a catetere vascolare
Quesito di ricerca		
Il bagno giornaliero con clorexidina gluconato al 2% è in grado di ridurre il rischio di batteriemie associate al catetere vascolare nei pazienti adulti ricoverati in unità di terapia intensiva?		

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave
CINHAL	“decolonization skin”[free term] chlorhexidine OR CHG[free term] “bloodstream infection”bacteremia[free term] intensive care unit [free term] cloth OR pad[free term] daily bath and bathing and whole-body bathing” [free term]
Cochrane Library	CHG, chlorhexidine[free term] healthcare associated infection, bloodstream infection [free term] daily bath, bathing, whole-body bathing [free term]
PubMed	(“daily bath”[Text Word] OR bathing[Text Word] OR “whole-body bathing”[Text Word] OR hygiene[Text Word] OR “decolonization skin”[Text Word]) AND (chlorhexidine[Text Word] OR CHG[Text Word]) AND (“healthcare associated infection” [Text Word] OR “bloodstream infection” [Text Word] OR BSI[Text Word] OR CLABSI[Text Word] OR CRBSI[Text Word] OR bacteremia[Text Word]) AND (Catheter*[Text Word] OR “central line” [Text Word]) (intensive care[Text Word] OR critical care[Text Word] OR ICU[Text Word]) AND (pad [Text Word] OR cloth [Text Word])

### Valutazione della qualità metodologica degli studi

La qualità metodologica degli articoli inclusi nella revisione è stata stabilita da due valutatori indipendenti attraverso lo strumento di valutazione critica degli studi sperimentali o quasi-sperimentali (Critical Appraisal Checklist) del MASTARI. Tale strumento valuta la qualità metodologica sulla base di 10 criteri: modalità di randomizzazione, cecità dei partecipanti, cecità dei ricercatori e dei valu-

tatori, comparabilità del gruppo sperimentale e di controllo a inizio studio, omogeneità di trattamento, misurazione omogenea degli esiti nel gruppo sperimentale e di controllo, affidabilità degli strumenti di misurazione degli esiti, appropriatezza dell'analisi statistica, inclusione nell'analisi dei risultati dei soggetti ritirati. Eventuali discordanze tra i valutatori sono state risolte consultando un terzo valutatore. Sono stati inclusi gli articoli che ottenevano un punteggio minimo di 6 su 10.

**Tabella 3. Criteri di inclusione ed esclusione**

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
pazienti con età >18 anni con accesso vascolare	pazienti con età <18 anni
studi condotti in unità di terapia intensiva mediche/chirurgiche: - trapianti d'organo - post-chirurgica - traumatologica - cardiologica - cardiocirurgica - neurologica	studi condotti in unità di terapia intensiva per ustionati
studi clinici randomizzati controllati, studi clinici non randomizzati, studi quasi-sperimentali (serie temporali interrotte)	studi di <i>coorte</i> , descrittivi o correlazionali
esito primario: batteriemie associate/correlate al catetere (CLABSI; CRBSI) esito secondario: reazioni cutanee	batteriemie primarie e secondarie, batteriemie correlate all'assistenza, infezioni respiratorie, urinarie o del sito chirurgico correlate all'assistenza
CLABSI: central-line associated bloodstream infection, infezioni associate a catetere venoso centrale CRBSI: catheter related bloodstream infection, infezioni correlate al catetere	

### Analisi dei dati

Due autori in maniera indipendente hanno estratto le informazioni salienti dagli articoli e le hanno riportate in sintesi in appendice 1 a pagina e129. Eventuali differenze sono state risolte attraverso un confronto tra revisori. A causa della diversità clinica e metodologica e dell'eterogeneità degli studi considerati ( $\chi^2=12,44$ ,  $gl=4$ ;  $p=0,01$ ) non si è potuto procedere alla valutazione dei risultati della meta-analisi (JBI, 2014).

## RISULTATI

### Studi considerati

Dalla consultazione delle banche dati sono emersi 133 articoli. Dopo l'eliminazione dei doppi, dei 74 articoli rimasti sono stati valutati i titoli e gli *abstract* sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione, portando all'esclusione di 55 articoli in quanto non pertinenti. Sono stati valutati i *full text* dei rimanenti 19 articoli e ne sono stati esclusi 13 in quanto non corrispondenti ai criteri di inclusione (studi non sperimentali, esito considerato diverso, contesto diverso dalla unità di terapia intensiva, differente concentrazione o modalità di preparazione della clorexidina gluconato).

I rimanenti sei articoli sono stati valutati per la loro qualità metodologica sulla base della Critical Appraisal Checklist del MASTARI e, avendo ottenuto un punteggio superiore a 6 su 10, sono stati inclusi nella revisione (Appendice 1).

Tre studi avevano un disegno a serie temporale in-

terrotta e tre erano studi randomizzati a *cluster* con disegno *crossover*.

### Popolazione in studio

I sei studi individuati sono stati pubblicati tra il 2007 e il 2015. Di questi: due erano di tipo multicentrico e includevano pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva mediche e chirurgiche; due sono stati condotti su pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva mediche; uno studio è stato condotto su pazienti di unità di terapia intensiva chirurgica e uno su pazienti di unità di terapia intensiva traumatologica. Il totale della popolazione studiata è stata di 12.483 pazienti per il gruppo d'intervento e di 13.494 pazienti per il gruppo di controllo.

### Intervento e controllo

Le salviette detergenti imbevute di clorexidina gluconato al 2% sono state comparate con il bagno effettuato con acqua e sapone (3 studi) o con l'igiene eseguita con salviette detergenti già pronte non imbevute di antisettico (3 studi). In tre studi, due dei quali randomizzati, l'efficacia della clorexidina gluconato è stata valutata per oltre 6 mesi comparando l'incidenza delle infezioni con il periodo successivo in cui venivano utilizzati il bagno con acqua e sapone o salviettine detergenti (Bleasdale SC et al., 2007; Evans HL et al., 2010; Climo MW et al., 2013). I criteri di diagnosi di batteriemia si sono basati sulla positività microbiologica della coltura del catetere vascolare nelle infezioni ematiche associate

a catetere venoso centrale (central-line associated bloodstream infection, CLABSI) e l'esclusione di altre cause di batteriemia primaria nelle infezioni ematiche correlate al catetere (catheter related bloodstream infection, CRBSI).

Le differenze nel profumo e nell'aspetto dei tessuti utilizzati nel bagno quotidiano hanno determinato un limite molto importante in tutti gli studi considerati nella revisione, in quanto carenti di criterio di cecità sia dei pazienti sia degli operatori e dei valutatori.

### Esiti

Gli studi selezionati hanno valutato come esiti le infezioni ematiche associate a catetere venoso centrale (CLABSI) (Bleasdale SC et al., 2007; Popovich KJ et al., 2009, 2010; Climo MW et al., 2013; Noto MJ et al., 2015) o correlate al catetere (CRBSI) (Evans HL et al., 2010). Solo due studi hanno valutato la comparsa di reazioni cutanee durante l'uso della clorexidina gluconato ma, in entrambi i casi, non erano attribuibili alla clorexidina gluconato (Bleasdale SC et al., 2007; Climo MW et al., 2013).

Nei tre studi randomizzati l'incidenza di CLABSI è stata calcolata con modalità differenti: nello studio di Noto e colleghi (Noto MJ et al., 2015) l'incidenza di infezioni ematiche associate a catetere venoso centrale è stata calcolata sulla base delle giornate di degenza, mentre negli altri studi è stata calcolata sulla base delle giornate di permanenza del catetere vascolare (Bleasdale SC et al., 2007; Climo MW et al., 2013). Ciò è stato un limite nel procedere alla valutazione dei risultati della metanalisi (JBI, 2014). Le salviette imbevute di clorexidina gluconato al 2% per la prevenzione delle infezioni ematiche correlate al catetere si sono dimostrate efficaci in due studi randomizzati (Bleasdale SC et al., 2007; Climo MW et al., 2013) e in due studi a serie temporale interrotta (Popovich KJ et al., 2009; Evans HL et al., 2010), con una riduzione del rischio di infezione dal 53% all'87%.

Gli altri due studi, uno con disegno a serie temporale interrotta (Popovich KJ et al., 2010) e l'altro randomizzato (Noto MJ et al., 2015), non hanno evidenziato nessuna differenza significativa nell'incidenza di infezioni tra pazienti trattati e non trattati con clorexidina gluconato al 2%.

### DISCUSSIONE

La presente revisione della letteratura ha individuato sei studi che hanno valutato l'efficacia delle salviette imbevute di clorexidina gluconato al 2% per la prevenzione delle batteriemie catetere-correlate. Quattro studi hanno evidenziato l'efficacia della

clorexidina gluconato mentre due studi, tra cui un recente studio clinico randomizzato effettuato su un ampio campione, hanno evidenziato una mancanza di efficacia. A causa del numero limitato degli studi e della loro eterogeneità non è stato possibile combinare i risultati in una metanalisi. Le cause di eterogeneità degli studi identificati erano numerose. Per esempio, sono stati utilizzati diversi disegni di studio per valutare l'efficacia dell'intervento: tre studi hanno usato un disegno a serie temporali interrotte ad alto rischio di *bias* in quanto, anche se più facile da realizzare nel contesto clinico rispetto agli studi sperimentali, non rappresenta il *gold standard* per valutare l'efficacia di un trattamento a causa del non completo controllo delle variabili in studio; tre studi clinici randomizzati hanno presentato a loro volta un modesto rischio di *bias* metodologico (per esempio, per mancata cecità degli operatori e dei valutatori). Inoltre, gli studi selezionati hanno valutato esiti diversi: le infezioni associate a catetere venoso centrale (CLABSI) (Bleasdale SC et al., 2007; Popovich KJ et al., 2009, 2010; Climo MW et al., 2013; Noto MJ et al., 2015) e quelle correlate al catetere (CRBSI) (Evans HL et al., 2010). Le modalità di diagnosi delle due tipologie di infezione sono diverse: nelle infezioni associate a catetere venoso centrale (CLABSI) è richiesta la positività microbiologica della coltura del catetere vascolare, mentre nelle infezioni correlate al catetere (CRBSI) la diagnosi si basa sull'esclusione di altre cause di batteriemia primaria che, a volte, possono essere di difficile riconoscimento. Ne deriva che la valutazione delle infezioni associate a catetere può sovrastimare il reale fenomeno (O'Grady NP et al., 2011). Inoltre, nello studio di Noto e colleghi (Noto MJ et al., 2015) l'incidenza di infezioni associate a catetere venoso centrale è stata calcolata sulla base delle giornate di degenza, mentre negli altri studi è stata calcolata sulla base delle giornate di permanenza del catetere vascolare (Bleasdale SC et al., 2007; Popovich KJ et al., 2009, 2010; Climo MW et al., 2013). Sono presenti diversità anche nella tipologia di unità di terapia intensiva, e quindi nei fattori di rischio intrinseci dei pazienti ricoverati, fattori che possono aver influito sui differenti risultati degli studi. Un altro elemento da considerare è il fattore tempo, poiché in alcuni studi l'uso di salviette imbevute di clorexidina gluconato è stato superiore ai 6 mesi e questo potrebbe aver contribuito a una diminuzione della circolazione di microrganismi nelle unità di terapia intensiva considerate (Bleasdale SC et al., 2007; Evans HL et al., 2010; Climo MW et al., 2013). A causa dei differenti risultati ottenuti e delle differenze metodologiche presentate negli studi inclusi,

non è ancora possibile raccomandare al personale infermieristico, in aggiunta alle raccomandazioni definite dalle attuali linee guida per la prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare, l'utilizzo routinario del bagno quotidiano con salviette imbevute di clorexidina gluconato al 2% nei pazienti ricoverati in area critica (O'Grady NP et al., 2011).

## CONCLUSIONI

Sulla base di questa revisione non è possibile concludere che l'utilizzo delle salviette imbevute di clorexidina gluconato al 2% nell'igiene quotidiana dei pazienti in unità di terapia intensiva possa essere considerato un intervento efficace per la riduzione delle infezioni associate ai cateteri vascolari. Gli studi finora condotti mostrano risultati discordanti. Inoltre, i limiti nei disegni di studio, nella misurazione degli esiti e nella diversità di pazienti e delle unità di terapia intensiva considerate rendono difficile la comparabilità dei risultati degli studi oggetto della revisione. Per questo motivo l'uso delle salviette imbevute di clorexidina gluconato non è ancora raccomandabile come strategia routinaria di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in unità di terapia intensiva. Sono necessari ulteriori studi sperimentali randomizzati ben disegnati, effettuati su diverse popolazioni di pazienti e in diversi contesti assistenziali, per fornire evidenze più forti sull'efficacia di questa pratica assistenziale nel ridurre l'incidenza di infezioni associate all'assistenza.

## BIBLIOGRAFIA

- Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, ASSR Emilia-Romagna (2014) *Sorveglianza nazionale delle infezioni in terapia intensiva (Progetto SITIN)*. Rapporto 2011-2012. <https://goo.gl/EoKJP9>
- Bleasdale SC, Trick WE, Gonzalez, IM et al. (2007) *Effectiveness of chlorhexidine bathing to reduce catheter-associated bloodstream infections in medical intensive care unit patients*. Archives of Internal Medicine, 167(19), 2073-2079.
- Chen W, Li S, Li L et al. (2013) *Effects of daily bathing with chlorhexidine and acquired infection of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and vancomycin-resistant Enterococcus: a meta-analysis*. Journal of Thoracic Disease, 5(4), 518-524.
- Climo MW, Yokoe DS, Warren DK et al. (2013) *Effect of daily chlorhexidine bathing on hospital-acquired infection*. The New England Journal of Medicine, 368, 533-542.
- Evans HL, Dellit TH, Chan J et al (2010) *Effect of chlorhexidine whole-body bathing on hospital-acquired infections among trauma patients*. Archives of surgery, 145(3), 240-246.
- Joanna Briggs Institute, JBI (2014) *Reviewers' Manual*.
- Lovedaya HP, Wilsona JA, Pratta RJ et al. (2014) *Epic 3-National Evidence Based Guidelines for Prevention Healthcare*. Journal of Hospital Infection, 86S1, S1-S70.
- Noto MJ, Domenico HJ, Byrne DW et al. (2015) *Chlorhexidine bathing and health care-associated infections: a randomized clinical trial*. The Journal of the American Medical Association, 313, 369-378.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA et al. (2011) *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. American Journal of Infection Control, 39, S1-34.
- Popovich KJ, Hota B, Hayes R et al. (2009) *Effectiveness of routine patient cleansing with chlorhexidine gluconate for infection prevention in the medical intensive care unit*. Infection Control & Hospital Epidemiology, 30, 959-963.
- Popovich KJ, Hota B, Hayes R et al. (2010) *Daily skin cleansing with chlorhexidine did not reduce the rate of central-line associated bloodstream infection in a surgical intensive care unit*. Intensive Care Medicine, 36(5), 854-858.

## Appendice 1. Caratteristiche principali degli studi inclusi

Articolo (valutazione <sup>1</sup> )	Disegno di studio	Campione	Intervento/controllo	Esito	Risultati
Bleasdale SC et al., 2007 (6/10)	studio randomizzato a <i>cluster</i> con disegno <i>crossover</i>	836 pazienti in unità di terapia intensiva - <i>gruppo di intervento</i> : 391 - <i>gruppo di controllo</i> : 445	- <i>intervento</i> : bagno con salviettine imbevute di clorexidina gluconato al 2% - <i>controllo</i> : bagno con acqua e sapone	- <i>primario</i> : CLABSI - <i>secondario</i> : reazioni cutanee	I pazienti trattati con clorexidina gluconato avevano il 61% in meno di probabilità di sviluppare una batteriemia associata a catetere. Tre pazienti su 391 nel gruppo di intervento hanno sviluppato reazioni cutanee non attribuibili all'uso della clorexidina gluconato
Climo MW et al., 2013 (8/10)	studio randomizzato a <i>cluster</i> con disegno <i>crossover</i> ; studio multicentrico	7.727 pazienti in unità di terapia intensiva: medica, trapianti d'organo, postchirurgica, cardiocirurgica, cardiologica - <i>gruppo di intervento</i> : 3.970 - <i>gruppo di controllo</i> : 3.842	- <i>intervento</i> : bagno con salviettine imbevute di clorexidina gluconato al 2% - <i>controllo</i> : bagno con salviettine prive di antisettico	- <i>primario</i> : CLABSI - <i>secondario</i> : reazioni cutanee	Il rischio di contrarre una batteriemia associata a catetere vascolare era inferiore del 23% tra i pazienti sottoposti all'intervento. Le reazioni cutanee sono state inferiori nel gruppo di intervento rispetto a quello di controllo (2,0% vs 3,4%) e non erano attribuibili all'igiene del paziente
Evans HL et al., 2010 (6/10)	serie temporale interrotta	539 pazienti in unità di terapia intensiva traumatologica - <i>gruppo di intervento</i> : 286 - <i>gruppo di controllo</i> : 253	- <i>intervento</i> : bagno con salviettine impregnate di clorexidina gluconato al 2% - <i>controllo</i> : bagno con salviettine prive di antisettico	- <i>primario</i> : CRBSI	I pazienti del gruppo di intervento avevano il 74% in meno di probabilità di acquisire una batteriemia correlata a catetere
Noto MJ et al., 2015 (8/10)	studio randomizzato a <i>cluster</i> con disegno <i>crossover</i> ; studio multicentrico	9.340 pazienti in unità di terapia intensiva: medica, neurologica, postchirurgica, cardiologica, traumatologica - <i>gruppo di intervento</i> : 4.488 - <i>gruppo di controllo</i> : 4.852	- <i>intervento</i> : bagno con salviettine impregnate di clorexidina gluconato al 2% - <i>controllo</i> : bagno con salviettine senza antisettico	- <i>primario</i> : CLABSI (incidenza calcolata sulle giornate di degenza)	Il bagno con clorexidina gluconato non ha ridotto l'incidenza delle batteriemie associate a catetere
Popovich KJ et al., 2009 (6/10)	serie temporale interrotta	4.126 pazienti* in unità di terapia intensiva - <i>gruppo di intervento</i> : 1.956* - <i>gruppo di controllo</i> : 2.170*	- <i>intervento</i> : bagno con salviettine impregnate di clorexidina gluconato al 2% - <i>controllo</i> : bagno con acqua e sapone	- <i>primario</i> : CRBSI	L'uso delle salviettine imbevute di clorexidina gluconato ha ridotto dell'87% le batteriemie associate a catetere
Popovich KJ et al., 2010 (6/10)	serie temporale interrotta	3.324 pazienti* in unità di terapia intensiva postchirurgica - <i>gruppo di intervento</i> : 1.392* - <i>gruppo di controllo</i> : 1.932*	- <i>intervento</i> : bagno con salviettine impregnate di clorexidina gluconato al 2% - <i>controllo</i> : bagno con acqua e sapone	- <i>primario</i> : CRBSI	Non c'è alcuna differenza significativa nelle batteriemie associate a catetere tra gruppo di intervento e di controllo

\* dato ricavato dalla media dei pazienti degenti nei mesi in studio

<sup>1</sup> punteggio di qualità metodologica ottenuto nella Critical Appraisal Checklist del MASTARI

CLABSI: central-line associated bloodstream infection, infezioni associate a catetere venoso centrale

CRBSI: catheter related bloodstream infection, infezioni correlate al catetere



## CONTRIBUTI

## Il suicidio nelle persone con disturbi psichici, le scale di valutazione uno strumento di prevenzione

di *Vincenzo Raucci (1), Emma Poletti (2)*

(1) *Coordinatore Infermieristico CPS di Monza - Professore a contratto Università degli Studi di Milano-Bicocca*

(2) *Infermiera al St George's University Hospital NHS Foundation Trust*

Corrispondenza: [rauccivincenzo1@gmail.com](mailto:rauccivincenzo1@gmail.com); [emma.poletti@yahoo.it](mailto:emma.poletti@yahoo.it)

### Suicidio e disturbi psichici

Il suicidio rappresenta una questione di primaria importanza per la sanità pubblica sia a livello internazionale, in quanto i decessi per suicidio sono più di 800.000 ogni anno sia per l'UE, con un tasso di prevalenza medio di 13,9 per 100.000 abitanti (OMS, 2013). L'Italia ha registrato 3048 suicidi nel 2010 (Istat, 2010).

La maggioranza dei suicidi avviene tra i 15-44 anni e i tentativi di suicidio risultano essere più frequenti dei suicidi. In Italia la propensione al suicidio è tripla nel sesso maschile, con una prevalenza nel Nord e i più colpiti sono i soggetti con un livello di scolarità medio – basso. Le modalità prevalenti di suicidio sono: impiccagione, soffocamento o precipitazione (Istat, 2009).

E' doveroso mettere in luce che più del 90% delle persone che commettono un suicidio sono affette da disturbi psichici (Lyons et al., 2000). I più frequenti sono i disturbi dell'umore, i disturbi legati all'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti, la schizofrenia, i disturbi bipolari, i disturbi dell'alimentazione e i disturbi d'ansia (Dumon et al., 2014). Tra i soggetti schizofrenici il 20-42% tenta il suicidio e di questi, 10-15% lo porta a compimento (Preston et al., 2005).

Tuttavia il suicidio è un fenomeno sottostimato a causa dell'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, ambientali e situazionali che influenzano i comportamenti suicidari (Dumon et al., 2014).

Alla luce delle premesse introduttive, la prevenzione di suicidio e mancato suicidio appare oggetto di attenzione crescente attraverso lo sviluppo di azioni e strategie dirette a incrementare la salute mentale e a diminuire il numero di suicidi (Dumon et al., 2014).

Una delle strategie per migliorare l'accertamento del rischio di suicidio è la valutazione delle caratteristiche psicometriche del soggetto attraverso l'utilizzo delle scale (Healy et al., 2006), in quanto Cutcliffe et al. (2004) hanno dichiarato che l'accertamento non possa più essere affidato esclusivamente alla sensibilità di chi accoglie la persona nell'unità operativa, ma è necessario uno strumento che supporti l'accuratezza del giudizio espresso. Poiché il suicidio è un fenomeno complesso e poliedrico è richiesta una risposta multiprofessionale e multidimensionale per fronteggiarlo.

### La revisione della letteratura

Per verificare l'esistenza, la modalità di applicazione e la validità di scale che l'infermiere può utilizzare per valutare il rischio e l'intenzionalità di suicidio in persone affette da disturbi psichici è stata effettuata una revisione della letteratura. Il quesito clinico è stato strutturato utilizzando il metodo PpIO (Tabella 1).

Tabella 1 - Quesito clinico		
<b>P</b>	Patient	Soggetti adulti ( $\geq 18$ e $\leq 65$ anni)
<b>&amp;P</b>	Problem	Diagnosi di disturbo psichico (schizofrenia, disturbi della personalità e disturbi dell'umore)
<b>I</b>	Intervention	Scale di valutazione come strumento infermieristico per la prevenzione del suicidio
<b>O</b>	Outcome	Modalità di applicazione e validità delle scale

Le banche dati consultate nel periodo compreso tra febbraio e marzo 2015 sono state PubMed, Cinahl e TRIPDatabase. Inizialmente sono stati utilizzati come MeSH in PubMed e come headings in Cinahl i seguenti termini: *suicide*, *assessment scale*, *psychiatric disorders*, *nurses' role*, *prevention* e *suicide risk*. Per TRIPDatabase è invece stato utilizzato il metodo PpIO.

I criteri di inclusione sono stati l'anno di pubblicazione non antecedente al 1997 e una popolazione di riferimento di età compresa tra 18 e 65 anni. Complessivamente sono state selezionate 23 fonti: 17 da PubMed, 3 da Cinahl e 3 da TRIPDatabase.

Inoltre, sono state reperite 6 documenti tra revisioni sistematiche e linee guida e 17 fonti riferibili alla letteratura primaria (studi/articoli singoli).

### Le scale individuate

La scala che ha risposto in maniera più precisa al quesito clinico è la **Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)** (Tabella 2) che comprende 15 item il cui score viene raccolto dagli infermieri al momento del ricovero, ottenendo così una valutazione accurata dell'intenzionalità di suicidio (Cutcliffe et al., 2004).

Tabella 2 - La Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)	
Predictor variable	Value
Presence/influence of hopelessness	3
Recent stressful life event, for example, job loss, financial worries, pending court action	1
Evidence of persecutory voices/beliefs	1
Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure	3
Evidence of withdrawal	1
Warning of suicidal intent	1
Evidence of a plan to commit suicide	3
Family history of serious psychiatric problems or suicide	1
Recent bereavement or relationship breakdown	3
History of psychosis	1
Widow/widower	1
Prior suicide attempt	3
History of socio-economic deprivation	1
History of alcohol and/or alcohol misuse	1
Presence of terminal illness	1

Lo score ottenuto rappresenta un aiuto per gli infermieri meno esperti. Grazie alla NGASR l'infermiere è in grado di formulare un obiettivo giudizio clinico per valutare correttamente il rischio di suicidio, basato non soltanto sulla percezione soggettiva dell'esaminatore.

La NGASR, proposta in un centro di salute mentale in UK, nasce dalla necessità di uno strumento che dimostri come più variabili influenzino positivamente il rischio di suicidio e conseguentemente ciascun item ha un valore compreso tra 1 e 3 a seconda della sua maggiore predittività.

Analizzando i 15 item della scala il primo dimostra che la disperazione associata ad uno stato di depressione, piuttosto che uno stato di depressione in sé, indica un più alto rischio di suicidio (Cutcliffe et al., 2004).

Le situazioni di vita stressanti tendono a consumare le risorse che un individuo ha per affrontarle, suscitando un istinto suicidario come via di fuga. Se da una parte allucinazioni uditive o credenze persecutorie possono alimentare il senso di disperazione di un soggetto, spingendolo a commettere gesti autolesivi, dall'altra la verbalizzazione di un'intenzione di suicidio spesso non è seguita dalla sua attuazione, nonostante esprima la richiesta di aiuto del soggetto.

Perdita d'interesse e piacere associate a un disturbo psichico sono positivamente correlate a un aumentato rischio di suicidio, mentre segni di malessere psichico che possono incrementare il rischio di suicidio sono l'isolamento sociale e la chiusura in sé stessi.

L'evidenza di un piano specifico, soprattutto se tenuto segreto, il commettere suicidio rappresenta un fattore di rischio maggiore (Cutcliffe et al., 2004).

La familiarità per disturbi psichici è rilevante, ma un recente lutto o la fine di una relazione sono considerati più significanti. Se il soggetto è vedovo/a o ha una storia di psicosi il rischio appare essere leggermente aumentato. Un precedente tentativo di suicidio è più fortemente correlato con un nuovo tentativo piuttosto che un background di deprivazioni socio-economiche, una patologia terminale e l'abuso di alcol.

Dalla compilazione della NGASR risulta un punteggio che evidenzia il livello di rischio, il quale determina il successivo coinvolgimento degli operatori sanitari (Cutcliffe et al., 2004).

Al fine di poter considerare la NGASR uno strumento di valutazione clinicamente utile, la scala è stata inclusa fin dal 2000 sia in UK sia in altri stati come componente del profilo di rischio di suicidio del Tidal Model, un approccio al ricovero basato sulla centralità della persona.

Ne è emerso che la NGASR risponde in maniera globale e evidence-based nel valutare i fattori che appaiono correlati con il rischio di suicidio.

LA NGASR è stata usata all'interno del Tidal Model con due scopi differenti: guida e modello di riferimento per l'intervista tra infermiere e persona assistita o, nel caso in cui il soggetto sia non collaborante o incapace di partecipare al colloquio, come base di valutazione per i professionisti sanitari.

Lo score ottenuto dalla compilazione di una scala di valutazione per il rischio di suicidio non riflette però la dinamicità dei comportamenti suicidari. Una valutazione olistica continua permetterebbe agli infermieri di inquadrare meglio il soggetto (Lyons et al., 2000). Le scale di valutazione possono essere strumenti utili nella pratica clinica, ma questo non può prescindere dalla valutazione continua e da una pianificazione infermieristica volta a prevenire e contenere il rischio di suicidio nei soggetti a rischio.

La **Beck Scale for Suicide Ideation (SSI)** è un questionario di autovalutazione composto da 19 item.

La **Suicide Intent Scale (BSIS)** è invece costituita da 15 item e divisa in una sezione oggettiva che valuta le circostanze che hanno portato al gesto e una soggettiva che indaga la percezione che del gesto ha il soggetto stesso.

Entrambe le scale considerano l'intenzionalità di suicidio in soggetti che l'hanno precedentemente tentato o mancato, fallendo però nel loro intento (Stefansson et al., 2012). Per la loro diffusione sia la SSI sia la BSIS sono state utilizzate per comparare la percezione che del gesto hanno i soggetti stessi e il personale sanitario, mettendo in luce come quest'ultimo spesso sottovaluti il rischio di suicidio nelle persone con un disturbo psichico (Hatcher et al., 2014).

Alti punteggi nella BSIS dimostrano un'aumentata probabilità di suicidio confermando che le informazioni riguardanti l'intenzionalità di suicidio sono necessarie per la gestione del rischio (Harriss et al., 2005). La BSIS è stata utile per l'analisi della componente psicologica: persone disperate e depresse che non esprimono il loro malessere presentano un maggior rischio di tentativi di suicidio letali (Horesh et al., 2011).

**L'International Suicide Prevention Trial–Scale for Suicidal Thinking (InterSePT-ISST)**, costruita sulla base della SSI è uno strumento per verificare quale terapia farmacologica sia più efficace nella riduzione del rischio di suicidio nei soggetti affetti da schizofrenia o da un disturbo schizoaffettivo.

La **Calgary Depression Scale (CDS)** attraverso i suoi 9 item considera come la depressione sia positivamente correlata con l'incremento di suicidio in soggetti schizofrenici.

La **Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)** è una scala che permette di valutare i sintomi negativi, positivi e generali della schizofrenia. Gli score della PANSS e della CDS sono stati sfruttati da Pješčić et al. (2014) per dimostrare come la solitudine, l'isolamento sociale e la mancanza di un supporto familiare influenzino il rischio di suicidio in soggetti depressi e schizofrenici.

La **Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)** si propone di individuare atteggiamenti precursori di un tentativo di suicidio.

La **Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STs)** comprende 8 item; può essere compilata dal medico o dal soggetto e valuta pensieri o comportamenti derivanti dall'intenzione di suicidio.

La C-SSRS, la ISST e la S-STs sono state utilizzate per analizzare come la mancanza di speranza e l'impulsività possano essere positivamente associate con l'aumento dei tentativi e dell'ideazione di suicidio (McCullumsmith et al., 2014).

Constatato che il rischio di suicidio dopo un fallito tentativo è più elevato durante il primo anno (Niméus et al., 2000), la **Suicide Assessment Scale (SUAS)** è stata sviluppata per valutare i cambiamenti nell'intenzionalità suicidaria. Ne esiste anche una versione di auto compilazione, la SUAS – Self Rating. Sono stati considerati tre criteri nella sua progettazione: la possibilità di accertare la sintomatologia osservabile e quella riferita riguardante il suicidio, la mancanza di una diagnosi specifica e la capacità di essere sensibile al cambiamento dell'intenzione di suicidio nel tempo.

Le due varianti della scala dimostrano che tutte le malattie psichiche e non solo la depressione sono correlate con un aumento del suicidio.

La **Risk Assessment Scale (RASS)** è stata progettata per accertare il rischio di suicidio nella popolazione generale così come nei soggetti affetti da un disturbo psichico. Secondo Fountoulakis et al. (2012) è uno strumento che può essere sfruttato per rilevare fattori di rischio primari (presenza di malattie mentali, patologie debilitanti gravi e precedenti tentativi di suicidio), secondari (situazioni di vita avverse, e fattori di rischio psicosociali) e terziari (sesso ed età) che possono influenzare il rischio di commettere suicidio. La RASS si dimostra in grado di delineare il rischio di suicidio solo qualora ai fattori di rischio secondari e terziari siano compresenti quelli primari.

La **Borderline Evaluation Severity over Time (BEST)** è una scala di autovalutazione che misura la severità e i cambiamenti di comportamento nelle persone affette da un disturbo di tipo borderline.

### Considerazioni

La maggior parte del materiale che si riesce a reperire nelle banche dati è principalmente a uso dei medici o, nella migliore delle ipotesi, si presenta come una scala che possa essere sfruttata da un qualsiasi professionista sanitario. Fatta eccezione per la NGASR, nessuna è esclusiva per il personale infermieristico.

La scala di maggior interesse è quindi la NGASR: in ambito ospedaliero la valutazione del soggetto con ideazione di suicidio non può più essere affidata soltanto alle sensazioni e percezioni del professionista che accoglie la persona all'interno dell'unità operativa.

Negli anni è cresciuta la consapevolezza che l'esperienza e l'occhio clinico debbano essere affiancati da uno strumento che offra maggiore obiettività nella valutazione e la NGASR risponde a questa necessità.

A parere di Cutcliffe et al. (2004) il costante miglioramento di competenze e conoscenze è indispensabile per chi lavora in ambito di salute mentale: il fenomeno del suicidio si presenta con differenti sfumature a seconda del soggetto che lo mette in atto e questo richiede all'operatore capacità di adattamento a differenti circostanze. La SSI e la BSIS risultano essere gli strumenti migliori anche se più datati nella valutazione dell'intenzionalità e dell'ideazione di suicidio.

La BSIS è largamente sfruttata perché progettata per esaminare i pensieri, le sensazioni e le circostanze al momento del mancato suicidio.

La SSI si presta facilmente a essere rimodellata sotto diversi punti di vista e perciò ne esistono diverse versioni. Il limite della scala è però quello di non essere a uso esclusivo degli infermieri, ma si potrebbe pensare a una versione ad hoc.

Benché la SSI sia considerata uno strumento efficace per la prevenzione del suicidio, offre tuttavia una visione generale della valutazione del rischio senza entrare nello specifico della distinzione tra i soggetti affetti da differenti patologie.

A questo scopo rispondono altre scale. In primo luogo la ISST che, pur derivando dalla SSI, appare ottima nell'accertamento dell'intenzionalità di suicidio per i soggetti schizofrenici o con disturbo schizoaffettivo di personalità (Preston et al., 2005). Segue poi la CDS il cui punteggio è di supporto al processo decisionale per l'imminente prevenzione del suicidio o per la scelta di un ricovero ospedaliero, mettendo in luce la tendenza alla depressione dei soggetti schizofrenici.

L'utilità per i professionisti sanitari della C-SSRS, della PANSS e della S-STS emerge in circostanze distinte; la prima permette d'individuare come impulsività e disperazione rappresentino le due inclinazioni caratteriali che spingono maggiormente un individuo verso il suicidio, la seconda rileva i sintomi positivi e negativi della schizofrenia e la terza è sfruttata per monitorare i comportamenti suicidari (Sheenan et al., 2014).

Niméus et al. (2006) hanno definito che la SUAS, nelle sue due versioni, dimostra come le persone affette da un qualsiasi disturbo psichico siano più a rischio, rispetto a un soggetto sano, di commettere suicidio.

Alla base dell'intenzionalità di suicidio risiedono alcuni fattori di rischio imprescindibili che influenzano il soggetto; il punteggio ottenuto dalla compilazione della RASS permette di valutare quali siano i più influenti (Fountoulakis et al., 2012).

## Conclusioni

Nonostante l'alto numero di scale si può ritenere che una singola scala non sia la miglior prospettiva per analizzare tutti i fattori rilevanti per una valutazione corretta di un soggetto con intenzioni di suicidio. Trattandosi di un fenomeno multifattoriale, nella valutazione del rischio di suicidio vanno considerate la componente psichica, psicologica e sociale per delineare un quadro completo del gesto che il soggetto ha intenzione di compiere.

La numerosità di scale di valutazione potrebbe anche essere vantaggiosa: può essere estremamente d'aiuto al professionista sanitario poiché gli è richiesto di adattare atti e azioni e di mettere in gioco differenti risorse a seconda della situazione.

E' indiscutibile, quindi, l'importanza di scale di valutazione che siano utili ed efficaci nell'accertamento dell'intenzionalità di suicidio. Va però sottolineato che la valutazione di un soggetto a rischio non può avvenire esclusivamente basandosi sul punteggio ottenuto da una scala: non può prescindere infatti dall'esperienza, dalla componente clinica e dalla storia personale del soggetto.

La revisione della letteratura effettuata presenta tuttavia alcuni limiti: una popolazione di riferimento troppo ampia, la scarsità di scale esclusivamente a uso infermieristico e la mancanza di scale per i soggetti con una diagnosi di disturbo psichico di personalità.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams N. (2013) *Developing a suicide precaution procedure*. Medsurg Nursing, 22(6): 383-6.
- Anderson M., Jenkins R. (2006) *The national suicide prevention strategy for England: the reality of a national strategy for the nursing profession*. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 13(6): 641-50.
- Ayer DW., Jayathilake K., Meltzer HY. (2008) *The InterSePT suicide scale for prediction of imminent suicidal behaviors*. Psychiatry Research, 161(1): 87-96.
- Beck AT., Brown GK., Steer RA. (1997) *Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients*. Behavior Research and Therapy, 35(11): 1039-46.
- Cutcliffe JR., Barker P. (2004) *The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11(4): 393-400.
- Fountoulakis KN., Pantoula E., Siamouli M., Moutou K., Gonda X., Rihmer Z., Iacovides A., Akiskal H. (2012) *Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study*. Journal of Affective Disorders, 138(3): 449-57.
- Harriss L., Hawton K. (2005) *Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale*. Journal of Affective Disorders, 86(2-3): 225-33.
- Hatcher S., Pimentel A. (2013) *Do patients and clinicians differ in their assessment of suicidal intent after self-harm using the same suicide questionnaire scale?* International Emergency Nursing, 21(4): 236-9.
- Healy DJ., Barry K., Blow F., Welsh D., Milner KK. (2006) *Routine use of the Beck Scale for Suicide Ideation in a psychiatric emergency department*. General Hospital Psychiatry, 28(4): 323-9.
- Horesh N., Levi Y., Apter A. (2012) *Medically serious versus non-serious suicide attempts: relationships of lethality and intent to clinical and interpersonal characteristics*. Journal of Affective Disorders, 136(3): 286-93.
- Lindenmayer JP., Czobor P., Alphas L., Nathan AM., Anand R., Islam Z., Chou J (2003) *InterSePT Study Group. The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity*. Schizophrenia Research, 63(1-2): 161-70.
- Lyons C, Price P, Embling S, Smith C. (2000) *Suicide risk assessment: a review of procedures*. Accident and Emergency Nursing, 8(3): 178-86.
- McCullumsmith CB., Williamson DJ., May RS., Bruer EH., Sheehan DV., Alphas LD (2014).
- *Simple measures of hopelessness and impulsivity are associated with acute suicidal ideation and attempts in patients in psychiatric crisis*. Innovation in Clinical Neuroscience, 11(9-10): 47-53.

- Meerwijk EL., van Meijel B., van den Bout J., Kerkhof A., de Vogel W., Grypdonck M. (2010) *Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patients with schizophrenia*. Perspectives in Psychiatric Care, 46(1): 65-73.
- Niméus A., Alsén M., Träskman-Bendz L. (2000) *The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters*. European Psychiatry, 15(7): 416-23.
- Niméus A., Hjalmarsson Ståhlfors F., Sunnqvist C., Stanley B., Träskman-Bendz L. (2006) *Evaluation of a modified interview version and of a self-rating version of the Suicide Assessment Scale*. European Psychiatry, 21(7): 471-7.
- Pfohl B., Blum N., St John D., McCormick B., Allen J., Black DW. (2009) *Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder*. Journal of Personality Disorders, 23(3): 281-93.
- Pješčić KD., Nenadović MM., Jašović-Gašić M., Trajković G., Kostić M., Ristić-Dimitrijević R. (2014) *Influence of psycho-social factors on the emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia*. Psychiatria Danubina, 26(3): 226-30.
- Potkin SG., Alphas L., Hsu C., Krishnan KR., Anand R., Young FK., Meltzer H., Green A. (2003) *InterSePT Study Group. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial*. Biological Psychiatry, 54(4): 444-52.
- Preston E., Hansen L. (2005) *A systematic review of suicide rating scales in Schizophrenia*. Crisis, 26(4):170-80.
- Scholes B., Martin CR. (2013) *Measuring depression in schizophrenia with questionnaires*. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 20(1): 17-22.
- Sheehan DV., Alphas LD., Mao L., Li Q., May RS., Bruer EH., Mccullumsmith CB., Gray.
- CR., Li X., Williamson DJ. (2014) *Comparative Validation of the S-STs, the ISST-Plus, and the C-SSRS for Assessing the Suicidal Thinking and Behavior FDA 2012 Suicidality*.
- *Categories*. Innovation in Clinical Neuroscience, 11(9-10): 32-46.
- Stefansson J., Nordström P., Jokinen J. (2012) *Suicide Intent Scale in the prediction of suicide*. Journal of Affective Disorders, 136(1-2): 167-71.
- Raucci V., Spaccapeli G. (2013), *Fondamenti di infermieristica in salute mentale*. Sant'Arcangelo di Romagna (RN): Maggioli editore.

### Sitografia

- Luciano Conti, La valutazione del suicidio, in Scale di valutazione in psichiatria [online] (2013). Disponibile da: <http://www.psychiatryonline.it/node/3673> [consultato il 14 luglio 2015].
- Istituto nazionale di statistica, I suicidi in Italia [online] (2012). Disponibile da: <http://www.istat.it/it/archivio/68812> [consultato il 16 luglio 2015].
  - Siracusano et al., Progetto per lo sviluppo di "Linee Guida per la prevenzione del suicidio nei pazienti psichiatrici", a cura della Società Italiana di Psichiatria [online] (2013). Disponibile da: <http://www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2013/03/Gruppo-di-lavoro-Suicidio.pdf> [consultato il 14 luglio 2015].
  - Dumon et al., Linee guida per la prevenzione del suicidio, Unit for Suicide Research [online] (2014). Disponibile da: [http://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/04/EUREGENAS-General-Guidelines-on-Suicide-Prevention\\_ITA.pdf](http://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/04/EUREGENAS-General-Guidelines-on-Suicide-Prevention_ITA.pdf) [consultato il 14 luglio 2015].
  - World Health Organization [online] (2015): [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) [consultato il 30 settembre 2015].



## CONTRIBUTI

## Il Transition of Care, l'infermiere e la continuità delle cure

di **Diamante Iavarone**

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

Corrispondenza: [diamante.iavarone@gmail.com](mailto:diamante.iavarone@gmail.com)

### Introduzione

La mancanza di un sistema che garantisca la continuità delle cure infermieristiche, a pazienti dimessi dall'ospedale al proprio domicilio, oppure verso altre specialità di cure, ha causato errori terapeutici nel 50,8% dei pazienti generando a sua volta una "frammentazione" delle cure stesse. Nel 22,9% dei casi questi errori sono stati gravi. Inoltre, il 30,3% di questi pazienti ha riportato un evento avverso da farmaco (Kripalani et al., 2012). In un contesto di necessità e di individuazione, di percorsi assistenziali che garantiscano un approccio integrato al paziente complesso, al contempo, dotati di un buon rapporto costo-efficacia, il concetto di "assistenza transazionale" (in inglese transitional care) gioca un ruolo di primaria importanza. Di fatto, il Transition of Care (ToC) è: l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente trasferito al proprio domicilio o durante il trasferimento ad altri livelli di cura (Parry et al., 2008).

Un'altra definizione viene data da Randmaa e rispettivi collaboratori (Randmaa et al., 2014), essi affermano che per ToC applicato all'infermieristica si intende il ruolo dell'infermiere specializzato, e quindi adeguatamente formato, nella transazione/continuità delle cure da un contesto di cura (ambulatoriali di base, specialistiche ospedaliere, assistenza primaria, assistenza a lungo degenza, riabilitazione e assistenza domiciliare) ad un altro. Ognuno di questi spostamenti, da una specialità ad altra o al domicilio è definito "transazione di cura".

Il ToC nasce per fornire supporto allo staff ospedaliero coinvolto nel processo di dimissione diminuendo di fatto le riammissioni negli ospedali, garantire la continuità assistenziale e, più in generale, per l'educazione dei pazienti alla sicurezza nella continuità della cura (Kangovi e Grande, 2014). Troppo spesso, questi ricoveri ospedalieri, sono il prodotto di un sistema sanitario frammentato (Hitch et al., 2016).

Un crescente gruppo di evidenze indica che i pazienti sono particolarmente vulnerabili, con esiti negativi durante queste riammissioni in ospedale (Gunadi et al., 2015). In questo contesto, l'assistenza infermieristica applicata al Toc risponde ad una triplice finalità: migliorare la qualità delle cure, migliorare la salute delle popolazioni e ridurre i costi (Randmaa et al., 2014).

Obiettivo di questo contributo è presentare una sintesi di alcuni articoli dalla letteratura che hanno approfondito la continuità delle cure infermieristiche a pazienti dimessi dall'ospedale al proprio domicilio oppure ad altre specialità di cure.

### Revisione della letteratura

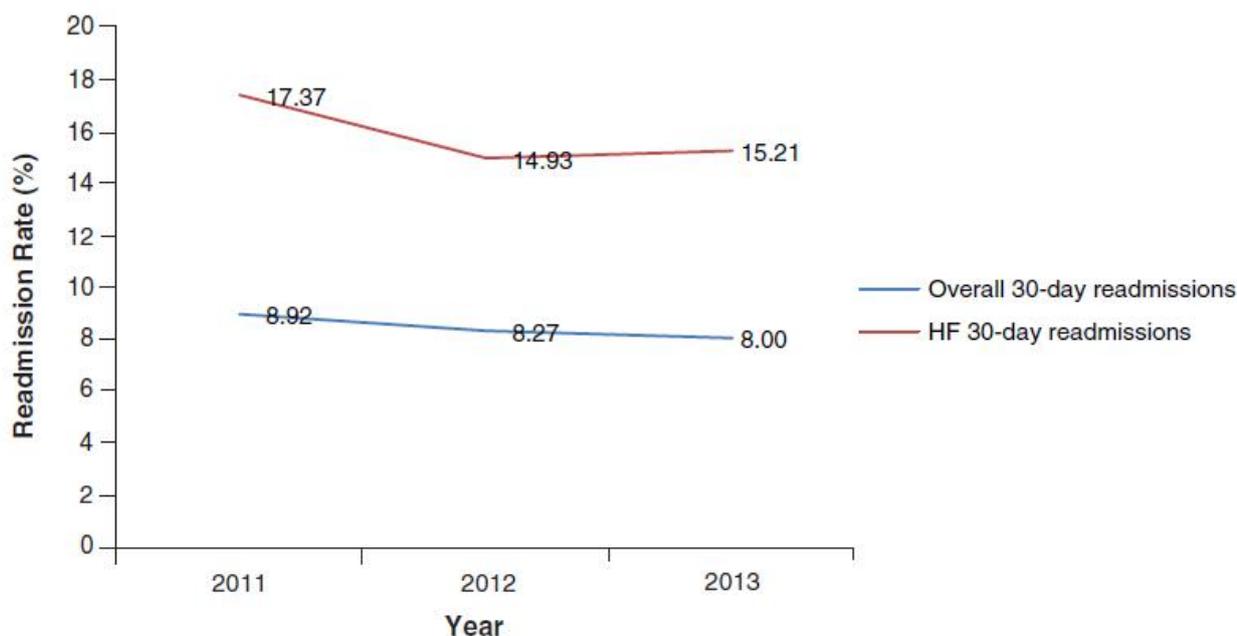
È stata effettuata una revisione della letteratura scientifica, consultando le banche dati PubMed, Cinhal e Science Direct. A causa della scarsità di ricerche sull'argomento, sono stati inclusi studi e articoli in lingua inglese dal 2006 ad oggi. Per individuare gli articoli che hanno indagato la continuità delle cure infermieristiche a pazienti dimessi dall'ospedale al proprio domicilio oppure ad altre specialità di cure, sono stati analizzati gli abstract ed Free full text disponibili, e solo successivamente recuperati i full text in biblioteca. Gli studi sono stati condotti in differenti paesi quali: Stati Uniti, Cina e Australia. I termini utilizzati sono stati: transitional of care, palliative care, respiratory failure, heart failure, diabetes, nurses, collaboration, continuity, transition, chronic illness, health care professional, continuity of care, discharge planning, readmissions.

### Raccomandazioni emerse

Lo scopo di un recente studio, realizzato da Gunadi e collaboratori (Gunadi et al., 2015), è stato quello di ottimizzare la terapia farmacologica a pazienti con insufficienza cardiaca e quindi veicolare, attraverso le specifiche competenze tecniche e relazionali del ToC, proprie del Clinical Nurse Educator, un piano di educazione rivolto al paziente, per l'ottimizzazione dei piani di cura, con il fine di diminuire i tassi di riammissione per infarto miocardico in alcuni ospedali.

Uno dei fattori di rischio è stato quello dell'assunzione dei farmaci. La diminuzione di tali eventi avversi è diventato un obiettivo primario per il ToC. Si è avuta una riduzione significativa del tasso di riammissione per scompenso cardiaco (Figura 1), relativo all'abbassamento della percentuale di pazienti che entro 30 giorni dalla dimissione ne chiedevano la riammissione dal 17% (82 di 471 riammissioni) nel 2011, al 15% (76 su 498 riammissioni) nel 2013. Inoltre, in tutti i casi di riammissione si è avuto un miglioramento della patologia trattata, dal 8,9% (1.675 su 18.975 riammissioni) nel 2011 all'8,0% (1.516 su 19.043 riammissioni) nel 2013.

**Figura 1** - Riammissione dei pazienti con insufficienza cardiaca  
(Tratto da Gunadi et al., 2015)



Gli argomenti di discussione e approfondimento con il paziente sono stati quelli di migliorare la consapevolezza della propria condizione: della patologia, dell'accaduto in ospedale e tutte quelle informazioni utili per il futuro, dopo il ritorno a casa.

Il sistema di controllo a domicilio ha consentito un riconoscimento precoce dei sintomi del peggioramento e di dare un all'allarme tempestivo da parte del Clinical Nurse Educator, piuttosto che lasciare i pazienti abbandonati a se stessi, i quali potrebbero presentarsi in Pronto Soccorso con un quadro di insufficienza ventricolare e quindi di scompenso cardiaco (Gunadi et al., 2015; Feitell et al., 2014).

Nei pazienti collaborativi, sono state fornite istruzioni sull'automonitoraggio quotidiano del peso corporeo, della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e del controllo della glicemia nei diabetici. Sono stati esplicitati i piani di trattamento (farmaci, dieta, attività fisica) e di assistenza, allo scopo di ottenere la massima adesione alla terapia. Sono stati altresì elaborati schemi semplici per l'esecuzione della terapia e la registrazione (anche autogestita dal paziente) dei dati essenziali (peso, diuresi, parametri vitali, sintomi nuovi, intercorrenti o di aggravamento) e spiegati i vantaggi nell'assumere la terapia, i possibili effetti collaterali dei farmaci e le misure da adottare in caso di urgenze.

Inoltre, sono state valorizzate tutte le risorse esistenti (membri della famiglia o altri supporti formali) ai fini dell'assistenza, e sono stati raccomandati l'impiego di strumenti idonei a facilitare l'autogestione della malattia e l'elaborazione di opuscoli divulgativi finalizzati all'educazione sanitaria sullo scompenso cardiaco (Athilingam et al., 2016; Gunadi et al., 2015). I pazienti consapevoli sono stati in grado di gestire la terapia, e mettere in atto tutte quelle strategie volte a controllare i fattori di rischio modificabili per mantenere così un buono stato di salute prevenendo di fatto le riammissioni in ospedale, con una riduzione dei costi per il servizio sanitario (Glogowska et al., 2015; Gunadi et al., 2015; Rasmusson et al., 2015).

Secondo i risultati dello studio di Holmes-Walker e collaboratori (Holmes-Walker et al., 2007), la logica del ToC viene applicata per ottimizzare la terapia farmacologica nella gestione del diabete, delineando così, le questioni chiave da considerare, quando si utilizzano gli agenti ipoglicemizzanti in una popolazione costituita prevalentemente da pazienti giovani con un'età compresa dai 15 ai 25 anni, in quanto il passaggio da un ambiente ad un altro, aumenta il rischio di eventi avversi.

Gli autori hanno esaminato nell'arco di cinque anni pazienti con diabete mellito tipo 1.

Prima dell'inizio dello studio, su un campione di 64 pazienti con chetoacidosi diabetica a domicilio, si sono avuti 28 episodi di riammissioni in ospedale. Il programma di transazione ha portato a un miglioramento del follow-up per i giovani reclutati; infatti vi è stata una riduzione statisticamente significativa dei tassi di riammissioni con chetoacidosi diabetica scesa ad 8 episodi di riammissioni nel solo primo anno dello studio.

In questi casi il "Nurse Educator" di transazione, ha delineato le strategie di comunicazione al domicilio del paziente, oltre a quelle basate sulla tecnologia come chiamate telefoniche, SMS, e mail con l'aumento dell'interazione operatore sanitario/paziente particolarmente efficace nel ridurre l'accesso al centro diabetologico. In particolare il paziente diabetico è stato educato ad: avere le abilità necessarie per effettuare la rilevazione della propria glicemia, e interpretare i risultati come base per intraprendere una azione, percepire i collegamenti tra specifici comportamenti (alimentazione, esercizio fisico) e i risultati della misurazione glicemica, prendendo da questi la motivazione al cambiamento dei comportamenti, mettere in atto autonomamente comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazioni glicemiche, soprattutto per la prevenzione del rischio ipoglicemico.

In questo contesto, pianificare un piano strutturato di transazione, significa identificare: i bisogni del paziente con particolare attenzione allo sviluppo di un percorso educativo strutturato, assicurando il follow-up nella gestione del diabete.

Di particolare interesse è quanto riporta lo studio di Li e collaboratori (Li et al., 2014). I risultati riportano che il ToC supporta lo staff ospedaliero coinvolto nel processo di dimissione, riducendo le riammissioni di pazienti con insufficienza respiratoria. Tale modalità prevede di trasferire al domicilio la tecnologia (Emogasanalizzatore, spirometro portatile, saturimetro, poligrafo, personal computer, stetoscopio, sfigmomanometro, borsetta termica, siringhe eparinate, materiale da disinfezione) e le competenze pneumologiche specialistiche in modo da avere un continuo monitoraggio del paziente, e nello stesso tempo un'assistenza infermieristica e riabilitativa continua, con un miglioramento della qualità di vita a costi più bassi.

È previsto che al domicilio del paziente si rechi solo l'infermiere che compila la cartella infermieristica (saturimetria, pressione arteriosa, condizioni generali del paziente, ecc.) che viene poi consegnata al medico dell'equipe per gli opportuni adempimenti. L'utilizzo della succitata tecnologia è stata adottata anche da Cho e collaboratori (Cho et al., 2016), dove è stato confermato che la continuità delle cure al domicilio è stata associata alla diminuzione del 21% sul totale del rischio di mortalità. In questi casi il protocollo di follow-up domiciliare prevede l'accesso infermieristico con quattro livelli assistenziali.

Nel caso della bassa intensità assistenziale vengono eseguiti gli accertamenti diagnostici entro sette giorni dalla dimissione, nel caso della media intensità assistenziale, entro tre giorni dalla dimissione, nel caso di alta intensità assistenziale entro lo stesso giorno dalla dimissione; quando si verifica la disabilità totale del paziente è prevista la personalizzazione delle cure.

In tutti i casi vengono utilizzati dall'infermiere di riferimento gli strumenti idonei per la rilevazione dei parametri quali, per esempio, saturazione ossigeno (SpO<sub>2</sub>), pressione arteriosa (P.A.) frequenza cardiaca (F.C.), prelievo arterioso (EGA), la pulsossimetria diurna, controllo polisonnografia notturna, controllo eventuale della cannula tracheale, scheda di rilevamento dell'adesione alla terapia. (Cho et al., 2016; Li et al., 2014).

I risultati dello studio di Halasyamani e collaboratori (Halasyamani et al., 2006) hanno enfatizzato la logica del ToC in pazienti anziani con patologie cardiache e polmonari, attraverso l'introduzione di una check list consegnata al personale infermieristico che si occuperà delle cure domiciliari. La check list è stata realizzata dagli autori, come punto di partenza di un progetto il cui scopo è di prevenire la "frammentazione" delle cure.

Vi sono esplicitati i piani di trattamento per quello che riguarda l'assunzione dei farmaci, allo scopo di ottenere la massima adesione alla terapia. Vengono richiesti i contatti telefonici del personale infermieristico da contattare per l'assistenza domiciliare, oltre alla valorizzazione delle altre risorse quali, i caregiver ai fini dell'assistenza. Vengono indicati, l'impiego di strumenti idonei a facilitare la gestione della malattia al domicilio come saturimetro e rilevazione della pressione circolatoria. Particolare attenzione viene posta ai farmaci ad alto rischio, prescritti dal personale medico, che richiedono una più stretta gestione da parte del personale infermieristico al domicilio durante il follow-up come: diuretici, corticosteroidi, ipoglicemizzanti e analgesici, con una apposita scheda dove viene indicato lo scarico del vecchio farmaco il "nuovo", il "modificato" o "l'interrotto".

Nella check list viene segnalata la necessità di un appuntamento di follow-up entro al massimo 2 settimane dopo la dimissione. In questi casi l'infermiere di transazione, delinea le strategie di comunicazione basate sulla tecnologia come chiamate telefoniche, fax e sms con l'aumento dell'interazione operatore sanitario/paziente risultando particolarmente efficaci nel ridurre l'accesso ospedaliero.

In questo contesto, pianificare un piano strutturato di transazione, può significare identificare: i bisogni del paziente con particolare attenzione allo sviluppo di un percorso educativo strutturato, assicurando il follow-up, evitando la "frammentazione" delle cure e ridurre riammissioni inutili negli ospedali.

La capacità dei familiari di fornire cure ai propri cari è una questione importante nel contesto delle cure palliative a domicilio. È stato appurato che l'assenza di un sistema che garantisca la visita dell'infermiere palliativista al domicilio del paziente non garantisce il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile (Miyashita et al., 2008).

La riduzione della qualità di vita è causata da idee sbagliate circa la gestione della terapia quale quella dei farmaci in particolare degli oppioidi, l'idratazione ed alimentazione artificiale. Inoltre, i pazienti che ricevono assistenza infermieristica al proprio domicilio, hanno cinque volte meno la probabilità di essere ricoverati in ospedale, da parte di un proprio familiare, che in questo contesto, vive una condizione di ansia e di timore per il proprio congiunto. È provato che l'infermiere palliativista che pratica le cure al domicilio contribuisce a ridurre i ricoveri ospedalieri dell'80% (Barrett et al., 2009). La qualità di vita aumenta dal 9% al 34% dopo l'introduzione delle visite infermieristiche domiciliari (Miyashita et al., 2008).

I risultati dello studio di Ingleton e collaboratori (Ingleton et al., 2011), hanno enfatizzato la logica del ToC in pazienti con cure palliative al proprio domicilio. Sono stati inclusi nella sperimentazione infermieri e infermieri coordinatori, impiegando anche assistenti sanitari sotto la supervisione del personale infermieristico.

Nella sperimentazione sono stati introdotti piani di assistenza per diverse attività quali, per esempio, le prescrizioni mediche per la somministrazione dei farmaci per la gestione del dolore e degli altri sintomi, con particolare attenzione alla gestione dei sistemi di infusione da parte del personale infermieristico come gli elastomeri e le pompa siringa; il piano per il bisogno di alimentazione, in quanto la persona malata non ha bisogno di pasti abbondanti, data la ridotta attività fisica che ne diminuisce il fabbisogno; il piano per il bisogno d'igiene personale realizzati dagli assistenti sanitari sotto la supervisione dell'infermiere, il piano di assistenza per i cambi posturali ed il trattamento delle eventuali lesioni da pressione e il piano di assistenza per la cura dell'igiene orale per prevenire la mucosite. In questo contesto è stata garantita la continuità assistenziale infermieristica nelle cure di fine vita, oltre ad una riduzione dei costi a carico del servizio sanitario.

I risultati dello studio di Kessler e collaboratori (Kessler et al., 2013) mettono in evidenza che il ToC infermieristico migliora la sicurezza del paziente. Gli autori descrivono, il passaggio del paziente, da una specialità di cura ad altra.

La prima fase è stata "lo stadio della preparazione", si tratta in realtà del passaggio delle consegne infermieristiche, indispensabile per trasmettere le informazioni sulle condizioni del paziente, sul trattamento e sui bisogni attesi, basato sulla necessità di avere uno spazio dedicato privo di interruzioni.

La seconda fase, è l'assemblaggio della "squadra di cura", formata da infermieri e altri operatori in modo da fornire ed ottenere informazioni complete riguardanti lo stato corrente del paziente e garantire che tutti gli operatori condividano le informazioni cliniche riguardanti la pianificazione infermieristica.

La terza fase, è stata l'identificazione del ToC di pazienti ad alto rischio, affrontando le principali preoccupazioni di tutta la "squadra di cura", per la sicurezza del paziente.

La quarta fase, ha richiesto l'uso di un metodo standardizzato per ridurre errori e migliorare la comunicazione come la Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) (Tabella 1). Si tratta di uno strumento ampiamente validato in letteratura, in uso oggi in gran parte delle aziende sanitarie (Whittingham e Oldroyd, 2014; Randmaa et al., 2014; De Meester et al., 2013).

**Tabella 1** - I contenuti dello strumento SBAR  
(Taratto da: *Institute for Innovation and Improvement 2016*)

<b>Situation: Situazione</b>	Chi, dove, cosa sta succedendo al paziente, consiste nell'identificazione del paziente e un rapido inquadramento della situazione.
<b>Background: Contesto</b>	Qual è il contesto clinico? Consiste in una rapida panoramica sull'anamnesi del paziente, le terapie, gli interventi e i dati clinici più rilevanti.
<b>Assessment: Valutazione</b>	Parametri vitali, segni e sintomi, presidi usati, farmaci somministrati, breve esposizione di ciò che si pensa stia accadendo.
<b>Recommendation/Request: Raccomandazione/Richiesta</b>	Tutto ciò che deve essere fatto o che si richiede, o cosa si ritiene necessario fare per risolvere il problema (problemi aperti).

La quinta e ultima fase, "chiusura del cerchio" consiste nel fornire eventuali chiarimenti tra i componenti della squadra, per identificare pazienti che devono essere immediatamente assistiti.

In questo contesto, il passaggio delle informazioni, garantisce la continuità delle cure infermieristiche, indispensabile per trasmettere delle informazioni sulle condizioni del paziente, sul trattamento e sui bisogni attesi. Può rivelarsi inefficace o addirittura dannosa se le informazioni sono incomplete oppure omesse (Iavarone, 2014). Dopo l'introduzione dello strumento SBAR, la percentuale di incidenti a causa di errori di comunicazione è diminuita significativamente nel gruppo di intervento, dal 31% al 11% (Randmaa et al., 2014).

## Conclusioni

L'analisi della letteratura ha evidenziato forti evidenze del ruolo chiave dell'infermiere nel ToC di un paziente. L'infermiere specializzato, ed adeguatamente formato, risulta essere il vero fulcro nella transazione/continuazione delle cure al paziente, sostenendolo nelle decisioni, nelle terapie, nei rapporti con i medici e le strutture sanitarie nella gestione delle patologie croniche, particolarmente diffuse come diabete, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e organizzazione delle cure palliative sul territorio.

È stato inoltre dimostrato che dopo la dimissione, i pazienti che hanno avuto un piano di educazione dal Clinical Nurse Educator, sono stati in grado di gestire la terapia, di mettere in atto tutte quelle strategie volte a controllare i fattori di rischio modificabili e di mantenere così un buono stato di salute.

I risultati suggeriscono che la continuità delle cure infermieristiche a pazienti dimessi dall'ospedale al proprio domicilio oppure ad altre specialità di cure è importante, in quanto permette di prevenire gli errori terapeutici, la "frammentazione" delle cure stesse, le riammissioni ospedaliere migliorando la qualità di vita a costi più bassi.

Inoltre, viene consentita la pianificazione dell'assistenza su specifiche azioni volte al miglioramento delle condizioni della persona assistita.

A tal fine, risulterebbe utile promuovere un'indagine per misurare la qualità di vita nelle persone dimesse dall'ospedale al proprio domicilio oppure ad altre specialità di cure in modo da implementare il personale infermieristico specializzato.

## BIBLIOGRAFIA

- Athilingam P, Osorio RE, Kaplan H et al. (2016) *Embedding Patient Education in Mobile Platform for Patients With Heart Failure: Theory-Based Development and Beta Testing*. Computers Informatics Nursing, 34(2), 92-98.
- Barrett M, Wheatland B, Haselby P et al. (2009) *Palliative respite services using nursing staff reduces hospitalization of patients and improves acceptance among carers*. International Journal of Palliative Nursing, 15(8), 389-395.
- Cho KH, Kim YS, Nam CM et al. (2016) *Correction: The Association between Continuity of Care and All-Cause Mortality in Patients with Newly Diagnosed Obstructive Pulmonary Disease: A Population-Based Retrospective Cohort Study, 2005–2012*. PLoS One, 25;11(1), e0148153.
- De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG et al. (2013) *SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study*. Resuscitation; 84, 1192-1196.
- Feitell S, Hankins SR, Eisen HJ (2014) *Adjunctive therapy and management of the transition of care in patients with heart failure*. Cardiology Clinics, 32(1), 163-174.
- Glogowska M, Simmonds R, McLachlan S et al. (2015) *Managing patients with heart failure: a qualitative study of multidisciplinary teams with specialist heart failure nurses*. The Annals of Family Medicine, 13(5), 466-471.
- Gunadi S, Upfield S, Pham ND et al. (2015) *Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients*. American Journal of Health-System Pharmacy, 1;72(13), 1147-1152.
- Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E et al. (2006) *Transition of care for hospitalized elderly patients--development of a discharge checklist for hospitalists*. Journal of Hospital Medicine, 1(6), 354-360.
- Hitch B, Parlier AB, Reed L et al. (2016) *Evaluation of a Team-Based, Transition-of-Care Management Service on 30-Day Readmission Rates*. North Carolina Medical Journal, 77(2), 87-92.
- Holmes-Walker DJ, Llewellyn AC, Farrell K (2007) *A transition care programme which improves diabetes control and reduces hospital admission rates in young adults with Type 1 diabetes aged 15-25 years*. Diabetic Medicine, 24, 764-769.
- Iavarone D. (2014) *Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento*. L'Infermiere n°4, 7-13.
- Ingleton C, Chatwin J, Seymour J et al. (2011) *The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project*. Journal of Clinical Nursing, 20 (13-14), 2043-2052.
- Institute for Innovation and Improvement. (Internet). Consultato il 30 marzo 2016, disponibile all'indirizzo [https://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/sbar\\_-\\_situation\\_-\\_background\\_-\\_assessment\\_-\\_recommendation.html](https://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html).
- Kangovi S, Grande D (2014) *Transitional care management reimbursement to reduce COPD readmission*. Chest, 145(1), 149-155.
- Kessler C, Shakeel F, Hern HG et al. (2013) *An algorithm for transition of care in the emergency department*. Academic Emergency Medicine, 20(6), 605-10.
- Kripalani S, Roumie CL, Dalal AK et al. (2012) *Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: a randomized trial*. Annals of Internal Medicine, 3;157(1), 1-10.
- Li JM, Cheng SZ, Cai W et al. (2014) *Transitional care for patients with chronic obstructive pulmonary disease*. International Journal of Nursing Sciences, 1(2), 157-164.
- Miyashita M, Sato K, Morita T et al. (2008) *Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care*. Palliative Medicine, 22(4), 376-382.
- Parry C, Mahoney E, Chalmers SA et al. (2008) *Assessing the quality of transitional care further applications of the care transitions measure*. Medical Care, (3), 317-322.
- Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C et al. (2014) *SBAR improves communication and Safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study*. British Medical Journal Open, 4, 1-8.
- Rasmusson K, Flattery M, Baas LS (2015) *American Association of Heart Failure Nurses position paper on educating patients with heart failure*. Heart & Lung, 44(2), 173-177.
- Whittingham K, Oldroyd K. (2014) *Using an SBAR-Keeping it real! Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree programme*. Nurse Education Today, 34, e47-e52.



ESPERIENZE

## L'efficacia del Chest Pain Score nell'identificazione al triage del dolore toracico di origine cardiaca

di *Monica Campana*

Infermiera

Corrispondenza: [monicacampana1992@hotmail.it](mailto:monicacampana1992@hotmail.it)

### Il dolore toracico, come valutarlo?

Il dolore toracico rappresenta uno dei principali problemi della medicina moderna, poiché costituisce la causa più frequente di accesso al Pronto Soccorso (5% di tutte le visite effettuate) e comporta una mortalità elevata (2-4%) in caso di diagnosi mancata e di dimissione impropria (Alpert, Thygesen et al., 2000). Premesso che il ricovero sistematico dei pazienti con dolore toracico determina un inutile aumento dei costi, è opportuno applicare un rigoroso percorso di valutazione al triage. Eppure il dolore toracico non traumatico rappresenta una condizione clinica di difficile valutazione. A rendere difficile questo processo contribuiscono alcuni aspetti segnalati dagli studi epidemiologici, a cominciare dall'aumento dei pazienti anziani.

I punteggi (score) di stratificazione del rischio che possono essere usati sono Pursuit, Timi, Grace e Frisc score (Antman, Cohen et al., 2000) (Araújo Gonçalves, Ferreira et al., 2005). Tuttavia, nessuno di questi punteggi di rischio risulterebbe utilizzato per l'identificazione di una sindrome coronarica acuta in Pronto Soccorso. Per questo motivo, sono necessari ulteriori sistemi di punteggio, quali sono l'Heart e il Chest Pain Score (CPS), da utilizzare nei dipartimenti d'emergenza, per l'identificazione del dolore toracico di origine cardiaca.

Le caratteristiche del dolore toracico rappresentano il primo strumento per il riconoscimento della sua possibile origine ischemica. La standardizzazione delle domande da porre all'utente consente di ottenere dati meno soggettivi rispetto alle caratteristiche dell'episodio di dolore toracico. A tale scopo è auspicabile l'utilizzo di un punteggio di valutazione del dolore toracico o CPS, volto a definire la tipicità rispetto all'atipicità dei sintomi e il cui uso risulta dalla letteratura che sia stato validato in un'ampia coorte di pazienti (Antonazzo & Contaldo, 2011). Le caratteristiche del dolore permettono di definirlo tipico con probabilità di malattia coronarica intermedia-alta, o atipico, con bassa probabilità che sia di origine coronarica. In particolare, il codice rosso è assegnato quando il dolore toracico è associato all'assenza o alla grave compromissione di una funzione vitale (coscienza, respiro, circolo), il codice giallo è assegnato in presenza di dolore toracico tipico accompagnato da fattori di rischio specifici, il codice verde è assegnato in presenza di dolore toracico atipico senza fattori di rischio. Altri importanti aspetti da esplorare sono: la durata del dolore, l'episodio anginoso solitamente dura alcuni minuti, mentre un debole fastidio che dura per diverse ore è difficilmente riferibile ad angina; i fattori favorevoli al dolore, generalmente l'angina è esacerbata dallo sforzo fisico o dallo stress emozionale; i fattori allevianti il dolore, per esempio, il riposo; la presenza di dolore al momento e alla registrazione dell'ECG.

Sebbene alcune caratteristiche aumentino o diminuiscano la probabilità dell'origine ischemica, nessuna caratteristica "di per sé" è sufficientemente potente da permettere di escludere la probabilità dell'origine coronarica dei sintomi e dimettere il soggetto sulla base della sola anamnesi dell'episodio di dolore toracico. Il dolore è il sintomo predominante, tuttavia non tutti i pazienti con sindrome coronarica acuta si presentano con dolore toracico. A volte, la dispnea (in particolare nei diabetici) e l'astenia possono essere gli unici sintomi di presentazione. Tali sintomi possono essere "equivalenti anginosi". Infine, l'età superiore ai 75 anni, il sesso femminile, il non essere di razza bianca, il diabete mellito, un pregresso ictus o lo scompenso cardiaco congestizio possono essere associati alla presentazione senza dolore. Il CPS Score viene utilizzato al triage telefonico, al Pronto Soccorso e in UTIC. Il Chest Pain Score è stato introdotto da Geleijnse et al. nel 2000 (Geleijnse, Elhendy et al.). Da esperienze successive si è notato che tale indice è un fattore indipendente di rischio di infarto miocardico acuto. Il tempo di somministrazione è di 2 minuti. Nella Tabella 1 viene fornita una descrizione dettagliata dello score.

<b>Tabella 1 - Il Chest Pain Score</b>	
<b>TIPOLOGIA</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
Localizzazione retrosternale	+ 3
Localizzazione precordiale	+ 2
Localizzazione: collo, mascella, epigastrio	+ 1
Localizzazione apicale	- 1
Irradiazione ad entrambe le braccia	+ 2
Irradiazione a spalla, schiena, collo, mascella	+ 1
Caratteristiche: schiacciamento, insistente, compressione stringente	+ 3
Caratteristiche: pesantezza, tensione	+ 2
Caratteristiche: penetrante, come una pugnalata, puntorio	- 1
Dolore severo	+ 2
Dolore moderato	+ 1
Influenzato da nitroglicerina sub linguale	+ 2
Influenzato dalla posizione	- 1
Influenzato dal respiro	- 1
Associato a dispnea	+ 2
Associato a nausea e vomito	+ 2
Associato a sudorazione	+ 2
Storia di angina da sforzo	+ 3

L'obiettivo dell'indagine proposto è determinare l'accuratezza del CPS in termini di capacità di identificazione e discriminazione (sensibilità e specificità) nel riconoscimento al triage del dolore toracico di origine cardiaca, comparandolo con eventuali variazioni ematiche della Troponina a 0, 6 e 12 ore dalla valutazione dello score.

### **Dolore toracico e Chest Pain Score, l'esperienza dell'Aurelia Hospital**

L'indagine è stata realizzata nel periodo 1 maggio-30 settembre 2014. La raccolta dati è stata eseguita presso il Pronto Soccorso dell'Aurelia Hospital di Roma dopo aver ottenuto l'autorizzazione ad effettuare l'indagine.

Sono stati valutati 80 pazienti (50 maschi con età media di 64,6 anni e 30 femmine con un'età media di 66,5 anni) giunti in Pronto Soccorso con dolore toracico.

Per ogni paziente che riferiva dolore toracico è stato calcolato il CPS al triage. Al termine dell'iter diagnostico è stato comparato lo score del CPS ottenuto con i valori ematici di troponina I controllati a 6 e 12 ore (Apple, Pearce, 2009). Il punteggio complessivo del CPS può essere compreso tra -2 e +9: un valore <4 definisce un dolore toracico atipico, di origine non cardiaca; se lo score invece è  $\geq 4$ , si parla di dolore toracico tipico che è indice di probabile ischemia miocardica.

### **Chest Pain Score e affidabilità del punteggio, risultati**

La verifica dell'ipotesi di ricerca prevede la misurazione degli indicatori quali veri positivi, falsi positivi e falsi negativi:

- i veri positivi, cioè con score  $\geq 4$  e troponina I positiva, sono il 43,75% (n = 35);
- i falsi positivi, cioè con punteggio  $\geq 4$  e troponina I negativa, sono il 18,75% (n = 15);
- i falsi negativi, ovvero con score <4 e troponina I positiva, sono il 6,25% (n = 5);
- i veri negativi, quindi tutti i pazienti con score <4 e troponina I negativa, sono il 31,25% (n = 25).

Successivamente sono stati esaminati gli indici di selettività: Specificità (SP), Sensibilità (SE). Dai dati elaborati il CPS ha mostrato una sensibilità dell'87,50% e una specificità del 62,50%. I risultati ottenuti hanno confermato quanto già riferito in letteratura.

### **Chest Pain Score e riflessioni per la pratica clinica**

Nella pratica clinica, semplici punteggi di rischio possono essere utili, in particolare quando possono essere calcolati in poco tempo. Il CPS non ha presentato difficoltà nell'uso e, cosa importante in un sistema di emergenza, può essere compilato in pochi minuti. Questo punteggio può essere utile per la valutazione clinica del dolore toracico, guidando l'intervento di un cardiologo, nel favorire la decisione per indagini invasive e non invasive, e la definizione di dolore toracico 'tipico' ed "atipico" per malattia coronarica. Un programma di screening efficace, applicato come nella nostra esperienza all'interno del Pronto Soccorso dell'Aurelia Hospital, potrebbe essere implementato anche in un contesto sanitario pubblico, con un bacino di utenza ampio e contribuire in modo significativo alla riduzione dei ricoveri inappropriati, delle dimissioni incongrue e di conseguenza dei costi sanitari. L'adozione del CPS, potrebbe ottimizzare la gestione dei pazienti a rischio alto e intermedio e riuscire a riconoscere il dolore toracico tipico anche nei pazienti a basso rischio, consentire uno screening per cause alternative di dolore toracico nei pazienti senza evidenza di dolore toracico tipico, permettere la dimissione precoce dal Pronto Soccorso e l'invio ad indagini ambulatoriali.

Il principale limite dell'indagine è dato dall'esiguità del campione. Sarebbe opportuno estenderlo anche in altri Pronto Soccorso in modo tale da ottenere dei risultati che rispecchiano maggiormente la popolazione indagata, al fine di verificare se i risultati qui presentati possano essere generalizzabili. Come descritto in precedenza, la formazione proposta al personale infermieristico che, effettuava il CPS, è stata limitata nel tempo e non si è prefissato un retraining successivo. Infine, uno strumento di questo tipo potrebbe essere applicato anche ad altri contesti clinici, previa valutazione scientifica della sua sensibilità e specificità.

**BIBLIOGRAFIA**

- Alpert J, Thygesen K, Antman E, Bassand J (2000). *Myocardial infarction redefined--a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction*. American College of Cardiology, 36(3), 959-969.
- Antman E, Cohen M, Bernink P, McCabe C, Horacek T, Papuchis G et al. (2000). *The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: a method for prognostication and therapeutic decision making*. The Journal of the American Medical Association, 284(7), 835-842.
- Antonazzo M, Contaldo C (2011). *Competenze infermieristiche e triage nella persona assistita con dolore toracico acuto in pronto soccorso: studio qualitativo, condotto presso l'azienda sanitaria locale di Lecce, mirato a valutare la percezione degli infermieri*. Aico. Organo ufficiale dell'Associazione italiana infermieri di camera operatoria, 23(1), 57-63.
- Apple F, Pearce L, Smith S, Kaczmarek J, Murakami M (2009). *Role of monitoring changes in sensitive cardiac troponin I assay results for early diagnosis of myocardial infarction and prediction of risk of adverse events*. Clinical Chemistry, 55(5), 930-937.
- Araújo Gonçalves P, Ferreira J, Aguiar C, Seabra-Gomes R (2005). *Timi, Pursuit, and Grace risk scores: sustained prognostic value and interaction with revascularization in Nste-Acs*. The European Heart Journal, 26(9), 865-872.
- Geleijnse ML, Elhendy A, Kasprzak JD, Rambaldi R, van Domburg RT, Cornel JH, Klootwijk AP, Fioretti PM, Roelandt JR, Simoons ML (2000). *Safety and prognostic value of early dobutamine-atropine stress echocardiography in patients with spontaneous chest pain and a non-diagnostic electrocardiogram*. Eur Heart J;21:397-406.



## ESPERIENZE

## La documentazione infermieristica dei Centri di Endoscopia: progetto pilota

di **Pierangelo Simonelli (1)**, **Jennifer Fiorini (2)**, **Elena Rossetti (3)**, **Giorgio Iori (4)**, **Monica Ribola (5)**, **Giorgia Zamboni (6)**

1) *Coordinatore Infermieristico, ASST Spedali Civili di Brescia - Brescia*

2) *Coordinatore infermieristico, Istituto Clinico San Rocco di Istituti Ospedalieri Bresciani*

3) *Coordinatore Infermieristico, IRRCS Humanitas - Milano*

4) *Infermiere, Arcispedale S. Maria Nuova IRCCS - Reggio Emilia*

5) *Coordinatore Infermieristico, Istituto Clinico San Rocco di Istituti Ospedalieri Bresciani.*

6) *Coordinatore Infermieristico, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (Borgo Roma) - Verona*

Corrispondenza: [piersimon@inwind.it](mailto:piersimon@inwind.it)

### Introduzione

La documentazione Infermieristica registra in forma organizzata e rintracciabile il percorso assistenziale assicurato a un determinato paziente. E' utile a comprovare ciò che è stato fatto, a garantire trasparenza e continuità assistenziale, tutti passaggi essenziali per il miglioramento della qualità dell'assistenza, come tra l'altro indica uno degli assiomi dei sistemi di qualità, che definisce oggettivamente migliorabile solo quello che si può misurare.

La documentazione clinica, grazie alle sue caratteristiche definenti (chiara, concisa, consecutiva, contestuale, corretta, completa, collaborativa/multi professionale, centrata sul paziente e confidenziale) è la base per la comunicazione tra i professionisti sanitari, tracciando il percorso clinico-diagnostico-assistenziale, così come gli esiti di questo, con registrazioni continuative e contestuali. La letteratura, e non solo quella giuridica, sostiene che la documentazione deve essere mirata e centrata sul paziente, basata sull'osservazione professionale e sulla valutazione clinica.

Nel corso degli anni, per restare al passo con le richieste del sistema sanitario, i professionisti, attori principali della salute, hanno collaborato alla creazione di modelli organizzativi consoni alle mutate esigenze del cittadino; i team infermieristici, in questo percorso, hanno cercato di ideare e realizzare una documentazione infermieristica completa e precisa, che permetta la registrazione e tracciabilità dell'intero processo assistenziale.

Questo studio nasce in seguito ad un progetto pilota di accreditamento professionale dei Centri di Endoscopia, per la creazione di standard di qualità, promosso da SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva), in collaborazione con ANOTE/ANIGEA (Associazione Nazionale degli Infermieri Operatori Tecniche Endoscopiche) e KIWA CERMET Italia - ente di certificazione, basato sulla logica della *peer review*.

Le prime *site visit* hanno prodotto alcune non conformità e raccomandazioni, tra cui la non corretta predisposizione della cartella infermieristica.

Si è quindi cercato di creare standard di qualità a cui i Centri di Endoscopia possono fare riferimento, nella logica dell'organizzazione di un'assistenza di qualità, nonché dell'efficienza dei processi organizzativi e gestionali, nella prospettiva del miglioramento continuo.

### **Il nostro percorso**

Lo studio è stato condotto attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro, che ha svolto un'indagine conoscitiva a livello nazionale, iniziata nel maggio 2015 e conclusasi a gennaio 2016, articolandosi in tre fasi.

**Nella prima fase** sono stati messi a punto i diversi ruoli, mandati e obiettivi da conseguire. L'indagine conoscitiva è risultata essere necessaria a seguito di un'analisi preliminare della situazione documentale attuale, che sembrava suggerire, durante i dibattiti intrapresi nelle riunioni periodiche, la presenza di diverse criticità nelle schede infermieristiche, aggravate da un quadro normativo frammentato ed eterogeneo.

**Nella seconda fase** il gruppo ha effettuato una raccolta dati per far emergere le realtà italiane sul tema. Per portare a termine la seconda fase si è deciso di contattare i responsabili regionali ANOTE, per reperire ed espandere in modo capillare, all'interno di ogni regione, i format esistenti.

**Nella terza fase** i dati raccolti sono stati analizzati e rielaborati attraverso l'inserimento delle informazioni in un database costruito ad hoc precedentemente, con il programma MS Excel.

L'analisi dei dati è stata condotta secondo i metodi della statistica descrittiva, prendendo in considerazione le distribuzioni di frequenza delle modalità dei caratteri qualitativi e quantitativi osservati.

Al termine è stata condotta una revisione della bibliografia in diversi database per ottenere il più ampio spettro di informazioni riguardanti l'argomento, oltre alla consultazione di banche dati, di linee guida e di siti di agenzie governative italiane e internazionali.

Al termine del percorso si è riscontrata una linea guida americana recente (2013), che propone una guida nell'intento di fornire all'infermiere in endoscopia uno strumento di lavoro che sia definito nel rispetto dei requisiti del *Centers for Medicare and Medicaid Services*, delle raccomandazioni della *Joint Commission* e di *Accreditation Association for Ambulatory Health Care*.

Non sono stati rintracciati format internazionali utili alla nostra ricerca, sebbene siano numerosi gli articoli, gli studi e le linee guida.

La raccolta dati è stata la fase principale e di importanza rilevante per la creazione di un prototipo adeguato alle esigenze del territorio; in tal modo si sono raccolte informazioni, individuati i problemi, identificate le relative cause.

Sono stati analizzati un totale di 18 format attualmente in uso, derivanti da 8 Aziende/Istituti delle regioni nel Nord-Italia, da 6 Aziende/Istituti delle regioni nel Centro-Italia e 4 Aziende/Istituti delle regioni nel Sud-Italia.

Un'analisi della tipologia aziendale ha permesso di definire che il 28% delle schede infermieristiche proviene da Istituti privati, il 72% da Aziende Pubbliche e il 22% da istituti di ricerca I.R.C.C.S.

## Discussione

Questo lavoro illustra il percorso di realizzazione e implementazione della cartella infermieristica, al fine di unificare a livello nazionale i servizi di Endoscopia, in modo particolare costruire un unico modello funzionale da poter adottare.

Il prototipo ottenuto è uno strumento agile, che non richiede tempi lunghi di gestione; piuttosto si è preferito uno strumento essenziale, di semplice compilazione, sintetico e funzionale alle esigenze del team. In particolare offre una visione globale del paziente.

L'utilizzo della scheda infermieristica favorisce negli infermieri l'assunzione di decisioni, migliora l'autonomia operativa, facilita un'integrazione produttiva non solo nell'equipe infermieristica, ma anche in quella pluridisciplinare.

Attraverso l'analisi di alcune cartelle infermieristiche in uso nei servizi di Endoscopia Digestiva, si sono individuati alcuni aspetti cruciali, al fine di organizzare una cartella infermieristica che garantisca:

- sicurezza per i pazienti;
- tutela del professionista;
- responsabilizzazione professionale del team.

Nella creazione del prototipo di scheda infermieristica endoscopica, si è deciso di allinearsi alle indicazioni della *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, suddividendo lo strumento nelle tre fasi indicate dalle Linee guida del 2013, nel rispetto dei requisiti del *Centers for Medicare and Medicaid Services*, delle raccomandazioni della *Joint Commision* e di *Accreditation Association for Ambulatory Health Care*.

Il prototipo che abbiamo elaborato è utilizzabile esclusivamente nei servizi di Endoscopia.

Obiettivo futuro sarà quello di sperimentare la scheda in alcuni Centri Endoscopici. La sperimentazione permetterà di valorizzare i punti di forza e ovviare ai punti di debolezza. Nel corso della sperimentazione, la cartella prototipo sarà affiancata a quella tradizionalmente in uso: la compilazione in parallelo dei due strumenti sappiamo che richiederà uno sforzo organizzativo non indifferente.

In conclusione riassumiamo le caratteristiche del nuovo strumento:

### **Punti di forza:**

- è una scheda che nasce da un'idea innovativa;
- è uno strumento propositivo;
- lascia spazio a sviluppi futuri;
- ha favorito il confronto e la collaborazione a livello nazionale.

### **Punti di debolezza:**

- è un progetto che richiede molto impegno e collaborazione da parte di professionisti di diverse strutture;
- nei servizi di Endoscopia è spesso difficile riuscire a compilare la documentazione al momento giusto, quindi una scheda di questa tipologia potrebbe avere difficoltà ad essere accettata dagli infermieri.

Siamo consapevoli che questo lavoro non riuscirà a soddisfare le esigenze di tutti i professionisti, ma ci auguriamo possa essere considerato un punto avanzato da cui proseguire nel processo di miglioramento continuo della qualità.



- d. Tempo del digiuno (Afelbaum et al., 2011)
  - e. Efficacia e tipo di preparazione intestinale (Bjorkman & Popp, 2006)
  - f. Valutazione del rischio di cadute
  - g. Stato di gravidanza (*American Society for Gastrointestinal Endoscopy - ASGE 2012*)
  - h. Valutazione delle attività giornaliere: autonomia, dipendenza parziale, dipendenza totale (Burden et al., 2000)
  - i. Bisogni emozionali e psicologici (Burden et al., 2000).
3. Allergie e intolleranze a farmaci, erbe e pollini, alimenti, altre sostanze, mezzi di contrasto e lattice
  4. Richiesta di conferma al paziente sulle informazioni ricevute relativamente alla procedura
  5. Presenza di oggetti di valore (occhiali, gioielli, altro) (Potter et al., 2012)
  6. Presenza di protesi dentarie rimovibili, ponti dentari, occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, piercing (Potter et al., 2012)
  7. Presenza di dispositivi protesici (protesi ortopediche, valvole cardiache, etc.), pacemaker, dispositivi meccanici, defibrillatore interno, altro
  8. Valutazione dei bisogni educativi (Joint Commission, 2012):
    - a. identificazione di ostacoli all'apprendimento
    - b. stile di apprendimento preferenziale
    - c. capacità di comprensione delle informazioni fornite (Burden, et al., 2000)
    - d. educazione pre-procedura
    - e. istruzioni post-procedura al paziente o al caregiver
    - f. indicazione di una persona di riferimento con nome e numero di telefono
    - g. disponibilità di un trasporto sicuro per il rientro a casa.
  9. Hand-off comunicazioni dal caregiver
  10. Registrazione di data, ora e nome dell'infermiere.

Se il professionista lo ritiene utile è possibile segnalare nelle note ulteriori approfondimenti:

1. Assegnazione di un punteggio per la sedazione (*Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy, 2008*):
  - a. Livello di coscienza e stato mentale
  - b. Situazione respiratoria (vie aeree e respiro)
  - c. Situazione circolatoria.
2. Terapia in atto
3. Referti di laboratorio o di indagini radiologiche precedenti (se presenti).

 <b>SCHEDA INFERMIERISTICA intra-PROCEDURA</b> <b>MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI</b>									
ORA →									
P.A.									
F.C									
SpO2									
EtCO2									
Respiro									
O2 lt									
sigla op.									
ORA →									
P.A.									
F.C									
SpO2									
EtCO2									
Respiro									
O2 lt									
sigla op.									
SOMMINISTRAZIONE FARMACI									
ORA	PRESCRIZIONE					Firma prescrizione	Firma somministrazione		
<b>NOTE in riferimento al pz:</b>									
FINE PROCEDURA: <input type="checkbox"/> segnalazione rottura/difetto di accessori o endoscopi									
FIRMA INFERMIERE/A (1).....					FIRMA INFERMIERE/A (2).....				

	<b>SCHEDA INFERMIERISTICA</b>	data.....
<b>VALUTAZIONE ASSISTENZIALE pre- PROCEDURA</b>		
<b>CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE</b>		
<input type="checkbox"/> <b>TIME OUT</b> PRIMA DELLA PROCEDURA presenti tutti i COMPONENTI DELL'EQUIPE		
<input type="checkbox"/> VERIFICA IDENTITA' PAZIENTE / CARTELLA CLINICA / CONSENSO INFORMATO CORRETTO		
<input type="checkbox"/> CONTROLLO/ESECUZIONE PRESCRIZIONI PREOPERATORIE		
<input type="checkbox"/> CONTROLLO PREPARAZIONE FARMACI		
<input type="checkbox"/> CONTROLLO PREPARAZIONE DISPOSITIVI e STRUMENTO endoscopico		
<input type="checkbox"/> ESEGUITA PROFILASSI ANTIBIOTICA <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> NON NECESSARIA</span>		
POSIZIONE PAZIENTE: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> laterale sin. <input type="checkbox"/> laterale dx <input type="checkbox"/> prono <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro.....		
POSIZIONE ELETTRODO NEUTRO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>PROCEDURA ENDOSCOPICA</b>		
ORA ingresso sala ..... ORA inizio procedura ..... FINE procedura .....		
DISPOSITIVI POSIZIONATI: <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> C. vescicale <input type="checkbox"/> s. rettale <input type="checkbox"/> altro.....		
INDAGINI DI LABORATORIO: <input type="checkbox"/> istologico <input type="checkbox"/> citologico <input type="checkbox"/> culturale <input type="checkbox"/> altro.....		
NOTE		
(Empty space for notes)		
<b>TRACCIABILITA' DISPOSITIVI MEDICI (endoscopi, impiantabili, accessori operativi)</b>		
(Empty space for traceability)		
FIRMA INFERMIERE/A (1).....		
FIRMA INFERMIERE/A (2).....		

**FASE INTRA-PROCEDURA**

Ogni paziente sottoposto a procedura diagnostica, terapeutica o invasiva deve essere monitorato da un infermiere o da personale qualificato. (*Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc. - SGNA 2012*). La documentazione deve includere l'evento, l'intervento e l'outcome.

Di seguito gli elementi inclusi in questa fase: (Joint Commission, 2012):

1. Time-out
2. Apparecchiature ed allarmi revisionati ed impostati
3. Accertamento parametri del paziente:
  - a. Segni vitali (*American Association for the Study of Liver Diseases, 2012*), che possono comprendere:
    - I. Pressione arteriosa
    - II. Frequenza cardiaca
    - III. Saturazione di ossigeno.
  - b. Valutazione dell'addome
  - c. Livello di coscienza

- d. Caratteristiche della cute
  - e. Mantenimento del volume intravascolare
  - f. Sito
  - g. Tipo e volume dei liquidi infusi (incluso sangue e derivati) (Joint Commission, 2012).
4. Linee venose con tipo, sede, nome di chi ha posizionato il presidio, presenza di dispositivi per accesso venoso (O'Grady et al., 2011)
  5. Posizionamento del paziente
  6. Nome e dosaggio dei farmaci ed agenti somministrati (incluso ossigeno e mezzi di contrasto), tempo, via di somministrazione, nome del somministratore e risposta del paziente (Joint Commission, 2012).
  7. Tracciabilità di strumenti e materiali utilizzati
  8. Localizzazione della piastra messa a terra e condizioni della cute prima e dopo la procedura
  9. Accessori endoscopici utilizzati (e.g., clips, stent, drenaggi, bende, etc.)
  10. Eventi avversi
  11. Campioni prelevati
  12. Ora di inizio e fine procedura. Può includere:
    - a. inserimento dell'endoscopio
    - b. rimozione dell'endoscopio.
  13. Hand-off informazioni ricevute dal caregiver
  14. Firma/e data e ora.

Se il professionista lo ritiene utile, è possibile segnalare nelle note ulteriori approfondimenti:

1. Pressione addominale (se applicata)
2. Tempo di esposizione alla radioscopia se utilizzata (SGNA, 2008).

 <b>SCHEDA INFERMIERISTICA post-PROCEDURA</b>										
MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI										
ORA										
P.A.										
F.C.										
SpO2										
EtCO2										
Respiro										
O2 lt										
sigla op.										
SOMMINISTRAZIONE FARMACI										
ORA	PRESCRIZIONE				Firma prescrizione			Firma somministrazione		
SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI										
VALUTAZIONE ASSISTENZIALE alla DIMISSIONE										
Aldrete Score					Die	Die	Die	Die	Die	Die
					-----	-----	-----	-----	-----	-----
Coscienza ( 0 = non risvegliabile; 1 = risvegliabile; 2 = sveglia)										
Respiratorio ( 0 = apnea; 1 = dispnea; 2 = respira e tosse liberamente )										
SpO2 ( 0 = <90% con ossigeno; 1 = > 90% con ossigeno; 2 = >92% in aria)										
Circolo ( 0 = PAS ± 50% del valore basale; 1 = PAS ± 20-50% del valore basale; 2 = PAS ±20% del valore basale)										
Attività motoria (0 = assente; 1 = muove volontariamente 2 arti; 2 = muove volont. i 4 arti)										
(per la dimissione è richiesto uno score ≥ 9) Totale										
NAUSEA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                    VOMITO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                    ADDOME DISTESO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										
valutazione del Dolore NRS (numeric rating scale)										
0 Assente	1	2	3	4	5 Medio	6	7	8	9	10 Totale
Intervento										
<input type="checkbox"/> EDUCAZIONE POST PROCEDURA <input type="checkbox"/> RACCOMANDAZIONI POST-SEDAZIONE										
NOTE										
ORA DIMISSIONE..... FIRMA INFERMIERE/A.....										

**FASE POST-PROCEDURA**

La frequenza delle rilevazioni è determinata da indicazioni istituzionali, dal medico e dall'infermiere.

Di seguito gli elementi inclusi in questa fase: (Joint Commission, 2012):

1. Ora di inizio della fase
2. Valutazione continua in relazione ad età, bisogni e procedura eseguita (*American Association for the Study of Liver Diseases, 2012*):
  - a. Segni vitali, inclusa la valutazione del dolore. Si possono includere:
    - I. Pressione arteriosa
    - II. Frequenza cardiaca
    - III. Saturazione di ossigeno.
  - b. Punteggio di valutazione della sedazione tramite lo score di Aldrete:
    - I. Livello di coscienza/stato mentale
    - II. Valutazione delle vie aeree, respirazione, saturazione ossigeno.
    - III. Apparato circolatorio
    - IV. Attività motoria.

E' un sistema di valutazione a punteggio (*score aldrate system*) che consente di valutare la dimissibilità del paziente in modo oggettivo.

Valuta 5 parametri: PA\_SpO2\_Coscienza\_respiro\_attività motoria.

Il paziente è dimissibile in sicurezza se si ottiene uno score maggiore uguale a 9.

Con score 8 è necessario un periodo d'osservazione.

Con score minore o uguale a 7 è necessario il ricovero in terapia intensiva.

(ALDRATE JA. Post-anesthetic recovery score. J.Am Coll Surg 2007 Nov.).

- c. Valutazione dell'addome
- d. Mantenimento del volume intravascolare:
  - I. Tipo e volume dei fluidi somministrati (incluso sangue e derivati) (Joint Commission, 2012).
3. Nome e dosaggio dei farmaci ed agenti somministrati (incluso ossigeno e mezzi di contrasto), tempo, via di somministrazione, nome del somministratore, risposta del paziente (Joint Commission, 2012)
4. Eventi avversi, interventi effettuati, outcome (Joint Commission, 2012)
5. Istruzioni per le dimissioni specifiche per età e personalizzate, revisionate e fornite al paziente e/o al caregiver secondo la policy della struttura (Joint Commission, 2012).  
Può includere:
  - a. Educazione sanitaria in riferimento a:
    - I. Dieta e norme igieniche
    - II. Segni e sintomi di possibili complicanze
    - III. Appuntamenti per i controlli successivi.
  - b. Numeri telefonici per l'emergenza
  - c. Centri territoriali di riferimento
  - d. Materiale educativo (Joint Commission, 2012).
6. Hand-off al medico di base se possibile (Joint Commission, 2012)
7. Ora della dimissione e firma dell'infermiere.

### Lo strumento

Lo sviluppo della documentazione è guidato dall'uso del processo di nursing (accertamento, pianificazione, intervento, rivalutazione) ed aiuta a stabilire piani di cura individualizzati e coerenti per i pazienti sottoposti a procedure endoscopiche.

Partendo dal presupposto che i vari membri del team multidisciplinare sono responsabili nel documentare e registrare specifici item, il *FORMAT* permette di registrare in modo chiaro ed univoco i dati che descrivono con accuratezza situazioni ed eventi che si verificano durante la procedure, nel rispetto dei requisiti richiesti da *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), dalle raccomandazioni fornite da *The Joint Commission and Accreditation Association for Ambulatory Health Care, Inc.* (AAHC) e derivano da un'attenta revisione sistematica della letteratura esistente.

Al fine di fornire informazioni facilmente adattabili ad ogni situazione assistenziale e ad ogni contesto professionale, la scheda è stata suddivisa in tre parti principali: *pre-procedura*, *intra-procedura*, *post-procedura*. L'intento è di fornire informazioni e criteri che possono essere selezionati per formulare un documento personalizzato che risponda a bisogni e a requisiti conformi alla policy della struttura sanitaria.

Premessa necessaria all'utilizzo adeguato dello strumento è che ogni step/sezione della scheda infermieristica deve essere obbligatoriamente associato e contestualizzato da procedure interne della struttura che ne fa uso.

## TERMINI E DEFINIZIONI

**Hand off - passaggio di informazioni** = è riferito allo scambio di informazioni aggiornato tra curanti riguardo le condizioni del paziente, l'assistenza, il trattamento, la terapia, i servizi, e qualsiasi cambiamento recente o anticipato (Runy, 2008; Joint Commission 2012).

**Fase intra-procedura** = comincia con il time-out e l'inizio della sedazione fino al completamento della procedura diagnostica o terapeutica.

**Riconciliazione dei farmaci** = è riferita alla riconciliazione accurata e completa dei farmaci attraverso un continuum di assistenza che comprende nome, dose, via di somministrazione, frequenza e scopo (Joint Commission 2012).

**Fase post-procedura** = è il periodo di tempo dal termine della procedura diagnostica o terapeutica fino alla dimissione del paziente.

**Fase pre-procedura/accoglienza** = è il periodo di tempo precedente all'ingresso del paziente nella sala endoscopica.

**Equipe multiprofessionale** = comprende i professionisti che partecipano all'esecuzione della procedura endoscopica (medico, infermiere, anestesista ed altre eventuali figure).

**Time-out** = è riferito al processo di verifica che viene fatto immediatamente prima di iniziare la procedura in cui i membri del team concordano in linea di massima il paziente corretto, il luogo di procedura corretto, la procedura corretta (Joint Commission 2013).

**Protocollo universale** = è il processo progettato per evitare il paziente sbagliato, il sito chirurgico sbagliato, e comporta tre componenti: una verifica pre-procedura, la marcatura del sito, il time out (Joint Commission 2012).

**Segni vitali** = comprendono TC, FC, FR, PA, presenza di dolore, saturazione di ossigeno. Gli elementi possono variare in relazione con le fasi della procedura e le direttive istituzionali.

## BIBLIOGRAFIA

- Society of gastroenterology nurses and associates, Inc. (Sgna) (2013). *Guidelines for nursing documentation in gastrointestinal endoscopy*. First published in 1989. Revised in 2002. Reviewed in 2005.
- Afelbaum J L, Caplan R A, Connis R T, Epstein B S, Nickinovich D G, Warner M A (2011). *Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedure.: An updated report by the American society of anesthesiologists committee on standards and practice parameters*. *Anesthesiology*, 114(3), 495-511.
- American association for the study of liver diseases, American college of gastroenterology, American gastroenterological association institute, American society for gastrointestinal endoscopy, Society for gastroenterology nurses and associates, Vargo J J, DeLegge M H, Feld A D, Gerstenberger P D, Kwo P Y, Lightdale J R, Nuccio S, Rex D K, Schiller L R (2012). *Multisociety sedation curriculum for gastrointestinal endoscopy*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 76 (1), e1-e25.
- American society for gastrointestinal endoscopy (2012). *Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 76(1), 18-24. doi:10.1016/j.gie.2012.02.029.
- Bjorkman D J, Popp J W (2006). *Measuring the quality of endoscopy*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 63(4), S1-S2. doi:10.1016/j.gie.2006.02.022.
- Burden N, DiFazio D M, O' Brien D, Dawes B S G (2000). *Ambulatory surgical nursing* (2nd ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Conners J M, Cravero J P, Lowrie L, Scherrer P, Werner D (2013). *Society for pediatric sedation consensus statement: core competencies for pediatric providers who deliver deep sedation*. Retrieved from [http://www.pedsedation.org/documents/SPS\\_Core\\_Competencies.pdf](http://www.pedsedation.org/documents/SPS_Core_Competencies.pdf).
- Gross J D, Bailey P L, Connis R T, Coté C J, Davis F G, Epstein B S, Gilbertson L, Nickinovich D G, Zerwas J M, Zuccarro G (2002). *Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists: an updated report by the American society of anesthesiologists task force on sedation and analgesia by non-anesthesiologists*. *Anesthesiology*, 96(4), 1004-1017.

- O'Grady N P, Alexander M, Burns L A, Dellinger E P, Garland J, Heard S O, Lipsett P A, Masur H, Mermel L A, Pearson M L, Raad I I, Randolph A, Rupp M E, Saint S, The Healthcare infection control practices advisory committee (2011). *2011 Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/BSI-guidelines-2011.html>.
- Potter P A, Perry A G, Stockert P, Hall A (2012). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Runy L A (2008). *Patient handoffs*. Hospital and health networks. Retrieved from [http://www.hhnmag.com/hhnmag/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HHNMAG/Article/data/05MAY2008/0805HHN\\_FEA\\_Gatefold&domain=HHNMAG](http://www.hhnmag.com/hhnmag/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HHNMAG/Article/data/05MAY2008/0805HHN_FEA_Gatefold&domain=HHNMAG).
- Society of gastroenterology nurses and associates, Inc (2008). *Radiation safety in the endoscopy setting [Position statement]*. Chicago, IL. Author.
- Society of gastroenterology nurses and associates, Inc. (2012). *Minimum registered nurse staffing for patient care in the gastrointestinal endoscopy unit [Position statement]*. Chicago, IL. Author.
- Standards of practice committee of the American society for gastrointestinal endoscopy (2008). *Sedation and anesthesia in GI endoscopy [Guideline]*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 68(5), 815-826. doi:10.1016/j.gie.2008.09.029.
- The Joint Commission (2012). *2012 Standards for ambulatory care*. Oakbrook Terrace, IL: Author.
- The Joint Commission (2013). *National patient safety goals effective January 1, 2013*. Retrieved from [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/NPSG\\_Chapter\\_Jan2013\\_HAP.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/NPSG_Chapter_Jan2013_HAP.pdf).

### **Bibliografia raccomandata**

- American academy of pediatrics, American academy of pediatric dentistry, Coté C J, Wilson S, The Work group on sedation (2006). *Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update*. *Pediatrics*, 118, 2587-2602. doi: 10.1542/peds.2006-2780.
- American society for gastrointestinal endoscopy. (2008). *Statement on routine laboratory testing before endoscopic procedures*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 68(5), 827-832.
- Society of gastroenterology nurses and associates, Inc (2005). *Minimum data set [Form]*. Retrieved from <http://www.sgna.org/Education/MinimumDataSet.aspx>.
- Society of gastroenterology nurses and associates, Inc (2007). *Guidelines for nursing care of the patient receiving sedation and analgesia in the gastrointestinal setting [Guideline]*. Chicago, IL: Author.
- The Joint Commission (2010). *Joint commission international accreditation standards for hospitals: standards lists version*. Retrieved from [http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/IAS400\\_standards\\_lists\\_only.pdf](http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/IAS400_standards_lists_only.pdf).



## ESPERIENZE

## L'efficacia dell'ascolto della musica nei pazienti con demenza

di **Andrea Giannini (1)**, **Francesca Vacchina (2)**, **Lorenzo Cecconi (3)**

(1) Infermiere, "Fondazione Centro Residenziale V. Chiarugi", Empoli (FI)

(2) Infermiere Agenzia della Formazione, ASL 11 di Empoli (FI)

(3) PhD, Dipartimento di Statistica, Informatica, Applicazione "G. Parenti"; Università degli studi di Firenze

Corrispondenza: [giannini.andrea0@gmail.com](mailto:giannini.andrea0@gmail.com)

### Introduzione

La demenza costituisce ad oggi un problema rilevante di salute pubblica. Si stima che nel mondo vi siano 44 milioni di persone con questa malattia e che nell'anno 2050 diverranno 135 milioni (Prince e Guerchet et al., 2013). Attualmente, non esistendo una terapia definitiva, l'intervento d'elezione è quello farmacologico, ma tra i trattamenti complementari la musica è senz'altro uno dei più interessanti, in termini di efficacia e di semplicità del trattamento, essendo una strategia facilmente accessibile e di minor costo rispetto ad altre (Fagherazzi, Stefinlongo et al., 2009).

In particolare, l'ascolto della musica come terapia complementare ha mostrato una notevole efficacia nel ridurre l'agitazione psicomotoria (Bruscia, 1993; Gerdner, 2000; Ragneskog, Brane, 1996; Ho, Lai, 2011; Hiks-Moore, 2005). La musica in terapia è caratterizzata, a differenza della *musicoterapia*, dal fatto che questa può essere attuata da infermieri e dal fatto che essa riveste un ruolo complementare alla terapia già in atto (Petrovsky, Cacchione, 2015). La musica in terapia è già applicata con successo in vari contesti: ambito chirurgico, riduzione dell'ansia preoperatoria, riduzione del dolore, rilassamento, miglioramento dell'umore (Gooding, Swezey et al., 2012; Matsota, Christodouloupoulou et al., 2013; Sili, Fida et al., 2013; Joanna Briggs Institute, 2011).

Alcuni studi mostrano come la musica sia strettamente legata a processi emotivi, attivando varie aree del sistema limbico; inoltre la musica può essere utilizzata per introdurre un senso di familiarità in un nuovo ambiente, oppure per massimizzare la familiarità in un ambiente già noto (Boso, Politi et al., 2006; Sung, Chang et al., 2010).

Analizzando la letteratura disponibile emerge una certa differenza riguardo il tipo di musica e l'orario di somministrazione. Alcuni autori utilizzano musica barocca, musica commerciale, musica classica, musica appositamente composta, mentre altri utilizzano musica individualizzata o conosciuta dal paziente (Nair, Browne et al., 2013; Ragneskog e Kihlgren et al., 1996). Anche nella scelta del momento di riproduzione della musica ci sono molte differenze: durante attività non strutturate, durante il bagno, durante il picco di agitazione o durante i pasti (Ragneskog, Brane, 1996; Hiks-More, 2005; Clair, Bernstein, 1995; Sung, Chang, 2005). In linea generale i vari studi affermano che l'efficacia del trattamento sia migliore utilizzando musica personalizzata od almeno conosciuta dal paziente.

Lo strumento più utilizzato per la valutazione della agitazione psicomotoria è la *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI) nella sua forma estesa, abbreviata e modificata (Hoe, Lai et al., 2011; Sung, Chang et al., 2006; Witzke, Rhone et al., 2008).

Scopo del nostro studio è valutare in quale misura l'utilizzo della *musica in terapia* sia in grado di diminuire la agitazione psicomotoria di pazienti con demenza residenti nella nostra R.S.A. Lo studio è stato condotto nel Nucleo Alzheimer della *Fondazione Centro Residenziale Vincenzo Chiarugi* di Empoli (FI).

### La nostra esperienza

Sono stati inclusi nello studio gli anziani ospiti con età superiore a 65 anni e diagnosi di demenza con deficit cognitivo medio o grave, che sono stati sottoposti alla valutazione tramite varie scale o strumenti:

1. Scheda clinica, comprendente i dati dell'ospite.
2. *Mini Mental State Examination* (MMSE). La scala valuta i disturbi della sfera intellettuale e cognitiva (Folstein, Folstein et al., 1995), con 30 item che fanno riferimento a 7 aree cognitive. Il punteggio varia da 0 a 30. Un punteggio minore di 18 è indicativo di un grave deficit cognitivo, un punteggio compreso tra 18 e 24 indica un medio deficit cognitivo ed un punteggio pari a 25 è considerato borderline.
3. *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI-LF) - versione estesa. Si tratta di una scala di valutazione per l'agitazione psicomotoria in pazienti con demenza, sviluppata nel 1991 (Choen-Mansfield, 1991). Si compone di 29 item che rappresentano altrettanti comportamenti osservabili, valutati in una scala da 1 a 7 in base alla frequenza di presentazione degli stessi. Non è definito un punteggio soglia, ma il punteggio totale varia da 29 a 203, dove uno score alto indica una maggior frequenza dei comportamenti agitati e/o aggressivi.
4. *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI-M) - versione modificata. Questa ulteriore versione è stata strutturata per valutare l'agitazione psicomotoria dei pazienti nell'immediatezza della rilevazione. I 29 item restano invariati, ma è stata modificata la frequenza dei comportamenti che assume valori binari di 0 e 1, dove 0=assente ed 1=presente (Goadder, Abraham, 1994).
5. Questionario sulle preferenze musicali. Si tratta di un questionario predisposto ad hoc per il nostro studio, volto ad identificare i gusti musicali dei pazienti. Il questionario comprende sei domande: genere di musica preferita, genere di musica non preferita, tipo di musica preferita, autore/cantante preferito, importanza della musica prima della malattia, importanza della musica dopo la malattia.

Lo studio, della durata di sei settimane, è stato suddiviso in tre fasi. Durante la prima fase T1 (prima settimana) sono stati raccolti i dati di base, valutando i pazienti con la scala CMAI-LF settimanalmente e con la scala CMAI-M giornalmente dalle 17.30 alle 18.30. Nella seconda fase T2 (dalla settimana 2 alla settimana 5) si è introdotta la musica giornalmente dalla 17.30 alle 18.30, mantenendo lo schema delle valutazioni della fase T1. Nella terza fase T3 (settimana 6) è stata tolta la musica e sono proseguite le valutazioni come nelle settimane precedenti.

La musica è stata riprodotta in filodiffusione in tutto il reparto per favorire l'ascolto di gruppo con un volume superiore di 5dB rispetto al rumore di fondo, per facilitarne l'ascolto (Lai, 2007).

La scala di valutazione CMAI-LF è stata compilata dagli infermieri del servizio. La scala CMAI-LF è stata compilata ogni lunedì mattina, riportando la frequenza dei comportamenti della settimana precedente. La scala CMAI-M è stata somministrata dai conduttori dello studio e dagli infermieri del servizio.

Sono stati selezionati i brani preferiti dai pazienti o perlomeno familiari agli stessi, per favorire l'ascolto di gruppo. La musica è stata scelta in base a i dati anagrafici/clinici dei pazienti ed in base al questionario sui gusti musicali. Sono state create 7 playlist di brani musicali della durata di 1 ora da riproporre per le 4 settimane di intervento.

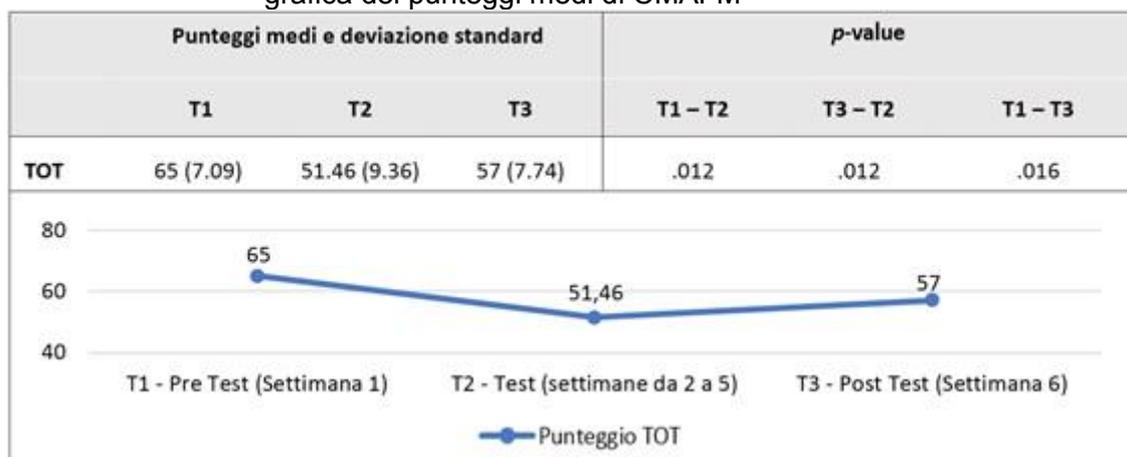
## Risultati

I soggetti che hanno preso parte allo studio sono stati 8, 4 maschi e 4 femmine affetti dalla malattia di Alzheimer. L'età media è di circa 83 anni. Gli anni medi dalla diagnosi di demenza sono 8, mentre la permanenza media nel nucleo è di circa 4 anni.

Il punteggio medio della scala MMSE è di circa 6, indice di un grave deficit cognitivo. I generi musicali preferiti sono risultati essere il pop classico italiano, il cantautorato italiano ed in minor misura la musica da sala e la musica classica. Il tipo di musica preferita è stata sia di tipo strumentale che vocale per tutti gli ospiti. E' stata espressa una netta preferenza globale per autori come: Mina, Celentano, Villa, Morandi, Quartetto Cetra, Modugno ed altri cantautori italiani attivi da fine anni Trenta. E' emerso un decremento generale riguardo l'interesse per la musica dopo l'insorgenza della malattia.

Rispetto ai valori di base rilevati al tempo T1, nella fase di sperimentazione T2 si osserva un decremento globale della agitazione psicomotoria dei pazienti. Tale decremento (circa il 21%) risulta significativo, evidenziando quindi una riduzione dell'agitazione psicomotoria nel lungo termine a seguito del trattamento. Confrontando i punteggi al tempo T3 (interruzione del trattamento) con quelli al tempo T1 e T2, si osserva una riduzione di efficacia del trattamento a seguito della sua interruzione. Nella Figura 1 sono le medie del punteggio della scala CMAI-LF.

**Figura 1** - Statistiche descrittive, test di Wilcoxon e rappresentazione grafica dei punteggi medi di CMAI-M

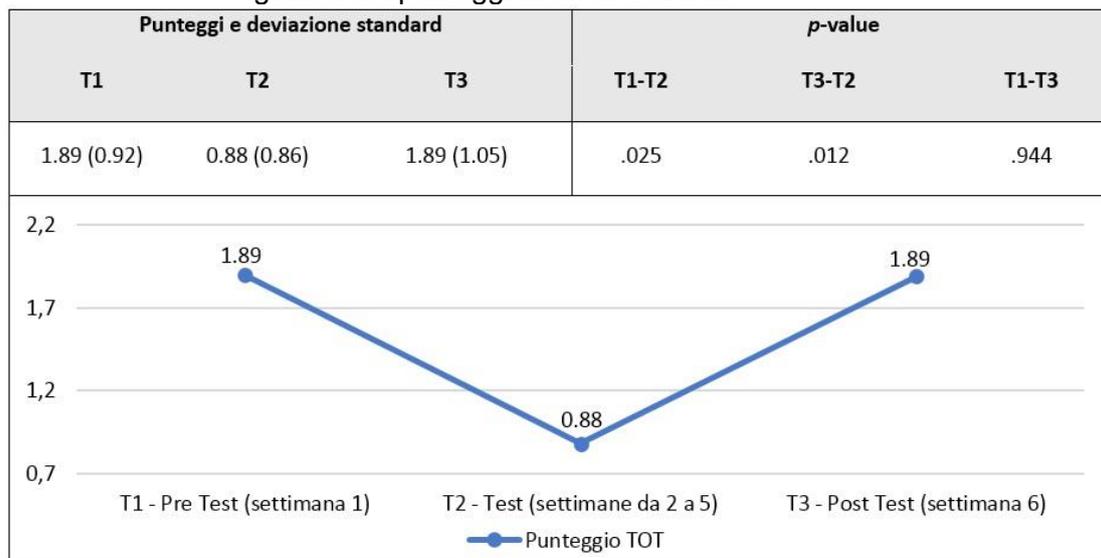


Nella Figura 2 sono state riportate le medie e la deviazione standard dei punteggi per la scala CMAI-M.

Rispetto ai valori di base misurati al tempo T1, nella fase di sperimentazione T2 si osserva un decremento globale della agitazione psicomotoria dei pazienti. Tale decremento (circa il 46%) risulta significativo, evidenziando quindi una riduzione dell'agitazione psicomotoria nel breve termine a seguito del trattamento. La media dei punteggi è significativamente differente anche tra T2-T3, ma non tra T1-T3.

Confrontando i punteggi al tempo T3 (interruzione del trattamento) con quelli al tempo T1 e T2, si osserva una riduzione di efficacia del trattamento a seguito della sua interruzione.

**Figura 2** - Statistiche descrittive, test di Wilcoxon e rappresentazione grafica dei punteggi medi di CMAI-M



## Discussione

I risultati di questo studio indicano come l'utilizzo della musica in terapia sia un mezzo efficace nel ridurre l'agitazione psicomotoria nei soggetti con demenza. Dai risultati emerge una diminuzione dell'agitazione psicomotoria sia sul lungo termine che sul breve termine, rispettivamente del 20% e del 46% durante l'ascolto della musica rispetto ai dati di base. Il nostro conferma l'efficacia dell'ascolto di musica sul lungo termine e sul breve termine per la riduzione della agitazione. In accordo con la letteratura, per ottenere il miglior outcome, la musica dovrebbe essere completamente personalizzata con ascolto individualizzato; nonostante ciò, alcuni studi ottengono gli stessi risultati positivi utilizzando soltanto musiche conosciute dai pazienti e talvolta con ascolto non individuale ma di gruppo (Gerdner, 2000; Ragneskog, Brane et al., 1996; Ragneskog, Kihlgren et al., 1996; Gerdner, 2010; Ziv, Granot et al., 2007). Dunque, quando non è possibile personalizzare la musica per l'ascolto individuale, come nel caso dell'ascolto di gruppo, si dovrebbe utilizzare, per ottenere il miglior risultato, musica familiare, conosciuta e piacevole ai pazienti (Lou, 2001). La giusta scelta della musica riveste un ruolo essenziale per massimizzare l'outcome. Ciò è stato particolarmente enfatizzato da alcuni autori, che hanno sviluppato un protocollo basato su prove di efficacia per l'utilizzo individualizzato della musica in pazienti con demenza (Gerdner, 2012; Gerdner, Schoenfelder, 2010).

Questi risultati trovano riscontro in alcune teorie delle neuroscienze che segnalano una specifica correlazione tra il grado di importanza della musica, i ricordi positivi ad essa associata ed efficacia della musica stessa (Boso, Politi, 2006; Cuddy, Duffin et al., 2012; Tabei, 2015). Inoltre, è emerso da alcuni studi che nonostante il grave deficit di memoria, resta parzialmente preservata la *memoria musicale* nei pazienti con Alzheimer: ciò potrebbe spiegare il motivo del successo di questo tipo di terapia (Baird, Samson, 2015).

## Conclusioni

La *musica in terapia* è una tecnica economica, di facile attuazione e non richiede per la sua messa in atto la presenza o la supervisione di personale qualificato, ovvero del musicista terapeuta. Durante lo studio, inoltre, non sono emersi effetti collaterali dovuti al trattamento. La *musica in terapia*, pertanto, può essere attuata dagli infermieri in vari contesti lavorativi (Sung, Chang et al., 2010; Denney, 1997; Gallagher, 2011).

Allo stato attuale, considerato il numero esiguo di studi in merito, non esiste un protocollo o linea guida per l'utilizzo della musica in terapia in gruppo attuata in strutture di lungo degenza. Al momento, inoltre, non siamo a conoscenza di studi effettuati in Italia che abbiano utilizzato questa tecnica su un gruppo di persone con demenza residenti in R.S.A. e si ritiene quindi necessario che debbano essere condotti ulteriori studi che prevedano l'utilizzo della musica in terapia in gruppo, con tutte le variabili legate ad essa, come la scelta più appropriata della quantità di musica da far ascoltare ai pazienti.

Si ritiene che l'utilizzo della musica, per la gestione della agitazione psicomotoria nel paziente con demenza, debba essere introdotta in modo routinario nelle attività quotidiane assistenziali infermieristiche e che si debba istruire maggiormente gli infermieri sull'utilizzo di questa tecnica complementare. Considerati i risultati di questo studio è necessario che l'infermiere e la comunità infermieristica prestino sempre più attenzione alle tecniche complementari in modo da poter fornire un'assistenza migliore al paziente, migliorandone la qualità di vita.

## BIBLIOGRAFIA

- Baird A, Samson S (2015). *Music and dementia*. Progress in Brain Research, 207-235.
- Boso M, Politi P, Barale F (2006). *Neurophysiology and neurobiology of the musical experience*. Functional neurology, 21(4), 187-191.
- Bruscia K (1993). *Definire la musicoterapia*. 1st ed. Ismez Edizioni.
- Clair A, Bernstein B (1995). *The effect of no music, stimulative background music and sedative background music on agitated behaviors in persons with severe dementia*. Activities, Adaptation & Aging, 19(1), 61-70.
- Cohen-Mansfield J (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield agitation inventory (Cmai)*. Rockville, Maryland: The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.
- Cuddy L, Duffin J, Gill S, Brown, Sikka R, Vanstoe A (2012). *Memory for melodies and lyrics in Alzheimer's disease*. Music Perception: An Interdisciplinary Journal, 29(5), 479-491.
- Denney A (1997). *Quiet music: an intervention for mealtime agitation?* Journal of Gerontological Nursing, 23(7), 16-23.
- Fagherazzi C, Stefinlongo P, Brugiolo R (2009). *Trattamento farmacologico e non farmacologico della demenza di Alzheimer: evidenze parte II*. Trattamento non farmacologico. 1st ed. Pacini Editore.
- Folstein M, Folstein M (1975). *Mini-mental state*. Journal of Psychiatric Research, 3 (12), 189-198.
- Gallagher M (2011). *Evaluating a protocol to train hospice staff in administering individualized music*. Int J Palliat Nurs., 17(4), 195-201.
- Gerdner L (2000). *Effects of individualized versus classical relaxation music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders*. Int. Psychogeriatr., 12(1), 49-65.
- Gerdner L (2010). *Individualized music for elders with dementia*. Journal of Gerontological Nursing, 36(6), 7-15.
- Gerdner L (2012). *Individualized music for dementia: evolution and application of evidence-based protocol*. World Journal of Psychiatry, 2(2), 26.
- Goddaer J and Abraham I (1994). *Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment*. Archives of Psychiatric Nursing, 8(3), 150-158.
- Gooding L, Swezey S, Zwischenberger J (2012). *Using music interventions in perioperative care*. Southern Medical Journal, 105(9), 486-490.
- Hicks-Moore S (2005). *Relaxing music at mealtime in nursing homes*. Journal of Gerontological Nursing, 31(12), 26-32.
- Ho S, Lai H, Jeng S, Tang C, Sung H, Chen P (2011). *The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia*. Archives of Psychiatric Nursing, 25(6), 49-55.
- JBI (2009). *Music as an intervention in hospitals. Best practice: evidence based information sheets for health professional*, 13(3), 1-4.
- Lai H (2007). *Randomized crossover trial studying the effect of music on examination anxiety*. European Psychiatry, 22, pp.S278-S279.
- Lou M (2001). *The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15(2), 165-173.
- Matsota P, Christodouloupoulou T, Smyrnioti M, Pandazi A, Kanellopoulos I, Koursoumi E, Karamanis P and Kostopanagiotou G (2013). *Music's use for anesthesia and analgesia*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 19(4), 298-307.

- Nair B, Browne W, Marley J, Heim C (2013). *Music and dementia. Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*, 47.
- Petrovsky D, Cacchione P, George M (2015). *Review of the effect of music interventions on symptoms of anxiety and depression in older adults with mild dementia*. *Int. Psychogeriatr.*, 27(10), 1661-1670.
- Prince M, Guerchet M, Prina M (2013). *The global impact of dementia 2013-2050*. 1st ed, Alzheimer's Disease International.
- Ragneskog H, Brane G, Karlsson I, Kihlgren M (1996). *Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(1), 11-17.
- Ragneskog H, Kihlgren M, Karlsson I, Norberg A (1996). *Dinner music for demented patients: analysis of video-recorded observations*. *Clinical Nursing Research*, 5(3), 262-277.
- Sili A, Fida R, Proietti D (2013). *Decreasing preoperative anxiety by music: experimental study in vascular surgery unit*. *Assistenza Infermieristica e ricerca*, 32(1), 13-9.
- Sung H, Chang A (2005). *Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature*. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1133-1140.
- Sung H, Chang A, Abbey J (2006). *The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan*. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 21(10), 999-1000.
- Sung H, Chang A, Lee W (2010). *A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes*. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1056-1064.
- Tabei K (2015). *Inferior frontal gyrus activation underlies the perception of emotions, while precuneus activation underlies the feeling of emotions during music listening*. *Behavioural Neurology*, 2015, 1-6.
- Witzke J, Rhone R, Backhaus D, Shaver N (2008). *How sweet the sound*. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 45-52.
- Ziv N, Granot A, Hai S, Dassa A, Haimov I (2007). *The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients*. *Journal of Music Therapy*, 44(4), 329-343.



## ESPERIENZE

## La professione infermieristica nel territorio: un'indagine sul punto di vista degli utenti

di *Carmine Ferone (1), Berardo Parisi (2), Filippo Quarta (2), Enrico De Dominicis (3), Andrea Cammarano (4), Rosaria Alvaro (5)*

(1) *Infermiere, A.O.R.N. Antonio Cardarelli - Napoli*

(2) *Infermiere, I.R.C.C.S. Fondazione Santa Lucia - Roma*

(3) *Medico Specializzando Medicina Legale, Università degli Studi Tor Vergata - Roma*

(4) *Professore Aggregato cattedra di Medicina Legale, Università degli Studi Tor Vergata - Roma*

(5) *Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi Tor Vergata - Roma*

Corrispondenza: [carmine.ferone@gmail.com](mailto:carmine.ferone@gmail.com)

### Introduzione

Il miglioramento delle condizioni di vita, dovuto ai progressi in campo medico-scientifico e all'aumento di garanzie in materia igienico-sanitaria, ha generato un'evoluzione che si ripercuote sulla struttura della società.

Fenomeni come l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della domanda di assistenza, accompagnati da una situazione economica che richiede una necessaria revisione delle spese, compresa quella destinata al servizio sanitario, stanno alimentando il processo di deospedalizzazione del paziente, al fine di garantire un perfezionamento della continuità assistenziale, un aumento del benessere psico-sociale per il paziente e un maggior controllo della spesa pubblica in materia sanitaria.

Sono questi i motivi per i quali risultano necessari aggiornamenti e riorganizzazioni degli aspetti relativi ai sistemi di erogazione di cure primarie, attraverso programmi e interventi che abbiano l'obiettivo di incentrare le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e educazione sanitaria direttamente sul territorio.

In questo contesto si inserisce la figura dell'infermiere, un professionista che diventa punto di riferimento sul territorio per le persone che necessitano di cure e assistenza, si potrebbe dire un pilastro per l'assistenza territoriale, rispondendo alla domanda di assistenza anche in forma di libero professionista, in forma singola o associativa (studi associati infermieristici) e lo sviluppo di figure professionali emergenti come l'infermiere di famiglia e di comunità.

Per poter svolgere la professione in qualità di libero professionista, l'infermiere necessita di determinati requisiti. Oltre l'iscrizione all'Albo è necessaria l'acquisizione di un numero di partita IVA, l'iscrizione all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI), la comunicazione al Collegio attraverso un modulo di presentazione informativa dell'esercizio dell'attività libero professionale e, infine, l'apposita domanda per pubblicità sanitaria secondo il rispetto dei requisiti stabiliti dalla L. 5.2.1992 n. 175.

Il susseguirsi di cambiamenti che ampliano l'offerta sanitaria e assistenziale, però, se non correlati ad un appropriato processo informativo e comunicativo, rischiano di rimanere in parte oscurati dall'anonimato o dalla diffidenza e di non arrivare all'attenzione di coloro che necessitano in prima persona di queste risorse.

Per comprendere, quindi, qual è il livello di conoscenze dei cittadini relativamente al ruolo e alle competenze dell'infermiere e le attività infermieristiche disponibili e/o offerte sul territorio è stata condotta un'indagine, riguardante 10 studi di medici di medicina generale distribuiti sul territorio di competenza dell'ASL Napoli 1 Centro, in particolare nel Distretto n.29 (quartieri Colli Aminei, S. Carlo all'Arena e Stella) e nel Distretto n.27 (quartieri Arenella e Vomero), per un totale di 300 questionari distribuiti tra Settembre 2014 e Giugno 2015, di cui 191 validi ai fini della raccolta dati.

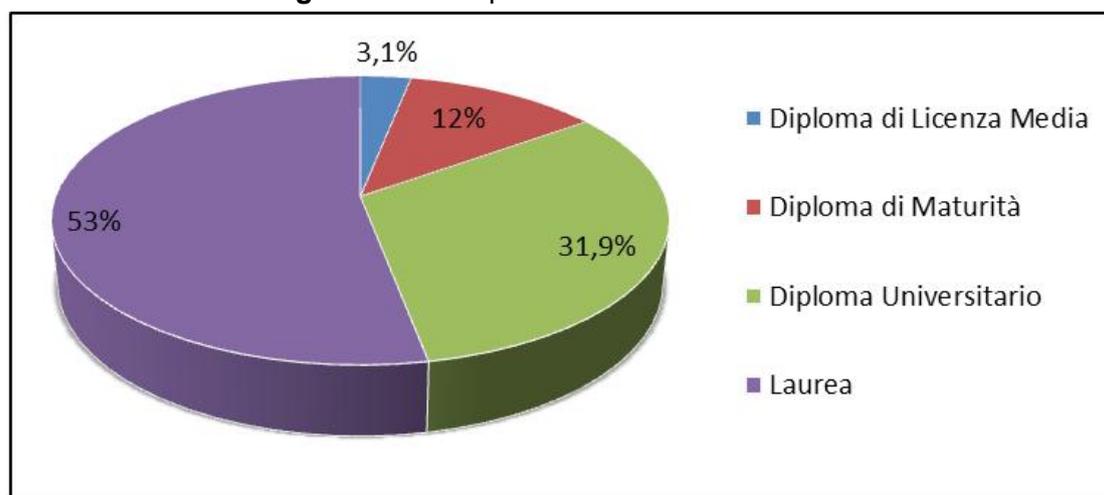
### I cittadini e l'infermiere libero professionista

I rispondenti sono stati principalmente soggetti tra i 45 e i 64 anni (37,2%), seguiti dalla fascia d'età 25-44 anni (28,3%), mentre gli over 65 rappresentano il 25,1%.

Il 40,8% dei rispondenti individua l'infermiere come un "professionista dotato di autonomia professionale", il 35,1% ha optato per un "operatore ausiliario", il 24,1% ha risposto un "inserviente".

Offre molti spunti di riflessione anche la distribuzione delle risposte circa il titolo professionale dell'infermiere: per il 3,1% dei rispondenti è in possesso della licenza media, per il 12% del diploma di maturità, per il 31,9% il titolo necessario per diventare infermiere è il diploma universitario, mentre il 53% dei rispondenti è un laureato (Figura 1).

**Figura 1 - Titolo professionale dell'infermiere**



Interpellati sul ruolo dell'infermiere, i rispondenti hanno dichiarato per il 41% che "svolge attività di prevenzione, cura, riabilitazione e educazione sanitaria", mentre il 37,1% lo definisce come colui che svolge i compiti assegnati dai medici; sorprendente il fatto che il 12% abbia asserito che svolge esclusivamente attività domestico-alberghiere, ma il 9,9% lo riconosce come colui che prescrive le terapie.

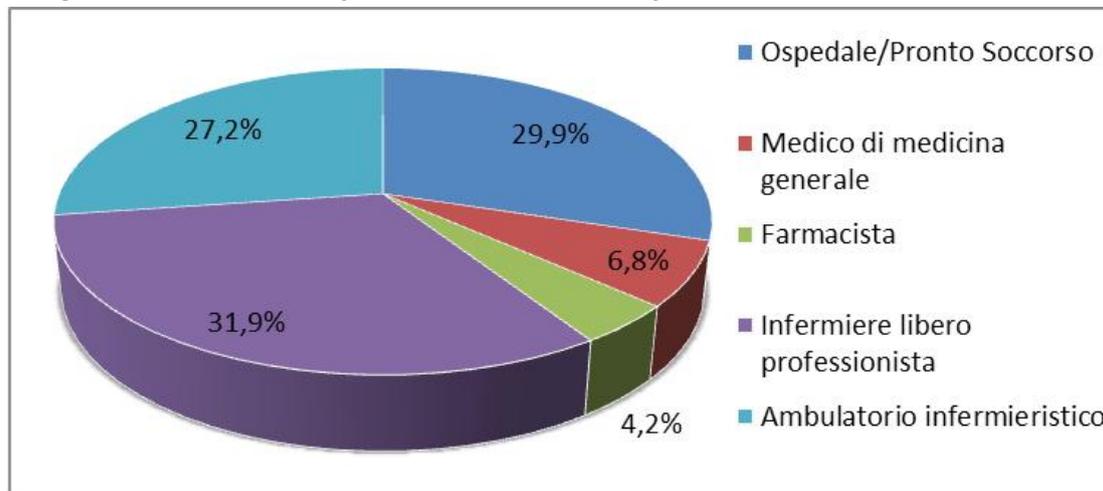
Circa l'ambito di esercizio professionale, per il 49,7% è l'ospedale la sua sede di azione, mentre il 2,6% lo colloca in ambulatorio; il 38,3% lo individua correttamente in ospedale, ambulatorio e assistenza domiciliare, infine per il 9,4% lo si trova esclusivamente in ambito domiciliare.

I cittadini, se dovessero avere necessità di assistenza infermieristica (Figura 2), si rivolgerebbero a un infermiere libero professionista per il 31,9%, mentre il 29,9% si rivolgerebbe all'ospedale/Pronto Soccorso; il 27,2% ha indicato invece l'ambulatorio infermieristico, il 6,8% si rivolgerebbe al medico di medicina generale, mentre il restante 4,2% preferirebbe chiedere indicazioni al farmacista.

Parallelamente il 56,5% delle persone ha dichiarato di aver usufruito di assistenza infermieristica domiciliare, mentre le restanti (43,5%) hanno risposto di no.

Il 37,7% dei rispondenti conosce gli ambulatori infermieristici, mentre il 62,3% delle persone non ne conosce l'esistenza; solo il 20,4% ha fatto ricorso ad un ambulatorio infermieristico. Circa il ruolo di questi ambulatori, il 53,9% indica che siano deputati a "Fornire prestazioni infermieristiche", mentre il 4,2% indica "Svolgere attività di prevenzione e educazione sanitaria"; il 7,9% ha selezionato "Aiutare i pazienti nella gestione delle malattie croniche e delle disabilità".

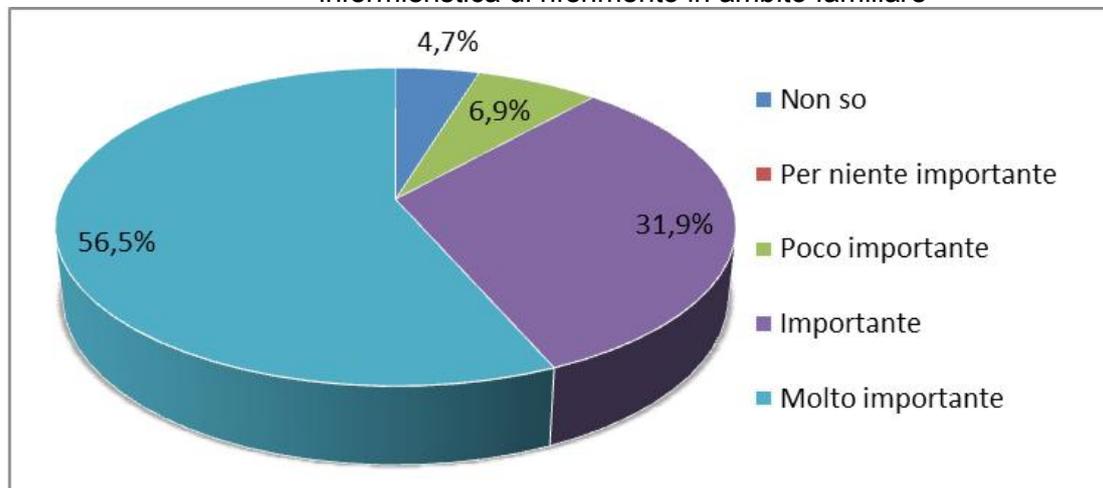
**Figura 2** - "A chi si rivolgerebbe se avesse bisogno di assistenza infermieristica?"



L'Infermiere di Famiglia é conosciuto solo dal 25,7% delle persone, mentre il restante 74,3% ha dichiarato di non esserne a conoscenza. Le sue competenze sono identificate in: "Fornire prestazioni infermieristiche a domicilio" (31,9%); "Svolgere attività di prevenzione e educazione sanitaria rivolta alla famiglia" (4,7%); "Aiutare i pazienti nella gestione delle malattie croniche e delle disabilità" (8,9%); "Lavorare in stretta collaborazione con i medici di medicina generale" (16,8%).

Si è infine indagato il livello di importanza che viene attribuito alla figura infermieristica nella gestione delle dinamiche assistenziali in ambito familiare e territoriale (Figura 3): "Quanto ritiene importante la possibilità di avere una figura infermieristica di riferimento per lei e la sua famiglia?". Il 4,7% ha risposto "Non so", nessuno ha selezionato "Per niente importante", il 6,9% ha optato per "Poco importante", mentre il 31,9% ha indicato "Importante", contro il 56,5% che ha selezionato "Molto importante".

**Figura 3** - Importanza attribuita alla presenza di una figura infermieristica di riferimento in ambito familiare



### Considerazioni

I risultati di questa indagine indicano che solo poco più della metà delle persone è a conoscenza dell'attuale percorso formativo degli infermieri, mostrando idee confuse su quelle che sono le competenze dell'infermiere. Meno della metà degli intervistati è a conoscenza del fatto che l'esercizio della professione infermieristica prevede oggi lo svolgimento di attività rivolte al mantenimento del benessere dei cittadini tramite la prevenzione, la cura, la riabilitazione e un lavoro costante di educazione alla salute. Alla luce di questi dati, quindi, è possibile affermare che le conoscenze della popolazione relative la figura infermieristica e le sue competenze non sono ancora adeguate alla realtà. Dai risultati è emerso che ancora molte persone non sono a conoscenza dell'esistenza di ambulatori infermieristici e si riduce ancora di più la percentuale di cittadini che conoscono chi sia l'infermiere di famiglia e quali siano gli obiettivi e gli ambiti di intervento di questa figura professionale emergente.

Un dato importante, però, è l'importanza attribuita dal cittadino alla possibilità di avere di una figura infermieristica cardine in ambito territoriale. La quasi totalità degli interpellati ha indicato come importante o molto importante la possibilità di avere una figura infermieristica di riferimento per sé e per la famiglia, a dimostrazione del fatto che l'infermiere rappresenta, e dovrà sempre maggiormente rappresentare, una figura di fondamentale importanza per il cittadino verso il mantenimento della salute e del benessere.

### Conclusioni

Sono necessarie azioni svolte sul territorio affinché la cittadinanza sia coinvolta in nuove iniziative, volte alla tutela della salute, attuate da infermieri che svolgono la loro attività professionale in ambito territoriale. Tramite la creazione e l'attivazione di campagne informative, di progetti svolti in collaborazione con medici di medicina generale, Aziende Ospedaliere e ASL, e attraverso l'incremento di progetti volti all'educazione sanitaria dei cittadini anche al di fuori del contesto sanitario, si potrebbe non solo incrementare il grado di conoscenze relative alla professione infermieristica e i servizi di assistenza, ma anche innalzare i livelli di stima, rispetto e fiducia che devono rappresentare le fondamenta del rapporto tra cittadino e infermiere.

### BIBLIOGRAFIA

- Ajola I, Giordani M (2013). *L'infermiere questo sconosciuto... nel territorio*, Infermiere oggi, 23(2), 7-11.
- Cecchetto L (2009). *L'infermiere e la libera professione*, Milano, McGraw-Hill.
- Del Vecchio M (2012). *Infermieri: modificazioni dell'ambiente e sviluppo della professione*, L'Infermiere, 56(1), 6-11.
- Della Ratta A (2015). *Integrazione ospedale-territorio. La nuova sfida per gli infermieri*, Napolisana Campania, 21(2), 31-33.
- Silvestro A (2013). *Alcune riflessioni sul contesto sanitario e sullo stato della professione*, L'Infermiere, 57(1), 6-8.



## ESPERIENZE

**L'infermiere e il rischio suicidario: le emozioni dell'infermiere**

di Paola Mossa (1), Luigi Ferrannini (2), Silvia Romano (3)

(1) CPSE infermiere ASL 3 Genovese - professore a contratto Università degli Studi di Genova

(2) Psichiatra -professore a contratto Università degli Studi di Genova

(3) CPS Infermiere

Corrispondenza: [paolamossa@libero.it](mailto:paolamossa@libero.it)

**Premessa**

Lo scopo del presente lavoro è quello di valutare il grado di conoscenza delle misure preventive da porre in atto in caso di paziente a rischio suicidario e la formazione del personale in merito. Il presente lavoro indaga le emozioni che l'esperienza del suicidio attiva nell'infermiere.

È stato effettuato uno studio che ha arruolato un campione di 100 operatori infermieristici e di supporto dei servizi psichiatrici del DSM ASL 3 Genovese, nel mese di ottobre 2015. È stato effettuato uno studio descrittivo con somministrazione, agli operatori sanitari, di un questionario composto da 27 domande. Lo studio ha avuto l'obiettivo di raccogliere dati sulla conoscenza delle procedure di prevenzione in caso di paziente a rischio suicidario e allo stesso tempo sul coinvolgimento emotivo.

I risultati, nonostante il numero, non eccessivamente alto del campione, hanno fornito elementi significativi per un miglioramento delle pratiche assistenziali e preventive. Si è potuto evidenziare che la maggior parte del personale è a conoscenza delle misure di prevenzione, quindi in grado di poter assistere il paziente psichiatrico a rischio suicidio. Emergono invece la necessità di prendere in considerazione una terapia di supporto come la psicoterapia o un intervento clinico in generale a sostegno di situazioni cliniche stressanti e destinate a mettere alla prova l'equilibrio psichico di un professionista, e l'utilizzo dello strumento "audit clinico" inteso come processo di miglioramento della qualità e come realizzazione di cambiamento.

**L'indagine e il contesto**

Le strutture nelle quali è stata effettuata la ricerca sono i Servizi di Diagnosi e Cura e del Servizio Psichiatrico Cura E Riabilitazione annessi agli Ospedali dell'ASL3 di Genova (E. O. Ospedali Galliera, IRCSS San Martino, Azienda Ospedaliera Villa Scassi ASL 3 Genovese, Presidio Ospedaliero Padre Antero Micone ASL 3 Genovese).

La ricerca è stata effettuata utilizzando un questionario autosomministrato, accompagnato da lettera in cui si esplicitava lo scopo della ricerca e si forniva possibilità di supporto nelle eventuali difficoltà di comprensione.

Il questionario è stato elaborato per la tesi di studio dalla studentessa, supportato da studi scientifici, e non ancora validato da altre ricerche.

Lo strumento è stato somministrato nel mese di Ottobre 2015 al personale infermieristico e di supporto, compresi i coordinatori infermieristici delle unità coinvolte. Su 99 operatori assegnati alle strutture i rispondenti sono stati 62.

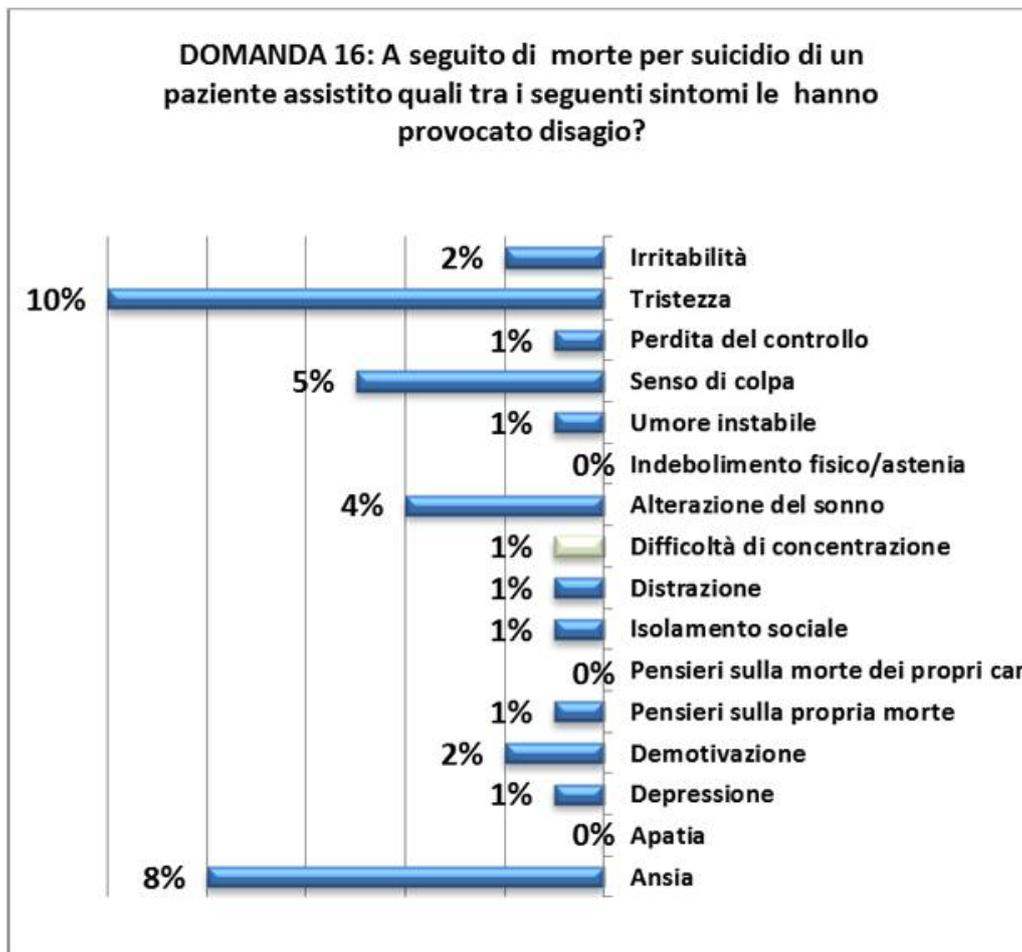
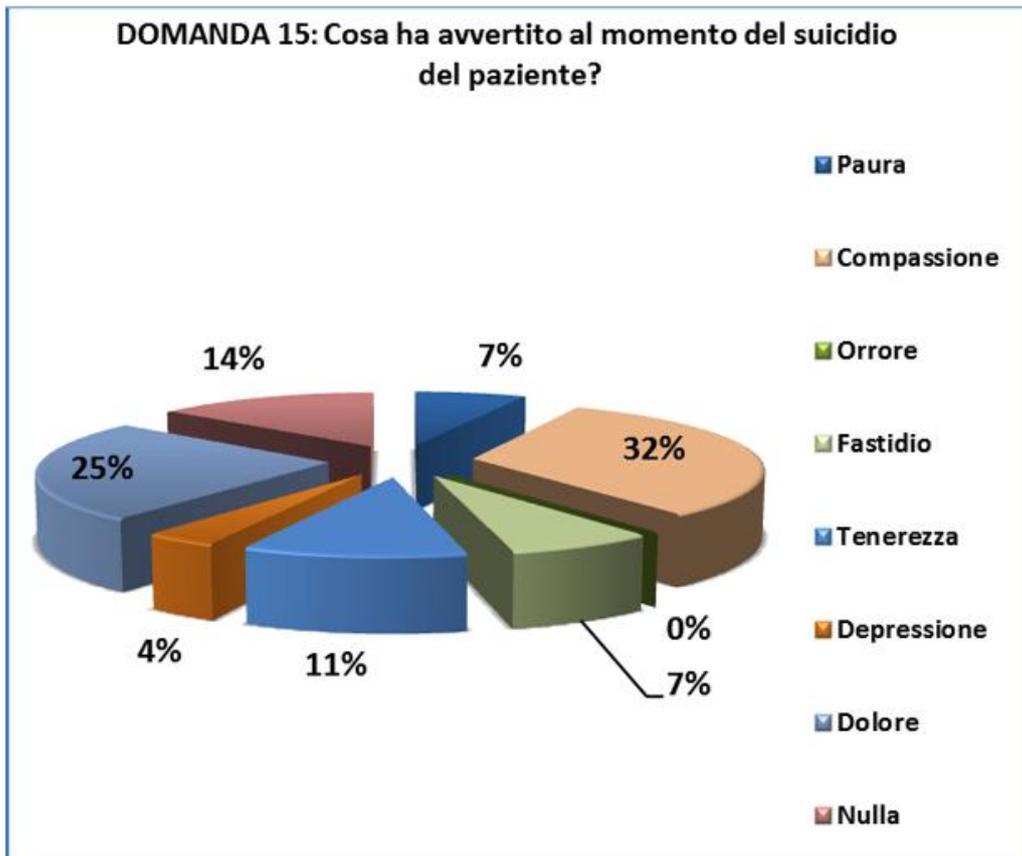
È stato escluso il personale assente per ferie mentre la somministrazione è avvenuta nel periodo da 5 ottobre al 20 ottobre compreso.

I questionari consegnati sono stati 100, quelli restituiti 55.

**I risultati**

I grafici rappresentano i risultati conseguiti prendendo in considerazione le domande che risultano maggiormente significative dal punto di vista emotivo.





## Conclusioni

Dall'analisi delle risposte fornite dal questionario si possono fare alcune considerazioni. Gli operatori intervistati hanno dichiarato di essere preparati ad individuare, e di conseguenza a prevenire, un evento suicidario e considerano queste conoscenze come acquisite soprattutto da esperienza personale e lavorativa.

E' interessante notare come la maggioranza di questi, dichiara di essere preparata ad affrontare l'evento suicidario, ma dichiara anche di non aver ricevuto una preparazione tale da saper affrontare la sofferenza nel corso degli studi.

Dal campione preso in esame, una buona percentuale è a conoscenza delle normali misure di prevenzione e delle linee guida suggerite dal ministero della Salute.

I sentimenti avvertiti dopo il suicidio sono per lo più dolore, compassione, tenerezza e in minima percentuale anche depressione, paura, fastidio o nessuna reazione.

Mentre quelli che hanno provocato maggiore disagio sono stati: tristezza, ansia, sensi di colpa, alterazioni del sonno, demotivazione e irritabilità. La maggior parte degli operatori dichiara di affrontare le emozioni in base alla propria professionalità.

E' importante osservare come, nei giorni successivi all'evento, buona parte di essi percepisce un cambiamento emotivo, se non addirittura difficoltà a relazionarsi.

Almeno un quarto di essi sostiene di avere necessità di aiuto. Tra i tipi di supporto scelti, la metà degli intervistati, si affida al colloquio con colleghi, amici e familiari, tramite riunioni specifiche di reparto; in minima parte invece si affida al supporto religioso.

Altre fonti di supporto riconosciute sono: corsi di formazione, discussioni informali, supporto personale dello psicoterapeuta e gruppi di sostegno. Infine, per poter gestire e prevenire un paziente a rischio suicidario o nel caso in cui il suicidio sia già avvenuto, viene ritenuto utile fare riunioni periodiche in reparto, la presenza di un supporto psicologico, e per ultimo un gruppo di auto-aiuto.

Potrebbe essere presa in considerazione una terapia di supporto come la psicoterapia o un intervento clinico in generale, integrando così metodi e strumenti diversi per raggiungere lo scopo principale della clinica.

Altrettanto importante sarebbe comprendere il senso degli eventi che accadono durante l'attività lavorativa e degli effetti che questi possono produrre, valutandoli insieme alla persona.

Non da meno, sarebbe opportuno attuare una serie di iniziative rivolte al personale infermieristico e socio-sanitario per dare loro sostegno psicologico e metterlo in grado di utilizzare gli strumenti per affrontare lo stress che, soprattutto in situazioni di emergenza, accompagna queste figure, come appunto nel caso di una morte improvvisa e inspiegabile ed il dolore e le sofferenze che spesso l'accompagnano.

La necessità di sostenere il personale deve nascere dalla consapevolezza che anche gli operatori ospedalieri provano delle emozioni.

Se da un lato il paziente, che necessita di assistenza, cerca costantemente un rapporto empatico, qualcuno che non solo lo guarisca ma che se ne prenda cura, dall'altro non bisogna dimenticare che gli stessi infermieri e operatori sanitari sono persone che agiscono influenzate dal proprio vissuto e che, a loro volta, vengono influenzate dalla sofferenza dei pazienti stessi.

Si possono anche affrontare i temi della comunicazione, della gestione dei conflitti, dello stress e del riconoscimento delle emozioni.

Potrebbero essere utili corsi di formazione, congressi e convegni che permettano approfondimenti sul tema del suicidio in realtà locali e nazionali, riguardando gli elementi base: la valutazione e gestione del rischio di suicidio, l'approfondimento dei modelli che descrivono il suicidio, i riferimenti epidemiologici, la comprensione della mente suicida, le terapie con effetti anti-suicidari, interventi farmacologici e psicoterapeutici. Il tutto dovrebbe essere accompagnato da riunioni periodiche di reparto, insieme, infine, alla presenza di uno psicologo.

Altro strumento da utilizzare è quello dell'audit clinico. Tale audit dovrebbe essere effettuato sempre dopo l'evento in ricovero dopo un tentativo di suicidio o proveniente da fattori di rischio nella struttura bio-psico-sociale ed è finalizzato alla verifica delle capacità di fornire e mantenere livelli assistenziali di qualità elevata, valutando e misurando le differenze riscontrate nella pratica assistenziale rispetto a standard esplicitamente definiti.

## BIBLIOGRAFIA

- Pompili, M., & Tatarelli, R. (2007). *Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro*. Minerva Psichiatrica, (48, 99-118).
- Pompili M. La vita e la morte nella realizzazione del suicidio. In: Tatarelli R, Pompili M. *Il suicidio e la sua prevenzione*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, (2008).
- Edoardo Giusti- Federica Bruni in collaborazione con Maurizio Pompili "Rischio suicidio prevenzione e trattamento integrato nelle relazioni d'aiuto" (2009) (pp.73-77).
- L. Ferrannini, P. Milone (2002), *Rischio di suicidio*, in G. Invernizzi, C. Gala, M. Rigatelli, C. Bressi, Manuale di Psichiatria di Consultazione, McGraw-Hill, Milano.
- C. Munizza, A. Coppo, B. D'Avanzo, G. Fantini, L. Ferrannini, L. Ghio, R. Gonella, R. Keller, P.F. Peloso, R.L. Picci, A. Pierò, L. Pinciaroli, P. Rucci, G. Tibaldi, M. Vaggi, E. Zanalda, M. Zuccolin (2010), *Prevenzione della depressione e del suicidio. Programma d'intervento integrato con il coinvolgimento dei MMG*, PEQUOD Psichiatria Epidemiologica Quaderni per Operatori e Dirigenti, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Giuseppe Filatondi, "I traumi emotivi nell'operatore", Milano, (2009).
- Protocollo minimo di riferimento sul suicidio a cura del gruppo di lavoro coordinato da Massimo Casacchia, Roma, (2013).
- *Guidelines to assist clinical staff after the suicide of a patient*, Prof. Onja T. Grad, PhD, clinical psychologist, psychotherapist.



## ESPERIENZE

## Mappatura delle competenze avanzate ed esperte degli infermieri iscritti al collegio IPASVI di Cuneo

di *Melania Cavallo (1), Cristina Delfino (1), Martina Peano (1), Margherita Rivetti (2), Laura Barbotto (3)*

(1) Consigliere del Collegio IPASVI di Cuneo

(2) Vicepresidente del Collegio IPASVI di Cuneo

(3) Presidente del Collegio IPASVI di Cuneo

Corrispondente: [cavallomelania@libero.it](mailto:cavallomelania@libero.it)

### Inquadramento

Nella società contemporanea osserviamo una continua evoluzione dei bisogni socio-sanitari dei cittadini; l'infermiere deve essere in grado di rispondere a problemi di salute sempre più complessi. La pratica infermieristica avanzata è riconosciuta a livello internazionale come risposta alle mutevoli esigenze sanitarie (Bryant-Lukosius et al., 2004; Dellai 2004; Donald et al., 2013; Koskinen et al., 2012).

La legge di stabilità del 2015 rappresenta un importante passo per l'evoluzione della professione, grazie all'approvazione delle aree per lo sviluppo di competenze specialistiche. Vengono quindi rimessi in discussione ruoli, competenze professionali e responsabilità individuali<sup>[1]</sup>.

Rispetto al contesto italiano l'esperienza nei paesi anglosassoni è molto sviluppata e può aiutare a delineare meglio il profilo di un infermiere con questo livello di formazione; rimane tuttavia poco chiara la definizione di competenza specialistica/avanzata (Bryant-Lukosius et al., 2004).

Secondo l'American Nursing Association (ANA) la pratica infermieristica avanzata si realizza attraverso l'esperienza clinica e percorsi formativi di secondo livello (master in infermieristica o dottorati), che consentono agli infermieri non solo di acquisire abilità e conoscenze specialistiche superiori, ma anche di estendere le loro competenze cliniche, attraverso lo sviluppo di capacità di ragionamento e di gestione dei problemi di assistenza ad elevata complessità (Dellai 2004).

Secondo Benci la competenza avanzata potrebbe essere intesa come sviluppo di competenze per migliorare la presa in carico della persona, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, il governo dei bisogni assistenziali, sanitari e socio sanitari delle persone, delle famiglie e della comunità assistita.

Negli Stati Uniti e in Inghilterra l'assistenza infermieristica avanzata si riferisce generalmente a cinque aree principali di competenza: clinica, educativa, di ricerca, di consulenza e di leadership (Bryant-Lukosius et al., 2004; Dellai 2004; Donald et al., 2013; Koskinen et al., 2012). L'infermiere con competenza avanzata riveste un ruolo fondamentale anche nell'educazione di pazienti e caregiver, come "guida esperta" per sviluppare capacità di autocura e di autogestione della malattia.

A differenza di un infermiere con un livello di formazione di base inoltre assume funzioni di supervisione, di sostegno e consulenza ai colleghi, facendosi promotore di processi di cambiamento (Dellai 2004; Koskinen et al., 2012).

Numerose evidenze documentano le ricadute positive della presenza di infermieri con competenze cliniche avanzate all'interno dei servizi. Avere infermieri più preparati aumenta i risultati di salute sugli utenti e la soddisfazione per le cure ricevute, consente di implementare i modelli organizzativi centrati sul paziente, la presa in carico globale e la personalizzazione dell'assistenza infermieristica. Sono inoltre documentati una migliore gestione dei pazienti critici o particolarmente complessi, la riduzione delle riammissioni non programmate e del ricorso alla contenzione fisica (Bryant-Lukosius et al., 2004; Donald et al., 2013; McDonnell et al., 2015).

### **Contestualizzazione dell'indagine**

Questo studio si inserisce nell'attuale dibattito sulle competenze infermieristiche avanzate all'interno contesto italiano. L'indagine è volta a mappare esperienza professionale e formazione post-base degli iscritti al collegio IPASVI della provincia di Cuneo. L'ampio territorio cuneese presenta strutture ospedaliere (un'ASO e plurimi Presidi), realtà territoriali (ASL CN1 e CN2), numerose strutture private e una fiorente attività assistenziale condotta da liberi professionisti (circa 450). Il Collegio IPASVI annovera 4634 iscritti di cui 4421 infermieri, 150 infermieri pediatrici e 63 assistenti sanitari.

### **Obiettivo**

L'indagine intende delineare le competenze avanzate maturate dai professionisti iscritti al Collegio IPASVI di Cuneo, allo scopo di:

- individuare la presenza di competenze avanzate acquisite attraverso percorsi formativi e/o percorsi professionali esperienziali;
- indagare se i professionisti percepiscono come adeguatamente riconosciute e valorizzate le proprie competenze avanzate.

### **Risultati**

Sono stati raccolti 374 questionari attraverso la compilazione on line di un questionario semistrutturato elaborato *ad hoc*, a disposizione sul sito web del Collegio nel periodo giugno-novembre 2015.

I rispondenti sono infermieri (n 344; 93%), infermieri pediatrici (n 21; 6%) e assistenti sanitari (n 6; 1%) prevalentemente di sesso femminile (n 321; 86%), con età media di 40 anni (compresa tra i 22 e i 62 anni); in possesso del diploma superiore (n 184; 50%), Diploma Universitario (n 24; 7%) e Diploma di Laurea (n 161; 43%). Il 77% (n 282) dei soggetti è dipendente in strutture pubbliche o private mentre il 13% (n 46) è libero professionista.

Il ruolo di coordinatore infermieristico è ricoperto da 22 rispondenti (6%), mentre 4 soggetti sono coordinatori di dipartimento (1%). Il 3% non ha esperienze lavorative.

Il 34% del campione (n 77) ha acquisito una o più abilitazioni nell'ambito del primo soccorso (BLS, BLS-D, PBLIS-D, ALS e METAL), come esecutore (n 104) o istruttore (n 14).

Il 27% (n 61) ha conseguito uno o più Master di primo livello, residenziale (n 45) o on line (n 19).

Di questi, la maggior parte sono in Coordinamento (n 28); seguono il Master in assistenza infermieristica in sala operatoria (n 7), in area critica (n 6), cure palliative (n 5), bioetica (n 4), modelli e metodi di tutorship (n 4), infermiere di famiglia (n 4), forense (n 3), salute mentale (n 2) e vulnologia (n 1).

Il 10% dei soggetti (n 23) ha conseguito la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, il 2% (n 4) ha proseguito la formazione con un Master di II livello ed un rispondente ha conseguito il Dottorato di Ricerca.

Il 63% dei partecipanti sostiene di sentirsi valorizzato per le competenze acquisite nella propria carriera professionale.

I soggetti si sentono valorizzati prevalentemente all'interno della struttura in cui è stato prestato o si presta servizio (n 148; 66%), attraverso il riconoscimento di ruoli di responsabilità (n 79) come l'affiancamento ai neo assunti/neo inseriti (n 35) o agli studenti infermieri (n 20) e l'espletamento del ruolo di vice coordinatore (n 23). Viene inoltre apprezzato il coinvolgimento in gruppi di lavoro, di ricerca (n 38) e audit (n 7).

L'11% (n 25) dichiara di sentirsi valorizzato perché ha ottenuto una modifica del ruolo precedentemente svolto.

La collaborazione universitaria è rilevante per l'8% dei partecipanti (n 19), che si sentono valorizzati nel ricoprire i ruoli di collaboratore alla didattica (n 11), docente (n 5) e di Tutor Clinico o di sede (n 4).

In 16 soggetti (7%) la valorizzazione è avvenuta attraverso il cambiamento dell'unità operativa.

Secondo i partecipati per il cambiamento e la valorizzazione professionale sono risultati importanti sia la formazione post-base che l'esperienza lavorativa.

Il 37% dei rispondenti ritiene invece che le proprie competenze non siano state valorizzate. Dall'analisi delle risposte date emergono 3 categorie principali:

1. **Richiesta di maggior riconoscimento:** attraverso riconoscimenti di tipo economico, di carriera (scatti di anzianità, sviluppo di carriera in ambito clinico), contrattuali e di merito. Si suggeriscono la tracciabilità delle consulenze infermieristiche e l'apertura di bandi di concorso per Coordinatori. A livello organizzativo si richiede la modifica di ruolo attraverso l'inserimento in ruoli dirigenziali, organizzativi e formativi; nella pratica clinica si auspicano ruoli di maggior rilevanza all'interno dell'équipe, maggiore autonomia, responsabilità, fiducia e rispetto da parte degli altri professionisti della salute.
2. **Richiesta di maggiore coinvolgimento nell'organizzazione,** attraverso l'inserimento in gruppi di lavoro ed il coinvolgimento nell'implementazione di modelli organizzativi e assistenziali innovativi.
3. **Richiesta di maggiore coinvolgimento nella formazione:** da un lato emerge l'esigenza di essere coinvolti come formatori (verso i colleghi, il personale neo assunto e gli studenti), dall'altro la possibilità di frequentare corsi di formazione specifici, di approfondimento e aggiornamento per l'area di competenza.

## Conclusioni

L'indagine ha delineato le competenze avanzate maturate dai professionisti iscritti al Collegio IPASVI di Cuneo.

La maggior parte dei rispondenti considera valorizzate le proprie competenze, soprattutto attraverso il riconoscimento di ruoli di responsabilità. Tuttavia una parte dei partecipanti esprime malesseri e la necessità di creare nuovi spazi, come sviluppi di carriera anche in ambito clinico e formativo.

La professione infermieristica è responsabile della definizione del ruolo dell'infermiere avanzato attraverso la definizione di standard e ricerche che giustifichino e documentino la necessità degli infermieri avanzati (Bryant-Lukosius et al., 2004). Le Aziende dovrebbero provvedere all'integrazione dell'infermiere con competenze avanzate attraverso la corretta allocazione di risorse, politiche di cambiamento e supporto amministrativo (Bryant-Lukosius et al., 2004), per riuscire a collocare sempre più e sempre meglio le persone giuste al posto giusto.

---

## NOTE

[1] legge 23 dicembre 2014, n. 190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre.

## BIBLIOGRAFIA

- Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Browne G, Pinelli J (2004) *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. J Adv Nurs 48, 519–529.
- Dellai M, (2004) *La formazione infermieristica avanzata in geriatria: l'esperienza del Master dell'Università di Verona in Trento*. G Gerontol 52, 483–489.
- Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, Lloyd M, Akhtar-Danesh N, DiCenso A (2013) *A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care*. J Adv Nurs 69, 2148–2161.
- Koskinen L, Mikkonen I, Graham I, Norman LD, Richardson J, Savage E, Schorn M, (2012) *Advanced practice nursing for enduring health needs management: a global perspective*. Nurse Educ Today 32, 540–544.
- McDonnell A, Goodwin E, Kennedy F, Hawley K, Gerrish K, Smith C (2015) *An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting*. J Adv Nurs 71, 789–799.

SCAFFALE

## Lacrime di sale

*Pietro Bartolo e Lidia Tilotta  
Mondadori/Strade Blu, 2016  
pagine 156, euro 17,00*



*Si ringrazia per il contributo dato a questa recensione, un medico con esperienza nell'attività di soccorso ai migranti.*

“Respiro a fatica per la stanchezza. Ho la nausea, una sensazione di oppressione al petto. Non ce la faccio più. Mi metterei ad urlare. Puoi cercare quanto vuoi di tenere addosso la corazza che ti consente di andare avanti, ma la tua anima viene comunque travolta, inevitabilmente. E' come se fossimo in guerra. Una guerra che non abbiamo scelto noi di combattere e che stiamo affrontando ad armi impari. Che ci consegna ogni giorno decine di feriti. E non possiamo fare altro che stare in trincea, nel senso più letterale del termine.” (pag. 117).

La cruenza e allo stesso tempo la semplicità delle parole del dottor Bartolo nel suo libro “Lacrime di sale” permettono di “vivere” o “rivivere”, per chi come me e tutti coloro i quali hanno avuto occasione di prendere parte a tale “guerra”,

cioè alle operazioni di recupero e soccorso per mare o per terra, certe emozioni che restano indelebili nel cuore.

Tra le pagine del libro emerge tutto il dramma umanitario che da anni e anni ormai imperversa nel Mar Mediterraneo ed, in particolare, nel Canale di Sicilia.

Siriani, palestinesi, eritrei, somali, ghanesi, nigeriani, maghrebini e tantissimi altri popoli che fuggono dalla povertà, dalla fame, dalla guerra, dalla disperazione o semplicemente che vogliono migliorare la propria vita, magari col sogno di studiare o di trovare un lavoro dignitoso che permetta di aiutare anche i propri cari rimasti nelle terre di origine.

Gente che mette a repentaglio la propria vita abbandonando tutto, portando con sé nella migliore delle ipotesi una borsa o una piccolissima valigia, affrontando violenze fisiche e mentali, rischiando, infine, il tutto per tutto con l'ultima sfida: attraversare le acque del Mar Mediterraneo che da millenni tengono uniti popoli e storie.

Il dottor Bartolo, autore, insieme alla giornalista Lidia Tilotta, e protagonista di questo racconto umano e professionale, conosce bene il volto poliedrico del mare tramandatogli dal durissimo lavoro di generazioni di pescatori della sua famiglia. Il libro è l'occasione per ripercorrere la sua vita legata indissolubilmente a questo elemento naturale e a Lampedusa: gli studi sorretti e incoraggiati a fronte di enormi sacrifici suoi e della sua famiglia di pescatori che tuttavia, lo portano inevitabilmente lontano dalla propria isola, e poi il ritorno da giovane ginecologo accompagnato dalla moglie e dalla figlia. Con sé, però, porta anche uno spirito nuovo su quella piccola isola immersa nel Mediterraneo, uno spirito di innovazione meditato in quegli anni di lontananza e che ancora una volta dimostra il suo attaccamento alla terra d'origine.

Lampedusa aveva un'organizzazione sanitaria non più all'altezza dei tempi, erano gli anni '90, e il dottor Bartolo la prende per mano e la fa diventare un luogo capace non solo di curare ma anche di accogliere e intervenire nelle emergenze. Con grande lungimiranza, riesce a far implementare il servizio di elisoccorso, garantendo così agli isolani tempi ragionevoli di trasporto verso strutture sanitarie più attrezzate. E come lui stesso scrive, gli "è venuto da sorridere quando vent'anni dopo, gli è toccato salire in elicottero per essere trasferito in ospedale." (pag. 9). E proprio in quella difficilissima situazione di salute personale, trova la forza di superare tutto proprio "dagli uomini, dalle donne, dai bambini che hanno cercato e cercano le nostre braccia, che invocano aiuto con grande forza e dignità." (pag. 9).

Il dottor Bartolo, infatti, nel tempo diventa protagonista di un altro fenomeno che inesorabilmente interesserà sempre di più la vita di Lampedusa prima e di tutta l'Italia poi: la migrazione di una umanità in fuga da situazioni per noi ancora oggi inimmaginabili.

Allora lentamente ma in maniera ineluttabile, la vita professionale e quella personale del dottor Bartolo si intrecciano con quella dei migranti che, una volta approdati sull'isola, vengono sia accolti che curati, ma soprattutto ascoltati dal dottor Bartolo prima come Uomo e Padre di famiglia, poi come Medico.

Dopo più di venti anni di racconti ed emozioni, nasce questo libro che, con la maniera semplice e diretta che caratterizza la gente di mare, riporta in ogni capitolo un'esperienza.

E le esperienze vanno raccontate così come sono, vere e a volte anche crudeli, senza fronzoli. Sono le esperienze che lo hanno formato appunto dal punto di vista umano e professionale rendendolo quello che è ora. Sono quelle esperienze che guardiamo al telegiornale come vicende lontane e a cui non diamo peso nonostante da anni accadono sul nostrouscio di casa finché non si ha l'occasione di prendere parte a tale "guerra".

In ogni capitolo, una vicenda diversa. Il dottor Bartolo affronta la tematica dell'orrore degli stupri di massa, attraverso prima il racconto di una ragazza depressa che, dopo diversi tentativi di suicidio, una volta giunta a Lampedusa, chiede di abortire per dimenticare il male subito. Un'altra ragazza, credendo erroneamente di essere incinta, porta allo scoperto una abominevole pratica che prevede la somministrazione di potenti terapie ormonali per provocare lunghi periodi di amenorrea rendendo così queste indifese giovani donne più appetibili nello spregevole mercato della prostituzione nei paesi occidentali.

Il desiderio di non separarsi dai propri cari a tutti i costi, come quello descritto nel capitolo dedicato ad una donna in travaglio che tenacemente non si lascia elitrasportare in Sicilia finché non ottiene che tutta la sua famiglia sia trasportata con lei in aereo; l'attaccamento di due fratelli di cui uno invalido, lungo tutto questo viaggio insieme, ma anche il legame con i piccoli amici animali, ricordi del proprio passato e di una normalità ormai abbandonata, accuditi e protetti come i più grandi tesori, nonostante tutto.

Tra tutti questi racconti di vita, colpiscono in particolare quello del naufragio del 3 ottobre 2013, ma ancor di più lo straziante ritrovamento dei cadaveri di alcuni giovani trovati nella stiva di un barcone con i loro corpi nudi e le loro mani graffiate e fratturate che fino alla fine avevano lottato per la sopravvivenza.

Strazianti sono anche i racconti legati ai bambini, figli di un mondo in guerra e poco accogliente che sempre più spesso sono costretti a viaggiare da soli o accompagnati da sconosciuti con cui hanno condiviso le difficoltà del viaggio, un viaggio che a volte rende orfani. Nei confronti di alcuni di loro, il dottor Bartolo vorrebbe fare molto di più, vorrebbe accoglierli nella sua famiglia, scontrandosi tuttavia con un'altra nemica, la burocrazia.

Leggendo il libro "Lacrime di sale", molti degli operatori sul campo potrebbero rivivere le proprie esperienze. Diversi i numeri delle persone soccorse e diversi i luoghi degli interventi ma sicuramente sono tutti accomunati da profondi sentimenti e motivazioni per l'attività svolta.

Inoltre, nel libro sono descritte, una frequenza, complessità e diversità delle situazioni cliniche, nonché umane, nelle quali intervenire con immediatezza e competenza, che confermano questo approccio collettivo, un team medico e infermieristico efficace, una popolazione locale generosa, una rete di istituzioni (Marina, Guardia di Finanza, etc.) che fanno fronte come possono a questa emergenza umanitaria.

L'umanità espressa, la semplicità dei personaggi e al tempo stesso la complessità delle loro storie proiettano una fotografia realistica e commovente di un fenomeno di dimensioni che stentiamo a valutare; fenomeno che ha origine in un passato saturo di problemi e che attraverso un presente pieno di ambiguità e di continue tragedie si proietta in un futuro che tutti ci auspichiamo sia migliore e privo di tali atrocità soprattutto per i bambini i cui occhi sono pieni della stessa voglia di vivere e della speranza di essere felici dei nostri figli.

***A cura della Redazione***

SCAFFALE

## Io sono con te. Storia di Brigitte

Melania G. Mazzucco  
Ancora Einaudi/I coralli, 2016  
pagine 264, euro 17,50



*Io sono con te. Storia di Brigitte* è un libro appassionante, che va letto e fatto leggere.

E' la storia di un'umanità ferita e di chi cerca di proteggerla. E' la storia di qualcuno che potresti aver incontrato per strada in qualche buia e fredda serata invernale e osservato, interrogandoti per poi passare oltre, dicendoti "cosa potrei cambiare io?".

Ma a volte qualcuno si ferma, osserva e tende una mano: in questo caso passa un bigliettino con un'informazione preziosa, un luogo dove trovare aiuto.

E così, nonostante tutta la sua drammaticità, la storia di Brigitte inizia faticosamente a prendere un'altra piega, permettendole di riafferrare i pezzi della sua vita, talmente distrutta da dimenticarla per provare a costruirne una nuova.

Ma è anche la storia di una donna fiera della sua professione di infermiera, che con onore mostra un brandello della tessera della Croce Rossa nazionale di cui faceva parte, con la sua

bella divisa marrone, unico documento che fortunatamente era rimasto con lei.

Con delicatezza Melania Mazzucco si avvicina a questa storia, la raccoglie e la trasforma in un paradigma che potrebbe valere per tanti. Potremo dire che ci aiuta a vedere oltre ai numeri del fenomeno dei rifugiati, o meglio a vedervi dentro, per vedervi le persone che ne sono coinvolte.

Le persone coinvolte, come sappiamo, sono tante, a cominciare da quelle del paese da dove viene Brigitte, il Congo, con una storia politica turbolenta come tanti in Africa e non solo, quella dei suoi fratelli, uno a uno distrutti, scomparsi, assassinati da una guerra fratricida, quella dei suoi quattro figli improvvisamente abbandonati.

E' la storia dei pazienti di Brigitte, che, da brava infermiera manager, gestiva due cliniche e ne aveva accolti tanti. In queste due strutture Brigitte dove poteva aiutava e, l'aver salvato con un parto cesareo urgente un piccolo e la sua mamma senza chiedere indietro nulla, si sarebbe rivelato anni dopo, la sua salvezza da morte sicura.

Brigitte aveva commesso un torto, aveva rispettato il suo codice deontologico e, non solo aveva permesso che venissero ricoverati nella sua clinica dei giovani feriti ad una manifestazione, ma si era anche rifiutata di eliminarli. A chi le chiedeva di sopprimerli con un'iniezione letale, lei rispose: "ho studiato per curare la gente, non per ucciderla" "sette iniezioni" "non le posso fare [...] sono infermiera" (pag. 40). E la non obbedienza al potere, in certi Paesi, si può pagare anche molto duramente.

L'armamentario degli orrori che sono stati raccontati o documentati in passato e recentemente, commessi nei carceri o nelle prigioni più o meno segrete in giro per il mondo, con ciò che è capitato a Brigitte sembrerebbe abbia toccato il fondo.

Dal libro si evince che i carcerieri di Brigitte scaricassero sui prigionieri tutta la rabbia per la miseria e i soprusi a loro volta visti o subiti. Se poi il prigioniero è femmina, diventa solo “una vagina indifesa” (pag. 59), una facile preda da consumare ogni notte di più. Non tutto il male subito in quella prigione, racconterà Brigitte, “Azioni che non hanno il diritto di essere dette [...] tacendole non le nego. Sigillo invece la loro orrenda infamia” (pag. 105). L'autrice però va oltre a queste infamie e ci offre anche un po' di luce, in particolare con le storie di coloro che, con competenza, accoglienza e spirito di servizio, accompagnano e difendono persone come Brigitte, così ferite nel corpo e nell'animo, se ne prendono cura, instaurano relazioni significative e costruiscono percorsi per iniziare una nuova vita qui in Italia o a volte altrove.

Così, cominciando dalla descrizione del mondo che si nasconde dopo le ripide scalette bianche del Centro Astalli di Roma, gestito dal Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati, che accoglie i profughi dal lontano 1981, appaiono nel libro gli operatori del centro. Lo sguardo attento, sensibile e pieno di stima dell'autrice, li descrive con i loro percorsi di professionisti o di sacerdoti, spesso internazionali, sia istituzionali che di esperienza sul campo anche in situazioni molto difficili, per giungere infine là, nella cantina sotto il pavimento marmoreo della grande Chiesa del Gesù, al centro di Roma. Ci sono poi i volontari, motore indispensabile di tanti servizi, come la mensa, per offrire un pasto caldo ai rifugiati ogni giorno. Tutti loro cercano, a volte anche faticosamente, di trovare la soluzione giusta per ognuno dei rifugiati che a quelle scalette si affaccia: da un alloggio urgente per chi vive da settimane per strada, a sistemazioni più stabili che offrano un po' di sicurezza e opportunità di autonomia a rifugiati che hanno dovuto lasciare tutto, compreso il loro orgoglio e la loro possibilità di essere qualcuno in questo mondo.

La storia di Brigitte diventa anche la loro, quando si preoccupano perché indossa pantaloni bagnati in pieno inverno, quando non la vedono arrivare ai controlli previsti al centro di salute per i rifugiati, quando con emozione intessono i contatti per ritrovare i suoi figli, quando sentono quanto, con il proprio “esserci”, possano essere importanti per Lei.

Ma non finisce qui: con altrettanta delicatezza l'autrice ci descrive questa Italia così aperta verso i rifugiati, specie al confronto con tanti altri Paesi, ma dall'altra parte anche sospettosa, che fatica a dare fiducia e forse anche stanca non solo di storie difficili da “toccare”, ma anche di storie raccontate non sempre così vere: “nelle ultime tre settimane, tutti i nigeriani hanno dichiarato di venire dalla stessa regione del Nord, di essere scampati allo stesso massacro e di avere assistito all'incendio della stessa chiesa cattolica.” (pag. 131).

E' anche l'Italia di cui andare fieri che viene fuori in queste pagine: quella dei servizi pensati per curare il corpo sofferente di tanti, come il centro di salute in collaborazione con la ASL, il SaMIfo, che fornisce a Brigitte la tanto attesa risposta del test dell'HIV e poi l'accompagna nel percorso di recupero della sua salute mentale. La salute mentale, in molti la perdono, siano essi vittime o torturatori, lì tutti vengono ascoltati, sono “perseguitati dagli stessi incubi, dalle stesse atrocità” (pag. 108), anche se poi non sempre è possibile guarirli.

Un accento è posto anche sulle relazioni con le altre donne con cui Brigitte spartisce corsi di italiano o alloggi: in fin dei conti le storie reciproche sono così simili che sarebbe troppo doloroso dividerle, è meglio non ascoltarle, “Juliette le ricorda ciò che si sforza di dimenticare” (pag. 82) e poi spesso, non servirebbe neanche: “gli eventi hanno lasciato sui loro corpi segni che sono parole” (pag. 82). Forse c'è anche la consapevolezza reciproca che ognuna prenderà la propria strada. Solo su un argomento, sembrerebbero solidali, quello dei bambini che davvero le unisce, “nella stanza numero quattro, tutte li hanno perduti” (pag. 83).

Infine ci sono i “curanti” e le loro storie: storie che hanno la potenza di deviare per sempre le vite di ciascuno, siano essi infermieri, medici, preti o operatori, nessuno indenne e la Mazzucchio con questo libro ce ne offre tanti belli esempi.

*Io sono con te* è un libro che pone di fronte all'interrogativo personale e collettivo, “da che parte stiamo?” e fin qua già la risposta oggi come oggi, tra un quadro internazionale convulso e una politica nazionale dell'accoglienza non sempre così coerente e diffusa, potrebbe non essere così scontata.

E poi c'è l'altro che segue sempre: “cosa possiamo fare?” e qui facilmente si potrebbe cadere nell'alibi dell'aiuto istituzionale. Certo quello è un motore indispensabile e le attività del Centro Astalli, come di altre organizzazioni ce lo confermano, ma la storia di Brigitte ci ricorda come tanti piccoli gesti o iniziative, sia come persone che come professionisti, a volte anche semplici, immediati, possano fare la differenza.

E chi sa se a qualcuno, leggendo la storia di Brigitte, non possa venire in mente un'idea, per dare a lei o ad altri, ancora... un'altra possibilità.

**Immacolata Dall'Oglio**

*Infermiere coordinatore*

*Struttura per lo Sviluppo professionale, la Formazione continua e la Ricerca infermieristica*

*IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù*

## 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](http://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 pubblicate sul sito [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it), nella sezione "Ecm".

I lavori vanno inviati a: [federazione@ipasvi.legalmail.it](mailto:federazione@ipasvi.legalmail.it)