

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXI



ISSN 2038-0712

**GENNAIO-FEBBRAIO
2017**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

EDITORIALE**Sull'infermiere di famiglia...***di Barbara Mangiacavalli***INFERMIERE & LAVORO****Alle porte di una nuova stagione***di Saverio Proia***SCIENZE INFERMIERISTICHE****Impatto di un programma di intervento multidimensionale volto a ridurre la presenza di accessori e ornamenti sulle mani degli infermieri durante il turno di lavoro***di Antonietta Santullo, Lorella Fabbri, Giovanni Curzi***L'attitudine degli studenti di infermieristica a sviluppare adeguate abilità comunicative: validazione in italiano della Communication Skills Attitude Scale (CSAS)***di Alessandra Ferrari, Stefano Terzoni, Paolo Ferrara, Marco Provenzano, Anne Destrebecq***CONTRIBUTI****ECM: Nuovo triennio 2017/2019 - obbligo formativo e novità***di Annamaria Ferraresi***Assunzione dei farmaci per via orale e ileostomia: analisi delle criticità e suggerimenti***di Claudia Zerbone***La promozione dell'attività fisica e il ruolo dell'infermiere nella prevenzione della diabesià***di Chiara Ulderigi, Rita Fiorentini***ESPERIENZE****La terapia nutrizionale nell'anoressia: come gestire e valutare il pasto assistito***di Nicholas Delfrate, Paola Bergamasco***Assistenza Domiciliare e Cure Palliative Pediatriche, quale soddisfazione dei bisogni delle famiglie?***di Anna Luchini, Annalisa Morandin, Ettore Bidoli, Lucia De Zen, Arianna Bagolin, Roberta Grando***Psichiatria senza contenzioni. Il progetto sperimentale gestione eventi critici nel SPDC di Trento***di Maurizio Davi'***Chirurgia protesica di spalla: fattori predisponenti a emotrasfusioni post-operatorie e screening pre-operatorio***di Tiziana Leardini, Anna Cristallo, Samantha Romani, Paolo Paladini, Giuseppe Porcellini, Simonetta Nucci***Gestione del delirium nelle Terapie Intensive lucane***di Graziella Telesca, Antonio Forte***SCAFFALE****Piccole storie di malati****L'ABC delle revisioni sistematiche****Brunner Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica vol.1 e vol.2**



EDITORIALE

Sull'infermiere di famiglia...

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

E' recente l'ultima, ennesima, polemica "nota" nel campo dell'assistenza infermieristica: quella di alcuni sindacati, questa volta, sull'infermiere di famiglia.

In realtà una maggior conoscenza della situazione assistenziale e una minore "natura polemica" nel dibattito che sta animando i nuovi modelli assistenziali, non richiederebbe nemmeno un impegno in una dissertazione-dibattito su cui i dati di fatto non lasciano nulla su cui dissertare, niente su cui dibattere.

L'infermiere cosiddetto "di famiglia" in realtà altro non è se non quell'infermiere che si occupa, il più delle volte unica figura nel campo assistenziale, dei bisogni dei cittadini che una volta fuori dell'ospedale sono spesso abbandonati a se stessi dal punto di vista dell'assistenza – si noti bene: non della diagnostica e terapia a cui pensa il medico di base, ma dell'assistenza, di quei bisogni cioè h24 per cui il paziente è di fatto solo – e se ne occupa con piena soddisfazione degli utenti visto che secondo una recentissima indagine Censis l'85% dei cittadini dichiara di fidarsi di noi e la fiducia aumenta oltre il 90% negli ultrasessantacinquenni.

La polemica sterile di alcuni che vogliono vedere motu proprio – nessuno glielo ha chiesto e non ne hanno evidenze - nella figura dell'infermiere di famiglia l'immagine di un professionista che in qualche modo invade il campo di azione altrui, altro non fanno se non alimentare quella vena di confusione – per i pazienti soprattutto - e di mala-informazione in generale che ormai resta a quanto pare l'unica difesa per sacche ormai minimali di nostalgici di situazioni che anche professionalmente nessuno considera più.

Eppure è chiaro e ormai palese: l'infermiere non fa diagnosi e terapia, ma nell'assistenza è preparato e formato ad altissimi livelli. Basta vedere che la responsabilità assegnata ai nostri professionisti è stata negli ultimi anni crescente. E non certo per risparmiare sulla spesa, ma per razionalizzare i servizi e l'assistenza, tenendo dritta la barra del coordinamento delle cure al paziente grazie alla professionalità degli infermieri in modo da evitare duplicazioni e disagi per chi ha bisogno di cure. Noi lo facciamo già, esaltando il concetto di cooperazione tra professioni a vantaggio dei pazienti: le esigenze sono sempre più complesse con l'innalzamento dell'età e l'aumento di cronicità e pluripatologie e non c'è più un paziente che può essere curato da un solo professionista, ma tanti professionisti devono garantire la salute del singolo paziente.

Diciamo da tempo che l'infermiere ha il suo sviluppo professionale futuro sia nel management che nella clinica, grazie alle competenze specialistiche già attive in molte Regioni.

Istituti di ricerca come Sda Bocconi e Cerismas dell'Università Cattolica hanno ribadito la necessità di porre la professione infermieristica in una posizione di coordinamento-gestionale dell'assistenza, modificando i ruoli ed esaltando anche così gli spazi della specializzazione del medico. L'infermiere di domani è una figura che fa da cabina di regia del percorso personalizzato e nella costruzione della continuità con gli altri professionisti, tra cui il medico di famiglia quale referente clinico e gli altri specialisti.

Allora dov'è il problema?

Il problema non c'è. L'infermiere di famiglia non è una invenzione nuova, ma una realtà ormai consolidata in molte Regioni d'Italia e non solo del Nord. E ancora di più non rendersene conto fa capire che il senso del cosiddetto infermiere di famiglia non è stato assolutamente colto nel momento in cui si confonde il ruolo dell'infermiere con quello del medico, dandone un'interpretazione assolutamente limitata e riduttiva.

Nessuno, sottolineo nessuno, ha mai affermato che l'infermiere di famiglia sostituisce il medico nel momento della necessaria diagnosi e terapia. Non lo vogliamo neppure noi e non ci interessa. Semmai il suo intervento, che rientra nella medicina di iniziativa oggi chiesta a gran voce per far funzionare il Servizio sanitario nazionale e la prevenzione sul territorio, si innesca nel momento in cui il paziente va necessariamente seguito e va seguito a domicilio dove solo l'infermiere può andare in modo continuativo, controllando – e nel caso interpellando il medico – che tutto proceda per il meglio.

Non si strumentalizzano – come invece purtroppo ancora si assiste - dati di fatto come il triage, l'emergenza, l'assistenza agli anziani sul territorio, la continuità assistenziale offerta dagli infermieri e soprattutto le loro capacità provate e testimoniate oltre che dall'esperienza e dagli stessi pazienti da corsi universitari che certificano e testimoniano, ancora una volta, le capacità degli infermieri. Non si possono né si devono utilizzare modelli di assistenza ormai consolidati per cercare di tirare acqua a un mulino che di fatto è stato abbandonato da tempo perché operava con modalità ormai obsolete.

Nessuno di noi tocca la professionalità medica né ha mai pensato di farlo: nessuno tocchi, con approcci del tutto e solo strumentali, la professionalità infermieristica che offre ai pazienti sul territorio quell'attenzione e la cura di cui hanno bisogno.



Alle porte di una nuova stagione

di Saverio Proia

La ripresa della contrattazione per il comparto del personale del SSN sulla base delle direttive all'ARAN del Comitato di Settore Regioni Sanità, che, in parte ho commentato nell'articolo precedente, permetterà il pieno riconoscimento delle competenze avanzate e specialistiche per le professioni infermieristiche come per le altre 20 professioni sanitarie di cui alla legge 251/00.

Questo risultato, una volta concretizzato, permetterà di dar vita ad una nuova stagione di quella stupenda avventura che in Italia è stata la riforma della professione infermieristica, permettendole di navigare verso l'oceano aperto di ulteriori implementazioni di competenze andando oltre le Colonne d'Ercole delle attuali funzioni.

Con questa svolta ci troveremmo ad essere nella fase più avanzata della valorizzazione della professione infermieristica; giunti a questo punto, mi pare opportuno ripensare e riflettere, soprattutto nei confronti delle nuove generazioni di laureati in infermieristica, sul cammino lungo, difficile e non ancora ultimato percorrendo il quale siamo giunti a questo stadio: è un percorso che mi sono trovato a fare insieme alla professione in più ruoli nella vicenda ma sempre operando intensamente e testardamente perché si raggiungesse e si completasse positivamente, tappa su tappa, questa meravigliosa avventura non ancora conclusa.

Il processo di riforma

Il processo di riforma della professione infermieristica, per come l'ho vissuto e conosciuto io, ebbe come iniziale spinta la consapevolezza maturatasi ad iniziare dagli anni 80 in Italia per la quale si riteneva che fosse necessario riformare l'ordinamento e la formazione sia degli infermieri che degli altri di profili sanitari definiti professioni sanitarie ausiliarie o alcune arti sanitarie, definiti per negazione (non medici) o per approssimazione (paramedici) e quasi mai con il proprio nome.

Le avanguardie più consapevoli di queste professioni ma anche espressioni illuminate della stessa professione medica, constatando l'arretratezza e l'inadeguatezza della normativa italiana in materia nei confronti sia di quelle più avanzate ed organiche degli altri sistemi sanitari europei ed extraeuropei rispetto al livello di evoluzione scientifica, tecnologica ma anche del nostro SSN, che avviata la riforma sanitaria usciva da precedente sistema mutualistico, ritenevano necessaria una profonda e radicale riforma dell'ordinamento e della formazione della professione infermieristica.

Per le nuove generazioni di laureati infermieri, che sono sempre più numerose, può apparire strano che per formarsi in questa complessa e nobile professione si potesse richiedere, per iscriversi al relativo corso di studi, il possesso del solo biennio di scuola superiore, che la formazione fosse svolta in scuole regionali all'interno delle strutture del SSN e che l'agire professionale fosse regolamentato da un desueto mansionario, considerato subalterno ed integrativo a quello medico svolgendo in parte larga attività domestico alberghiere... non è una leggenda metropolitana era la realtà.

Queste avanguardie influirono anche l'orientamento dei sindacati confederali del comparto sanità, i quali, invertendo le precedenti impostazioni strategiche e le precedenti centralità orientate più nei confronti del personale amministrativo e tecnico, individuarono la questione dell'emancipazione e della valorizzazione infermieristica e delle altre professioni sanitarie come centrale e portante nelle loro iniziative e delle stesse piattaforme contrattuali, sino a prevedere in un'intesa propedeutica al rinnovo contrattuale raggiunta con l'allora Ministro alla Sanità Carlo Donat Cattin e con l'allora Direttore Generale delle professioni sanitarie Danilo Morini, che tra l'altro fu l'onorevole relatore della legge 833/78 di riforma sanitaria, sancendo come impegno da concretizzare con successivi provvedimenti:

- il requisito della maturità per accedere ai corsi ed il loro passaggio all'università;
- il venir meno dell'aggettivo "ausiliaria" nel termine professione sanitaria;
- l'istituzione dei servizi infermieristici e delle altre professioni;
- l'adozione di nuove modalità organizzative non più medico-centriche;
- l'istituzione di albi ed ordini per tutte le professioni sanitarie.

Una inversione di tendenza

In sintesi programmando anzitempo tutto quello che sarà successivamente sancito dalle leggi 42/99, 251/00 e 43/06 con questo accordo si ipotecherà positivamente il futuro, anche se l'ultimo punto è ancora un obiettivo in fieri...

A questa inversione di tendenza il sindacato confederale nel comparto sanità approdò superando positivamente un confronto interno vivace ed articolato, che vide anche contrapposizioni pesanti con chi riteneva inutile, se non dannoso per le nuove vocazioni nella professione, elevare la maturità quale requisito d'accesso ai corsi di studio per infermiere, ma alla fine, a stragrande maggioranza, passò la linea di impegnare il sindacato per contribuire a conquistare la riforma delle professioni infermieristiche e sanitarie, linea votata anche negli organismi dirigenti del sindacato e divulgata in tante iniziative decentrate, registrando un larghissimo consenso tra gli infermieri.

Questa discontinuità dalla precedente linea sindacale portò all'archiviazione della negativa scelta sindacale dell'infermiere "unico e polivalente", concezione quanto mai subalterna al sindacalismo medico e funzionale ad un'organizzazione del lavoro medico centrica e medico dipendente, che ignora e nega l'articolata complessità e l'articolazione della professione infermieristica... questa rottura con il passato è quanto mai attuale...

Quasi tutti i partiti sia di maggioranza che di opposizione, tentarono nella c.d. prima repubblica in più legislature di proporre specifici e mirati disegni di legge, diversi nella forma e nei contenuti ma con il medesimo obiettivo di risolvere l'inadeguatezza dell'ordinamento professionale e del conseguente sistema formativo degli infermieri e delle altre professioni sanitarie del nostro Paese sia nei confronti degli altri Stati che della nuova evoluzione derivante dal varo della legge 833/78 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Una conclusione mai positiva

L'iter legislativo non si riuscì mai a concludersi positivamente per una serie di cause concomitanti quali:

- l'interruzione precoce delle legislature per cui venne interrotto l'iter di approvazione di questo disegno di legge nonostante che in commissione veniva approvata a larghissima maggioranza;

- la diversificazioni dell'atteggiamento tenuto dalle varie realtà professionali interessate che esprimevano posizioni diversi e contrastanti che inducevano a ritardi nel proseguimento dell'iter di approvazione del disegno di legge;
- un atteggiamento ed una conseguente iniziativa più carsica che alla luce del sole di parte delle rappresentanze professionali e sindacali mediche per premere nei confronti di Governo e Parlamento affinché questo disegno di legge non avesse la definitiva approvazione (e questa è una storia che, mutato l'oggetto della contesa, si ripeterà in seguito).

Quindi quasi tutte le forze politiche di allora ed il Governo raccolsero questa richiesta con molte proposte di legge, che, purtroppo, in più legislature non si riuscì ad approvarle definitivamente.

Per superare questo stallo si colse l'occasione del varo del Dlgs 502/92, che avviava la prima manutenzione della legge 833/78, per sancire ed anticipare almeno la struttura portante della Riforma delle professioni sanitarie con poche righe nel terzo comma dell'articolo 6 di questa normativa, con la quale trasferire la formazione della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie all'università. Questo, riconoscendone la complessità e di conseguenza richiedere come requisito d'accesso il diploma di maturità quinquennale, riconoscendone la specificità facendola svolgere laddove la professione operava cioè all'interno del SSN, con docenti di norma da questo dipendente con ordinamenti didattici emanati dal ministero dell'Università di concerto con quello della Salute ma sancendo che quest'ultimo avesse il compito di individuarne i profili professionali.

L'anomalia dell'organizzazione del lavoro

Era alla base, quindi, di questa scelta, l'anomalia della realtà dell'organizzazione del lavoro e dell'ordinamento professionale presente nel sistema sanitario italiano per il mancato riconoscimento dello specifico ambito di autonomia di ciascuna altra professione che non sia quella medica; motivo ancora ricorrente e sempre attuale, anche se in entità sempre più minore.

Pertanto alla fine di superare questo stato di cose e per permettere che almeno le questioni principali della riforma delle professioni sanitarie infermieristiche tecniche e riabilitative divenissero realtà legislativa, per felice intuizione di alcuni deputati ed esperti del settore, furono inserite queste norme, anticipatrici di tale riordino, nel decreto legislativo 502/92 così come è stato modificato dal decreto legislativo 517/93: con questa anticipazione della riforma complessiva l'articolo 6 del Dlgs. 502/92, affidò al Ministro, allora denominato, della sanità il compito di individuare con proprio decreto ministeriale quei profili per i quali prevedere la formazione universitaria.

È stata questa una modifica ed un'innovazione fondamentale rispetto alla preesistente realtà: finalmente viene affidato al mercato del lavoro, in questo caso il Servizio Sanitario Nazionale, il ruolo di individuare le figure professionali necessarie ed al sistema universitario il compito di formarle, ferma restando la titolarità dell'università nel varare i relativi ordinamenti didattici dei vari diplomi universitari, questi, proprio per il ruolo affidato al committente (il ministero della Sanità), devono essere con esso definiti ed emanati "di concerto".

Era questa la prima volta che avveniva nella storia dell'ordinamento universitario italiano.

Si trattava della fase iniziale della storia della riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative caratterizzatasi in una lunga odissea di tentativi di iter legislativo che non trovava la possibilità di approvare un testo quadro di legge nelle varie legislature precedenti sino a che si viene a dar corso ad una fase completamente differente e più avanzata.

Infatti il nodo fondamentale sul quale al Senato nelle legislature precedenti si arenarono i vari progetti di legge venne pertanto risolto positivamente con poche righe nel decreto legislativo 502/92 cioè il rapporto fra Università e Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti il punto 3, art. 6, legge n. 502 del 1992 ha certamente determinato una svolta nel processo di evoluzione della legislazione sulle professioni sanitarie che ancora, a torto sino ad allora sarebbero impropriamente definite "paramediche" e/o ausiliarie.

La formulazione emersa nella legge n. 502 del 1992 aveva, anche per comune giudizio delle rappresentanze sindacali e professionali di questo personale, risolto nel modo più progressivo ed equilibrato la questione principale attorno alla quale nelle precedenti legislature si erano sviluppati il confronto ed il contrasto nell'iter legislativo del disegno di legge di riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative, con il dicotomico atteggiamento fra i due rami del parlamento e le iniziative unilaterali del ministero dell'Università.

Infatti, quest'ultimo con l'emanazione di decreti attuativi della legge n. 341 del 1990, per alcune attività sanitarie, secondo logiche del tutto avulse dai bisogni professionali del SSN e dalle connesse necessità di contenuti didattico-formativi, aveva creato condizioni di pesante difficoltà, di fatto determinando condizioni di doppio o triplo binario formativo e non riconoscendo il ruolo di committente del Servizio Sanitario e delle Regioni.

Invece l'impostazione recepita dal decreto legislativo in tema di formazione in campo sanitario era sostanzialmente sovrapponibile con quella del disegno di legge, di riforma delle professioni infermieristiche che nella legislatura precedente al varo del Dlgs 502/92, trovò l'approvazione unanime della XII Commissione in sede legislativa.

Un alto compromesso

Venne così a realizzarsi un "*alto compromesso*", un vero e proprio lodo tra Regioni e Università in tema di formazione delle professioni sanitarie concretizzato dall'allocazione all'interno delle strutture sanitarie di questa formazione, recuperando e valorizzando il pregnante contenuto di esperienza concreta e valore professionalizzante del SSN, sede di elezione per una didattica finalizzata, e sviluppando coerentemente in sede applicativa le prospettive aperte al sistema universitario della legge n. 341 del 1990, riguardante i diplomi universitari.

Quindi tale "alto compromesso" non soltanto rimarcava l'innegabile coincidenza fra gli interessi nazionali tipici degli ordinamenti, di cui si parla, ma anche il peculiare apporto del Servizio Sanitario Nazionale ed Università nel percorso formativo di figure professionali, che avevano assunto e via via assumeranno nell'ambito del sistema sanitario del nostro Paese grande rilievo, ma anche delle stesse Facoltà di Medicina e Chirurgia, delle quali rappresentavano e rappresentano la maggioranza degli studenti.

Certamente al raggiungimento di questa impostazione confluì il presupposto legislativo collaborativo fra sanità ed università già delineati e sanciti, nell'ambito dell'assistenza, nel rapporto contrattuale previsto dall'articolo 39 della legge n. 833 del 1978, nonché le riflessioni maturate nel corso dell'applicazione della stessa legge n. 341/90, che portavano a confermare il concorso paritetico ed integrato dei ruoli e delle specifiche funzioni dell'università e del SSN e quindi delle Regioni.

Ne consegue che se l'Università portava in dote in questo "alto compromesso" la sua funzione di alta formazione teorico-scientifica e metodologica, il SSN contribuiva, attraverso i suoi presidi ed il personale, con un ricco patrimonio di esperienze formative svolte positivamente nel corso dei decenni da parte regionale.

Inoltre, senza dar corso a sanatorie, da nessuno volute né chieste, di esperienze pregresse, si trattava di procedere ad una non più rinviabile riforma del settore, che prevedeva anche una sostanziale ripulitura e rimodulazione promossa e garantita essenzialmente dall'università, recuperando in positivo le esperienze regionali, chiudendo così una stagione contrassegnata da sperimentazioni ed iniziative assunte sotto il segno dell'urgenza e della non programmazione.

L'ambito in cui la formazione veniva, finalmente a svolgersi è compiutamente e formalmente universitario e gode dell'apporto delle Regioni e del SSN sanitario nazionale, attraverso modalità concordate, concertate e condivise.

Il nuovo sistema formativo

Questo nuovo sistema formativo della professione infermieristica faceva fare un balzo in avanti al nostro Paese che dagli ultimi posti, in Europa e nel mondo, si poteva collocare fra quelli più avanzati, evitando soprattutto di evitare l'errore del doppio canale formativo, uno di presunta serie "A" quello universitario ed uno di presunta serie "B" quella del SSN e regionale, con il prevalere di equilibrio fra ruolo e competenze dell'università e sanità attraverso:

- unitarietà e omogeneità del riordino della formazione per infermieri, tecnici-sanitari e terapisti;
- elevazione al diploma universitario di cui all'articolo 2 della legge n. 341 del 1990, del titolo abilitante all'esercizio di tali professioni; riconoscimento che gli ordinamenti didattici di tali diplomi universitari, per la loro specificità, debbano prevedere il concerto con il Ministro della sanità, ferma restando la titolarità del ministero dell'Università;
- consolidamento e valorizzazione della funzione didattica del servizio sanitario nazionale attraverso l'attuazione nella legge del principio che all'interno di tale sistema si svolge la formazione del personale sanitario infermieristico tecnico e riabilitativo;
- mantenimento, previa verifica di idoneità, delle attuali sedi formative del servizio sanitario nazionale e loro rapporto convenzionale con le università che permette l'adozione degli ordinamenti didattici dei diplomi universitari ed il rilascio dei relativi diplomi a firma del responsabile della scuola e del rettore dell'università competente;
- affidamento degli insegnamenti di norma a personale del ruolo sanitario dipendente della struttura ove è allocata la scuola, quindi difendendo e valorizzando la funzione di docenza di infermieri, tecnici-sanitari e terapisti, nonché del restante personale;

- previsione che il responsabile della scuola sia nominato in base alle norme vigenti: quindi, consentendo la conferma della direzione infermieristica dei relativi corsi, estendere questo modello ai corsi per tecnici e terapisti;
- decorrenza immediata del diploma di maturità per i corsi non trasformati ancora in corsi di diploma universitario con la possibilità per tre anni, in carenza di iscritti con questo titolo culturale, di iscrivere giovani con il solo biennio di scuola superiore;
- certezza dei tempi attraverso la soppressione di quei corsi di studio che entro tre anni non si siano trasformati in corsi di diplomi universitari e potere di surroga dei ministeri di Sanità e dell'Università se entro quattro mesi dalla costituzione delle nuove Usl e aziende ospedaliere non siano state stipulate le convenzioni.

Pur nei limiti della delega erano, pertanto, contenuti nel decreto legislativo alcuni elementi innovativi che andavano nella direzione del superamento nei fatti, ma non ancora nominalmente, del concetto di definizione di professione sanitaria ausiliaria.

In particolare veniva introdotta la pari dignità con gli altri ordini, dei collegi delle altre professioni sanitarie nell'esprimere pareri ma soprattutto nella composizione del nuovo "consiglio dei sanitari" di Usl o azienda ospedaliera che vedeva la presenza dei rappresentanti di tutte le professioni sanitarie, infermieri compresi; purtroppo non veniva accettato dall'allora Governo l'emendamento sull'istituzione del servizio infermieristico; per questo bisognerà attendere l'approvazione della legge 251 nel 2000.

Avendo conquistato e consolidato la questione delle questioni cioè il riordino profondo e discontinuo della formazione si era in quel tempo in condizione di metter mano con meno problemi al complesso ed articolato scenario della valorizzazione delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative.

E' evidente che il grande passo in avanti e la storica conquista realizzati attraverso il processo di riordino della formazione avviato al punto 3 dell'articolo 6 del Dlgs n. 502/92 non esauriva l'insieme dei problemi di queste professioni; basti pensare che sia pure già formate in sede universitaria, le figure professionali, in particolare tecniche e riabilitative, non erano ancora definite legislativamente quali professioni ed mentre tutte, ad eccezione del tecnico sanitario di radiologa medica che con la legge 25 aveva superato la denominazione di professione ausiliaria, le altre venivano ancora giuridicamente definite "ausiliarie" e quindi subalterne ed ancillari al ruolo del medico.

Un nuovo provvedimento legislativo

Ne conseguiva, pertanto, la necessità di dar vita ad un nuovo provvedimento legislativo che anche sulla base di quelli già depositati al parlamento affrontasse con più esauriente completezza di intervento la riforma di queste professioni più sul versante precipuo dell'ordinamento che su quello formativo che si intendeva nella sostanza risolto nel Dlgs n. 502 del 1992.

Pertanto, in attuazione di quanto previsto dall'art. 6, comma terzo del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" così come è stato modificato nel testo dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517 furono quindi firmati dal Ministro della Sanità, on. Costa, i primi tredici decreti con i quali sono stati individuati altrettanti profili professionali riguardanti il personale infermieristico, tecnico sanitario e della riabilitazione e precisamente: infermiere, ostetrica, fisioterapista, logopedista, ortotista-assistente di oftalmologia, tecnico di radiologia medica, tecnico di laboratorio medico, tecnico ortopedico, tecnico audiometrista, tecnico audioprotesista, dietista, igienista dentale, podologo.

Alla firma di questi decreti da parte dell'allora Ministro della Sanità si era giunti dopo un periodo di pressioni e di iniziative contrapposte all'interno degli operatori del Servizio sanitario nazionale che non ha precedenti nel nostro paese.

Al raggiungimento di questo storico risultato determinante fu, certamente, l'iniziativa del 1° luglio 1994 promossa ed organizzata dalla Federazione IPASVI, con l'apporto di tutto l'associazionismo professionale e sindacale del settore: 50.000 infermieri ed altri professionisti sanitari (cioè oltre 10% dell'insieme di tali professionisti) sfilarono per le vie della Capitale rivendicando il varo dei nuovi profili professionali.

Il 14 settembre 1994 venne, quindi, firmato il nuovo profilo professionale di infermiere (insieme ad altri dodici... la famiglia poi si allargò sino a 22) avvalendosi del potenziale innovativo dell'articolo 6 del Dlgs 502/92, il primo tassello della riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, di ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Il percorso precedente fu programmato ed attuato dall'allora Ministro della Sanità, on. Maria Pia Garavaglia, la quale per dar corso alla delega prevista dal terzo comma dell'articolo 6 del Dlgs 502/92, insediò una commissione tra i dirigenti competenti di tale dicastero e sei assessori regionali alla sanità (Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio e Calabria) per affrontare ed approfondire le problematiche e predisporre, di conseguenza, i relativi schemi di decreto ministeriale.

Attraverso la presentazione di proprie proposte scritte a questa Commissione Ministero-Regioni l'IPASVI ma anche i sindacati e le rappresentanze delle altre professioni, lanciarono l'idea forza per la quale l'emanazione di questi decreti non avrebbe dovuto essere solo un elenco di quei profili per i quali prevedere la formazione ma, attraverso i diplomi universitari, avrebbe dovuto anche identificare e declinare ambiti di competenza ed autonomia professionali, sostanziando così l'elevazione alla formazione universitaria e ricostruendo in forma più avanzata ed europea il rapporto tra le varie professioni sanitarie, ivi compresa quella di medico, avviando a superamento sostanziale il rapporto di dipendenza gerarchica tra il medico e gli infermieri e le altre professioni sanitarie.

È questa l'idea forza che è stata "dominante e vincente" in tutta la vicenda riuscendo a muovere il personale interessato e quello che indirettamente riteneva di essere coinvolto, i medici e le altre professioni sanitarie laureate: basti pensare che a difesa di questi profili, per la prima volta nella storia dell'associazionismo professionale e sindacale, si è dato vita ad un movimento unitario che ha avuto una ricchezza di iniziative culminate addirittura nella ricordata manifestazione nazionale di 50.000 operatori sanitari a Roma in piena estate, promossa ed organizzata insieme dai sindacati e dai collegi e associazioni professionali.

Una riflessione dovuta

Si apre in ciò una riflessione che porta ad evidenziare quale interesse e movimento può esservi dietro ad atti che apparentemente sembrano essere semplici adempimenti amministrativi ma che, invece, per la loro valenza possono divenire effetto e causa di profonde modifiche e riforme nell'organizzazione del lavoro e nel rapporto tra le professioni all'interno dei servizi pubblici in genere ed in specie in quelli sanitari, riflessione quanto mai attuale nella vicenda delle competenze avanzate e specialistiche.

Vale la pena ricordare, in parallelo con l'attuale situazione, che il Ministro della Sanità Costa di allora, non accogliendo le richieste di revocare tali decreti firmati dal suo predecessore Garavaglia (nonostante il parere contrario del Consiglio Superiore di Sanità ad esclusione dei medici e professori Giovanni Berlinguer e Ferdinando Di Iorio) presentate dal sindacalismo autonomo e dall'associazionismo professionale della componente medica (i toni delle proteste di parte delle rappresentanze mediche erano simili ed analoghi a quelli che vent'anni dopo verranno utilizzati per le competenze avanzate e specialistiche...nulla si crea, nulla si distrugge...), inviò gli schemi di decreti in questione al parere del Consiglio di Stato che, nella seduta del 4 luglio 1994 espresse in adunanza generale un parere non solo positivo ma illuminante del valore di tali decreti.

In questo parere il Consiglio di Stato ha evidenziato, in particolare che:

- questi decreti hanno natura regolamentare, prevedendo il riferimento all'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988 n. 400, in effetti si tratta di profili professionali utilizzabili tanto nella sanità pubblica quanto in quella privata e quindi anche in regime libero-professionale, stabilendo norme abilitative a comportamenti coerenti con i compiti caratterizzanti ciascun profilo;
- i decreti in questione dispongono rapporti con altre professionalità, medico compreso, fissando quindi limiti normativi all'esplicazione dell'attività professionale, così come viene delineata negli stessi decreti; il fatto che questi decreti sono destinati ad esplicitare la loro efficacia anche al di fuori dei singoli servizi e presidi sanitari pubblici esclude la possibilità di poterli considerare atti normativi "interni";
- la definizione delle figure e dei profili professionali, prevista dal più volte citato art. 6 del Dlgs 502/92, è preordinata alla identificazione di compiti di assistenza sanitaria, rispetto ai quali impostare programmi di formazione professionale in ambito ospedaliero, in base al principio legislativo della collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale, definizione che costituisce, altresì, la *premessa* indispensabile per assicurare l'esplicazione dell'efficacia abilitante all'esercizio professionale (v. terzo comma dell'art. 6 suindicato);
- questi decreti non modificano le fonti di diritto di valenza superiore a quella tipica del decreto regolamentare ministeriale e quindi non vi può essere nessuna invasione di campo nelle competenze già attribuite per legge ad altre professioni sanitarie laureate, ivi compresa quella di medico;
- premesso che per competenza la normativa sui profili professionali è adottata con decreto ministeriale, considerato che la delineazione di tali profili, per quanto riguarda la sanità, rientra tra le materie riservate allo Stato, art. 6, lettera *q*, legge 23 dicembre 1978 n. 833, non è pregiudicato il ricorso alle specifiche procedure preordinate alla determinazione degli specifici profili professionali nell'ambito della disciplina del rapporto di impiego, tali procedure hanno lo scopo di adattare i profili professionali alle particolari esigenze organizzative dell'amministrazione e definire i corrispondenti trattamenti economici;

- infine, le finalità alle quali rispondono i decreti in base al più volte ricordato art. 6 del Dlgs 502/92, e cioè l'esercizio professionale e la formazione, fanno sì che il profilo professionale deve essere definito nella maniera più precisa possibile, per evitare che i profili siano determinati in forma generica con difformi interpretazioni della norma nelle singole aree geografiche o realtà lavorative.

Una nuova analogia con il presente

Siamo, quindi, in presenza di un'altra analogia con i tempi nostri: anche allora a fronte di denunce da parte di una certa e ben determinata rappresentanza professionale e sindacale medica di sottrazione di loro competenze da parte di Ministero e Regioni a favore degli infermieri, la magistratura amministrativa e penale respingeva e respinge tali accuse.

Se, poi, esaminiamo con attenzione questo decreto ministeriale istitutivo del profilo di infermiere in rapporto anche alla situazione preesistente e a quanto viene a delinearci in prospettiva a breve e medio termine sino ai giorni nostri nella organizzazione del lavoro sanitario, possiamo apprezzare ad oltre vent'anni da quell'evento storico l'enorme portata riformatrice positiva che si è sviluppata.

Le precedenti mansioni dell'infermiere previste nel Dpr 14 marzo 1974, n. 225 e successive integrazioni, erano:

- attribuzioni assistenziali dirette ed indirette (assistenza completa all'infermo, somministrazione dei medicinali prescritti, sorveglianza e somministrazione delle diete, assistenza al medico, rilevamento delle condizioni generali del paziente, effettuazione di semplici esami di laboratorio, disinfezione del materiale, educazione sanitaria ai pazienti ed ai familiari, interventi di urgenza, trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico, etc.);
- attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo (programmazione dei piani di lavoro propri e del personale alle dipendenze, gestione schede e documentazioni cliniche, richiesta di intervento medico o di altro personale a seconda delle esigenze degli assistiti, partecipazione alle riunioni sull'assistenza, promozione di tutte le iniziative allo scopo di mantenere buone relazioni con i pazienti e le loro famiglie etc.).

Si trattava di funzioni esercitabili anche in esercizio libero-professionale, ma mantenendo il vincolo di "professione sanitaria ausiliaria" quindi limitando l'ambito di autonomia in rapporto con altre professioni sanitarie in particolare con quella medica.

Come ho detto in precedenza il dibattito e l'orientamento sviluppatosi negli anni, anche sulla base di evidenze certe ed inconfutabili, avevano evidenziato l'inadeguatezza e la contraddizione della concezione e della definizione di "ausiliario" riferito ad un profilo professionale al quale l'evoluzione in corso dell'organizzazione del lavoro sanitario attribuiva maggiori responsabilità e competenze fino a prevedere di specifici servizi infermieristici già allora in alcuni piani sanitari regionali, con compiti attribuiti nel famoso decreto del Ministro Donat Cattin sugli organici infermieristici, all'allora Operatore Professionale Dirigente compiti *in nuce* che saranno poi sviluppati maggiormente nel profilo di dirigente infermiere istituito dalla legge 251/00.

Si opera con questo decreto un superamento sostanziale del concetto anacronistico di “ausiliarità” della professione infermieristica rispetto a quella medica avviando quella fase di integrazione del sistema sanitario italiano a quello più avanzato degli altri Stati, nei quali il rapporto tra infermiere e medico è tra due professioni, le quali hanno un proprio e specifico ambito d'intervento ed operano in collaborazione reciproca per la formazione di quell'atto sanitario, composto dall'intervento integrato ed interagente di più componenti professionali, senza primazie né gerarchie.

Si era già sviluppato e maturato un preciso convincimento da parte della Federazione dei Collegi IPASVI e dalle rappresentanze associative e sindacali della professione per il quale bisognasse negare la descrizione delle funzioni e competenze infermieristiche per “mansioni” come era nella precedente legislazione affermando, invece, l'introduzione del concetto più adeguato e confacente di *“prestazione infermieristica autonoma rivolta al soddisfacimento dei bisogni di base dell'uomo”*, individuando sia le funzioni che gli obiettivi sulla base delle più recenti ed attuali indicazioni ed orientamenti dell'Unione europea e dell'organizzazione mondiale della sanità; indicando le “azioni” come strumenti per raggiungere specifici obiettivi di assistenza in sostituzioni delle “mansioni”.

E' evidente che così non si sarebbero reintrodotti ingessature normative tali da impedire od ostacolare l'evoluzione della professione infermieristica in quanto la prestazione regola l'attività professionale in forma più duttile e rispettosa dello sviluppo in essere in sanità rispetto ad un rigido mansionario.

Ritengo opportuno ricordare che fu determinante alla definizione del nuovo profilo professionale dell'infermiere il contributo venuto dalle dichiarazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ufficio regionale per l'Europa, che nel 1993 elaborò il “Progetto infermiere per l'Europa del futuro”, con le seguenti linee guida:

- il ruolo dell'infermiere nella società è quello di aiutare gli individui, le famiglie ed i gruppi ad espletare al massimo le loro potenzialità fisiche, mentali e sociali, rimanendo all'interno del contesto ambientale nel quale essi vivono e lavorano;
- da ciò derivano direttamente le funzioni e le responsabilità dell'infermiere: erogare e coordinare l'assistenza infermieristica di tipo promozionale, preventivo, curativo, riabilitativo o di supporto agli individui, alle famiglie ed ai gruppi; educare alla salute i cittadini/utenti ed insegnare agli operatori sanitari; partecipare come membro effettivo all'interno dell'équipe sanitaria, fornendo il proprio apporto; sviluppare modelli assistenziali basati sulla scientificità della disciplina infermieristica e sulla ricerca.

Le stesse dichiarazioni affermano che i *“programmi di formazione centrati sull'assistenza sanitaria di base prepareranno gli infermieri del futuro ad un ruolo più ampio, che non preveda solo l'assistenza ospedaliera, centrata sulla malattia, ma responsabilità crescenti nell'ambito della comunità”*.

Si sancisce, altresì, che l'assistenza infermieristica utilizza conoscenze e capacità derivate dalle scienze umane, sociali, fisiche, mediche e biologiche.

Il primo punto

Analizzando alcune parti di tale decreto ministeriale si può capire ad esempio, che avendo nel primo punto dell'articolo 1 individuato la figura dell'infermiere, elevando al diploma universitario, oggi diploma di laurea, il titolo di studio richiesto e abilitante all'esercizio professionale, previa iscrizione allo specifico albo professionale non poteva che corrispondere una crescita conseguente delle funzioni e delle responsabilità, crescita non fissata una volta per legge ma corrispondente alla dinamicità dell'evoluzione scientifica, tecnologica ed ordinamentale nonché al mutarsi del quadro epidemiologico ed epidemiologico del Paese.

Il secondo punto

Con il secondo punto si evidenziano le dimensioni operative dell'assistenza infermieristica attraverso le principali funzioni nella prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di ogni età e l'educazione sanitaria, quindi sancendo un complessivo ed unitario ambito di intervento.

Il terzo punto

Con il terzo punto si identificano con più completezza le funzioni, introducendo, per la prima volta, significativi e determinati riconoscimenti di autonomia e responsabilità professionali:

- è riconosciuta all'infermiere la partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute sia della singola persona che della collettività, identificando i bisogni di assistenza infermieristica e formulando i relativi obiettivi (con questo viene riconosciuto quale atto professionale "giuridicamente accreditato" il piano di assistenza per obiettivi cioè il "nursing" come negli altri paesi europei);
- gli viene riconosciuta la competenza nella pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico, è questo, certamente, il passaggio più importante e delicato nella emancipazione di questa professione dalla subalternità a quella medica, con questo diviene "legittima" la realizzazione di autonomi servizi per l'assistenza infermieristica nelle aziende sanitarie;
- deve garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche - terapeutiche (e questo garantisce ai medici che le loro competenze non vengono messe in discussione) però è precisato che agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali (è qui previsto il nuovo rapporto di collaborazione tra professioni, e quindi anche tra infermiere e medico, che diviene non più di dipendenza ma di interazione e di collaborazione reciproche), ovviamente quanto sopra vale nei rapporti interprofessionali e deve, nel campo del rapporto di impiego, tener conto anche dell'organizzazione interna prevista;
- in tale ottica gli viene riconosciuta la possibilità di avvalersi di personale di supporto, fermo restando che può svolgere la sua attività professionale in servizi e presidi sanitari pubblici e privati sia nel cosiddetto territorio che a domicilio dell'utente/cliente, sia con rapporto di impiego subordinato che in regime libero-professionale.

Il quarto punto

Con il quarto punto dell'articolo primo viene riconosciuta la funzione didattica nella formazione del personale di supporto e nell'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale; la competenza nella formazione di base dell'infermiere è già sancita dallo stesso terzo comma dell'articolo 6 del decreto legislativo 502/92; infine è riconosciuta la funzione di "ricerca".

Il quinto punto

Con il quinto punto, recependo la specifica “Raccomandazione” del Consiglio d’Europa, viene introdotta la formazione specialistica post-diploma in grado di far acquisire agli infermieri più avanzate conoscenze cliniche e delle capacità in grado di permettere loro di fornire prestazioni di carattere specialistico nelle aree: sanità pubblica, pediatria, salute mentale, geriatria ed area critica.

Aree non esaustive nella descrizione in quanto si prevede, che in presenza di nuove indicazioni e scelte motivate provenienti dal Servizio sanitario nazionale possano essere individuate con decreto del ministero della Sanità ulteriori aree di formazione complementare specialistiche, ma questo per colpevole inerzia della parte pubblica è purtroppo rimasta non realizzata sinora, ed è stata novellata nella forma e nei contenuti dalla legge 43/06 che ha introdotto il “professionista specialista” e nell’elaborazione da parte del ministero alla Salute e delle Regioni della proposta di implementazione delle competenze avanzate e specialistiche delle professioni infermieristiche, elaborate con il contributo determinante dell’IPASVI e del sindacato.

Questa parte ultima, invece, costituisce la parte più rilevante della direttiva emanata dal Comitato di Settore Regioni-Sanità all’ARAN per il rinnovo contrattuale; quindi l’avvio della sua attuazione è rinviata ed affidata alla contrattazione collettiva di comparto.

Non finisce qui...

Con successivi approfondimenti saranno esaminate le fasi successive del processo di riforma della professione infermieristica contestualizzando la ricostruzione e l’analisi storica all’evoluzione in corso attualmente nel SSN; come si è già visto da quanto commentato in quest’articolo le analogie con quel periodo e l’attuale sono molte e tra loro interagenti e si potrebbe augurarsi che si abbia la medesima conclusione positiva.

Impatto di un programma di intervento multidimensionale volto a ridurre la presenza di accessori e ornamenti sulle mani degli infermieri durante il turno di lavoro

Antonietta Santullo¹, Lorella Fabbrì², Giovanni Curzi³

¹Direttore, direzione infermieristica e tecnica, AUSL della Romagna - Rimini; ²Infermiera, responsabile settore formazione e sviluppo professionale, AUSL della Romagna - Rimini; ³Amministrativo, AUSL della Romagna - Rimini

Corrispondenza: giovanni.curzi@auslromagna.it

RIASSUNTO

Introduzione La scarsa aderenza alle raccomandazioni sull'igiene delle mani rimane uno dei problemi prioritari per gli ospedali. Unghie lunghe o artificiali, anelli, bracciali e orologi sono elementi che possono aumentare il rischio di contaminazione delle mani e rendere meno efficaci le procedure di lavaggio. Alcuni studi indicano che i programmi di intervento multidimensionali sono efficaci per migliorare l'implementazione di linee guida. L'obiettivo è quello di valutare l'influenza di un programma di intervento multidimensionale volto a ridurre la presenza di accessori e ornamenti sulle mani degli infermieri durante il turno di lavoro.

Materiali e metodi È stata condotta una valutazione della presenza di unghie lunghe o artificiali, bracciali, anelli e orologi sugli infermieri durante il turno di lavoro presso 48 realtà ospedaliere prima e dopo l'introduzione di un programma di intervento multidimensionale di 18 mesi riguardante l'igiene delle mani e l'uso di accessori o ornamenti delle mani.

Risultati In seguito all'intervento si è verificata una riduzione significativa della presenza di accessori e ornamenti sulle mani degli infermieri durante l'orario di lavoro ($p < 0,05$), in particolare degli anelli e degli orologi da polso.

Conclusioni L'implementazione di un programma di intervento multidimensionale riguardante l'igiene delle mani e l'uso di accessori o ornamenti delle mani può ridurre il loro utilizzo da parte degli infermieri durante l'orario di lavoro.

Parole chiave: igiene delle mani, aderenza alle linee guida, unghie lunghe, unghie artificiali, anelli, orologi da polso, infermieri.

Impact of a multidimensional intervention programme aimed to reduce the presence of hand accessories and ornaments on nurses in service

ABSTRACT

Introduction The low adherence to hand hygiene guidelines still remains a priority in hospitals. Artificial and long nails, bracelets and watches are factors which may increase the risk of hands contamination and make the handwashing less effective. Several studies have shown that multidimensional intervention programmes are effective in improving the adherence to guidelines. The aim is to evaluate the influence of a multidimensional intervention programme in reducing the use of hand accessories and ornaments on nurses in service.

Methods An evaluation of the presence of artificial or long nails, bracelets, rings and watches worn by the nurses in service in 48 hospital setting has been conducted before and after the implementation of a 18 month long multidimensional intervention programme about hand hygiene and the use of hand accessories and ornaments.

Results The intervention was associated with a significant reduction of the presence of hand accessories and ornaments on nurses in service ($p < 0.05$), rings and watches in particular.

Conclusions The implementation of a multidimensional intervention programme about hand hygiene and the use of hand accessories and ornaments could reduce their use by nurses in service.

Keywords: hand hygiene, guidelines adherence, long nails, artificial nails, rings, watches, nurses.

INTRODUZIONE

Le infezioni associate all'assistenza (healthcare associated infections, HCAI) rappresentano uno tra i maggiori problemi per la sicurezza del paziente e la loro sorveglianza e prevenzione è tra le priorità delle organizzazioni sanitarie (WHO, 2009). I microrganismi che causano queste infezioni sono spesso trasmessi dalle mani dei lavoratori e, di conseguenza, l'igiene delle mani è considerata una delle pratiche fondamentali per la loro prevenzione.

La presenza di unghie artificiali o lunghe, anelli, bracciali e orologi sono variabili che aumentano il rischio di contaminazione e interferiscono con le procedure di lavaggio e disinfezione delle mani.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di rimuovere anelli e altri gioielli durante l'erogazione dell'assistenza fatta eccezione per la fede nuziale, per motivi religiosi e culturali (WHO, 2009). Gli studi in letteratura hanno ripetutamente documentato che gli operatori sanitari non riconoscono in maniera sufficiente l'importanza dell'igiene delle mani (Maury E et al., 2006; Pittet D, 2001a). Il tema dell'aderenza alle linee guida è complesso e articolato principalmente su tre domande:

- quali fattori contribuiscono alla non aderenza dei professionisti sanitari?
- quali elementi sono utilizzati per misurare l'aderenza alle raccomandazioni?
- quali interventi si sono dimostrati efficaci nel migliorare la *performance* degli operatori?

Gli studi indicano che la scarsa aderenza è influenzata dai seguenti fattori:

- carenza di protocolli e procedure aziendali;
- scarsa conoscenza delle linee guida (Boyce JM et al., 2002; Suchitra JB et al., 2006);
- scarsa partecipazione attiva nella promozione dell'igiene delle mani a livello sia individuale sia istituzionale (Pittet D et al., 2000, 2001);
- mancanza di un clima organizzativo che favorisca la sicurezza (Goldmann D, 2006; Pittet D et al., 2000, 2001a);
- scarsa partecipazione della direzione aziendale (Pittet D, 2000, 2001b);
- mancanza di sanzioni amministrative per i lavoratori che non aderiscono alle linee guida o di incentivi per chi le segue (Pittet D et al., 2001a, 2001c).

Le strategie che si sono dimostrate efficaci nel migliorare la *performance* degli operatori sono quelle che prevedono un approccio multidimensionale con il coinvolgimento e il supporto delle direzioni aziendali (Larson EL et al., 2000; Pittet D et al., 2000).

I metodi indicati in letteratura per misurare l'aderenza alle linee guida includono:

- l'indagine osservazionale diretta (WHO, 2009);
- l'autovalutazione della *performance* da parte degli operatori sanitari (Pittet D et al., 2000; Boyce JM et al., 2002);
- il monitoraggio del consumo o della quantità richiesta di prodotti per l'igiene delle mani (Pittet D et al., 2000, 2001b; WHO, 2009);
- la valutazione dell'aderenza a procedure aziendali che regolano la presenza di anelli, gioielli e unghie artificiali (JC, 2009; Fagernes M et al., 2010).

Obiettivo

L'obiettivo è quello di valutare l'efficacia di un programma di intervento multidimensionale nel ridurre la presenza di accessori e ornamenti sulle mani degli infermieri durante il turno di lavoro.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

Lo studio ha utilizzato un disegno pre post test e si è svolto tra novembre 2010 e febbraio 2013.

Nel 2010 è stata condotta una prima osservazione (T_0) in 48 contesti di cura per individuare la presenza di accessori e ornamenti sulle mani degli infermieri in servizio (unghie lunghe o artificiali, anelli, tranne la fede matrimoniale, bracciali e orologi da polso). Dopo questa prima valutazione è stato sviluppato e implementato un programma di intervento multidimensionale a livello aziendale riguardante l'uso di accessori e di ornamenti e l'igiene delle mani. Nel 2013, negli stessi contesti, è stata nuovamente rilevata la presenza di accessori e ornamenti sulle mani degli infermieri in turno (T_1).

Partecipanti e contesto

Lo studio è stato condotto in un'azienda unità sanitaria locale (AUSL) con 5 ospedali.

La direzione medica e infermieristica è unica per tutti gli ospedali e vengono adottate le stesse procedure e gli stessi regolamenti. I 48 contesti organizzativi individuati includevano: 5 sale operatorie, 28 unità operative di degenza, 3 unità di pronto soccorso, 6 *day hospital* e 6 ambulatori. Nel pre test (T_0) e nel post test (T_1) l'organico infermieristico assegnato ai contesti oggetto di indagine era composto rispettivamente da 1.287 e 1.359 unità.

Le due rilevazioni, al T_0 e al T_1 , hanno avuto una durata di 4 settimane. Ogni settimana venivano selezionate in maniera casuale 3 giornate, tra lunedì e sabato, e 4 contesti, tra i 12 considerati, in cui condurre l'indagine contemporaneamente.

I partecipanti allo studio sono stati tutti gli infermieri in servizio al T_0 e al T_1 nella fascia oraria dalle ore 7:00 alle ore 13:00, rispettivamente 375 e 391.

La rotazione del turno ha garantito la casualità del campione rispetto alla popolazione degli infermieri in organico.

L'intervento

Il programma di intervento multidimensionale a livello aziendale, della durata di 18 mesi, ha previsto:

- la consegna a ogni operatore sanitario di una disposizione a firma della direzione aziendale contenente una sintesi delle raccomandazioni sui rischi di contaminazione delle mani derivanti dalla presenza di accessori e di ornamenti e dei comportamenti attesi;
- l'invio a ogni unità operativa/servizi di un *feedback* sui dati raccolti durante la rilevazione al T₀;
- la sorveglianza, da parte dei coordinatori infermieristici, del personale all'inizio del turno di lavoro per verificare la presenza di accessori e di ornamenti; in assenza del coordinatore, il controllo veniva effettuato dall'infermiere con maggiore anzianità di servizio. I dati sono stati registrati su una scheda interna all'unità;
- incontri individuali tra il personale che portava accessori od ornamenti sulle mani durante il servizio e i coordinatori infermieristici e il referente assistenziale di dipartimento per verificare le loro motivazioni attraverso un colloquio strutturato;
- segnalazioni all'ufficio disciplinare dei dipendenti che alla terza osservazione interna presentavano ancora accessori od ornamenti sulle mani.

Esiti osservati

Gli esiti osservati nella fase pre e post intervento sono stati la presenza di:

- unghie lunghe e artificiali;
- anelli, fatta eccezione per la fede nuziale;
- orologio da polso;
- bracciali.

Procedura

Per ogni infermiere in servizio negli ambiti di indagine è stata rilevata la presenza, su entrambe le mani, di anelli (esclusa la fede), unghie lunghe e artificiali, bracciali e orologi al polso da parte di 18 rilevatori addestrati. L'indagine in ogni unità operativa è stata condotta contemporaneamente da due rilevatori.

Trattandosi di variabili dicotomiche (sì/no) la presenza di una stessa variabile ripetuta più volte per uno stesso soggetto, per esempio la presenza di più di un anello, è stata registrata una sola volta.

Per minimizzare il *reactive effect*, ovvero un condizionamento, gli operatori non erano a conoscenza dell'unità operativa/servizio e del giorno in cui av-

veniva la rilevazione. Ogni giorno, l'inizio della rilevazione coincideva con l'inizio del turno di lavoro. In tutte le sale operatorie la rilevazione è stata effettuata prima dell'inizio della seduta operatoria.

Se l'infermiere era in servizio ma non presente in reparto o stava eseguendo un'attività assistenziale, l'osservatore attendeva di poter effettuare l'osservazione prima di lasciare l'unità operativa.

Prima di procedere all'osservazione, il coordinatore (o l'infermiere con anzianità maggiore che lo sostituiva) forniva il nome degli infermieri in servizio ai due osservatori, che presentavano poi a ogni infermiere l'obiettivo del progetto.

Analisi dei dati

Le variabili qualitative sono state sintetizzate in termini di frequenza assoluta e relativa, mentre le variabili quantitative in termini di media e deviazione standard.

Il confronto statistico tra i due gruppi è stato effettuato utilizzando il test T per le variabili continue e il test del chi quadrato (χ^2) per quelle categoriche. La soglia di significatività (p) è stata fissata a 0,05.

Considerazioni etiche

In accordo con le politiche aziendali, il progetto è stato approvato dai comitati consultivi misti. E' stato assicurato l'anonimato e i dati raccolti sono stati trattati come confidenziali.

RISULTATI

La disposizione contenente le raccomandazioni riguardanti l'igiene delle mani, gli accessori e gli ornamenti è stata consegnata al 96% dei 1.426 infermieri che hanno prestato servizio durante i 18 mesi dell'intervento. A tutti i coordinatori e ai medici responsabili sono stati inviati via email i dati del pre test riguardanti la propria unità operativa.

Sono stati documentati 358 incontri individuali con infermieri e 28 segnalazioni all'ufficio disciplinare seguite da 5 richiami verbali e 5 scritti.

Durante il pre test sono stati osservati 375 infermieri e 391 durante il post test. I due gruppi sono comparabili per le principali caratteristiche demografiche; infatti, come si può vedere in tabella 1, i dati non mostrano differenze statisticamente significative per quanto riguarda il sesso, l'età media e l'anzianità di servizio.

Considerando che per ogni infermiere sono stati osservati e documentati i 4 esiti in studio, il numero di osservazioni nel pre test sono state 1.500 e nel post test 1.564.

I dati del pre e post test indicano che, durante l'orario di servizio, l'orologio da polso e gli anelli sono

Tabella 1. Caratteristiche del campione considerato al tempo T₀ e T₁

	T ₀	T ₁	T ₁ -T ₀	p
Infermieri totali ¹	1.287	1.359	72	-
Infermieri considerati	375	391	12	-
Età media anagrafica (anni±DS)	40,8±8,31	41,6±8,63	0,8	0,19
Sesso (% femmine)	78,5%	78,2%	0,3%	0,89
Anzianità di servizio media (anni±DS)	12,9±9,40	13,3±9,75	0,5	0,56

¹in servizio nelle unità operative/servizi considerati
T₀: rilevazione prima dell'intervento
T₁: rilevazione dopo l'intervento
p: significatività del test T per variabili quantitative e del test chi quadrato (χ^2) per variabili qualitative; dati significativi con p≤0,05
DS: deviazione standard

stati gli accessori e gli ornamenti più presenti tra quelli indagati. In seguito all'intervento, si è verificata una riduzione percentuale complessiva significativa della presenza di accessori e di ornamenti, risultati presenti in media nel 13,1% degli infermieri prima dell'intervento (T₀) e nell'8,9% dopo (T₁); nello specifico si è ridotto in maniera statisticamente significativa il numero di anelli e la presenza dell'orologio da polso (Tabella 2).

DISCUSSIONE

Il problema delle infezioni correlate all'assistenza rappresenta un tema centrale della sicurezza del paziente. Negli stati membri della Comunità Europea, la prevalenza delle infezioni associate all'assi-

stenza è stata stimata al 5,7% e solo in Italia è circa del 6,3%. In altri termini, su 100 pazienti ricoverati al giorno, 6,3 sviluppano un'infezione correlata all'assistenza (ECDC, 2013). In Europa, ogni anno, più di 4 milioni di persone contraggono questo tipo di infezioni e, di queste, approssimativamente 37.000 vanno incontro a decesso (ECDC, 2008).

Il 20% circa delle infezioni correlate all'assistenza potrebbe essere prevenuto attraverso programmi multifattoriali di prevenzione e controllo (Harbarth S et al., 2003).

Numerosi studi documentano il ruolo centrale delle mani degli operatori sanitari nella trasmissione di microrganismi patogeni al paziente (Allegranzi B et al., 2009; Pittet D et al., 2006; WHO, 2009); basan-

Tabella 2. Presenza di accessori e ornamenti sulle mani degli infermieri al tempo T₀ e T₁

Accessori/ornamenti	Presenza sugli infermieri			
	T ₀	T ₁	T ₁ -T ₀	p
	% (n/n inf)	% (n/n inf)		
anelli ¹	15,7% (59/375)	10,7% (42/391)	-5,0%	0,04123*
unghie lunghe/artificiali	2,4% (9/375)	1,0% (4/391)	-1,4%	0,14023
bracciali	8,3% (31/375)	6,4% (25/391)	-1,9%	0,31955
orologi da polso	25,9% (97/375)	17,4% (68/391)	-8,5%	0,00434*
totale	13,1% (196/1.500)	8,9% (139/1.564)	-4,2%	0,00021*

¹esclusa la fede; *p≤0,05
n: unità di ornamenti/accessori rilevate
n inf: infermieri considerati
T₀: rilevazione prima dell'intervento
T₁: rilevazione dopo l'intervento
p: significatività del test T per variabili quantitative e del test chi quadrato (χ^2) per variabili qualitative
Nota: nessun infermiere è risultato con più di un ornamento

doci su queste evidenze, l'adesione a una corretta igiene delle mani è considerata il punto centrale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (WHO, 2009; Pittet D et al., 2006).

Uno degli indicatori proposti per misurare l'adesione degli operatori sanitari alle raccomandazioni sull'igiene delle mani è il monitoraggio dell'aderenza alle politiche riguardanti la presenza di accessori e di ornamenti. Infatti, diversi studi dimostrano un'associazione tra la presenza di anelli e l'aumento della carica batterica sulle mani, con un incremento nella presenza di batteri Gram negativi (Fagernes M et al., 2009; Trick WE et al., 2003).

Le linee guida inglesi indicano di rimuovere tutti i bracciali e i gioielli all'inizio del turno di lavoro (Pratt RJ et al., 2007).

I dati indicano che, dopo l'intervento, nelle 48 unità di cura oggetto di studio si è verificata una riduzione complessiva significativa della presenza di accessori e di ornamenti e in particolare di anelli e di orologi da polso. La presenza di unghie lunghe o artificiali non ha subito una riduzione statisticamente significativa; questo può essere stato determinato dalla bassa prevalenza del fenomeno anche nella fase pre intervento. Siccome anche la presenza di unghie artificiali è stata associata alla trasmissione di agenti patogeni (Hedderwick SA et al., 2000), gli interventi futuri dovranno focalizzarsi su questo ornamento con l'obiettivo di eliminarne la presenza.

Il programma di intervento multidimensionale considerato in questo studio è stato implementato su tutte le unità operative dell'ospedale e su tutti gli operatori sanitari. Le strategie adottate hanno previsto un incontro delle direzioni aziendali con i responsabili medici e infermieristici e con i rappresentanti dei lavoratori per ottenere supporto attivo nel favorire un cambio culturale.

Per quanto riguarda l'efficacia del programma multidimensionale, non è possibile valutare l'impatto del singolo intervento sugli esiti. Serve una valutazione successiva di costo-efficacia per quanto riguarda il colloquio strutturato con gli infermieri che hanno presentato più volte accessori e ornamenti sulle mani; il tempo extra richiesto da questi colloqui ne ha determinato un utilizzo non sistematico.

Limiti

Lo studio è stato condotto in un arco di tempo di circa due anni e in questo periodo, nelle unità considerate, possono essere avvenuti altri cambiamenti in grado di influenzare l'efficacia dell'intervento multidimensionale. In particolare, non sono stati presi in esame i cambiamenti nella *leadership* medica e infermieristica e il *turnover* del personale.

Nello studio non sono stati esaminati i dati riguardanti i controlli effettuati dai coordinatori a inizio turno. In considerazione del fatto che l'indagine è stata condotta su un campione di infermieri e che le determinanti del comportamento possono variare tra professionisti appartenenti a discipline diverse, non è possibile estendere i risultati dello studio ad altre categorie di operatori sanitari. Inoltre, l'intervento ha portato a una riduzione degli ornamenti ma non è stato valutato il suo effettivo impatto sulla riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio suggeriscono che un programma di intervento multidimensionale sull'igiene delle mani e sulla sorveglianza regolare dei comportamenti legati all'utilizzo di accessori e di ornamenti porta a una riduzione del loro utilizzo.

Tuttavia l'implementazione e la sostenibilità nel tempo di programmi per migliorare l'aderenza alle linee guida sull'igiene delle mani, anche in caso di successo, deve tenere conto di fattori di contesto quali il tempo richiesto per l'implementazione degli interventi e il clima organizzativo.

BIBLIOGRAFIA

- Allegranzi B, Pittet D (2009) *Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention*. Journal of Hospital Infection, 73, 305-315.
- Boyce JM, Pittet D (2002) *Guideline for hand hygiene in healthcare settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/ S HEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 51, 1-44.
- European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC (2008) *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008*. Stockholm: ECDC, 2008. <https://goo.gl/mOQvbc>
- European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC (2013) *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*. Stockholm: ECDC; 2013. <https://goo.gl/Oochcp>
- Fagernes M, Lingaas E (2009) *Impact of finger rings on transmission of bacteria during hand contact*. Infection Control and Hospital Epidemiology, 30 (5), 427-432.
- Fagernes M, Lingaas E (2010) *Factors interfering with microflora on hand: a regression analysis of sample from 465 healthcar workers*. Journal of advanced Nursing, 67(2), 297-307.
- Goldmann D (2006) *System failure versus personal accountability: the case for clean hands*. New England Journal of Medicine, 355(2), 121-123.

- Harbarth S, Sax H, Gastmeier P (2003) *The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports*. Journal of Hospital Infection, 54(4), 258-266.
- Hedderwick SA, McNeil SA, Lyons MJ et al. (2000) *Pathogenic organisms associated with artificial fingernails worn by healthcare workers*. Infection Control and Hospital Epidemiology, 21(8), 505-509.
- Larson EL, Aiello A, Cimiotti JP (2004) *Assessing nurse's hand hygiene practices by direct observation or self report*. Journal Nursing Measurement, 12(1), 77-85.
- Larson EL, Early E, Cloonan P et al. (2000) *An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections*. Journal of Behavioral Medicine, 26(1), 14-22.
- Maury E, Moussa N, Lakermi C et al. (2006) *Compliance of health care workers to hand hygiene: awareness of being observed is important*. Intensive Care Medicine, 32, 2088-2089.
- Pittet D (2001a) *Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections*. Journal of Hospital Infection, 48 (Suppl. A), S40-S46.
- Pittet D (2001b) *Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach*. Emerging Infectious Diseases, 7 (2), 234-240.
- Pittet D, Allegranzi B, Sax H et al. (2006) *Evidence-based model of hand transmission during patient care and the role of improved practices*. The Lancet Infectious Diseases, 6, 641-652.
- Pittet D, Boyce JM (2001c) *Hand hygiene and patient care: pursuing the semmelweis legacy*. Lancet Infectious Diseases, 1, 9-20.
- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S et al. (2000) *Effectiveness of a hospital wide programme to improve compliance with hand hygiene*. The Lancet, 356, 1307-1311.
- Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA et al. (2007) *EPIC2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England*. Journal of Hospital Infection, 65, S1-S64.
- Suchitra JB, Lakshmi N (2006) *Hand washing Compliance - Is It A Reality?* The Online Journal of Health and Allied Sciences, 4, 2.
- The Joint Commission, JC (2009) *Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges*.
- Trick WE, Vernon MO, Hayes RA et al. (2003) *Impact of ring wearing on hand contamination and comparison hand hygiene agents in a hospital*. Clinical Infectious Diseases, 36 (11), 1383-1390.
- World Health Organization, WHO (2009) *Who Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. <https://goo.gl/f5cbGN>

L'attitudine degli studenti di infermieristica a sviluppare adeguate abilità comunicative: validazione in italiano della Communication Skills Attitude Scale (CSAS)

Alessandra Ferrari¹, Stefano Terzoni², Paolo Ferrara³, Marco Provenzano⁴, Anne Destrebecq⁵

¹Infermiera, Milano; ²Infermiere, tutor presso il corso di laurea in infermieristica, polo didattico San Paolo, Milano; ³Infermiere, tutor presso il corso di laurea in Infermieristica, polo didattico San Paolo, Milano; ⁴Infermiere, coordinatore del corso di laurea in infermieristica, Humanitas University, Pieve Emanuele; ⁵Professore associato MED/45, dipartimento di scienze biomediche per la salute, Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: stefano.terzoni@asst-santipaolocarlo.it

RIASSUNTO

Introduzione Diversi studi hanno indagato l'attitudine dei professionisti sanitari all'acquisizione di valide abilità comunicative utilizzando la Communication Skills Attitude Scale (CSAS); tuttavia, gli approfondimenti relativi alla professione infermieristica e al contesto italiano sono carenti. Lo scopo dello studio è quello di validare in italiano la CSAS su un campione di studenti di un corso di laurea in infermieristica e di esplorare le possibili relazioni tra la loro attitudine a sviluppare adeguate abilità comunicative e le differenti variabili demografiche.

Materiali e metodi La scala CSAS è stata tradotta in italiano attraverso il metodo della traduzione inversa e somministrata a un campione di studenti di due sezioni di un corso di laurea in infermieristica per valutarne la validità e l'affidabilità.

Risultati La scala presenta un ottimo indice di validità del contenuto (96,9%) oltre a una buona consistenza interna (alfa di Cronbach=0,86). L'analisi fattoriale ha confermato la presenza delle due sottoscale, la Positive Attitude Scale (PAS) e la Negative Attitude Scale (NAS), dello strumento originale. Gli studenti hanno mostrato un'elevata attitudine positiva a sviluppare abilità comunicative; non sono emerse differenze significative in relazione alle variabili demografiche indagate.

Conclusioni La versione italiana della CSAS sembra essere valida e affidabile; il suo utilizzo è dunque raccomandabile per indagare l'attitudine a sviluppare abilità comunicative.

Parole chiave: comunicazione, attitudine, personale sanitario, studenti di infermieristica

Nursing students' attitudes toward effective communication skills: Italian validation of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS)

ABSTRACT

Introduction Several studies have investigated students' attitudes toward effective communication skills using the Communication Skills Attitude Scale (CSAS); however, there is a lack of data about the nursing profession and the Italian context. The aim is to validate the CSAS in Italian on a sample of nursing students and explore the possible relationship between attitudes toward effective communication skills and demographic factors.

Methods The CSAS was translated in Italian and back-translated and administered to a sample of nursing students in order to assess its reliability and validity.

Results The Italian version of CSAS has an excellent content validity index (CVI=96.9%) and good reliability (Cronbach α =0.86). Factor analysis confirmed the existence of the two original CSAS subscales: Positive Attitude Scale (PAS) and Negative Attitude Scale (NAS). The students showed a higher positive attitude toward improving communication skills. Demographic characteristics didn't yield significant differences in PAS and NAS scores.

Conclusions The Italian version of CSAS is valid and reliable. Its use is recommended in order to investigate the healthcare personnel's attitude toward improving communication skills.

Keywords: communication, attitude, healthcare personnel, nursing students

INTRODUZIONE

La comunicazione è una componente essenziale del vivere quotidiano; nel contesto sanitario, all'interno del quale l'impegno professionale è costantemente volto a collocare la persona al centro del proprio agire, la comunicazione costituisce un tassello fondamentale nel percorso di cura e assistenza perché indispensabile a sviluppare e mantenere una relazione d'aiuto (Stoddart KM, 2012; Tay LH et al., 2011).

La letteratura suggerisce quanto una comunicazione efficace influenzi il rapporto di cura sviluppando nel paziente sentimenti di fiducia, di conforto, di senso del rispetto e contribuendo al miglioramento dell'aderenza terapeutica e degli esiti clinico assistenziali (Ku TK et al., 2010; Charlton C et al., 2008). Al contempo, una recente indagine condotta dall'ente di accreditamento Joint Commission (JC, 2015) ha evidenziato quanto, nonostante il miglioramento dell'efficacia comunicativa rappresenti uno degli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente, tuttora l'inadeguata comunicazione rappresenti una delle principali cause profonde di eventi sentinella – un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente – indice di bassa qualità delle cure erogate.

La complessità della relazione che s'instaura tra il professionista sanitario e la persona assistita rende necessario lo sviluppo di adeguate competenze comunicative, in particolare da parte dell'infermiere (Finke E et al., 2008; de Almeida AI et al., 2010; Kourkouta L et al., 2014); infatti, non può essere sufficiente basarsi esclusivamente sulla spontaneità e sulle singole abilità e propensioni del professionista. Questa visione colloca sempre di più la comunicazione alla base del continuo percorso di crescita e consolidamento della maturità della professione.

Nonostante ciò, la letteratura riporta ancora una carenza di adeguate abilità comunicative negli infermieri (McCabe C, 2004; Siyambalapitiya S et al., 2007); sulla base della teoria dell'azione ragionata, che sottolinea quanto ogni comportamento sia influenzato dall'atteggiamento che l'individuo mostra nei confronti di una certa entità (Fishbein M et al., 1975), nel corso degli ultimi anni sono stati condotti molti studi volti a indagare le propensioni dei professionisti sanitari rispetto alla necessità di acquisire valide abilità comunicative (Shankar P et al., 2013; Ullah MA et al., 2012; Loureiro E et al., 2011a; Maramba KN et al., 2012; Laurence B et al., 2012; Busch AK et al., 2015; Molinuevo B et al., 2011; Lumma-Sellenthin A, 2012) e l'influenza che un percorso di formazione può avere su tale

atteggiamento (Rees C et al., 2003; Bombeke K et al., 2011; Tiuraniemi J et al., 2011; Koponen J et al., 2012). In questo senso, uno degli strumenti maggiormente utilizzati a livello internazionale è la Communication Skills Attitude Scale (CSAS) (Rees C et al., 2002a) creata nel 2002 e da allora validata in differenti contesti, in particolare con studenti di medicina (Busch AK et al., 2015; Molinuevo B et al., 2011; Lumma-Sellenthin A, 2012; Loureiro E et al., 2011b).

In Italia, l'attuale formazione accademica pone sempre maggiore enfasi allo sviluppo di adeguate competenze comunicative (Bagnasco A et al., 2014, 2016), ritenendolo sempre di più uno degli obiettivi formativi costituenti il *core curriculum* di ogni professionista sanitario; ciò è in piena sintonia con i principi deontologici che rimarcano la centralità e l'imprescindibilità della comunicazione nell'agire professionale infermieristico (IPASVI, 2009).

Ciononostante, allo stato attuale delle conoscenze non sono presenti studi che riguardino il panorama italiano e, in particolare, l'ambito infermieristico. L'utilizzo di uno strumento quale la CSAS potrebbe consentire anche nel nostro paese la valutazione dell'attitudine degli infermieri o ancor prima, degli studenti in fase di formazione, ad acquisire e sviluppare adeguate abilità comunicative; tuttavia, a oggi non è presente una versione italiana della scala.

Obiettivo

Questo studio ha l'obiettivo di presentare la validazione in italiano della Communication Skills Attitude Scale (CSAS) in un contesto di formazione e di indagare l'attitudine degli studenti di un corso di laurea in infermieristica a sviluppare adeguate abilità comunicative ed esplorare le possibili relazioni con le differenti variabili, come suggerito dalla letteratura di riferimento.

MATERIALI E METODI

Traduzione inversa

Per poter tradurre e validare la CSAS in lingua italiana è stata contattata la professoressa Rees, autrice della scala; dopo avere ottenuto il consenso e la conferma che nessuna versione italiana esistesse o fosse in lavorazione, si è proseguito con la traduzione della scala attraverso il metodo della traduzione inversa (*back translation*) al fine di garantire la sovrapposibilità culturale e linguistica dello strumento. Come previsto dal metodo, la traduzione è stata svolta in due tempi distinti. Al fine di adattare lo strumento alla popolazione infermieristica, le voci (*item*) comprendenti i termini "medico" o "medicina" (1, 4, 18, 19, 21, 23 e 26) sono state modificate inserendo

rispettivamente i termini “infermiere” e “infermieristica”; la versione definitiva è stata inviata all’autrice, che ha confermato la correttezza della traduzione.

Si è quindi provveduto a valutare la validità di contenuto della scala attraverso il calcolo dell’indice di validità del contenuto, o Content Validity Index (CVI), di ogni voce (CVI-I) e della scala nel suo complesso (CVI-S).

Il CVI-I viene determinato dal calcolo delle valutazioni da parte di un gruppo di professionisti esperti sulla tematica specifica che valutano quanto possano essere rilevanti le singole voci di uno strumento, in una scala da 0 (non rilevante) a 10 (molto rilevante). Il CVI-S viene calcolato facendo la media della percentuale delle voci classificate come “rilevanti” (punteggio da 6 a 7) o “molto rilevanti” (punteggio da 8 a 10). La scala è stata somministrata a 6 infermieri tutor del corso di laurea in infermieristica dell’Università degli Studi di Milano, presso il polo situato nell’azienda ospedaliera San Paolo. Agli stessi è stato chiesto di valutare la validità di facciata della scala esprimendo eventuali dubbi di comprensione sulla sua compilazione e riguardo alla chiarezza delle voci.

Lo strumento

La CSAS è composta da due parti: la prima indaga la sfera anagrafica e personale del compilatore (età, sesso, anno di corso, nazionalità, prima lingua parlata, tipo di diploma in possesso e professione di entrambi i genitori); la seconda parte è costituita da 26 voci suddivise in due sottoscale, una indicante l’attitudine positiva (*Positive Attitude Scale*, PAS) e l’altra quella negativa (*Negative Attitude Scale*, NAS) a sviluppare abilità comunicative. La sottoscala PAS comprende le voci numero 4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21, 22, 23 e 25 mentre la NAS le voci numero 1, 2, 3, 6, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 24 e 26 (Appendice 1 a pag e15).

Le possibili risposte alle voci sono strutturate secondo una scala *Likert* che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (totalmente d’accordo). Il punteggio di ciascuna sottoscala può andare da 13 a 65; più il punteggio è alto, più sono forti gli atteggiamenti positivi o negativi.

Le due sottoscale PAS e NAS sono state confermate anche in successive validazioni in altri contesti (Busch AK et al., 2015; Molinuevo B et al., 2011; Lumma-Sellenthin A, 2012). Solo un limitato numero di contributi (Ahn S et al., 2009; Loureiro E et al., 2011) ha individuato sottoscale differenti.

Contesto

È stato condotto uno studio di tipo trasversale mul-

ticentrico che ha coinvolto gli studenti appartenenti al I, II e III anno del corso di laurea in infermieristica dei poli dell’Università degli Studi di Milano situati presso l’Azienda ospedaliera San Paolo di Milano e l’IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano. La somministrazione dello strumento è stata effettuata dal 2 al 13 marzo 2015; gli studenti del I anno, oltre a non avere ancora svolto alcun periodo di tirocinio clinico al momento dell’indagine, non avevano ancora seguito le lezioni teoriche sul processo comunicativo e sulla relazione d’aiuto. La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria; i dati sono stati trattati in modo da garantire l’anonimato nel rispetto della normativa vigente in Italia e dei principi della dichiarazione di Helsinki. La somministrazione è stata preceduta dalla presentazione, da parte dei responsabili, delle finalità del progetto, delle caratteristiche e della modalità di compilazione dello strumento.

Analisi statistica

Le analisi sono state condotte attraverso il software Statistical Analysis Software (SAS®); il coefficiente alfa di Cronbach è stato calcolato per valutare la consistenza interna della scala. Il test T per campioni indipendenti e il coefficiente rho (ρ) di Spearman per le variabili non gaussiane sono stati utilizzati per indagare la differenza nei punteggi PAS e NAS tra gli studenti con o senza genitori impiegati in ambito sanitario (gli articoli originali parlavano solo di medici, ma in questa indagine sono disponibili anche dati su infermieri e altri professionisti sanitari). Sono state inoltre considerate variabili quali l’età, l’appartenenza a gruppi etnici diversi da quello italiano, il sesso e il possesso di un diploma di scuola superiore a indirizzo psicologico/comunicativo. Sono stati analizzati i risultati in base all’appartenenza al primo anno di corso o ai successivi, per i motivi esposti in precedenza.

Infine, è stata condotta un’analisi fattoriale per indagare la struttura interna della scala e verificare l’esistenza delle due sottoscale previste nello studio originale (NAS e PAS).

L’analisi è stata condotta sull’insieme degli studenti delle due sezioni di corso, poiché tutti gli studenti del II e III anno avevano seguito corsi che includevano concetti di comunicazione e relazione con il paziente prima di essere arruolati per questo studio. In entrambi i poli, al momento di partecipare all’indagine, gli studenti del I anno non avevano ancora seguito tali corsi. Le esperienze di tirocinio (e quindi le occasioni di contatto con i pazienti) sono sostanzialmente sovrapponibili, in termini sia di frequenza e durata sia di tipologia di reparti coinvolti.

RISULTATI

Sono stati arruolati 206 studenti di tutti gli anni del corso di laurea in Infermieristica (I, II e III), 125 del polo dell'azienda ospedaliera San Paolo e 81 di quello dell'Istituto Clinico Humanitas.

I soggetti arruolati (152 femmine e 54 maschi) avevano un'età mediana di 21 anni (differenza interquartile, IQR=20;23, Shapiro-Wilk $p < 0,05$), in un intervallo compreso tra 19 e 38 anni; 94 studenti appartenevano al I anno (45,6%), 64 al II (31,1%) e 48 al III (23,3%); 165 studenti erano in corso (92,2%), 11 erano ripetenti (6,1%) e 3 erano fuori corso (1,7%); 27 non hanno risposto alla domanda (13,1%).

Il 90,8% degli studenti era di nazionalità italiana; la maggioranza degli studenti parlava l'italiano come prima lingua (92,7%), 6 lo spagnolo, 4 il filippino, uno il thailandese, uno il cinese, uno l'hindi e uno l'albanese mentre uno studente non ha risposto.

Il 43,2% aveva una maturità scientifica, il 13,9% una classica; 34 persone avevano frequentato percorsi formativi in cui il tema della comunicazione era parte integrante dei corsi curricolari, ovvero scien-

ze sociali (50%) liceo socio-pedagogico (47,1%) e scienze della comunicazione (2,9%).

Nei genitori l'attività impiegatizia è risultata la prevalente (il 26% dei padri e il 35,3% delle madri); tra i padri con professioni sanitarie, il medico, l'infermiere e le altre figure sanitarie erano equamente rappresentate (4 per ciascuna categoria). Tra le madri, erano presenti 13 infermiere, 2 medici e 12 operatori sanitari di altro tipo e, infine, un'educatrice.

Affidabilità, validità di facciata e di contenuto

I 6 valutatori esperti hanno giudicato positivamente le caratteristiche di comprensibilità e univocità delle voci della scala e la sua lunghezza complessiva, una variabile in grado di influenzarne la reale possibilità di utilizzo.

Dall'analisi delle risposte fornite la versione italiana della CSAS ha ottenuto un indice di validità del contenuto pari al 96,9% (ogni voce ha presentato un CVI-I maggiore del 90%); questo dato, più che soddisfacente, depone a favore di una buona validità di contenuto dello strumento, attestata anche dal confronto con la letteratura, che ritiene adeguato

Tabella 1. Relazione tra punteggi di PAS e NAS e caratteristiche del campione

	PAS (%±DS)	p	NAS (%±DS)	p
Etnia				
italiana	50,3±4,2	0,17	31,0±4,7	0,29
straniera	50,5±3,7		31,2±2,3	
Sesso				
maschile	50,5±6,6	0,77	32,0±4,9	0,08
femminile	50,8±5,4		30,5±5,2	
Studenti con madre occupata in ambito sanitario				
sì	49,2±6,7	0,14	32,4±5,6	0,12
no	50,9±5,6		30,6±5,1	
Studenti con padre occupato in ambito sanitario				
sì	50,9±5,6	0,27	30,7±5,1	0,23
no	49,2±6,7		32,4±5,6	
Diploma in ambito psicopedagogico o comunicativo				
sì	51,3±5,5	0,50	30,1±5,0	0,41
no	50,6±5,8		31,0±5,2	
Anno di corso				
I	51,8±5,8	0,10	29,0±5,2	0,09
II-III	49,7±5,6		32,5±4,7	
DS: deviazione standard PAS: Positive Attitude Scale NAS: Negative Attitude Scale				

un indice di validità di contenuto pari o superiore al 90% (Burns N et al., 2009).

La scala ha mostrato un coefficiente alfa di Cronbach pari a 0,86, ovvero una buona consistenza interna che dimostra l'affidabilità della scala.

Punteggi CSAS e variabili demografiche

La *Positive Attitude Scale* (PAS) ha ottenuto un punteggio medio di 50,7±5,7; considerando che il III quartile teorico corrisponde a 52 punti, il valore medio dei punteggi PAS corrisponde a un atteggiamento nettamente positivo.

La *Negative Attitude Scale* (NAS) ha ottenuto un punteggio medio di 30,9±5,2, corrispondente a un atteggiamento negativo poco al di sopra del I quartile, pari a 26, e nettamente al di sotto della mediana, pari a 39.

A differenza di quanto indicato in letteratura (Rees C et al., 2002a) non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nei punteggi ottenuti nelle scale PAS e NAS considerando variabili quali il sesso, il lavoro del genitore, il possesso di un diploma in un ambito psicopedagogico o comunicativo, l'etnia (diversa da quella italiana) e l'appartenenza al primo anno del corso di laurea (Tabella 1).

Non sono state trovate correlazioni significative neppure tra età e punteggi PAS ($\rho=-0,03$, $p=0,66$). Invece, è risultato significativo il coefficiente di correlazione tra età e NAS ($\rho=0,21$, $p=0,031$); tuttavia, il dato è stato falsato dalla presenza di molti valori dispersi, come conferma un'analisi di regressione robusta condotta dopo la trasformazione di Blom. Il modello di regressione, tenendo in considerazione tale problematica, non mostra significatività statistica ($p=0,29$) a fronte di una bontà di adattamento soddisfacente ($R^2=0,83$). In definitiva, quindi, l'età non sembra avere influenzato i punteggi.

Struttura della scala

Ai fini della validazione, è stata analizzata la struttura interna della scala allo scopo di verificare l'esistenza delle sottoscale previste dagli autori originali. In particolare, si voleva controllare la presenza di due gruppi distinti di domande, corrispondenti rispettivamente alle sottoscale degli atteggiamenti positivi e negativi. Il campione è risultato adeguato all'analisi fattoriale (Kaiser-Meyer-Olkin=0,82, test di Bartlett $p>0,05$). L'analisi ha confermato l'esistenza dei due costrutti, come mostrato nella tabella 2, con carichi fattoriali non sempre altissimi ma ben distinti tra due fattori predominanti, riconducibili alle due sottoscale PAS e NAS.

Sono stati ottenuti altri tre fattori, con carichi sulle domande 3, 4, 11 e 21, ma con valori vicinissimi alla

Tabella 2. Carichi sui primi due fattori, corrispondenti alle due sottoscale

Voce	Fattore 1 (PAS)	Fattore 2 (NAS)
1	0,65969	
2		0,86559
3		0,81442
4	0,86559	
5	0,63876	
6		0,79822
7	0,62243	
8		0,78203
9	0,78360	
10	0,67934	
11		0,69344
12	0,77797	
13		0,72458
14	0,80233	
15		0,52815
16	0,77553	
17		0,49960
18	0,60645	
19		0,58036
20		0,74150
21	0,83686	
22		0,53377
23	0,59857	
24		0,87663
25	0,61884	
26		0,77158

soglia di Stevens (in questo caso 0,36), quindi ampiamente superati dai carichi dei due fattori sopra menzionati. Si ritiene pertanto di poter considerare unicamente i primi due fattori, che nel complesso spiegano il 63,2% della varianza dei dati e che corrispondono alle due sottoscale.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti mostrano che la scala ha un'adeguata affidabilità (elevata consistenza interna) e un'ottima validità in ragione dell'eccellente validità di contenuto e di facciata che la rende facilmente utilizzabile sia in un contesto accademico sia nella formazione post base. L'analisi di costrutto ha permesso inoltre di confermare le due sottoscale PAS e NAS emerse nel lavoro originale e successivamente

riproposte in successive validazioni in altri paesi. Solo un limitato numero di contributi ha individuato sottoscale differenti che, tuttavia, almeno da un punto di vista logico, non si discostano eccessivamente dai concetti di attitudine positiva e negativa nei confronti dello sviluppo di abilità comunicative. Rispetto alle voci costituenti le due sottoscale, è emersa una pressoché totale sovrapposizione con il lavoro di Rees (Rees C, 2002a, b), fatta eccezione per le voci *“Per essere un buon infermiere devo possedere buone abilità comunicative”* e *“Sarà la mia abilità nel superare gli esami a permettermi di continuare il mio percorso universitario, piuttosto che la mia capacità di comunicare”*, che nel nostro studio, contrariamente all'originale, appartenevano rispettivamente alla PAS e alla NAS.

I risultati di questa indagine possono ritenersi complessivamente soddisfacenti poiché evidenziano la presenza di un'attitudine positiva a sviluppare adeguate abilità comunicative tra gli studenti del corso di laurea in infermieristica. I punteggi medi ottenuti nelle sottoscale PAS ($50,7 \pm 5,7$) e NAS ($30,9 \pm 5,2$) mostrano un'attitudine positiva decisamente più forte di quella negativa. Il dato è in accordo con i risultati del recente lavoro di Busch e colleghi (Busch AK et al., 2015) condotto però su un campione di studenti di medicina e quindi difficilmente confrontabile in ragione del diverso percorso formativo dei due profili accademici. Considerando che solo 3 studenti non hanno restituito la scala compilata (tasso di rispondenza del 98,6%), i risultati possono considerarsi una mappatura pressoché completa del campione; se il tasso di risposta fosse stato inferiore si sarebbe potuto ipotizzare che solo i soggetti più interessati all'argomento avevano effettivamente partecipato all'indagine, influenzandone i risultati. L'elevato numero di questionari restituiti supporta l'ipotesi di una mappatura del campione a prescindere dal livello di interesse.

Allo stato attuale delle conoscenze non è possibile fare confronti approfonditi con lavori simili condotti in altri contesti poiché l'unico studio che ha incluso studenti di infermieristica (Molinuevo B et al., 2011) non ha poi esaminato nel dettaglio la differente percezione tra questi e il resto del campione, composto da studenti di medicina, senza svolgere alcuna stratificazione e giungere quindi a conclusioni significative ai fini di un paragone più puntuale.

Contrariamente a quanto evidenziato in contributi precedenti (Busch AK et al., 2015; Molinuevo B et al., 2011; Lumma-Sellenthin A, 2012), nel presente lavoro non sono emerse differenze significative nei punteggi delle sottoscale PAS e NAS considerando le variabili anagrafiche e personali del campione

(età, sesso, anno di corso, etnia, tipo di diploma in possesso e professione di entrambi i genitori).

In particolare, non sono emerse differenze tra gli studenti con genitori impiegati in ambito sanitario o educativo. Il diverso risultato rispetto al lavoro originale (Rees C et al., 2002a) deve tenere conto del fatto che siano ormai passati quasi 14 anni. Gli autori di quest'ultimo asseriscono che la maggiore attitudine negativa a sviluppare adeguate abilità comunicative presente nei figli dei professionisti sanitari è da imputare all'assenza di argomenti riguardanti la comunicazione nei programmi formativi della laurea in medicina. A distanza di oltre un decennio, il risultato ottenuto nel presente studio sembra deporre indirettamente a favore dell'ipotesi di un progressivo cambiamento culturale anche in altri ambiti del settore sanitario (in questo caso, non solo la medicina ma anche l'infermieristica e altre professioni).

Il possesso o meno di diplomi in ambito psicopedagogico o comunicativo non sembra influenzare l'attitudine a sviluppare adeguate abilità comunicative; tuttavia, il dato dovrebbe essere rivisto e analizzato su un campione più ampio, essendo stati pochi i soggetti arruolati in possesso di progressi titoli in tale ambito.

L'influenza della variabile età, presente nel lavoro originale, non è stata confermata; si deve però tenere in considerazione che lo studio di Rees (Rees C et al., 2002a) si riferiva a studenti di medicina, un corso di laurea che dura 6 anni, salvo ripetizioni e situazioni di fuori corso. L'intervallo di età nel campione originario è dunque più ampio e, di conseguenza, è più probabile che questo abbia influenzato i punteggi complessivi.

L'appartenenza al I anno del corso di laurea genera punteggi superiori rispetto a quelli degli altri anni (II e III) ma non in misura statisticamente significativa; inoltre, considerando i valori medi dei punteggi ottenuti, non sembra di rilevanza pratica. Si deve poi necessariamente considerare il fatto che l'eventuale influenza di un progetto formativo e di tirocini svolti durante il II e III anno di corso (esperienze non ancora vissute dallo studente del I anno al momento dell'indagine) avrebbe dovuto essere indagata più approfonditamente. Tuttavia, il dato pare in sintonia con la letteratura che mostra un sostanziale disaccordo rispetto all'influenza rivestita dal differente anno di corso sull'atteggiamento dello studente; il lavoro di Ihmeideh e colleghi (Ihmeideh FM et al., 2010) riporta un punteggio più alto nella PAS negli studenti dell'ultimo anno rispetto a quello ottenuto negli anni precedenti. Questo dato non trova accordo in altri lavori che riportano addirittura un aumen-

to dell'attitudine negativa negli ultimi anni (Harlak H et al., 2008; Busch AK et al., 2015).

CONCLUSIONI

Il lavoro ha confermato la bontà della CSAS nella versione italiana e dunque la sua reale applicabilità nel panorama del nostro Paese

L'attitudine a sviluppare adeguate abilità comunicative può influire sul comportamento, ovvero tradursi in un diverso impegno verso lo sviluppo e il consolidamento di abilità comunicative, un elemento imprescindibile costituente il *core curriculum* di ogni infermiere e strumento in grado di permettergli di costruire una valida relazione d'aiuto. Tuttavia, a oggi la letteratura offre risultati discordanti rispetto all'influenza di un percorso formativo e di sensibilizzazione sull'attitudine dello studente a sviluppare adeguate abilità comunicative; anche alla luce della ridotta estensione campionaria di questo lavoro e della mancanza di possibilità di effettuare confronti nel nostro paese, ciò costituisce lo spunto per necessari approfondimenti futuri, indubbiamente necessari anche nel panorama italiano per la categoria infermieristica e le altre (Nor N et al., 2011; Power B et al., 2012).

BIBLIOGRAFIA

- Ahn S, Yi Y, Ahn D (2009) *Developing a Korean communication skills attitude scale: comparing attitudes between Korea and the West*. Medical education, 43(3), 246.
- Bagnasco A, Pagnucci N, Tolotti A et al. (2014) *The role of simulation in developing communication and gestural skills in medical students*. BMC Medical Education, 38, 54-60.
- Bagnasco A, Tolotti A, Torre G et al. (2016) *How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*. Nurse Education Today, 38, 54-60.
- Bombeke K, Van Roosbroeck S et al. (2011) *Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships*. Patient education and counseling, 84(3), 310.
- Burns N, Grove S (2009) *The Practice of Nursing Research, Appraisal, Synthesis, And Generation Of Evidence, 6th edn*. Ed. Saunders.
- Busch AK, Rockenbach K, Schmutzer G et al. (2015) *Do medical students like communication? Validation of the German CSAS (Communication Skills Attitude Scale)*. GMS Journal for Medical Education, 32(1).
- Charlton C, Dearing K, Berry J et al. (2008) *Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20(7), 382.
- Federazione nazionale colleghi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia, IPASVI (2009) *Codice Deontologico dell'infermiere*.
- de Almeida AI, da Silva R, Bonfim I et al. (2010) *Nursing communication in nursing care to mastectomized women: a grounded theory study*. Revista latino-americana de enfermagem, 18(1), 54.
- Finke E, Light J, Kitko L (2008) *A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication*. Journal of clinical nursing, 17(16), 2102.
- Fishbein M, Ajzen I (1975) *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Ed. Reading, Mass.,
- Harlak H, Dereboy C, Gemalmaz A (2008) *Validation of a Turkish translation of the Communication Skills Attitude Scale with Turkish medical students*. Education for Health, 21(1), 55.
- Ihmeideh FM, Al-Omari AA, Al-Dababneh KA (2010) *Attitudes toward Communication Skills among Students'-Teachers' in Jordanian Public Universities*. Australian Journal of Teacher Education, 35(4), 1-11.
- Koponen J, Pyörälä E, Isotalus P (2012) *Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills*. Medical teacher, 34(3), e198.
- Kourkouta L, Papathanasiou I (2014) *Communication in nursing practice*. Materia socio-medica, 26(1), 65.
- Ku TK, Minas H (2010) *Development of the Nursing Relationships Scale: a measure of interpersonal approaches in nursing care*. International Journal of Mental Health Systems, 4, 12.
- Laurence B, Bertera EM, Feimster T et al. (2012) *Adaptation of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) to dental students*. Journal of dental education, 76(12), 1629-1638.
- Loureiro E, Severo M, Bettencourt P et al. (2011a) *Third year medical students perceptions towards learning communication skills: implications for medical education*. Patient education and counseling, 85(3), e265.
- Loureiro E, Severo M, Bettencourt P et al. (2011b) *Attitudes and anxiety levels of medical students towards the acquisition of competencies in communication skills*. Patient education and counseling, 85(3), e272.
- Lumma-Sellenthin A (2012) *Students' attitudes towards learning communication skills: correlating attitudes, demographic and metacognitive variables*. International Journal of Medical Education, 3, 201-208.
- Marambe KN, Edussuriya D, Dayaratne K (2012) *Attitudes of Sri Lankan medical students toward learning communication skills*. Education for Health, 25(3), 165.

- McCabe C (2004) *Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences*. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 41.
- Molinuevo B, Torrubia R (2011) *Validation of the Catalan version of the communication skills attitude scale (CSAS) in a cohort of south European medical and nursing students*. *Education for Health*, 24(1), 499.
- Nor N, Yusof Z, Shahidan M (2011) *University of Malaya dental students' attitudes towards communication skills learning: implications for dental education*. *Journal of dental education*, 75(12), 1611.
- Power B, Lennie S (2012) *Pre-registration dietetic students' attitudes to learning communication skills*. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, 25(2), 189.
- Rees C, Sheard C, Davies S (2002a) *The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS)*. *Medical education*, 36(2), 141.
- Rees C, Sheard C (2002b) *The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics*. *Medical education*, 36(11), 1017.
- Rees C, Sheard C (2003) *Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course*. *Medical teacher*, 25(3), 302.
- Shankar P, Dubey A, Balasubramaniam R et al. (2013) *Student attitude towards communication skills learning in a Caribbean medical school*. *The Australasian medical journal*, 6(9), 466.
- Siyambalapitiya S, Caunt J, Harrison N et al. (2007) *A 22 month study of patient complaints at a National Health Service hospital*. *International journal of nursing practice*, 13(2), 107.
- Stoddart KM (2012) *Social meanings and understandings in patient-nurse interaction in the community practice setting: a grounded theory study*. *BMC Nursing*, 11, 14.
- Tay LH, Hegney D, Ang E (2011) *Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review*. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(2), 151-164.
- The Joint Commission, JC (2015) *Sentinel Event Data*.
- Tiuraniemi J, Läärä R, Kyrö T et al. (2011) *Medical and psychology students' self-assessed communication skills: A pilot study*. *Patient education and counseling*, 83(2), 152.
- Ullah MA, Barman A, Rahim AFA et al. (2012) *Validity of Communication Skills Attitude Scale among Malaysian Medical Students*. *South East Asian Journal of Medical Education*, 6(1), 11.

Appendice 1. Versione italiana della Communication Skills Attitude Scale (CSAS)

n°	Voce
1	Per essere un buon infermiere devo possedere buone abilità comunicative
2	Non comprendo l'importanza di apprendere le abilità comunicative
3	E' impossibile non laurearsi solo a causa di scarse abilità comunicative
4	Sviluppare le mie abilità comunicative è importante quanto sviluppare le mie conoscenze di infermieristica
5	Apprendere le abilità comunicative mi ha aiutato o mi aiuterà a rispettare i pazienti
6	Non ho tempo per apprendere le abilità comunicative
7	Apprendere le abilità comunicative è interessante
8	Non ho tempo da perdere per partecipare a lezioni riguardanti le abilità comunicative
9	Apprendere abilità comunicative mi ha aiutato o mi aiuterà a migliorare le mie capacità nel lavoro di squadra
10	Apprendere le abilità comunicative ha migliorato e/o migliorerà la mia abilità di comunicare con i pazienti
11	L'insegnamento delle abilità comunicative afferma cose ovvie e poi le complica
12	Apprendere le abilità comunicative è divertente
13	Apprendere le abilità comunicative è fin troppo semplice
14	Apprendere le abilità comunicative mi ha aiutato o mi aiuterà a rispettare i miei colleghi
15	Trovo difficile fidarmi di informazioni riguardo alle abilità comunicative fornitemi durante lezioni che non riguardano temi clinici
16	Apprendere le abilità comunicative mi ha aiutato o mi aiuterà a riconoscere i diritti dei pazienti rispetto al consenso informato e alla tutela della riservatezza
17	L'insegnamento delle abilità comunicative avrebbe un'immagine migliore se somigliasse di più a un argomento scientifico
18	Quando mi sono iscritto a infermieristica, pensavo che fosse davvero una buona idea apprendere le abilità comunicative
19	Non ho bisogno di possedere buone abilità comunicative per essere un buon infermiere
20	Trovo difficile ammettere di avere qualche problema con le mie abilità comunicative
21	Penso che sia davvero utile apprendere le abilità comunicative nel percorso di laurea in infermieristica
22	Sarà la mia abilità nel superare gli esami a permettermi di continuare il mio percorso universitario, piuttosto che la mia capacità di comunicare
23	L'apprendimento di abilità comunicative si può utilizzare nell'apprendimento dell'infermieristica
24	Trovo che sia difficile prendere sul serio l'apprendimento delle abilità comunicative
25	Apprendere le abilità comunicative è importante poiché la mia capacità di comunicare è un'abilità che dura per tutta la vita
26	L'apprendimento di abilità comunicative dovrebbe essere rivolto agli studenti di psicologia, non agli studenti di infermieristica



CONTRIBUTI

ECM: Nuovo triennio 2017/2019 - obbligo formativo e novità

di Annamaria Ferraresi

Quali sono le principali novità del nuovo accordo?

Dal 2017 ci saranno nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti agli eventi, ad esempio alla formazione sul campo verranno riconosciuti un numero maggiore di crediti ECM.

Quanti crediti devono essere maturati nel triennio 2017 – 2019?

Nel triennio 2017-2019, vengono confermati dalla CNFC 150 crediti complessivi, ma si abolisce il limite di minimo 25 e massimo 75 crediti l'anno. Ogni professionista potrà liberamente organizzare la distribuzione triennale dei crediti acquisiti. Dal 2017, viene poi introdotto un criterio che premia la regolarità formativa pregressa: chi ha acquisito da 80 a 120 crediti Ecm tra il 2014 ed il 2016, avrà una riduzione di 15 crediti per il nuovo triennio (riduzione da 150 a 135). Chi, invece, ha acquisito da 121 a 150 crediti nel triennio che volge al termine, avrà una riduzione di 30 crediti tra il 2017 ed il 2019 (da 150 a 120).

[Documento Delibera CNFC in merito assegnazione crediti.](#)

Valgono eventuali crediti acquisiti negli anni precedenti?

Per questo triennio possono essere considerati, nel calcolo dei 150 crediti, anche 60 crediti già acquisiti in precedenza.

Vi sono vincoli sulle tipologie di Formazione ECM?

Le condizioni per il riconoscimento dei crediti sono i seguenti:

- Almeno il 40% dell'obbligo formativo individuale acquisito come partecipante a eventi ECM
- Autoformazione: massimo il 10% dell'obbligo formativo individuale
- Formazione reclutata: massimo 1/3 dell'obbligo formativo individuale.

Altro elemento di rilievo è che ciascun professionista dovrà fare almeno il 40% di formazione accreditata (provider) per il rimanente 60% ha la possibilità di utilizzare percorsi formativi scelti individualmente, facendo riferimento ai crediti individuali (tutoraggi, pubblicazioni scientifiche, etc).

Vi sono novità in merito a esoneri ed esenzioni?

In merito ad esoneri ed esenzioni non vi sono novità rispetto a quanto definito dalla [DETERMINA DELLA CNFC DEL 17 luglio 2013.](#)

Con quali metodologie didattiche verrà erogata la formazione ECM?

I metodi e le tecniche didattiche utilizzate in un programma formativo ECM possono essere diverse.

Al fine di garantire un quadro completo e armonico che permetta di comprendere le diverse possibili modalità di formazione/apprendimento utilizzabili, la Commissione Nazionale per la formazione continua ECM, con la [Delibera 13 dicembre 2016](#), recepita poi dall'[Accordo Governo, Regioni e Province autonome del 2 febbraio 2017](#), ha definito le seguenti 11 tipologie:

1. Formazione residenziale classica (RES)
2. Convegni, congressi, simposi e conferenze (RES)
3. Videoconferenza (RES)
4. Training individualizzato (FSC)
5. Gruppi di miglioramento o di studio, commissioni, comitati (FSC)
6. Attività di ricerca (FSC)
7. FAD con strumenti informatici/cartacei (FAD)
8. E-learning (FAD)
9. FAD sincrona (FAD)
10. Formazione blended
11. Docenza, tutoring e altro.

Nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di training, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAD e, per questo, si usa il termine blended (sistema "misto"). In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna tipologia formativa.

Quali tipologie di formazione sul campo sono accreditabili?

La Commissione ECM ha stabilito di accreditare le seguenti tipologie di formazione sul campo:

- Attività di training individualizzato
- Partecipazione a Gruppi di lavoro/studio, di Miglioramento e Commissioni/Comitati e Audit Clinico
- Partecipazione a Ricerche.

Cosa si intende per attività di training individualizzato?

Acquisizione di abilità (saper fare) che si realizza nel contesto lavorativo attraverso l'applicazione di istruzioni e procedure, l'esecuzione di attività professionali specifiche, l'utilizzo di tecnologie o strumentazioni.

L'applicazione di istruzioni e procedure può essere estesa anche agli aspetti relazionali tra i professionisti e con l'utenza purchè, per ogni progetto di training individualizzato, sia evidente nella progettazione e nella realizzazione della attività formativa il contesto lavorativo e le ricadute professionali e organizzative.

Le metodologie didattiche possono essere diversificate per ogni situazione, ma sono ricondotte prevalentemente all'affiancamento e all'esecuzione con supervisione.

Cosa si intende per partecipazione a Gruppi di lavoro/studio, di Miglioramento e Commissioni/Comitati?

Per partecipazione a gruppi di miglioramento si intendono attività per lo più multi professionali e multidisciplinari organizzate all'interno del contesto lavorativo con la finalità della promozione alla salute, del miglioramento continuo di processi clinico-assistenziali, gestionali o organizzativi, del conseguimento di accreditamento o certificazione delle strutture sanitarie.

In essi l'attività di apprendimento avviene attraverso la interazione con un gruppo di pari.

L'attività svolta nell'ambito dei lavori del gruppo deve essere documentata e può comprendere la revisione di processi e procedure sulla base della letteratura scientifica, dell'evidence based o degli standard di accreditamento, l'individuazione di indicatori clinici e manageriali, le discussioni di gruppo sui monitoraggi delle performance.

Per partecipazione a Commissioni/Comitati si intende la designazione dei componenti con atto formale e la presenza documentata in comitati permanenti nell'ambito del S.S.N./S.S.R. o comunque delle istituzioni sanitarie del territorio nazionale/regionale (ad es. etico, controllo delle infezioni, buon uso degli antibiotici, buon uso del sangue, prontuario terapeutico, HACCP e ospedale senza dolore).

L'attività svolta nell'ambito della Commissione/Comitato può riguardare: ricerca e organizzazione di documentazione, lettura di testi scientifici e discussione in gruppo, analisi di casi, redazione, presentazione e discussione di elaborati, produzione di linee guida o procedure o protocolli, valutazione e verifica di attività svolte, revisione di procedure di lavoro, rilascio di autorizzazioni formali.

Cosa si intende per crediti individuali ECM?

Tutti i professionisti sanitari, oltre alla partecipazione ad eventi formativi ECM svolti da provider accreditati a livello Nazionale o Regionale, possono conseguire crediti ECM attraverso attività di formazione individuale.

Quali tipologie di crediti individuali esistono?

- Tutoraggio individuale
- Crediti esteri
- Pubblicazioni scientifiche
- Autoformazione
- Sperimentazioni cliniche.

Che cosa si intende per tutoraggio individuale?

Ai tutor che svolgono formazione pre e post laurea prevista dalla legge e ai professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti pre e post laurea previsti dalla legge è previsto il riconoscimento di 4 crediti per mese (unità mese non inferiore a 16 giorni e non superiore a 31 giorni, anche non continuativo e cumulabile nel triennio di riferimento). Il numero dei crediti attribuiti non varia in relazione al numero dei tutorati se le attività sono svolte nel medesimo periodo.

Cosa è il dossier formativo nell'ambito della normativa ECM?

Il Dossier Formativo è uno strumento di programmazione, rendicontazione e verifica ad uso e a gestione del professionista che attraverso lo stesso Dossier Formativo autodetermina con libertà ed autonomia il proprio percorso di aggiornamento, tenuto conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali.

Il Dossier Formativo dovrebbe dunque assicurare che il processo ECM non sia realizzato in modo estemporaneo ma contemperati i bisogni professionali del singolo con quelli generali dell'organizzazione e del sistema.

Il Dossier Formativo valorizza il diritto/dovere del professionista della Sanità di acquisire crediti ECM su tematiche coerenti con il proprio lavoro, profilo professionale e posizione organizzativa.

Il Dossier Formativo è legato all'anagrafica dei professionisti sanitari italiani e la sua costruzione dovrà avvenire attraverso l'accesso al portale del CoGeAPS (Consorzio per la Gestione delle Anagrafiche delle Professioni Sanitarie) nell'area riservata con le proprie chiavi di accesso.

Il Dossier Formativo prevede quattro specifiche sezioni:

1. Anagrafica - contiene il profilo anagrafico con l'indicazione del profilo professionale, della collocazione lavorativa/posizione organizzativa e del curriculum dell'operatore
2. Programmazione - indicante il fabbisogno formativo individuale definito in rapporto al profilo e alle aree di competenza dell'operatore e alle caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta
3. Realizzazione/Evidenze - riporta le evidenze relative all'attività di formazione effettuata (documentazione, crediti, tipologie di attività) e alle altre attività considerate rilevanti (docenza, tutoraggio, ricerca)
4. Valutazione - riguarda la valutazione periodica da parte del singolo professionista, dell'Azienda, degli Ordini, Collegi, Associazioni etc. [Documento dossier formativo](#).

Chi eroga la formazione Ecm?

I Provider (se ne prevedono a regime circa 1.500) sono responsabili dei propri prodotti formativi, assegnano direttamente i relativi Crediti Ecm e si impegnano a garantirne la qualità, la trasparenza, la correttezza e l'efficacia. Gli Enti accreditanti sono la Commissione nazionale per la formazione continua, le Regioni e le Province autonome, eventualmente attraverso organismi da queste appositamente deputati. I requisiti richiesti per ottenere l'accreditamento riguardano in particolare le caratteristiche del soggetto che si propone, la sua organizzazione generale, le risorse di cui dispone, la qualità dell'offerta formativa e la sua indipendenza da interessi commerciali.

Chi rilascia i crediti Ecm?

I crediti vengono rilasciati dai Provider. Hanno **valore nazionale** anche i crediti attestati da un Provider accreditato a livello regionale. Al termine dell'evento formativo Ecm, il Provider deve comunicare all'Ente accreditante ed al Co.Ge.A.P.S. (Consorzio della gestione anagrafica delle professioni sanitarie) i crediti ottenuti da ogni partecipante.

Ogni Ente accreditante dovrà ogni anno effettuare verifiche ispettive in almeno il 10% di tutti i Provider accreditati.



CONTRIBUTI

Assunzione dei farmaci per via orale e ileostomia: analisi delle criticità e suggerimenti

di **Claudia Zerbone**

Infermiera, Asl Vercelli Ospedale Sant'Andrea

Corrispondenza: zerbonec@gmail.com

Descrizione del fenomeno

Questo studio nasce da un'evidenza reale riscontrata sul lavoro: la presenza di compresse più o meno integre nel sacchetto di raccolta degli effluenti dell'ileostomia e l'assenza di beneficio di alcune terapie prescritte.

Il paziente stomizzato è una persona con bisogni specifici in merito al trattamento del dolore, alla cura della patologia di base, ai trattamenti adiuvanti e a tutti quei quadri patologici per i quali è necessaria l'assunzione di farmaci.

Una ileostomia comporta la resezione di un tratto di intestino tenue, sede dell'assorbimento di alcuni farmaci assunti per os. Da qui, l'obiettivo di verificare se la mancanza di un tratto di intestino tenue possa inficiare l'effetto e l'efficacia dei farmaci.

Nel piccolo intestino avviene la maggior parte del processo di assorbimento per:

- elevata superficie assorbente: ca. 200 m² (nello stomaco la superficie è di 1 m²);
- elevata vascolarizzazione: flusso ematico di 1 lt/min;
- permeabilità della mucosa anche a sostanze di piccole dimensioni.

L'assorbimento dei farmaci può essere però modificato anche dalle variazioni del transito intestinale e della peristalsi e dalla presenza di cibo nell'intestino (*Clementi, 2012*).

Revisione della letteratura

I lavori oggetto di revisione sono stati recuperati principalmente da Pubmed; altra letteratura pertinente è stata ricavata dalle banche dati Embase, Scopus, Cinahl e dalle Linee guida internazionali. Gli articoli, relativi agli ultimi 15 anni e pubblicati in inglese, spagnolo, italiano, tedesco sono stati selezionati dopo analisi di titolo, abstract o dopo lettura integrale e sono aggiornati a novembre 2015.

Sono stati considerati solo la popolazione adulta con ileostomia e solo i farmaci assunti per os.

Tra le parole chiave usate: ileostomy, oral drug absorption, short bowel syndrome, gastrointestinal absorption, counselling.

Esistono pochi studi sull'assorbimento dei farmaci negli ileostomizzati (*Sood, 2013*), perciò abbiamo considerato tutti gli articoli che informazioni utili informazioni al nostro obiettivo. Le caratteristiche dei principali studi inclusi nella revisione sono sintetizzati nella Tabella 1.

Tabella 1 - Gli studi analizzati		
Articolo	Oggetto dell'indagine	Tipologia
Moore S, 2015	Ruolo dello stomaterapista e dei medici quando prescrivono i farmaci a un ileostomizzato	Audit
Gastrointestinal Society, (in seguito abbreviato GI), 2015	Le formulazioni meglio assorbite e alcune categorie di farmaci	Raccomandazioni
Augustijns P, 2014	Solubilità dei farmaci nei fluidi intestinali	Revisione. Studio sperimentale
Sood S, 2013	Fattori che influenzano l'assorbimento dei farmaci	Opinioni di esperti
Ferring A, 2011	Ridotto assorbimento dei farmaci nei pazienti con stomia e intestino corto	Revisione sistematica
Kirkevold O, 2010	Conseguenze del tritare e spezzare i farmaci	Studio sperimentale
RNAO, 2009	Categorie di farmaci in relazione al tipo di stomia	Linee guida
Nightingale J, 2006	Gestione dei pazienti con intestino corto	Linee guida
Turnbull GB, 2005	Relazione tra resezione di un tratto intestinale e assorbimento dei farmaci	Studio sperimentale
Severijnen R, 2004	Assorbimento nel tratto gastrointestinale in relazione ad alcune categorie di farmaci	Revisione
Sainz ML, 2003	Problemi causati da alcuni farmaci in relazione a colore, odore e motilità intestinale	Revisione. Studio qualitativo

Raccomandazioni emerse

L'assorbimento intestinale dei farmaci è un processo chiave per determinare la biodisponibilità orale e l'esposizione sistemica del farmaco; dipende da diverse variabili: permeabilità della mucosa e concentrazione di farmaco nei fluidi intestinali (*Augustijns, 2014*), diversa solubilità (*Fadda, 2010*), pH, svuotamento gastrico, tempo di transito intestinale, lunghezza dell'intestino ed eventuale presenza di stomia, integrità della mucosa, età e condizione del paziente (*Sood, 2013; Adis Int., 2005*).

Esiste una variabilità nell'assorbimento dei farmaci orali, e seppur questo sia un fenomeno ben conosciuto, spesso è sottovalutato per i suoi effetti nella distribuzione orale dei farmaci (*Rabbie, 2015*).

Il piccolo intestino rappresenta l'area con la maggior capacità di assorbimento. La terapia farmacologica può diventare difficile quando viene resecata una quantità significativa di piccolo intestino (*Severijnen, 2004*). Poiché porzioni del tratto intestinale sono state rimosse o bypassate, le persone con una stomia possono avere difficoltà nell'assorbimento dei farmaci assunti oralmente e nell'ottenere il massimo beneficio da essi (*Turnbull, 2005*). Esiste, quindi, una correlazione tra assorbimento dei farmaci e lunghezza di intestino rimanente (*Sood, 2013*); maggiore è il tratto di piccolo intestino rimosso, maggiore è il rischio per l'assorbimento (*Severijnen, 2004*). Una resezione intestinale può quindi modificare l'assorbimento dei farmaci (*Faye, 2014*).

Una resezione massiva (cioè >50%) del piccolo intestino può poi portare alla "sindrome dell'intestino corto", con malassorbimento di elementi nutritivi, farmaci e micronutrienti (Severijnen, 2004).

Proprio a causa della riduzione della lunghezza dell'intestino rimasto i pazienti con ileostomia non riescono ad assorbire completamente alcuni farmaci (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, 2009). In particolare:

- **Le compresse con rivestimento:** uno speciale rivestimento previene l'assorbimento della compressa fino a quando raggiunge il piccolo intestino, protegge lo stomaco da effetti lesivi, evita una diminuzione dell'effetto o l'inattivazione da parte dei succhi gastrici (esempio: aspirina/ acidoacetilsalicilico), (GI, 2015; Moore, 2015; Sood, 2013).
- **Farmaci a rilascio ritardato:** strutturati per un rilascio lento in un periodo di tempo esteso (GI, 2015; Moore, 2015; Sood, 2013) e ideati e per un graduale assorbimento lungo l'intera lunghezza dell'intestino, possono venire assorbiti in maniera incompleta se il tempo di transito è diminuito/aumentato e sono state rimosse alcune parti dell'intestino (Turnbull, 2005).

Nei pazienti ileostomizzati è **consigliabile utilizzare farmaci a rapida dissoluzione e rapido assorbimento. Liquidi** (es. soluzioni e sospensioni), **capsule di gelatina e compresse non rivestite** di solito sono assorbite meglio (GI, 2015; Moore, 2015; Sood, 2013). Per le preparazioni liquide, prima di prescriberle, bisogna considerare che un'alta osmolarità può causare diarrea, crampi e vomito (Sood, 2013).

La ricerca effettuata ha poi evidenziato alcune criticità degne di segnalazione.

Numerosi principi attivi producono cambi nella motilità intestinale, sia per il loro meccanismo fondamentale di azione (lassativi, antidiarroici, procinetici) sia come effetto collaterale o secondario (antiacidi, antidepressivi, antistaminici, analgesici oppioidi). La comparsa di diarrea può risultare modesta e di particolare gravità per gli ileostomizzati per la disidratazione a cui può dar luogo. Allo stesso modo, modificazioni nel colore e nell'odore delle feci, secondarie alla somministrazione di farmaci (sali ferrosi, idrossido di alluminio, composti al bismuto) possono allarmare i pazienti (Sainz, 2003).

Per alcuni farmaci ci può essere un assorbimento ridotto a causa del tempo di transito intestinale accelerato; si segnalano: digossina (Adis Int, 2005; Cusson, 2004; Severijnen, 2004), idroclorotiazide, ciclosporina, cimetidina (Ferring, 2011; Severijnen, 2004;), mesalazina (Moore 2015; Ferring 2011), levotiroxina (GI, 2015) e contraccettivi orali, che non essendo assorbiti sono sconsigliati (UOAA, 2011).

Tra gli inibitori della pompa protonica, l'omeprazolo può avere un assorbimento insufficiente a causa dell'ipersecrezione gastrica e dello scarso contatto con la mucosa intestinale (Adis Int, 2005; Severijnen, 2004) e il lansoprazolo spesso provoca diarrea e squilibri elettrolitici (Cusson, 2004).

Problematico è anche l'assorbimento di analgesici, oppioidi e non (GI, 2015; Ferring, 2011) e anche per il paracetamolo che è assorbito nel digiuno distale l'assorbimento sembra diminuire (De Smet, 2013; Severijnen, 2004). Tra gli anti-infiammatori non steroidei i bassi dosaggi di acido acetilsalicilico mettono a rischio l'efficacia del farmaco (Faye, 2014).

Molti antibiotici possono alterare la normale flora batterica portando a diarrea e disidratazione (GI, 2015; UOAA, 2011); penicilline e macrolidi sono poco assorbiti in un intestino resecato (Severijnen, 2004). E' utile assumere probiotici dopo un ciclo di antibiotici (GI, 2015).

Tra gli anticoagulanti si riportano esempi di resistenza del warfarin per la ridotta superficie assorbente (Severijnen, 2004). Per gli antineoplastici è raccomandabile consultare l'oncologo (RNAO, 2009).

Con antiepilettici quali fenitoina e sodio valproato si ha un assorbimento scarso (Hasait, 2015; Ferring, 2011; Cusson, 2004). Come vitamine meglio usare le forme liquide; nel M.Crohn una resezione ileale è considerata fattore di rischio per l'assorbimento di vitamina B12 (Bermejo, 2013).

I diuretici (GI, 2015; UOAA, 2011) e tutti i lassativi vanno usati con cautela per rischio disidratazione e grave squilibrio elettrolitico, in particolare, il sorbitolo presente nella maggioranza dei lassativi provoca diarrea importante e severa perdita di elettroliti; così come non vanno effettuati enema nelle ileostomie (RNAO, 2009). Preparazioni per esami o interventi possono essere gestite con restrizioni o assunzione di liquidi 24 ore prima (Turnbull, 2005).

Conclusioni

Esiste una correlazione tra assorbimento dei farmaci e lunghezza di intestino rimanente e ci possono essere conseguenze importanti sulla biodisponibilità dei farmaci orali. E' fondamentale che il medico conosca la situazione "chirurgica" del paziente con ileostomia. Anche se il tempo a disposizione dei clinici per istruire i loro pazienti è poco, questa parte di educazione non va omessa (Turnbull, 2005).

E' consigliabile non-assumere le compresse rivestite e le compresse a rilascio lento. Se possibile, adottare una formula alternativa come la transdermica, es. anticoncezionali non in pillola ma in cerotto o la sublinguale, es. fentanyl al posto di ossicodone a rilascio prolungato o morfina (Sood, 2013); occorre valutare i dosaggi, eseguire un monitoraggio serico e considerare sempre il rischio di disidratazione e squilibrio elettrolitico (Moore, 2015).

In merito alla triturazione dei farmaci si segnala un aumentato rischio di effetti avversi o tossici sia per il paziente sia per l'operatore, o inattività del farmaco (Boeri, 2013; Gill, 2012; Kirkevold, 2010).

E' fondamentale un buon counselling da parte dell'equipe che ha in carico il paziente stomizzato (Sainz, 2003) e l'assistenza dello stomaterapista (Moore, 2015).

Importante la divulgazione di questi argomenti tra i colleghi stomaterapisti e infermieri attraverso le riviste professionali, i corsi di formazione, gli strumenti operativi e gli opuscoli.

BIBLIOGRAFIA

- Adis International (2005) *Absorption of some enteral drugs may be affected in patients with short small bowel*. Drugs therapy perspect, 21(12), 24-26.
- Augustijns P (2014) *A review of drug solubility in human intestinal fluids: implications for the prediction of oral absorption*. Eur J Pharm Sci, 16(57), 322-32.
- Benci L (2014) *La prescrizione e la somministrazione dei farmaci: responsabilità giuridica e deontologica*. Firenze: Masterbooks.
- Bermejo F (2013) *Should we monitor vitamin B12 and folate levels in Crohn's disease patients?* Scand J Gastroenterol, 48(11), 1272-7.
- Boeri C (2013) *La somministrazione di farmaci tritati e cammuffati nelle Rsa*. Evidence, 5(10), 1-9.
- Burch J (2007) *Constipation and flatulence management for stoma patients*. Br J Community Nurs, 12(10), 449-52.
- Clementi F (2012) *Farmacologia generale e molecolare*. 4 ed. Torino: UTET.
- Conti F (2010) *Fisiologia medica*. 2. ed. Milano: Ediermes.
- Cusson GJ (2004) *Medication affecting ostomy function*. In: Colwell JC. *Fecal & urinary diversions*. St Louis: Mosby, 339-350.

- De Smet J (2013) *The influence of bypass procedures and other anatomical changes in the gastrointestinal tract on the oral bioavailability of drugs*. J Clin Pharmacol, 53(4), 361-376.
- Fadda HM (2010) *Drug solubility in luminal fluids from different regions of the small and large intestine of humans*. Mol Pharm, 7(5),1527-32.
- Faye E (2014) *Absorption and efficacy of Acetylsalicylic acid in patients with short bowel syndrome*. Ann Pharmacother, 48(6), 705-10.
- Ferring A (2011) *Systematic review: impaired drug absorption in patients with ostomy or shortened bowel*. DUCURS, 9, 34-43.
- Fulham J (2008) *Providing dietary advice for the individual with a stoma*. Br J Nurs, 17(2), 22-7.
- Garattini S (2009) *Interazioni tra farmaci*. Pavia: Selecta Medica.
- GI Society (2015) *Drug therapy and the compromised bowel*. Canadian Society of Intestinal Research.
- Gill D (2012) *Crushing or splitting medications*. J Gerontol Nurs, 38(1), 8-12.
- Goodman & Gilman (2012) *Le basi farmacologiche della terapia*. 12. ed. Bologna: Zanichelli.
- Hasait N (2015) *Der Ileostomapatient und seine Arzneimitteltherapie*. Krankenhauspharmazie, 36(5), 229-48.
- Katzung BG (2014) *Farmacologia generale e clinica*. 9. ed. Padova: Piccin.
- Kirkevold O (2010) *What is the matter with crushing pills and opening capsules?* Int J Nurs Pract, 16(1), 81-5.
- Kumpf VJ (2014) *Pharmacologic management of diarrhea in patients with short bowel syndrome*. JPEN, 38(1 Suppl), 38-44.
- Ledonne G (2014) *Calcoli e dosaggi farmacologici*. 2. ed. Milano: CEA.
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center (2015) *A guide for patients with an ileostomy or colostomy*. New York: MSK.
- Moore S (2015) *Medication absorption for patients with an ileostomy*. Br J Nurs, 24 (Sup 5), 12-15.
- Nightingale J (2006) *Guidelines for management of patients with a short bowel*. Gut 55 Sup 4, 1-12.
- Pasia M (2011) *Diet and nutrition guide*. UOAA, 1-17.
- Rabbie SC (2015) *Inter-subject variability in intestinal drug solubility*. Int J Pharm, 485(1-2), 229-34.
- Raffa RB (2014) *Acetaminophen (paracetamol) oral absorption and clinical influences*. Pain Pract, 14(7), 668-77.
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario (2009) *Appendice H: Farmaci e funzioni della stomia*. Toronto: RNAO, 89-94.
- Rossi F (2011) *Farmacologia*. 2. ed. Torino: Minerva Medica.
- Sainz ML (2003) *Problemas de utilizacion de medicamentos en pacientes enterostomizados*. An Sist Sanit Navar, 26(3), 383-403.
- Severijnen R (2004) *Enteral drug absorption in patients with short small bowel*. Clin Pharmacokinet, 43(14), 951-62.
- Sood S (2013) *Prescribing for a patient with reduced intestinal length*. Australian Prescriber, 36(4), 136-138.
- Titus R (2013) *Consequences of gastrointestinal surgery on drug absorption*. Nutr clin pract, 28(4), 429-436.
- Turnbull GB (2005) *The ostomy files: the issue of oral medications and a fecal ostomy*. OWM, 51(3)
- Vanzetta M (2013) *Farmaci e infermiere*. 4 ed. Milano: McGraw-Hill.
- Wall EA (2013) *An overview of short bowel syndrome management*. J Acad Nutr Diet, 113 (9), 1200-8.

CONTRIBUTI

La promozione dell'attività fisica e il ruolo dell'infermiere nella prevenzione della diabetesità

di Chiara Ulderigi (1), Rita Fiorentini (2)

(1) Infermiera, R.S.A. "Abitare il tempo" - Loreto (AN)

(2) Direttore didattico CLI Università Politecnica delle Marche

Corrispondenza: chiara8161@libero.it

Introduzione

La diabetesità, neologismo coniato da Sims e colleghi, descrive il forte legame esistente tra diabete di tipo 2 e obesità; ad oggi rappresenta, secondo la WHO, un'epidemia globale che colpisce bambini, adolescenti e adulti in costante ascesa, sia nei paesi industrializzati che in via di sviluppo.

L'aumento considerevole di sovrappeso ed obesità a livello mondiale, che ha portato il numero di persone affette da diabete di tipo 2 a livelli epidemici, è attribuibile al processo di urbanizzazione e alle modifiche dello stile di vita che ne derivano, prima tra tutte la sedentarietà e la diffusione della Western Diet.

Numerose evidenze cliniche attestano il rapporto tra l'essere in sovrappeso o obesi e l'elevato rischio di sviluppare diabete di tipo 2, rischio che aumenta di tre volte in condizione di sovrappeso (BMI \geq 25) e di 20 volte se in presenza di obesità (BMI \geq 30).

Gli ultimi dati della *World Health Organization* indicano che attualmente si contano più di 1,9 miliardi di adulti in sovrappeso, e di questi oltre 600 milioni sono obesi, mentre circa 150 milioni di persone in tutto il mondo hanno il diabete di tipo 2, numero che si stima possa raddoppiare entro il 2025.

Nonostante numerose evidenze scientifiche provino che uno stile di vita attivo è condizione essenziale per prevenire e ritardare l'insorgenza di malattie croniche come il diabete, permane la prevalente diffusione di uno stile di vita sedentario o non sufficientemente attivo.

Recenti risultati sottolineano che impegnarsi in una regolare attività fisica non annulla gli effetti nocivi di una vita troppo sedentaria durante tutto il restante tempo; dunque, indipendentemente dall'attività fisica svolta, i comportamenti sedentari come guardare la TV, usare il computer, stare seduti a lungo, sono potenziali fattori di rischio per il diabete. Un'occupazione lavorativa sedentaria, se non interrotta da intervalli di movimento, è stata collegata a un aumento del rischio di diabete di tipo 2 ed a una mortalità precoce. L'Oms definisce l'inattività fisica il quarto principale fattore di rischio per la morte a livello globale.

Revisione della letteratura

Obiettivo di questo studio è descrivere, attraverso una revisione narrativa della letteratura, il ruolo educativo e d'intervento dell'infermiere nei programmi di promozione dell'attività fisica e prevenzione della diabetesità. Obiettivo secondario è descrivere gli interventi di prevenzione utili nel percorso di promozione dell'attività fisica. E' stata quindi condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'interrogazione della banca dati PubMed.

I contenuti dei singoli studi considerati sono riportati in maniera sintetica nella Tabella 1.

Tabella 1			
Articolo	Scopo	Risultati	Conclusioni
Yates T, et al., 2009	Fornire una panoramica delle evidenze sui programmi di prevenzione del diabete.	Si può prevenire l'insorgenza del diabete attraverso la modifica dello stile di vita dei gruppi ad alto rischio. Gli infermieri hanno un ruolo importante nella identificazione del rischio, nella comunicazione e nell'attuazione pratica degli interventi di stile di vita.	Prevenire il diabete di tipo 2 è priorità in sanità. Gli infermieri saranno in prima linea nell'attuazione di future iniziative di prevenzione.
Colagiuri S, 2010	Esaminare il legame tra il diabete e l'obesità e la gamma degli interventi disponibili.	Le evidenze cliniche dimostrano l'efficacia e la sicurezza delle terapie ipoglicemizzanti, insieme alle strategie terapeutiche anti-obesità, che integrano il controllo glicemico e la perdita di peso, insieme alla modificazione del comportamento ed eventuale chirurgia bariatrica.	Intervenire sulla gestione del peso non appena il diabete viene diagnosticato, con un programma di restrizione calorica, maggiore esercizio fisico, modificazione del comportamento e una terapia antidiabetica con effetto più favorevole sul peso corporeo.
Ottawa, 2014	Qual è l'efficacia clinica della prescrizione di attività fisica per la prevenzione primaria delle malattie croniche negli adulti sani o in quelli a rischio diabete.	I risultati dei tre studi inclusi erano equivoci. Il RCT ha dimostrato un aumento della durata delle sessioni di attività fisica rispetto al controllo, ma senza corrispondere ad una variazione del numero di sessioni complessive settimanali.	Considerato nel contesto della base di prove scarse e le limitazioni degli studi inclusi, rimane incerto se una prescrizione di attività fisica da sola ne può efficacemente promuovere un incremento.
Farag YM, et al., 2011	Panoramica dei dati epidemiologici disponibili che descrivono la prevalenza, l'impatto economico e sulla salute della diabetologia.	La diabetologia è un'epidemia con un significativo onere economico. L'impatto sulla salute riguarda la riduzione della qualità della vita e dell'aspettativa di vita e complicanze a lungo termine.	Individuare il peso economico e i fattori di rischio associati contribuirà all'assegnazione di risorse per contenere questa epidemia in continua evoluzione.

Sargent GM, et al., 2012	Revisione dell'efficacia degli interventi sullo stile di vita consegnati dall'infermiere, per ridurre i fattori di rischio per le malattie croniche prevenibili associati all'obesità.	Gli interventi possono influenzare il peso, la pressione arteriosa, il colesterolo, i comportamenti alimentari, l'attività fisica, la qualità della vita e la disponibilità al cambiamento. I risultati sono stati più significativi quando gli infermieri fornivano almeno una sessione di consulenza dopo lo screening iniziale.	L'evidenza supporta l'efficacia degli interventi sullo stile di vita indicato dagli infermieri nell'influenzare cambiamenti positivi sui fattori di rischio associati alla prevenzione delle malattie croniche combinate all'obesità.
Ainsworth BE et al., 2002	Revisione degli strumenti di counseling per l'attività fisica nella pratica medica.		Il programma PACE è dimostrato essere efficace nell'aumentare i livelli di attività fisica tra i pazienti sani.
Richards EA, 2015	La promozione dell'attività fisica ed il ruolo dell'infermiere.	Uno stile di vita fisicamente attivo ha numerosi benefici sulla salute fisica e mentale. Nuovi risultati della ricerca sull'importanza di diminuire i tempi sedentari, anche nelle persone fisicamente attive.	Gli infermieri possono essere influenti nell'aumentare il livello di attività fisica.
Benton MJ et al., 2012	Esaminare la figura dell'infermiere specializzato in attività fisica.	Prescrizione dell'attività fisica tramite linee guida e programmi come il <i>Nurse Action Guide</i> .	Gli infermieri specializzati possono prescrivere attività fisica.
Balducci S et al., 2008	Valutare l'ipotesi che un intervento intensivo sullo stile di vita, basato sull'esercizio fisico aerobico e di resistenza, prescritto e supervisionato, in aggiunta al counseling standard, migliora in maniera dose-dipendente, rispetto al solo counseling, il controllo glicemico e i fattori di rischio cardiovascolari nei pazienti con diabete di tipo 2 e sindrome metabolica.	Un'attività fisica intensa, pianificata e supervisionata, migliora l'emoglobina glicosilata e riduce il rischio cardiovascolare nei pazienti con diabete di tipo 2.	Viene verificata l'ipotesi che un prescritto e sorvegliato programma di esercizio è più efficace rispetto al tradizionale counseling nel ridurre i fattori di rischio cardiovascolare modificabili nei pazienti con diabete di tipo 2.

Balducci S et al., 2015	Valutare l'efficacia di una strategia di intervento comportamentale derivata dal protocollo IDEAS nell'incrementare l'attività fisica giornaliera e ridurre il tempo sedentario dei pazienti con diabete di tipo 2.	Una strategia di intervento comportamentale teorica e pratica è più efficace della terapia standard per la promozione e mantenimento a lungo termine di uno stile di vita fisicamente attivo e per la riduzione della sedentarietà.	Riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari modificabili e miglioramento della qualità di vita nei pazienti con diabete di tipo 2.
De Feo P. et al., 2011	Descrivere il modello di intervento multidisciplinare CURIAMO per il cambiamento dello stile di vita delle persone con obesità e / o diabete mellito di tipo 2.	I pazienti con diabete di tipo 2 hanno diminuito il peso corporeo, la pressione arteriosa, la glicemia a digiuno e l'emoglobina glicosilata, hanno migliorato la capacità aerobica e ridotto la spesa economica per i farmaci anti-diabetici e anti ipertensivi.	Il modello di intervento multidisciplinare CURIAMO migliora lo stile di vita del paziente con diabetesità.
Jeffrey J. VanWormer et al., 2009	Revisione della letteratura sulla prevalenza del counseling per l'attività fisica.	Dodici studi inclusi hanno riportato una frequenza bassa (circa 30-50%) di operatori sanitari che forniscono regolarmente counseling.	Il counselling per l'attività fisica deve essere incentivato e l'approccio multidisciplinare è risultato il più efficace.
Rockette-Wagner B et al., 2015	Esaminare se l'intervento sullo stile di vita dello studio <i>Diabetes Prevention Program</i> (DPP) ha diminuito in questo gruppo anche la sedentarietà e valutare l'impatto della sedentarietà sullo sviluppo del diabete.	Durante il periodo di follow-up il tempo di sedentarietà è diminuito di più nel gruppo che ha modificato lo stile di vita rispetto a chi ha assunto metformina. Il rischio di sviluppare il diabete aumenta del 3,4% ogni ora trascorsa a guardare la televisione.	Nel DPP l'intervento sullo stile di vita è risultato efficace nel ridurre il tempo di sedentarietà, sebbene non fosse un obiettivo primario. Tutti i partecipanti con livelli bassi di sedentarietà risultano avere un minor rischio di sviluppare il diabete.

Raccomandazioni

La prevenzione è senz'altro lo strumento più efficace per arrestare l'epidemia della diabetesità: è dimostrato che un approccio multidisciplinare integrato, associato ad un'adeguata campagna di informazione e promozione all'attività fisica e a stili di vita sani, può ridurre in maniera efficace la diffusione morbosa di questo fenomeno e promuovere cambiamenti di comportamento a lungo termine.

In Italia il progetto CURIAMO (Centro Universitario Ricerca Interdipartimentale Attività Motoria) descrive un innovativo modello multidisciplinare di intervento sullo stile di vita dei pazienti con obesità e diabete di tipo 2. All'interno del team multidisciplinare, l'infermiere e l'educatore conducono le sedute di terapia di gruppo, destinate a stimolare la motivazione del soggetto ad avviare un cambiamento di stile di vita.

Il ruolo dell'infermiere, nel complesso, è riconosciuto come fondamentale nell'équipe multidisciplinare nel progettare e mettere in atto un efficace percorso educativo che abbia la finalità di rendere la persona capace di aumentare i suoi livelli di attività fisica e attuare stile di vita sani. Il counseling è essenziale per l'avvio e il proseguimento di un qualsiasi programma di attività fisica e gli infermieri dovrebbero utilizzare strategie di provata efficacia. Ad esempio il protocollo PACE (*Patient-Centered Assessment and Counseling for Exercise*) è un programma di consulenza strutturato per l'attività fisica che i sanitari possono utilizzare per incoraggiare i pazienti a diventare fisicamente più attivi.

La ricerca mostra che i programmi basati su strategie comportamentali sono più efficaci delle strategie cognitive. Lo studio IDEAS 2 ha verificato l'ipotesi che una strategia di intervento comportamentale teorica e pratica è più efficace di un intervento standard di promozione e mantenimento a lungo termine di attività fisica e di riduzione della sedentarietà. È dimostrato che i programmi comportamentali che includono la definizione degli obiettivi a breve e medio termine e controlli periodici risultano essere la più efficace strategia per aumentare il livello di esercizio fisico. Il metodo SMART permette agli infermieri e ai pazienti di stabilire obiettivi specifici e di creare piani realizzabili che consentano una valutazione coerente del progresso.

Anche lo screening precoce è un metodo efficace di prevenzione, che consente l'individuazione, la prevenzione e la gestione precoce dell'obesità, in particolare negli individui più giovani, prima dello sviluppo di DM di tipo 2. Yates T. et al. propongono come alternativa non invasiva per classificare lo stato di rischio di diabete, rispetto al Test OGTT (Test da carico orale di glucosio), troppo oneroso in tempo e risorse, l'uso di punteggi di rischio, come ad esempio la scala FINDRISC.

L'evidenza supporta l'efficacia di interventi educativi, da parte degli infermieri, sulla modifica dello stile di vita; tuttavia si è rilevata l'esigenza di ampliare le conoscenze specifiche riguardo l'attività fisica, investire nella formazione e stimolare gli infermieri in questa direzione. È dimostrato infatti che il counseling per i pazienti obesi è efficace quando gli operatori sono qualificati in modo specifico nella consulenza per l'obesità.

Riguardo le prove sull'efficacia clinica delle prescrizioni di attività fisica come intervento per la prevenzione primaria delle malattie croniche, lo studio IDEAS ha verificato che un programma di prescrizione di una quantità definita di esercizio aerobico e di resistenza, supervisionato da personale specializzato, è più efficace rispetto agli interventi tradizionali di counseling nel ridurre i fattori di rischio cardiovascolare modificabili nei pazienti diabetici di tipo 2. Per essere più efficace, l'attività fisica dovrebbe essere prescritta in un modo simile alla prescrizione di un farmaco e, nella complessità di una sicura prescrizione, infermieri esperti e specializzati in esercizio fisico possono essere nella posizione ideale per assumere questa responsabilità. Le linee guida, le raccomandazioni sono risorse disponibili supportare gli infermieri specializzati nello sviluppo della loro conoscenza per quanto riguarda l'esercizio fisico. Il *Nurses action guide* è uno strumento semplice, veloce ed efficace che permette agli infermieri di formulare una prescrizione di attività fisica, nel giusto dosaggio, per la prevenzione, il trattamento e la gestione di oltre 40 condizioni croniche di salute più comuni.

Una recente revisione di letteratura del 2014, *Clinical Evidence Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*, considerate le prove scarse e le limitazioni degli studi inclusi, conclude che rimane incerto se una prescrizione di attività fisica da sola può efficacemente promuovere un maggiore esercizio fisico.

Conclusioni

L'evidenza supporta l'efficacia di interventi sullo stile di vita nell'influenzare cambiamenti positivi sui fattori di rischio associati alla prevenzione delle malattie croniche combinate all'obesità. L'infermiere, in questo contesto, possiede tutti i requisiti e le competenze per essere la figura chiave nei programmi di prevenzione e promozione dell'attività fisica; è infatti un professionista di contatto in grado di sviluppare fiducia e di instaurare relazioni terapeutiche, che può motivare i pazienti ad aumentare il proprio livello di attività fisica ed adottare comportamenti di vita sani che apportino benefici alla loro salute.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth B E et al. (2002). *Tools for physical activity counseling in medical practice*. Suppl 1:69S-75S. *Obes Res*.
- Balducci S et al. (2008). *The Italian diabetes and exercise study (Ides): design and methods for a prospective Italian multicentre trial of intensive lifestyle intervention in people with type 2 diabetes and the metabolic syndrome*. 2008 Nov;18(9):585-95. Epub 2007 Dec 3. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*.
- Balducci S et al. (2015). *The Italian diabetes and exercise study 2 (Ides-2): a long-term behavioral intervention for adoption and maintenance of a physically active lifestyle*. 2015 Dec 11;16:569. doi: 10.1186/s13063-015-1088-0.
- Benton M J (2012). *The clinical nurse specialist as physical activity expert: a call to action*. 2012 Sep-Oct;26(5):235-6. doi: 10.1097/NUR.0b013e318266b45d. *Clin Nurse Spec*.
- Colagiuri S et al. (2010). *Diabetes: therapeutic options*. 2010 Jun;12(6):463-73. doi: 10.1111/j.1463-1326.2009.01182.x. *Diabetes Obes Metab*.
- Conn V S et al. (2011). *Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes*. *Am J Public Health* 2011;101(4):751-8.
- De Feo P et al. (2011). *An innovative model for changing the lifestyles of persons with obesity and/or Type 2 diabetes mellitus*. 2011 Nov;34(10):e349-54. doi: 10.3275/7857. Epub 2011 Jul 12. *J Endocrinol Invest*.
- Farag Y M, Gaballa M R (2010). *Diabetes: an overview of a rising epidemic*. 2011 Jan;26(1):28-35. doi: 10.1093/ndt/gfq576. Epub 2010 Nov 2.. *Nephrol Dial Transplant*.
- Italian Diabetes Monitor (2015). *Italian Barometer Diabetes Report 2014. Le questioni sensibili e le sfide assistenziali del diabete a livello Globale, Nazionale e Regionale*. Anno 2 – numero 1 - gennaio 2015.
- Nurses' Action Guide www.ExerciselsMedicine.org.
- Ottawa (ON): (2014). *Lifestyle Prescriptions: A Review of the Clinical Evidence Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*.
- Richards E A. *The evolution of physical activity promotion*. 2015 Aug; 115(8):50-4 *Am J Nurs*.
- Rockette-Wagner B et al. (2015). *The impact of lifestyle intervention on sedentary time in individuals at high risk of diabetes*. 2015 Jun;58(6):1198-202. doi: 10.1007/s00125-015-3565-0. *Diabetologia*.
- Sargent G M et al. (2012). *Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review*. 2012 Dec;13(12):1148-71. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01029.x. Epub 2012 Sep 13. *Obes Rev*.
- Shaw J E et al. (2010). *Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030*. *Diabetes Research and Clinical Practice*.
- Van Uffelen J G et al. (2010). *Occupational sitting and health risks: a systematic review*. *Am J Prev Med*. 2010;39(4):379-388.
- Van Wormer Jeffrey J et. al. (2009). *Clinical counseling for physical activity: translation of a systematic review into care recommendations spectrum* 2009 Jan; 22(1): 48-55.
- Yates T et al. (2009). *Preventing type 2 diabetes: applying the evidence in nursing practice*. 2009 Oct 20-26;105(41):10-4. *Nurs Times*.



ESPERIENZE

La terapia nutrizionale nell'anoressia: come gestire e valutare il pasto assistito

di *Nicholas Delfrate (1)*, *Paola Bergamasco (2)*

(1) Infermiere

(2) Coordinatore Infermieristico S.C. Clinica Psichiatrica, AOU "Maggiore della Carità", Novara

Corrispondenza: nickj.vsnm14@gmail.com; paola.bergamasco@maggioreosp.novara.it

Premessa

L'Anoressia Nervosa (AN) è il Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) più diffuso: ha un'incidenza di 8 nuovi casi su 100.000 persone e una prevalenza tra 0,2% e 0,9% (ministero della Salute, 2013). L'AN si presenta solitamente con una condotta alimentare alterata caratterizzata da comportamenti volti al controllo del peso corporeo, messi in atto sia durante il pasto, i rituali del pasto, sia dopo, i comportamenti compensativi, e da restrizione alimentare sia calorica che di nutrienti, che può esitare in calo ponderale marcato con stati di malnutrizione più o meno gravi (ministero della Salute, 2013).

Il trattamento di questa complessa psicopatologia necessita di un approccio multidisciplinare, affidando il caso ad un team di esperti (psichiatra, dietologo, dietista, infermiere e altri), fermo restando che il punto focale è la terapia nutrizionale, che si propone l'obiettivo terapeutico del recupero del peso corporeo, per la risoluzione delle complicanze associate alla malnutrizione e per la stabilizzazione clinica dei pazienti. Dal punto di vista riabilitativo l'obiettivo è di normalizzare la condotta alimentare, per contenere tutte le manifestazioni sintomatiche e recuperare un'esperienza alimentare "normale" (Ministero della Salute, 2013; Marzola et al., 2013).

In letteratura, purtroppo, mancano studi di qualità sul trattamento dei pazienti anoressici. Ad oggi le strategie più sostenute prevedono un programma alimentare con aumentato introito calorico e allargamento delle scelte nutrizionali, per rendere la dieta più varia ed equilibrata, oltre a fornire un introito calorico che, aumentato per step, favorisca il recupero del peso corporeo, tenendo anche in considerazione la tolleranza dei pazienti al nuovo regime dietetico (Marzola et al., 2013). Il pasto assistito è l'intervento più utilizzato per questi fini: esso consiste nell'assistere e sorvegliare il paziente durante il pasto con lo scopo di abbattere gli ostacoli che lo separano dalla ripresa di un'adeguata condotta alimentare (ministero della Salute, 2013). Tuttavia mancano indicazioni chiare sulla gestione di questa pratica, mentre le uniche citazioni presenti in letteratura sottolineano l'importanza terapeutica del pasto assistito, segnalando la necessità di studi più approfonditi (Kells et al., 2013).

Obiettivi dello studio e metodi di realizzazione

Obiettivo n°1: individuare, tramite una revisione della letteratura scientifica internazionale, lo standard di assistenza più idoneo per la gestione del pasto assistito nei pazienti anoressici.

Obiettivo n°2: costruire uno strumento di valutazione del pasto assistito e testarlo per valutarne l'aderenza alla realtà e per monitorare il percorso terapeutico nei pazienti anoressici, così da poter uniformare l'assistenza prestata a questa tipologia di clienti.

La revisione della letteratura è stata effettuata consultando la banca dati PubMed attraverso 5 stringhe di ricerca: delle 823 citazioni recuperate, 12 sono state considerate rilevanti ai fini dello studio e sono state incluse poiché rispettavano i criteri di inclusione: studi circa il trattamento dell'AN in strutture ospedaliere, articoli in lingua italiana e inglese, disponibilità degli stessi in formato full text. A questi records sono state aggiunte altre due citazioni, una reperita tramite il motore di ricerca Google, l'altra presso il reparto SPDC dell'AOU Maggiore della Carità di Novara. Gli articoli analizzano aspetti della gestione del pasto assistito; essi, tra l'altro, sono abbastanza recenti, in quanto sono stati pubblicati tra il 1996 e il 2014.

Tutte le citazioni incluse sono state valutate criticamente seguendo le check-list CASP: 6 articoli risultano di buona o discreta qualità, per i restanti 8 non è stato possibile svolgere la valutazione per impossibilità a rispondere ad alcune domande delle check-list, ma sono stati ugualmente inclusi per le informazioni contenute ritenute rilevanti ai fini degli obiettivi.

Lo strumento di valutazione è stato costruito estrapolando dalle fonti selezionati i parametri meritevoli di monitoraggio, che sono divenuti 9 dei 10 items della scala. Lo strumento è stato sottoposto ad una commissione di esperti dell'AOU Maggiore della Carità di Novara per la validazione: la commissione ha validato la scala e suggerito l'introduzione di un ulteriore item, reputato rilevante ai fini della valutazione del pasto assistito.

Lo strumento è stato testato conducendo uno studio presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara e la Casa di Cura "Ville Turina Amione" di San Maurizio Canavese, che ha coinvolto un campione di 8 pazienti, tutte di sesso femminile, con diagnosi di AN ricoverate presso le strutture sopra citate.

Risultati dell'esperienza

Lo standard gestionale del pasto assistito ricavato prevede un piano alimentare di 6 pasti: 3 principali (colazione, pranzo e cena) e altrettanti spuntini, la cui composizione è stabilita congiuntamente da paziente e dietologo/dietista, per rispettare gli obiettivi di trattamento prefissati (Wakefield e Williams, 2009). Il pasto viene consumato in regime di pasto assistito e in gruppo con altri pazienti anoressici e la supervisione di un operatore adeguatamente formato, ad esempio psicologo, dietista, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, infermiere (Sylvester e Forman, 2008; Wakefield e Williams, 2009). Il tempo per consumare le portate fornite è limitato (Sylvester e Forman, 2008) e può essere stabilito discrezionalmente dai centri, con limite massimo consigliabile di 20-30 minuti per colazione e spuntini e 40-60 minuti per pranzo e cena.

Al termine del pasto, i pazienti hanno un periodo di riposo di 1-2 ore (tempo a discrezione), durante il quale devono essere sorvegliati affinché non pratichino esercizio fisico e non usino i bagni (Rock e Curran-Celentano, 1996; Sylvester e Forman, 2008; Zeppegno et al., 2014), che devono restare chiusi per tutta la durata del riposo; se i pazienti hanno storia di comportamenti di compensazione il periodo di riposo sarà di minimo 2 ore (Wakefield e Williams, 2009).

Qualora il pasto non venga consumato interamente, i pazienti dovranno consumare sotto supervisione diretta una dose di integratore alimentare (Wakefield e Williams, 2009).

La revisione ha permesso di elaborare una scala di valutazione (**Appendice 1**) composta da 10 items che valutano gli aspetti più importanti rilevati dalle evidenze:

1. livello di appetito percepito, valutato con una scala numerica da 0 (zero) a 3;
2. modalità di approccio al pasto, che può essere rifiutante, riluttante, accettante o vorace;
3. diario alimentare;
4. durata del pasto, in minuti;
5. rituali del pasto, valutabili con risposta sì/no, cioè se il comportamento è stato osservato o no, tra i seguenti:
 - a. tagliare il cibo in pezzi molto piccoli;
 - b. mangiare molto lentamente;
 - c. evitare certi alimenti;
 - d. mangiare il cibo in un preciso ordine;
 - e. manipolare pasti/portate;
6. *supplementi alimentari, specificando tipologia e quantità;*
7. *nutrizione artificiale (NA), precisando via di somministrazione, tipologia della miscela e quantità;*
8. livello di sazietà percepito, sempre con scala NRS da 0 a 3;
9. comportamento e umore dopo il pasto:
 - a. nascondere cibi;
 - b. rabbia;
 - c. depressione;
 - d. paura;
 - e. ansia;
 - f. preoccupazione;
10. comportamenti di compensazione:
 - a. vomito autoindotto;
 - b. abuso di diuretici/lassativi, calcolato sull'uso del bagno;
 - c. esercizio fisico, anche estenuante.

L'applicazione dello strumento nella realtà ha permesso di stabilire l'effettiva osservabilità degli items, per cui è stata possibile anche la costruzione di grafici di trend temporale che mostrano il comportamento del "paziente medio", ottenuto dalla media dei valori di ogni parametro di tutto il campione per giorno di osservazione.

Dall'osservazione condotta si può dedurre che i pasti siano stati graditi nel loro complesso, come mostrano i grafici 1-3 e il diario alimentare (Grafico 4).

La durata media dei pasti è rimasta nei limiti fissati. La nutrizione artificiale e i supplementi alimentari sono stati consumati interamente e con buona accettazione da parte delle pazienti, sebbene esperienze precedenti evidenzino come tale situazione non sia così comune: alcuni pazienti precedentemente ricoverati avanzavano integratori, altri rifiutavano la NA completamente.

Grafico 1. L'andamento medio del livello di appetito durante i sette giorni di osservazione mostra che il valor medio è tendente a 2, associato ad un livello di appetito intermedio, sia per la colazione che per il pranzo. Gli altri valori sono 0, per appetito assente, 1, se appetito lieve, e 3, cioè un livello massimo.

Grafico 2. Il trend medio della modalità di approccio al pasto risulta in un valor medio, sia a colazione che a pranzo, tende a 3, che identifica una modalità accettante. Gli altri valori sono 1 se i pazienti sono rifiutanti, 2 se riluttanti, e 4 nel caso di approccio vorace.

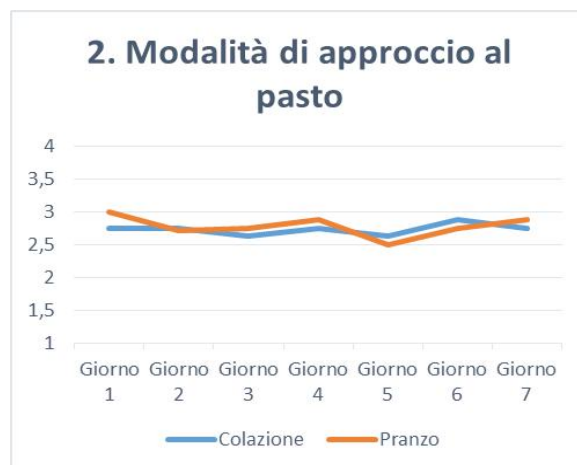
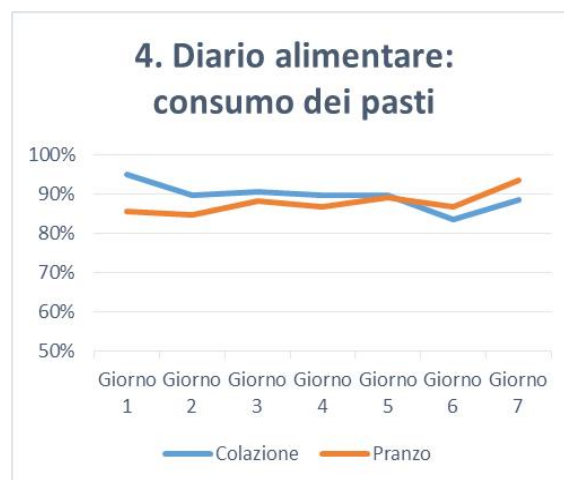


Grafico 3. L'andamento del livello di sazietà medio fa notare una certa stabilità attorno al valore 2 (intermedio) per tutta la durata dell'osservazione. La codifica dei valori è la medesima del livello di appetito.

Grafico 4. È mostrato il consumo medio del pasto nei sette giorni di osservazione. I valori sono stati ricavati dapprima valutando il consumo medio del pasto fornito per paziente per giorno di osservazione, in base al numero di portate fornite. Successivamente, è stato costruito il trend della media globale, riportato nel grafico, ottenuto come media dei valori di consumo precedenti di tutte le pazienti per singolo giorno di osservazione. Tali valori evidenziano che i pasti forniti al campione in oggetto sono stati consumati, in media, quasi nella loro totalità, grazie ad una discreta compliance del campione in esame.



Lo strumento ha permesso di controllare e contenere, anche, i rituali del pasto: i più osservati sono stati “tagliare il cibo in pezzi molto piccoli”, “mangiare molto lentamente” ed “evitare certi cibi”, cioè i comportamenti sintomatici più tipici e potenzialmente influenti sul consumo del pasto.

La situazione è analoga per i comportamenti post-prandiali: depressione, ansia e preoccupazione, reazioni psicologiche tipiche dei pazienti anoressici verso il cibo, sono stati i più frequenti, sebbene sia necessaria una maggiore enfasi sulle cause di tali reazioni, cioè se siano effettivamente connesse al cibo oppure ad altri eventi.

Il modello gestionale ha permesso di evitare la messa in atto dei comportamenti di compensazione, solo l'esercizio fisico è stato rilevato in una paziente, peraltro in forma blanda.

Discussione e conclusioni

Dalla revisione è stato possibile ricavare un modello di gestione del pasto assistito sulla base delle evidenze disponibili, seppure di qualità non eccelsa; inoltre i risultati ottenuti hanno permesso di comprendere che i modelli finora sfruttati, nonostante fossero basati sull'opinione di esperti, hanno una loro effettiva validità. Restano comunque necessari ulteriori studi dal rigore metodologico più elevato che chiariscano il razionale delle azioni da compiere e le conseguenze della mancata attuazione delle stesse.

Lo strumento di valutazione si è rivelato un utile mezzo per monitorare il percorso terapeutico e riabilitativo che i pazienti anoressici svolgono, capace anche di evitare una eccessiva dispersione di informazioni legate al pasto assistito. Sono tuttavia necessari ulteriori studi per verificare l'effettiva sensibilità, specificità e validità dello strumento testandolo su campioni più ampi di pazienti. Lo strumento, inoltre, potrebbe essere utile per una valutazione globale del ricovero, calcolando, per ogni item, il valor medio di tutti i valori osservati durante l'intero percorso di ricovero.

La figura dell'infermiere, dall'esperienza di questo studio, risulta arricchita nella propria competenza professionale, potendo collaborare e integrare altri professionisti della salute nella gestione del pasto assistito, nel controllare che i pazienti non attuino i comportamenti compensativi e, addirittura, gestendo le crisi di ansia e panico relative al cibo dei pazienti affetti da DCA, fermo restando che debba essere adeguatamente formato per la gestione di queste situazioni particolari.

Responsabilità

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi relativamente all'articolo presente e che esso non è stato oggetto di precedenti pubblicazioni, né proposto ad altre riviste.

BIBLIOGRAFIA

- Kells M., Davidson K., Hitchko L., O'Neil K., Schubert-Bob P., McCabe M., *Examining supervised meals in patients with restrictive eating disorders*, Appl Nurs Res, 2013 May; 26(2): 76-79; doi: 10.1016/j.apnr.2012.06.003; Epub 2012 Oct 22; PMID: 23088876.
- Marzola E., Nasser J.A., Hashim S.A., Shih P.B., Kaye W.H., *Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment*, BMC Psychiatry, 2013 Nov 7 ; 13:290; doi: 10.1186/1471-244X-13-290; PMID: 24200367.
- Ministero della Salute, *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*, Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, luglio-agosto 2013.

- Sylvester S.J., Forman S.F., *Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization*, Curr Opin Pediatr, 2008 Aug; 20(4): 390-7; doi: 10.1097/MOP.0b013e32830504ae; PMID: 18622192.
- Wakefield A., Williams H., *Practice Recommendations for the Nutritional Management of Anorexia Nervosa in adults*, 2009 May.
- Zepegno P., Bergamasco P., Fuliano F., Scappatura F., Bovio G., Prosperini P., Gambaro E., Chieppa N., Binda V., Gramaglia C., *Nursing role in the combined inpatient treatment of severe eating disorders: a case report*, 2014, presentazione multimediale per il Kongress Esstörungen 2014, Eating Disorders Alpbach 2014.

Appendice 1 - Strumento di valutazione del pasto assistito

SCALA DI VALUTAZIONE DEL PASTO ASSISTITO

Iniziali pz: _____ Data: _____
 Pasto: Colazione

	0	1	2	3		
1. Livello di appetito percepito	per nulla	lieve	intermedio	massimo		
2. Modalità di approccio al pasto	rifiutante	riluttante	accettante	vorace		
3. Diario alimentare Vedi contratto terapeutico	Alimenti	A 100 %	B 75 %	C 50 %	D 25 %	E 0 %
	Latte, tè o orzo					
	Biscotti					
	Fette di pane tostato					
	Marmellata o Polpa di mirtilli					
	Zucchero					
	Acqua					
4. Tempo (quanto è durato il pasto?)			si	no		
5. Rituali del pasto	Taglia il cibo in pezzi molto piccoli		si	no		
	Mangia molto lentamente		si	no		
	Evita certi cibi		si	no		
	Mangia il cibo in un preciso ordine		si	no		
	Manipola pasti/cibi		si	no		
6. Supplementi alimentari	si		no			
	Quali: _____		Quanto: _____			
7. Nutrizione artificiale	si		no			
	NE		NP			
8. Livello di sazietà percepito	0	1	2	3		
	per nulla	lieve	intermedio	massimo		
9. Comportamento e umore dopo il pasto	Nasconde cibi		si	no		
	È arrabbiato/a		si	no		
	È depresso/a		si	no		
	Ha paura		si	no		
	È ansioso/a		si	no		
	È preoccupato/a		si	no		
10. Comportamenti di compensazione	Vomito autoindotto		si	no		
	Esercizio fisico intenso		si	no		
	Ha usato il bagno dopo il pasto?		si	no		
	Quante volte lo ha usato?					

Firma dell'operatore che ha assistito al pasto: _____

SCALA DI VALUTAZIONE DEL PASTO ASSISTITO

Iniziali pz:

Data:

Pasto: Pranzo

		0	1	2	3		
1. Livello di appetito percepito		per nulla	lieve	intermedio	massimo		
2. Modalità di approccio al pasto		rifiutante	riluttante	accettante	vorace		
3. Diario alimentare Vedi contratto terapeutico		Alimenti					
		A 100 % B 75 % C 50 % D 25 % E 0 %					
		Primo piatto					
		Secondo piatto					
		Cucchiara					
		Forchetta					
		Pane					
		Altre (1)					
Quantità		Acqua					
4. Tempo (quanto è durato il pasto?)							
5. Rituali del pasto		Taglia il cibo in pezzi molto piccoli		si	no		
		Mangia molto lentamente		si	no		
		Evita certi cibi		si	no		
		Mangia il cibo in un preciso ordine		si	no		
		Manipola pasti/cibi		si	no		
6. Supplementi alimentari		Quali: si		Quanto: no			
7. Nutrizione artificiale		Quali: NE		Quanto: NP			
8. Livello di sazietà percepito		per nulla	lieve	intermedio	massimo		
9. Comportamento e umore dopo il pasto		Nasconde cibi			si	no	
		È arrabbiato/a			si	no	
		È depresso/a			si	no	
		Ha paura			si	no	
		È ansioso/a			si	no	
		È preoccupato/a			si	no	
10. Comportamenti di compensazione		Vomito autoindotto			si	no	
		Esercizio fisico intenso			si	no	
		Ha usato il bagno dopo il pasto?			si	no	
		Quante volte lo ha usato?					

Firma dell'operatore che ha assistito al pasto

SCALA DI VALUTAZIONE DEL PASTO ASSISTITO

Iniziali pz: _____ Pasto: **Cena** Data: _____

	0	1	2	3			
1. Livello di appetito percepito	per nulla	lieve	intermedio	massimo			
2. Modalità di approccio al pasto	rifiutante	riluttante	accettante	vorace			
3. Diario alimentare Vedi contratto terapeutico	Alimenti	A 100 %	B 75 %	C 50 %	D 25 %	E 0 %	
	CENA	Primo piatto					
		Secondo piatto					
		Contorno					
		Frutta					
		Pane					
		Altro (*)					
	Bevande	Acqua					
4. Tempo (quanto è durato il pasto?)							
5. Ritualità del pasto	Taglia il cibo in pezzi molto piccoli	si		no			
	Mangia molto lentamente	si		no			
	Evita certi cibi	si		no			
	Mangia il cibo in un preciso ordine	si		no			
	Manipola pasti/cibi	si		no			
6. Supplementi alimentari	Quali:	si		no			
	Quanto:	si		no			
7. Nutrizione artificiale	Quali:	NE		NP			
	Quanto:	si		no			
8. Livello di sazietà percepito	per nulla	lieve	intermedio	massimo			
9. Comportamento e umore dopo il pasto	Nasconde cibi	si		no			
	È arrabbiato/a	si		no			
	È depresso/a	si		no			
	Ha paura	si		no			
	È ansioso/a	si		no			
	È preoccupato/a	si		no			
10. Comportamenti di compensazione	Vomito autoindotto	si		no			
	Esercizio fisico intenso	si		no			
	Ha usato il bagno dopo il pasto?	si		no			
	Quante volte lo ha usato?	si		no			

Firma dell'operatore che ha assistito al pasto _____



ESPERIENZE

Assistenza Domiciliare e Cure Palliative Pediatriche, quale soddisfazione dei bisogni delle famiglie?

di Anna Luchini (1), Annalisa Morandin (2), Ettore Bidoli (3), Lucia De Zen (4), Arianna Bagolin (5), Roberta Grando (6)

(1) Infermiera, Assistenza Domiciliare e Cure Palliative Pediatria Pordenone

(2) Infermiera, docente - Laurea Infermieristica Università degli Studi di Udine

(3) Dirigente biologo, SOC di Epidemiologia e Biostatistica – IRCSS Centro di Riferimento Oncologico Aviano

(4) Medico Pediatra, Responsabile Assistenza Domiciliare e Cure Palliative Pediatriche di Pordenone

(5) Infermiera pediatrica, Assistenza Domiciliare e Cure Palliative Pediatria Pordenone

(6) Docente Responsabile Attività Formative Professionalizzanti e tirocinio - Laurea Infermieristica Pordenone, Università degli Studi di Udine

Corrispondenza: anna.luchini.92@gmail.com

Assistenza domiciliare e cure palliative in pediatria

Si stima che nel mondo siano circa 20 milioni i bambini eleggibili alle cure palliative pediatriche (CPP). In Europa la prevalenza di bambini con patologia che determina morte precoce certa (*life limiting conditions*) risulta in progressivo aumento: dal 2007 al 2010 è raddoppiata, passando da 16 a 32 casi su 10.000 minori. In Italia si stima che ci siano oltre 30.000 bambini con malattia inguaribile, eleggibili alle CPP (Rapporto al Parlamento, 2015).

L'OMS (2002) definisce le CPP come "l'attiva presa in carico globale di corpo, mente e spirito del bambino e comprendono il supporto attivo alla famiglia" con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del bambino e della sua famiglia a domicilio.

Nel 2006 il Ministero della Salute ha pubblicato il documento tecnico "Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente", identificando i bisogni del bambino, della famiglia e degli operatori in CPP.

Dal 2011 è attivo presso l'Azienda per l'assistenza sanitaria n° 5 di Pordenone un Servizio di Assistenza Domiciliare e Cure Palliative Pediatriche (ADCPP).

Groh et al., nel 2013 hanno valutato l'accettazione e l'efficacia delle CPP percepite dai genitori. E' emerso che un team specializzato porta al miglioramento: della comunicazione con il proprio figlio, dell'informazione riguardante la situazione clinica, della qualità di vita dei bambini e dei genitori e ad una riduzione del distress psicologico.

Anche Sheetz e Bowman nel 2012 hanno valutato la soddisfazione della famiglia rispetto alle cure palliative ricevute per il proprio figlio da un team. Lo studio ha evidenziato molta soddisfazione per il supporto psicologico e per la capacità dei genitori di controllare meglio i sintomi.

Obiettivo dello studio proposto è valutare il livello di soddisfazione dei bisogni delle famiglie in carico all'ADCPP di Pordenone, percepito dal *caregiver* di riferimento.

Come abbiamo esplorato la soddisfazione dei bisogni delle famiglie

Lo studio pilota osservazionale trasversale si è svolto dal 18 agosto al 18 settembre 2015. La popolazione era costituita da 44 famiglie in carico al servizio, di queste è stato individuato un campione di convenienza tra quelle che rispondevano ai criteri di inclusione (es. età del *caregiver* \geq a 18 anni, discreta conoscenza della lingua italiana). Sono state 26 le famiglie che hanno dato il consenso, e quasi tutte (n. 25) hanno compilato il questionario, in forma anonima. Non vi era un tempo definito per la restituzione del questionario, che poteva essere compilato e raccolto lo stesso giorno, oppure consegnato ai genitori e raccolto anche la settimana successiva.

Il questionario, elaborato ad hoc sulla base del Documento Tecnico del 2006, raccoglie i dati anagrafici e sociali della famiglia, e prevede 13 bisogni (variabili) raccolti in tre aree:

1. conoscenze, educazione/addestramento, supporto nelle relazioni e aiuto concreto nella casa e vita familiare (domande 1 - 4);
2. accoglimento della sofferenza fisica e psicologica, servizio di supporto economico, facilitazione nei percorsi, funzione "respiro" e volontariato (domande 5 – 9);
3. aiuto per il mantenimento del lavoro, per la gestione degli altri membri della famiglia, in particolare dei fratelli, per la riorganizzazione dei ruoli familiari, per la condivisione in gruppi di auto-aiuto (domande 10 – 13).

Per ogni item viene utilizzata una scala Likert con un punteggio da 1 a 5: 1 molto soddisfatto, 2 soddisfatto, 3 abbastanza soddisfatto, 4 poco soddisfatto, 5 per nulla soddisfatto.

I risultati della nostra esperienza

Il campione era costituito da 25 *caregiver* di riferimento, in maggioranza di sesso femminile, le cui caratteristiche sono sintetizzate nella Tabella 1.

Tabella 1 - Caratteristiche dei caregiver di riferimento intervistati (N = 25)		
	N	(%)
Sesso (N=25)		
Femmine	24	(96)
Età (N=24)		
28-38	12	(50)
39-49	12	(50)
Professione (N=25)		
Casalinga	12	(48)
Impiegata	6	(24)
Insegnante	3	(12)
Libera professione	2	(8)
Dirigente	1	(4)
Operaio	1	(4)

Istruzione (N=25)		
Laurea	11	(44)
Diploma superiore	7	(28)
Qualifica professionale	4	(16)
istruzione di base	3	(12)
Numero figli totali per famiglia (N=25)		
Uno	5	(20)
Da due a quattro	20	(80)
Supporto Economico (N=23)		
Ricevuto	18	(78,3)
Richiesto non ancora ricevuto	1	(4,3)
Non richiesto	3	(13)
Non sapevo	1	(4,3)

La presa in carico del bambino da parte del Servizio è avvenuta entro un mese dalla diagnosi in 13 casi (52%), entro 6 mesi in 6 casi (24%), entro 1 anno in 2 casi (8%), e dopo 1 anno in 4 casi (16%), come emerge dalla descrizione delle caratteristiche dei bambini in oggetto di studio (Tabella 2).

Tabella 2 - Caratteristiche dei bambini presi in carico dal ADCPP i cui genitori sono stati intervistati (N = 25)

	N	(%)
Sesso		
Maschi	13	(52)
Femmine	12	(48)
Fasce di età in anni		
0-3	6	(24)
4-7	11	(44)
8-9	-	-
10-13	4	(16)
14	-	-
15-18	4	(16)
Patologie		
Oncologica	14	(56)
Rara	4	(16)
Congenita	3	(12)
Metabolica	2	(8)
Neurologica	1	(4)
Altro	1	(4)
Cardiaca	-	-

Tempo di presa in carico dalla diagnosi		
Entro 1 mese	13	(52)
Entro 6 mesi	6	(24)
Entro 1 anno	2	(8)
Dopo 1 anno	4	(16)
Tipologia frequenza visite domiciliari		
Settimanale (da 1 a 4 volte)	12	(50)
Mensile (1 o 2 volte)	4	(16,7)
Meno di 1 volta al mese o al bisogno	8	(33,3)

Il bisogno 1 riguarda le *informazioni* che ricevono i genitori sulla situazione clinica del bambino, il bisogno 2 riguarda *l'addestramento* ricevuto nella gestione delle attività di cure e di cure, il bisogno 3 riguarda *l'ascolto e l'aiuto* che riceve il genitore nella relazione con il proprio figlio, il bisogno 4 è relativo al *supporto e aiuto* concreto ricevuto dalla famiglia nella riorganizzazione della casa e della vita familiare (Tabella 3).

Tabella 3 - Frequenza di risposte dei bisogni dell'area A (N = 25)

Bisogni	Molto soddisf.		Soddisfatto		Abb. Sodd.		Poco soddisf.		No bisogno	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Informazioni (N=25)	13	(52)	10	(40)	1	(4)	1	(4)	-	-
Addestramento (N=25)	8	(32)	16	(64)	1	(4)	-	-	-	-
Ascolto (N=25)	7	(28)	14	(56)	3	(12)	1	(4)	-	-
Supporto (N=24)	3	(12,5)	16	(66,7)	3	(12,5)	1	(4,2)	1	(4,2)

Il bisogno 5 riguarda *l'accoglimento del dolore* psichico della famiglia, la presa in carico e il supporto nel riequilibrio delle relazioni interne, il bisogno 6 è relativo al *supporto economico* e ad un aiuto familiare concreto per organizzare le esigenze quotidiane della vita familiare, il bisogno 7 è relativo al servizio di *sollievo* o "funzione respiro", il bisogno 8 è relativo al *supporto* e inserimento in *reti di volontariato*, il bisogno 9 è relativo all'*essere facilitati nei percorsi assistenziali* (Tabella 4).

Tabella 4 - Frequenza di risposte dei bisogni dell'area B (N = 25)

Bisogni	Molto soddisf.		Soddisfatto		Abb. Sodd.		Poco soddisf.		Per nulla soddisf.		No bisogno	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Accoglimento dolore (N=25)	9	(36)	9	(36)	4	(16)	1	(4)	1	(4)	1	(4)
Supporto economico (N=25)	8	(33,3)	11	(45,8)	3	(12,5)	-	-	-	-	2	(8,3)
Sollievo (N=25)	4	(16,7)	12	(50)	3	(12,5)	1	(4,2)	-	-	4	(16)
Supporto volontariato (N=25)	3	(12)	10	(40)	4	(16)	2	(8)	1	(4)	5	(20)
Facilitazione percorsi (N=25)	5	(20)	15	(60)	1	(4)	4	(16)	-	-	-	-

Il bisogno 10 è relativo all'*aiuto* per i genitori al mantenimento della propria attività lavorativa, il bisogno 11 è relativo al *supporto* per gli altri *fratelli*, affinché mantengano impegni scolastici ed extrascolastici, il bisogno 12 riguarda la *riorganizzazione* dei ruoli familiari e il supporto in attività di counselling infine il bisogno 13 è relativo alla *condivisione* e al supporto da gruppi di auto-aiuto (Tabella 5).

Tabella 5 - Frequenza di risposte dei bisogni dell'area C (N = 25)

Bisogni	Molto sodd.		Soddisfatto		Abb. Sodd.		Poco sodd.		Per nulla sodd.		No bisogno	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Aiuto genitori (N=24)	3	(12,5)	8	(33,3)	6	(25)	1	(4,2)	1	(4,2)	5	(20,8)
Supporto fratelli (N=22)	1	(4,5)	13	(59,1)	1	(4,5)	3	(13,6)	1	(4,5)	3	(13,6)
Riorganizzazione (N=23)	4	(17,4)	12	(52,2)	4	(17,4)	3	(13)	-	-	-	-
Condivisione (N=24)	6	(25)	11	(45,8)	4	(16,7)	2	(8,3)	-	-	1	(4,2)

Infine associando il grado di soddisfazione nei diversi bisogni esplorati, emerge che lo stesso è positivamente associato in modo significativo (Correlazione di Spearman > 0,70 e p-value < 0,001) per alcuni di essi:

- il bisogno di *ascolto* è associato al bisogno di *informazione* e al bisogno di *addestramento*;
- il bisogno di *accoglimento del dolore psichico* è associato al bisogno di *aiuto a mantenere l'attività lavorativa* e al bisogno di *riorganizzazione dei ruoli familiari*;
- il bisogno di *supporto* per gli altri *fratelli*, affinché mantengano impegni scolastici ed extrascolastici, è associato al bisogno di *supporto e aiuto concreto nella riorganizzazione della casa e della vita familiare*.

Discussione

Per rendere più agevole una riflessione sui dati raccolti, sono state aggregate le risposte "molto soddisfatti" e "soddisfatti" e ne è stata indicata la percentuale di soddisfazione.

Nell'area di bisogno A, emerge una grande soddisfazione per le *informazioni* ricevute sulla situazione clinica del bambino: 92%. Il Servizio sembra mostrare notevole competenza anche nella funzione educativa: 96%. I risultati sembrano in linea con la letteratura: ad esempio lo studio di Wolff et al., (2010), ha raccolto una soddisfazione media da parte dei genitori per le informazioni ricevute sulla patologia del bambino pari a 1,6 (scala da 1=molto soddisfatti a 6=insoddisfatti).

Vi è anche molta soddisfazione, 84%, in merito al *supporto psicologico* (area di sostegno B), per l'aiuto e l'ascolto ricevuto. Nello studio Groh et al. 2013, stress psicologico, ansia, depressione e "carico" dei *caregiver* diminuiscono significativamente dopo il coinvolgimento da parte di un team di CPP. L'*accoglimento del dolore psichico*, dell'ansia e dell'angoscia registra complessivamente un 72% di soddisfazione: aspetto complesso da gestire e soddisfare nonostante la specifica formazione avanzata nell'ambito delle cure palliative da parte dell'équipe.

Il gradimento è alto (79,2%) anche nel supporto e aiuto per la *riorganizzazione* della casa e vita familiare.

Il *supporto economico* mostra che l'80% del campione è molto soddisfatto o soddisfatto del sostegno ricevuto.

Emerge soddisfazione anche per la *funzione respiro* (67%).

Risulta abbastanza gradito anche il supporto ricevuto dalle *reti di volontariato* o da altri genitori che condividono lo stesso percorso (52%).

L'area di bisogno C (sociale) manifesta un lieve calo di soddisfazione. Solo il 45% dei genitori ha segnalato gradimento rispetto alla soddisfazione del bisogno *aiuto per mantenere l'attività lavorativa*. Tuttavia il 20% ha segnalato di non aver avuto questo tipo di necessità. Due sono le possibili interpretazioni: o molti genitori sono senza lavoro a prescindere dalla malattia del figlio oppure sono state fornite le agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 (legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Rispetto al *supporto per gli altri minori* presenti in famiglia, affinché mantengano impegni scolastici e sociali, la soddisfazione globale è del 63,64%.

Vi è inoltre, in linea con la letteratura, molta soddisfazione (70%) nel supporto e nell'attività di *counselling* per facilitare la *riorganizzazione* dei ruoli familiari. Lo studio di Hays et al., (2006), ha rilevato che la soddisfazione in merito al supporto psicologico alla famiglia è statisticamente significativa grazie al team che li ha presi in carico.

Infine, in merito all'analisi del campione nei due gruppi "bambini con patologia oncologica" e "patologia non oncologica" emerge che nell'area A, la soddisfazione è maggiore nel gruppo dei genitori di bambini oncologici per l'area delle *informazioni* (92,9 vs. 90,9%), dell'*addestramento* (100 vs. 90,9%) e nell'*ascolto* (85,7% vs. 81,8%). Una possibile interpretazione potrebbe essere data dal fatto che le conoscenze sulle patologie oncologiche sono maggiori rispetto a quelle sulle malattie rare o croniche. Relativamente al *supporto e aiuto concreto nella riorganizzazione della casa e della vita familiare* invece sono più soddisfatti i genitori di bambini non oncologici (90 vs. 71,4%).

Nell'area B la soddisfazione è abbastanza distribuita nei due gruppi. Rispetto al *supporto economico* (85,8 vs. 70%) e al supporto delle reti di *volontariato* (57,15 vs. 45%) la soddisfazione è maggiore nei genitori di bambini oncologici. I bambini non oncologici hanno storie di malattia molto diverse, spesso sono affetti da malattie rare, croniche, ed è difficile creare una rete di supporto o gruppi di auto aiuto.

Nell'area C la soddisfazione sembra essere maggiore nel gruppo "patologia non oncologica", ma l'interpretazione di questi dati è una questione aperta.

Associando la soddisfazione dei bisogni con il momento in cui era stata presa in carico la famiglia, non è emersa nessuna correlazione statisticamente significativa; sembrerebbe quindi che, a prescindere dal tempo in carico della famiglia, i bisogni vengano soddisfatti.

Conclusioni

Gli ottimi risultati ottenuti in merito alla soddisfazione dei *caregiver* sembrano indicare che il Servizio di ADCPP pordenonese potrebbe essere considerato un modello di riferimento.

La minor soddisfazione rilevata nell'area sociale dei bisogni potrebbe segnalare la necessità di integrare l'équipe di CPP con una figura a competenza sociale; in letteratura si trova già definito il ruolo dell'assistente sociale come membro di équipe CP per adulti e il suo specifico curriculum formativo.

Questo studio inoltre potrebbe stimolare una riflessione sul modello di aggregazione delle associazioni di volontariato che attualmente si basa prevalentemente sulla patologia d'organo piuttosto che sui bisogni dell'assistito considerando anche la dimensione psico-sociale della persona.

I limiti di questo studio sono: la non validazione del questionario utilizzato, la ridotta numerosità del campione, il rilevatore non esterno allo studio, e la nazionalità straniera di sette famiglie che hanno partecipato allo studio, ma potrebbero aver avuto delle difficoltà di comprensione in quanto prive della sufficiente conoscenza della lingua italiana ai fini della compilazione del questionario.

Ulteriori studi potrebbero analizzare questo modello di presa in carico delle CPP, per descrivere i fattori favorevoli a una presa in carico molto soddisfacente per le famiglie.

BIBLIOGRAFIA

- De Zen L, Manfredini L, Benini F (2015). *Le cure palliative pediatriche: la nuova medicina per un vecchio problema*. Area Pediatrica, 16(3): 127-133.
- Groh G, Borasio G D, Nickolay C, Bender H U, Von Lüttichau I, Führer M (2013). *Specialized pediatric palliative home care: a prospective evaluation*. Journal of Palliative Medicine, 16(12): 1588-94.
- Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".
- Ministero della salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Commissione per le cure palliative pediatriche. *Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente - Documento tecnico*. 2006 (disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_580_allegato.pdf).
- Sheetz M J, Bowman M A (2012). *Parents' perceptions of a pediatric palliative program*, American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 30(3): 291-296.

ESPERIENZE

Psichiatria senza contenzioni. Il progetto sperimentale gestione eventi critici nel SPDC di Trento

di **Maurizio Davi'**

Coordinatore Professioni Sanitarie, SPDC Ospedale S. Chiara - Trento

Corrispondenza: maurizio.davi@apss.tn.it

Introduzione

Dall'applicazione della L. 180 nel 1978, la visione della psichiatria in Italia è certamente mutata. Se prima di tale riforma la funzione della psichiatria era quella di affrontare la malattia mentale, ritenuta inguaribile, con un approccio custodialistico e contenitivo, oggi con lo sviluppo della psichiatria di comunità è ormai largamente accettata l'idea che gli interventi in ambito psichiatrico debbano avere approcci multidisciplinari orientati al *recovery*, valorizzando la responsabilità, la partecipazione e il protagonismo degli utenti alla cura, nel rispetto della dignità della persona.

Seppur nella legge citata non se ne faccia cenno esplicitamente, il superamento dell'utilizzo della contenzione fisica in psichiatria rappresenta dunque un naturale sviluppo di questo processo. Da anni, vari organismi nazionali e internazionali si pongono l'obiettivo della riduzione della contenzione, fino al suo completo superamento, a partire dal Comitato Nazionale per la Bioetica, che considera la pratica della contenzione come lesiva della dignità della persona, nonché un residuo della cultura manicomiale, che produce cronicizzazione anziché il recupero della malattia (CNB, 2000). D'altra parte, tale pratica rappresenta chiaramente una violazione dell'art. 13 della Costituzione e si configura come restrizione della libertà personale.

Tuttavia, la pratica di legare i pazienti contro volontà risulta essere tuttora applicata in forma non eccezionale nella maggior parte delle strutture psichiatriche, come ha denunciato il Comitato Nazionale per la Bioetica nel 2015. I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) che usano la contenzione spesso hanno alle spalle servizi territoriali e reti sociosanitarie deboli, intendendo con ciò servizi territoriali aperti per un numero limitato di ore, che non offrono personale adeguatamente qualificato e formato, con scarsi collegamenti con altri centri e servizi della rete sociosanitaria territoriale.

Su un altro binario si muove la politica *no restraint*, basata su metodi non restrittivi, evitando per esempio di chiudere a chiave la porta d'ingresso del reparto e utilizzando strategie alternative alla contenzione fisica. Tra queste l'*holding*, una tecnica usata dall'operatore per contenere la crisi del malato, ricorrendo all'ascolto e impegnando anche il proprio corpo nel tentativo di stabilire un dialogo. In questo caso, l'uso della forza e la limitazione fisica della persona sono contingenti, di breve durata, utili a creare la relazione, mantenendo aperta la negoziazione alla ricerca di soluzioni e scelte condivise.

Sulla scorta del pensiero di Franco Basaglia, la cura delle persone affette da un disagio psichico è possibile infatti solo se i pazienti psichiatrici sono liberi e hanno con il personale sanitario una relazione caratterizzata dalla reciprocità e dalla conservazione del potere contrattuale. Ciò rinvia con chiarezza alla questione dei poteri nella relazione e alla necessità di stabilire uno scambio per poter assumere quella qualità terapeutica necessaria per curare (Toresini, 2005).

Le realtà *no restraint* hanno alle spalle una rete di servizi presenti all'interno della comunità, aperti tutto il giorno o anche 24 ore su 24, con una buona capacità, dunque, di filtro delle emergenze, resa ancora più efficace dal fatto che gli operatori territoriali conoscono il paziente, che è a sua volta meno spaventato se ad accoglierlo sono operatori a lui familiari.

Gli SPDC che in Italia adottano un modello orientato al *no restraint* sono ancora un numero limitato rispetto al totale: possono essere individuati, sulla base della localizzazione geografica, nella Figura 1.

Figura 1 - Distribuzione geografica degli SPDC *no restraint*



Per promuovere la cultura *no restraint* negli SPDC, nel 2013 è stata fondata a Trento l'associazione di promozione sociale denominata *Club SPDC no restraint*, senza scopi di lucro. Il fine è quello di promuovere l'azzeramento dei mezzi di contenzione fisica, mantenendo le porte degli SPDC aperte, nel pieno rispetto della libertà e dignità delle persone ricoverate, privilegiando tutti gli interventi relazionali e stimolando al massimo la responsabilità delle persone nel proprio percorso di cura.

Il Club attualmente sta anche lavorando alla definizione dei criteri di qualità *no restraint* e su come verificarli.

Nel corso degli anni, dunque, la sensibilità rispetto a questo tema è aumentata, come mostra anche la campagna nazionale promossa dal Forum Salute Mentale per l'abolizione della contenzione fisica "...e tu slegalo subito", presentata ufficialmente a Roma nel gennaio 2016, con successivi numerosi convegni itineranti lungo tutta la Penisola. Il prossimo incontro nazionale degli SPDC *no restraint* si terrà in Emilia Romagna, regione dove attualmente è in atto un programma di superamento delle contenzioni.

Il nostro percorso

Nel servizio di Trento la politica *no restraint* è in fase di consolidamento.

L'obiettivo è il superamento della contenzione fisica, attraverso un progetto sperimentale mirato (attivato nel 2016) denominato *Gestione eventi critici in SPDC*, che si affianca ad attività e pratiche riabilitative già da tempo presenti nel medesimo servizio. L' SPDC di Trento, in linea con la filosofia del servizio Salute Mentale di riferimento, già da anni si muove verso un pensiero *no restraint*: ciò significa che, la contenzione con mezzi meccanici non è contemplata tra gli interventi del servizio, ma più complessivamente si sta cercando di superare i limiti di percorsi di cura e assistenziali centrati esclusivamente sull'accudimento, sulla custodia (le porte del reparto sono aperte) e sull'uso del farmaco (Davì, 2011, 2013). Il fine ultimo è quello di promuovere un'assistenza orientata al *recovery*, che punti quindi alla responsabilità personale in un'ottica di cogestione della malattia anche in fase acuta, secondo la convinzione che nessuno è privo di risorse (De Stefani, 2007). La nostra pratica, condivisa da un numero sempre maggiore di SPDC Italiani, prevede di conseguenza un forte impegno al fine di evitare il ricorso ai mezzi di contenzione fisica, privilegiando quello che è il contenimento relazionale.

La gestione degli eventi critici prevede alcuni interventi organizzativi e la messa a disposizione di risorse mirate in caso di situazioni di crisi di uno o più pazienti. Dal punto di vista organizzativo, si interviene con una strategia mirata tutte le volte che:

- il normale assetto del team del servizio e la presenza di Utenti Familiari Esperti (UFE) in reparto non permette di fronteggiare adeguatamente le situazioni di crisi;
- tutte le forme di intervento terapeutico, farmacologico e relazionale (prendendo in considerazione anche la possibilità di un coinvolgimento dei familiari) sono risultate inefficaci o non sufficienti a garantire la protezione dell'assistito da rischi per la propria e altrui incolumità (cadute, agiti auto-etero lesivi).

Esplorati questi percorsi, si avvia il progetto sperimentale *Gestione eventi critici in SPDC*, sostenuto economicamente dal Consiglio di Direzione Aziendale (APSS) come progetto ad alta priorità direzionale/aziendale, con un fondo dedicato destinato agli operatori del comparto aderenti. Il coordinatore del personale del SPDC, su mandato del referente del progetto (responsabile medico di reparto) è stato incaricato di costituire la squadra di operatori per gli eventi critici, oltre che di stendere il progetto esecutivo, sulla base delle disponibilità volontarie.

Quando il normale assetto di presenze di operatori e UFE in reparto non permette di fronteggiare adeguatamente le situazioni di crisi e quando tutte le forme di intervento terapeutico, relazionale (prendendo in considerazione anche la possibilità di un coinvolgimento dei familiari) e farmacologico risultano inefficaci o non sufficienti a garantire la protezione dell'assistito da rischi per la propria e altrui incolumità (cadute, agiti auto-etero lesivi), a tal punto da rischiare di essere contenuto fisicamente, è prevista l'attivazione del progetto sperimentale *Gestione eventi critici in SPDC*.

Questo progetto prevede:

- la presenza aggiuntiva e continuativa di 1-2 operatori esperti nella relazione, in supporto al team del servizio, durante la fase di crisi acuta del paziente;
- la permanenza in SPDC di uno dei medici del reparto fino alle ore 19 nei giorni feriali;
- la presenza attiva del medico reperibile dalle 19.00 alle 20.00, salvo ulteriori necessità di permanenza, nei giorni feriali e per tutto il tempo in cui la situazione lo richiede nei giorni festivi.

Tali operatori sono individuati secondo le seguenti priorità:

- operatori dell'Area Salute Mentale esperti (educatore, tecnico della riabilitazione psichiatrica, infermiere, Oss/Ota), che, in accordo con il proprio responsabile, svolgono attività in SPDC in orario di servizio, piuttosto che nella propria area di appartenenza;
- operatori dell'Area Salute Mentale esperti (educatore, tecnico della riabilitazione psichiatrica, infermiere, Oss/Ota), che, al di fuori del proprio orario di servizio (prestazione oraria aggiuntiva), hanno dato adesione volontaria al progetto.

Gli operatori di cui sopra garantiscono, con la propria presenza, attività di supporto al team del SPDC, contribuendo alla gestione di criticità e alla sicurezza e funzionalità complessiva del reparto.

Il team del reparto in turno mantiene la responsabilità della gestione della situazione di crisi ed è chiamato a orientare le attività di supporto da affidare agli operatori addizionali.

Al momento della chiamata, l'operatore aggiunto richiamato in servizio sulla base delle liste di disponibilità volontarie entra in servizio in SPDC nel più breve tempo possibile (30-60 minuti).

Gli operatori esperti nella relazione hanno quindi lo scopo di garantire, con la propria presenza fisica in reparto, l'attività di contenimento relazionale (*holding*) del soggetto in crisi acuta, in collaborazione con gli altri operatori presenti in turno, permettendo nello stesso tempo la gestione dei pazienti nel loro insieme.

E' possibile anche attivare in urgenza altre figure di supporto, in relazione a motivazioni specifiche e su indicazione del responsabile di reparto in accordo con il Direttore. La scelta avverrà secondo i criteri seguenti:

- un Utente Familiare Esperto (UFE), componente di una associazione accreditata dall'Azienda e remunerato dalla stessa, che abbia maturato un'esperienza di almeno un anno come UFE e in particolare abbia operato in contesti significativi nell'ambito delle situazioni di crisi;
- un rifugiato politico o richiedente asilo, componente di una associazione accreditata dall'Azienda e remunerato dalla stessa, in regola col permesso di soggiorno, che abbia partecipato ai corsi di formazione ad hoc organizzati dal Comune di Trento e dal servizio di Salute Mentale di Trento, che abbia maturato esperienze in attività di presenza/supporto nei confronti di utenti del Servizio, al loro domicilio e/o nei ambiti di attività del Servizio, con particolare riguardo alle situazioni di crisi. In alcuni casi tale presenza assume un significato di valore aggiunto se vi è la stessa provenienza etnico-linguistica tra associato e utente in crisi.

Risultati

I risultati raggiunti nell'anno 2016, grazie a tutto il team di lavoro, hanno segnato una netta inversione di tendenza e dimostrato che il *no restraint* si può fare se tutti (SPDC e Servizio territoriale) sono orientati a questo approccio.

Nonostante delle difficoltà in alcuni momenti degli eventi critici - senso di paura, inadeguatezza - il team di lavoro ha riconosciuto numerosi punti di forza di questo progetto: aumento del senso di appartenenza al servizio, incremento della motivazione, maggior condivisione dei momenti difficili.

Per rafforzare e sostenere ulteriormente il progetto, nel 2017 sono stati pianificati dei momenti formativi per il personale:

- costituzione di un gruppo multiprofessionale di lavoro con il mandato di seguire i progetti legati al *no restraint*;
- visite guidate alla Clinica Psichiatrica Cantonale di Lugano e al SPDC *no restraint* di Merano;
- partecipazione all'incontro nazionale ed internazionale degli SPDC *no restraint*;
- organizzazione di un evento formativo sulla gestione del paziente aggressivo e sulle tecniche di de-escalation;
- implementazione della Broset Violence Checklist (BVC) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in unità psichiatrica;
- avvio di un tavolo di lavoro in SPDC composto da operatori, UFE, utenti e familiari sul tema della *recovery*;
- costituzione di una biblioteca pubblica *no restraint* all'interno del SPDC.

Conclusioni

La gestione dei pazienti in un reparto orientato al *no restraint* senza strumenti contenitivi risulta senza dubbio più complessa: non è facile convincere un paziente ad accettare le cure in regime volontario o convincerlo ad assumere una terapia. Climi meno restrittivi pongono infatti l'operatore e il paziente in situazioni di continua relazione e confronto, obbligano i primi a trovare sempre espedienti relazionali nuovi per confrontarsi con la persona. Fare questo può risultare stimolante per il professionista, ma al contempo estremamente faticoso, frustrante, se non si è allenati a farlo.

A questo scopo, nel SPDC di Trento, già da diversi anni, si è cercato di ampliare l'offerta di attività riabilitative e risocializzanti a valenza terapeutica, con il fine di fornire delle strategie di coinvolgimento utili a stimolare processi di cambiamento e di sviluppo positivo, cercando di favorire al massimo processi di responsabilizzazione degli utenti. In reparto, nell'arco della settimana, si svolgono attività strutturate (gruppi psico-educativi e sul tema della *recovery* aperte anche ai familiari, attività manuali, ginnastica dolce e trattamenti shiatsu, danze popolari, cineforum, laboratori di musica e di teatro), talvolta anche aperte al pubblico, oltre ad eventi extra-ordinari come feste e concerti, che hanno la finalità di ridurre lo stigma e il pregiudizio e di favorire un clima di accoglienza e positività rispetto al mondo della salute mentale, "aprendo le porte" alla collettività. Altre pratiche riabilitative che vanno nella stessa direzione sono: la terapia cognitivo-comportamentale, basata sul modello stress-vulnerabilità-coping e il progetto UFE basato sui principi dell'empowerment.

Il progetto Gestione eventi critici si inserisce coerentemente nella direzione da tempo intrapresa e che sta dando già buoni frutti, se si considera che il 2016 (anno di attivazione del progetto) ha segnato una netta inversione di tendenza all'interno del SPDC di Trento e dimostrato che il *no restraint* si può fare con l'impegno, convinzione e passione di tutto il team di lavoro. Il 2017 sarà un anno importante per poter effettuare un'analisi più accurata dei dati e dei risultati raggiunti.

Imprescindibile, per proseguire su questa strada, la formazione del personale e, più in generale, la motivazione di tutti coloro che ruotano intorno al servizio: la scelta di lavorare con un orientamento *no restraint* nei Servizi psichiatrici diagnosi cura non può infatti obbedire soltanto a una mera ideologia, ma deve muoversi necessariamente in concomitanza con un cambiamento culturale e un'apertura mentale da parte di tutti, operatori e dirigenti. La relazione è l'unico strumento che gli operatori hanno per prendersi cura delle persone ricoverate; intorno a questa gioca tutta la loro professionalità e autonomia. Non è semplice, ma la pratica degli SPDC orientati *no restraint* in Italia e all'estero ci dimostrano che è possibile, basta volerlo.

Lettere dal reparto - IX Convegno Nazionale ed internazionale dei SPDC no restraint, Terni, ottobre 2016.

Mariagrazia, infermiera

No restraint non è solo evitare le contenzioni fisiche e tenere la porta del reparto aperta ma è in generale il rispetto dei diritti, della libertà, della dignità della persona. Più volte ci è stato detto: "la libertà è terapeutica"!

Il no restraint è l'evitare di trasformare la persona in un corpo "domato" e privato della sua storia, è il comprendere anziché porsi in un'ottica giudicante, è la tolleranza dell'incertezza senza agire immediatamente nella direzione della chiusura, è il contrattare e non solo il trattare, è l'ascolto attivo.

E che strumenti abbiamo a disposizione? Relazione, relazione e ancora relazione...

Uscire dal nostro autocentrismo e credere che la qualità della relazione sia fondamentale nel percorso di cura.

Altro punto che mi ha portata a riflettere è stato apprendere l'importanza che gli utenti attribuiscono al clima di reparto e come siano fondamentali relazioni sane e comunicazione efficace tra staff e utenti. Chiedersi se talvolta l'aggressività dei nostri utenti non sia legata solo alla psicopatologia ma a variabili ambientali del contesto sanitario, del reparto, dello staff.

Penso che anche obiettivi difficili da raggiungere possano essere perseguibili se ci si crede e soprattutto se si lavora insieme per lo stesso obiettivo.

Francesca, psichiatra

Un ideale, quello del no restraint, che ci rende un'unica squadra e permette di confrontarci nell'ottica di una collaborazione per modificare il nostro modo di lavorare. Ci ricorda che bellissimo lavoro facciamo, a contatto con le persone, con la loro parte più intima. Rifletto sul fatto che a fronte di tanta umanità richiesta, che è imprescindibile dalla nostra professionalità, abbiamo ancora la possibilità di legare, di non rispettare i diritti dei nostri pazienti, di calpestare la loro dignità. E nel fomentarmi per affrontare questa battaglia mi rendo conto di quanto mi sia antipatica la porta del nostro reparto. Un porta che chiude, non accoglie. Di quelle porte che anche se sono aperte si da per scontato che siano chiuse.

Sono grata di aver potuto avere la possibilità di partecipare. E' stato un dono.

Coltivo l'idea di come voglio lavorare e penso che si può fare.

Sonia, educatrice

Non ci dovrebbero essere linee guida sulla contenzione perché averle ne presuppone l'utilizzo, così come non si dovrebbe parlare di rischio fuga o allontanamento...

...ridurre posti letto e curare ancora di più a domicilio, lasciar andare e non avere la possibilità di chiudere o coercire... è un modo diverso di pensare all'altro...

Siamo fortunati in questo pezzo di storia, possiamo esserci e ringrazio per questo.

BIBLIOGRAFIA

- Comitato nazionale per la bioetica. *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 2000, p. 18.
- Comitato nazionale per la bioetica. *La contenzione: problemi bioetici*. Parere del 23 aprile 2015.
- Davi M (2013). *Valutazione dell'impatto del modello "porte aperte" nei servizi psichiatrici diagnosi e cura*. Editore Centro documentazione Pistoia, Pistoia.
- Davi M (2011). *Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei servizi psichiatrici a porte aperte: l'esperienza dell'Spdc di Trento*. L'infermiere, 2, 28-33.
- De Stefani R (2007). *Il fare assieme di utenti, familiari e operatori nel Servizio salute mentale di Trento*. Rivista Sperimentale di Freniatria, 2 (2).
- Toresini L (2005). *Spdc aperti e senza contenzione*, Editore Centro documentazione Pistoia, Pistoia.
- <https://www.facebook.com/associazioneclubSPDCnorestraint/?fref=ts>, u.c. 22 maggio 2016.
- <http://www.slegalosubito.com/>, u.c. 22 maggio 2016.

ESPERIENZE

Chirurgia protesica di spalla: fattori predisponenti a emotrasfusioni post-operatorie e screening pre-operatorio

di **Tiziana Leardini (1)**, **Anna Cristallo (2)**, **Samantha Romani (3)**, **Paolo Paladini (4)**, **Giuseppe Porcellini (5)**, **Simonetta Nucci (6)**

(1) *Coordinatrice Infermieristica - Azienda Usl Romagna – Cattolica (RN)*

(2) *Infermiere - Azienda Usl Romagna – Cattolica (RN)*

(3) *Infermiera - Azienda Usl Romagna – Cattolica (RN)*

(4) *Dirigente Medico - Azienda Usl Romagna – Cattolica (RN)*

(5) *Direttore U.O. - Azienda Usl Romagna – Cattolica (RN)*

(6) *Direttore U.O. Medicina Trasfusionale - Azienda Usl Romagna – Rimini*

Corrispondenza: t.leardini@auslromagna.it

Introduzione

L'impianto di protesi di spalla è oggi uno degli interventi più comuni in ambito ortopedico, per il quale può rendersi necessario l'utilizzo di trasfusioni di emazie concentrate, che non sono esenti da rischi. I fattori da valutare in quanto predittivi di un'eventuale trasfusione di emazie concentrate sono vari (Bovill et al., 1989; Sperling et al., 2005; Gruson et al., 2009; Millett et al., 2006; Schumer et al., 2010), tra cui ricordiamo: valori dell'HB pre-operatoria, tipo di protesi, durata dell'intervento, cementazione, perdite ematiche in sala operatoria, sesso, età. Ulteriori fattori di rischio sono le patologie associate, come il diabete e le cardiopatie (Ahmadi et al., 2014).

Conoscere le caratteristiche biologiche dei pazienti, come età, sesso, emoglobina, può orientare il clinico ad un corretto *Patient Blood Management* (ministero Salute, 2012). Come sappiamo, il sangue è una risorsa preziosa e da utilizzarsi responsabilmente: una gestione organizzata può ottimizzarne il ricorso e migliorare il rapporto costo-benefici nella chirurgia protesica della spalla.

A tale scopo sarebbe anche necessario individuare i fattori di rischio predisponenti alla trasfusione per individuare le caratteristiche comuni e le variabili che determinano la necessità di trasfondere pazienti operati per protesi di spalla. In tal modo si potrà individuare una certa categoria di pazienti che avrà una percentuale maggiore di essere trasfusa rispetto ad altri pazienti che potranno anche evitare di effettuare esami pre-operatori aggiuntivi, vista la scarsa probabilità di dover effettuare una trasfusione post-operatoria.

Si tratta quindi di:

- limitare l'esecuzione di una serie di esami ematochimici pre-operatori;
- ridurre o evitare la richiesta di emazie concentrate;
- evitare il trasferimento delle emazie concentrate dal centro trasfusionale al servizio di utilizzo e il rientro presso il centro trasfusionale in caso di mancata trasfusione.

Obiettivo di questo studio è eliminare le prove crociate di emocompatibilità effettuate il giorno prima dell'intervento, introducendo di routine il test di Coombs indiretto tra gli esami pre-operatori.

Il nostro percorso

Da ottobre 2014 a febbraio 2015 sono stati reclutati tutti i pazienti sottoposti a intervento di protesi di spalla presso l'UO di Chirurgia Ortopedica della spalla e del gomito dell'Ospedale Cervesi di Cattolica. Per ogni paziente sono stati registrati i seguenti dati:

- sesso;
- età;
- tipo di protesi;
- valori di emoglobina pre-operatori (Hb PO);
- valori di emoglobina rilevati dopo l'intervento (Hb T0);
- valori di emoglobina rilevati il giorno dopo l'intervento (Hb T1);
- valori di emoglobina rilevati in terza giornata dopo l'intervento (Hb T2);
- trasfusione;
- numero di emazie concentrate trasfuse in I giornata post-operatoria;
- numero di emazie concentrate trasfuse in II giornata post-operatoria.

Abbiamo considerato utile, per ottenere dati rilevanti, un campione di 100 pazienti. Nella seconda parte del nostro progetto, in base ai risultati preliminarmente ottenuti, in accordo con la Direzione Sanitaria e con il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, sono state eliminate le prove crociate di emocompatibilità effettuate il giorno prima dell'intervento ed è stato introdotto, in maniera routinaria, il test di Coombs indiretto tra gli esami pre-operatori.

Risultati

A febbraio 2015 abbiamo raggiunto il numero previsto di 100 pazienti. Sono state effettuate emotrasfusioni nel 5% dei pazienti operati.

Le variabili coinvolte in tali pazienti erano le seguenti:

- sesso femminile;
- età superiore a 69 anni;
- emoglobina pre-operatoria < a 12 g/dl;
- impianto di artroprotesi inversa.

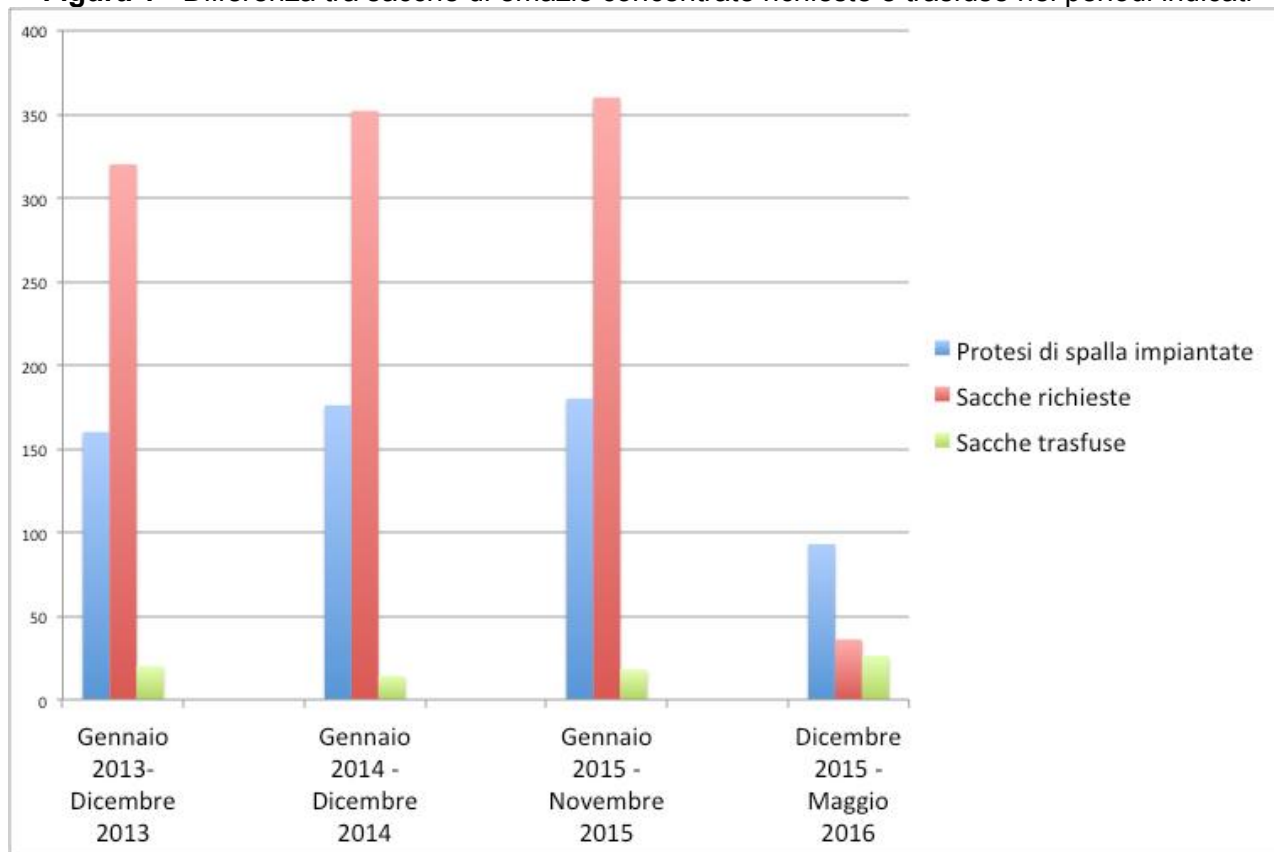
Tutte le altre variabili non hanno riportato valori significativi. In nessun caso è stata effettuata una trasfusione in pazienti di sesso maschile, con impianto di protesi anatomica e in pazienti di età inferiore a 69 anni con valori di emoglobina superiori a 12.

Nella seconda parte dello studio, svoltosi tra dicembre 2015 a maggio 2016, sono state eliminate dal protocollo di pre-ospedalizzazione le prove di compatibilità crociate ed è stato introdotto il test di Coombs indiretto su 93 pazienti operati di artroprotesi di spalla. La richiesta di emotrasfusione è stata effettuata in 9 pazienti (10%). Le emazie concentrate richieste sono state trasfuse in quasi tutti i casi.

Nella Figura 1 appare evidente la differenza, negli anni 2013, 2014 e prima parte del 2015, tra il numero di sacche di emazie concentrate richieste e il numero di trasfusioni effettivamente effettuate. Nel periodo esaminato (2015 - 2016) il numero delle richieste di emazie concentrate è diminuito sino a 36 richieste.

Di queste 26 sono state trasfuse, portando a una percentuale del 72% di sacche trasfuse su sacche richieste. Nel 2013 la percentuale di sacche trasfuse su richieste era del 6%, nel 2014 del 4% e nella prima parte del 2015 del 5%. Tutti i pazienti trasfusi avevano le caratteristiche già evidenziate tra i fattori predisponenti.

Figura 1 - Differenza tra sacche di emazie concentrate richieste e trasfuse nei periodi indicati



Risultati

I nostri esiti risultano allineati alla letteratura corrente (Gruson et al., 2009; Ahmadi et al., 2014; Schumer et al., 2010; Hardy et al., 2013): sono stati infatti confermati i fattori predisponenti la trasfusione già individuati in letteratura. L'individuazione di questi fattori ci ha permesso di eliminare un accesso in ospedale del paziente per eseguire le prove crociate di compatibilità. Questo ha prodotto una riduzione di ore/lavoro infermieristiche, nelle quali si sono potute effettuare ulteriori attività assistenziali, e per il paziente un minor disagio, dato che gli accessi ospedalieri sono spesso difficoltosi e onerosi.

Effettuare il test di Coombs indiretto ci ha permesso inoltre di ottenere una facile e immediata disponibilità ematica, in quanto anche i sottotipi ematici sono da subito testati e pertanto il sangue richiesto è stato facilmente individuato e spedito. Evitare il 95% delle richieste ematiche ha comportato inoltre un abbattimento dei costi di preparazione, spedizione, stoccaggio e re-immissione delle emazie richieste e non trasfuse, con una riduzione del rischio di alterazione del sangue trasportato.

Alla luce di tali evidenze sarebbe necessario valutare ematologicamente i pazienti candidati ad intervento di protesi della spalla programmando esami idonei nel pre-operatorio, come valutazione Hb, sideremia, transferrina e ferritina, correggendo l'eventuale siderocarenza con Ferro per os o ev., in modo da ottimizzare il livello di Hb pre-operatoria. Tale approccio consentirebbe di evitare e limitare la necessità di terapia secondo un corretto *Patient Blood Management*, in procinto di partire nella nostra U.O.

Conclusioni

La collaborazione tra il servizio chirurgico, il servizio di immunoematologia e di medicina trasfusionale, con tutti i loro professionisti, ha permesso di evidenziare i pazienti con maggiore possibilità di dover effettuare un'emotrasfusione tra quelli sottoposti a intervento di artroprotesi di spalla e di delineare un protocollo di pre-ospedalizzazione mirato a tali pazienti a rischio e non a tutti quelli sottoposti alla stessa procedura.

Tale protocollo ha consentito un notevole risparmio economico, evitando inutili trasferimenti di emazie da e per il centro trasfusionale, di risorse umane, evitando il prelievo per le prove crociate di compatibilità, e diminuendo notevolmente il rischio di errore nell'individuazione della corretta unità ematica, avendo ridotto il numero di richieste all'essenziale.

Il monitoraggio di questi primi risultati potrebbe darci ulteriori informazioni e delineare maggiormente il gruppo di pazienti potenzialmente destinati all'emotrasfusione per rendere ancora più efficace il rapporto richiesta/trasfusione effettiva.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmadi S, Lawrence T M, Sahota S, Schleck C D, Harmsen W S, Cofield R H, Sperling J W. *The incidence and risk factors for blood transfusion in revision shoulder arthroplasty: our institution's experience and review of the literature*. *Shoulder Elbow Surg*. 2014 Jan;23(1):43-8. doi: 10.1016/j.jse.2013.03.010. Epub 2013 May 21.
- Bovill D F, Norris T R. *The efficacy of intraoperative autologous transfusion in major shoulder surgery*. *Clin Orthop Relat Res*. 1989 Mar;(240):137-40.
- Gruson K I, Accousti K J, Parsons B O, Pillai G, Flatow E L. *Transfusion after shoulder arthroplasty: an analysis of rates and risk factors*. *J Shoulder Elbow Surg*. 2009 Mar-Apr;18(2):225-30. doi: 10.1016/j.jse.2008.08.005. Epub 2008 Dec 31.
- Hardy J C, Hung M, Snow B J, Martin C L, Tashjian R Z, Burks R T, Greis P E. *Blood transfusion associated with shoulder arthroplasty*. *J Shoulder Elbow Surg*. 2013 Feb;22(2):233-9. doi: 10.1016/j.jse.2012.04.013. Epub 2012 Aug 29.
- Millett P J, Porramatikul M, Chen N, Zurakowski D, Warner J J. *Analysis of transfusion predictors in shoulder arthroplasty*. *J Bone Joint Surg Am*. 2006 Jun;88(6):1223-30.
- Schumer R A, Chae J S, Markert R J, Spratt D, Crosby L A. *Predicting transfusion in shoulder arthroplasty*. *J Shoulder Elbow Surg*. 2010 Jan;19(1):91-6. doi: 10.1016/j.jse.2009.05.001.
- Sperling J W, Duncan S F, Cofield R H, Schleck C D, Harmsen W S. *Incidence and risk factors for blood transfusion in shoulder arthroplasty*. *J Shoulder Elbow Surg*. 2005 Nov-Dec;14(6):599-601.
- Decreto 4 settembre 2012 "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2012". (12A10906), in Gazzetta Ufficiale n. 241 del 13 Ottobre 2012.



ESPERIENZE

Gestione del delirium nelle Terapie Intensive lucane

di **Graziella Telesca (1)**, **Antonio Forte (2)**

(1) Infermiera - Ruoti (PZ)

(2) Coordinatore Infermieristico, Azienda Sanitaria Locale di Potenza "San Giovanni di Dio" - Melfi (PZ)

Corrispondenza: graziellatelesca_93@hotmail.it

Introduzione

Il delirium è una disfunzione cerebrale acuta, che si manifesta con molta frequenza nei pazienti degenti in Terapia Intensiva (ICU) e può coinvolgere fino all'80% dei pazienti ventilati artificialmente (Ely et al., 2001). Questa sindrome, che tende ad interessare soprattutto coloro che restano in ICU per più di 72 ore, incrementa la probabilità di esiti sfavorevoli: aumento dell'ospedalizzazione (+7-8 giorni), intensificazione dell'assistenza infermieristica, maggiore istituzionalizzazione, maggiori costi sanitari, riduzione delle abilità funzionali del paziente, che possono perdurare fino a un anno dall'evento; in ultimo un aumento della mortalità (25-33%) (Mcguire et al., 2000).

Esistono fattori fisici e strutturali che possono indurre ad aumentare le disfunzioni cerebrali proprie del delirium: ad esempio immobilità a letto, impossibilità di comunicare a causa di presidi medico-chirurgici, astinenza da farmaci (sedativi e antidolorifici), dolore, patologie concomitanti e deprivazione del sonno causata da luci e rumori.

Da una revisione della letteratura è emerso che nel Regno Unito il 55% dei sanitari utilizza scale di valutazione per monitorare il delirium (Mac Sweeney et al., 2010), mentre negli Stati Uniti la percentuale di utilizzatori di scale è compresa tra il 36% e il 78% (Devlin et al., 2008). E' la Svezia a presentare la situazione più avanzata, in quanto gli strumenti di assessment sono adottati dal 62% degli infermieri (Forsgren et al., 2010). Infine in Italia i professionisti giungono alla diagnosi di delirium solo nel 25% dei casi, in quanto soltanto il 12% delle ICU adottano scale di valutazione (Giusti et al., 2010). Ciò fa emergere che in Italia vi è una scarsa sensibilità del personale sanitario, che ritarda la diagnosi e il trattamento precoce.

È dunque importante una sensibilizzazione dei sanitari nei confronti di tale quadro clinico. Per migliorare la sensibilità diagnostica/prognostica è fondamentale saper riconoscere la popolazione a rischio e utilizzare i mezzi appropriati per minimizzare i fattori causali, in modo da poter ridurre tale fenomeno tra i pazienti critici delle Terapie Intensive.

Con questo studio abbiamo voluto sondare come gli infermieri lucani collaborino all'accertamento e alla gestione del delirium nei propri servizi. E' stato adottato un questionario precedentemente somministrato nelle Terapie Intensive italiane in una ricerca Aniarti (Giusti et al., 2010). La scelta di somministrare il questionario agli infermieri delle Terapie Intensive della Basilicata è correlata all'utilizzo di un survey già esistente, che indaga nello stesso contesto e sulla stessa popolazione-target.

Il nostro percorso

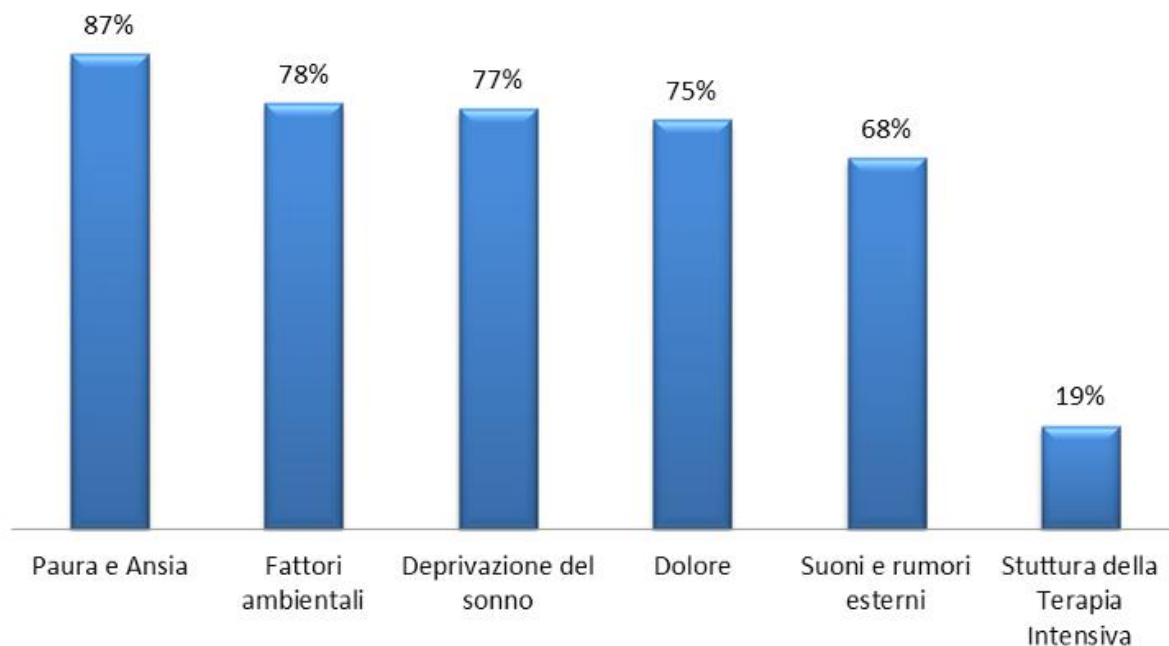
In tutto sono stati raccolti 100 questionari. La fascia d'età più rappresentata è quella dai 41- 50.

Un dato che spicca è una sottostima del problema: infatti solo nel 3% delle strutture viene effettuato un monitoraggio del paziente con schede di valutazione, che invece rappresenta un passaggio fondamentale per accertare il delirium, così da intervenire precocemente (*American Psychiatric Association, 2000; Granberg et al., 1999; Hupcey, 2000*).

Rispetto alle cause che possono generare un delirium (Figura 1), i rispondenti indicano paura e ansia del paziente (87%), deprivazione del sonno (77%), dolore (75%), così come fattori ambientali (es. suoni e rumori generati dal personale e dalla struttura) (78%) e suoni / rumori esterni provocati dal personale (68%). Quest'ultimo è un fattore particolarmente importante: secondo una recente ricerca britannica pubblicata su *Jama Psychiatry* e condotta dall'*University College London* (Ucl) e dalla *Cambridge University*, i fattori ambientali contribuiscono ad aumentare la probabilità di sviluppare delirium, soprattutto in pazienti anziani, rendendoli suscettibili a malattie degenerative incurabili.

La struttura della ICU (a box singolo, open space o mista) non è considerata dai rispondenti come un fattore favorente in sé il delirium, sebbene in letteratura siano documentati dati in controtendenza rispetto a questo.

Figura 1 - Fattori che favoriscono lo sviluppo di delirium



Il 59% dei rispondenti ritiene che il delirium non sia trattato in modo adeguato nella propria struttura: per esempio il trattamento più intrapreso risulta essere la sedazione farmacologica, a differenza del miglioramento del comfort ambientale praticato nel 13% dei casi, oppure il ricorso alla presenza dei familiari, indicato solo dal 15% dei soggetti, in relazione alla politica di restrizione delle visite nelle Terapie Intensive italiane (Giannini et al., 2008), mentre sappiamo quanto possa incidere positivamente sulla riduzione del disagio dei pazienti, quindi sull'insorgenza del delirium.

I partecipanti pensano che il delirium richieda interventi attivi, che secondo il 41% sono applicati adeguatamente nella propria struttura, per evitare una degenza più lunga e un aumento delle complicanze, concordando con quanto emerso da altri studi (Ely et al., 2004; Devlin et al., 2008; Patel et al., 2009).

Conclusioni

I risultati ottenuti nel contesto lucano sono allineabili agli studi condotti a livello nazionale e internazionale. Da questa indagine è emerso che la maggior parte degli infermieri percepisce la gravità del delirium, ma operativamente non riescono a modificarne alcune concause scatenanti.

Valutando i risultati e le criticità emerse, si è proposto un evento formativo riguardo la tematica delirium agli infermieri delle Terapie Intensive della regione Basilicata, che si basi sulle odierne strategie. Lo scopo è quello di arricchire il portfolio delle competenze infermieristiche, al fine di una partecipazione attiva e proattiva alla prevenzione del delirium.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Bourn RS. Delirium and use of sedation in intensive care. *Nursing in Critical Care* 2008 13: 195–202.
- Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, et al. Assessment of delirium in the Intensive Care unit: nursing practices and perceptions. *Am J Crit Care* 2008;17:555-566.
- Ely EW, Inouye SK; Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM_ICU) *JAMA* 2001;286:2703-2710.
- Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: A survey of 912 healthcare professionals. *Crit Care Med* 2004;32:106-112.
- Forsgren LM, Mats Eriksson M. Delirium awareness, observation and interventions in intensive care units: a national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive Crit Care Nurses*. 2010.
- Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Medicine* 2008;34:1256-62.
- Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiologica* 2007;73:299-305.
- Giusti G.D., Scelsi S., Piergentili F., Sansolino S., Il delirio in terapia intensiva: la percezione degli infermieri italiani in terapia intensiva. Una survey nazionale. *Scenario* 2010;27(3):5-10.
- Granberg A, Egnber IB, Lundberg D. Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome, part II. *Intensive Crit Care Nurs*. 1999; 15(1):19-33.
- Hupcey JE. Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *J Nurs Scholarsh*. 2000;32(4):361-367.
- Mac Sweeney R, Barber V, Page V. A national survey of the management of delirium in UK intensive care units. *QJM*. 2010;103(4):243-251.
- Mcguire BE, Basten CJ, Intensive care unit syndrome: a dangerous misnomer. *Arch Intern Med* 2000,160:906-909
- Giusti GD, Scelsi S.
- Patel RP, Gambrell M, Speroff T et al. Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviours and attitudes of 1384 healthcare professionals. *Crit care Med* 2009;37:825-832.
- Piergentili F, Sansolino S. ICU delirium: Italian intensive care nurses perceptions. a nationwide survey [Italian]. *SCENARIO Off Ital J ANIARTI*. 2010;27(3):5-10.
- Roberts BL. Managing delirium in adult intensive care patients. *Critical Care Nurs* 2001; 21: 48–54.
- Van Eijk MMJ, Intensive care delirium monitoring and standardized treatment: a complete survey of Dutch intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008; 24(4):218-221.

SCAFFALE

Piccole storie di malati

Ciro Gallo e Salvatore Cardone
 Il Pensiero Scientifico/Graffiti, 2016
 pagine 164, euro 12,00



Piccole storie di malati, è un libretto prezioso, nel contenuto e nel metodo che propone.

Si tratta del resoconto di un laboratorio di teatro condotto con gli studenti della Facoltà di Medicina della Seconda Università di Napoli, in cui i partecipanti presentano le storie raccontate loro dai malati. Ma per raccontare... bisogna saper ascoltare e questa è una competenza a cui già in genere l'essere umano può essere scarsamente programmato, e gli studenti di medicina, pressati da un volume di conoscenze da acquisire imponente, sono sicuramente in genere poco allenati.

E l'ascolto delle storie è prossimo, nel senso che molti di loro hanno ascoltato e potuto "rinarrare" (pag. XIII), le storie di persone anche a loro vicine, un po' come alle elementari l'insegnante chiede di ascoltare dalla nonna il racconto della guerra. Eppure in quella posizione così speciale di ascolto, che permette di aprire porte inimmaginabili verso l'altro, riescono a "vedere" la malattia con altri occhi ai quali non erano abituati.

Nell'ascoltare e nel narrare, l'elemento fondamentale tra le due persone è la gratuità e poi la relazione di fiducia che si instaura tra i due soggetti. Quando l'uno narra, si mette a nudo, si spoglia delle sue difese e si aspetta che l'altro raccolga la propria storia senza giudizio. In effetti, già questo scambio può essere in sé, sanante, perché permette di scoprire chi c'è dietro il malato e la sua malattia.

Sono sedici le piccole storie rinarrate dagli studenti, sono varie, sia come persone ascoltate che come malattie descritte. La prima riguarda il racconto di un giovane adulto affetto di epilessia, che passa dal momento della diagnosi drammatica che gli cambierà alcune prospettive di vita, al graduale e a volte faticoso adattamento, con le persone che si sono allontanate e quelle nuove incontrate nella sua vita di malato.

E poi c'è il metodo, in effetti è interessante l'integrazione avvenuta tra i due autori, Giro Gallo, professore di statistica e attore dilettante e Salvatore Cardone, regista teatrale. Il risultato è la descrizione del laboratorio di teatro tenuto con gli studenti e poi un capitolo in cui si racconta di tante pagine di teatro focalizzate sulla relazione medico paziente e sulla centralità del corpo e dell'ascolto come strumento per entrarvi in contatto.

Dagli appunti finali, ecco due frammenti che aiutano a comprendere lo spessore e il risultato di queste piccole storie: "...la capacità di costruire il silenzio, come circostanza dell'ascolto, pagina bianca su cui *scrivere* in modo semplice e chiaro, agevole e felice. Non solo capire, ma costruire la gioia di capire. Non solo indicare la via di una guarigione, ma costruire la fiducia in una sua riuscita" (pag. 144).

Esperienza innovativa quella riportata in questo libro, e sicuramente proponibile anche per gli infermieri o altre professioni sanitarie, studenti o, perché no, già in servizio, per far "sentire" e allenare all'ascolto della persona di cui ci si prende cura.

A cura della Redazione

SCAFFALE

L'ABC delle revisioni sistematiche

Tom Jefferson
Il Pensiero Scientifico/In Pratica, 2015
 pagine 64, euro 10,00



Per chi si ricorda i “Bignami” (dal 1931 libriccini in formato tascabile contenenti sintesi degli argomenti trattati nei programmi scolastici ministeriale), il libro di Jefferson *L'ABC delle revisioni sistematiche*, sembra proprio ad una prima impressione un efficace riassunto di quelli che ti aiutano in poche pagine a comprendere e memorizzare concetti a volte anche complessi. In realtà è, nonostante il volume ridotto, molto di più, perché offre in forma sintetica ma affatto asettica, una descrizione completa della

complessa metodologia con cui vengono condotte le revisioni sistematiche della letteratura scientifica medica.

Di esperienza su questa materia Jefferson ne ha tanta e in modo semplice riesce a renderla fruibile anche per i neofiti. L'autore spiega perché, a fronte di una pletera di pubblicazioni scientifiche in cui può essere veramente arduo reperire le informazioni rilevanti e di buona qualità, si possa correre il rischio di soffermarsi solo su quelle semplicemente più a portata di mano.

Ecco che le revisioni sistematiche ci vengono in aiuto, come strumento messo a disposizione dalla comunità scientifica da due decenni, per rendere più agevole l'orientamento per coloro che devono trovare delle risposte utili e significative, ove possibile, ad orientare la pratica clinica.

Jefferson guida il lettore anche nella terminologia un po' tecnica di queste revisioni, focalizzando l'attenzione del lettore sugli elementi salienti che caratterizzano le revisioni sistematiche. Cos'è una revisione sistematica? “un lavoro di sintesi che segue metodi esaustivi e descritti a priori” (pag. 10). Così ci accompagna nell'analisi delle singole parti essenziali per una revisione a cominciare dall'impostazione del quesito e la definizione dei criteri di inclusione degli studi da includere in una revisione, corredando il testo di preziosi esempi di PICOD (popolazione, intervento, controllo, *outcome* o esito, disegno di studio), o PICO. Segue poi la descrizione dell'elaborazione del protocollo e il reperimento delle fonti sulle banche dati e motori di ricerca da utilizzare. Viene sottolineata la necessità di reperire anche la letteratura grigia, cioè quei testi disponibili tramite l'editoria non commerciale, o informazioni relative a ricerche non pubblicate o di prossima pubblicazione.

Poi c'è il problema di decidere quando interrompere la ricerca della letteratura, aspetto cruciale specie quando le risorse (tempo e denaro) sono scarse, trovando l'equilibrio tra una strategia di ricerca improntata ad una massima sensibilità delle parole chiave, o ad una loro massima precisione, consapevoli del rischio di poter non intercettare qualche testo pertinente al proprio quesito.

Il testo percorre così tutte le diverse sezioni che compongono una revisione sistematica della letteratura, fino alla compilazione del *plain language summary*, cioè il riassunto finale che contiene tutte le informazioni essenziali del lavoro, ma scritto in modo che sia comprensibile anche ai lettori non specialisti.

Un valore aggiunto di questo compendio è la descrizione di tutte le ultime novità del settore e delle diverse risorse on line che facilitano il lavoro di ricerca, stesura del protocollo ed elaborazione di una revisione.

Insomma, con questo libro, viene messo a disposizione di lettori non esperti della materia, uno strumento agile specie per chi vuole comprendere cosa sono le revisioni sistematiche, quale sia il razionale e la filosofia che le sottende e come saperle leggere.

A cura della Redazione

SCAFFALE

Brunner Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica vol.1 e vol.2



Titolo	Brunner Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica vol.1 e vol.2
Autori	Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever
A cura di	G. Nebuloni
Casa editrice-anno pubblicazione	Casa Editrice Ambrosiana, V Edizione 2017
N. di pagine e prezzo	Vol. 1: 1560 pag, Euro 123,00 Vol. 2: 992 pag, Euro 94,00
Breve descrizione del volume	<p>I due volumi di cui si compone il testo, il primo dedicato all'infermieristica medico-chirurgica di base e il secondo all'infermieristica medico-chirurgica specialistica, sono costituiti complessivamente da 18 Capitoli, più due sezioni accessorie. Il manuale, mantiene inalterate tutte le caratteristiche delle precedenti edizioni. Rimane pertanto un testo di riferimento indispensabile per studenti di infermieristica e professionisti infermieri.</p> <p>L'ultima edizione è arricchita con casi clinici, che aprono le diverse unità del testo, accompagnati dalla pianificazione assistenziale con le diagnosi infermieristiche NANDA-I, i risultati di salute NOC e gli interventi infermieristici NIC. Inoltre sono presenti domande che richiedono al lettore di ragionare sviluppando così, capacità importanti per gli infermieri nel corso della loro attività professionale quotidiana.</p> <p>Sono presenti anche utili nuovi box "Concetto importante – Attenzione" che evidenziano e chiariscono concetti infermieristici fondamentali.</p>
Destinatari	Studenti di infermieristica e professionisti infermieri

COLOPHON

Direttore responsabile

Barbara Mangiacavalli

Comitato editoriale

Ciro Carbone, Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Pierpaolo Pateri,
Maria Adele Schirru, Annalisa Silvestro, Franco Vallicella

Redazione

Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Immacolata Dall'Oglio, Pietro Dri, Annamaria Ferraresi,
Silvestro Giannantonio, Rita Maricchio, Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

Ennio De Santis
Vladislav Popov

Editore

Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi
Via Agostino Depretis, 70 – 00184 Roma
tel. 06 46200101 fax 06 46200131

Internet

www.ipasvi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

del Tribunale di Roma n. 181 del 17/6/2011

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'Editore

Indicizzata su **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in **Ebscohost**

Le norme editoriali sono pubblicate sul sito www.ipasvi.it, nella sezione "Ecm".

I lavori vanno inviati a: federazione@ipasvi.legalmail.it