

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXI

2

ISSN 2038-0712

**MARZO-APRILE
2017**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE****Vaccinazioni: gli infermieri e la tutela dei pazienti***di Barbara Mangiacavalli*● **INFERMIERE & LAVORO****Libera professione intramoenia, quando?***di Saverio Proia*● **SCIENZE INFERMIERISTICHE****Efficacia dei dispositivi antidecubito nella prevenzione delle ulcere da pressione.****Sinossi di revisioni sistematiche***di Paolo Lamonica, Luca Giuseppe Re, Maura Lusignani***Qualità di vita, malattie croniche e il paradosso della disabilità: uno studio descrittivo***di Silvia Ronchi, Roberto Accardi, Cinzia Garofalo, Dario Consonni, Maura Lusignani*● **CONTRIBUTI****Come l'ambiente e i luoghi nei servizi di psichiatria possono cambiare la percezione e la relazione tra paziente e infermiere***di Lorenzo Bardone, Lorenzo Marigo, Antonino Calabrò***La checklist di sala operatoria come strumento di risk management: possibili criticità***di Giuseppe Paonessa***La realtà virtuale: un viaggio lontano dai sintomi della chemioterapia***di Alessandro Attanasio, Massimo Alberio, Davide Ausili, Stefania Di Mauro*● **ESPERIENZE****Il neonato sottoposto ad ipotermia terapeutica, quale prevenzione delle lesioni da pressione?***di Maria Vittoria De Girolamo***L'ICA in Hospice: misurazione della complessità assistenziale***di Rosa Carpentiero, Carmelo Collemi, Mauro Gambaretti***L'esperienza personale e professionale degli infermieri italiani nel Regno Unito***di Stefano Cerri, Diletta Calamassi, Ludovica Tamburin*● **SCAFFALE****La filosofia nelle organizzazioni****Marisa Cantarelli. Biografia della teorica italiana dell'assistenza infermieristica**

EDITORIALE

Vaccinazioni: gli infermieri e la tutela dei pazienti

di *Barbara Mangiacavalli*

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Al di là delle esigenze di salute pubblica che le organizzazioni internazionali hanno sottolineato con forza in questo periodo, abbiamo un problema che si è aperto col caso vaccini: quello di una cultura che pur appartenendo alle stesse famiglie professionali, non risponde a quanto pare agli stessi canoni di interpretazione della scienza, ma si dirama di più verso la presa di posizione della coscienza.

Nulla da dire in questo, visto che abbiamo imparato dall'etica che scienza e coscienza nei medici prima, ma anche negli infermieri, realizzano quel necessario pro e contro, quella necessaria prova e controprova che guidano l'atteggiamento professionale in scelte in cui non c'è linea guida che tenga: quel che è importante è l'interpretazione e la sensazione del professionista.

Il problema però, come dicevo, è di cultura. Si perché dando per scontata la buona fede della coscienza è necessario che a questa faccia da contraltare un buona preparazione nella scienza: l'una senza l'altra non servono a chiudere il cerchio di una scelta consapevole, ma lasciano aperti troppi spiragli, troppi dubbi di cui chi ne fa le spese è in realtà solo il paziente.

Ed è per questo che la Federazione, in quanto organo che alla luce della scienza tutela la coscienza (l'etica e la deontologia altro non sono se non sue manifestazioni codificate ed esteriori), deve intervenire in un dibattito che in realtà probabilmente non dovrebbe neppure esistere.

Se si leggono i dati dei successi mondiali dei vaccini, ci si accorge infatti che questi hanno salvato centinaia di migliaia di vite, soprattutto di bambini ma non solo, e, come ha spiegato il Commissario Ue per la salute, in tutto il mondo oltre 100 milioni di bambini vengono vaccinati ogni anno contro le malattie come difterite, tetano, pertosse, tubercolosi, poliomielite, morbillo ed epatite B e la vaccinazione previene circa 2,5 milioni di morti ogni anno. Proprio in Europa si stima che la vaccinazione contro l'influenza stagionale, ad esempio, impedisca fino a 37.000 morti ogni anno e questo nonostante il fatto che solo 80 milioni di persone sono vaccinate rispetto ai 180 milioni di cittadini europei per i quali è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale.

Sono numeri ufficiali che segnano un successo per la sanità pubblica nel mondo e che hanno come rovescio della medaglia una nuova accentuazione e diffusione di malattie che nel nome sono banali, ma negli effetti spesso letali, come il morbillo, di cui l'Italia sta diventando paese endemico o, peggio, la poliomielite, che proprio per le lacune create dal no-vax, sta rifacendo capolino nell'Ue da dove sembrava sconfitta ed eradicata dal 2002.

Chi si oppone, al di là di un inaccettabile appello alla libertà di scelta personale che è sacrosanta, ma non quando mette in pericolo la propria e l'altrui vita, lo fa basandosi su ipotetici effetti negativi che ancora una volta la scienza confuta con forza, nel momento in cui proprio pochi giorni fa, ad esempio, l'Agenzia italiana del farmaco ha reso noti i dati sulle segnalazioni di reazioni avverse ai vaccini.

L'Aifa ha parlato chiaro e in modo trasparente, affermando che al 31 dicembre 2016 le segnalazioni avverse a vaccini, con insorgenza nel 2014, sono state 8.873 (18% del totale delle segnalazioni a farmaci e vaccini) e corrispondenti a un tasso di 48,9 segnalazioni per 100.000 dosi, mentre le segnalazioni relative al 2015 sono state 3.772 (9% del totale), con un tasso di 18,8 per 100.000 dosi. E ancora che le segnalazioni di sospetta reazione avversa con esito fatale sono state 69 (lo 0,8% del totale) nel 2014, scese a 9 casi (lo 0,2%) nel 2015, mentre le segnalazioni "gravi" sono state 871 (il 9,8% del totale) nel 2014 e 526 (il 13,9%) nel 2015 e quelle "non gravi" sono la maggioranza: l'87,9% del totale delle segnalazioni nel 2014 e l'84,1% nel 2015.

Quel che è importante però è sottolineare che la segnalazione non rappresenta di per sé una prova di correlazione tra la reazione avversa e la vaccinazione. "Le reazioni avverse segnalate attraverso i sistemi di vigilanza passiva – spiega il report Aifa - rappresentano dei sospetti e non la certezza di una relazione causale tra prodotto medicinale (vaccino) somministrato ed evento avverso. Infatti alcuni eventi possono essere interpretati come reazioni avverse perché si manifestano in coincidenza temporale con la vaccinazione".

E per ognuno dei casi fatali è stata effettuata una valutazione del nesso di causalità utilizzando l'algoritmo del Oms e giungendo a precise conclusioni: 43 su 66 casi sono risultati non-correlabili con la vaccinazione per la presenza di cause alternative che giustificano e spiegano l'evento; in 19 casi, l'evento è inclassificabile dal momento che non sono disponibili sufficienti informazioni; 4 casi sono stati definiti come indeterminati per mancanza di prove definitive.

Nessuna correlazione certa quindi tra morti e vaccini.

E lasciamo da parte improbabili e inaccettabili atteggiamenti di minaccia verso chi si occupa della salute pubblica come quelli che hanno segnato il ministro Lorenzin e il presidente dell'istituto superiore di Sanità Ricciardi che non meritano neppure di essere sottolineati per non dar loro troppa importanza.

Gli infermieri in Italia sono i professionisti sanitari che normalmente si occupano delle vaccinazioni, all'interno delle equipe territoriali insieme a medici e assistenti sanitari. Fa parte delle attività che hanno naturalmente nel loro profilo professionale e il nostro Codice deontologico indica che la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo. La mole di interventi degli infermieri è grande, specie nelle strutture mirate all'infanzia e soprattutto in caso di campagne vaccinali diffuse.

La Federazione riconosce la necessità di queste. La comunità scientifica nazionale internazionale riconosce alle vaccinazioni un ruolo essenziale a livello di prevenzione e di lotta alle principali malattie diffuse. E d'altra parte, come prescrive ancora una volta anche il nostro Codice deontologico, l'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

Direi che la vaccinazione ha un ruolo fondamentale del sistema sociale e sanitario perché aiuta a proteggere i membri della nostra società più fragili; perché oggi non abbiamo più gli effetti di patologie anche mortali soprattutto nell'infanzia; perché ha permesso di prevenire morti evitabili e proteggere la forza lavoro, aumentandone l'efficacia e portando risparmi in sanità.

Indubbiamente la richiesta e l'obbligatorietà delle vaccinazioni giunta col nuovo decreto, porta a una intensificazione notevole delle ore-lavoro degli infermieri e dei professionisti sanitari che si occupano di questa materia. Non voglio fare statistiche affrettate, ma in alcuni servizi l'operatività potrebbe salire anche del 50% in più. La vera sfida sarà sull'organizzazione dei servizi dove il nostro management fin dai primi mesi dell'anno si sta confrontando, considerato che il nuovo piano nazionale vaccini sta dispiegando gli effetti da questo 2017.

Anche la presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi, ha affermato che "Senza un'adeguata dotazione di professionisti sanitari nessun sistema sanitario può vivere.

Un esempio emblematico è il calo vaccinale: in Italia abbiamo avuto un calo della copertura e uno dei motivi è anche che c'è meno personale nelle Asl, i tempi di attesa sono molto lunghi e diventano disincentivanti".

Ma questo è un altro discorso che da tempo ormai stiamo facendo sulla carenza di infermieri e che, purtroppo con una "prova" del genere, si sostanzia ancora una volta in tutta la sua gravità e urgenza.

Tuttavia gli infermieri ci sono e finora hanno dimostrato – carenza o non carenza – di fare sempre fronte ai bisogni dei pazienti.

Non ci tireremo indietro davvero questa volta, quando oltre al bisogno di chi assistiamo, a quanto pare il mondo ci chiama a salvaguardare un'esigenza di salute pubblica. Per questo siamo infermieri.



Libera professione intramoenia, quando?

di Saverio Proia

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale sta andando, ancora con difficoltà, verso una sua modernizzazione che preveda la riconduzione dell'ambito ospedaliero alla sua ritrovata vocazione di risposta a determinati, specialistici, e limitati nel tempo bisogni dei cittadini. E, ancora, alla realizzazione di un ambito territoriale che sia costituito da un diffuso, capillare ed esteso sistema di presidi sanitari e sociosanitari di "prossimità" ai bisogni dei cittadini nelle loro comunità di vita e di lavoro.

Di questo rinnovato sistema di tutela e presidio territoriale della salute dei cittadini le farmacie e gli studi di medicina generale e di pediatria di libera scelta, le Case della Salute, gli ospedali di comunità, gli ambulatori infermieristici e l'insieme del sistema delle cure primarie costituiscono l'architrave fondamentale.

La farmacia è certamente il presidio sanitario più diffuso nel territorio: è presente nel quartiere urbano come nel singolo comune di piccole dimensioni, per questo è opportuno prevederne l'evoluzione non solo in luogo ove coesistono, insieme ai farmaci tradizionali, tutti quei prodotti che migliorano la qualità dello stile di vita e quindi della salute ma anche altri professionisti sanitari, oltre i farmacisti, in grado di offrire una risposta articolata e plurale ai bisogni di salute dei cittadini.

Ma è soprattutto nel costruire la presenza di un'assistenza infermieristica diffusa sul territorio che alla funzione di **cure** del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta diventi l'altro pilastro della sanità di territorio con la realizzazione di una estesa funzione di **care**, è alla sfida per realizzare la modernizzazione del nostro sistema sanitario.

Nel vigente Patto per la Salute Governo e Regioni hanno già avviato nel concreto il potenziamento e la valorizzazione della Medicina Generale ed in generale dell'insieme delle cure primarie che non potrà mai essere tale se in tutte le Aziende Sanitarie Locali non sia previsto e realizzato un servizio di assistenza infermieristica territoriale che abbia al centro la nuova figura dell'**infermiere di famiglia** in grado di assicurare la tutela della salute del cittadino, per quanto di sua competenza, laddove vive e lavora sino al suo domicilio.

Per realizzare ciò sarà necessario anche procedere ad una profonda innovazione dell'impianto contrattuale prevedendo tutti quegli istituti che possano contribuire alla concreta attivazione della nuova funzione dell'infermiere di famiglia. Istituti che esaltino la dimensione di professionista di questo operatore e non la limitino con vincoli propri di un lavoro dipendente teso più alla tutela dei diritti, che vanno sempre garantiti, che a quella dei doveri, che vanno sempre attuati e rispettati. Se questo si potrà realizzare innovando con coraggio all'interno del prossimo rinnovo contrattuale del personale dipendente del SSN oppure prevedere uno specifico accordo collettivo nazionale per infermieri liberi professionisti in analogia ai medici di famiglia è una scelta strategica da assumere; sapendo, però, che l'attuale normativa non prevede l'estensione dei rapporti convenzionali a professioni diverse dai medici, dai veterinari, dagli psicologi, dai biologi.

Ma è altrettanto vero, rimanendo uno dei tanti misteri non comprensibili del nostro sistema legislativo, il fatto che ad alcuni dipendenti del SSN appartenenti alla dirigenza sanitaria nei profili di medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, psicologo, biologo, chimico e fisico è legittima l'opzione libero-professionale intramoenia e contrattualmente disciplinata ed alle professioni sanitarie valorizzate ed emancipate dalle leggi 42/99, 251/00 e 43/06 questo non sia previsto.

Eppure la conquista della dimensione di professione autonoma e liberale nell'accezione propria delle altre professioni formate con laurea magistrale, che oggi l'infermiere ha, dovrebbe prevedere come suo corollario conseguente che possa esser riconosciuto il suo diritto ad esercitare la libera professione sia come soggetto autonomo, e questo è realtà, da migliorare e valorizzare, ma soprattutto come dipendente del SSN come già avviene per i profili professionali della dirigenza sanitaria.

Però il sistema delle prestazioni aggiuntive avviate con la legge 1/01 null'altro è stato che una forma di libera professione infermieristica le cui prestazioni vengono acquistate direttamente dall'Azienda da cui l'infermiere dipende, attraverso la definizione di regole certe, contrattate e condivise.

Sarebbe, quindi, necessario, evolvere questo sistema in una nuova regolamentazione del diritto, *erga omnes*, alla libera professione dell'infermiere dipendente per mettere in condizione le Aziende e le altre Istituzioni Sanitarie di garantire l'assistenza infermieristica nelle vecchie e nuove modalità organizzative valorizzando i propri professionisti ed offrendo ai cittadini nuovi servizi e prestazioni.

Si andrebbe così a regolamentare un sistema in evoluzione ampliando le possibilità a professionisti ed a cittadini attraverso una modifica legislativa che dovrebbe prevedere in via ottimale l'estensione della medesima disciplina per l'esercizio della libera professione prevista per la dirigenza sanitaria.

Tuttavia, appare più realistico e quanto mai auspicabile che il Governo, dopo confronti di merito con le rappresentanze professionali e sindacali, intervenga con una propria proposta per regolamentare l'esercizio della libera professione del personale dipendente infermieristico - ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione del comparto sanità, sia pubblica che privata, presentando, a tal fine, un emendamento alle proposte di legge in corso di esame in Parlamento, soprattutto considerato il breve tempo di vita rimasto all'attuale legislatura, ad un provvedimento che possa divenire legge.

Si dovrebbe con questo emendamento riconoscere l'esercizio della libera professione agli infermieri dipendenti che potrebbe essere svolta sia nei confronti di cittadini che di strutture private, come nelle strutture di appartenenza che in altre, previo accordo tra le parti datoriali e dovrebbe essere oggetto di regolamentazione aziendale, con la cui attuazione non sarà più possibile il ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'art.1, commi 1/6, della legge 1/2001 e potrebbe essere il seguente:

Articolo ...
(Libera professione)

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le aziende sanitarie locali ed ospedaliere, gli IRCCS e gli altri Enti del SSN, autorizzano, compatibilmente con le necessità organizzative e clinico - assistenziali, i dipendenti esercenti le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, a svolgere attività libero professionale.

2. I dipendenti esercenti le professioni sanitarie, in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno, svolgono l'attività libero-professionale di cui al comma 1, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio e in condizioni di assenza di conflitto di interessi con le attività istituzionali.

3. L'attività di cui al comma 1 può essere svolta:

- nei confronti di singoli cittadini e di strutture private;*
- all'interno dell'azienda di appartenenza;*
- in altre strutture pubbliche o private convenzionate, previo accordo tra le strutture interessate.*

4. Per l'attuazione delle norme di cui ai commi 1-2-3, gli enti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, emanano specifici regolamenti, previa intesa con le OO.SS.

5. A partire dall'attuazione del regolamento aziendale non è ammesso il ricorso alle prestazioni aggiuntive.

6. Decorso un anno dall'entrata in vigore della presente legge è abrogato l'Articolo 1, dal comma 1 al comma 6 della legge 8 gennaio 2002, n.1 e successive modificazioni e proroghe.

Con un provvedimento del genere si andrebbe a completare il processo di valorizzazione dell'infermiere e delle altre professioni sanitarie e con un uso accorto e responsabile di questo diritto, come è avvenuto in molte Regioni per i medici e gli altri dirigenti sanitari, ne gioverebbe soprattutto la capacità di intervento del SSN a tutela della salute.

Efficacia dei dispositivi antidecubito nella prevenzione delle ulcere da pressione. Sinossi di revisioni sistematiche

Paolo Lamonica¹, Luca Giuseppe Re², Maura Lusignani³

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

Corrispondenza: luca.re030366@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione I presidi antidecubito sono una componente delle strategie di prevenzione in individui a rischio di insorgenza di ulcere da pressione, ma ancora non è chiara la loro efficacia. Questo rende complesso per gli infermieri decidere quale sia il dispositivo migliore da adottare. L'obiettivo dello studio è di valutare l'efficacia dei presidi antidecubito per prevenire le ulcere da pressione.

Materiali e metodi E' stata effettuata una sinossi di revisioni sistematiche con iniziale interrogazione di banche dati biomediche; gli studi pertinenti e rilevanti sono stati analizzati e sintetizzati in tabelle sinottiche.

Risultati I dispositivi antidecubito, a prescindere dal meccanismo di azione e dal livello di tecnologia (alto o basso), sono superiori ai dispositivi *standard* nel ridurre l'incidenza di ulcere da pressione.

Discussione In soggetti a elevato rischio è suggerito l'utilizzo di dispositivi antidecubito per la prevenzione di ulcere da pressione. Per scegliere e assegnare il dispositivo antidecubito più adatto occorre conoscere la sua efficacia ma anche utilizzare il giudizio clinico e considerare gli stili e le abitudini di vita nonché le precedenti esperienze di ulcere da pressione del paziente. Occorrono studi di qualità metodologica migliore per valutare il ruolo dei dispositivi su esiti clinici, costi, qualità di vita, *comfort* e accettabilità del paziente.

Parole chiave: presidio antidecubito, ulcera da pressione

Effectiveness of pressure-relieving devices to prevent pressure ulcers. Synopsis of systematic reviews

ABSTRACT

Introduction Pressure-relieving devices are part of prevention strategies in subjects at risk of developing pressure ulcers, but their effectiveness is still not clear. This complicates nurses' choice of the best device for each patient. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of pressure-relieving devices to prevent pressure ulcers.

Methods A synopsis of systematic reviews through biomedical databases was carried out; pertinent and relevant citations were selected, analysed and synthesized in synoptic tables.

Results Pressure-relieving devices are better than standard devices in reducing pressure ulcers incidence, regardless of the mechanism of action and the level of technology (high or low).

Conclusions In high risk patients the use of a pressure-relieving devices is suggested in order to prevent pressure ulcers. In the choosing of the most suitable pressure-relieving device it is necessary to know its effectiveness but also to use clinical judgment and consider styles and habits of life as well as previous pressure ulcer experience. Studies of higher methodological quality are needed to assess the role of pressure-relieving devices on clinical outcomes, costs, quality of life, *comfort* and patient acceptability.

Key words: pressure-relieving device, pressure ulcer

INTRODUZIONE

Le ulcere da pressione sono lesioni causate dalla pressione prolungata sulla pelle e sui tessuti quando un soggetto rimane in una posizione per un lungo periodo di tempo, per esempio per effetto della mobilità ridotta (Zeller JL et al., 2006). Le prominente ossee sono i siti più frequentemente colpiti e, se il processo ischemico alla base dell'insorgenza del danno non si risolve rapidamente, l'ulcera può raggiungere gli strati più profondi (tessuto sottocutaneo e muscolare, tendini e ossa) (Zeller JL et al., 2006). I siti comuni di ulcere da pressione includono il sacro, la schiena, i glutei, i talloni, la zona occipitale della testa e i gomiti (Zeller JL et al., 2006). Se non adeguatamente prevenute e, nel caso, trattate, le ulcere da pressione possono diventare fonte di dolore, disabilità e infezione (Zeller JL et al., 2006). Vi sono fattori intrinseci ed estrinseci che possono concorrere a determinare la probabilità di insorgenza di un'ulcera da pressione (RCN, 2005). Fra i fattori intrinseci si annoverano:

- la mobilità ridotta e/o l'immobilità;
- la percezione sensoriale alterata;
- la malattia acuta;
- il livello di coscienza alterato;
- l'appartenenza a fasce di età estreme (anziani, bambini);
- una precedente storia di ulcere da pressione;
- la malattia vascolare;
- la malattia cronica o terminale grave;
- la malnutrizione.

Fra i fattori estrinseci vi sono:

- forze di pressione e/o taglio, frizione e attrito;
- farmaci;
- umidità della pelle (RCN, 2005).

L'uso di presidi antidecubito è una componente complementare importante della strategia di cura per un paziente a rischio di ulcere da pressione, che comprende il corretto, periodico e personalizzato posizionamento manuale da parte del personale sanitario, oltre al trattamento delle ulcere già presenti (RCN, 2005). Per presidio antidecubito si intende un supporto o un dispositivo atto a ridurre o scaricare la pressione esercitata dal corpo su una superficie attraverso differenti modalità (Cornaggia A, 2009). Con "scarico della pressione" ci si riferisce a ogni atto, azione o superficie di supporto in grado di ridurre la pressione e portare a una corretta redistribuzione della stessa sulla superficie corporea (Cornaggia A, 2009). I presidi antidecubito generalmente consistono in:

- sovrामaterassi, superfici o coperture particolari posizionate sopra il materasso *standard*;
- materassi specifici che sostituiscono il materasso *standard*;

- letti dinamici che sostituiscono il letto ospedaliero;
- talloniere e gomitiere, cioè sistemi antidecubito appositamente sagomati e progettati per la protezione di talloni e gomiti;
- cuscini per il corretto posizionamento dei segmenti corporei del paziente o da seduta (Cornaggia A, 2009).

Perché un presidio antidecubito sia efficace deve poter intervenire attivamente sulle cause estrinseche determinanti una lesione cutanea, quindi ridurre la pressione del corpo sul piano di appoggio, le forze di attrito, di taglio e di stiramento, la dispersione di calore e l'umidità e garantire il mantenimento di una postura idonea (Cornaggia A, 2009). Nella scelta del presidio antidecubito occorre considerare le caratteristiche tecniche e di copertura delle superfici e di *comfort* per il paziente (Cornaggia A, 2009). I presidi antidecubito si suddividono in due principali classi in base al meccanismo d'azione per alleviare la pressione:

- a bassa pressione costante, in grado di distribuire il peso corporeo su una vasta area. Per esempio, il vello di pecora e i supporti in gomma schiuma ad alta densità con diverse trame o sagomature (sono i dispositivi più diffusi), ad aria statica, ad acqua, in gel, con perline o in silicone;
- a pressione alternata, in cui la pressione esercitata verso l'alto a contrastare il peso corporeo si modifica periodicamente per la presenza di celle che alternativamente si gonfiano e si sgonfiano (RCN, 2005). Si annoverano principalmente i supporti ad aria fluidizzata, a bassa cessione d'aria e con flottazione a secco (RCN, 2005).

In base al livello di tecnologia di progettazione, i presidi a bassa pressione costante sono considerati a bassa tecnologia mentre quelli a pressione alternata ad alta tecnologia (RCN, 2005). Rispetto al passato, l'ampia gamma di supporti antidecubito disponibili sul mercato insieme all'eterogeneità dei costi rendono più complessa per gli infermieri la scelta della migliore superficie di appoggio per prevenire l'insorgenza di ulcere da pressione per lo specifico paziente (RCN, 2005).

Inoltre, nonostante il loro diffuso utilizzo, non è chiaro quanto i presidi antidecubito siano efficaci nel prevenire le ulcere da pressione né se uno sia superiore a un altro (RCN, 2005). Da ciò è deducibile che una decisione oculata e condivisa sul più appropriato dispositivo può favorire l'ottimizzazione e la personalizzazione delle cure, tutelare la sicurezza e il benessere del paziente, garantire sia il buon utilizzo delle risorse disponibili senza perdita di qualità dell'assistenza infermieristica sia l'efficiente gestione delle risorse finanziarie in ambito sanitario (RCN,

2005). L'argomento è di estrema rilevanza per almeno cinque categorie di soggetti portatori di interesse: i malati a elevato rischio di sviluppare ulcere da pressione, le famiglie e i *caregiver*, gli operatori sanitari coinvolti nella prevenzione e cura delle ulcere da pressione, i responsabili delle aziende ospedaliere e i produttori dei presidi (RCN, 2005).

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è di valutare l'efficacia dei presidi antidecubito per la prevenzione delle ulcere da pressione.

MATERIALI E METODI

Per il reperimento dei documenti pertinenti è stato sviluppato il quesito clinico secondo la metodologia PICO (Richardson WS, et al, 1995) (Tabella 1). Successivamente è stata eseguita l'interrogazione delle banche dati biomediche TRIP Database, Cochrane Library, PubMed, CINAHL, Embase e Web of Science a mezzo di parole chiave (termini MeSH),

operatori booleani e filtri (Tabella 2). La strategia di ricerca non ha preso in considerazione l'analisi della letteratura non pubblicata.

La prima selezione è stata eseguita sulla base della pertinenza dei titoli delle citazioni; successivamente sono state incluse nello studio solo le revisioni sistematiche con o senza metanalisi riguardanti la popolazione adulta.

I criteri di esclusione sono stati i seguenti:

- studi non pertinenti all'argomento dopo lettura integrale dell'*abstract*;
- studi generici su strategie di prevenzione e/o trattamento di ulcere da pressione;
- studi su uno specifico presidio o classe di presidi antidecubito;
- studi su prevenzione e/o trattamento di ulcere da pressione per specifiche condizioni patologiche;
- analisi economiche di costo-efficacia;
- studi di valutazione di tecnologie sanitarie;
- studi di valutazione di efficacia di presidi antidecubito indirizzati al solo trattamento di ulcere da

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

Metodologia PICO		
P	<i>patient</i> (paziente)	soggetti adulti a rischio di insorgenza di ulcere da pressione
I	<i>intervention</i> (intervento)	presidi antidecubito
C	<i>comparison</i> (controllo)	presidi standard
O	<i>outcomes</i> (risultati)	efficacia
Quesito di ricerca		
In soggetti adulti a rischio di insorgenza di ulcere da pressione l'utilizzo di presidi antidecubito è efficace?		

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave	Limiti
Cochrane Library	MeSH descriptor: [Equipment and Supplies, Hospital] AND MeSH descriptor: [Pressure Ulcer]	revisioni sistematiche
PubMed	((“Equipment and Supplies, Hospital”[MeSH] AND “Pressure ulcer”[MeSH])	metanalisi, revisioni sistematiche
CINAHL	(MH “Equipment and Supplies”) AND (MH “Pressure Ulcer”)	metanalisi, revisioni sistematiche
Embase	'hospital equipment'/exp AND 'decubitus'/exp	'review'/it AND ([adult]/lim OR [aged]/lim OR [middle aged]/lim OR [very elderly]/lim)
Web of Science	TS=“Equipment and Supplies” AND (TS=“pressure sore*” OR TS=“pressure ulcer*”) AND (TS=bed* OR TS=mattress* OR TS=cushion* OR TS=surface*OR TS=overlay*) AND (TS=“systematic review*” OR TI=“systematic review*”) AND TS=hospital	revisioni sistematiche

pressione generiche o specifiche (per esempio, in funzione del grado di severità o del sito);

- studi che utilizzano quale misura di esito la pressione di interfaccia, considerato surrogato e dimostratosi inadatto (RCN, 2005) a valutare l'efficacia di un presidio antidecubito.

Non sono stati posti limiti in base alla lingua di pubblicazione dei documenti né al contesto di cura. La selezione degli articoli è stata eseguita da due autori in modo indipendente (Lamonica P e Re LG). In caso di dubbi o controversie è stato chiesto il parere del terzo autore (Lusignani M). Dopo il reperimento dei documenti, due autori in modo indipendente (Lamonica P e Re LG) hanno valutato la qualità e il rigore metodologico delle revisioni sistematiche disponibili utilizzando la Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR) checklist (Shea BJ et al., 2007). Le voci ritenute valide per il calcolo complessivo del punteggio sono state quelle a cui, dopo la lettura del documento, era attribuibile con certezza una risposta positiva, escludendo dal conteggio quelle a cui è stata assegnata una risposta negativa o per le quali non era possibile fornire una risposta certa. Alle revisioni sistematiche con punteggio totale da 8 a 11, da 4 a 7 e da 0 a 3 è stata attribuita rispettivamente un'alta, una media e una bassa qualità. In caso di dubbi sulle attribuzioni di punteggio è stato chiesto il parere vincolante del terzo autore (Lusignani M). Il processo di estrazione e analisi dei dati è stato eseguito da due autori in modo indipendente (Lamonica P e Re LG); al terzo autore (Lusignani M) è stato chiesto il parere per la risoluzione di controversie. Per valutare l'efficacia degli interventi, quale misura di esito è stata considerata l'incidenza di nuove ulcere da pressione. Ai fini dell'illustrazione delle prove di efficacia è stato deciso di: tenere distinti i risultati riguardanti i presidi in schiuma ad alta densità (SAD), benché anch'essi rientranti nella classe dei dispositivi a bassa pressione costante (BPC); non procedere alla descrizione dei risultati dei confronti fra presidi antidecubito propri della sala operatoria o della terapia intensiva e i dispositivi *standard*, preferendo rivolgere maggiore attenzione ai supporti più diffusi nei contesti di cura usuali.

RISULTATI

La ricerca bibliografica è stata eseguita il 20 aprile 2015 con un successivo aggiornamento il 22 ottobre 2015. La strategia definita ha permesso di identificare 154 articoli. In base ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti, sono stati esclusi 147 studi: 30 erano duplicati; 33 non sono risultati pertinenti dopo la lettura di titolo e *abstract*; 70 erano pertinenti ma non erano revisioni sistematiche; 14 erano

pertinenti ma non ritenuti rilevanti dopo la lettura del *full text*. Sono state incluse nello studio 7 revisioni sistematiche; le revisioni sistematiche escluse e i motivi dell'esclusione sono elencati in appendice 2 a pagina e25.

La qualità delle revisioni sistematiche è risultata elevata, tranne in un caso (Cullum N et al., 2000), vedi appendice 1, pagina e24. Cinque revisioni sistematiche (Cullum N et al., 2001; Nicosia G et al., 2007; McInnes E et al., 2008; 2011; 2015) presentano una o più metanalisi. Due studi (Cullum N et al., 2000; 2001) si occupano dell'efficacia dei presidi antidecubito sia per la prevenzione sia per il trattamento di ulcere da pressione: in tal caso, per lo scopo della sinossi, abbiamo considerato esclusivamente i dati utili alla valutazione del ruolo preventivo dei dispositivi antidecubito.

Metodologia di conduzione degli studi

Le revisioni sistematiche incluse nello studio sono opera di soli tre autori; due di essi hanno effettuato successivi aggiornamenti di loro precedenti revisioni. Sei studi (Cullum N et al., 2000; 2001; 2004; McInnes E et al., 2008; 2011; 2015) si sono occupati di valutare l'efficacia dei presidi antidecubito sulla prevenzione di ulcere da pressione, mentre uno (Nicosia G et al., 2007) ha affrontato nello specifico il ruolo assunto dai dispositivi antidecubito per la prevenzione di ulcere da pressione ai talloni. Il numero di banche dati interrogate è variato da 5 a 19; tranne in un caso (Nicosia G et al., 2007), per la ricerca di altra documentazione rilevante gli autori hanno affiancato all'interrogazione delle banche dati anche la consultazione di riviste scientifiche specializzate, l'analisi delle bibliografie degli articoli reperiti, il parere di *opinion leader* e la richiesta delle specifiche tecniche delle superfici dalle ditte produttrici di dispositivi antidecubito. Generalmente, per la ricerca dei documenti non sono stati posti vincoli né di lingua né di stato di pubblicazione. Tutte le revisioni sistematiche hanno considerato senza eccezioni ogni supporto antidecubito disponibile utilizzato nella pratica clinica corrente in qualsiasi ambiente di cura per prevenire l'insorgenza di ulcere da pressione (materassi, sovrasmaterassi, superfici, coperture, cuscini per posizionamento o da seduta, ausili per il posizionamento di arti o segmenti corporei e letti dinamici). Inoltre, ognuna di esse ha inserito fra i criteri di esclusione le sperimentazioni cliniche controllate randomizzate che avessero usato come misura di esito la pressione di interfaccia. Eccetto che in una revisione (Nicosia G et al., 2007), in cui non sono stati inclusi i pazienti affetti da piede diabetico, nelle altre gli unici criteri di in-

clusione richiesti ai soggetti sono stati l'età adulta e l'esposizione al rischio di insorgenza di ulcere da pressione. In genere, l'estrazione e la valutazione dei dati è stata eseguita in modo indipendente da almeno due autori. La misura di esito presente in ogni documento è stata l'incidenza di nuove ulcere da pressione, calcolata in termini di rischio relativo (RR): esso è definito dal rapporto tra il rischio nel gruppo di intervento e il rischio nel gruppo di controllo (NIH, NCI, 2017); un rischio relativo maggiore o minore di 1 indicava che un individuo appartenente al gruppo di intervento era rispettivamente ad aumentato o ridotto rischio di sviluppare ulcere da pressione rispetto a un individuo appartenente al gruppo di controllo.

In tabella 3 è disponibile una sintesi delle prove di efficacia dei presidi antidecubito per la prevenzione delle ulcere da pressione.

Presidi antidecubito in schiuma ad alta densità

L'efficacia in termini di riduzione di incidenza delle ulcere da pressione per i presidi antidecubito in schiuma ad alta densità (SAD), rispetto ai presidi *standard*, sembra accertata per tutte le revisioni sistematiche che si sono occupate del confronto (Cullum N et al., 2001; 2004; Nicosia G et al., 2007; McInnes E et al., 2008; 2011; 2015) e si è attestata su un valore di rischio relativo pari a 0,40 (McInnes E et al., 2015).

Presidi antidecubito a bassa pressione costante

Nel complesso, i dispositivi a bassa pressione costante (BPC), la cui dimensione di effetto non sempre risulta stimabile (Cullum N et al., 2000; 2004; McInnes E et al., 2008), secondo la revisione più recente (McInnes E et al., 2015) si sono dimostrati superiori ai dispositivi *standard* (RR=0,38). Fra i dispositivi sopra citati occorre menzionare il vello di pecora, la cui *performance* nel corso degli anni è stata valutata da quattro revisioni sistematiche (Cullum N et al., 2004; McInnes E et al., 2008; 2011; 2015); nel primo studio (Cullum N et al., 2004) non aveva una dimensione di effetto stimabile, mentre in uno studio seguente ha manifestato la sua superiorità rispetto ai presidi *standard* con un rischio relativo stimato di 0,48 (McInnes E et al., 2015). Il confronto fra altri specifici dispositivi a bassa pressione costante e il presidio *standard* sono stati oggetto di interesse soprattutto di due revisioni (McInnes E et al., 2011; 2015): tali presidi sembrano essere efficaci anche se, per alcune tipologie, il ridotto numero di partecipanti ha determinato un più ampio intervallo di confidenza entro cui si è situato il valore reale del rischio relativo.

Presidi antidecubito a pressione alternata

Il confronto fra dispositivi a pressione alternata (PA) e quelli *standard*, oggetto di interesse di quattro studi (Cullum N et al., 2004; McInnes E et al., 2008; 2011; 2015), sembra rimarcare la superiorità dei primi (RR=0,31), anche in presenza di un numero non elevato di partecipanti. Allo stato attuale delle conoscenze (McInnes E et al., 2015), a conferma di quanto già emerso anche in studi precedenti (Cullum N et al., 2001; 2004; McInnes E et al., 2008; 2011), non è dimostrabile una maggiore efficacia dei dispositivi a pressione alternata rispetto a quelli a bassa pressione costante o viceversa nel ridurre l'incidenza di nuove ulcere da pressione: il valore stimato del rischio relativo è a favore dei primi (RR=0,85) ma l'intervallo di confidenza (0,64-1,13) indica la non significatività statistica.

Altre tipologie di presidi antidecubito

Quattro revisioni (Cullum N et al., 2004; McInnes E et al., 2008; 2011; 2015) si sono prefisse di valutare l'efficacia di altri presidi antidecubito quali, per esempio, i cuscini da seduta, ma in nessuna di esse è stato possibile giungere a un risultato per carenza di dati sufficienti a favore o contro il loro utilizzo per la prevenzione dell'insorgenza di ulcere da pressione.

DISCUSSIONE

Efficacia dei presidi antidecubito

I dispositivi antidecubito, in modo indipendente dal livello di tecnologia (basso *versus* alto), hanno un'efficacia superiore nella prevenzione delle ulcere da pressione rispetto ai dispositivi *standard* presenti nei diversi ambienti di cura (per esempio, ospedali, centri di riabilitazione, case di cura e di riposo). In particolare, date le attuali stime del rischio relativo emerse dal confronto fra presidi antidecubito e presidi *standard* (McInnes E et al., 2015), la riduzione percentuale del rischio relativo di insorgenza di ulcere da pressione ottenibile con presidi antidecubito SAD, BPC e PA è pari rispettivamente al 60%, al 62% e al 69%. A oggi non è possibile stabilire con certezza né la superiorità di un meccanismo di azione sull'altro (PA *versus* BPC e viceversa) né, all'interno di una classe di presidi con uguale meccanismo di azione, quale sia il più efficace (Cullum N et al., 2001; McInnes E et al., 2008; 2011; 2015).

Limiti e implicazioni per la ricerca

Tutte le revisioni sistematiche incluse nello studio (Cullum N et al., 2000; 2001; 2004; Nicosia G et al., 2007; McInnes E et al., 2008; 2011; 2015) hanno segnalato alcuni limiti emersi dall'analisi delle

Tabella 3. Sintesi delle prove di efficacia dei presidi antidecubito per la prevenzione delle ulcere da pressione

	Disegno di studio (n° RCT)	Soggetti	Intervento	Controllo	Partecipanti (n)	Rischio relativo	Intervallo di confidenza	Riduzione incidenza ulcere da pressione
Cullum N et al., 2000	RS (29)	a rischio o con ulcere da pressione	BPC	S	-	-	-	sì
			PA	S	-	-	-	sì
Cullum N et al., 2001	RS-M (45)	a rischio o con ulcere da pressione	SAD	S	109	0,29	0,19-0,43	sì
			BPC	S	54	0,33	0,18-0,61	sì
			PA	BPC	219	0,82	0,57-1,19	?
Cullum N et al., 2004	RS (41)	a rischio di ulcere da pressione	SAD	S	2.016	0,40	0,21-0,74	sì
			BPC	S	1.166	ns	-	ns
			BPC ¹	S	297	ns	-	ns
			PA	S	327	ns	-	ns
			PA	BPC	1.019	0,82	0,57-1,19	?
			SAD	S	241*	0,40	0,16-0,99	sì
			BPC ²	S	475*	0,65	0,24-1,74	?
McInnes E et al., 2008	RS-M (52)	a rischio di ulcere da pressione	SAD	S	2.016	0,40	0,21-0,74	sì
			BPC	S	-	ns	-	ns
			BPC ¹	S	738	0,42	0,22-0,81	sì
			BPC ³	S	69	0,15	0,05-0,47	sì
			PA	S	409	0,31	0,17-0,58	sì
			PA	BPC	1.606	0,85	0,64-1,13	?
McInnes E et al., 2011	RS-M (53)	a rischio di ulcere da pressione	SAD	S	2.016	0,40	0,21-0,74	sì
			BPC ¹	S	1.281	0,48	0,31-0,74	sì
			BPC ³	S	70	0,16	0,05-0,49	sì
			BPC ⁴	S	17	0,34	0,14-0,85	sì
			BPC ⁵	S	26	0,32	0,14-0,76	sì
			BPC ⁶	S	33	0,20	0,09-0,45	sì
			BPC ⁷	S	28	0,35	0,15-0,79	sì
			BPC ⁸	S	59	0,36	0,22-0,59	sì
			BPC ⁹	S	114	0,78	0,55-1,11	?
			PA	S	409	0,31	0,17-0,58	sì
			PA	BPC	1.606	0,85	0,64-1,13	?
McInnes E et al., 2015	RS-M (59)	a rischio di ulcere da pressione	SAD	S	2.016	0,40	0,21-0,74	sì
			BPC	S	2.407	0,38	0,24-0,61	sì
			BPC ¹	S	1.424	0,48	0,36-0,64	sì
			BPC ³	S	70	0,16	0,05-0,49	sì
			BPC ⁴	S	36	0,34	0,14-0,85	sì
			BPC ⁵	S	75	0,32	0,14-0,76	sì
			BPC ⁶	S	170	0,20	0,09-0,45	sì
			BPC ⁷	S	316	0,35	0,15-0,79	sì
			BPC ⁸	S	644	0,36	0,22-0,59	sì
			BPC ⁹	S	1.166	0,78	0,55-1,11	?
			PA	S	409	0,31	0,17-0,58	sì
			PA	BPC	1.606	0,85	0,64-1,13	?
Nicosia G et al., 2007	RS-M (14)	a rischio o con ulcere da pressione anche ai talloni	BPC ³ (SAD) ²	S	798*	0,50	0,26-0,93	sì

¹vello pecora; ²ad aria; ³con copertura in SAD; ⁴a cubetti; ⁵a perline; ⁶morbido; ⁷ad acqua; ⁸sagomato; ⁹viscoelastico

RCT = studio controllato randomizzato (randomized controlled trial); RS = revisione sistematica; RS-M = revisione sistematica con metanalisi; S = materassi/superfici in schiuma standard; SAD = materassi/superfici/coperture in schiuma ad alta densità; BPC = materassi/superfici/coperture a bassa pressione costante; PA = materassi/supporti a pressione alternata; ? = risultati inconcludenti; ns = effetto non stimabile; * numero di lesioni sottoposte a sorveglianza

sperimentazioni cliniche controllate randomizzate, soprattutto per quanto concerne i punti sotto elencati, che dovranno essere affrontati e risolti da studi futuri al fine di avere risultati più affidabili e generalizzabili:

- variabilità di validità interna ed esterna degli studi: dimensione campionaria ridotta; eterogeneità dei gruppi a confronto; carenza di studi indipendenti e/o multicentrici; inadeguato o assente mascheramento nell'allocazione dei soggetti; randomizzazione aperta o non chiara; carenze nella descrizione degli interventi e nella definizione dei criteri per determinare gli esiti; mancanza di cecità all'intervento e/o nella valutazione degli esiti; difficoltà nel replicare molte comparazioni; inadeguata, non chiaramente esplicitata o non dichiarata stratificazione dei risultati per dimensione delle ulcere da pressione; problemi metodologici nella valutazione della guarigione delle ulcere da pressione e nella misurazione precoce del danno cutaneo; mancanza di chiarezza sui concetti di "riduzione di dimensioni dell'ulcera da pressione" e di persona ad alto o altissimo rischio di insorgenza di ulcere da pressione; eterogeneità dei periodi di *follow-up*; analisi statistica inadeguata;
- deficit di valutazione delle *performance* e del rapporto costo-efficacia e costo-beneficio dei presidi antidecubito per soggetti a differente grado di rischio in diversi ambienti di cura;
- scarsa attenzione alla valutazione dell'impatto delle ulcere da pressione sulla qualità di vita del paziente e di quello dei presidi antidecubito sul *comfort* e sull'accettabilità percepita.

Vi sono poi limiti specifici propri della valutazione d'efficacia dei presidi antidecubito per la prevenzione di ulcere da pressione ai talloni:

- mancanza di chiarezza su espliciti criteri di inclusione di soggetti anziani, diabetici, con problemi vascolari od ortopedici in ambienti di cura per acuti e per cronici;
- descrizioni lacunose sul rationale sottostante l'esclusione di individui con basse probabilità di sopravvivenza a breve termine; la mortalità di soggetti a rischio di insorgenza di ulcere da pressione ai talloni è più elevata di quella di soggetti non a rischio (Nicosia G et al., 2007);
- poca attenzione ai diversi fattori di rischio agenti su questa popolazione rispetto a coloro i quali non sono a rischio di sviluppare ulcere ai talloni.

Inoltre, gli autori delle revisioni hanno lamentato un assente o marginale interesse degli studi nei confronti dei costi dei dispositivi antidecubito. Quale riferimento generale, i presidi ospedalieri *standard* hanno un costo all'incirca compreso fra 53 e 85

euro, le superfici SAD fra 133 e 576 euro mentre i dispositivi a pressione alternata sono molto più costosi (da 3.718 fino a 7.711 euro) (RCN, 2005). Sebbene le superfici SAD siano più costose di quelle *standard*, la loro efficacia e i risparmi che si possono ottenere, in termini di riduzione dell'incidenza di ulcere da pressione, compensano l'onere economico (RCN, 2005). Infatti, è probabile che i costi di cura delle ulcere da pressione siano più elevati, a causa di un prolungamento della durata della degenza ospedaliera, del bisogno di eventuali interventi di chirurgia plastica su siti di ulcere gravi e dei maggiori costi di medicazione, soprattutto per lesioni di grado severo (RCN, 2005).

Implicazioni per la pratica clinica

Le implicazioni per la pratica clinica risentono dei limiti espressi dagli studi inclusi nelle revisioni sistematiche oggetto della sinossi. Tuttavia, dai risultati emersi, nei soggetti a elevato rischio sembra ragionevole suggerire l'utilizzo di dispositivi antidecubito specifici rispetto ai dispositivi *standard* di norma presenti nei comuni ambienti di cura, in quanto più efficaci per prevenire l'insorgenza di ulcere da pressione. Tuttavia, il giudizio clinico, le condizioni del soggetto, gli stili e le abitudini di vita, le esperienze precedenti di ulcere da pressione sono tutti elementi che dovrebbero essere considerati in sede di assegnazione del migliore dispositivo antidecubito, stante il fatto che al modificarsi del contesto clinico assistenziale la sua tipologia può cambiare (RCN, 2005). Un esempio può essere rappresentato da malati non ritenuti a rischio di sviluppare ulcere da pressione ma che all'insorgere di certe condizioni potrebbero diventarlo (per esempio, pazienti con perdita di sensibilità per anestesia epidurale e analgesia, pazienti ortopedici e/o a percezione sensoriale o cognitiva alterata): in tal caso il tipo di supporto deve essere cambiato per adattarsi alla variazione del livello di rischio (RCN, 2005). È fondamentale rimarcare che le decisioni su quale presidio antidecubito usare non dovrebbero basarsi esclusivamente su scale di valutazione del rischio di insorgenza di ulcere da pressione: l'utilizzo di routine di queste scale con valutazione e assegnazione dei dispositivi guidati da punti di *cut-off* artificiali che separino fra loro i pazienti "a rischio" e "a rischio molto alto" conduce a un uso inefficiente delle misure di prevenzione (RCN, 2005). Esse dovrebbero fondarsi anche su considerazioni economiche e su una valutazione olistica e multidisciplinare dell'individuo, da proseguire durante tutto il percorso di cura e che comprenda quali aspetti essenziali: i livelli di rischio identificati, la valutazione della cute, il *comfort*, lo stato di salute generale, lo

stile di vita, le capacità residue di attendere alle attività di vita quotidiana, il bisogno di cure assistenziali specifiche e l'accettabilità del presidio (RCN, 2005). Inoltre, la strategia di riduzione dell'incidenza delle ulcere da pressione dovrebbe prevedere un approccio coordinato e condiviso anche per l'acquisizione, l'allocazione e la gestione dei presidi antidecubito, oltre alla specificazione del tempo massimo che dovrebbe intercorrere tra la valutazione e l'uso dei dispositivi (RCN, 2005).

CONCLUSIONI

Per le ragioni illustrate in precedenza, tutti gli individui valutati come ad alto rischio di insorgenza di ulcere da pressione dovrebbero, come minima precauzione, essere situati su un dispositivo antidecubito SAD (RCN, 2005). I meriti dei più sofisticati presidi ad alta tecnologia non sono tuttora chiari; inoltre, in assenza di metodi convalidati, si ritiene indispensabile la formulazione di criteri per decidere quando un individuo debba essere collocato su un dispositivo ad alta tecnologia o passare da questo a uno a bassa tecnologia (RCN, 2005).

Allo stato attuale, in mancanza di prove di efficacia, è raccomandabile l'uso di superfici ad alta tecnologia:

- come strategia preventiva di prima linea per pazienti ad altissimo rischio dopo una valutazione accurata e olistica;
- quando la precedente storia dell'individuo (ulcere e/o condizioni cliniche) indica che sia consigliabile un dispositivo ad alta tecnologia;
- quando un dispositivo a bassa tecnologia si è dimostrato inefficace (RCN, 2005).

Da ultimo, ricorre la necessità che tutti gli operatori sanitari siano adeguatamente istruiti e formati su:

- valutazione del rischio di ulcere da pressione e loro prevenzione;
- selezione, uso e manutenzione delle superfici antidecubito;
- tipologia di interventi educativi da erogare al paziente e alla famiglia come, per esempio, informazioni verbali e scritte circa le differenti strategie di prevenzione delle ulcere da pressione e uso/manutenzione dei dispositivi antidecubito (RCN, 2005).

BIBLIOGRAFIA

Associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee (AISLeC) (2001) *Prevenzione e cura delle lesioni da decubito. Guida per una corretta assistenza a domicilio*. <https://goo.gl/5YkgKk>

- Cornaggia A (2009) *Lesioni da decubito e presidi antidecubito* [tesi di corso di perfezionamento]. Università Cattolica del Sacro Cuore. <https://goo.gl/5mrOqp>
- Cullum N, Deeks J, Sheldon TA et al. (2000) *Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2:CD001735.
- Cullum N, McInnes E, Bell-Syer SE et al. (2004) *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3:CD001735.
- Cullum N, Nelson EA, Flemming K et al. (2001) *Systematic reviews of wound care management: (5) beds; (6) compression; (7) laser therapy, therapeutic ultrasound, electrotherapy and electromagnetic therapy*. Health Technology Assessment, 5(9), 1-221.
- McInnes E, Cullum NA, Bell-Syer SE et al. (2008) *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4:CD001735.
- McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE et al. (2011) *Support surfaces for pressure ulcer prevention (update)*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4:CD001735.
- McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE et al. (2015) *Support surfaces for pressure ulcer prevention (update)*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 9:CD001735
- Nicosia G, Gliatta AE, Woodbury MG et al. (2007) *The effect of pressure-relieving surfaces on the prevention of heel ulcers in a variety of settings: a meta-analysis*. International Wound Journal, 3, 197-207.
- National Institutes of Health, NIH; National Cancer Institute, NCI (2017) *The Dictionary of Cancer Terms: relative risk*. <https://goo.gl/9q1qUT>
- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J et al. (1995) *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions*. ACP Journal Club, 123(3), A12-13.
- Royal College of Nursing (RCN) (2005) *The use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of Pressure ulcers in primary and secondary care*. <https://goo.gl/ROOsgY>
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA et al. (2007) *Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews*. BMC Medical Research Methodology, 7, 10.
- Zeller JL, Lynn C, Glass RM (2006) *JAMA patient page. Pressure ulcers*. JAMA, 296(8), 1020.
- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J et al. (1995) *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions*. Annals of Internal Medicine, 123(3), A12-13.

Appendice 1. Valutazione della qualità metodologica degli studi considerati secondo la AMSTAR checklist

	Cullum N et al., 2000	Cullum N et al., 2001	Cullum N et al., 2004	McInnes E et al., 2008	McInnes E et al., 2011	McInnes E et al., 2015	Nicosia G et al., 2007
Il disegno di studio è stato deciso a priori?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
La selezione degli studi e l'estrazione dei dati è stata duplicata?	sì	sì	-	-	sì	sì	-
E' stata effettuata una ricerca completa della letteratura disponibile?	-	sì	sì	sì	sì	sì	sì
Il tipo di pubblicazione (es. letteratura grigia) è stato utilizzato come criterio di inclusione?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
E' stato fornito un elenco di studi (inclusi ed esclusi)?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
Sono state illustrate le caratteristiche degli studi inclusi?	-	sì	sì	sì	sì	sì	sì
E' stata valutata e documentata la qualità scientifica degli studi inclusi?	-	sì	sì	sì	sì	sì	sì
La qualità scientifica degli studi inclusi è stata utilizzata adeguatamente nel formulare le conclusioni?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
Sono stati appropriati i metodi utilizzati per combinare i risultati degli studi?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
E' stato valutato il rischio di <i>bias</i> di pubblicazione?	-	sì	-	sì	sì	sì	sì
E' stato considerato il possibile conflitto di interessi?	-	sì	sì	sì	sì	sì	sì
<i>Punteggio</i>	6	11	10	10	11	11	10
<i>Qualità</i>	m	a	a	a	a	a	a
-: non è possibile rispondere/non applicabile; a: alta; m: media							

Appendice 2. Studi esclusi e motivazione

Riferimento bibliografico	Motivo dell'esclusione
AHRQ, 2001 PMID: 25905145	valutazione tecnologica di uno specifico presidio antidecubito
Chou R et al., 2013 PMID: 23817702	non specifico su presidi antidecubito
Cullum N et al, 2015 PMID: 26333288	studio già incluso (riferimento bibliografico identico ma con inversione dell'ordine degli autori)
Gillespie BM et al, 2014 PMID: 24700291	specifico per il riposizionamento di pazienti a rischio di ulcere da pressione
Groah SL et al, 2015 PMID: 25529614	specifico per traumi alla colonna vertebrale
Ham W et al, 2014 PMID: 24662882	specifico per traumi alla colonna vertebrale
McGinnis E et al, 2011 PMID: 21901698	specifico per il trattamento di ulcere da pressione ai talloni
McGinnis E et al, 2014 PMID: 24519736	specifico per il trattamento di ulcere da pressione ai talloni
McInnes E et al, 2011 PMID: 22161450	specifico per il trattamento di ulcere da pressione
Reddy M, et al, 2006 PMID: 16926357	non specifico sui presidi antidecubito
Reddy M., et al, 2013 PMID: 23817703	specifico per il trattamento di ulcere da pressione
Reddy M, 2011 PMID: 21524319	non specifico sui presidi antidecubito
Smith ME, et al, 2011 PMID: 23817703	specifico per il trattamento di ulcere da pressione
Thomas DR, 2006 PMID: 16413435	non specifico sui presidi antidecubito

Qualità di vita, malattie croniche e il paradosso della disabilità: uno studio descrittivo

Silvia Ronchi¹, Roberto Accardi², Cinzia Garofalo³, Dario Consonni⁴, Maura Lusignani⁵

¹Infermiera presso il Dipartimento di chirurgia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; ²Dottore di ricerca, referente area chirurgia, Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (SITRA), Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; ³Dottore magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, dirigente SITRA, Azienda socio sanitaria territoriale (ASST) Lodi; ⁴Epidemiologo, dirigente medico in medicina del lavoro, Unità operativa complessa di epidemiologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; ⁵Professore associato di scienze infermieristiche presso il Dipartimento scienze biomediche per la salute e coordinatrice didattica del corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Per corrispondenza: roberto.accardi@policlinico.mi.it

RIASSUNTO

Introduzione La qualità di vita (QoL) è un costrutto con un importante impatto sull'assistenza infermieristica; la sua percezione può variare in base a diversi fattori, fra cui lo stato di salute. Lo scopo dello studio è di valutare le differenze nella percezione della QoL tra soggetti con patologie croniche e acute.

Materiali e metodi È stato condotto uno studio descrittivo per rilevare la percezione della QoL di 388 pazienti ricoverati nei reparti di un ospedale di Milano. Per eseguire una comparazione fra pazienti cronici e acuti è stata considerata la diagnosi di ingresso di ciascun paziente, sulla base dell'ICD-10.

Risultati Sono state trovate differenze nella percezione della QoL in base alla patologia dei pazienti; non sono state trovate differenze statisticamente significative o clinicamente rilevanti nella percezione della QoL tra soggetti con patologie croniche e acute. Spesso, una buona salute fisica non corrisponde a una migliore QoL.

Conclusioni Il costrutto di QoL non è sovrapponibile al concetto di salute fisica; nella pratica clinica, per meglio comprendere i bisogni dei pazienti e adeguare le loro aspettative alle loro condizioni cliniche, potrebbe essere utile una valutazione individuale, soggettiva e specifica della QoL.

Parole chiave: qualità di vita, malattie croniche, paradosso della disabilità

Quality of life, chronic diseases and the disability paradox: a descriptive study

ABSTRACT

Background The Quality of life (QoL) construct has an important impact on nursing care; its perception may vary according to several factors, including the state of health. The purpose of the study is to evaluate the differences in the perception of QoL between subjects with chronic and acute diseases.

Methods A descriptive study was carried out to evaluate the QoL perception of 388 subjects admitted in a hospital in Milan. For the comparison between chronic and acute patients, the admitting diagnosis of each participant, according to the ICD-10, was considered.

Results Differences in the perception of QoL according to the patients' disease were found; statistically significant or clinically relevant differences in perception of QoL between patients with acute or chronic disease were not found. A good physical health often does not correspond to a better QoL.

Conclusion The Quality of life (QoL) and the general physical health concepts are not superimposable; an individual, subjective and specific assessment of QoL could be useful in clinical practice to better understand the needs of patients and adjust their expectations to their clinical conditions.

Keywords: quality of life, chronic illness, disability paradox

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, l'interesse per il concetto di qualità di vita (QoL) nel campo delle scienze sociali

e mediche è cresciuto esponenzialmente (Hendry F, 2004; Barcaccia B et al., 2013); la QoL è un costrutto multidimensionale che ha caratteristiche di

soggettività e dinamicità ed è influenzato da fattori soggettivi (cultura, valori e aspettative) e oggettivi (reddito, situazione abitativa e livello di istruzione) (Barcaccia B et al., 2013; Mandzuk LL et al., 2005; Cummins RA, 2005; Anderson KL et al., 1999; Velardi G, 2008). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha condotto uno studio internazionale sul tema, definendo la QoL come "La percezione di ciascun individuo della soddisfazione generale per la vita, un senso di benessere personale dal punto di vista psicologico, fisico e sociale, il sentirsi autonomo, indipendente e soddisfatto riguardo al controllo degli aspetti della malattia". La QoL, quindi, si compone di tre dimensioni principali (WHOQOL, 1995):

- fisica: la salute degli individui, il funzionamento fisico, i sintomi di malattia e il loro impatto sulle attività della vita quotidiana;
- psicologica: il benessere emotivo, l'ansia, la depressione, le funzioni cognitive, la spiritualità, la soddisfazione personale;
- sociale: il supporto sociale, il ruolo sociale, le relazioni interpersonali, il senso di appartenenza (Mandzuk LL et al., 2005; Nicolucci A, 2006).

La percezione della QoL è in profonda connessione con le esperienze e le aspettative riguardo alla malattia, ai trattamenti e a come esse sono soddisfatte ed è noto che un soggetto, le cui aspettative circa la propria QoL sono disattese, potrebbe presentare una scarsa *compliance* al piano di cure, non aderendo ai trattamenti e alle terapie e non presentandosi ai *follow-up* (Hendry F, 2004; Nicolucci A, 2006; Carr AJ et al., 2001a). Inoltre, per alcune patologie croniche, la percezione della QoL può costituire un fattore predittivo di sopravvivenza, oltre ai tradizionali parametri fisici e indicatori clinici (Varicchio CG et al., 2010; Abbott J et al., 2009; Diouf M et al., 2014).

Visto l'impatto che la valutazione della QoL può avere sul processo di cura, questo studio si prefigge lo scopo di valutare le differenze nella percezione della QoL in base al tipo di patologia che ha comportato il ricovero ospedaliero. L'ipotesi formulata è che soggetti portatori di patologie croniche, che richiedono cure costanti e prolungate, presentino una QoL peggiore dei soggetti con malattie in fase acuta.

MATERIALI E METODI

E' stato condotto uno studio descrittivo su un campione di individui ricoverati presso i reparti della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, nei mesi di gennaio e febbraio 2014, selezionati sulla base di un campionamento non probabilistico di convenienza.

I criteri di inclusione nello studio sono stati:

- età superiore ai 18 anni;
- capacità di comprensione della lingua italiana;
- ricovero presso le unità operative mediche e chirurgiche sia generali sia specialistiche della Fondazione.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con:

- condizioni mediche critiche che non permettevano la compilazione del questionario;
- con disorientamento spazio-temporale (Mini-Mental State Examination, MMSE < 26);
- con alterazioni dello stato di coscienza (Glasgow Coma Scale, GCS < 14);
- ricoverati presso i dipartimenti di emergenza-urgenza, terapie intensive o subintensive, unità operative di ematologia e trapianti di midollo osseo o psichiatria.

L'inclusione nello studio, su base volontaria, avveniva solo a seguito dell'ottenimento del consenso, proposto dai ricercatori dopo una completa informazione sugli scopi dello studio. La compilazione degli strumenti si è svolta in maniera autonoma; a ciascun questionario era attribuito un codice alfanumerico e i dati venivano elaborati in forma aggregata in modo tale da garantire l'anonimato.

La patologia che ha causato l'ospedalizzazione è stata definita sulla base dell'analisi delle cartelle cliniche; veniva presa in considerazione la diagnosi di ingresso (o la patologia prevalente) che è stata classificata sulla base dei criteri dell'International Classification of Disease (ICD-10) (Ministero della Sanità, 2001); i soggetti sono stati quindi suddivisi nei gruppi diagnostici ivi contenuti.

Sono stati somministrati ai partecipanti due questionari generici per la valutazione della QoL:

- Il questionario SF36: è lo strumento per la valutazione della QoL più usato nel mondo; include 36 voci che formano 8 scale: funzionamento fisico (PF), limitazioni di ruolo dovute a problemi fisici (RP), dolore fisico (BP), salute generale (GH), vitalità (VT), limitazioni di ruolo dovute a problemi emotivi (RE), attività sociali (SF) e salute mentale (MH). E' anche possibile calcolare due punteggi riassuntivi: uno sulla dimensione fisica (PCS) e l'altro su quella mentale (MCS). Per ciascuna scala il punteggio varia da 0 a 100 e a un punteggio più alto corrisponde una migliore QoL. Tutte le domande dell'SF36, eccetto una, si riferiscono a un periodo di 4 settimane precedenti. E' disponibile una versione italiana validata (Nicolucci A, 2006; Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, 2005).
- questionario EQ-5D: è stato costruito e validato con l'obiettivo di diventare uno strumento per mi-

surare la QoL in generale. Include 5 dimensioni (mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore e ansia/depressione) e una scala visuo-analogica con punteggi da 0 a 100 tramite cui i compilatori indicano il livello di salute fisica percepita (EQ-VAS). E' possibile utilizzare un algoritmo che permette il calcolo di un punteggio sintetico (EQ-Index) che indica la percezione del soggetto riguardo alla propria QoL (Balestroni G et al., 2012). Il punteggio varia da 0 (morte) a 1 (miglior QoL possibile) ma può anche assumere valori negativi che indicano condizioni considerate anche peggiori della morte stessa (Quercioli et al., 2009). In assenza di un algoritmo pesato sulla realtà italiana, è pratica comune utilizzare i pesi anglosassoni (Balestroni G et al., 2012). Il questionario è stato validato in italiano e ha una buona validità (α di Cronbach pari a 0,73) (Savoia et al., 2006).

Le risposte fornite dagli intervistati alle domande dell'SF36 sono state analizzate come indicato nel manuale di istruzioni redatto dai ricercatori italiani dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri (Apolone G et al., 2000). L'analisi dell'EQ-5D è stata condotta seguendo le istruzioni dell'Euro-QoL-Group, disponibili sul sito Internet ufficiale dell'organizzazione (Oemar M et al., 2013). Sono stati utilizzati i test di Kruskal-Wallis e Mann-Whitney per eseguire le comparazioni degli indici di QoL tra i diversi gruppi diagnostici e le patologie acute o croniche (Armitage P, 2001).

Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando l'applicativo Stata, Data Analysis and Statistical Software, versione 13.

RISULTATI

Durante il periodo in cui è stato condotto lo studio, gli utenti ricoverati presso i dipartimenti ospedalieri erano 708. I questionari sono stati somministrati durante il secondo giorno di ospedalizzazione o, nei dipartimenti chirurgici, in fase preoperatoria. Solo 402 persone (57% del totale) hanno risposto a tutti i criteri di inclusione, compreso l'aver fornito il consenso, e sono state arruolate. Quattordici soggetti hanno poi ritirato il consenso: quindi, il campione considerato è stato di 388 soggetti (aderenza alla compilazione del 96,5%). Le caratteristiche socio-demografiche del campione e gli aspetti relativi alla patologia e all'ospedalizzazione sono riassunte in tabella 1.

La percezione della QoL allo SF36 è risultata lievemente al di sopra della media nazionale (50 ± 10) (Apolone G et al., 2000; Nicolucci A, 2006) per tutte le scale indagate, fatta eccezione per quella relativa alle limitazioni di ruolo dovute a problemi fisici (RP) (Tabella 2).

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche e aspetti legati alla malattia e all'ospedalizzazione

Genere (%)	
maschio	51
femmina	49
Età (anni)	
media \pm DS	56,9 \pm 17,9
mediana [IQR]	58 [41-72]
Attività lavorativa (%)	
studente	3
lavoratore	49
casalinga	6
disoccupato	4
pensionato	37
Stato civile (%)	
celibe/nubile	18
coniugato o convivente	63
separato o divorziato	8
vedovo/a	11
Nazionalità (%)	
italiana	94
straniera	6
Situazione abitativa (%)	
vive solo/a	19
vive con altre persone	81
Scolarità (%)	
nessuna o scuola primaria	13
licenza media inferiore	20
licenza media superiore	43
laurea o post laurea	24
Tipo di reparto di degenza (%)	
medicina	48
chirurgia	52
Modalità di ricovero (%)	
emergenza/urgenza	45
ricovero elettivo	55
Diagnosi di ingresso o patologia prevalente (%)	
malattia acuta	46
malattia cronica o condizioni correlate	54
IQR: scarto interquartile (interquartile range)	

Tabella 2. Punteggi di QoL del campione in relazione alle 4 settimane precedenti il ricovero (via SF36) e al momento dell'intervista (via EQ-5D)

Punteggio		Media±DS	Mediana [IQR]
EQ-5D	EQ-Index	0,60±0,34	0,725 [0,516-0,796]
	EQ-VAS	60,7±22,3	65 [50-80]
SF-36	PCS	54,2±24,9	54,4 [32,5-75]
	MCS	56,1±23,3	56,8 [38,2-74,6]
	PF	70,4±30,3	80 [50-95]
	RP	40,6±41,2	25 [0-75]
	BP	51,1±24,1	50 [30-70]
	GH	54,6±33,6	45 [22,5-90]
	VT	52,8±22,8	55 [35-70]
	SF	62,4±22,3	64 [47-80]
	RE	51,5±42,3	66,7 [0-100]
MH	57,7±27,4	50 [37,5-75]	

EQ-Index: punteggio sintetico, indica la percezione del soggetto riguardo alla propria QoL
EQ-VAS: percezione della salute fisica
PCS: dimensione fisica
MCS: dimensione mentale
PF: funzionamento fisico
RP: limitazioni di ruolo dovute a problemi fisici
BP: dolore fisico
GH: salute generale
VT: vitalità
SF: attività sociali
RE: limitazioni di ruolo dovute a problemi emotivi
MH: salute mentale

Il punteggio sintetico di QoL allo EQ-5D, ovvero l'EQ-Index, ha assunto valori che hanno coperto l'intera estensione della scala (da -0,59 a 1); tuttavia, i soggetti si sono maggiormente concentrati intorno al valore centrale della scala (0,20), e una media di 0,60±0,34, ovvero una QoL soddisfacente (Tabella 2).

QoL e tipo di patologia

Dividendo il campione sulla base della patologia rilevata alla diagnosi d'ingresso, allo SF36 i soggetti con la QoL più bassa, nella dimensione sia fisica sia mentale, sono risultati quelli con malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (Tabella 3). I punteggi sono risultati inferiori anche alla media nazionale. Invece, i soggetti che hanno indicato la QoL più alta sono stati quelli con traumi, avvelenamenti e altre conseguenze di cause esterne per la dimensione fisica (PCS), e quelli con malattie al sistema respiratorio per la dimensione mentale (MCS). Tuttavia, solo i punteggi della dimensione fisica (PCS) sono risultati statisticamente

significativi; nella dimensione mentale (MCS) sono emerse differenze rilevanti dal punto di vista clinico ma prive di significatività statistica.

Il punteggio sintetico di QoL allo EQ-5D, ovvero l'EQ-Index, è risultato minore per i soggetti affetti da patologie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, che hanno presentato anche uno scarso stato di salute fisica (EQ-VAS); invece, i soggetti con l'EQ-Index maggiore sono risultati quelli affetti da malattie del sistema cardiocircolatorio. Questi risultati sono clinicamente rilevanti seppure non statisticamente significativi (Tabella 3).

QoL e malattie acute o croniche

Infine, è stata analizzata la QoL fra i soggetti ospedalizzati per malattie acute e croniche (o condizioni a esse correlate) (Tabella 4).

I risultati dell'EQ-5D mostrano che, in media, durante la degenza, i pazienti ricoverati per malattie acute hanno presentato una migliore percezione della salute fisica (EQ-VAS) ma una QoL (EQ-Index) lievemente più bassa rispetto a coloro che erano

Tabella 3. Punteggi di QoL nelle 4 settimane precedenti il ricovero (via SF36) e al momento dell'intervista (via EQ-5D) in relazione alla diagnosi di ingresso

Diagnosi di ingresso	N° oss.		Punteggio SF36		Punteggio EQ-5D	
			PCS	MCS	PCS	MCS
malattie del sistema cardiocircolatorio	10,3%	m±DS	62,5±24,5	59,7±25,4	0,73±0,28	64,4±21,1
		me [IQR]	64,1 [45,3-84,7]	56,3 [37,4-87,2]	0,79 [0,72-0,85]	70,0 [50,0-80,0]
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1,5%	m±DS	56,3±10,9	57,4±14,5	0,57±0,30	60,8±24,6
		me [IQR]	59,4 [46,9-64,4]	59,5 [48,7-65,7]	0,72 [0,26-0,78]	72,5 [38,75-80,0]
malattie dell'apparato digerente	14,7%	m±DS	52,3±25,3	59,0±23,6	0,60±0,32	57,9±23,5
		me [IQR]	50,0 [33,1-68,1]	63,9 [45,7-79,0]	0,72 [0,41-0,80]	60,0 [46,0-75,0]
malattie del sistema endocrino, nutrizionale e metabolico	9%	m±DS	49,2±28,3	55,3±24,2	0,60±0,35	56,7±23,0
		me [IQR]	56,3 [23,1-74,4]	59,9 [33,7-72,3]	0,76 [0,41-0,85]	55,0 [36,0-72,5]
malattie dell'apparato genitourinario	10,8%	m±DS	53,1±20,6	56,6±17,4	0,66±0,28	63,1±17,7
		me [IQR]	56,9 [32,7-70,2]	61,7 [41,8-71,0]	0,72 [0,62-0,85]	69,0 [57,75-75,0]
malattie infettive e parassitarie	1,8%	m±DS	42,0±15,3	51,0±11,9	0,55±0,34	55,0±28,7
		me [IQR]	42,5 [34,1-55,0]	49,1 [41,7-57,4]	0,72 [0,23-0,81]	50,0 [50,0-72,5]
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2,3%	m±DS	24,9±6,8	38,9±19,1	0,31±0,25	42,9±19,0
		me [IQR]	21,9 [20,6-28,1]	42,5 [29,1-43,5]	0,23 [0,19-0,39]	50,0 [30,0-50,0]
malattie del sistema nervoso	2,8%	m±DS	57,5±24,7	57,5±18,0	0,55±0,34	63,7±15,6
		me [IQR]	64,4 [33,8-74,1]	57,8 [49,1-70,3]	0,52 [0,16-0,85]	65,0 [50,0-75,0]
malattie dell'occhio e degli annessi oculari	2,8%	m±DS	63,8±31,2	56,8±29,1	0,54±0,45	60,3±31,3
		me [IQR]	81,9 [35,0-84,4]	48,8 [36,4-83,5]	0,72 [0,19-0,80]	80,0 [40,0-80,0]
malattie del sistema respiratorio	10,6%	m±DS	50,2±24,3	60,2±27,1	0,60±0,38	66,5±20,3
		me [IQR]	45,0 [32,5-71,9]	66,5 [33,9-81,9]	0,72 [0,52-0,85]	70,0 [50,0-80,0]
malattie del sangue e degli organi ematopoietici e alcuni disturbi del sistema immunitario	1,5%	m±DS	49,4±26,6	52,3±23,1	0,42±0,40	79,2±23,3
		me [IQR]	57,5 [42,5-65,0]	51,6 [33,6-65,8]	0,38 [0,34-0,66]	85,0 [68,75-97,5]
tumori	16,5%	m±DS	58,5±22,4	54,7±21,6	0,61±0,31	61,2±19,3
		me [IQR]	57,8 [43,1-78,1]	53,7 [36,2-74,1]	0,71 [0,52-0,80]	66,5 [50,0-71,25]
traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne	5,2%	m±DS	64,7±22,2	56,4±25,7	0,54±0,37	65,0±25,3
		me [IQR]	63,8 [49,8-86,3]	51,7 [41,3-81,2]	0,70 [0,26-0,80]	70,0 [57,5-82,5]
sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	10,1%	m±DS	51,6±28,8	50,8±25,5	0,56±0,41	54,4±26,1
		me [IQR]	50,6 [28,4-75,0]	50,6 [31,7-69,0]	0,72 [0,52-0,80]	60,0 [40,0-72,5]
p			0,006	0,584	0,112	0,076

N° oss.: numero di osservazioni sul totale del campione (388)

EQ-Index: punteggio sintetico, indica la percezione del soggetto riguardo alla propria QoL

EQ-VAS: percezione della salute fisica

PCS: dimensione fisica

MCS: dimensione mentale

m±DS: media±deviazione standard

me [IQR]: mediana e scarto interquartile

p: significatività statistica (test di Mann-Whitney)

portatori di patologie croniche. Ciononostante, la differenza non è risultata statisticamente significativa (rispettivamente $p=0,196$ e $p=0,874$). Invece, allo SF36, i soggetti con patologie acute hanno mostrato una QoL leggermente più alta nelle dimensioni sia fisiche (PCS) sia mentali (MCS). La differenza tra le due categorie è risultata poco rilevante e non statisticamente significativa (rispettivamente $p=0,429$ e $p=0,306$).

DISCUSSIONE

Come mostrato dai risultati dello studio, nelle 4 settimane prima dell'ingresso in ospedale il campione di pazienti ospedalizzati aveva una buona QoL per la dimensione fisica e per la sfera emotiva, se comparata ai punteggi normali standardizzati per la popolazione italiana (Apolone G et al., 2000; Nicolucci A, 2006). Appare anche evidente come sia i soggetti con patologie croniche sia quelli con patologie acute presentassero valori di QoL emotiva e fisica più alti rispetto ai valori standardizzati.

Comparando invece i dati raccolti con l'EQ-5D nel presente studio con quelli di Savoia e collaboratori (Savoia et al., 2006), riferiti a un campione di soggetti non ospedalizzati nel Nord Italia, i primi hanno presentato una QoL maggiormente compromessa: il valore medio di EQ-Index del campione di questo studio è risultato pari a 0,60 ($DS=\pm 0,34$), mentre quello rilevato da Savoia e collaboratori corrispondeva a 0,81 ($\pm 0,22$). Lo stesso può essere affermato riguardo ai punteggi sulla salute fisica (EQ-VAS): i soggetti non ospedalizzati dello studio di Savoia e collaboratori avevano una migliore percezione

soggettiva della propria salute ($77\pm 17,4$) rispetto al campione qui esaminato ($60,7\pm 22,3$).

Riguardo all'analisi della QoL in funzione alle singole patologie, classificate sulla base dell'ICD-10, è emerso un dato interessante: le persone ospedalizzate a causa di malattie del sangue o disordini del sistema immunitario hanno mostrato una QoL scarsa, anche se hanno riferito una buona percezione della propria salute fisica (79,2). Questo risultato è legato al fatto che, nella maggioranza dei casi, i pazienti riferivano di non presentare alcun problema di salute fisica come la mobilità, la cura di sé, il dolore e la capacità di svolgere le attività quotidiane ma nell'83% dei casi presentavano problemi moderati e severi di ansia o depressione. Ciò conferma quanto riportato in letteratura riguardo al concetto di QoL: esso non include solo indicatori fisici e non è dunque sovrapponibile al concetto di salute fisica. Infatti, oltre ai fattori generali quali la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, le temperature, le analisi ematochimiche e altri esami diagnostici, ci sono altre dimensioni che lo caratterizzano, come il contesto personale e sociale di ciascun individuo, che non sono inclusi nelle misure standardizzate (Carr and Higginson, 2001; Higginson and Carr, 2001). La salute dovrebbe quindi essere considerata come un determinante della QoL, cioè un fattore che contribuisce a una buona o una cattiva QoL (Moons, 2004).

La comparazione fra i pazienti con patologie acute e croniche ha mostrato che non vi sono differenze significative nei valori di QoL: contrariamente all'ipotesi formulata, i soggetti ricoverati per condi-

Tabella 4. Punteggi di QoL nelle 4 settimane precedenti il ricovero (via SF36) e al momento dell'intervista (via EQ-5D) in relazione al tipo di patologia (acuta o cronica)

Patologia	N° oss.		Punteggio SF36		Punteggio EQ-5D	
			PCS	MCS	EQ-Index	EQ-VAS
acuta	46%	m±DS	55,2±24,7	57,4±24,1	0,58±0,38	61,7±24,4
		me [IQR]	55,0 [36,3-76,3]	60,2 [38,4-76,2]	0,72 [0,31-0,85]	67,0 [50,0-80,0]
cronica*	54%	m±DS	53,4±25,1	55,0±22,6	0,62±0,30	59,8±20,4
		me [IQR]	54,4 [31,3-74,4]	55,8 [37,4-72,8]	0,72 [0,52-0,80]	60,0 [50,0-77,0]
p			0,429	0,306	0,874	0,196

* o condizioni a essa correlate

N° oss.: numero di osservazioni sul totale del campione (388)

EQ-Index: punteggio sintetico, indica la percezione del soggetto riguardo alla propria QoL

EQ-VAS: percezione della salute fisica

PCS: dimensione fisica

MCS: dimensione mentale

m±DS: media±DS

me [IQR]: mediana e scarto interquartile

p: significatività statistica (test di Mann-Whitney)

zioni croniche non hanno riferito una QoL peggiore rispetto a coloro che presentavano malattie acute. Questo fatto è probabilmente legato a quello che in letteratura viene definito come “paradosso della disabilità”: come riferito da Carr e collaboratori, i pazienti che hanno problemi di salute o di funzionalità corporea o sintomi intrusivi significativi non necessariamente riferiscono valori di QoL che appaiono commisurati alla loro salute; persone che hanno patologie gravi o che le espongono addirittura a rischio della vita potrebbero non giudicare la loro QoL come significativamente inferiore rispetto a coloro che hanno malattie lievi o che sono sani (Carr AJ et al., 2001b; Higginson IJ et al., 2001). La letteratura mostra anche che i familiari dei pazienti oncologici, talvolta, possono avere una QoL peggiore di quella espressa dal loro caro (Barcaccia B et al., 2013). La migliore percezione della QoL nei soggetti cronici è dunque legata all'accettazione della malattia: sono perciò importanti i fenomeni di adattamento e le strategie di *coping*, la capacità di adattare le proprie aspettative alle variazioni dello stato psicofisico, alla malattia o all'invecchiamento, che possono avere un ruolo determinante nella percezione soggettiva della QoL di ciascun individuo (Carr AJ et al., 2001a).

Garlikov, trattando l'argomento della QoL in pazienti con lesioni midollari, afferma che una buona salute è solitamente considerata come un fattore importante, se non addirittura necessario, che contribuisce a una buona QoL ma, nonostante una malattia o un trauma possa privare il paziente dell'integrità dello stato di salute, alcune volte ci può essere una compensazione: la malattia può permettere di avere il tempo e la libertà per svolgere attività creative senza sentimenti di colpa o può aiutare le persone a essere più produttive, spingendole a ricordare la loro condizione di mortalità e il valore del tempo. Alcuni studi mostrano come molti individui con lesioni midollari valutino la loro QoL a un livello pari, o soltanto un po' meno soddisfacente, rispetto ai livelli espressi dalle persone considerate sane (Garlikov R, 2007). Dunque, una buona salute e l'assenza di cronicità non indicano necessariamente una buona QoL.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio confermano che la QoL non è determinata ma piuttosto influenzata dalla salute fisica e inducono a rifiutare l'ipotesi che pazienti cronici e acuti debbano avere per forza QoL differenti, confermando le caratteristiche di soggettività e dinamicità della QoL stessa. Inoltre, supportano le evidenze riguardanti il fenomeno del “paradosso

della disabilità”. Dunque, nella pratica clinica può essere utile condurre una valutazione individuale, soggettiva e specifica della QoL, ripetuta nel corso del trattamento; questo può consentire alla professione infermieristica, presente sia in ambito ospedaliero sia sul territorio, di comprendere meglio i bisogni di ciascun assistito e minimizzare l'impatto della malattia sulla QoL, aiutando il paziente nella fase di accettazione, facendogli percepire quali opportunità di vita siano ancora possibili nonostante la cronicità e sostenendolo nell'adeguamento delle sue aspettative alle variate condizioni cliniche (Carr AJ et al., 2001a).

Conflitti di interesse dichiarati: gli autori dichiarano la non sussistenza di conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

- Abbott J, Hart A, Morton AM et al (2009) Can health-related quality of life predict survival in adults with cystic fibrosis? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 179, 54-58.
- Anderson KL, Burckhardt CS (1999) Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing* 29, 298-306.
- Apolone G, Mosconi P, Ware J Jr (2000) Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati, 9ª edizione. Ed. Guerini e Associati, Milano.
- Armitage P (2001) *Statistical methods in medical research*, 4ª edizione. Ed. Blackwell Science, Malden.
- Balestroni G, Bertolotti G (2012) EuroQoL-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. *Monaldi Archives for Chest Disease* 78, 155-159.
- Barcaccia B, Esposito G, Matarese M et al. (2013) Defining quality of life: a wild-goose chase? *Europe's Journal of Psychology*, 9, 185-203.
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG (2001a) Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, 322, 1240-1243.
- Carr AJ, Higginson IJ (2001b) Are quality of life measures patient centred? *BMJ*, 322, 1357-1360.
- Cummins RA (2005) Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706.
- Diouf M, Chibaudel B, Filleron T et al. (2014) Could baseline health-related quality of life (QoL) predict overall survival in metastatic colorectal cancer? The results of the GERCOR OPTIMOX 1 study. *Health Qual Life Outcomes* 12, 69.
- Garlikov R (2007) Quality of Life. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 13, 53-69.
- Hendry F (2004) Is quality of life a healthy concept? mea-

- suring and understanding life experiences of older people. *Qualitative Health Research*, 14, 961-975.
- Higginson IJ, Carr AJ (2001) Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322, 1297-1300.
- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri (2005) Il questionario SF36. <http://crc.marionegri.it/qdv/index.php?page=sf36> (ultimo accesso 24 ottobre 2014).
- Mandzuk LL, McMillan DE (2005) A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, 12-18.
- Ministero della Sanità, Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione del ministero (2001). *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati: ICD-10*. Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
- Moons P (2004) Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 275-277.
- Nicolucci A (2006) L'uso dei questionari sulla qualità della vita. *Giornale italiano di diabetologia e metabolismo*, 26, 1-6.
- Oemar M, Oppe M (2013) EQ-5D-3L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument, Version 5.0.
- Quercioli C, Messina G, Barbini E (2009) Importance of sociodemographic and morbidity aspects in measuring health-related quality of life: performances of three tools: comparison of three questionnaire scores. *The European Journal of Health Economics*, 10, 389-397.
- Savoia E, Fantini MP, Pandolfi PP (2006) Assessing the construct validity of the Italian version of the EQ-5D: preliminary results from a cross-sectional study in North Italy. *Health Qual Life Outcomes*, 4, 47.
- The WHOQOL Group (1995) The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- Varricchio CG, Ferrans CE (2010) Quality of life assessments in clinical practice. *Seminars in Oncology Nursing*, 26, 12-17.
- Velardi G (2008) La qualità della vita: evoluzione del concetto.



CONTRIBUTI

Come l'ambiente e i luoghi nei servizi di psichiatria possono cambiare la percezione e la relazione tra paziente e infermiere

di **Lorenzo Bardone (1)**, **Lorenzo Marigo (2)**, **Antonino Calabrò (3)**

(1) Infermiere, Università degli Studi del Piemonte Orientale – Biella

(2) Infermiere libero professionista, Biella

(3) Infermiere, Azienda Sanitaria Locale Biella

Corrispondenza: anto.cala76@gmail.com

La condizione psichica delle persone è determinata da una molteplicità di fattori, schematizzati nel Modello funzionale della Sanità Mentale (Lahtinen et al., 1999): biologici (genetici, legati al genere, altri), individuali (es. esperienze personali), familiari e sociali (es. assistenza sociale), economici e ambientali (es. posizione sociale e condizioni di vita).

Per far ciò ogni disciplina sanitaria, in particolare l'infermieristica, basa l'assistenza su una visione olistica della persona. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute. L'operatore sanitario modificherà, di conseguenza, il proprio comportamento abituale e personale, in modo tale da disporre di un vero strumento terapeutico per portare avanti il processo di promozione della salute.

L'infermiere deve disporre di una visione completa dell'individuo per comprendere i suoi bisogni e applicare il metaparadigma dell'infermieristica citato da tutte le teorie.

Quest'ultimo si basa su 4 punti: persona, ambiente, salute, assistenza infermieristica.

“L'uomo fa molto più che vedere, udire, sentire, toccare, odorare, nel semplice senso di registrare il suo ambiente, egli lo interpreta, avanza inferenze rispetto ad esso, lo sogna, lo giudica, lo immagina e si impegna in altre forme di conoscenza. Ci vuole una mente straordinaria per studiare l'ovvio in quanto non c'è nulla di più evidente dell'ambiente e, allo stesso tempo, è difficilissimo accorgersi della sua presenza e soprattutto del modo in cui influenza i nostri pensieri, sensazioni, reazioni” (Ittelson 1974, p. 92).

Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida globale per il mondo è la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci: prendersi cura gli uni degli altri, delle nostre comunità e del nostro ambiente naturale (Oms, 1986).

Salute, quindi, significa essere in armonia con se stessi, con gli altri e con l'ambiente. L'ambiente è un elemento fondamentale, in quanto qualsiasi relazione richiede una precisa collocazione spaziale affinché ci si possa sentire 'nel luogo adatto'. E' un fattore molto importante per la propria salute: infatti, per sentirsi meglio, a proprio agio, e per ricevere un maggior beneficio, ognuno di noi cerca di circondarsi, nei propri spazi, di un ambiente confortevole.

Gli effetti positivi che si possono ricevere da un ambiente erano già noti fin dai tempi dell'antica Grecia, dove furono progettati luoghi atti a circondare le persone di natura, arte e musica. Anche i famosi giardini di Babilonia si crede fossero stati creati come luogo dove la gente poteva andare a guarire, perché circondati da piante e fiori esotici pieni di colore, in grado di influenzare positivamente la psiche. Questo era uno dei metodi utilizzati per ripristinare l'armonia e per promuovere la guarigione del paziente in assenza di altre modalità terapeutiche (Schweitzer et al., 2004).

Nel diciannovesimo secolo, anche Florence Nightingale riconobbe gli effetti positivi e il potere che poteva avere l'ambiente. Ella sosteneva che: *“la natura da sola cura, e quello che l'infermiere deve fare (...) è mettere il paziente nelle migliori condizioni affinché la natura agisca su di lui”* (Royal College of Nursing, 2003, p.6). Fu una delle prime persone, in campo sanitario, a ipotizzare che l'intero ambiente poteva influenzare la guarigione della persona.

L'ambiente è stato identificato come un aspetto importante per la qualità delle cure psichiatriche: si può sostenere che in questo contesto è importante che i pazienti siano soddisfatti dell'ambiente; l'insoddisfazione, con l'ambiente fisico, può scatenare comportamenti aggressivi e quindi influenza i comportamenti, le azioni e le reazioni (Lundqvist et al., 2015).

Ambiente nei servizi psichiatrici

Ricercare un significato di *ambiente* per pazienti e infermieri in unità psichiatriche di degenza è difficoltoso. L'ospedalizzazione, in qualsiasi caso, comporta la rinuncia di una certa quantità di controllo, creando uno squilibrio di potere, in quanto infermieri e medici hanno conoscenze e competenze che i pazienti non hanno. Gli individui si recano negli ospedali per raggiungere un livello di salute che altrimenti non potrebbero perseguire da soli. I pazienti spesso vedono compromessa la propria dignità a causa della relazione di cura, soprattutto nell'espressione dei propri sentimenti emotivi.

In uno studio (Andes et al., 2006) sulla percezione dei pazienti ospedalizzati, si è rilevato che vi erano due punti di vista alternativi rispetto all'essere degenti in ospedale. Da un lato hanno visto la necessità di un trattamento della loro malattia, dall'altro temevano la compromissione della dignità durante l'ospedalizzazione. La mancanza di *privacy* è insita nell'ingresso in ospedale, in quanto i confini privati sono qui mutati ed i pazienti hanno scarsi spazi definibili come 'privati'. I pazienti hanno però anche sottolineato l'importanza terapeutica di un ambiente sicuro e accogliente, dato che vi trascorreranno la maggior parte del loro tempo.

Il ruolo degli infermieri nella creazione di questa atmosfera, insieme con i pazienti, è fondamentale. Una camera singola, privata, per ogni paziente, consentirebbe una più autonoma e propositiva regolazione tra il tempo trascorso in compagnia di altri pazienti e la *privacy* del singolo. Durante un'intervista in un'unità psichiatrica, un paziente riferisce: *“Un ambiente tranquillo è importante, meglio se con camera singola. Dopo aver preso la terapia preferirei andare in camera mia per dormire rispetto alla stanza comune, rifugiarmi in un posto tranquillo, ad esempio una sala con musica rilassante”* (Kontio et al., 2012, p. 21).

L'ambiente è stato identificato come un aspetto importante per la qualità delle cure psichiatriche, anche dal punto di vista del personale sanitario. In uno studio gli operatori hanno descritto che la cura psichiatrica di buona qualità si raggiunge quando il paziente ha accesso a uno spazio personale, dove possa essere lasciato in pace.

Parallelamente si può sostenere che nel contesto psichiatrico è importante che i pazienti siano soddisfatti rispetto a quanto li circonda, dato che l'insoddisfazione dell'ambiente può scatenare comportamenti aggressivi. Questi comportamenti possono comportare un luogo di lavoro stressante per il personale, ed è stato dimostrato che lo stress degli operatori può influire negativamente sull'esito della cura (Lundqvist et al., 2015). Questa scoperta enfatizza studi precedenti in cui il personale descrive la sicurezza nel servizio psichiatrico come importante per consentire ai pazienti di sentirsi al sicuro (Lundqvist et al., 2015).

Quindi si può affermare che ambienti ospedalieri positivi possono migliorare la permanenza dei pazienti, anche grazie alla capacità degli infermieri che lavorano nel campo della salute mentale a impegnarsi in relazioni terapeutiche con i pazienti (Roche et al., 2011).

Scopo di questo contributo è valutare, attraverso una ricerca bibliografica, la correlazione tra l'ambiente in ambito psichiatrico e la relazione fra paziente e infermiere, in modo che le due parti si possano sentire a proprio agio favorendo un colloquio terapeutico efficace.

Risultati

La ricerca bibliografica è stata condotta coi seguenti motori di ricerca: Cinahl, Pubmed ed Embase, individuando un totale di 536 report di articoli, di cui utilizzati 4. Per gli articoli rimanenti è stata redatta una tabella sinottica riassuntiva (Tabella 1).

Nello studio di Kontio et al. (2012), con l'obiettivo di identificare un metodo di riduzione della pratica di contenzione, sono state utilizzate interviste mirate, sottoposte a pazienti degenti, i quali hanno suggerito interventi per la costituzione di un ambiente più confortevole, più caloroso: presenza di una finestra, di un sistema di allarme, di un orologio, con colori sulle pareti e sul soffitto, in sintesi una camera accogliente con musica rilassante, sedie morbide, TV, radio o riviste, oltre alla possibilità di andare in bagno autonomamente.

Un altro aspetto al quale gli intervistati hanno dato peso è stato il miglioramento della comunicazione con lo staff. A volte i pazienti non ricevevano informazioni riguardanti il proprio percorso clinico: una delle cause principali potrebbe essere la mancanza di interazione terapeutica con il personale che può rispondere a queste esigenze. Ad esempio, riferiscono i pazienti, potrebbe essere nominato un infermiere incaricato per ogni episodio di contenzione che si prenda cura della comunicazione con il paziente. Tale comunicazione deve includere almeno la motivazione dell'isolamento, la sua durata stimata, e i risultati attesi. Questo sottolinea il ruolo cruciale e la responsabilità dei professionisti della salute mentale, in stretta collaborazione con gli utenti dei servizi, nella individuazione e gestione di nuovi metodi per ridurre l'uso della contenzione. Infermieri e pazienti assieme possono creare un'atmosfera sicura e accogliente.

Nell'articolo di Maguire et al. (2014) invece si esplorano le prospettive di pazienti e infermieri nell'istituzione di limiti fisici o verbali e del modo in cui si possono verificare nei servizi psichiatrici. Gli autori identificano il termine "impostazione del limite" nella teoria psicoanalitica, la quale si concentra sulla creazione di confini nella relazione terapeutica. L'uso del termine si è evoluto e ora è usato più frequentemente dagli infermieri per descrivere interventi mirati a limitare o evitare comportamenti distruttivi. I limiti possono facilitare una relazione terapeutica: riducendo l'ansia del paziente e permettendo un comportamento più accettabile nella società. Nello studio è stata condotta una ricerca in un ospedale psichiatrico a cui parteciparono 12 pazienti e 12 infermieri, registrando le interviste su supporti audio e successivamente analizzando i dati raccolti.

Tabella 1 - Sinossi degli studi

Autore e anno	Tipologia di studio	Numerosità del campione	Tipologia del campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Kontio R., Joffe G., Putkonen H., Kusmanen L., Hane K., Holi M., Välimäki, M. (2012)	Osservazionale longitudinale di coorte prospettico	30	Pazienti adulti ricoverati in reparti psichiatrici	Interviste mirate e analizzato il contenuto induttivamente	Le interviste sulle prospettive dei pazienti hanno ricevuto scarsa attenzione durante i processi di isolamento. Miglioramenti e alternative alla reclusione, come suggerito dai pazienti, si sono concentrati sulle parti essenziali della pratica infermieristica, ma non sono stati adottati mutamenti	Le esigenze di base dei pazienti devono essere soddisfatte, e l'interazione paziente-personale deve continuare anche durante l'isolamento o la contenzione. Fornire ai pazienti una pianificazione in anticipo, documentando i desideri e facendo accordi riducono la necessità di restrizioni e di offrire alternative per l'isolamento. Gli utenti del servizio devono essere coinvolti in tutto lo sviluppo pratico del proprio percorso
Maguire T., Daffern M., Martin T. (2014)	Studio osservazionale longitudinale di coorte prospettico	24	Pazienti adulti ricoverati(12) e infermieri in reparti psichiatrici(12)	Dati raccolti mediante interviste semi strutturate	L'impostazione di un limite è importante per la sicurezza negli ospedali di salute mentale. Quando gli infermieri si impegnano in maniera empatica, la relazione terapeutica è più probabile che sia preservata e il rischio di reazioni aggressive è ridotto; una autorevole, piuttosto che autoritaria, impostazione di un limite aumenta risultati positivi, e la conserva una buona relazione terapeutica	L'impostazione caratterizzata da empatia di un limite, autorevole, piuttosto che autoritario, è fondamentale per una formazione efficace e di buone pratiche di salute mentale infermieristiche, e per ridurre le risposte aggressive date dalla impostazione di suddetto limite
Papadopoulos C., Bowers L., Quirk A., Khanom H. (2012)	Studio osservazionale longitudinale di coorte prospettico	136	Pazienti adulti(16) ricoverati, coordinatori infermieristici e psichiatri(120)	Dati raccolti mediante interviste qualitative semi strutturate	Un totale di 463 cambi di turno sono stati identificati nei grafici. Un totale di 323 conflitti sono stati abbinati a queste transizioni. Una analisi tematica di questi eventi ha prodotto quattro categorie di cause: paziente, personale, pratica o reparto, e altri temi	I risultati sostengono la teoria che il personale di reparto svolge un ruolo cruciale nel determinare la probabilità che gli eventi di conflitto o di contenimento si verifichino in ambienti psichiatrici ricoverati
Kennedy J., Fortune T. (2014)	Studio osservazionale longitudinale di coorte prospettico	5	Donne ricoverate in reparto psichiatrico	Dati raccolti mediante interviste	Sono emersi tre grandi temi: 1) vivere in ospedale è difficile; 2) cosa si necessita dallo staff; 3) gli interventi più importanti da fare	Gli studi eseguiti sottolineano il bisogno di una comunicazione empatica con lo staff, un uso più effettivo dell'ambiente fisico per aumentare la sicurezza e metodi migliori di occupazione del tempo

Dalle interviste si deduce che l'impostazione di un limite può ridurre l'aggressività, suscitare cooperazione e ridurre l'uso di interventi coercitivi. Il modo in cui sono fissati i limiti determinerà risposte dei pazienti a questo intervento, portandoli a riconoscerne la necessità.

Durante questo processo, quando i limiti sono impostati correttamente e empaticamente, il legame terapeutico può essere mantenuto. Secondo pazienti e infermieri, il processo di imposizione di limiti può essere migliorato da un'attenta valutazione del modo in cui essi sono fissati. Infine, l'impostazione di limiti può scatenare una risposta aggressiva, pertanto gli infermieri devono riflettere sul proprio stile di relazione interpersonale e sviluppare strategie mirate. L'accettazione di questi principi da parte dei pazienti farà sì che questi siano più propensi a conseguire il risultato desiderato di aderenza, fornendo un cambiamento comportamentale positivo e una migliore relazione terapeutica (Maguire et al., 2014).

Nell'articolo di Papadopoulos et al. (2012), si ricercano, prendendo in considerazione 136 interviste semi-strutturate su 16 pazienti e 120 tra coordinatori infermieristici e psichiatri, le cause di conflitti e contenzioni che precedono o seguono i 463 cambi di turno con eventi avversi. Questa ricerca mostra 128 inizi di turno identificati con conflitti e 112 con contenimento, 118 fine turno con conflitto e 105 con contenimento. I rimanenti cambi di turno sono stati eseguiti senza eventi critici. I motivi dei conflitti sono stati divisi in 4 categorie di cause: dovuti a personale, dovuti al paziente, dovuti al servizio di degenza e dovuti da altri temi. Per le cause dovute al personale, lo studio ribadisce l'importanza dei seguenti aspetti: *una buona organizzazione*, data da un buon coordinatore, che supervisioni il lavoro dello staff; *l'effettivo lavoro in equipe*, che ha portato a un'atmosfera più rilassata e un posto di lavoro più calmo, riducendo gli errori; *il carico di lavoro*, che, creando stress sui professionisti, aumenta la tensione fra il personale, fra i pazienti e sulla relazione terapeutica tra equipe e pazienti. Per le cause dovute al paziente si evince che: gli incidenti fra pazienti, i momenti di crisi, e il numero crescente di pazienti sono stati elementi che hanno aumentato la tensione nel servizio, viceversa la complicità nelle cure ha reso l'atmosfera più tranquilla. Per quanto riguarda le cause dovute al servizio, nel momento di inizio di questo studio, esso stesso ha rappresentato un fattore di aumento del numero di eventi critici, nonostante la fonte dello stress a cui i pazienti erano sottoposti fosse minima. Anche nel momento in cui sono sorti problemi ambientali e fisici, come il miglioramento della struttura del servizio, si sono riscontrate complicazioni. Le modifiche sopra citate possono riguardare l'interno di una unità di degenza, il creare un ambiente più terapeutico, alleggerendo il carico di lavoro dello *staff*.

In tal senso si possono trovare diverse segnalazioni in letteratura relative ad un collegamento fra il miglioramento dell'ambiente di degenza e un minor numero di eventi avversi. Il risultato di questo studio mostra per la prima volta l'impatto mentale di un cambiamento naturalistico-ambientale a causa di spostamenti o ristrutturazioni. Il ruolo che ha avuto l'ambiente in questa ricerca non ha dato però sufficienti riscontri tra gli intervistati, che raramente lo hanno segnalato. In ultimo sono stati evidenziati altri fattori quali causa di contenimento e conflitti: la chiamata di forze dell'ordine nel servizio, visite di agenti, visitatori e informatori farmaceutici. Questi eventi portano a una variazione delle routine e ai fenomeni in studio.

Nell'articolo di Kennedy et al. (2014) sono state intervistate 5 donne riguardo alla loro esperienza in una degenza psichiatrica. Dopo aver intervistato le pazienti sono stati delineati 3 problemi principali:

- vivere in ospedale è difficile. Le donne intervistate hanno usato parole come *dirompente, strano, forte, silenzioso, senza confini, noioso, rilassato, intenso, difficile da affrontare, voglio andare via, sotto pressione*. Hanno espresso la sensazione di non essere al sicuro, provando timori verso danni fisici, soprattutto per la presenza nel servizio di uomini e una mancanza della propria privacy. Hanno riferito anche di sentirsi 'fuori dalla loro zona di comfort', esprimendo la necessità di un ambiente più calmo, facendo emergere la frustrazione legata alla diminuzione della propria indipendenza. Questo, secondo la ricerca, potrebbe essere migliorato tramite la relazione con altri pazienti o con lo staff;
- bisogni percepiti. Il bisogno di sentirsi importanti nel rapporto con lo staff e necessità di assistenza pratica su misura sono le due principali richieste. Le donne intervistate hanno usato parole come *insignificanti, invisibile, svilito, depresso, degradato, una persona minore* nei momenti in cui sono state lasciate in stanze d'attesa. Per quanto riguarda l'assistenza, si intende il bisogno di avere informazioni sul motivo per cui si sta attendendo e le attività permesse nei momenti di attesa;
- creazione di un ambiente più stimolante. Lo scopo è quello di proporre attività più significative da espletare nel tempo libero trascorso all'interno della struttura, al fine di rendere l'ambiente più confortevole.

Discussione

I ricercatori raramente hanno analizzato lo spazio fisico dell'unità psichiatrica e gli effetti sulle esperienze di infermieri e pazienti. Tuttavia, le teorie di cura della salute mentale hanno sottolineato l'importanza del design ambientale per infermieri e pazienti psichiatrici. Queste teorie suggeriscono che l'ospedale psichiatrico dovrebbe fornire protezione (Henderson, 2014).

I pazienti identificano la modifica dell'ambiente psichiatrico come principale fattore tra quelli che trasmettono maggiore sicurezza, affidabilità e, soprattutto, terapeuticità, sviluppando *feedback* positivi da parte dello staff. Diversamente un ambiente che non trasmette queste sensazioni, ad esempio relazioni personali e sociali inadeguate e minor sicurezza, potrebbe risultare potenzialmente traumatizzante. Inoltre, l'ambiente ideale per la cura della salute mentale favorirebbe il mantenimento delle competenze sociali del paziente, il ripristino di quelle danneggiate, incoraggiando e rafforzando l'acquisizione di nuove abilità utili anche nel sociale (Henderson, 2014).

Un intervento suggerito per migliorare l'ambiente è l'istituzione di limiti che possono aumentare la sicurezza nel servizio, facilitando una relazione terapeutica con il paziente. Più in particolare, in ambito di salute mentale, l'impostazione di limiti può essere descritta come un intervento volto a stabilire i confini di un comportamento accettabile, nel tentativo di modificare un atteggiamento considerato fastidioso, pericoloso, o distruttivo.

Questa impostazione è volta a garantire la sicurezza ma anche il benessere dei pazienti e del personale, in quanto può ridurre l'aggressività, suscitare cooperazione e ridurre l'uso di interventi coercitivi, cosicché se comunicati e motivati con il giusto tono, contribuiscono a mantenere un sano legame terapeutico (Maguire et al., 2014).

Temî associati a una percezione positiva del servizio sono: un carico di lavoro inferiore del personale infermieristico, una gestione del coordinatore propositiva e organizzata, volta al miglioramento del lavoro di equipe. Questi presupposti determinano un impatto positivo sul morale degli infermieri, risultando benefico nella qualità delle cure nei confronti dei pazienti, e rende soddisfacente il proprio lavoro (Lundqvist et al., 2015), abbassando i livelli di stress. Conseguenza di quanto precedentemente descritto è il miglioramento della percezione dell'ambiente, una più semplice relazione con i pazienti e, quindi, un'augmentata qualità delle cure. Lo staff che ha indicato di aver maggiore tempo per svolgere i propri compiti ha confermato che la qualità percepita nella dimensione di sicurezza ambientale aumenta, riducendo il numero di contenzioni (Papadopoulos et al., 2012).

Questa ricerca, quindi, ha stabilito un rapporto fra le caratteristiche dell'ambiente e la relazione tra il paziente e l'infermiere. L'influenza delle variabili sul lavoro degli infermieri è requisito fondamentale per sviluppare ulteriormente la comprensione dei rapporti in salute mentale, nonostante le limitazioni osservate in precedenza. Approcci mirati al sostegno durante il turno lavorativo e la costante formazione degli infermieri in salute mentale possono migliorare l'ambiente con risultati potenzialmente positivi, sia per infermieri che per pazienti (Roche et al., 2011).

Conclusioni

Attraverso un'attenta revisione della letteratura, si è cercato di esplicitare e rendere visibile l'importanza che può avere l'ambiente in una relazione terapeutica. Conoscenze, empatia, limiti e tempo per sviluppare la relazione con il paziente, sono elementi che, se sapientemente adoperati, infondono armonia all'ambiente, incidendo in maniera positiva sul benessere della persona. Secondo i risultati ottenuti gli operatori e i pazienti riconoscono l'ambiente come un elemento importante, in alcuni casi fondamentale, al fine di avviare e mantenere una buona relazione, in un clima di serenità e benessere. Nonostante ciò, non si può affermare che tutto quanto precedentemente descritto sia sempre possibile, e le cause possono essere molteplici: mancanza di risorse materiali e di tempo e anche una carenza di preparazione teorica da parte degli operatori. A tal fine, sarebbe interessante ricercare un ambiente ideale e adeguato dove ci si possa relazionare e, nella collaborazione, costruire uno spazio di cura personalizzato per soddisfare i bisogni del paziente.

L'infermiere ha una responsabilità nell'assistenza e, nello specifico, nel creare tutte le condizioni favorevoli per permettere al paziente di sentirsi a proprio agio. Solo se egli si sentirà accolto ed ascoltato potrà percepire le condizioni favorevoli per poter esprimere i propri bisogni. In psichiatria, dove l'infermiere ha come strumento principale la relazione d'aiuto, è indispensabile che l'operatore ponga particolare attenzione al dove avviene l'incontro con l'altro.

In conclusione diventa necessario creare le condizioni ambientali per ridurre situazioni di disagio e chiusura che il paziente potrebbe esprimere durante il colloquio, senza tralasciare gli atteggiamenti professionali che caratterizzano la relazione d'aiuto.

BIBLIOGRAFIA

- Andes M, Shattell M (2006). *An exploration of the meanings of space and place in acute psychiatric care*. Issues Ment. Health Nurs, 27, 699–707.
- Henderson K (2014). *The importance of the therapeutic relationship in improving the patient's experience in the in-patient setting*. Int. J. Ment. Health Nurs, 23, 97.
- Ittelson W H (1974). *An introduction to Environmental Psychology*, Holt, Rinehart & Wiston, New York, p.92.

- Kennedy J, Fortune T (2014). *Women's experiences of being in an acute psychiatric unit*. Br. J. Occup. Ther, 77 (6), 293.
- Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holi M, Välimäki M (2012). *Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives*. Perspect. Psychiatr. Care, 48, 16–24.
- Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Helsinki, Finlandia: National Research and Development Center for Welfare and Health: Stakes.
- Lundqvist L, Schröder A (2015). *Patient and Staff Views of quality in forensic Psychiatric Inpatient Care*. J. Forensic Nurs, 11, 51–58.
- Maguire T, Daffern M, Martin T (2014). *Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting*. Int. J. Ment. Health Nurs.; 23: 153–160.
- OMS, Carta di Ottawa, 1986.
- Papadopoulos C, Bowers L, Quirk A, Khanom H (2012). *Events Preceding Changes in Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards*. Psychiatr. Serv, 63, 40–47.
- Roche M, Duffield C, White E (2011). *Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach*. Int. J. Nurs. Stud, 48, 1475–1486.
- Royal College of Nursing (2003). *Defining nursing*. Published by the Royal College of Nursing. London, p. 6.
- Schweitzer M, Gilpin L, Frampton S (2004). *Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health*. J. Altern. Complement. Med, 10 (1), 71–83.



CONTRIBUTI

La checklist di sala operatoria come strumento di risk management: possibili criticità

di **Giuseppe Paonessa**

Infermiere, Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" - Catanzaro

Corrispondenza: paonessagiuseppe@tiscali.it

Da una recente indagine condotta da Agenas, emerge che nel 2012 sono state oltre 12.000 le denunce per sinistri avvenuti nelle sole strutture sanitarie pubbliche, con un costo medio di risarcimento per danni di circa 40.000 euro. Ma il dato più significativo riguarda i decessi avvenuti nello stesso anno di indagine, a causa di incidenti negli ospedali: circa l'11%. Tali dati invitano ad una riflessione critica che trova come punto di partenza la solita domanda: è possibile che ancora oggi si possa sbagliare in sanità?

Tra i servizi ospedalieri, in termini di rischio, il blocco operatorio è sicuramente uno dei più critici: la percentuale di errore aumenta notevolmente nel trattamento di pazienti acuti, quindi nelle emergenze/urgenze, in cui il livello di attenzione richiesto è elevato.

Negli ultimi tempi, però, l'aumento esponenziale di interventi chirurgici d'elezione ha contribuito alla nascita di nuovi eventi avversi, con la conseguente necessità di indirizzare gli studi di risk management verso questi setting. Tale necessità è periodicamente avallata dai casi di malasanità riportati a gran voce dai media, attirando l'attenzione dei cittadini in modo molto più mirato rispetto agli innumerevoli e, spesso, poco pubblicizzati casi di eccellenza sanitaria.

A titolo di esempio si riporta la sintesi di due casi di errore in sala operatoria.

- Il primo caso del 2014 si riferisce ad una donna di Vercelli: *“Per quindici mesi ha vissuto con due garze e un ferro chirurgico dimenticato nell’addome. Per sette volte si è recata al Pronto Soccorso in preda a dolori lancinanti, ma è stata sempre rimandata a casa con antidolorifici e calmanti. Fino a quando una banale radiografia non ha mostrato il motivo del suo malessere: l’incredibile dimenticanza dei chirurghi che l’avevano operata un anno e tre mesi prima. (...) A febbraio a qualcuno viene in mente di sottoporla a una radiografia, che mostra la presenza di ben due garze chirurgiche dalle dimensioni di 40cm x 60cm, e di un cuscinetto metallico retratto addominale lungo 25 centimetri e spesso 4, piegato a L, nella pancia”* (Martinenghi, 2014).

- Il secondo caso riguarda una sentenza di condanna del Tribunale di Pescara del 2014, ampiamente discussa, che ha visto coinvolte due infermiere condannate per essere ritenute responsabili del delitto di cui agli artt. 113, 590, co. 1 e co. 2 c.p.: *“Le due imputate X e Y, nelle rispettive vesti professionali di strumentista e di infermiera di sala, erano chiamate a rispondere del reato di lesioni colpose cagionate a seguito di dimenticanza, nel corso dell’operazione chirurgica del 30/03/2010, di una garza nell’addome del paziente Z con conseguente periodo di malattia superiore a 40 giorni (...) garza che doveva essere successivamente rimossa con altro intervento chirurgico e conseguenti lesioni”* (Tribunale Ordinario di Pescara, 2014).

Purtroppo notizie del genere sconvolgono i lettori e contribuiscono ad aumentare la diffidenza e le perplessità di migliaia di pazienti che si rivolgono con timore alle cure dei medici e alle strutture sanitarie.

Risk Management e checklist

Da tempo si stanno studiando linee guida e protocolli condivisi per eliminare, o quantomeno limitare, l'errore clinico. Le strategie proposte dal risk management mirano a ricercare e valutare gli eventi avversi (eventi sentinella), al fine di elaborare percorsi utili alla prevenzione dell'evento stesso.

Suddividendo per criticità una struttura ospedaliera, il blocco operatorio, come già evidenziato in precedenza, risulta chiaramente tra le aree ad alto rischio: i comportamenti del personale che vi esercita devono essere incentrati sulla riduzione del rischio, in modo da evitare tutti i possibili eventi critici che, nell'immediato o nel post chirurgico, possono determinare danni molto seri ai pazienti.

Tutte le istituzioni del settore, in primis l'Oms, hanno elaborato metodi e strumenti rivolti soprattutto alla formazione dei sanitari coinvolti nelle procedure chirurgiche, al fine di migliorarne le conoscenze e le abilità tecniche. A pieno titolo si affiancano a queste iniziative le recenti Raccomandazioni elaborate dall'Oms e adottate in Italia nel 2009 dal Ministero della Salute, per il miglioramento della sicurezza in sala operatoria.

Tali raccomandazioni sono completate dall'ormai nota check list, la quale, se utilizzata in modo responsabile e concreto, può diventare un'indispensabile strumento di prevenzione.

La check list di sala operatoria si inserisce oggi in un contesto molto diverso rispetto al passato: lo sviluppo del sistema qualità, l'evoluzione normativa in materia di sicurezza e le recenti riforme sanitarie hanno imposto una totale rivisitazione degli strumenti utilizzati fino a qualche anno fa per prevenire il verificarsi di eventi avversi. Tenendo conto di tali premesse, l'Oms ha elaborato un modello di checklist da inserire nei sistemi di controllo di ogni setting operatorio, tale da poter essere uno strumento standardizzato ma, necessariamente, adattabile ad ogni specifica realtà chirurgica.

Lo schema di checklist contenuto nel *Manuale per la Sicurezza in sala operatoria*, pubblicato nel 2009 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, prevede 20 item (uno in più rispetto ai 19 dell'Oms, riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso), suddivisi in 3 fasi:

- *Sign In* - controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia.
- *Time Out* - controlli da effettuare dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione chirurgica.

- *Sign Out* - controlli da effettuare durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria.

E' utile sottolineare che, nelle Raccomandazioni del Ministero, la checklist sostituisce il precedente documento pubblicato nel 2006, "*Scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura*", evitando, quindi, inutili sovrapposizioni di controlli.

Al fine di poter applicare in maniera efficace la checklist si rende necessario designare, in ogni struttura, una figura che funga da "coordinatore della checklist" (l'Oms suggerisce l'infermiere di sala operatoria), che ha la responsabilità di verificare l'avvenuta corretta esecuzione dei vari controlli da parte di tutti i componenti coinvolti.

A loro volta, i membri dell'equipe contribuiscono a "creare un ambiente lavorativo che faciliti il compito del coordinatore; l'équipe operatoria deve agevolare il coordinatore nel porre le specifiche domande e fornire le dovute risposte" (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2009, pag. 41).

L'indicazione fornita preliminarmente alle tre fasi del documento (cap. 5.3.3) è sicuramente la più significativa e indispensabile per poter adottare al meglio lo strumento elaborato: ogni struttura sanitaria deve necessariamente implementare la checklist e adattare la checklist alla propria organizzazione. Non tutte le realtà chirurgiche, infatti, possono avere medesime procedure e/o processi: un setting chirurgico ortopedico sarà necessariamente diverso da quello neurochirurgico o cardiocirurgico, così come un setting chirurgico in cui si effettuano interventi programmati avrà esigenze e tempi di lavoro non sovrapponibili a quelli dei setting dove vengono trattate le emergenze e gli acuti.

Interventi, tempi, tipologia di pazienti richiedono diverse esigenze, quindi diverse tipologie di controlli per la sicurezza. Non esiste una checklist universale, ma uno schema base per renderla perfettamente idonea ad ogni singola realtà e facilmente utilizzabile da tutti i professionisti coinvolti.

Inoltre, bisogna anche aggiungere che la checklist è un documento dinamico: segue il paziente dall'entrata all'uscita dalla sala operatoria e registra i controlli previsti in precisi momenti, difficilmente differibili esclusivamente alla fine dell'intervento o, addirittura, alla fine della seduta operatoria.

E' importante sottolineare che le tre fasi, previste e elencate in precedenza, devono essere correttamente eseguite nei tre momenti specifici indicati nel manuale ministeriale:

- **prima fase** (*Sign In*) - i controlli previsti in questa fase vanno eseguiti nel periodo precedente l'induzione dell'anestesia: è infatti importante che il paziente sia sveglio e cosciente per poter confermare la sua identità, la corretta procedura e il corretto sito. Qualora il paziente non sia in grado di rispondere è necessario, prima di qualsiasi procedura chirurgica e anestesiológica, far confermare i dati richiesti da un familiare o tutore. In quest'ultimo caso sarà il coordinatore della checklist, di comune accordo col personale della degenza, a stabilire la migliore procedura idonea per tale controllo.

A questo punto l'attenzione si sposta sull'anestesista che, prima ancora di avviare l'induzione, dovrà confermare l'avvenuto controllo di sicurezza anestesiológica: eventuali allergie, gestione delle vie aeree, rischio perdita ematica, adeguato accesso venoso, corretto funzionamento e posizionamento delle apparecchiature.

Solo dopo tutti i suddetti controlli si potrà procedere con l'anestesia;

- **seconda fase (Time Out)** - i controlli qui previsti vanno eseguiti assolutamente prima dell'incisione chirurgica. Compito del coordinatore, in questa fase, è di richiamare l'attenzione dell'equipe poco prima dell'inizio vero e proprio dell'intervento e, con la piena collaborazione del chirurgo e del resto dell'equipe, effettuare tutti i controlli previsti: la presentazione dei membri dell'equipe, la conferma dell'identità del paziente, della procedura e del sito chirurgico, l'anticipazione di eventuali criticità e/o preoccupazioni (quindi sentire il parere dell'anestesista riguardo ai dubbi sollevati dal chirurgo), l'avvenuta somministrazione della profilassi antibiotica e la visualizzazione di eventuali immagini diagnostiche (rx, tac, ecc.);
- **terza fase (Sign Out)**: l'ultima fase della checklist prevede una serie di controlli da effettuare prima che paziente e chirurgo lascino la sala operatoria. Il Sign Out potrebbe coincidere, eventualmente, con la chiusura della ferita chirurgica. Vengono confermate, in quest'ultima fase, la procedura da registrare in cartella clinica, il conteggio di garze e strumentario chirurgico, l'avvenuta etichettatura dei campioni eventualmente prelevati. Da non sottovalutare la segnalazione di eventuali problemi o malfunzionamenti riscontrati: ciò permetterà di evitare o ridurre la possibilità che tale evento si possa riproporre in futuro. L'ultimo controllo è quello che riguarda la profilassi del tromboembolismo post-operatorio (non presente nel modello di checklist elaborato dall'OMS ma inserito in quello italiano).

Risulta evidente come il coordinatore della checklist abbia un ruolo chiave per una corretta esecuzione di tutta la procedura: coinvolge verbalmente tutti gli altri componenti dell'equipe e il paziente nella conferma, passo per passo, di ogni item presente nel documento di risk management.

Criticità

E' ormai accertato che la checklist sia uno strumento indispensabile per la riduzione di eventi avversi in sala operatoria: recenti studi, come quelli riportati da Aico, dimostrano che l'implementazione della checklist è associata ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie. E' però il caso di evidenziare alcuni punti deboli riscontrati in specifiche realtà:

- un'eccessiva rielaborazione e implementazione di item rischia di rallentare notevolmente l'attività e, cosa molto più grave, di prestare minore attenzione ai bisogni dell'attore principale del contesto operatorio: il paziente, un problema, questo, che riguarda forse tutti gli ambiti colpiti dall'eccessiva 'burocratizzazione' della sanità;
- l'inspiegabile mancanza di collaborazione con il coordinatore della checklist da parte dei restanti membri dell'equipe ha portato alcune direzioni sanitarie a doverli responsabilizzare, facendogli sottoscrivere il documento: un ulteriore peso per il coordinatore che, dovendo 'rincorrere' i colleghi per far apporre la firma sulla checklist, riduce ulteriormente il prezioso tempo da dedicare all'assistenza diretta del paziente;
- i severi controlli degli enti del Ssn preposti alla corretta compilazione del documento, in particolar modo rivolti alle strutture private convenzionate, deviano gli operatori dalla vera funzione dello strumento di risk management, facendolo piuttosto apparire come una necessaria pratica di completamento della documentazione sanitaria richiesta.

Criticità, queste, che potrebbero rallentare notevolmente il processo di miglioramento continuo in sanità e che tendono a spostare l'attenzione del personale interessato dalla reale efficacia della checklist di sala operatoria.

Conclusioni

Per provare a risolvere i problemi sopra elencati è possibile fornire degli spunti di riflessione:

- aggiungendo un solo punto (item) a quelli elaborati dall'Oms, il Ministero della Salute porta a 20 il numero dei controlli da effettuare per ogni paziente, al fine di verificare un livello accettabile di sicurezza. Integrare ulteriormente la lista significherebbe creare delle ridondanze inutili;
- la sottoscrizione da parte di tutti i membri dell'equipe (infermiere di sala, strumentista, operatore, anestesista, ecc.) rende priva di significato la funzione del coordinatore della checklist prevista dalle Raccomandazioni. Del tutto irrilevante risulta poi la firma del paziente su un documento strettamente legato a funzioni interne e di sicurezza: a tal proposito è utile sottolineare quanto sia sconsigliabile far apporre la firma al paziente nel contesto della sala operatoria;
- la checklist, intesa come utile strumento per la sicurezza, quindi, interpretata e compilata in maniera corretta dagli operatori sanitari, può diventare un punto di forza per il personale stesso: in sede di perizia medico-legale dimostra che si sono eseguiti tutti i controlli previsti e garantisce, dal punto di vista qualitativo, un'efficace operato per la sicurezza del paziente.

Il corretto utilizzo della checklist, infine, oltre a produrre vantaggi soggettivi rispettivamente per il paziente e per il personale, è un ottimo strumento per creare una comunicazione di gruppo, spesso inesistente all'interno dell'ambiente chirurgico: coinvolgere i membri dell'equipe prima, durante e dopo l'intervento promuove la condivisione di informazioni, pareri e, a volte, a chiarire dubbi che altrimenti rimarrebbero inespressi o potrebbero portare, in futuro, a commettere gravi errori.

BIBLIOGRAFIA

- Martinenghi S. *Ferro e due garze per 15 mesi nell'addome, inutili sette visite al pronto soccorso*, in Repubblica.it, 01/05/2014.
- Tribunale Ordinario di Pescara, Sentenza n. 483/2014.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio III. *Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist*, Ottobre 2009.
- Buscemi A (a cura di). *Il risk management in sanità. Gestione del rischio, errori, responsabilità professionale e aspetti psicologici*, Franco Angeli, 2013.
- Agenas, *Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze 2012-2013*, Ottobre 2013, in "I Quaderni" Supplemento alla rivista "Monitor".
- Calamandrei C, Orlandi C. *La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*, Mc Graw-Hill, Terza edizione 2009.
- Ministero della salute, Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio III. *Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura*, Raccomandazione n. 3, Marzo 2008.
- *Come applicare la checklist*, www.aicoitalia.it, u.c. giugno 2014.



CONTRIBUTI

La realtà virtuale: un viaggio lontano dai sintomi della chemioterapia

di **Alessandro Attanasio (1)**, **Massimo Alberio (2)**, **Davide Ausili (3)**, **Stefania Di Mauro (4)**

(1) Infermiere

(2) Infermiere, Tutor CdL in Infermieristica - Università degli Studi di Milano-Bicocca, sede ASST di Monza

(3) Infermiere, PhD, Assegnista di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Dipartimento Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza

(4) Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Dipartimento Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza

Corrispondenza: alessandroattanasio2@gmail.com

La Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia identifica col termine cancro, tumore o malattia neoplastica un insieme di circa 200 malattie caratterizzate da crescita cellulare incontrollata e svincolata dai normali meccanismi di controllo dell'organismo (Gori et al., 2015).

Nel 2014 l'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) aveva divulgato un rapporto secondo cui le persone che vivevano in Italia nel 2010 dopo una diagnosi di tumore erano il 4,4% della popolazione, di cui il 45% maschi e il 55% femmine; il 39% erano persone tra 60 e 74 anni di età e circa un terzo (35%) erano oltre i 75 anni (Dal Maso et al., 2014). In un successivo rapporto del 2015 viene presentata la proiezione al 2015, che mostra un aumento di prevalenza dal 2010 del 17%, arrivando a circa 3 milioni di italiani (+20% per i maschi e +15% per le femmine).

La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è circa 6-7 nuovi casi ogni 1.000 uomini e 5 nuovi casi ogni 1.000 donne ogni anno.

Si può affermare che, mediamente, ogni giorno, in Italia quasi 1.000 persone si ammalano di tumore (Gori et al., 2015). Nonostante la mortalità sia in riduzione e la sopravvivenza sia in aumento, le malattie oncologiche si confermano un fenomeno estremamente rilevante. L'allungamento della prospettiva di vita post-diagnosi è dato in parte dal miglioramento delle terapie chemioterapiche.

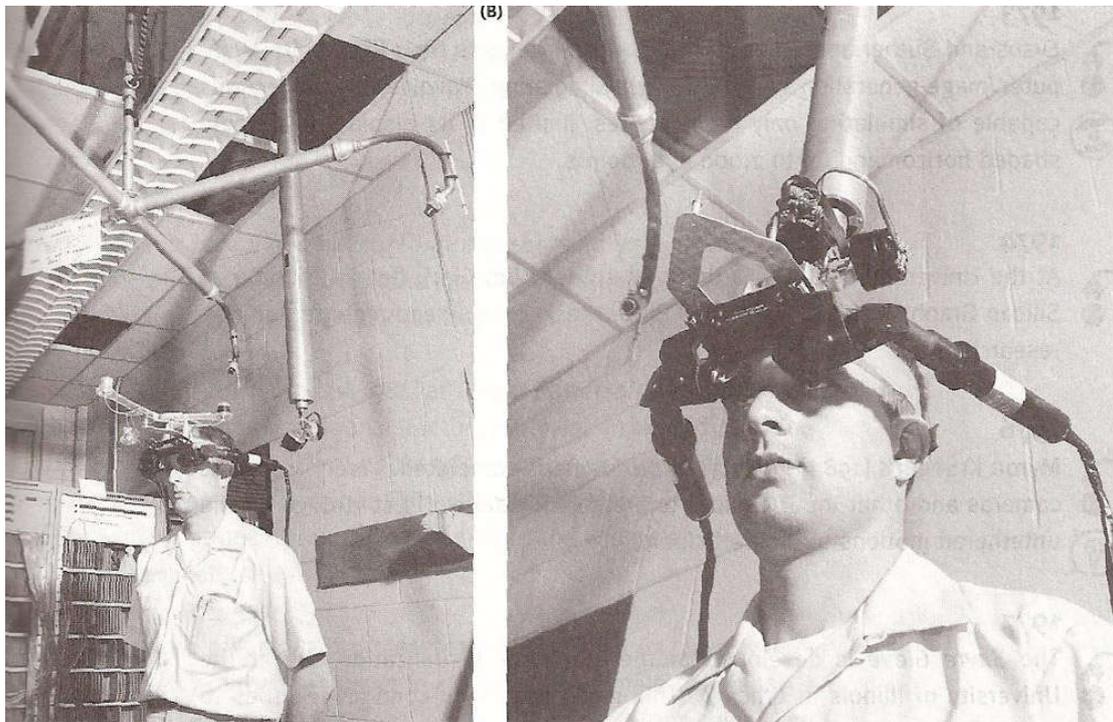
Le persone a cui viene somministrata chemioterapia sono soggette ad una varia sintomatologia dovuta agli effetti collaterali o alla malattia stessa. L'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) ha elencato e descritto questi sintomi, individuandone sei come principali, tra cui il più frequente è la fatigue, seguito da dolore, nausea e vomito (possibilità di manifestazione da alcuni minuti a diverse ore dopo la somministrazione del farmaco chemioterapico), costipazione, insonnia e carenza di appetito, presenti in più del 50% dei soggetti (AIRC, 2016).

Nascita e evoluzione della realtà virtuale

Tra i vari interventi, farmacologici e non, atti a ridurre la sintomatologia legata ad assunzione di chemioterapico, si sta sviluppando la realtà virtuale (VR), definibile come ambiente tridimensionale ed immersivo, generato da un computer, in cui il soggetto o i soggetti interagiscono tra loro e con l'ambiente come se fossero realmente al suo interno (Riva et al., 2016). La realtà virtuale è detta immersiva perchè in grado di creare un senso di assorbimento nell'ambiente, estraniando così la persona dalla realtà; ciò è reso possibile dal contemporaneo coinvolgimento di più sensi (almeno vista e udito) e dalla modifica dell'immagine tridimensionale in base al punto di vista dell'utente, grazie ad appositi sensori di movimento.

Nel 1968 Sutherland, presso l'Università dello Utah, ha creato quello che viene considerato il primo sistema di realtà virtuale con visore: in quella versione, ancora rudimentale, l'unica immagine osservabile era un semplice cubo. Il visore sfruttava due schermi a tubo catodico ed era così grosso e pesante che per riuscire ad indossarlo i ricercatori dovevano montarlo su un sollevatore collegato al soffitto: per questo motivo venne chiamato *The Sword Of Damocles*, ovvero la spada di Damocle (Figura 1).

Figura 1 - Sutherland indossa la spada di Damocle (Pedrocchi, 2016)



L'idea della realtà virtuale iniziò a raccogliere rapidamente consensi, ma solo nel 1987 Lanier, fondatore della compagnia VPL (*Visual Programming Languages Research*, creò il termine *Virtual Reality* (VR).

Con la diffusione di tale termine innovativo iniziò la corsa alla VR. Fu un susseguirsi di nuovi visori VR, sempre più piccoli e realistici, fino al 1995, anno in cui avvenne il primo grande fallimento nella breve storia della realtà virtuale e di uno dei più grandi disastri nella storia dei videogiochi: l'azienda *Nintendo*® lanciò *Virtual Boy*, una console costituita da un elmetto contenente due display che permetteva un'esperienza di gioco in VR. Ma questo gioco venne criticato poiché generava negli utenti effetti collaterali quali nausea, mal di testa e disturbi visivi, anche dopo un breve utilizzo.

Con il finire degli anni Novanta cessò l'interesse per la realtà virtuale; la maggior parte dei dispositivi VR di quegli anni era stata disastrosa e non vi fu più un tentativo concreto di approccio alla realtà virtuale per più di un decennio. Grazie alla progressione della tecnologia fu possibile la realizzazione di apparecchiature e strumenti sempre più sofisticati: nel 2012 la società *Oculus®*, fondata da Luckey, presentò un visore VR con innovative caratteristiche di leggerezza ed elevato coinvolgimento. La tecnologia era ormai maturata abbastanza per riuscire a soddisfare le richieste del pubblico, ma il prezzo era ancora troppo elevato per permetterne la diffusione su larga scala.

Nel 2014 la rivoluzione arrivò da *Google®* con il suo *Google Cardboard®*: innovativo ed economico visore che, al posto di uno schermo integrato ad alta risoluzione ed un computer dedicato come per l'*Oculus®*, sfrutta le potenzialità e lo schermo dello *smartphone*. Si tratta di una semplice struttura di cartone sagomata, la quale, grazie alla presenza di un sistema ottico, permette la messa a fuoco del *display* a distanze minime. E' sufficiente inserire il proprio *smartphone* e collegarlo ad un paio di cuffie per ottenere una realtà virtuale totalmente immersiva ma *low cost*. *Google®* fu così in grado di abbattere i costi, rendendo possibile l'acquisto del *Cardboard* a partire da pochi euro e ciò permise per la prima volta la diffusione della realtà virtuale su una vasta popolazione.

Negli ultimi anni si è assistito ad uno sviluppo esponenziale della VR, la cui tecnologia viene considerata la più rivoluzionaria arrivata sul mercato dal tempo degli *smartphone*. La realtà virtuale è ormai utilizzata in vari ambiti: dall'industria della moda con i camerini digitali, alla fotografia VR a 360°; dal settore dell'*automotive*, al cinema; dal mondo del *videogame*, alle visite virtuali dei musei; dalla *Nasa®* per i viaggi spaziali, alla giustizia per le ricostruzioni della scena del crimine.

Anche in ambito sanitario la realtà virtuale sta guadagnando grande interesse, con possibilità di applicazione in diversi settori: dalla diagnostica alla terapia, all'educazione e prevenzione. Si pronostica che il mercato globale per la realtà virtuale nella sanità raggiungerà nel 2020 3,8 miliardi di dollari (*Global Industry Analysts, Inc., 2015*), sebbene sia solo da poco tempo pensabile l'utilizzo ufficiale dei visori VR in ambito ospedaliero e sanitario in generale.

Il numero dei casi concreti è ancora limitato: un esempio si trova all'istituto Pascale di Napoli, dove si trova già applicata la prima sperimentazione in Italia, ma gli studi e la ricerca permetteranno di reperire un numero sempre maggiore di articoli scientifici al riguardo, in modo tale da avere a disposizione una vasta raccolta di prove d'efficacia a favore dell'applicazione della realtà virtuale nel campo della salute.

Le ipotesi formulate sui meccanismi di azione della VR sul cervello non sono ad oggi state confermate. Qui di seguito verranno esplorati gli esiti finora documentati dalla ricerca.

Esiti della realtà virtuale

Il sintomo negativo più frequente durante la chemioterapia è la *fatigue*. Nel suo studio Oyama et al. (1999) ne dimostrano una riduzione grazie all'utilizzo della tecnologia VR *bedside wellness system*: si tratta di un insieme di schermi che catapultano la persona in un viaggio virtuale nella foresta, con un meccanismo di emanazione di profumi di bosco e sensori alle gambe per cogliere i movimenti delle persone allettate, così da permettere loro di spostarsi nel mondo virtuale.

Anche secondo Chirico et al. (2016) il sintomo *fatigue* si è ridotto subito dopo la somministrazione di chemioterapia in combinazione con la realtà virtuale.

I visori si sono rivelati senza rischi per il paziente e molto economici per il sistema sanitario. Non in ultimo si sottolinea la praticità dell'utilizzo dei visori VR: i pazienti non hanno bisogno di alcun tipo di formazione per utilizzarli.

Schneider et al. (2004), in seguito al loro studio crossover, hanno confrontato i punteggi ottenuti con la scala *revised piper fatigue scale* somministrata: prima della chemioterapia, immediatamente dopo la chemioterapia con realtà virtuale ed a 48h di distanza da quest'ultima, dimostrando che le donne hanno riportato una riduzione significativa della fatigue immediatamente dopo la chemioterapia con VR, ma non a 48h da quest'ultima (Figura 2). Altresì tutti i 20 soggetti hanno preferito il trattamento chemioterapico associato a VR e il 95% sarebbe disposto a riutilizzarlo. Gli autori hanno anche concluso che la VR applicata durante la chemioterapia non ha aumentato la sintomatologia negativa.

Tale preoccupazione derivava dall'attenzione posta dalla letteratura sulla *cybersickness* (malattia informatica), simile alla cinetosi: aumento del senso di nausea, vomito, vertigini e stress generale dovuto all'uso di attrezzature di VR (Rizzo et al., 1998).

Anche Schneider et al. (2003) ribadiscono che non vi sono stati episodi di *cybersickness* e che con l'utilizzo della VR il livello di fatigue è diminuito subito dopo la chemioterapia, anche a 48h da essa, ma non in modo significativo.

Figura 2 - statistica descrittiva: REVISED PIPER FATIGUE SCALE (Schneider et al., 2004)

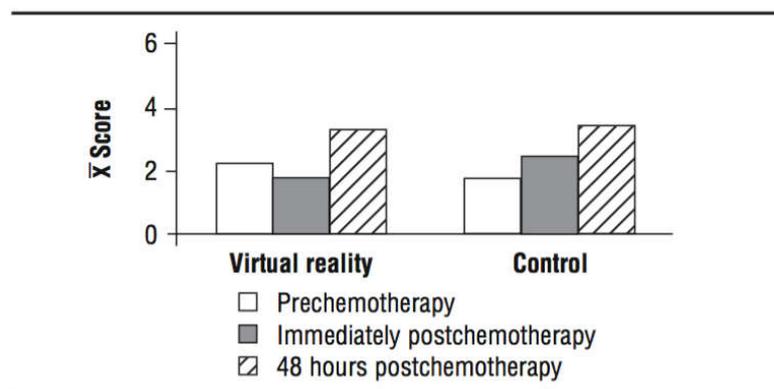


Figure 4. Descriptive Statistics: Revised Piper Fatigue Scale

In un altro studio Schneider et al. (2007) rinforzano la tesi che il visore VR può essere usato a livello clinico: le persone sottoposte allo studio ritenevano il dispositivo facile da utilizzare e non sono state soggette a malattia informatica (*cybersickness*). L'86% del campione ha gradito l'intervento VR e l'82% l'avrebbe utilizzato di nuovo. Nel corso dello studio si è riscontrata una relazione indiretta tra i tempi di permanenza nell'ambiente virtuale e i livelli di fatigue.

L'intervento VR è stato applicato una sola volta ad ogni persona, quindi non è stato possibile determinare se i pazienti avessero abbastanza esposizione alla VR per produrre un effetto sui sintomi, quindi si conclude che possono essere necessarie maggiori sessioni di VR. I risultati dello studio supportano l'idea che l'uso di VR può contribuire a rendere i trattamenti di chemioterapia più tollerabili, ma non contribuiscono ad una diminuzione statisticamente significativa della sintomatologia.

Nello studio pilota condotto da Schneider et al. (2003) è stato sperimentato l'utilizzo della realtà virtuale su 16 donne con un'età compresa tra 50-77 anni, affette da tumore al seno. Le partecipanti hanno utilizzato un visore VR durante tutta la somministrazione infusiva di chemioterapia, potendo scegliere tra diversi scenari o anche l'interruzione del trattamento nel caso non fosse tollerato. Le scale somministrate prima del trattamento chemioterapico con VR, subito dopo ed a 48h, sono la *State-Anxiety Inventory for Adults* (SAI) e la *Symptom Distress Scale* (SDS). I risultati mostrano una riduzione statisticamente significativa dei punteggi ottenuti con la scala SDS subito dopo il trattamento chemioterapico con VR, ma non a 48h di distanza da quest'ultimo. Non vi sono invece riduzioni significative nei punteggi ottenuti con la scala SAI, nè immediatamente dopo il trattamento, nè nelle 48h successive. Inoltre non sono stati riportati *cybersickness* o altri sintomi associati ad utilizzo di VR e il 100% delle donne ha dichiarato di volerlo riutilizzare nuovamente.

Nel 2014 gli stessi autori Schneider et al. hanno condotto un nuovo studio pilota su 20 donne con diagnosi di tumore al seno, con un'età compresa tra i 18 e i 55 anni; sia prima del trattamento chemioterapico che immediatamente dopo e a 48h sono stati somministrate alle partecipanti le scale *State-Anxiety Inventory for Adults* (SAI) e *Symptom Distress Scale* (SDS). Si è osservata una riduzione statisticamente significativa dei punteggi ottenuti con la scala SDS solo immediatamente dopo la fine del trattamento. Seppur non significativa, si osserva una riduzione dei punteggi della scala SAI, sia immediatamente, dopo che a 48 h dal trattamento chemioterapico.

Sempre Schneider et al. (2007) nel suo *crossover design* con un campione di 123 persone adulte al loro primo trattamento chemioterapico, prevedono la valutazione del distress mediante *Adapted Symptom Distress Scale-2* (ASDS-2), somministrata prima, immediatamente dopo e a 48h dal trattamento chemioterapico. I risultati dimostrano una tendenza costante verso un miglioramento del *distress* immediatamente dopo il trattamento chemioterapico, tuttavia i dati raccolti non mostrano significatività statistica.

Nella *Literature Review* condotta da Chirico et al. (2016), tra i 19 studi esaminati 8 valutano l'efficacia della VR nel ridurre i sintomi di *distress* nelle persone sottoposte a trattamento chemioterapico.

Nonostante la variabilità delle scale di misura utilizzate nei diversi studi per valutare il distress psicologico, tutti gli 8 studi hanno dimostrato una riduzione di *distress* subito dopo le sedute di chemioterapia, anche se non sempre si dimostra una significatività dei risultati. Inoltre è risultata ridotta l'emese ritardata (che si verifica dopo le 24h) e l'emese anticipatoria (che si verifica, in pazienti con precedente esperienza di emese chemiocorrelata, prima dei cicli successivi di chemioterapia). Questo sintomo è causato dalla vista e dagli odori degli ambienti in cui la persona effettuata la chemioterapia.

Schneider et al. nel 2007 hanno anche studiato l'alterazione della percezione del tempo nelle persone sottoposte a VR durante chemioterapia. A fine intervento sono stati interrogati i soggetti riguardo al tempo da loro stimato di durata della chemioterapia. I trattamenti chemioterapici in media sono durati 58 minuti, ma i partecipanti hanno riferito di aver percepito la chemioterapia come se avesse avuto una durata di 47 minuti. Si conferma quindi la capacità distrazionale della VR.

Nel 2011 è stato pubblicato un ulteriore studio di Schneider et al.: si tratta di un'analisi secondaria di tre studi (crossover) che ha prodotto un campione unico di 137 partecipanti (tra i 27 e i 78 anni) con 3 differenti diagnosi: cancro al seno, al colon e al polmone. Lo studio conclude che fattori come età, sesso, stato di ansia, fatigue e diagnosi di cancro influiscono sull'efficacia della VR in relazione alla ridotta percezione del tempo di durata della chemioterapia. I risultati mostrano che vi è una variazione dell'alterata percezione del tempo dovuta a VR in base alla diagnosi di cancro del soggetto sottoposto a chemioterapia con VR.

In media le sessioni di chemioterapia duravano 63 minuti, i soggetti con diagnosi di cancro al seno erano coloro che sottostimavano maggiormente il tempo trascorso (23 minuti) dall'inizio della chemioterapia abbinata a VR, soggetti con diagnosi di cancro al colon sottostimavano per 12 minuti e coloro che avevano diagnosi di tumore al polmone sottostimavano per meno di 4 minuti. Nello studio si ritiene che la diagnosi di cancro al polmone spesso è associata a sintomatologia negativa, fisica e psicologica più intensa. Ciò comporta per la persona maggiori livelli di ansia, quindi viene riportato che alti livelli di ansia e sintomatologia più intensa riducono l'efficacia della VR come strumento distrazionale e di riduzione del tempo percepito, ma i risultati non sono statisticamente significativi. I risultati dello studio mostrano che il sesso invece non influenza significativamente la percezione del tempo trascorso dall'inizio della chemioterapia abbinata a VR. Ma la bassa percentuale di uomini rispetto alle donne nel campione limita la generalizzazione di questo risultato.

Anche nello studio pilota condotto da Schneider et al. (2003) viene dimostrata la relazione tra VR applicata durante la chemioterapia e riduzione del tempo percepito di durata della procedura. Nello studio, al termine della chemioterapia abbinata a VR, viene valutato il tempo percepito da ciascuna donna e i risultati riportano una media di 43 minuti, significativamente inferiore rispetto al tempo medio effettivo di durata della chemioterapia, stimato a 78 minuti.

Chirico et al. (2016) in uno studio pilota in cui vengono reclutate 47 donne di età 18-70 anni, affette da cancro al seno al secondo trattamento chemioterapico dopo l'intervento chirurgico, comparano l'efficacia della VR e della musicoterapia (MT) nel ridurre il tempo percepito di durata della chemioterapia. Le donne sono state assegnate casualmente ad un gruppo oppure all'altro (VR=24; MT=23), per una durata effettiva del trattamento di 20 minuti. I risultati del ANOVA mostrano differenze significative nel tempo percepito tra il gruppo trattato con VR e il gruppo trattato con MT: i soggetti trattati con l'intervento VR durante l'infusione di chemioterapia sottovalutano il tempo effettivo trascorso, di conseguenza i soggetti trattati con l'intervento di MT sovrastimano il tempo effettivamente trascorso.

Nello studio pilota di Schneider et al. (2004) viene dimostrato in modo statisticamente significativo che il tempo percepito dai soggetti sottoposti a chemioterapia correlata a VR è di media sottostimato di 25 minuti. Anche se la durata media di tempo per un trattamento infusivo di chemioterapia con VR è stata di 67 minuti, il tempo medio stimato dai partecipanti era di 42 minuti. Questa differenza nella percezione del tempo è significativo con valore $p < 0,001$.

Conclusioni

I risultati degli studi suggeriscono che la VR è sempre stata ben tollerata dalle persone sottoposte a chemioterapia. Non sono stati riportati episodi di *cybersickness* e quasi la totalità degli assistiti avrebbe voluto riutilizzarla. Inoltre non vi sono state difficoltà nell'utilizzo dei visori VR, nemmeno da parte della popolazione più anziana.

I risultati degli studi scientifici reperti sono promettenti, ma alcuni sono studi pilota con campioni poco numerosi e bassa significatività statistica.

La *fatigue* e il *distress* risultano ridotti dall'applicazione della VR alla chemioterapia e in uno studio in cui si valuta anche la nausea si dimostrano gli effetti positivi della VR nel ridurre l'emesi ritardata e anticipatoria, mentre i risultati che riguardano l'ansia sono talune volte contrastanti e non sempre statisticamente significativi, quindi non permettono una valutazione oggettiva dei dati.

Risulta invece ridotto in tutti gli studi il tempo trascorso percepito durante la chemioterapia con l'utilizzo della VR. Il tempo percepito è sempre mediamente inferiore al tempo effettivo di durata del trattamento: questo permette ai soggetti di tollerare meglio le sedute chemioterapiche e riduce l'impatto psicologico negativo, quindi la VR, favorendo l'adesione al regime chemioterapico, potrebbe avere un impatto positivo sulla sopravvivenza delle persone malate di tumore.

Sembrerebbe esserci una relazione tra il tipo di diagnosi di cancro e l'efficacia della VR nell'alterare la percezione del tempo trascorso: si suppone che questo sia correlato al livello di ansia iniziale, tanto che la VR risulta meno efficace con alti livelli di ansia dovuta ad una sintomatologia negativa più intensa.

I risultati di alcuni studi dimostrano che la realtà virtuale ha un effetto duraturo nel tempo, mantenendo livelli di ansia ridotti anche 48h dopo la chemioterapia, ma non in modo statisticamente significativo.

Grazie ai costi contenuti dei visori VR come il *cardboard* e la diffusione di massa degli smartphone, oltre che dei visori stessi, risulterebbe minimo l'investimento di risorse per l'utilizzo della VR nei vari contesti della sanità. Le ricerche di *Consumer Electronics Association* (CEA) prevedono infatti per il 2016 un incremento del 500% nelle vendite di visori per VR, con circa 1,2 milioni di unità e un fatturato sui 540 milioni di dollari (La Stampa, 2016).

Con la riduzione dei costi dei dispositivi VR, sarebbe possibile anche incrementarne la ricerca, utilizzando popolazioni più consistenti, in modo tale da ottenere dati sempre statisticamente significativi. Inoltre andrebbero investigati più nel dettaglio i fattori che possono influenzare l'effetto della realtà virtuale, come influiscono le diverse diagnosi di tumore, gli stati d'animo e i diversi ambienti virtuali, in modo da personalizzare la VR e renderla il più efficace possibile per ciascuna persona assistita.

La VR, agendo sia sulla dimensione biofisiologica che psicologica e potendo essere adattata alle esigenze personali e socio-culturali, può migliorare la qualità della vita delle persone assistite sottoposte a chemioterapia.

BIBLIOGRAFIA

- Associazione italiana per la ricerca sul cancro. *Cosa ci si deve aspettare durante la chemioterapia?* <http://www.airc.it/cancro/terapia-tumori/chemioterapia/effetti-collaterali/> (12 luglio 2016).
- Chirico A, Lucidi F, De Laurentis M, Milanese C, Napoli A, Giordano A (2016). *Virtual reality in health system: beyond entertainment. A mini-review on the efficacy of VR during cancer treatment.* J. Cell. Physiol, 231(2): 275-87.
- Dal Maso L, Guzzinati S, De Angelis R, Virdone S, Buzzoni C, Baili P, Busco S, Capocaccia R, Cascone G, Di Felice E, Ferretti S, Foschi R, Francisci S, Gatta G, Gigli A, Mallone S, Rossi S, Trama A, Vicentini M, Crocetti E, Dal Maso L (2014). *Prevalenza e guarigione da tumore in Italia.* Epidemiologia & prevenzione, 38(6): 13-27.
- Gori S, Altavilla G, Ascierio P, Bernardo G, Bracarda S, Chiarion Sileni V, Di Maio M, Federico M, Ionta M, Lorusso D, Merlano M, Novello S, Pignata S, Pinto C, Rosti G, Tonini G, Torri V, Crocetti E, Busco S, Buzzoni C, Falcini F, Ferretti S, Serraino D, Zappa M (2015). *I numeri del cancro in italia (5°).* Roma: Intermedia Editore.
- La Stampa. *Il Ces 2016 avrà come protagonista la realtà virtuale.* <http://www.lastampa.it/2015/10/06/tecnologia/il-ces-avr-come-protagonista-la-realt-virtuale-rjFnVcqw10G5GaamX2zlgP/pagina.html> (6 giugno 2016).
- Oyama H, Ohsuga M, Tatsuno Y, Katsumata N (1999). *Evaluation of the psycho-oncological effectiveness of the bedside wellness system.* Cyberpsychology & Behavior, 2(1): 81-84.
- Riva G, Gaggioli G. *Che cos'è la realtà virtuale.* <https://sites.google.com/site/scienza20/che-cos-e-la-realta-virtuale> (12 luglio 2016).
- Rizzo AA, Buckwalter J G, Neumann U, Kesselman C, Thiebaut M (1998). *Basic issues in the application of virtual reality for the assessment and rehabilitation of cognitive impairments and functional disabilities.* CyberPsychology & Behavior, 1(1): 59-78.
- Schneider S, Ellis M, Coombs W, Shonkwiler E, Folsom L (2003). *Virtual reality intervention for older women with breast cancer.* Cyberpsychol Behav, 6(3): 301-307.
- Schneider S, Maryjo P, Allen M, Silverman P, Talaba D (2004). *Virtual reality as a distraction intervention for women receiving chemotherapy.* Oncology Nursing Forum, 31(1): 81-88.
- Schneider S, Hood L (2007). *Virtual reality: a distraction intervention for chemotherapy.* Oncol Nurs Forum, 34(1): 39-46.
- Schneider S, Kisby C, Flint E (2011). *Effect of virtual reality on time perception in patients receiving chemotherapy.* Support Care Cancer, 19(4): 555-564.



ESPERIENZE

Il neonato sottoposto ad ipotermia terapeutica, quale prevenzione delle lesioni da pressione?

di **Maria Vittoria De Girolamo**

*Infermiere Clinico, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Fondazione Policlinico A. Gemelli Roma - U.O.C. Terapia Intensiva Pediatrica - Trauma
Center*

Corrispondenza: de_girolamo_mv@inwind.it

L'ipotermia terapeutica (IT) è il trattamento d'elezione al quale viene sottoposto il neonato asfittico che, in seguito a sofferenza perinatale, va incontro ad encefalopatia ipossico-ischemica. Secondo le indicazioni della Società Italiana di Neonatologia (S.I.N. 2012), il neonato candidabile a tale trattamento deve rispondere ai criteri di Sarnat & Sarnat (S.I.N. 2012) e dovrà essere sottoposto a trattamento ipotermico entro 6 ore dalla nascita presso un centro di III Livello di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) o di Terapia Intensiva Pediatrica (TIP), dove riceverà un'assistenza medico-infermieristica adeguata al caso.

L'IT è lo stato termico del paziente condizionato artificialmente tale che raggiunga una temperatura centrale uguale o inferiore ai 34°C. L'azione terapeutica del freddo riduce il metabolismo cellulare cerebrale dal 6% al 10% e questo è solo uno dei meccanismi che sottendono agli effetti protettivi e neuro-protettivi dell'ipotermia (Ereicinska, Thoresen, Silver, 2003).

Nella pratica clinica l'IT consiste in quattro fasi distinte (Polderman, Callaghan, 2006; Polderman, Herold., 2009): induzione, mantenimento, riscaldamento (*rewarming*), normotermia terapeutica. La durata del trattamento di ipotermia (induzione + mantenimento) è di 72 ore (S.I.N. 2012) cui vanno sommate dalle 24 alle 48 ore necessarie al "*Rewarming*" per un graduale ripristino della temperatura centrale (0,2 - 0,5°C/2 ore circa) fino al raggiungimento della normotermia di 37°C.

Il neonato sottoposto ad IT, a stretto contatto con l'apposito materassino per una durata minima di 5 giorni, sviluppa facilmente arrossamenti o lesioni da pressione se non opportunamente monitorato dall'infermiere.

La revisione della letteratura condotta ai fini dell'esperienza proposta, ha consentito di individuare le evidenze scientifiche sulla prevenzione delle lesioni da pressione nel neonato sottoposto ad IT. Questa ha confermato che il neonato critico sottoposto a CMV (Ventilazione Meccanica Convenzionale), in HFOV (Ventilazione oscillometrica ad alta frequenza), in ECMO (Circolazione Extra corporea) o in IT, è un paziente a rischio elevato. L'infermiere può gestire il rischio utilizzando protocolli specifici, effettuando periodiche valutazioni dello stato della cute del neonato, avvalendosi di presidi di protezione cutanea a base di idro-colloidi sulle sedi a rischio e mobilizzando frequentemente il paziente. Alcuni studi hanno evidenziato l'importanza di disporre di un team dedicato, costituito da infermieri specialisti clinici e competenti nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni da pressione (Pasek et al., 2008).

Le scale di valutazione del rischio di insorgenza di lesioni, sono strumento fondamentale per il controllo e la gestione del rischio. Braden-Q (Quigley et al., 1996), NSRAS (Neonatal Skin Risk Assessment Scale - Huffines, Logsdon 1991) e Glamorgan (Willock, Anthony, Richarson, 2009) citate dalla letteratura, sono le principali. Quest'ultima, ad oggi non ancora testata sul neonato sottoposto ad IT, ha fornito una sensibilità del 98,4% e una specificità del 67,8%, rendendola quindi una scala affidabile da utilizzare sui bambini a rischio.

Obiettivo dell'esperienza proposta è di esplorare la tipologia di assistenza infermieristica erogata ai neonati sottoposti ad IT per quanto riguarda la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione, nelle diverse TIP e TIN a livello nazionale.

L'esperienza: neonati sottoposti a IT e gestione delle lesioni da pressione

Lo studio osservazionale descrittivo condotto tra dicembre 2015 e gennaio 2016, ha preso in considerazione tutte le TIP e le TIN sul territorio nazionale afferenti al Network Italiano delle Terapie Intensive Pediatriche (TIPnet).

Previo contatto telefonico ai Dirigenti Infermieristici di Dipartimento e ai Coordinatori Infermieristici (CI), è stato richiesto loro il consenso a partecipare all'indagine.

Attraverso un questionario ad hoc di ventidue domande a risposta chiusa, sono state ricavate informazioni su posizione e strutturazione interna del personale delle TI, descrizione dell'assistenza preventiva delle lesioni da pressione, presidi utilizzati, adozione di scale di valutazione del rischio di lesioni da pressione e delle modalità di utilizzo, esplorazione della disponibilità delle UU.OO. interpellate ad aderire ad una rete comunicativa di intercambio culturale e ad un progetto di ricerca da eseguire in futuro sulla applicazione della Scala di Glamorgan da testare sul neonato sottoposto ad IT.

Risultati

Distribuzione delle TI sul territorio nazionale, IT ed organico

Le UU.OO. contattate sono state in totale 18 (14 TIN, 4 TIP) di cui solo 13 (3 TIP e 10 TIN) hanno aderito e praticano l'IT sul neonato asfittico.

L'analisi dell'aspetto strutturale e organizzativo delle singole UU.OO. ha rivelato per le TIP una presenza media di 12 posti letto, mentre per le TIN una presenza media di 20 posti letto. Gli infermieri impegnati in ciascuna UO assicurano un rapporto paziente/infermiere 2/1 (± 1) per le TIP e 3/1 (± 1) per le TIN.

L'infermiere pediatrico è una figura presente in maniera estremamente variabile in rapporto al numero totale di infermieri e con adeguata preparazione riguardo all'IT sulle procedure di esecuzione nonché sulla Care da effettuare sul neonato sottoposto a questo trattamento (Tabella 1).

La prevenzione delle lesioni da pressione nei neonati sottoposti a IT nelle TIP e TIN italiane

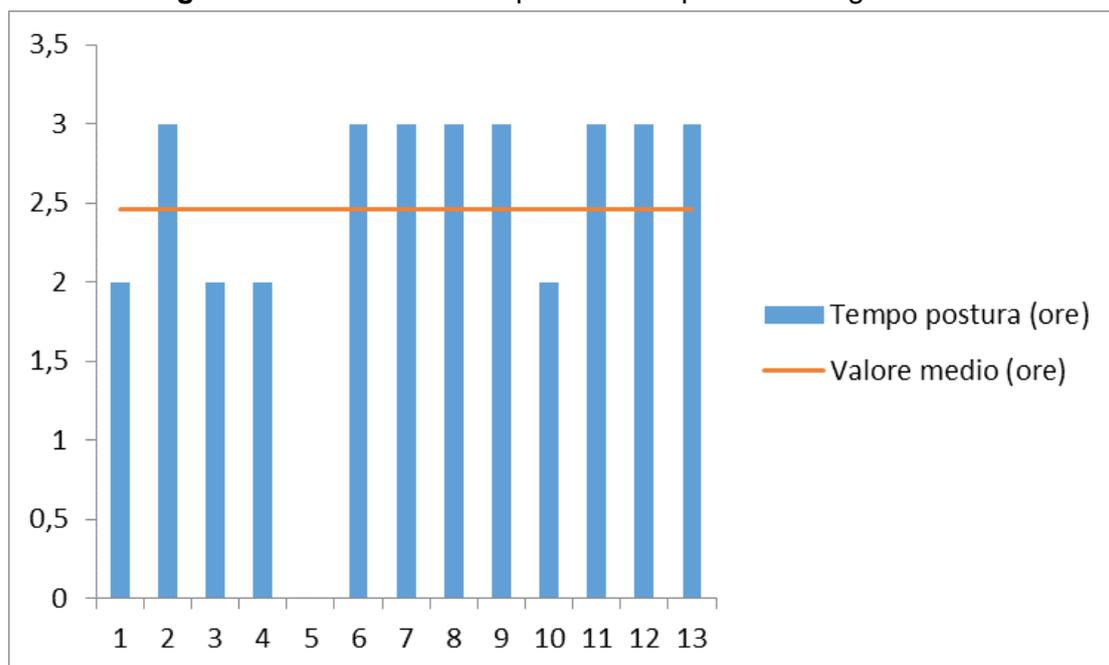
Dall'indagine condotta, risulta che la prevenzione delle lesioni da pressione nel neonato sottoposto ad IT, inizia dalla corretta detersione della cute del neonato con detergente delicato (69,2%), con soluzione dermolatte (23,1%) o in rari casi con soluzioni a base di clorexidina (7,7%). Nella prevenzione degli arrossamenti invece, solo il 23% usa ossido di zinco.

Sono risultati primi responsabili dell'insorgenza di lesione da pressione sul neonato, il cerotto di fissaggio del tubo endotracheale (TET) (66,6 %), a parità di risposte il materassino, il sondino naso-gastrico (SNG) ed il pannolino che con il 58,3%, obbligano ad un intervento.

Tabella 1 - Numero posti letto, rapporto Infermiere/paziente, Infermieri pediatrici e formazione ad hoc

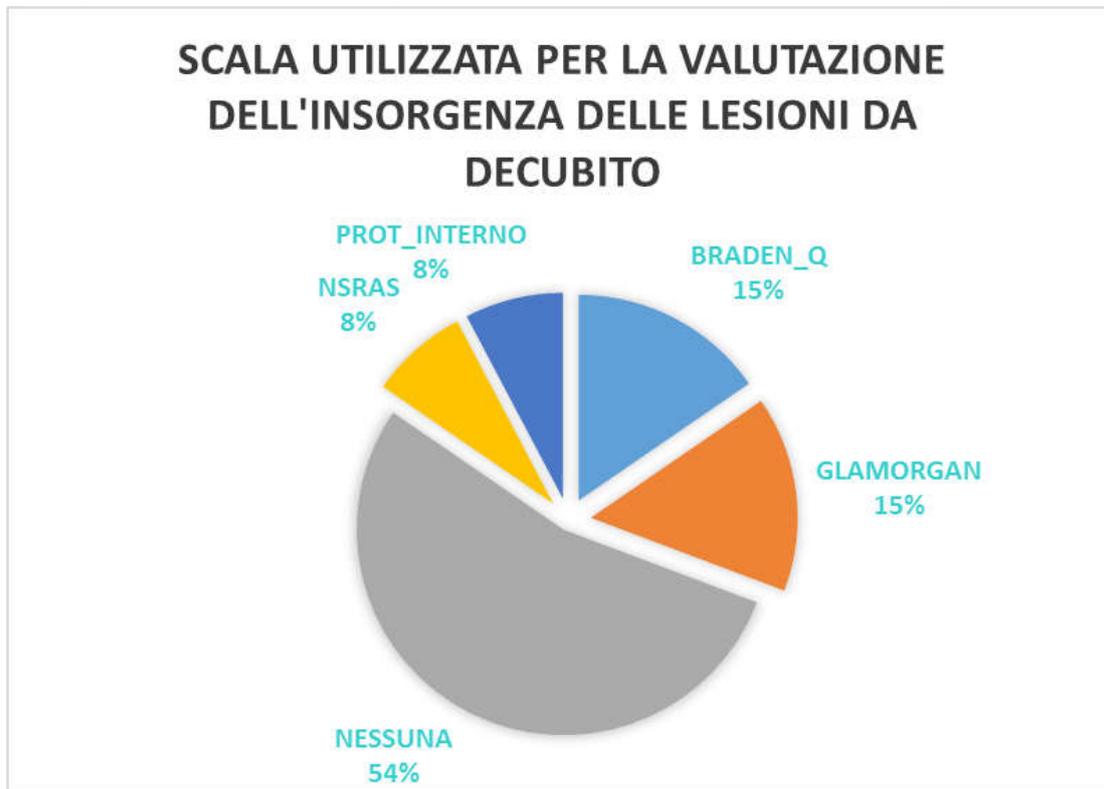
REGIONE	U.O.	POSTI LETTO	NUMERO INFERMIERI	RAPPORTO PAZ./INF.	INF.Ped. e formazione
SICILIA	TIN	23	25	5	1/si
LAZIO	TIP	8	19	2	2/si
TOSCANA	TIN	22	41	4	5/si
LOMBARDIA	TIN	23	22	4	-
LIGURIA	TIP	16	59	2	30/si
LOMBARDIA	TIN	12	48	3	-
VENETO	TIN	20	30	4	0
VENETO	TIP	10	27	3	0
VENETO	TIN	25	41	4	0
LOMBARDIA	TIN	23	42	3	32/si
FRIULI VENEZIA GIULIA	TIN	20	27	4	11/si
PIEMONTE	TIN	6	16	3	8/si
PIEMONTE	TIN	20	28	4	5/si
TOTALE		228	425	-	94
MEDIA ± DS		17,5 ± 6,4	32,6 ± 12,5	3,4 ± 0,8	8,5 ± 11,6

L'azione preventiva quindi, viene effettuata attraverso cambi posturali, eseguiti dal 92% dei centri, prevalentemente dall'infermiere mentre in misura minore da fisioterapisti (30,8%) e medici (7,7%), mediamente ogni 2,6 ore (Figura 1).

Figura 1 - Intervallo dei tempi nei cambi posturali in ogni centro

Solo nel 46% del campione di TIN osservato, vengono utilizzate scale di valutazione del rischio di lesioni da pressione (Figura 2).

Figura 2 - Scala utilizzata per la valutazione del rischio di lesione da pressione



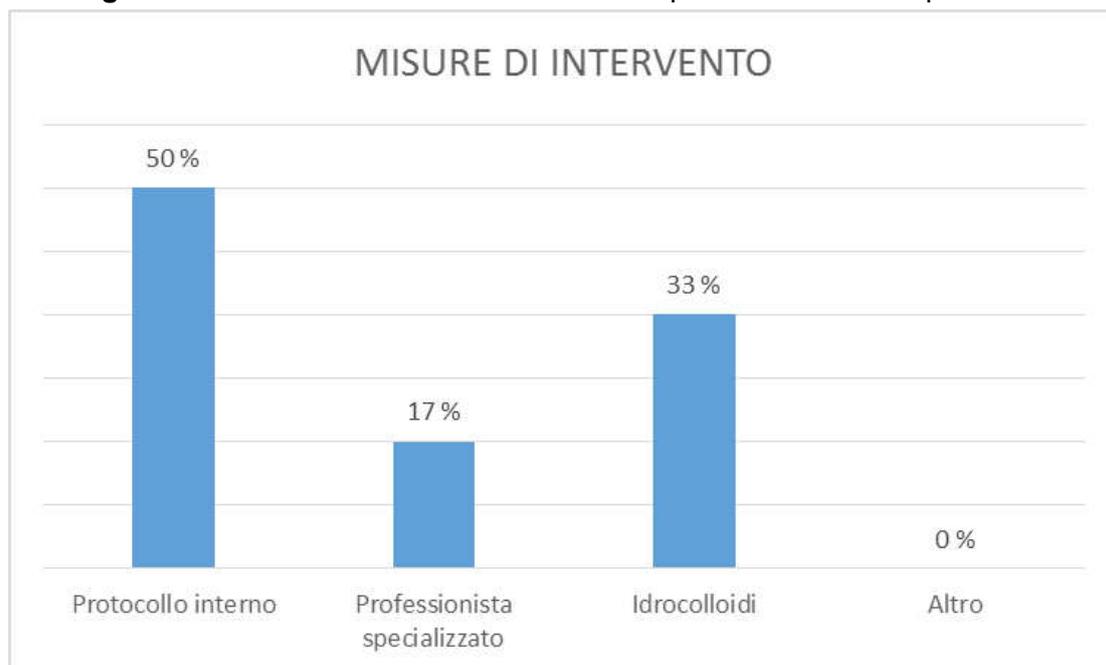
Di essi, il 57% del campione la compila ad ogni fine turno, il 29% una volta al giorno e il rimanente 14 % ogni 12 ore.

Chi compila la Scala di Valutazione è prevalentemente l'infermiere ma, una volta condotta la valutazione, soltanto il 16 % utilizza un protocollo interno di gestione del rischio.

In caso di comparsa di lesione, prevale l'adozione di un protocollo interno e l'utilizzo di placche per favorire la rigenerazione tissutale (Idrocolloide, Acquacel) mentre il 17% si affida ad un professionista specializzato (Figura 3).

Indipendentemente che si utilizzi o meno una scala di valutazione del rischio, per la gestione delle lesioni da pressione il 69% delle UU.OO. non si avvale di un team di professionisti specifico.

L'adesione allo sviluppo di una rete comunicativa per lo scambio di informazioni in merito alla gestione infermieristica sulla prevenzione delle lesioni da pressione sul neonato, ha riscosso il 77 % di consensi, nonché disponibilità ad un successivo progetto di ricerca.

Figura 3 - Misure di intervento in caso di comparsa di lesione da pressione

Discussione

Dall'analisi dei questionari emerge una realtà variegata e non sempre aderente a quanto indicato dalla letteratura. In Italia, la distribuzione dei centri è più massiccia al nord e più bassa al sud.

I dati dimostrano che l'organico assistenziale, in relazione al rapporto pazienti-infermiere, è piuttosto uniforme sul territorio italiano (~2/1 per le TIP e ~3/1 per le TIN con punte di 4/1 quando il numero dei posti letto è ≥ 20). Al centro si osserva una diversa distribuzione che vede un rapporto 2/1 su 8 posti letto contro un rapporto 4/1 su 22 posti letto, in relazione sempre ad una diversa distribuzione dell'organico infermieristico e, seppur con qualche eccezione (es. Sicilia 5/1 per la TIN), viene comunque adeguato alla fragilità del paziente ed al grado di intensività richiesto.

L'assistenza infermieristica al neonato sottoposto ad IT richiede infatti la costante presenza dell'infermiere al posto letto poiché si possono raggiungere livelli di intensività tali da richiedere un rapporto 1/1. In tal senso è indispensabile sapere ottimizzare le risorse infermieristiche all'interno della propria UO a garanzia di un livello di assistenza ottimale, in particolare al neonato in IT.

La figura dell'infermiere pediatrico invece, ove presente, risulterebbe adeguatamente formata riguardo le finalità assistenziali specifiche al pari degli infermieri.

La cura di una cute delicata come quella dei neonati per la prevenzione degli arrossamenti, inizia da una ottimale pulizia che viene effettuata in prevalenza con un detergente cutaneo delicato.

La mobilitazione per la prevenzione dei danni alla cute, viene effettuata prevalentemente dall'infermiere mediamente ogni tre ore circa ma, considerando la delicatezza della cute del neonato, sarebbe preferibile effettuare il cambio posturale ogni due.

La valutazione dell'integrità cutanea attraverso l'uso di una scala di valutazione, viene effettuata solamente da poco meno della metà dei centri contattati, essa è compilata prevalentemente dall'infermiere a fine turno. La scala Glamorgan e la Braden Q sono le scale maggiormente utilizzate ma non in maniera diffusa e uniforme: al nord ad esempio, ciascuna UO adotta una scala diversa, è chiaro dunque che non esiste una linea di riferimento da seguire.

Sarebbe utile approfondire con un'ulteriore indagine, il follow-up dei bambini trattati in centri che adottano una scala rispetto ad altri centri che non la utilizzano.

La descrizione dei presidi che, a partire dal cerotto di fissaggio del TET, il materassino per l'IT, il SNG ed il pannolino, sono considerati i maggiori responsabili di lesione, testimonia che l'infermiere volge la sua attenzione, non solo al materassino ma anche alle altre potenziali cause di rischio aumentato. Inoltre si evidenzia che l'assistenza pianificata sul neonato, va individualizzata alle condizioni specifiche del piccolo, in funzione della consistenza della cute, del peso corporeo e delle condizioni emodinamiche di inizio IT.

Alla manifestazione di lesioni da pressione, l'indagine ha evidenziato come non sia diffuso l'avvalersi di un team dedicato o del professionista esperto clinico, anche se la più frequente applicazione di un protocollo interno è comunque un approccio fondamentale.

La disponibilità dei centri a rimanere in contatto e a proseguire con questo tema di ricerca, dimostra in maniera chiara che, nonostante difficoltà economiche e/o organizzative, ci sia il desiderio, la disponibilità e l'interesse di fare sempre meglio in questo ramo assistenziale così specialistico.

Conclusioni

L'infermiere è il diretto responsabile nella pianificazione e gestione dell'assistenza sul neonato sottoposto ad IT, pertanto la disponibilità di un sufficiente organico infermieristico diventa fondamentale nella gestione dell'intensività assistenziale richiesta per il neonato asfittico.

E' opportuno stabilire delle linee guida uniche sulla prevenzione delle lesioni da pressione in questa tipologia di neonati sottoposti a IT, basate sulle prove di efficacia disponibili in letteratura e sull'esperienza dei centri più virtuosi. La disponibilità dei centri a costituire una rete di comunicazione su questo tema, è un segnale positivo per la condivisione di informazioni, notizie, opinioni, protocolli di gestione e relativi indicatori di efficacia.

Il confronto tra i risultati di questo studio osservazionale e la revisione della letteratura ha evidenziato i punti in cui sia necessario intervenire per uniformarne la pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

- Ancona G, Pomeroy P, Ferrari F (2012). Gruppo di studio Neurologia Neonatale - Società italiana di neonatologia (Sin). *Raccomandazioni per l'assistenza al neonato con encefalopatia ipossico-ischemica possibile candidato al trattamento ipotermico*. Biomedica.
- Dolack M, Huffines B, Stikes R, Hayes P, Logsdon MC (2013). *Updated neonatal skin risk assessment scale (Nsras)*. Ky Nurse. 2013 Oct-Dec; 61(4):6.
- Erecinska M, Thoresen M, Silver IA (2003). *Effect of hypothermia on energy metabolism in mammalian central nervous system*. J cereb Blood Flow Metab; 23: 513-500.
- Pasek TA, Geyser A, Sidoni M, Harris P, Warner JA, Spence A, Trent A, Lazzaro L, Balach J, Bakota A, Weicheck S (2008). *Skin care team in the pediatric intensive care unit: a model for excellence*. Crit Care Nurse. Apr; 28(2):125-35. Review.
- Polderman HK, Callaghan J (2006). *Equipment review: cooling catheters to induce therapeutic hypothermia?* Crit care, 10: 234.
- Quigley S M, Curley MA (1996). *Skin integrity in the pediatric population: preventing and managing pressure ulcers*. Journal of the Society of Pediatric Nurses, 1(1): 7-18.
- Willock J, Anthony D, Richardson J (2009). *Affidabilità della scala Glamorgan per la valutazione del rischio di lesione da compressione nel bambino*. IdB-Giornale italiano di scienze infermieristiche, 21-25.

ESPERIENZE

L'ICA in Hospice: misurazione della complessità assistenziale

di Rosa Carpentiero (1), Carmelo Collemi (2), Mauro Gambaretti (3)

(1) Infermiera, ASST Lodi

(2) Coordinatore infermieristico, ASST Lodi

(3) Ingegnere gestionale

Corrispondenza: roxanew@libero.it

Il concetto di complessità assistenziale nasce dalla necessità di misurare l'assistenza infermieristica da erogare in base ai bisogni dell'assistito, diversamente dai vecchi modelli impostati sui tempi di assistenza.

La Complessità Assistenziale è una valutazione multicriterio che misura il livello di prestazione erogata in base al bisogno, che permette una classificazione della criticità/pesantezza dei servizi in termini di prestazioni sanitarie e adeguatezza di risorse.

Tale modello teorico, basato sulla multidisciplinarietà, coinvolge le diverse competenze per una presa in carico globale e permette di superare la frammentazione della presa in carico secondo la logica dei servizi a sé stanti, integrando i percorsi di cura secondo il modello dell'intensità di cura.

La complessità è basata principalmente sulla valutazione di tre criticità:

1. Gravità del paziente (reale criticità del processo) e di conseguenza l'intensità di cura:
 - instabilità clinica;
 - competenza della persona assistita;
 - non autosufficienza.
2. Competenza del professionista
3. Criticità della struttura.

L'adeguata misurazione delle prestazioni sanitarie basate su indicatori misurabili, oggettivi, riproducibili, rintracciabili, verificabili e facilmente reperibili permette di valutare correttamente il livello di complessità, tracciare le attività e rilevare i sovraccarichi di lavoro che si possono ripercuotere sia sull'assistito che sul professionista.

L'Indice di Complessità Assistenziale (ICA) [Cavaliere, Snaidero, 2009] è un modello innovativo per misurare la complessità assistenziale, basato principalmente sui carichi di lavoro e sulla pianificazione delle attività.

In sintesi, le finalità e gli scopi dell'ICA sono le seguenti:

- migliorare la qualità dell'assistenza;
- misurare il livello di gravità del paziente;

- revisionare le attività;
- definire gli standard assistenziali dal punto di vista qualitativo;
- documentare gli interventi assistenziali rendendoli visibili;
- promuovere la personalizzazione degli interventi, facilitando il processo di pianificazione delle attività;
- valutare l'appropriatezza delle prestazioni;
- stimolare la professione infermieristica;
- comparare la criticità assistenziale delle strutture organizzative attraverso "l'impronta digitale";
- contribuire alla determinazione dei costi dell'assistenza;
- allocare il personale infermieristico in funzione della complessità e variabilità dei bisogni di assistenziali.

Tale indice misura in modo integrato i bisogni dell'assistito e indirizza e guida l'infermiere sullo stato di gravità e sulla prestazione infermieristica da fornire, fondandosi sul modello delle prestazioni infermieristiche di Cantarelli (1996).

Questa pianificazione viene gestita grazie a una valutazione oggettiva delle 11 prestazioni/bisogni assistenziali su 5 livelli di autonomia dell'assistito.

Le 11 prestazioni assistenziali:

1. assicurare la respirazione;
2. assicurare l'alimentazione e l'idratazione;
3. assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale;
4. assicurare l'igiene;
5. assicurare il movimento;
6. assicurare il riposo e il sonno;
7. assicurare la funzione cardiocircolatoria;
8. assicurare un ambiente sicuro;
9. assicurare l'interazione nella comunicazione;
10. applicare le procedure terapeutiche;
11. eseguire le procedure diagnostiche.

I 5 livelli di autonomia dell'assistito dalla autonomia alla completa dipendenza:

- Livello 1 → Indirizzare (Punteggio = 1)
- Livello 2 → Guidare (Punteggio = 2)
- Livello 3 → Sostenere (Punteggio = 3)
- Livello 4 → Compensare (Punteggio = 4)
- Livello 5 → Sostituire (Punteggio = 5).

I livelli definiscono sia le finalità dell'intervento che il tipo di prestazione assistenziale che il personale sanitario deve fornire (Cantarelli, 1996):

1. **Indirizzare**: orientare in funzione di un esplicito e conveniente criterio di scelta. L'azione di indirizzo si fonda sul presupposto che la persona, acquisite determinate conoscenze, sia in grado di soddisfare i propri bisogni.
2. **Guidare**: sorreggere la scelta con un intervento teorico e/o pratico. L'azione di guida si fonda sul presupposto che la persona, compiute le scelte ed acquisite specifiche abilità, sia in grado di agire efficacemente per soddisfare i propri bisogni.

3. **Sostenere:** contribuire al mantenimento di una condizione di relativa stabilità e sicurezza.
L'azione di sostegno si fonda sul presupposto che la persona, messa nelle condizioni di poterlo fare, mantenga o metta in atto le conoscenze e le abilità acquisite per soddisfare il bisogno.
4. **Compensare:** intervenire per ristabilire un equilibrio precedente tramite una parziale sostituzione.
L'azione di compensazione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di parziale sostituzione nello svolgere le attività collegate al soddisfacimento del bisogno.
5. **Sostituire:** espletare completamente una o più funzioni di una persona in sua vece.
L'azione di sostituzione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di totale sostituzione, che può avvenire anche mediante l'impiego di ausili, presidi, attrezzature da parte dell'infermiere.

La valutazione dell'ICA, per paziente medio del servizio, si ottiene attraverso la sommatoria dei pesi dei 5 livelli ribaltati sulle prestazioni attraverso una costante e continua rilevazione dei dati. Tale sommatoria fornisce l'ICA totale che indicherà, in base alla fascia di ricaduta, la criticità/gravità assistenziale.

La distinzione di Classe di Gravità (CdG) a cui si fa riferimento nell'ICA è la seguente:

- Classe 1 → criticità/gravità molto lieve
- Classe 2 → criticità/gravità lieve
- Classe 3 → criticità/gravità moderata
- Classe 4 → criticità/gravità elevata
- Classe 5 → criticità/gravità molto elevata.

L'identificazione del livello della prestazione permette inoltre di identificare anche tutte le azioni necessarie per l'assistito, basandosi sull'esperienza e la competenza dell'operatore e sulle indicazioni fornite nella scheda standard di rilevazione.

La realizzazione di questo progetto nasce dall'esigenza di valutare i fabbisogni degli assistiti ad alto carico assistenziale in hospice, orientato sulle cure di fine vita. E' stata seguita la linea definita da un modello innovativo riconosciuto sia a livello nazionale che internazionale (ICA), adattato alle richieste e alle esigenze della nostra realtà, creando appositamente uno strumento adatto per le valutazioni.

I risultati che si sono ottenuti permetteranno di verificare l'adeguatezza delle risorse infermieristiche e del personale di supporto, e, grazie alla definizione della complessità media del servizio e degli assistiti, di definire una programmazione con un livello di accuratezza sicuramente maggiore, assicurando così una corretta gestione delle attività e delle risorse, volte al miglioramento del livello di servizio offerto.

Il nostro percorso

Lo studio è stato svolto nell'Hospice di Casalpusterlengo dal 2012 al 2015, partendo dalla documentazione e dalle procedure esistenti, migliorandole e adattandole al nuovo modello ICA. E' stato necessario modificare gli standard per l'assegnazione della CdG in base al numero di bisogni effettivamente rilevati.

Lo studio è basato sull'utilizzo di un programma creato ad hoc, che permette di rilevare e valutare per ogni assistito i bisogni in un arco di tempo mensile, ottenendo così l'ICA e la GdG specifica e media di servizio. Tutti i file sono collegati e inseriti in un database che permette di incrociare i dati di rilievo (attraverso la SDO) alla complessità, come ad esempio il tempo di permanenza dell'assistito.

Per realizzare lo studio è stato necessario costituire un team di esperti composto da tre figure (2 infermieri e 1 ingegnere) in grado di definire correttamente tutte le informazioni per realizzare lo strumento e il modello per la valutazione e la rilevazione. Il team ha seguito lo studio, la progettazione, i miglioramenti, l'implementazione e il test pilota del sistema, creando una procedura e un sistema in grado di rilevare la complessità assistenziale sul modello ICA. L'utilizzo del file è molto semplice e consiste nella rilevazione e nella successiva compilazione dei bisogni assistenziali. Dopo aver inserito le informazioni necessarie per ogni assistito presente nel servizio nel mese di riferimento, il modello restituisce i report personali e i report medi e annui.

Nei report sono sempre evidenziati:

- Valore complessivo dell'ICA
- Classe di Gravità
- Descrizione del tipo di complessità
- Grafico a RADAR (valutazione multi criterio) dei bisogni.

I risultati ottenuti sono stati successivamente elaborati e incorniciati con i giorni di degenza e i dati riportati nel nosologico, ottenendo così un database completo del valore della complessità assistenziale. Tale database ci ha permesso così di restituire vari livelli di dettaglio e differenti correlazioni nei 4 anni di rilevazione dello studio.

Il progetto è finalizzato ad identificare e a valutare la complessità assistenziale in hospice, facendo evolvere gli attuali strumenti di rilevazione in uno strumento standard ufficialmente riconosciuto (metodologia ICA) per l'integrazione multidisciplinare, orientato sulla presa in carico dell'assistito, sugli strumenti di determinazione del fabbisogno e parzialmente sulla pianificazione. Le dimensioni del progetto d'analisi sono molteplici e comprendono: l'area clinica, l'area organizzativa e l'area strategica. La scelta di approfondire questi aspetti nello studio è motivata dalla volontà di migliorare il livello di servizio offerto in hospice, centrando e soddisfacendo i bisogni della struttura, dell'assistito e dei professionisti.

L'utilizzo della metodologia ICA dovrebbe di conseguenza influenzare di riflesso tutte le attività assistenziali, valutando molteplici aspetti che precedentemente venivano scarsamente considerati: la difficoltà di realizzazione delle prestazioni assistenziali, i carichi di lavoro, i rischi correlati e la pianificazione in base alle competenze. Questa innovazione dovrebbe rendere il sistema di misurazione del fabbisogno del personale più affidabile, ma soprattutto molto più realistico e concreto.

Risultati

Vista la molteplicità dei dati restituiti ed elaborati nei quattro anni dello studio, le possibili integrazioni con altri indicatori e i molteplici livelli di dettaglio disponibili, si è deciso di commentare ed analizzare esclusivamente i macro-dati annuali e le principali categorie di interesse.

Per ottenere una visione più completa dell'ICA si è deciso di integrare il RADAR annuale con i giorni di degenza effettivi, relazionato ai 12 posti letti disponibili nel nostro hospice, differenziato in base alla complessità.

Come evidenziato dai grafici successivi, che riportano i valori medi per gli anni 2012 (Figura 1), 2013 (Figura 2), 2014 (Figura 3), e 2015 (Figura 4), l'Hospice è indubbiamente un ambito critico, ad altissimo carico per gli operatori, viste le elevate richieste assistenziali. Lo si desume dalla estensione dell'area del poligono del grafico a radar, dove ogni angolo esprime il peso della richiesta assistenziale media: più l'area interna è estesa, più è alta la complessità.

Figura 1 – Per il 2012 l'ICA MEDIO è pari a 40,77 che corrisponde alla 5° e ultima CdG complessità molto elevata

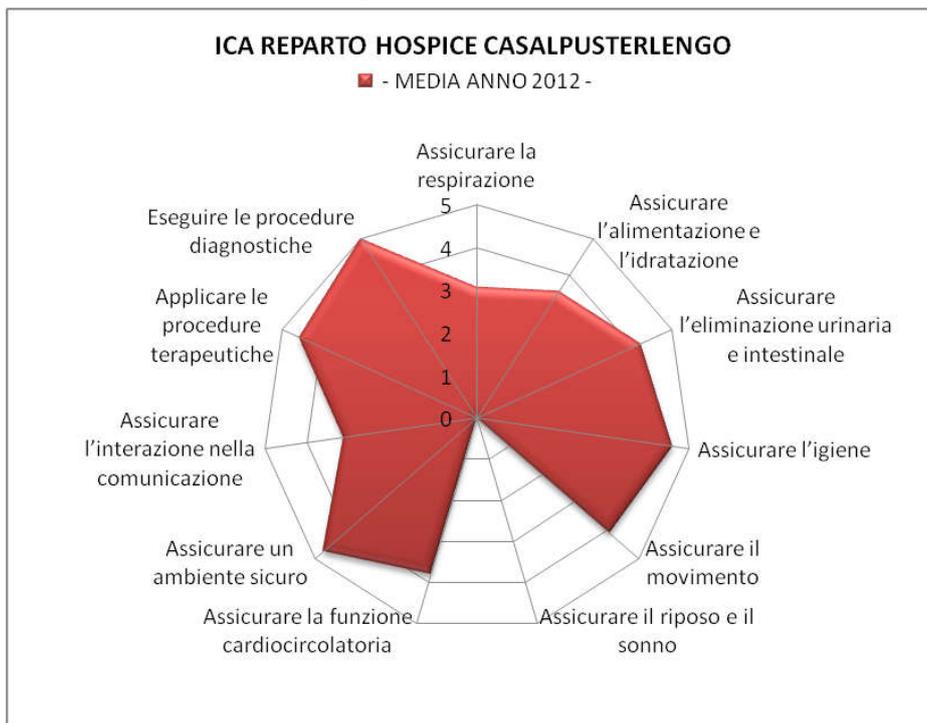


Figura 2 – Per il 2013 l'ICA MEDIO è pari a 41,29 che corrisponde alla 5° e ultima CdG complessità molto elevata

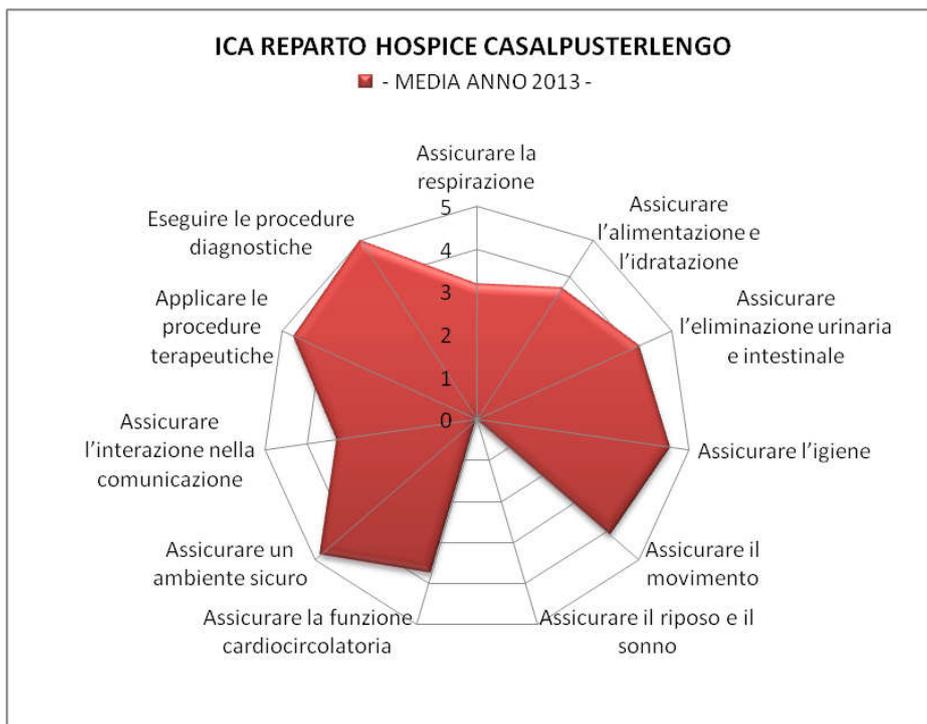


Figura 3 – Per il 2014 l'ICA MEDIO è pari a 40,51 che corrisponde alla 5° e ultima CdG complessità molto elevata

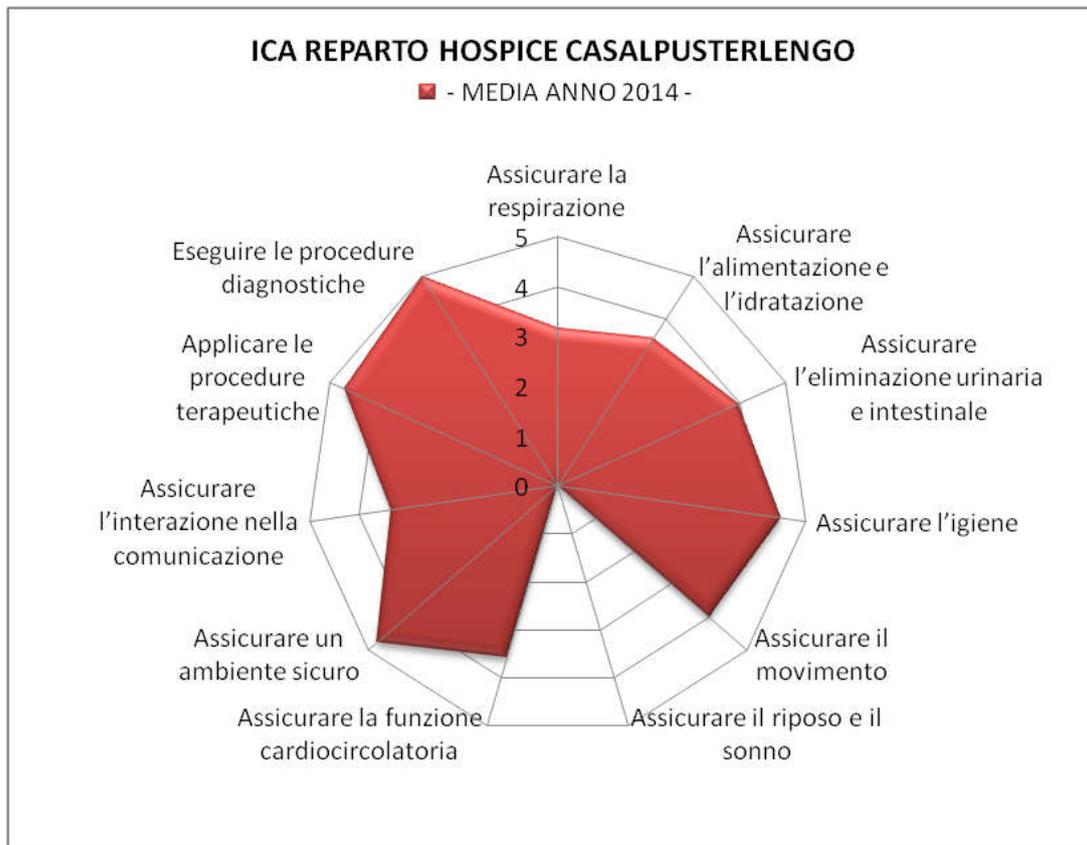


Figura 4 – Per il 2015 l'ICA MEDIO è pari a 41,88 che corrisponde alla 5° e ultima Classe di Gravità "complessità molto elevata"

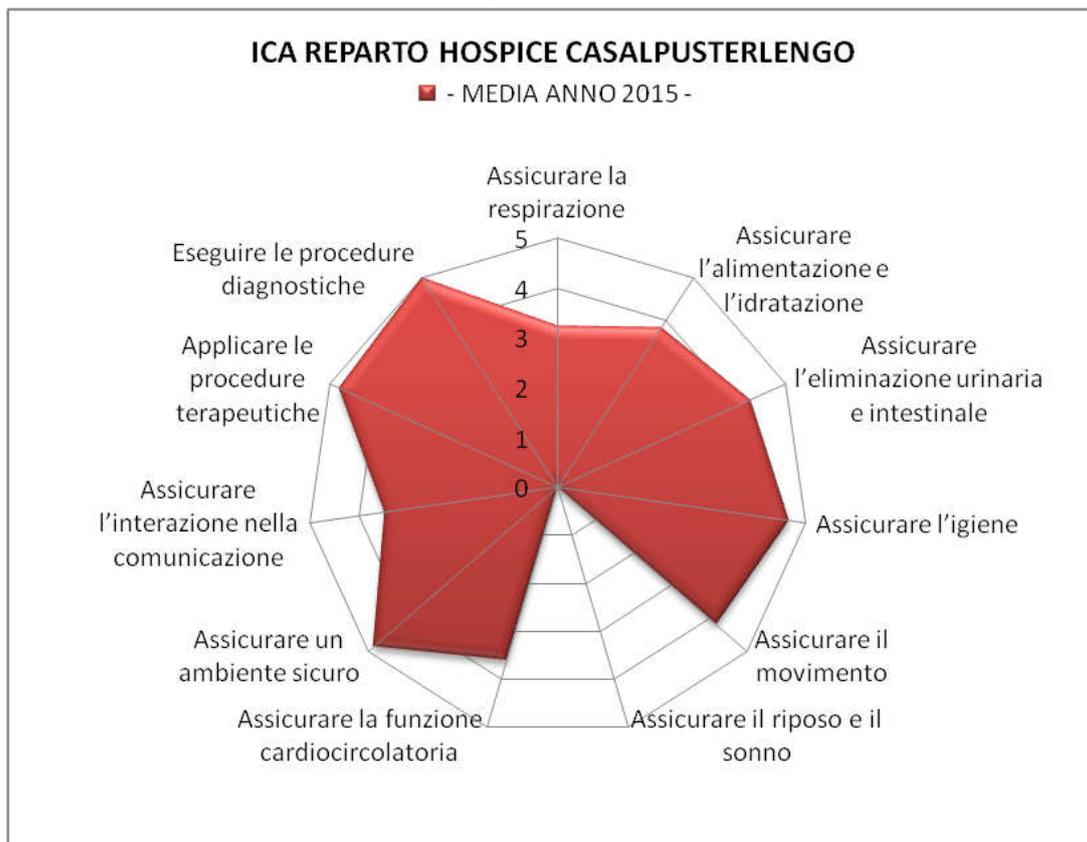
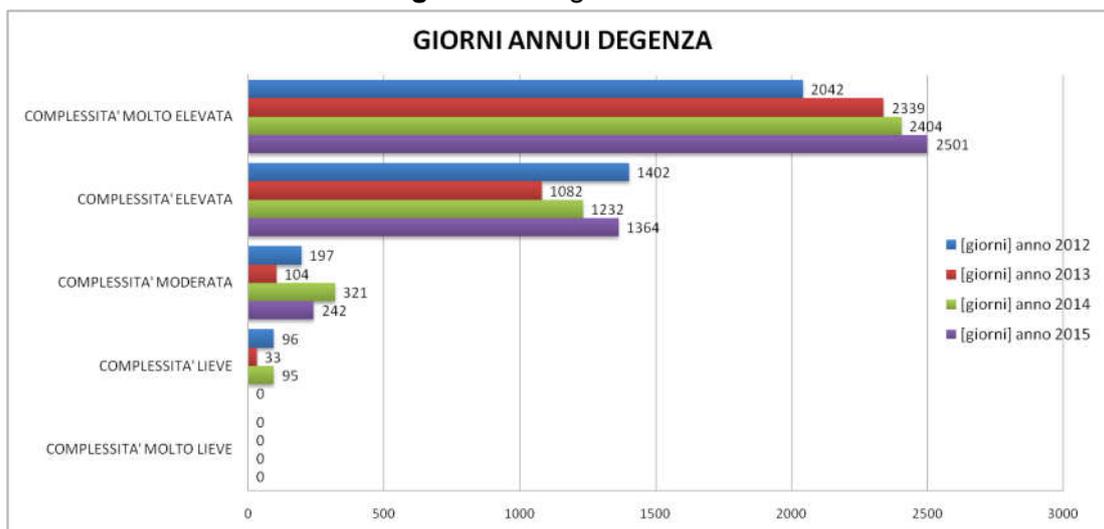
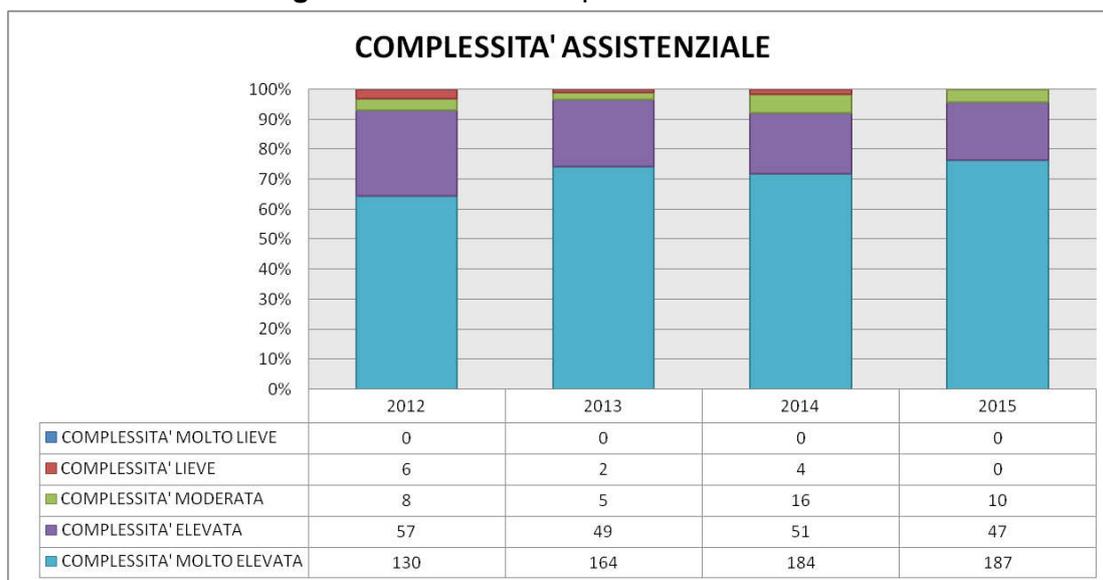


Figura 5 – Degenza annua



Dai grafici qui si seguito riportati si può evincere l'andamento della Complessità Assistenziale di questi quattro anni di studio, con un'analisi sui valori assoluti e sui valori percentuali.

Figura 6 – Livelli di complessità assistenziale



Nella Figura 6 si riportano, in valore assoluto, il numero di casi e i giorni di degenza riscontrati in base al grado di complessità assistenziale. La maggior parte dei casi risulta a complessità molto elevata, seguita da quelli a elevata complessità. Non sono stati rilevati casi a complessità molto lieve.

Nel 2012 i casi a complessità molto elevata (64,7%) e i casi a complessità elevata (28,4%) superano il 93% del totale, mentre per l'anno 2013 invece, i casi di complessità molto elevata (74,5%) e i casi di complessità elevata (22,3%) raggiungono quasi il 97%.

Nel 2014 i casi a complessità molto elevata (72,2%) e i casi a complessità elevata (20,0%) superano il 93% del totale, mentre per l'anno 2015 invece, i casi di complessità molto elevata (76,6% valore massimo) e i casi di complessità elevata (19,3%) raggiungono quasi il 96%.

I dati complessivi dei 4 anni di durata dello studio sono utili per le considerazioni finali.

Con questi ultimi due grafici (Figura 7 e Figura 8) si è voluto mettere in evidenza quanto narrativamente non sarebbe apparso così evidente: nell'arco temporale dello studio si è evidenziata chiaramente la prevalenza di casi a complessità molto elevata (72,3%) e a complessità elevata (22,2%).

Figura 7 – Valori assoluti suddivisi per complessità

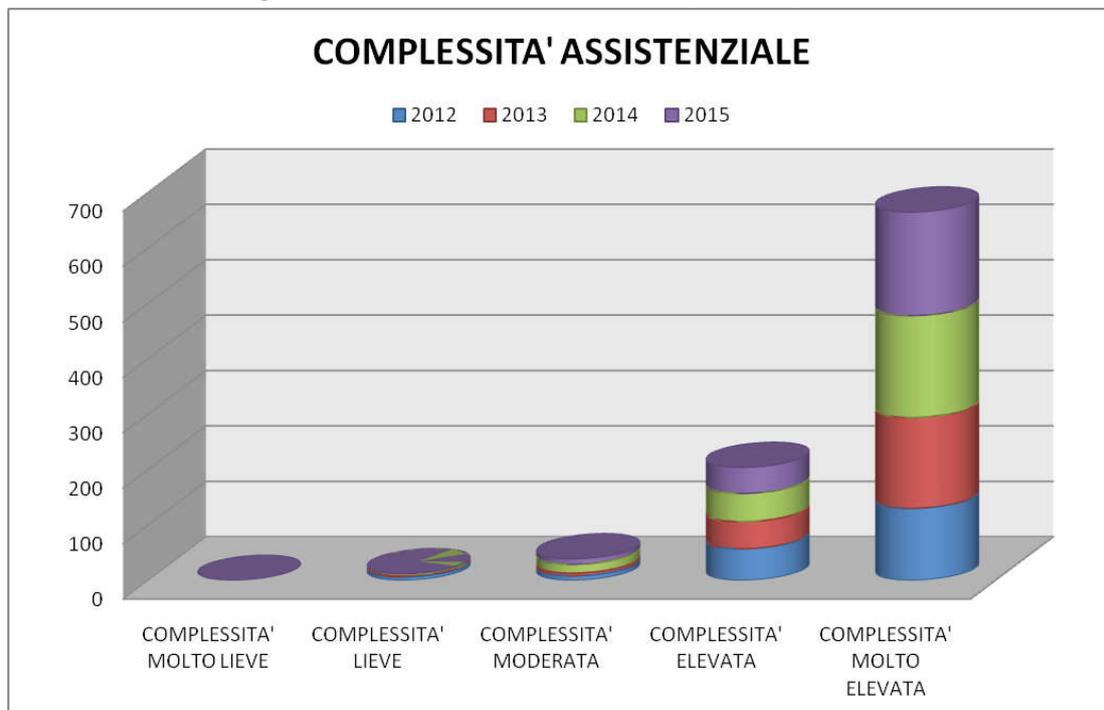
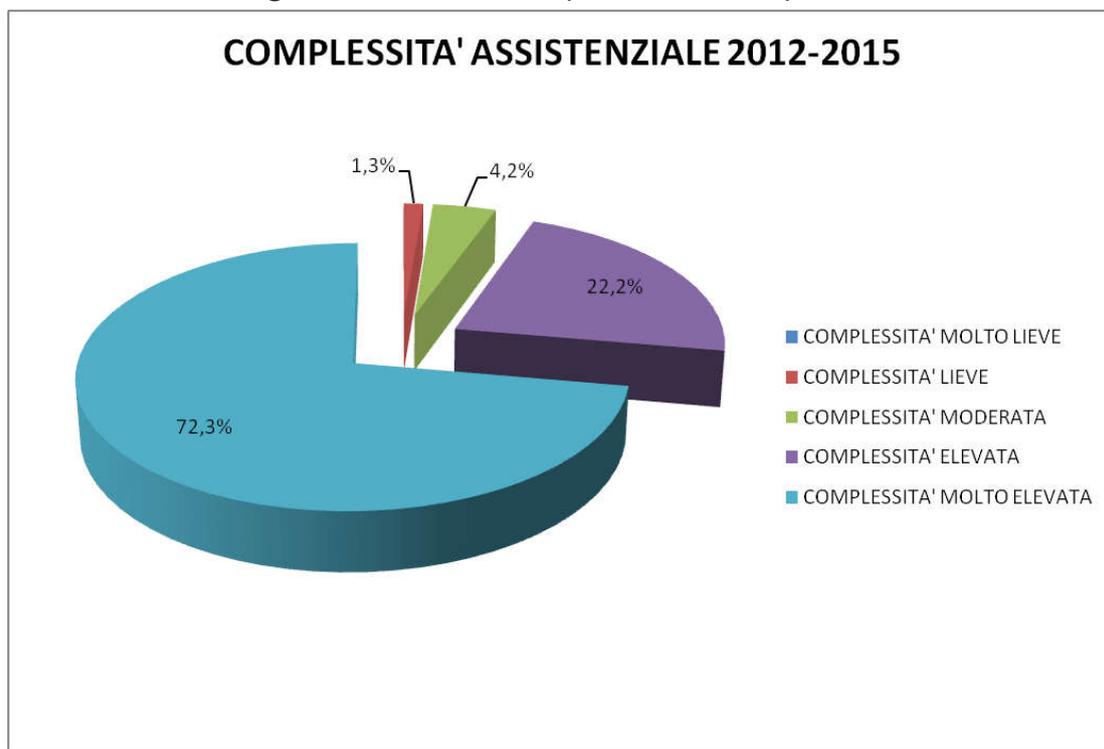
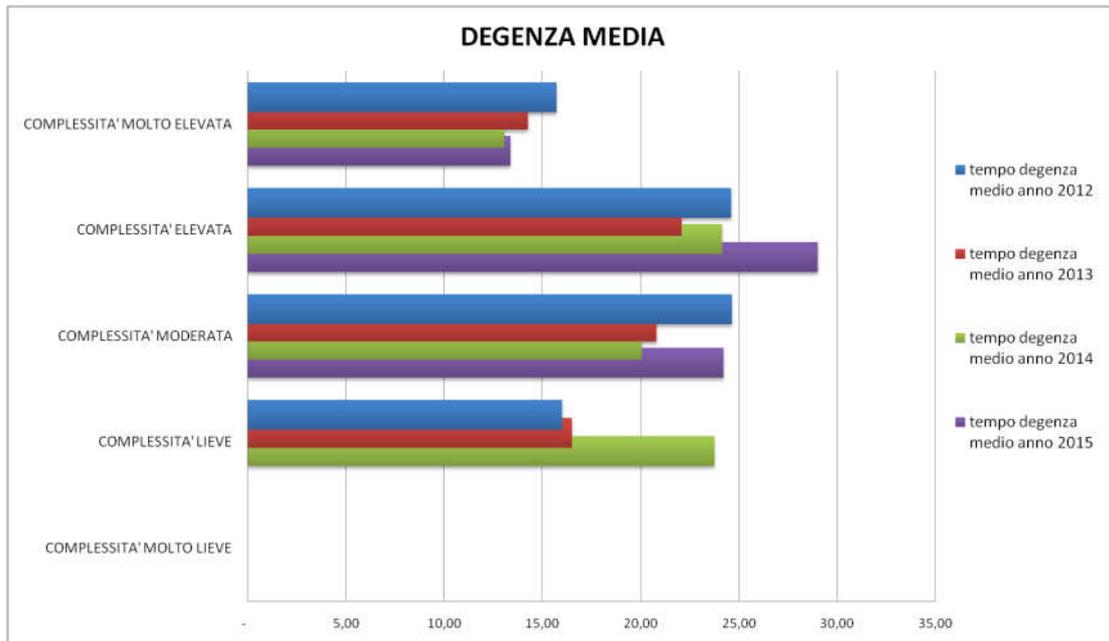


Figura 8 – Distribuzione percentuale complessità



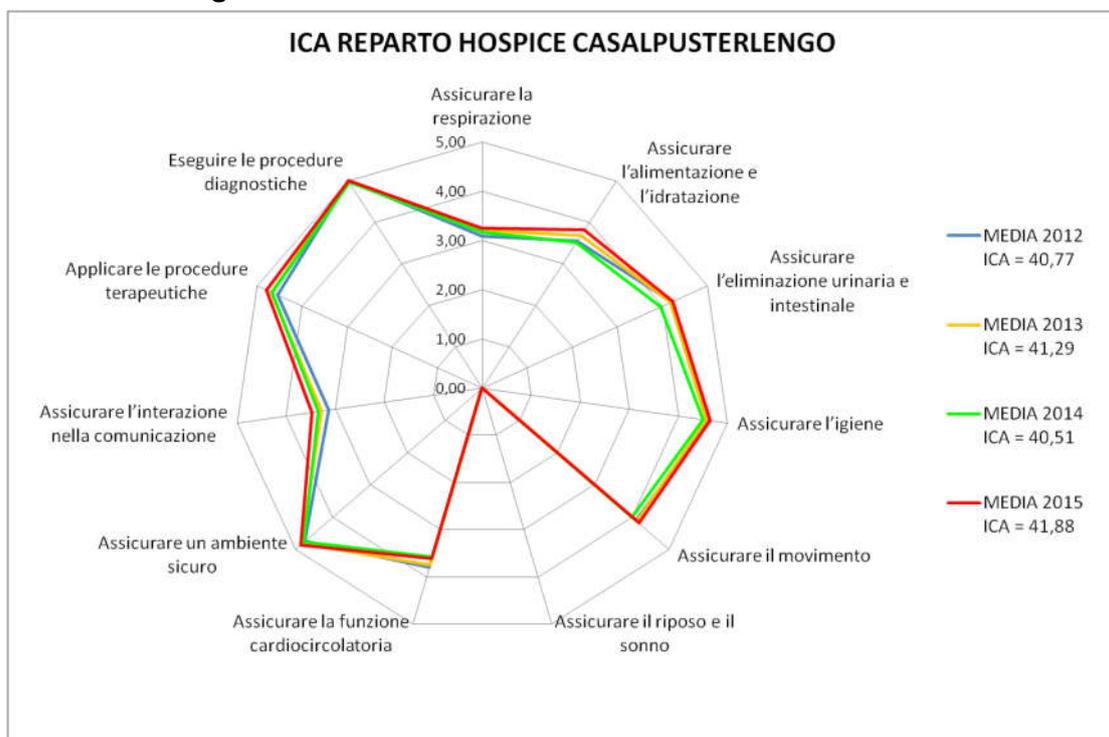
Nella Figura 9 viene mostrato il tempo di degenza medio in base all'anno e alla CdG, ottenuto relazionando i giorni di degenza con il numero di casi, entrambi suddivisi in base all'ICA.

Figura 9 – Tempo di degenza medio annuo in base alla complessità assistenziale



Nella Figura 10 si presenta come varia il radar medio in base all'anno considerato.

Figura 10 – Confronto Radar ICA medio di servizio annuo



Appare evidente che non vi è una rilevante differenza del tipo di prestazione che mediamente viene richiesta agli operatori sia dal punto di vista del valore assoluto dell'ICA (range 40 – 42) che dalla conformazione del radar. Questa considerazione lascia dedurre che tale valutazione può essere considerata come parametro di riferimento base per l'Hospice, e di conseguenza le decisioni di assegnazione di carico in base al personale (in fase di budget) dovrebbero essere tarate su tale livello.

Conclusioni

I risultati ottenuti da questo modello consentono di fornire un monitoraggio continuo sulla complessità assistenziale e verificare la congruenza della presa in carico dell'assistito in tutto il percorso clinico assistenziale, indirizzando e facilitando la pianificazione delle cure infermieristiche. Inoltre tale strumento, se sviluppato correttamente in concomitanza con le competenze e i carichi, permetterà anche la gestione e l'organizzazione del personale infermieristico e di supporto.

Questa nuova metodologia dovrebbe permettere di ridurre le criticità organizzative, le incomprensioni dovute alle interferenze sulle competenze, nonché di aumentare la consapevolezza e la partecipazione della risorsa umana nel monitorizzare periodicamente, rendendo evidenti tutte le attività (evitando inutili ridondanze).

Il risultato finale dello studio è stato molto soddisfacente, poiché si è riusciti a creare un modello funzionale, semplice ed integrato, modificando le vecchie documentazioni e procedure in base a standard oggettivi e riconosciuti. Inoltre, tale risultato si considera già consolidato e testato poiché si è deciso volutamente di prorogare il periodo del progetto dagli iniziali 2 anni (2012 – 2013) agli attuali 4 anni (2012 – 2013 – 2014 – 2015), dimostrando sia internamente all'azienda, che attualmente è sprovvista di strumenti simili di rilevazione e valutazione, che esternamente, la validità del modello, dello strumento creato e dello studio.

BIBLIOGRAFIA

- Cantarelli M (1996). *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Masson, Milano.
- Cavaliere B (2009). *Misurare la complessità assistenziale. Strumenti operativi per le professioni sanitarie*. Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli.

ESPERIENZE

L'esperienza personale e professionale degli infermieri italiani nel Regno Unito

di **Stefano Cerri (1)**, **Diletta Calamassi (2)**, **Ludovica Tamburini (3)**

(1) Infermiere Imperial College Health Care Trust – Londra

(2) Infermiere, AUSL Toscana Centro – Empoli

(3) Infermiere, AUSL Toscana Nordovest - Pisa

Corrispondenza: diletta.calamassi@gmail.com

Contrariamente agli anni Novanta e Duemila, quando il fabbisogno di personale permetteva l'accesso dei giovani professionisti nel mondo del lavoro, l'ultimo decennio è stato caratterizzato da una progressiva riduzione delle possibilità di allocazione degli infermieri neolaureati.

Nonostante dal rapporto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OCSE - sulle risorse umane italiane in ambito sanitario (Jonathan Chaloff, 2008) emergesse la necessità di incrementare le assunzioni di personale in risposta alla previsione della crescita di domanda assistenziale, negli anni a seguire si è assistito alla progressiva riduzione del *turnover* infermieristico.

La crisi occupazionale ha determinato lo sviluppo di nuove modalità di inserimento al lavoro, tra le quali la migrazione verso il mercato di Paesi stranieri. Su questo ha inciso anche il blocco contrattuale in vigore dal 2009 in Italia.

Gli aspetti occupazionale ed economico, però, non sono i soli a determinare lo spostamento all'estero degli infermieri italiani: precarietà, scarsa valorizzazione ed in alcuni casi demansionamento sono altre leve che incidono sulla scelta di trasferirsi.

Prevalentemente i giovani infermieri sono rimasti in Europa, privilegiando il Regno Unito (UK). Tra le motivazioni che spingono verso questo Paese, vi è la maggiore possibilità di crescita e di valorizzazione professionale (Caramello, 2015).

Si stima che nel triennio 2012-2015 il numero di infermieri espatriati in UK sia aumentato del 70%, in pratica 2.500 unità, come dichiara il *Nursing and Midwife Council* – NMC (Caramello, 2015).

Inoltre, occorre tenere presente l'esito del referendum sul *Brexit* e il senso di incertezza che la vittoria del *Leave* ha determinato nei lavoratori stranieri nel Regno Unito.

Alcuni addetti ai lavori lasciano trapelare un timido ottimismo a causa del fatto che il *National Health System* (NHS) rischierebbe un'importante battuta di arresto, qualora l'uscita dall'Unione Europea rendesse più difficile l'arruolamento di personale straniero. Anche la *British Medical Association* evidenzia il ruolo vitale degli infermieri europei non inglesi nell'effettivo funzionamento del NHS (Barker, 2016).

L'esperienza degli infermieri italiani in UK

Per comprendere il punto di vista degli infermieri italiani rispetto all'esperienza in UK, è stata realizzata una *survey* rivolta a coloro che avevano svolto attività nel Regno Unito o che vi stavano lavorando nel periodo luglio-agosto 2016. Lo scopo era individuare le percezioni degli infermieri italiani rispetto all'esperienza in UK e raccogliere informazioni circa gli aspetti positivi e le eventuali criticità.

Lo strumento di indagine utilizzato è stato un questionario costruito ad hoc, costituito da domande con risposta chiusa e da una domanda finale a risposta aperta, dove i partecipanti potevano esprimere le proprie opinioni.

Per la costruzione del questionario, cinque infermieri italiani operativi da un periodo di tempo superiore ad un anno in UK hanno descritto l'esperienza in forma narrativa. Il link per l'accesso al questionario *on-line* è stato diffuso mediante *social network* ed e-mail, oltre ad essere stato pubblicato sul sito Nurse24.it.

Risultati

Hanno aderito all'indagine 158 infermieri (58% di sesso femminile) con età media di 28 anni, provenienti da tutta Italia: di questi 3 con Laurea Magistrale, 7 con Master in Coordinamento, 12 con Perfezionamento e 13 con Master Professionale.

Al momento dell'indagine, il 92% viveva in UK con una prevalenza nella città di Londra; 131 infermieri su 158 lavoravano presso il *NHS Hospital* di Londra ed il 90% aveva svolto o stava svolgendo attività di *Staff Nurse BAND 5*, quale livello economico di base previsto per il personale infermieristico neoassunto.

Rispetto alle modalità di assunzione, gli intervistati hanno risposto di essere stati ingaggiati nel 73% dei casi in Italia e nel 26% in Inghilterra, con modalità di reclutamento diversificate (Tabella 1).

Tabella 1 - Modalità di reclutamento degli infermieri italiani

TIPO DI RECLUTAMENTO PER ASSUNZIONE	Frequency	Percent
colloquio e prova scritta	97	61,39%
colloquio, prova scritta e prova pratica	28	17,72%
prova scritta e prova pratica	1	0,63%
solo colloquio	32	20,25%
Total	158	100,00%

Per l'89% la durata dell'esperienza è inferiore ai 2 anni.

Il 57% dei rispondenti ha confermato che non esiste equiparazione della Laurea in Infermieristica acquisita in Italia; di conseguenza è necessario svolgere un *training* su tematiche quali: gestione ventilazione non invasiva (39%), inserimento accesso venoso periferico (66%), BLS/ILS/ALS (85%), inserimento catetere vescicale (53%), somministrazione intramuscolare e sottocutanea (59%), prelievo venoso (70%), somministrazione endovenosa (77%), altro (48%). In 54 su 158 hanno dichiarato di aver acquisito un titolo di studio nel corso della propria esperienza all'estero, presso il Paese ospite (Tabella 2).

Il 71% dei rispondenti ha affermato che in UK alcune attività che in Italia sono normalmente attribuite al personale infermieristico vengono invece svolte dai medici.

Tabella 2 - Titoli acquisiti in UK

TITOLO DI STUDIO ACQUISITO NEL REGNO UNITO	Frequency	Percent
Working with Private Health Care Providers	12	8,00%
Working in Nursing Home	19	12,00%
Staff Nurse Working in an Acute or Rehabilitation	54	34,00%
Nurse Researcher	1	0,63%
Prison Nursing	2	1,27%
Community Nurse/District Nurse	3	1,90%
Practice Nurse Working in a Gp Surgery	1	0,63%
The Armed Forces	1	0,63%
Working with Private Health Care Providers	12	8,00%
Altro	21	13,29%

Vita nel Regno Unito e difficoltà incontrate

La maggioranza dei rispondenti è d'accordo nel sostenere che la città in cui si sono trasferiti comporta maggiori costi per la vita quotidiana, ma offre nel contempo la possibilità di fruire di agevolazioni, come affitti più bassi e sconti/*benefit* sugli acquisti. Il 60% riporta di non aver avuto bisogno di aiuto da parte della famiglia o di amici per superare difficoltà economiche, di non aver riscontrato in generale difficoltà economiche (63%), con l'86% che dichiara di aver raggiunto l'indipendenza economica.

La maggioranza degli intervistati sostiene che lo stipendio è buono (77%), con una maggiore retribuzione per il lavoro svolto nel festivo (87%).

Circa il nuovo contesto di vita, gli intervistati sostengono di aver provato disagio per le differenze meteorologiche (58%) e di aver avuto difficoltà legate a cultura, stili di vita e alimentazione (52%).

La maggioranza è d'accordo sull'esistenza di difficoltà legate all'eccessiva burocrazia del sistema anglosassone (82%), ma afferma di non aver avuto difficoltà nel gestire la casa (65%) o nell'acquisire autonomia (67%). Il 48% sostiene di aver incontrato molte opportunità.

Per i partecipanti è stato difficile, dal punto di vista emotivo, allontanarsi da famiglia e amici (53% e 56%).

Altro problema sentito dal 50% dei colleghi italiani è stato quello della lingua inglese. Diverse sono le motivazioni fornite in merito alle difficoltà linguistiche (Tabella 3).

Tabella 3 - Motivazioni legate alle difficoltà linguistiche

A COSA PENSI SIANO DOVUTE LE DIFFICOLTÀ LINGUISTICHE?	Frequency	Percent
Difficoltà personale nell'apprendere la lingua inglese	7	4,43%
Il sistema scolastico italiano non prepara adeguatamente	100	63,29%
Non mi sono adeguatamente impegnato nello studio della lingua inglese quando ero in Italia	11	6,96%
Agli accenti, al modo di parlare e ai dialetti	5	3,16%
Il datore di lavoro non ha tenuto conto delle mie difficoltà linguistiche	1	0,63%
Non ho avuto difficoltà legate alla lingua	24	15,19%
Non sono abile oratrice	1	0,63%
Difficoltà iniziali poi superate	4	2,53%
Differenza tra lingua studiata a scuola e parlata con persone madrelingua	5	3,16%
Total	158	100,00%

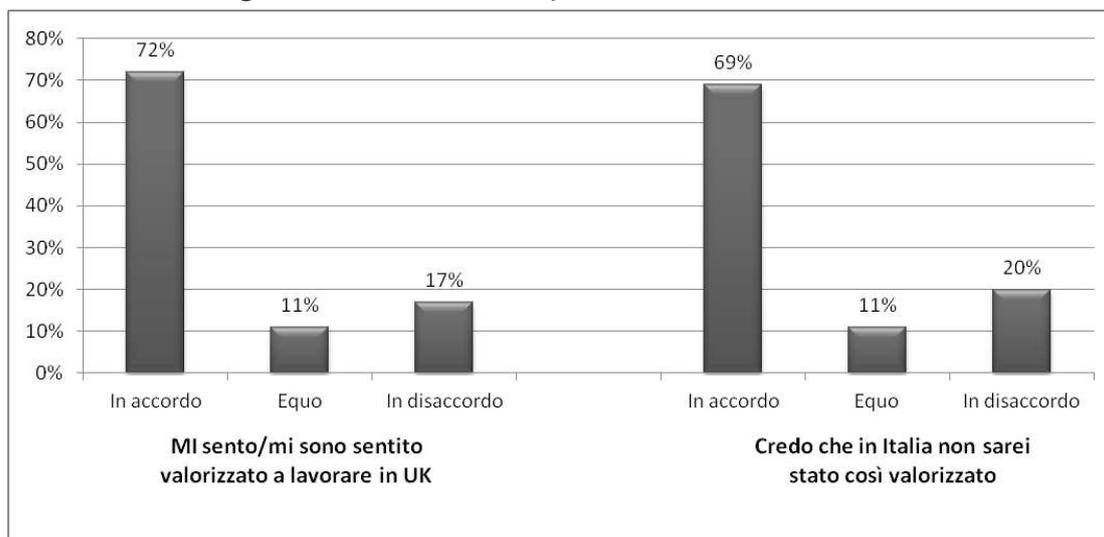
(le risposte evidenziate in grigio riportano osservazioni/commenti forniti dai partecipanti che non hanno avuto alcuna difficoltà con la lingua inglese)

Specifici aspetti lavorativi

La maggioranza è d'accordo nel sostenere che il Regno Unito è il paese giusto per crearsi un futuro professionale (66%) e che il sistema sanitario anglosassone aiuta i nuovi arrivati ad integrarsi professionalmente (66%). Il 51% sostiene, però, di aver subito pressione e/o stress.

Il 78% dei rispondenti è d'accordo sull'esistenza di meritocrazia e di valorizzazione professionale (Figura 1).

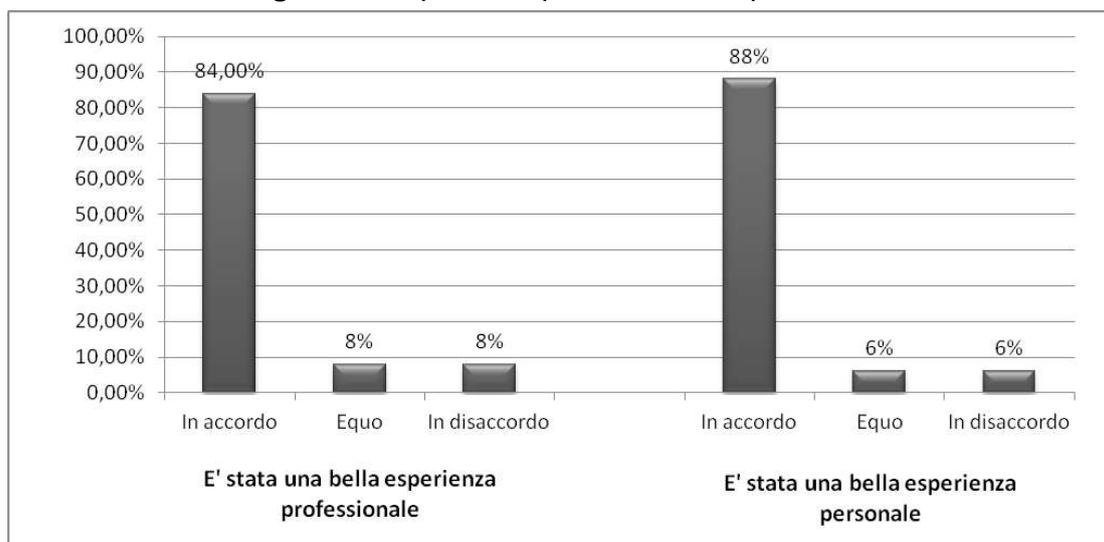
Figura 1 - Valorizzazione professionale in UK vs Italia



Altro aspetto rilevante è legato alla possibilità di svolgere turni straordinari in altri servizi (87%) e di lavorare in strutture private, anche se pubblici dipendenti (84%).

Il 71% sostiene che in Italia non è possibile arrivare all'indipendenza economica raggiungibile in UK e l'81% rifarebbe la scelta di trasferirsi. La grande maggioranza dichiara che quella nel Regno Unito è stata una bella esperienza sia in termini professionali che personali (Figura 2).

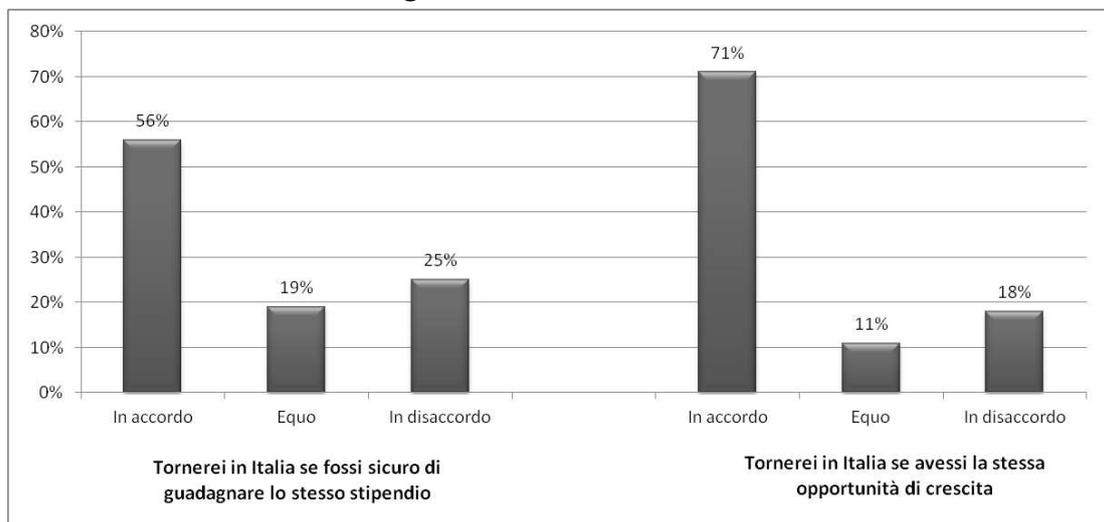
Figura 2 - Esperienza professionale e personale



Volontà di tornare in Italia

Dei 145 aderenti all'indagine, ancora presenti in UK al momento della compilazione del questionario, il 61% ha affermato di sentire la mancanza dell'Italia, ma solo il 6% si è pentito di essere partito. Il 40% desidererebbe rientrare in Italia, ma alle stesse condizioni lavorative/professionali (Figura 3).

Figura 3 - Tornerei in Italia...



Contributo fornito da parte dei Collegi IPASVI di appartenenza in merito all'orientamento/trasferimento in UK

L'84% degli intervistati ritiene che i Collegi dovrebbero offrire orientamento specifico per i neo-laureati intenzionati a trasferirsi in UK (84%), dovrebbero essere maggiormente informati sulle procedure amministrative da adempiere (91%) e dovrebbero fornire informazioni/orientamento per gli infermieri già trasferiti e intenzionati a rientrare in Italia (94%).

Il 58% ritiene non adeguata l'informazione ricevuta per l'iscrizione al NMC e la causa è attribuita alla non conoscenza da parte dei Collegi dei metodi corretti d'iscrizione (62%).

Riflessioni/commenti liberi espressi dai partecipanti

Hanno risposto alla domanda aperta 49 infermieri: quanto emerso è sintetizzato nella Tabella 4.

Tabella 4 - Risposte aperte

Italia/UK	CONCETTI EMERSI
Italia	Mancanza del Paese natio e rammarico per la situazione in Italia
	Migliore percorso formativo in Italia per divenire infermieri
	Opinioni/richieste per i Collegi IPASVI
UK	Realizzazione personale e professionale in UK
	Meritocrazia, buono stipendio e rispetto per l'Infermiere in UK
	Opinioni/critiche sul sistema anglosassone ed esperienze negative vissute

Discussione e conclusioni

Dai dati ottenuti si riscontra che i partecipanti allo studio sono prevalentemente giovani (età media 28 anni), equamente distribuiti tra i due sessi e provenienti da tutta Italia.

La maggioranza è stata arruolata per lavorare in UK direttamente in Italia, mediante colloquio e prova scritta, e al momento dell'indagine prestava servizio presso il *NHS Hospital* di Londra svolgendo attività di *Staff Nurse BAND 5*.

La maggior parte era in possesso del solo titolo di base, anche se alcuni hanno avuto la possibilità di acquisire titoli post-base nel Regno Unito. Inoltre, in molti hanno eseguito *training* su tematiche già trattate nel corso di laurea.

Durante l'esperienza, generalmente inferiore ai due anni, gli infermieri riferiscono di aver avuto problemi legati soprattutto al distacco dalla famiglia e dagli amici, alla burocrazia, ai diversi stili di vita e con la lingua inglese.

Anche se i rispondenti ritengono l'esperienza positiva, sia in termini personali che professionali, più della metà vorrebbe poter rientrare in Italia alle stesse condizioni retributive e di carriera.

Gli intervistati ritengono che i Collegi IPASVI dovrebbero fornire orientamento e supporto agli infermieri intenzionati a fare un'esperienza lavorativa all'estero e a coloro che desiderano tornare in Italia.

L'attrazione che il NHS ha attualmente nei giovani infermieri italiani e le fattive possibilità che questi hanno di entrare nel mondo del lavoro e di arrivare concretamente ad un avanzamento di carriera ed economico, dovrebbero portare a riflettere sulle modalità di reclutamento, di valorizzazione e di crescita professionale nel nostro Paese.

BIBLIOGRAFIA

- http://www.epicentro.iss.it/temi/politiche_sanitarie/ocseSistemaSanitario08.asp (u.a. 30/06/2016).
- Chaloff J (2008). *Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector: immigration of health professionals to Italy*. OECD Health Working Paper n. 34.
- <http://www.saluteinternazionale.info/2015/12/la-crisi-della-professione-infermieristica/> (u.a. 30/06/2016).
- <http://danielbarker.mycouncillor.org.uk/2016/10/07/nurses-warn-nhs-would-fail-to-cope-if-eu-staff-go-metro-friday-october-7-2016/> (u.a. 30/10/2016).
- <http://www.nurse24.it/brexit-infermieri-italiani/> (u.a. 30/11/2016).

SCAFFALE

La filosofia nelle organizzazioni

Stefania Contesini
 Editore: Carocci/Tascabili, 2016
 pagine 208, euro 18,00



Il testo pone la filosofia, intesa come saggezza, ovvero riflessione sui problemi della vita pratica attraverso l'arte del ragionamento, come nuovo strumento a disposizione delle organizzazioni.

La capacità di offrire risposte ai problemi causati da incertezza, perdita di senso e disorientamento, pongono le basi per ipotizzare la presenza di nuove figure professionali e nuove competenze, all'interno delle organizzazioni.

La persona con competenze filosofiche negli assetti organizzativi, può guidare gli attori principali dei contesti di lavoro attraverso nuove metodologie di approccio ai problemi.

Il saggio dà prioritariamente una lettura filosofica delle competenze, ovvero conoscenze, risorse, capacità e atteggiamenti, per la risoluzione di problemi organizzativi intesi come questioni che ostacolano e limitano le attività all'interno delle organizzazioni. Molto interessante è

l'inquadramento che l'autrice pone alle problematiche che

affliggono le organizzazioni, in particolare quelle legate all'esercizio del ruolo professionale. Dimostra come di fatto siamo abituati ad inquadrare le problematiche nei contesti di lavoro, in due grandi raggruppamenti: problemi tecnici e problemi relazionali. In quale raggruppamento inseriamo però la giustizia, il senso di equità, la rimotivazione del personale, la condivisione della responsabilità, il pensiero critico, il giudizio e la sensibilità etica, che di fatto sono variabili di contesto comuni a tutte le organizzazioni? Questo terzo raggruppamento di variabili, peculiari e presenti in ogni contesto di lavoro, è a pieno titolo "pane per i denti" della filosofia, che aiuta le persone a condurre, a guidare, ad impostare e risolvere i problemi organizzativi.

Molto attuale risulta essere la lettura che l'autrice dà alla vita lavorativa e organizzativa, sostenendo che la stessa non viaggia unicamente dentro la cornice dell'economia, che ha nella produttività il proprio criterio, ma si trova frequentemente ad incrociare altre sfere e a misurarsi con altri criteri di giudizio e di valutazione. La padronanza e l'esercizio delle competenze filosofiche permettono di risignificare, riorientare e allenare in modo differente le competenze trasversali e manageriali che sono l'anima delle organizzazioni. Nel cuore del manoscritto, si scopre come un approccio filosofico al management possa essere la chiave di volta per il buon andamento delle relazioni, della gestione del personale e soprattutto per lo sviluppo della leadership. Essere assertivi, saper ascoltare ma soprattutto essere in grado di auto valutarsi, sono gli aspetti peculiari per operare un buon management. Nel processo valutativo emerge quindi l'importanza di condividere l'intero processo organizzativo e soprattutto di confrontarsi nel momento della valutazione dell'operato altrui. Solo quando si ha la consapevolezza che il saper valutare e l'autovalutarsi sono due aspetti complementari, ci si assume la responsabilità di ciò che si è ma soprattutto di ciò che si vuole diventare.

Altro aspetto fondamentale che l'autrice affronta è la gestione integrata degli aspetti tecnici e del modo con cui le persone affrontano il cambiamento. Trovare le giuste motivazioni, modificare le prassi comuni per acquisire le dovute competenze volte ad implementare il nuovo, deve inevitabilmente spostare il focus da un modello lineare, al quale siamo abituati nella comune prassi riorganizzativa, ad un modello circolare, nel quale il processo di cambiamento coinvolge i destinatari che diventano fonte di bisogni, idee, proposte e soluzioni. Lo sguardo filosofico dunque, può dare un peculiare contributo al processo di cambiamento ponendo la persona al centro del management.

L'autrice si pone quindi l'obiettivo di dare un inizio reale ad una elaborazione di proposta teorica e metodologica in grado di fare della filosofia un'importante disciplina che possa a pieno titolo contribuire alla strutturazione di un management organizzativo orientato alla formazione e alla consulenza. Dunque attraverso le cinque macroaree che compongono il prisma filosofico (concettualizzazione, argomentazione, giudizio, valutare e sensibilità morale), la persona si pone in modo critico di fronte alla realtà organizzativa e al proprio sapere e saper fare, per assumere decisioni e prendere posizioni. La competenza filosofica aiuta quindi a comprendere e guidare il comportamento secondo il bene e il giusto. Riflettere, comprendere e fare ragionamenti su ciò che si fa, manifestare in modo articolato e credibile le idee per difenderle, esprimere giudizio per comprendere, valutare ed inquadrare un problema, valutare idee e valori che supportano le proprie idee ed infine cogliere gli aspetti salienti di una situazione e la loro valenza morale, arricchiscono la competenza e la formazione degli attori *core* della scena organizzativa.

Consiglio quindi la lettura del testo a chi si occupa di management e a chi studia il management delle organizzazioni. I manager avranno la possibilità di riorientare il proprio saper fare attraverso una lettura più ampia, ma nel contempo più puntuale, del contesto organizzativo. A chi invece si accinge a studiare sia il management sia la filosofia (per esempio gli studenti del corso di laurea magistrale), avrà la possibilità di saggiare il connubio esistente tra le due discipline. Sono certo quindi che sia i manager che gli studenti, dalla lettura del testo, potranno avere consapevolezza di come la competenza filosofica nel management sia peculiare per una visione completa e puntuale dei processi organizzativi.

Alessandro Sili

Dirigente Professioni Sanitarie - Policlinico Tor Vergata, Roma

SCAFFALE

Marisa Cantarelli. Biografia della teorica italiana dell'assistenza infermieristica

Damiana Isonni
 Casa editrice Ambrosiana, 2016
 pagine 208 euro 25,30



Una lettura emozionante per percorrere la storia di Marisa Cantarelli e attraverso la sua vita ripercorrere la storia dell'infermieristica italiana.

Prima teorica italiana dell'assistenza infermieristica, personalità autorevole e carismatica, autrice del Modello delle Prestazioni infermieristiche, Marisa Cantarelli, ha contribuito con il suo lavoro a segnare in maniera profonda gli ultimi cinquanta anni della professione infermieristica. Anni in cui sono stati raggiunti tanti traguardi e in cui si sono vissuti momenti storici, che hanno elevato gli infermieri al ruolo di professionisti della salute e portato a individuare i paradigmi teorici della disciplina infermieristica.

Una biografia, quella di Marisa Cantarelli raccontata anche attraverso le voci delle persone che con lei hanno collaborato e di coloro che sono stati suoi studenti.

Tra tutti i contributi che il testo contiene, tra cui ricordiamo quelli di Barbara Mangiacavalli – Presidente della FNC Ipasvi –, ci piace evidenziare l'emozionante passaggio della Dott.ssa Monica Casati: "... Il primissimo privilegio è l'essere stata Sua studente e, interpretandomi professionalmente come una foglia di un albero con radici, fusto e rami (in base al modello suggerito da un amico, maestro e collega – Edoardo Manzoni n.d.r. -), sicuramente posso dire di nutrire il mio quotidiano lavoro con la linfa dei miei maestri tra i quali Lei è Maestra..."

"Io ho avuto la grande fortuna di aver scelto una professione che mi piace, che mi è sempre piaciuta, a qualsiasi livello come infermiera, come assistente sanitaria, direttrice di scuola dell'università... E questa è stata una grossa fortuna" sono le parole di Marisa Cantarelli a cui tutti gli infermieri devono un ringraziamento.

Un testo che tutti i giovani infermieri e le future generazioni dovrebbero leggere per riflettere su come la professione è cambiata e su quanto siano importanti l'impegno, la perseveranza e il contributo di ciascuno per raggiungere obiettivi sempre più ambiziosi e significativi.

Rita Maricchio

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