

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXI

3

ISSN 2038-0712

**MAGGIO-GIUGNO
2017**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Infermieri leader dei nuovi modelli di assistenza
di Barbara Mangiacavalli

● INFERMIERE & LAVORO

L'esclusività del rapporto tra pubblico dipendente e amministrazione: origine, regole ed eccezioni (dirigenza)
di Saverio Proia

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura
di Simone Cosmai, Marco Ghidini, Monica Casati, Cristina Caldara, Giuseppe Lazzari, Nadia Colombo, Daniela Rizzo, Chiara Mainardi, Beatrice Mazzoleni

La traduzione in italiano del Fall Risk Questionnaire (FRQ) per l'autovalutazione del rischio di cadute
di Cristina Caldara, Rossella Dell'Aquila, Stefano Maestrini, Monica Casati

● CONTRIBUTI

Il Dolore Cronico: principali evidenze scientifiche
di Ignazia Lo Burgio, Roberta Rapetti, Fabio Bertoncini, Stefania Di Berardino, Letizia Tesei

Spiritualità e qualità di vita in onco-ematologia pediatrica: cosa sapere per rispondere al bisogno dei caregivers
di Michael Aggrey Kwegy, Federico Pellegatta, Marta Canesi, Sara Buchini, Alessandro Monterosso, Pierluigi Badon

Le conseguenze psicologiche della contenzione fisica: che cosa dice la letteratura?
di Camilla Ingrosso, Ione Moriconi

● ESPERIENZE

Gli agenti di salute comunitari: esperienza pilota sul territorio faentino
di Serena Gordini, Patrizia Capucci

Aderenza al regime terapeutico con LAI: strategie di approccio
di Salvatore Piliero

Il Salento e la solidarietà. L'impegno della professione infermieristica per la tutela della vita. Indagine conoscitiva e progetto di sensibilizzazione per la promozione della "cultura del donare"
di Marcello Antonazzo, Chiara Scardia

Parametri e valori per il monitoraggio e lo svezzamento del neonato dalla NCPAP
di Ilenia Merlini, Virgilio P. Carnielli, Maurizio Mercuri, Paolo Marchionni

● SCAFFALE

La violenza sulle donne e sui minori - Una guida per chi lavora sul campo



EDITORIALE

Infermieri leader dei nuovi modelli di assistenza*di Barbara Mangiacavalli**Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi*

La professione infermieristica cresce, non difende posizioni antiche e al di là delle parole, nei fatti, comunica col mondo (sanitario) che la circonda. La professione infermieristica non parla di se stessa a se stessa, ma dimostra con la sua capacità come si sta evolvendo l'assistenza.

Essere infermiere oggi è una scelta importante, una professione importante, in divenire e in crescita rispetto a competenze, responsabilità e impegno nei confronti prima di tutto degli assistiti, poi anche degli altri professionisti che ci affiancano nell'attività di tutti i giorni.

Si tratta di un principio che avevamo dichiarato a inizio mandato di questo Comitato centrale e lo abbiamo ribadito strada facendo, in più occasioni dimostrandolo anche nei fatti. Un principio che ha visto numerose conferme e altre – tante altre – ne attende a breve.

La nostra professione è sempre più visibile, anche se la strada da percorrere è lunga e gli ostacoli non mancano mai. C'è il nuovo capitolo della responsabilità tutto da scoprire e da comprendere anche secondo le interpretazioni che della legge danno e daranno i giudici. C'è il capitolo dell'utilizzo improprio dei nostri professionisti da parte di molte aziende sanitarie e del sovrautilizzo che anche a livello giurisprudenziale si sta riconoscendo come illecito e da sanzionare. C'è una difesa di immagine, spesso confusa e fraintesa con quella di altre attività sanitarie o presunte tali che con gli infermieri non hanno nulla a che fare e che per questo addensano spesso ombre sulla professione.

Ma nonostante tutto, l'infermieristica italiana sta compiendo una ulteriore, rapidissima crescita professionale e guadagnando posizioni.

A darle una spinta, ad esempio, ci penserà in parte il contratto, ormai alle porte, che conferma negli atti di indirizzo la nuova posizione di professionista specialista e la inquadra anche nel sistema delle carriere. E naturalmente tutto questo rientrerà nell'ambito di una premialità e di una valorizzazione della professione che rappresenta un ulteriore momento di crescita sia dal punto di vista manageriale-gestionale, sia da quello clinico-assistenziale. Un contratto dal quale ci aspettiamo anche soluzioni ad alcuni dei problemi spesso sottolineati di blocchi di turn over e carenze di organici, anche se per le risorse finali, quelle che potrebbero consentire di abbandonare tutto questo, sarà necessario attendere a fine anno la nuova legge di bilancio, come promesso dal Governo ai sindacati.

Speriamo poi possa portare entro dicembre le novità che attendiamo da oltre dieci anni anche il Ddl Lorenzin, ormai all'esame del Parlamento da circa 1.300 giorni. Per quel che ci riguarda la priorità è il salto da Collegi e Ordini, una evoluzione naturale che dovrebbe essere paradossalmente automatica visto che la legge istitutiva di Ordini e Collegi differenziava gli uni dagli altri in base al titolo di studio: i primi per le professioni laureate, i secondi per le altre e gli infermieri ormai sono venti anni che come professione intellettuale sono formati nelle Università con laurea triennale, magistrale e master.

Ma su molto altro le porte sono aperte grazie all'azione della Federazione. Perché il concetto di multidisciplinarietà non si realizza sedendosi e aspettando, ma mettendo in pratica tutte quelle opportunità che favoriscono il lavoro e che lo favoriscono lavorando insieme.

Gli esempi sono tanti. Da inizio anno siamo al lavoro con FnomCeO per un Tavolo di posizionamento strategico, che ridefinisca come le nostre due professioni stanno in relazione dentro un sistema profondamente mutato. Collaborazione, concertazione, complementarità delle professionalità di ognuno, onestà intellettuale sono le parole d'ordine che ci siamo dati e che abbiamo condiviso, su cui stiamo lavorando con l'unico scopo di individuare tutte le strade possibili per il bene dell'assistito.

Nell'ultima tornata di Asn (Abilitazione scientifica nazionale) del 2017 abbiamo 16 nuovi colleghi idonei all'ordinariato e/o associatura: spetta ora alla Federazione nazionale, con il Collegio dei docenti e con il Miur, sviluppare le strategie per incardinarli e far crescere così, la nostra disciplina a livello Universitario.

Abbiamo avviato la Consulta delle associazioni infermieristiche per favorire il confronto e la crescita culturale sulle tematiche di interesse per la professione, sviluppando la collaborazione e il coordinamento fra le varie realtà culturali che se ne occupano senza scopo di lucro. E non dimentichiamo che sono proprio le associazioni infermieristiche quelle che dovranno partecipare alla stesura delle linee guida che, secondo la legge 24/2017, faranno da discriminare tra i vari livelli di responsabilità professionali.

Abbiamo attivato la Consulta sulla formazione universitaria, per favorire il confronto e la crescita culturale sulle tematiche di interesse per la professione infermieristica, sviluppando la collaborazione e il coordinamento tra la Federazione e tutti i Professori-Coordinatori-Ricercatori e Presidenti dei corsi di laurea in infermieristica e chiunque a livello universitario si occupi della formazione professionale infermieristica con incarichi di responsabilità. Un passaggio fondamentale per la crescita della nostra professione che trova proprio nella formazione la base più solida su cui crescere e svilupparsi.

E abbiamo attivato anche la Consulta permanente con le associazioni dei cittadini e dei pazienti. Il rapporto coi pazienti è per noi un elemento valoriale importante della professione e del suo 'patto col cittadino' che da anni la caratterizza. Nel nostro Codice deontologico l'elemento portante è il ruolo della professione legato all'ideale di servizio che è quello di assistere la persona. Per noi è essenziale avere una relazione privilegiata con i cittadini e i pazienti, per comprendere come ci vedono (e in questo senso abbiamo attivato anche un Osservatorio civico con Cittadinanzattiva) e come possiamo soddisfare nel modo migliore i loro bisogni di salute. Il Servizio sanitario è ancora troppo centrato sull'acuzie, ma i bisogni di salute stanno rapidamente cambiando e già si sono modificati.

Sono aumentati gli anni di vita, ma non in buona salute purtroppo e lavorare sulle competenze e sulle capacità degli infermieri rappresenta un modo proattivo di vedere la professione per conoscere e soddisfare i bisogni dei nostri assistiti.

I nostri assistiti in realtà ci vedono già nel migliore dei modi: un recente monitoraggio di Cittadinanzattiva ha evidenziato infatti che, secondo i cittadini, gli infermieri sono i più presenti nelle cure domiciliari: 84,31 per cento. Ma soprattutto sono i più “reperibili” e sempre disponibili anche rispetto a tutte le altre figure dell’assistenza. Un dato che fa da supporto a quello elaborato dal Censis e presentato a maggio, secondo cui, a prescindere dalle cure domiciliari, gli italiani apprezzano gli infermieri: l'84,7% dei cittadini dichiara di fidarsi di loro. E ad avere più fiducia sono gli ultrasessantacinquenni (90,1%), le persone che vivono sole (89%), le famiglie con ultrasessantenni (84,7%), le famiglie con minori (82%). Il nostro target di elezione insomma.

Questi tutta via sono solo alcuni esempi di quello che stiamo preparando e che già è operativo sul fronte del necessario cambio di rotta nel modello di assistenza. Un modello plasmato su una nuova epidemiologia e nuovi bisogni di salute, dove la cronicità e la demografia in genere aumentano i bisogni di assistenza (area largamente presidiata dagli infermieri) rispetto a quelli strettamente clinici. E la crescita professionale degli infermieri permette di allargare il loro perimetro di azione alleggerendo il lavoro medico e consentendo ai medici stessi di focalizzarsi sulle aree di cura in cui fanno realmente la differenza (i medici sono una risorsa più scarsa e vanno impiegati dopo avere “saturato” le potenzialità infermieristiche).

In questo consiste la multidisciplinarietà. Nel saper essere leader e nel saperlo dimostrare, anche al di là di teorie che spesso con l’assistenza di tutti giorni al letto del malato hanno poco a che fare.

I riconoscimenti di carriera sono dietro l’angolo, ma ciò di cui c’è veramente bisogno è che noi stessi “riconosciamo” la nostra professione per accompagnare l’evoluzione dei bisogni e migliorare appropriatezza e sostenibilità del sistema, soprattutto dove demografia ed epidemiologia rendono il gap bisogni-offerta più ampio.

Dobbiamo pensarci noi. Ancora una volta. E dobbiamo farlo accompagnando i cambiamenti con azioni (sperimentazioni, formazione, trasferimento di esperienze ecc.) che aiutino l’evoluzione del sistema verso la nostra professionalità che, come già accade nel resto di Europa e direi anche del mondo, ha gli infermieri come punto di riferimento per coordinare le cure e assistere in continuità i nostri pazienti.

La realtà ci dice che le Regioni, che devono rispondere in modo diretto ai loro cittadini, applicano spesso modelli più innovativi di quelli previsti dalle istituzioni centrali: abbiamo esempi straordinari e virtuosi come gli infermieri di famiglia in Piemonte e Lombardia, dove si sta affermando anche il Chronic Care Model, ma anche in Basilicata, Campania e Molise il see&treat in Toscana e Lazio, le unità di degenza infermieristica che si stanno moltiplicando dal Nord a Sud per la compliance dei pazienti e l’appropriatezza del servizio e così via in una lista davvero lunga anche rispetto solo a pochissimi anni fa. Questo a dimostrazione che investire sull’innovazione organizzativa e assistenziale significa investire sugli infermieri. Queste Regioni ci troveranno sempre al loro fianco per sostenere queste implementazioni.



INFERMIERE & LAVORO contratti – normativa e giurisprudenza

L'esclusività del rapporto tra pubblico dipendente e amministrazione: origine, regole ed eccezioni (dirigenza)

di Saverio Proia

Il tema sviluppato nell'articolo della rivista precedente era quello della proposta legislativa per consentire alla professionisti infermieristici, in regime di lavoro subordinato di pubblico impiego di poter effettuare attività libero-professionale in analogia alle altre professioni sanitarie per il cui accesso nel SSN sono richiesti sia la laurea magistrale che la relativa disciplina specialistica con il conseguente inquadramento nella qualifica dirigenziale.

Infatti l'esclusività del rapporto tra pubblico dipendente ed amministrazione è la componente storica alla fase del rapporto di lavoro di pubblico dipendente; ne consegue che per innovarlo per qualche tipologia di professionisti sia necessaria una specifica e motivata deroga legislativa.

Come è noto, invece, era storicamente consentito ai medici dipendenti pubblici nel SSN di esercitare attività libero professionale sino all'attuale evoluzione legislativa che prevede la possibilità per i dirigenti sanitari, di poter optare per il rapporto di lavoro esclusivo qualora scelgano di esercitare l'attività libero professionale all'interno dell'azienda.

Tale opzione per l'esclusività del rapporto prevede che sia consentito l'esercizio della libera professione solo all'interno delle strutture sanitarie dell'Azienda di appartenenza (attività *intramoenia* o intramuraria); regolata dai vigenti contratti della dirigenza medica e sanitaria che recependo le norme del D.lgs n. 502/92, come modificato dal D.lgs n. 299/99, ha regolato la materia sia sotto il profilo giuridico che economico.

Contrattualmente l'attività libero professionale intramuraria prevede che la dirigenza medica e sanitaria, individualmente o in équipe, eserciti fuori dell'impegno di servizio (quindi al di fuori dall'orario di lavoro), in regime ambulatoriale, specificando che le relative prestazioni professionali possono ricomprendere anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, *day surgery* o di ricovero, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali.

L'attività libero-professionale in questo quadro deve promuovere il miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie, per incentivare i dirigenti medici e sanitari ad erogare le prestazioni all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e quindi offrire servizi maggiormente qualificati ai cittadini.

Cittadini che hanno, così, il diritto e la possibilità di scegliere liberamente il dirigente medico o il dirigente sanitario anche nell'ambito delle strutture pubbliche, dietro la corresponsione di un onorario stabilito dal professionista e approvato dalla Direzione sanitaria.

Perciò rientra negli obiettivi delle Aziende e delle altre istituzioni sanitarie l'attuazione di questa linea e tipologia di attività, attraverso la messa a disposizione di idonee strutture e spazi dedicati all'esercizio della attività libero professionale all'interno o in assenza di idonei spazi interni individuandone di sostitutivi al di fuori dell'azienda, in altre aziende o strutture sanitarie autorizzate ma non accreditate ed, altresì in studi professionali privati.

Non vi è alcuna modifica del rapporto di lavoro per i dirigenti medici e sanitari che svolgano attività libero professionale in regime di intra-moenia che permane nella sua natura di rapporto di pubblico impiego subordinato e dipendente di Aziende ed altre istituzioni sanitarie pubbliche, pur erogando prestazioni secondo le regole del lavoro autonomo.

Non vi è alcuna lesione all'obbligo di soddisfare gli interessi e i fini della collettività in quanto la normativa, anche contrattuale, prevede che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria debba essere svolta non contravvenendo alla *mission* istituzionale della azienda anzi è obbligatorio prima garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e assicurando la piena funzionalità dei servizi.

Infatti ogni dirigente medico o sanitario non può esercitare attività libero professionale intramuraria superando in quantità, tipologia e complessità di prestazioni o in orario reso quanto già garantito nei compiti istituzionali.

Per dar corso a ciò è oggetto di contrattazione annuale di budget tra la direzione aziendale e i direttori delle UOC interessate i volumi di attività istituzionale che devono essere comunque assicurati in relazione alle risorse assegnate e a seguire vengono concordati i volumi di attività libero-professionale intramuraria che, come si è detto prima, non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati, prevedendo appositi organismi paritetici di verifica ed indicando le sanzioni da adottare in caso di violazione di quanto concordemente pattuito.

Come è noto ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo, il D.lgs n. 502/92, prevede anche uno specifico trattamento economico aggiuntivo per la definizione del quale rinviava ai contratti collettivi di lavoro, nei quali è stato realizzato un particolare emolumento denominato "indennità di esclusività", un istituto contrattuale del tutto specifico ed unico peculiare nell'ambito del lavoro pubblico, dal titolo di "elemento distinto della retribuzione", erogato per 13 mensilità ed articolato in fasce che vengono conseguite a seguito del raggiungimento di una certa esperienza professionale e previa valutazione positiva.

L'originaria regolamentazione del rapporto di lavoro esclusivo D.lgs n. 502/92 e s.m.i., comportava l'obbligo dell'esclusività del rapporto di lavoro, nonché un sistema di incompatibilità, per cui la mancata opzione per il rapporto esclusivo impediva il conseguimento di alcune posizioni all'interno dell'organizzazione aziendale, quali ad esempio quello di direttore di UOC; obbligo venuto meno successivamente e pertanto l'opzione per tale tipologia di rapporto di lavoro può essere effettuata annualmente.

Nell'ottica dare maggiore flessibilità gestionale alle Aziende per il conferimento degli incarichi, vengono eliminati taluni vincoli del precedente sistema, consentendo l'attribuzione degli incarichi di struttura o semplice o complessa, nonché le sostituzioni del responsabile di quest'ultima, anche ai dirigenti medici con rapporto non esclusivo.

Questa specificità del rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria presenta un'esclusività tale che la conseguente indennità non possa essere estesa alle altre fattispecie di dirigenti dei ruoli tecnico, professionale ed amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto è legata solo ad attività di carattere medico e sanitario che non sono presenti in altri incarichi e qualifiche dirigenziali che tali attività non svolgono.

In sintesi con questa indennità si premia la fidelizzazione del medico al rapporto di lavoro esclusivo alla Azienda il che presuppone la piena e totale disponibilità per l'attività istituzionale, caratterizzandosi come un risarcimento della rinuncia allo svolgimento di attività di libera professione extra muraria, riconosciuto per legge.

Considerato che la norma prevede da anni che i dirigenti medici e sanitari siano assunti solo in regime di esclusività del rapporto di lavoro con diritto all'esercizio di attività libero professionale in intramoenia, non si riesce a comprendere per quale motivo logico analogo trattamento normativo non sia previsto per gli altri professionisti laureati sanitari dipendenti del SSN ad iniziare dagli infermieri.

Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura

Simone Cosmai¹, Marco Ghidini¹, Monica Casati², Cristina Caldara³, Giuseppe Lazzari⁴,
Nadia Colombo⁵, Daniela Rizzo⁶, Chiara Mainardi⁷, Beatrice Mazzoleni⁸

¹Consigliere Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo; ²Responsabile ricerca, formazione e sviluppo, Direzione professioni sanitarie e sociali, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ³Responsabile di Dipartimento per le professioni sanitarie di oncologia e di ematologia, co-coordinatore Comitato ospedale e territorio senza dolore (COTSD), ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ⁴Tutor professionale, Centro Formazione Universitaria, Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca, sede ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; ⁵Coordinatore didattico di sezione, Centro Formazione Universitaria, Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca, sede ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; ⁶Infermiere, Unità strutturale complessa patologia neonatale e terapia intensiva, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ⁷Infermiere, Fondazione Casa Ricovero S. Maria Ausiliatrice; ⁸Presidente Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo

Corrispondenza: cosmai.si@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione Utilizzare uno strumento adeguato, attendibile e validato al fine di misurare il dolore è uno degli aspetti essenziali per la sua gestione. L'obiettivo di questa revisione della letteratura è di conoscere lo stato dell'arte degli strumenti di misurazione del dolore disponibili per le diverse fasce d'età.

Materiali e metodi E' stata effettuata una revisione della letteratura attraverso le banche dati TRIP Database, The Cochrane Library, PubMed e CINAHL.

Risultati La revisione ha prodotto una sinossi delle scale di misurazione del dolore disponibili, suddivise per fascia d'età. Per ogni scala sono state descritte l'età della popolazione di riferimento, l'intervallo di punteggio, i relativi descrittori, il numero delle voci e la rilevanza clinica.

Conclusioni Per la valutazione del dolore, la scelta più importante, al di là del tipo di scala, è quella delle condizioni correlate al suo utilizzo, ovvero: i descrittori, il metodo e le tempistiche di somministrazione, le informazioni relative all'uso della scala, l'interpretazione dei *cut-off* e la loro rilevanza clinica e le misure di esito e le analisi statistiche appropriate per gli studi clinici (Hjermstad MJ et al., 2011). Quindi, la chiave per una gestione ottimale del dolore dipende, da un lato, dalla coerenza della scala con le capacità del paziente e, dall'altro, dall'attenta valutazione dei punteggi da parte dei professionisti sanitari.

Parole chiave: valutazione del dolore, scala di valutazione del dolore, metodi di valutazione del dolore, studi di validazione

Pain assessment scales per age group. A literature review

ABSTRACT

Introduction The use of an adequate, reliable and validated pain assessment tool is fundamental for pain management. The aim of this review is to define the state of the art of pain assessment tools per age group.

Methods A literature review through TRIP Database, The Cochrane Library, PubMed and CINAHL databases was carried out.

Results An analysis and a synopsis of pain assessment tools per age group has been made. For each scale were described the reference population, the score range, the descriptors, the number of items and the clinical relevance.

Conclusions In pain assessment, the most important choice is not the type of scale per se, but the conditions related to its use, which include: a standardized choice of anchor descriptors, methods of administration, time frames, information related to the use of scales, interpretation of cut-offs and clinical significance, and the use of appropriate outcome measures and statistics in clinical trials (Hjermstad MJ et al., 2011). Therefore, the key for an optimal pain management is the tool coherence with patients' capacities and the adequate scores interpretation by health professionals.

Key words: pain assessment, pain assessment scale, pain assessment methods, validation studies as topic

INTRODUZIONE

Secondo l'International Association for the Study of Pain (IASP, 1986) il dolore è definito come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito".

Vista la centralità e l'importanza della tematica, in termini sia di miglioramento degli esiti assistenziali sia di qualità dell'assistenza, la legislazione italiana (Legge n. 38/2010, art. 7) richiede di registrare nella documentazione sanitaria le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione, la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

La lotta contro il dolore rappresenta un'operazione a sfondo etico che ha per gli infermieri, tra gli altri, una valenza deontologica, così come definito nell'articolo n. 34 del Codice deontologico dell'infermiere (IPASVI, 2009) che prevede che il professionista si attivi per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza e si adoperi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Lo studio di Melotti e colleghi (Melotti RM et al., 2009) afferma che, in Italia, un cittadino su quattro soffre di dolore cronico e che in ospedale, nel 21% dei casi, vi è una sottostima del dolore. Attualmente, in letteratura, le scale di misurazione del dolore sono molteplici e si differenziano in unidimensionali e multidimensionali. Le prime misurano l'intensità del dolore e sono un ottimo strumento di autovalutazione (Breivik H et al., 2008); le seconde misurano invece le diverse componenti del dolore: sensoriale, motivazionale, affettiva e cognitivo-valutativa.

Nello svolgimento della sua attività professionale, l'infermiere si confronta continuamente con il dolore

della persona assistita. Un approccio consapevole e l'impiego di metodi validati per la misurazione del dolore consentono di attuare rimedi adeguati, sia farmacologici sia non, e quindi di ridurre lo stato di grave disagio in cui la persona si trova (Cox F, 2010). La misura del dolore ha tra le sue finalità quella di garantire un adeguato trattamento, prevenendo invalidità secondarie e raggiungendo così un miglioramento della qualità di vita (Alford DP et al., 2008). Le scale di misurazione del dolore hanno un ruolo fondamentale nella pratica clinica e sono essenziali per una valutazione e gestione globale di un bisogno che segna la vita degli assistiti.

Obiettivo

L'obiettivo della presente revisione della letteratura è di descrivere gli strumenti di misurazione del dolore in funzione alle fasce d'età adulta, pediatrica, neonatale e pretermine.

MATERIALI E METODI

Per il reperimento dei documenti pertinenti è stato sviluppato il quesito clinico secondo la metodologia PICO (Richardson W et al., 1995) (Tabella 1).

Nello specifico, la revisione vuole rispondere alle seguenti domande:

- quali sono gli strumenti di misurazione del dolore disponibili in letteratura?
- quali sono le loro caratteristiche?
- qual è la loro validità e affidabilità?
- qual è la loro utilità clinica?

Strategie di ricerca

Tra aprile e maggio 2014 è stata effettuata una ricerca bibliografica che ha previsto la consultazione delle seguenti banche dati: TRIP database, The Cochrane Library, PubMed e CINAHL per il reperimento di letteratura secondaria e primaria.

La strategia di ricerca ha comportato la combinazione, tramite l'operatore booleano "AND", di termini liberi e controllati (MeSH Terms/CINAHL headings).

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

Metodologia PICO		
P	<i>patient</i> (paziente)	pazienti adulti, pediatrici, neonatali, pretermine
I	<i>intervention</i> (intervento)	misurazione del dolore con scale specifiche
C	<i>comparison</i> (controllo)	/
O	<i>outcome</i> (risultati)	validità, affidabilità e utilità clinica delle scale di misurazione del dolore
Sono presenti in letteratura delle scale di misurazione del dolore validate e affidabili per pazienti adulti, pediatrici, neonatali, pretermine con un'utilità clinica rilevante?		

Le fasce d'età considerate sono state:

- pretermine;
- neonatale: da 1 a 23 mesi;
- pediatrica: da 2 a 18 anni;
- adulta: superiore a 18 anni.

In alcuni casi la ricerca è stata effettuata all'interno del campo "titolo" al fine di reperire contributi specifici relativi alle scale di misurazione.

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi tutti i documenti che, negli ultimi 10 anni, rispondevano al quesito definito (Tabella 1) e pubblicati in lingua inglese, francese, spagnola e italiana.

Per la fascia di età adulta si sono analizzate e incluse nello studio le scale di misurazione del dolore unidimensionali ed escluse quelle multidimensionali.

Sono stati esclusi gli studi:

- relativi ad assistiti non in grado di riferire il proprio dolore (per esempio, portatori di tubo endotracheale, pazienti sedati, con demenza o con deficit cognitivi);
- primari con un campione inferiore a 30 pazienti;
- non strutturati secondo il formato IMRaD (introduzione, metodi, risultati e discussione);
- con letteratura con data di pubblicazione antecedente al 2004;
- con letteratura primaria e secondaria già inclusa nella più recente revisione sistematica;
- non rilevanti ai fini della revisione oppure riconducibili a contesti clinici specialistici (dolore correlato ad artrite reumatoide o psoriasica, ustioni o anemia falciforme);
- di cui era inaccessibile il testo integrale;
- riferiti a un diverso contesto culturale (per esempio, Africa, Asia e Sud America).

Selezione degli studi

I titoli e gli *abstract* sono stati valutati in modo indipendente da due revisori. Successivamente, con le stesse modalità, per gli articoli risultati pertinenti si è proceduto alla valutazione del testo integrale. In caso di discordanza tra i due revisori è stato chiesto il parere di un terzo.

Dati estrapolati dagli articoli

Per ogni scala di misurazione del dolore sono stati estrapolati:

- l'età della popolazione di riferimento;
- l'intervallo di punteggio;
- i relativi descrittori;
- il numero delle voci (*item*);
- le implicazioni pratiche e la rilevanza clinica.

RISULTATI

La ricerca bibliografica ha consentito di reperire complessivamente 4.400 voci bibliografiche. Di queste ne sono risultate pertinenti 362 e, dopo la selezione, sono stati inclusi 37 studi. In particolare, per fascia d'età:

- adulta: sono stati inclusi 5 studi dei 114 individuati (Breivik H et al., 2008; Ferreira-Valente MA et al., 2011; Helfand M et al., 2008; Hjermstad MJ et al., 2011; Williamson A et al., 2005). Sono stati esclusi: 17 studi perché doppi; 91 studi dopo la lettura dell'*abstract*; 1 dopo la lettura del testo integrale.
- pediatrica:
 - da 13 a 18 anni: sono stati inclusi 9 studi dei 48 individuati (Bailey B et al., 2007; Garra G et al., 2010; Kaplan CP et al., 2008; Mirò J et al., 2009; Stinson JN et al., 2006; Voepel-Lewis T et al., 2011; Von Baeyer CL et al., 2007; Von Baeyer CL et al., 2009; Von Baeyer CL, 2009). Sono stati esclusi: 19 studi perché doppi; 20 studi dopo la lettura dell'*abstract*;
 - da 6 a 12 anni: sono stati inclusi 3 studi degli 87 individuati (Connelly M, 2010; Gomez RJ et al., 2013; Laloo C et al., 2014). Sono stati esclusi: 37 studi perché doppi; 47 studi dopo la lettura dell'*abstract*;
 - da 2 a 5 anni: sono stati inclusi 2 studi dei 33 individuati (Garra G et al., 2013; Melotti RM et al., 2009). Sono stati esclusi: 8 studi perché doppi; 23 studi dopo la lettura dell'*abstract*.
- neonatale (da 0 a 2 anni): sono stati inclusi 10 studi dei 62 individuati (Babl FE et al., 2012; Bailey B et al., 2010; Bailey B et al., 2012; Castarlenas E et al., 2013; De Tovar C et al., 2010; Fournier-Charrière E et al., 2012; Franck LS et al., 2011; Hesselgard K et al., 2007; Pagé MG et al., 2012; Tomlinson D et al., 2010). Sono stati esclusi: 17 studi perché doppi; 35 studi dopo la lettura dell'*abstract*;
- pretermine: sono stati inclusi 8 studi dei 18 individuati (Bellieni CV et al., 2007; Gibbins S et al., 2014; Holsti L et al., 2007; McNair C et al., 2004; Spence K et al., 2005; Stevens B et al., 2010; Stevens BJ et al., 2014; Van Dijk M et al., 2009). Sono stati esclusi: 1 studio perché doppio; 9 studi dopo la lettura dell'*abstract*.

Scale di misurazione del dolore: età adulta

Numerical Rating Scale (NRS)

La NRS (vedi), o scala di valutazione numerica, è una scala di misurazione in cui la persona assistita indica l'intensità del proprio dolore verbalmente (Breivik H et al., 2008) o disegnando un cerchio sul numero che meglio la descrive. Nella maggioranza

dei casi lo strumento è rappresentato da una linea o barra orizzontale su cui è indicato un intervallo compreso tra i valori 0 e 10, corrispondenti rispettivamente a “nessun dolore” e “peggior dolore immaginabile”.

Esistono in letteratura versioni a 6, 7, 20, 21 e 101 punti (Hjermstad MJ et al., 2011). Viene anche rappresentata in quadretti o segmenti e può essere orientata verticalmente (Downie WW et al., 1978).

La NRS ha un tempo di compilazione inferiore al minuto (Hawker GA et al., 2011), è facile da somministrare (Hawker GA et al., 2011), semplice da utilizzare e presenta elevati coefficienti di validità e affidabilità (Hjermstad MJ et al., 2011).

La NRS viene chiamata Verbal Numeric Rating Scale (VNRS) oppure Verbal Numeric Scale (VNS) quando viene somministrata verbalmente (Hjermstad MJ et al., 2011).

Visual Analogue Scale (VAS)

La scala VAS (vedi) è costituita da una linea predefinita lunga 10 cm; alla persona assistita viene chiesto di marcare sulla linea il punto che indica l'intensità del proprio dolore. L'estremità sinistra della scala corrisponde a “nessun dolore”, mentre la destra al “peggior dolore immaginabile”.

Il punteggio si ottiene misurando la distanza in millimetri dall'estremità sinistra della linea a quella destra. La scala VAS presenta proprietà coerenti con la scala lineare, pertanto i punteggi possono essere trattati in termini di rapporto. Basandosi sulla distribuzione dei punteggi VAS riportati dagli assistiti, nel 2003 sono stati suggeriti i seguenti *cut-off* (Hawker GA et al., 2011):

- da 0 a 4 mm: “nessun dolore”;
- da 5 a 44 mm: “dolore lieve”;
- da 45 a 74 mm: “dolore moderato”;
- da 75 a 100 mm: “dolore severo”.

Il tempo di compilazione della VAS è inferiore al minuto (Hawker GA et al., 2011). La linea della scala può essere orientata orizzontalmente o verticalmente senza influenzare la sua sensibilità (Shorten G et al., 2007). Tuttavia, lo studio di Williamson e Hoggart (Williamson A et al., 2005) ha dimostrato che la versione orizzontale della VAS presenta un tasso di fallimento (*failure rate*) minore. La scala può essere somministrata con un supporto plastificato o con un regolo dotato di cursore mobile in sostituzione della tradizionale versione cartacea; le due varianti hanno entrambe un buon grado di correlazione ma quella con il regolo sembra di più facile e pratico utilizzo (Hjermstad MJ et al., 2011). La VAS presenta limiti di applicazione nella popolazione anziana (Hjermstad MJ et al., 2011) e in caso di dete-

rioramento percettivo e cognitivo, compreso quello post operatorio (Shorten G et al., 2007). In pazienti con dolore acuto la VAS presenta un buon grado di affidabilità e riproducibilità nel tempo, accuratezza nel cogliere le modificazioni dell'intensità del dolore nonché adeguati livelli di ripetibilità (Williamson A et al., 2005).

Verbal Rating Scale (VRS)

La scala VRS (vedi) comprende una lista di descrittori che identificano il grado di intensità del dolore: nessuno, lieve, moderato e grave. Esiste anche una versione con 5 descrittori del dolore: lieve, fastidioso, angosciante, terribile e atroce (Shorten G et al., 2007). La VRS è applicabile nella popolazione anziana, in pazienti con un basso livello culturale (Hjermstad MJ et al., 2011) e con anziani e bambini con ridotte capacità di astrazione (Williamson A et al., 2005).

La revisione sistematica di Hjermstad e colleghi (Hjermstad MJ et al., 2011), che ha analizzato 239 studi al fine di comparare le diverse scale di misurazione unidimensionali del dolore, ha evidenziato che la maggioranza degli studi ha riportato una buona correlazione tra le scale, in particolare tra NRS e VAS e che tutte tendono a misurare nel tempo le stesse variazioni nell'intensità del dolore. Tuttavia, le variazioni nei punteggi della NRS non risultano matematicamente equivalenti ai descrittori della VRS, indicando un basso livello di intercambiabilità tra le scale.

Scale di misurazione del dolore: età pediatrica

Visual Analogue Scale (VAS)

La scala VAS è indicata anche per una popolazione pediatrica di età compresa tra 8 e 17 anni. Al bambino viene chiesto di marcare sulla linea il punto che indica l'intensità del proprio dolore. Lo strumento, pur avendo dimostrato un buon livello di validità anche nell'ambito dell'urgenza-emergenza, necessita di ulteriori studi per comprovarne l'affidabilità (Bailey B et al., 2012).

Numerical Rating Scale (NRS)

Secondo Pagé e colleghi (Pagé MG et al., 2012), la NRS è una scala valida per i bambini di età compresa tra gli 8 e i 18 anni per i quali è necessario rilevare l'intensità del dolore e del disagio/malessere correlati a procedure chirurgiche. Gli autori sottolineano l'importanza che il bambino comprenda lo strumento e riesca ad associare l'intensità del proprio dolore a un numero. In letteratura emerge la necessità di ulteriori studi che confermino la validità della scala attraverso l'osservazione comportamentale, le de-

scrizioni qualitative e l'effettuazione di esami ematochimici (Pagé MG et al., 2012).

Faces Pain Scale (FPS)

La revisione sistematica di Tomlinson e colleghi (Tomlinson D et al., 2010), condotta su 127 studi, ha individuato 14 versioni della FPS; 10 hanno presentato scarse proprietà psicometriche mentre solo quattro sono supportate da dati statistici:

- **Faces Pain Scale, FPS:** consiste in una serie di 7 volti disposti su una linea orizzontale; la lettura avviene da sinistra verso destra e va rispettivamente dall'espressione del viso che indica "nessun dolore", a quella che indica il "peggiore dolore". Il punteggio va da 0 a 6 punti. La FPS si utilizza nei bambini di età compresa tra 2 e 12 anni. La scala presenta il vantaggio di essere veloce, semplice e corredata di minime istruzioni d'uso.
- **Faces Pain Scale-Revised, FPS-R (vedi):** è la versione modificata della FPS. Consiste in 6 volti e, a differenza della FPS, il punteggio va da 0 a 10 (da "nessun dolore" a "tantissimo dolore"). La FPS-R si utilizza nei bambini di età compresa tra 4 e 12 anni. Il vantaggio, rispetto alla versione base, è la presenza di istruzioni disponibili in più di 35 lingue. De Tovar e colleghi (De Tovar C et al., 2010) suggeriscono l'uso della FPS-R per rilevare il dolore post operatorio nei bambini da 5 a 15 anni.
- **Scala di Oucher (vedi):** è una scala verticale composta da 6 volti umani fotografati e il punteggio va da 0 a 10 punti. La scala è disponibile in differenti versioni per bambini di diversa etnia (età compresa tra 3 e 12 anni). Per i bambini di età superiore ai 7 anni è disponibile una scala numerica da 0 a 100 punti. L'utilizzo di questa scala presenta alcune criticità tra cui il costo per la riproduzione delle fotografie colorate e la necessità di disporre di misure di affidabilità e validità per la popolazione di età compresa tra i 3 e i 4 anni.
- **Wong-Baker Faces Pain Rating Scale, WBFPRS (vedi):** è una scala orizzontale di 6 volti disegnati, da quello sorridente, a sinistra, fino a quello che piange, a destra, corrispondenti rispettivamente all'assenza di dolore e al peggiore dolore possibile. La scala prevede un punteggio compreso tra 0 e 10 e si utilizza per gli individui da 3 a 18 anni di età. Si sottolineano la facilità e velocità di utilizzo e le poche istruzioni d'uso. Tra le criticità ci sono la scarsità di traduzioni validate, nonostante sia disponibile in 10 lingue differenti, e la possibilità che i sorrisi e le lacrime dei volti possano influenzare il bambino nel valutare l'intensità del proprio dolore. Garra G e colleghi (Garra G et al., 2013)

hanno dimostrato che la WBFPRS riesce a misurare il grado di severità del dolore e non la paura o altri stati emotivi simili.

Scale di misurazione del dolore: età neonatale

Evaluation ENfant DOuLeur (EVENDOL)

EVENDOL (vedi), acronimo francese che identifica la formula "evaluation, enfant, douleur", è una scala di misurazione del dolore relativa alla fascia d'età neonatale e validata per il suo utilizzo in bambini fino ai 7 anni di età.

Si basa nella sua versione finale, composta da 5 voci, e considera l'espressione vocale o verbale (pianto, urla, gemiti e lamenti), l'espressione facciale (fronte, sopracciglia corruciate e bocca tesa), i movimenti (inquieto, agitato, rigido e muscoli tesi), la postura (antalgica, insolita, immobile e protezione dell'area dolente) e l'interazione con l'ambiente (conforto, interesse al gioco e interazione con le persone). Ogni voce ha un punteggio su 4 livelli valutati con due criteri simultanei: intensità e durata del dolore, dove 0 corrisponde all'assenza di dolore e 3 a dolore intenso/continuo. Il punteggio totale va da minimo di 0 a un massimo di 15.

Lo studio di validazione condotto da Fournier-Charrière e colleghi (Fournier-Charrière E et al., 2012), su un campione di 291 bambini fino a 7 anni di età ricoverati in pronto soccorso pediatrico, ha documentato che EVENDOL ha buone proprietà psicometriche: un coefficiente alfa di Cronbach eccellente (0,83-0,92); una buona validità di costrutto, dimostrata da una diminuzione nei punteggi EVENDOL dopo somministrazione di morfina sia a riposo (da 8,14 a 3,62 punti su 15; $P < 0,0001$) sia durante la movimentazione manuale dei pazienti (da 11,87 a 6,65 punti su 15; $P = 0,0011$); una buona capacità di discriminazione tra situazioni come l'ansia, la febbre, la rabbia e la *fatigue*; un'eccellente affidabilità intervalvatore (Kappa di Cohen 0,7-0,9; $P < 0,0001$). Il valore minimo per il quale si deve considerare di avviare un trattamento antalgico è 4.

EVENDOL è una scala semplice, valida e facile da utilizzare; può essere utilizzata nei dipartimenti di emergenza-urgenza per rilevare il dolore acuto o cronico in tutti i bambini di età inferiore a 7 anni.

Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

La scala FLACC (vedi) è una scala di misurazione del dolore relativa alla fascia d'età compresa tra 0 e 3 anni e si basa sull'osservazione del comportamento del bambino. Ognuna delle 5 voci previste dalla scala (volto, gambe, attività, pianto e consolabilità) prevede tre descrittori, a cui può essere attribuito un punteggio compreso tra 0 e 2, generando

un punteggio totale compreso tra 0 e 10 (Merkel SI et al., 1997).

La validità concorrente e di costrutto della scala FLACC, nonché l'affidabilità intervaltatore, sono state dimostrate da Nilsson e colleghi (Nilsson S et al., 2008) su 80 bambini di età compresa tra 5 e 16 anni candidati al posizionamento di un catetere venoso periferico.

Lo studio osservazionale prospettico di Babl e colleghi (Babl FE et al., 2012), condotto su 125 pazienti pediatrici di età compresa tra i 6 mesi e i 3 anni e mezzo, ricoverati nel dipartimento di emergenza-urgenza e candidati all'inserzione di una cannula venosa periferica, di un sondino nasogastrico, al monitoraggio della saturazione di ossigeno e all'utilizzo di un inalatore pressurizzato predosato, ha evidenziato che la scala FLACC è in grado di rilevare non solo il dolore procedurale ma anche lo stress correlato alle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Scale di misurazione del dolore: età pretermine *Premature Infant Pain Profile (PIPP)*

Il *Premature Infant Pain Profile* ([vedi](#)), sviluppato nel 1996 da Stevens B e collaboratori, è uno strumento di misura multidimensionale del dolore, composto da 7 voci, ampiamente utilizzato per valutare il dolore acuto nei neonati.

La scala valuta tre aspetti comportamentali del neonato (aggrottamento delle sopracciglia, strizzamento degli occhi e mimica facciale), due aspetti fisiologici (frequenza cardiaca e saturazione periferica di ossigeno) e due aspetti di contesto (età gestazionale e stato comportamentale).

Tutte le voci previste dalla scala presentano un punteggio che va da 0 a 3; gli aspetti di contesto vengono considerati prima della valutazione del dolore. Il punteggio finale va da 0 a 21 per i neonati di 28 settimane di età gestazionale e da 0 a 18 per i bambini a termine. Anche se la scala PIPP è stata ampiamente validata per i neonati sia pretermine sia a termine, i dati relativi alla sua affidabilità nei neonati di età inferiore alle 32 settimane e alla sua applicabilità nelle terapie intensive neonatali sono scarsi (Gibbins S et al., 2014). La revisione della letteratura di Stevens e colleghi (Stevens B et al., 2010), condotta per valutare le proprietà psicometriche della scala PIPP, ha evidenziato che la scala è affidabile, valida e clinicamente utile nella valutazione del dolore nei neonati; per questo motivo, l'uso della scala PIPP può aumentare l'efficacia degli interventi finalizzati alla gestione del dolore.

Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R)

Sulla base dei *feedback* di esperti e clinici, oltre alla

rivalutazione delle proprietà psicometriche, la scala PIPP è stata rivista (PIPP-R) per migliorarne l'affidabilità e la validità. Le modifiche minori includono variazioni al *layout*, le istruzioni dettagliate per l'uso e chiarimenti per indicare l'età gestazionale e lo stato comportamentale dei prematuri e dei nati a termine. Lo studio di validazione condotto da Gibbins e colleghi (Gibbins S et al., 2014) ha evidenziato che il PIPP-R presenta punteggi significativamente più alti durante le procedure dolorose rispetto a quelle non dolorose e un elevato grado di accordo tra valutatori, concludendo che la scala ha una buona validità di costrutto, un'adeguata affidabilità intervaltatore e una discreta flessibilità dal punto di vista dell'utilizzo pratico. Stevens e colleghi (Stevens BJ et al., 2014) hanno dimostrato che la scala PIPP-R, rispetto alla sua versione precedente, riporta punteggi significativamente più bassi in assenza di stimolo doloroso (prelievo capillare dal tallone).

ABC Pain Scale

La scala ABC ([vedi](#)) prende il suo nome da tre caratteristiche del pianto: acutezza del primo pianto, ritmicità o non ritmicità dello scoppio di pianto e continuità nel tempo del livello di pianto.

Ognuna di queste voci prevede un punteggio da 0 a 2. Il punteggio finale va da un minimo di 0 a un massimo di 6. Bellieni e colleghi (Bellieni CV et al., 2007) hanno dimostrato una buona correlazione tra i punteggi ottenuti con la scala ABC e la scala PIPP ($r=0,68$; $r^2=0,45$; $p<0,0001$), dimostrando una buona validità concorrente. La scala ha mostrato inoltre una buona sensibilità e specificità: sono state trovate differenze statisticamente significative tra i valori medi dei punteggi ottenuti durante lo stimolo doloroso (prelievo ematico dal tallone) o in sua assenza. L'affidabilità tra valutatori è risultata buona (K di Cohen=0,7).

COMFORT neo Scale

La COMFORT neo Scale ([vedi](#)) rappresenta una versione modificata della COMFORT Scale, una scala comportamentale validata per il post operatorio nei bambini da 0 a 3 anni e per i neonati in sedazione fino a 17 mesi di età, ed è stata sviluppata per l'ambito della terapia intensiva neonatale. La scala prevede 7 dimensioni comportamentali: vigilanza, quiete/agitazione, risposta respiratoria (solo per pazienti intubati), pianto (solo per pazienti in respiro spontaneo), movimenti del corpo, tensione del viso e tono muscolare. Ogni voce prevede una scala Likert con un punteggio da 1 a 5; il punteggio finale va da 0 a 30, rispettivamente nessun dolore e il peggior dolore possibile.

Lo studio di Van Dijk M e collaboratori (Van Dijk M et al., 2009) ha dimostrato che la COMFORT neo Scale presenta una buona affidabilità intervalutatore e una buona consistenza interna e capacità dello strumento di misurare il cambiamento dell'intensità del dolore. Non sono state rilevate grandi differenze nei valori di *cut-off* (stimato a un punteggio pari a 14/30) in base al peso alla nascita, all'età gestazionale, ai livelli di rischio di compromissione neurologica o al sesso.

Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP)

La scala BIIP ([vedi](#)) si compone di 13 voci: 6 relative allo stato di sonno/veglia, 5 alle espressioni facciali e 2 ai movimenti delle mani.

Tutti gli indicatori sono stati validati individualmente per valutare il dolore acuto nei neonati pretermine (Holsti L et al., 2007).

Holsti e Grunau (Holsti L et al., 2007) hanno dimostrato che vi è una modesta correlazione tra la scala BIIP e la scala NIPS ($r=0,64$, $p<0,01$). Questi due autori hanno valutato la coerenza, l'affidabilità e la validità di costruito della BIIP, dimostrando che è uno strumento valido e affidabile per valutare il dolore nei bambini prematuri ricoverati in terapia intensiva neonatale con consistenza interna e affidabilità intervalutatore di grado elevati (rispettivamente 0,82 e 0,80-0,92).

Pain Assessment Tool (PAT)

Il PAT ([vedi](#)) è stato sviluppato per misurare il dolore post operatorio nei neonati a termine; esso considera aspetti comportamentali e fisiologici e include un punteggio basato sull'attento giudizio da parte dell'infermiere circa il dolore del neonato. Lo strumento consta di 10 parametri (postura/tono, pianto, modello di sonno, espressione, colorito della cute, respiro, frequenza cardiaca, pressione arteriosa e percezione dell'infermiere) per ognuno dei quali è previsto un punteggio da 0 a 2; il punteggio finale va da un minimo di 0 a un massimo di 20. Punteggi maggiori di 5 indicano che vanno adottate misure di conforto (tatto dolce, eccetera), mentre punteggi maggiori di 10 richiedono la somministrazione di un analgesico.

Il PAT presenta un'eccellente affidabilità intervalutatore (0,85) ed è uno strumento valido, affidabile, pratico, di facile utilizzo nella valutazione del dolore in tutti i neonati ricoverati in terapia intensiva neonatale (Spence K et al., 2005).

Neonatal Infant Pain Profile (NIPS)

La NIPS ([vedi](#)) è una scala multidimensionale utilizzata nei bambini prematuri e a termine; essa è co-

stituita da voci relative alle espressioni del viso, al pianto, al respiro, ai movimenti degli arti superiori e inferiori e allo stato di veglia del bambino. Il punteggio finale va da 0 a 7, rispettivamente l'assenza di dolore e il dolore massimo. La NIPS presenta alcuni limiti come la non valutabilità del pianto nel caso di neonati prematuri intubati e ventilati meccanicamente (in questa situazione non si segnerebbe niente), e la genericità dei descrittori previsti per ciascuna voce (Spence K et al., 2005).

In appendice a pagina e44 è disponibile una sinossi delle scale di misurazione del dolore considerate.

DISCUSSIONE

La presente revisione della letteratura si è posta l'obiettivo di descrivere le caratteristiche degli strumenti di misurazione del dolore in termini di validità, affidabilità e utilità clinica nei pazienti delle fasce d'età adulta, pediatrica, neonatale e pretermine.

La maggioranza degli studi condotti sui pazienti adulti ha mostrato risultati consistenti rispetto alla correlazione tra le diverse scale; tutte si sono dimostrate sufficientemente stabili, sensibili ai cambiamenti e in grado di misurare le variazioni nell'intensità del dolore. Nello specifico, la scala NRS è rapida da compilare (meno di un minuto), risulta la più facile da somministrare (Hawker GA et al., 2011) e quella con i più elevati coefficienti di validità e affidabilità (Hjermstad MJ et al., 2011).

I risultati degli studi condotti sulla popolazione pediatrica non sono sempre convergenti o generalizzabili a causa della specificità dei contesti clinici, per la complessità che caratterizza la valutazione del dolore nel bambino e per la numerosità e l'eterogeneità delle scale utilizzate. In merito a quest'ultimo aspetto, la letteratura sottolinea quanto sia prioritario svolgere ulteriori studi di validazione delle scale già esistenti, per i bambini di età superiore agli 8 anni, più che svilupparne di nuove. Infatti, Tomlinson e colleghi (Tomlinson D et al., 2010) hanno individuato ben 14 versioni della Faces Pain Scale di cui solo quattro (FPS, FPS-R, Scala Oucher e WBFPRS) sono risultate supportate da dati statistici. Tomlinson e colleghi (Tomlinson D et al., 2010) hanno concluso che non è possibile individuare un vero *gold standard* relativamente all'utilizzo di una specifica scala di misurazione del dolore in ambito pediatrico; la scala WBFPRS risulta essere quella maggiormente preferita dai bambini, mentre la scala FPS-R rappresenta il *gold standard* per la conduzione di studi clinici.

Anche per l'ambito neonatale le scale di valutazione disponibili in letteratura sono numerose. La scala

EVENDOL ha dimostrato buone proprietà psicometriche (Fournier-Charrière E et al., 2012), mentre la scala FLACC è in grado di rilevare non solo il dolore procedurale ma anche lo stress correlato alle procedure diagnostiche e terapeutiche nei pazienti di età compresa tra i 6 mesi e i 3 anni (Babl FE et al., 2012).

La scala PIPP è risultata affidabile, valida e clinicamente utile nella valutazione del dolore nei neonati a termine (Stevens B et al., 2010). Gli strumenti ABC, BIIP, COMFORT neo Scale, PAT, NIPS, PIPP, PIPP-R hanno mostrato una buona sensibilità e specificità nella valutazione del dolore nei bambini prematuri ricoverati in terapia intensiva neonatale. La NIPS presenta alcuni limiti come la non valutabilità del pianto nel caso di neonati prematuri intubati e ventilati meccanicamente e la genericità dei descrittori previsti per ciascuna voce della scala. Lo studio di Lawrence e colleghi (1993) ha dimostrato che la scala ha un'alta coerenza interna (alfa di Cronbach=0,95, 0,87 e 0,88 prima, durante e dopo lo stimolo doloroso).

Limiti

Tra i limiti di questa revisione si possono annoverare:

- l'aver escluso le pubblicazioni di cui non è stato possibile recuperare la versione integrale;
- l'aver impostato il limite temporale per gli studi di 10 anni; in alcuni casi non è stato possibile reperire lo studio di validazione originale di ciascuna scala considerata in quanto pubblicato in un periodo antecedente al limite temporale definito;
- il mancato recupero della letteratura grigia relativa all'argomento di interesse;
- l'aver escluso scale di misurazione del dolore multidimensionali nell'adulto, come la scala Brief Pain Inventory (Caraceni A et al., 1996) oppure il McGill Pain Questionnaire (Melzack R, 1975), il che non ha permesso di fornire una panoramica completa degli strumenti presenti in letteratura per la misurazione del dolore.

CONCLUSIONI

Il dolore può rappresentare un segnale importante per la diagnosi iniziale, un fattore sensibile nell'indicare evoluzioni positive o negative ed è un'innegabile presenza durante numerose procedure diagnostiche e/o terapeutiche. Il dolore è anche il costante riflesso della paura e dell'ansia per tutto quello che la malattia comporta. Fra tutti, è il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica della persona e che più angoschia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita durante e dopo la malattia.

La misurazione del dolore è parte fondamentale della valutazione e della strategia terapeutica per il suo controllo. Una corretta valutazione dell'intensità, della gravità e della durata del dolore è il primo passo importante per scegliere il trattamento farmacologico più adeguato da proporre al paziente. Sono disponibili numerose scale di misurazione del dolore; tuttavia, la scelta più importante non si limita a quella della scala di per sé ma, soprattutto, a quella delle condizioni correlate al suo utilizzo che includono la scelta standardizzata dei descrittori, il metodo e le tempistiche di somministrazione, le informazioni relative all'uso della scala, l'interpretazione dei *cut-off* e la loro rilevanza clinica, le misure di esito e le analisi statistiche appropriate per gli studi clinici (Hjermstad MJ et al., 2011).

BIBLIOGRAFIA

- Alford DP, Krebs EE, Chen IA et al. (2008) *Update in pain medicine*. Society of General Internal Medicine, 23(6), 841-848.
- Babl FE, Crellin D, Cheng J et al. (2012) *The use of the faces, legs, activity, cry and consolability scale to assess procedural pain and distress in young children*. Pediatric Emergency Care, 28(12), 1281-1296.
- Bailey B, Bergeron S, Gravel J et al. (2007) *Comparison of four pain scales in children with acute abdominal pain in a pediatric emergency department*. Annals of Emergency Medicine, 50(4), 379-383.
- Bailey B, Daoust R, Doyon-Trottier E et al. (2010) *Validation and properties of the verbal numeric scale in children with acute pain*. Pain, 149(2), 216-221.
- Bailey B, Gravel J, Daoust R (2012) *Reliability of the visual analog scale in children with acute pain in the emergency department*. Pain, 153(4), 839-842.
- Bellieni CV, Maffei M, Ancora G et al. (2007) *Is the ABC pain scale reliable for premature babies?* Acta Paediatrica, 96(7), 1008-1010.
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM et al. (2008) *Assessment of pain*. British Journal of Anesthesia, 101, 17-24.
- Caraceni A, Mendoza TR, Mencia E et al. (1996) *A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory*. Pain, 65(1), 87-92.
- Castarlenas E, Miró J, Sánchez-Rodríguez E (2013) *Is the Verbal Numerical Rating Scale a Valid Tool for Assessing Pain Intensity in Children Below 8 Years of Age?* Journal of Pain, 14(3), 297-304.
- Connelly M (2010) *The verbal numeric rating scale in the pediatric emergency department: What do the numbers really mean?* Pain, 149(2), 167-168.
- Cox F (2010) *Basic principles of pain management: assessment and intervention*. Nursing Standard, 25(1), 36-39.

- De Tovar C, Von Baeyer CL, Wood C et al. (2010) *Postoperative self-report of pain in children: Interscale agreement, response to analgesic, and preference for a faces scale and a visual analogue scale*. *Pain Research & Management*, 15(3), 163-168.
- Downie WW, Leatham PA, Rhind VM et al. (1978) *Studies with pain rating scale*. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 37, 378-81.
- Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigiliatrici d'infanzia, IPASVI (2009) *Il Codice deontologico dell'Infermiere*. <https://tinyurl.com/k6uvscw>
- Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP (2011) *Validity of four pain intensity rating scales*. *Pain*, 152, 2399-2404.
- Fournier-Charrière E, Tourniaire B, Carbajal R et al. (2012) *EVENDOL, a new behavioral pain scale for children ages 0 to 7 years in the emergency department: Design and validation*. *Pain*, 153(8), 1573-1582.
- Franck LS, Ridout D, Howard R et al. (2011) *A comparison of pain measures in newborn infants after cardiac surgery*. *Pain*, 152(8), 1758-1765.
- Garra G, Singer AJ, Domingo A et al. (2013) *The Wong-Baker Pain FACES scale measures pain, not fear*. *Pediatric Emergency Care*, 29, 17-20.
- Garra G, Singer AJ, Taira BR et al. (2010) *Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in Pediatric Emergency Department Patients*. *Academic Emergency Medicine Journal*, 17, 50-54.
- Gibbins S, Stevens BJ, Yamada J et al. (2014) *Validation of the Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R)*. *Early Human Development*, 90(4), 189-193.
- Gomez RJ, Barrowman N, Elias S et al. (2013) *Establishing intra- and inter-rater agreement of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale for evaluating pain in toddlers during immunization*. *Pain Research & Management*, 18(6), 124-128.
- Hawker GA, Mian S, Kendzerska T et al. (2011) *Measures of adults pain*. *Arthritis Care and research*, 63(11), 244-252.
- Helfand M, Freeman M (2008) *Assessment and management of Acute Pain in Adult Medical Inpatients: A Systematic Review*. *American Academy of Pain Medicine*, 7(10), 1183-1199.
- Hesselgard K, Larsson S, Romner B et al. (2007) *Validity and Reliability of the Behavioural Observational Pain Scale for postoperative pain measurement in children 1-7 years of age*. *Pediatric Critical Care Medicine*, 8(2), 102-108.
- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF et al. (2011) *Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adult: a systematic literature review*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073-1093.
- Holsti L, Grunau RE (2007) *Initial validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP)*. *Pain*, 132(3), 264-272.
- International Association for the Study of Pain, IASP (1986). www.iasp-pain.org
- Kaplan CP, Sison C, Platt SL (2008) *Does a Pain Scale Improve Assessment in the Pediatric Emergency Department?* *Pediatric Emergency Care*, 24(9), 605-608.
- Laloo C, Stinson JN, Brown SC et al. (2014) *Pain-QUILT: Assessing Clinical Feasibility of a Web-Based Tool for the Visual Self-Report of Pain in an Interdisciplinary Pediatric Chronic Pain Clinic*. *The Clinical Journal of Pain*, 30(11), 934-943.
- Lawrence J, Alcock D, McGrath P et al. (1993) *The development of a tool to assess neonatal pain*. *Neonatal Network*, 12(6), 59-66.
- Legge n. 38, 15 marzo 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore." *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, 65.
- McCaffery M, Pasero CL (1999) *Pain: clinical manual*. Edizione Mosby, St. Louis.
- McNair C, Ballantyne M, Dionne K et al. (2004) *Postoperative pain assessment in the neonatal intensive care unit*. *Archives of Disease in Childhood: Fetal Neonatal Ed*, 89(6), 537-541.
- Melotti RM, Dekel BG, Carosi F et al. (2009) *Categories of congruence between inpatients self-reported pain and nurses evaluation*. *European Journal of Pain*, 13(9), 992-1000.
- Melzack R (1975) *The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods*. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR et al. (1997) *The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children*. *Pediatric Nursing*, 23(3), 293-297.
- Mirò J, Castarlenas E, Huguet A (2009) *Evidence for the use of a numerical rating scale to assess the intensity of pediatric pain*. *European Journal of Pain*, 13, 1089-1095.
- Nilsson S, Finnström B, Kokinsky E (2008) *The FLACC behavioral scale for procedural pain assessment in children aged 5-16 years*. *Paediatric Anesthesia*, 18(8), 767-774.
- Pagé MG, Katz J, Stinson J et al. (2012) *Validation of the numerical rating scale for pain intensity and unpleasantness in pediatric acute postoperative pain: sensitivity to change over time*. *Journal of Pain*, 13(4), 359-369.
- Pellegatta I, Terzoni S, Lodini R et al. (2014) *Le scale di valutazione del dolore nel paziente demente: revisione della letteratura*. *Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal*, 2(3), 48-53.
- Richardson W, Wilson MC, Nishikawa J et al. (1995) *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions*. *American College Physicians Journal Club*, 123(3), A12-13.
- Shamseer L, Moher D, Mike Clarke et al. (2015) *The*

- PRISMA-P Group Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis. British Medical Journal BMJ, 350, g7647.
- Shorten G, Carr DB, Harmon D et al. (2007) La gestione del dolore postoperatorio. Linee guida di trattamento. Edizione Elsevier Masson, Milano.
- Spence K, Gillies D, Harrison D et al. (2005) *A reliable pain assessment tool for clinical assessment in the neonatal intensive care unit*. Journal of Obstet, Gynecol, Neonatal Nursing, 34(1), 80-86.
- Stevens B, Johnston C, Taddio A et al. (2010) *The premature infant pain profile: evaluation 13 years after development*. Clinical Journal of Pain, 26(9), 813-830.
- Stevens BJ, Gibbins S, Yamada J et al. (2014) *The Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R): Initial Validation and feasibility*. Clinical Journal of Pain, 30(3), 238-243.
- Stevens SS (1946) *On the theory of scales of measurement*. Science, American Association for the Advancement of Science, 2684(103), 677-780.
- Stinson JN, Kavanagh T, Yamada J et al. (2006) *Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents*. Pain, 125, 143-157.
- Suraseranivongse S, Montapaneewat T, Manon J et al. (2005) *Cross-validation of a self-report scale for post-operative pain in school-aged children*. Journal of the Medical Association of Thailand, 88(3), 412-418.
- Tomlinson D, Von Baeyer CL, Stinson JN et al. (2010) *A Systematic Review of Faces Scales for the Self-report of Pain intensity in Children*. Pediatrics, 126(5), 1168-1198.
- Van Dijk M, Roofthoof DW, Anand KJ et al. (2009) *Taking up the challenge of measuring prolonged pain in (pre-mature) neonates: the COMFORT neo scale seems promising*. Clinical Journal of Pain, 25(7), 607-616.
- Voepel-Lewis T, Burke CN, Jeffries N et al. (2011) *Do 0-10 Numeric Rating Scores Translate into Clinically Meaningful Pain Measures for Children?* Anesthesia Analgesia, 112, 415-421.
- Von Baeyer CL (2009) *Numerical Rating scale for self-report of pain intensity in children and adolescents: Recent progress and further questions*. European Journal of Pain, 13(10): 1005-1007.
- Von Baeyer CL, Spagrud LJ (2007) *Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years*. Pain, 127, 140-150.
- Von Baeyer CL, Spagrud LJ, McCormick JC et al. (2009) *Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS-11) for children's self-report of pain intensity*. Pain, 143(3), 223-227.
- Williamson A, Hoggart B (2005) *Pain: a review of three commonly used pain rating scales*. Journal of Clinical Nursing, 14(7), 798-804.
- Wood BM, Nicholas MK, Blyth F et al. (2010) *Assessing pain in older people with persistent pain: the NRS is valid but only provides part of the picture*. American Pain Society, 11(12), 1259-1266.

Appendice 1. Sinossi delle scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età

Scala	Età	Intervallo di punteggio	Descrittori del dolore	N. voci	Rilevanza clinica
Età adulta					
NRS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	0-6 0-7 0-10 0-11 0-20 0-21 0-101	• min: nessun dolore • max: il peggiore dolore immaginabile	-	• rapida e facile da somministrare (<1 min) • la versione con scala da 0 a 11 è la più utilizzata
VAS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	0-100 mm	dolore: • nessuno • lieve • moderato • severo	-	• difficile utilizzo • elevato margine di errore
VRS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	-	dolore: • nessuno • lieve • fastidioso • angosciante • terribile • atroce	-	di facile utilizzo nella popolazione anziana
			dolore: • nessuno • lieve • moderato • severo		
Età neonatale					
EVENDOL	da 0 a 3 anni; validato anche fino a 7 anni	0-15	dolore: • nessuno • lieve o transitorio • moderato o frequente • intenso o continuo	5	• strumento valido • di facile utilizzo
FLACC	da 0 a 3 anni; validato anche fino a 16 anni	0-10	valutazione comportamentale: • viso • gambe • attività • pianto • consolabilità	5	validata per la misurazione del dolore nel periodo post operatorio
Età pediatrica					
VAS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	100 mm	dolore: • nessuno • lieve • moderato • severo	-	• difficile utilizzo • elevato margine di errore



NRS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	0-11	• min: nessun dolore • max: il peggiore dolore immaginabile	-	rapida e facile da somministrare (<1min)
FPS	da 2 a 12 anni	0-6	7 volti che vanno da: • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore	-	veloce e semplice utilizzo per operatori e pazienti
FPS-R	da 4 a 12 anni	0-10	6 volti che vanno da: • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore	-	veloce e semplice utilizzo per operatori e pazienti
Scala Oucher	da 3 a 12 anni	0-10	6 volti che vanno da: • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore	-	• disponibile per diverse etnie • necessita di ulteriori studi per la validazione in bambini di 3-4 anni di età
WBFPRS	da 3 a 7; validato anche fino a 18 anni	0-10	6 volti che vanno da: • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore	-	• facile e veloce utilizzo • scala preferita dai bambini • tradotta in 10 lingue
Pretermine					
PIPP	neonati prematuri	0-21 ¹ 0-18 ²	• sonno/veglia • occhi • mimica facciale • frequenza cardiaca • saturazione di ossigeno • età gestazionale • stato comportamentale	7	• validata • criticità per bambini <32 settimane
PIPP-R	neonati prematuri	0-21 ¹ 0-18 ²	• sonno/veglia • occhi • mimica facciale • frequenza cardiaca • saturazione di ossigeno • età gestazionale • stato comportamentale	7	revisione con aumento dell'affidabilità e validità per bambini estremamente prematuri
BIIP	neonati prematuri	0-10	• sonno/veglia • espressioni facciali • movimenti delle mani	13	valida e affidabile



COMFORT neo Scale	neonati prematuri	0-30	• vigilanza • quiete/agitazione • risposta respiratoria • pianto • movimenti del corpo • tensione del viso • tono muscolare	7	buona affidabilità
PAT	neonati prematuri	0-20	• postura/tono • pianto • modello di sonno • espressione • colore • respiro • frequenza cardiaca • pressione sanguigna • percezione dell'infermiere	9	• pratica e di facile utilizzo • valida e affidabile
ABC Pain scale	neonati prematuri	0-6	caratteristiche pianto: • acutezza • ritmicità • continuità	3	• validata per i bambini a termine • affidabile per i bambini prematuri
NIPS	neonati prematuri	0-7	• espressioni del viso • pianto • respiro • movimenti gambe e braccia • stato di agitazione	5	il pianto non può essere valutato se il paziente è intubato

¹ per i neonati di età gestazionale inferiore a 28 settimane; ² per i bambini a termine

NRS: Numerical Rating Scale

VAS: Visual Analogue Scale

VRS: Verbal Rating Scale

EVENDOL: EValuation ENfant DOuLeur

FLACC: Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability

FPS: Faces Pain Scale

FPS-R: Faces Pain Scale-Revised

WBFPRS: Wong-Baker Face Pain Rating Scale

PIPP: Premature Infant Pain Profile

PIPP-R: Premature Infant Pain Profile-Revised

BIIP: Behavioral Indicators of Infant Pain

PAT: Pain Assessment Tool

NIPS: Neonatal Infant Pain Profile

Max: massimo

Min: minimo

La traduzione in italiano del Fall Risk Questionnaire (FRQ) per l'autovalutazione del rischio di cadute

Cristina Caldara¹, Rossella Dell'Aquila², Stefano Maestrini³, Monica Casati⁴

¹Responsabile, Dipartimento di oncologia ed ematologia, Coordinatore Gruppo aziendale dedicato (GAD) cadute, Direzione Professioni Sanitarie, Azienda socio sanitaria territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ²Infermiere, Unità di ematologia, Azienda socio sanitaria territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ³Tutor, Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca, sezione Azienda socio sanitaria territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ⁴Dirigente, Ricerca formazione e sviluppo, componente Gruppo aziendale dedicato (GAD) cadute, Direzione professioni sanitarie, Azienda socio sanitaria territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

Corrispondenza: ccaldara@asst-pg23.it

RIASSUNTO

Introduzione Le cadute in età senile rappresentano un evento avverso non trascurabile e un'autentica sfida per la sanità pubblica a causa della loro frequenza e gravità; tuttavia, la consapevolezza del rischio di cadute delle persone anziane è spesso bassa. Inoltre, esistono poche scale per l'autovalutazione del rischio di cadute e nessuna è disponibile in lingua italiana. Lo studio ha l'obiettivo di individuare e tradurre in italiano la scala più idonea per l'autovalutazione del rischio di cadute in persone non ricoverate o in regime ambulatoriale (*outpatient*).

Materiali e metodi E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso le banche dati PubMed, CINAHL, The Cochrane Library e TRIP Database. Una volta identificato lo strumento più idoneo si è proceduto alla traduzione inversa.

Risultati Sono state individuate sei scale di autovalutazione del rischio di cadute. Lo strumento risultato più idoneo per le persone non ricoverate o in regime ambulatoriale è stato il Fall Risk Questionnaire (FRQ) dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta.

Conclusioni Si è scelto di effettuare la traduzione inversa dell'FRQ perché facile e veloce da compilare da parte delle persone anziane. La somministrazione di un questionario di autovalutazione del rischio di cadute, come l'FRQ, combinata a informazioni sulla loro prevenzione, potrebbe portare a una responsabilizzazione del paziente sul rischio di cadute, al suo coinvolgimento nel percorso di assistenza e quindi a migliori esiti di cura.

Parole chiave: valutazione rischio caduta, questionario di autovalutazione, prevenzione delle cadute, assistenza infermieristica, lingua italiana

Italian translation of the Fall Risk Questionnaire (FRQ), a fall risk self-assessment tool

ABSTRACT

Introduction The falls in the elderly are an adverse event and a challenge for public health because of their frequency and severity. However, the awareness of the risk of falling in the elderly is low. Furthermore, there are few fall risk self-assessment tools and none in Italian language. The aim of this study is to identify an appropriate fall risk self-assessment tool for outpatients and back-translate it in Italian.

Methods A literature review through PubMed, CINAHL, The Cochrane Library and TRIP Database was carried out. The most appropriate fall risk self-assessment tool has been back-translated.

Results Six fall risk self-assessment tools were found. The CDC's Fall Risk Questionnaire (FRQ) has been identified as the most suitable tool for outpatients.

Conclusions FRQ has been chosen to be back-translated because of its ease and speed of use in the elderly. The administration of a fall risk self-assessment tool, like FRQ, with an information brochure about falls prevention could lead to the patient empowerment and its involvement in the care process, improving outcomes.

Key words: fall risk assessment, self-assessment, questionnaire, fall prevention, nursing, Italian language

INTRODUZIONE

La sicurezza delle persone assistite, in particolare quelle più fragili, è da sempre una prerogativa di tutti i contesti sanitari, da quelli di cura fino a quelli di prevenzione e riabilitazione.

Le cadute sono l'evento avverso più comune negli ospedali, nelle strutture residenziali (Tinetti ME et al., 2010) e anche sul territorio; esse rappresentano il 47,9% degli incidenti domestici, di cui sono vittime soprattutto gli anziani (Ministero della Salute, 2014).

Tuttavia, a oggi non esiste ancora un *gold standard* per l'accertamento del rischio di cadute delle persone assistite (Hill E et al., 2014).

Alcuni studi hanno dimostrato come rendere centrale la persona assistita nel proprio percorso di cura sia fondamentale nel processo di prevenzione e accertamento delle cadute, riducendone il tasso (Tzeng HM et al., 2015; Haines TP et al., 2011).

La maggior parte delle persone anziane pensa che, con l'avanzare dell'età, cadere sia inevitabile e non è consapevole o sottostima il proprio rischio di cadute perché non è a conoscenza dei propri fattori di rischio (Stevens JA et al., 2010).

Per questo motivo si va sempre più consolidando l'idea che la persona vada educata a riconoscere i propri fattori di rischio e la propria centralità all'interno del percorso di cura (Butcher L, 2013).

L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) nel 2013 ha dichiarato come la responsabilizzazione (*empowerment*) del paziente e il suo coinvolgimento siano fondamentali per migliorare la sicurezza e la qualità dei risultati in contesti di cura e prevenzione (Ganz DA et al., 2013).

Per promuovere la partecipazione delle persone assistite nel percorso di prevenzione delle cadute, le linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2013) raccomandano ai professionisti sanitari di:

- accertare innanzitutto quali cambiamenti la persona è disposta a mettere in atto;
- identificare quali sono le barriere da superare;
- incoraggiare il cambiamento tramite un'adeguata negoziazione tra le parti (Longson D et al., 2013).

Anche i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta hanno promosso intensamente la partecipazione, la responsabilizzazione e il coinvolgimento della popolazione nel mantenimento e nel ricambio della salute. L'iniziativa si è rivolta anche alla popolazione anziana, la più fragile e di conseguenza quella più esposta al rischio di cadute (Rubenstein LZ et al., 2011), con il programma STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries), lanciato nel 2013 assieme alla brochure *Stay Independent – Avoid a*

Fall (CDC, 2013; Stevens JA et al., 2013), contenente il Fall Risk Questionnaire (FRQ).

In questo programma rientrano numerosi altri strumenti utilizzabili sia dalla popolazione anziana, sia dai professionisti sanitari che, spesso, non avendo a disposizione metodi e strumenti adeguati, tendono a sotto o sovrastimare il rischio di cadute.

Obiettivi

L'obiettivo dello studio è di identificare in letteratura uno strumento di autovalutazione del rischio di cadute per persone non ricoverate ed effettuarne una traduzione letterale e culturale in lingua italiana:

Lo studio è stato suddiviso in due fasi:

- revisione della letteratura per verificare l'esistenza di scale di autovalutazione del rischio di cadute che prevedano in prima istanza l'autocompilazione da parte della persona;
- la traduzione inversa dello strumento individuato.

MATERIALE E METODI

Revisione della letteratura

Tra marzo e aprile 2016 è stata effettuata una ricerca bibliografica attraverso le banche dati PubMed, CINAHL, COCHRANE e TRIP Database.

Sono state impostate più strategie di ricerca che hanno previsto l'utilizzo di parole chiave, anche combinate tra loro con gli operatori booleani, tra cui: fall risk, patient self-assessment, screening algorithms e self-questionnaire.

La revisione della letteratura è stata condotta da due ricercatori indipendenti (Caldara C, Dell'Aquila R) ed eventuali conflitti sono stati risolti con la discussione tra i due ricercatori.

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi tutti gli articoli relativi all'autovalutazione del rischio di cadute nella persona non ricoverata, articoli in lingua inglese e articoli di cui era disponibile il testo integrale.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi gli articoli redatti prima del 2006 e quelli di cui non era disponibile il testo integrale.

Fall Risk Questionnaire (FRQ)

L'FRQ è una lista di controllo (*check-list*) dei CDC di Atlanta composta da 12 affermazioni, corrispondenti a fattori di rischio, formulate sotto forma di domanda, a ciascuna delle quali corrisponde una descrizione; il rispondente può cerchiare per ciascuna affermazione una risposta affermativa o negativa, corrispondenti alla presenza o assenza del fattore di rischio. Ogni risposta negativa vale 0 punti; le prime due

risposte positive valgono 2 punti (storia precedente di cadute e utilizzo di ausili per la deambulazione) e tutte le altre valgono 1 punto soltanto.

Il punteggio finale può andare da un minimo di 0 punti a un massimo di 14 e la soglia per considerare una persona a rischio di cadute è 4.

Traduzione inversa

E' stata effettuata la traduzione inversa dello strumento di valutazione del rischio di cadute ritenuto più idoneo, in questo caso l'FRQ. Il consenso alla traduzione è stato richiesto nel 2016 ai CDC, che lo hanno concesso, senza poi partecipare attivamente al processo metodologico.

La traduzione è stata effettuata tra luglio e settembre 2016 e ha coinvolto cinque madrelingua italiane e due inglesi, di cui tre estranee all'ambito sanitario, per evitare condizionamenti.

La traduzione dello strumento ha avuto come primo obiettivo quello di individuare, a partire dalla lingua originale, il significato culturale equivalente nella lingua desiderata, evitando la traduzione letterale (Sperber AD, 2004). Sono state consultate differenti metodologie di traduzione ed è stata scelta quella proposta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'aggiunta di alcuni passaggi della metodologia di traduzione "simmetrica" (Sousa VD et al., 2011), che facilita un adeguato confronto tra due lingue di culture differenti e prevede il coinvolgimento nel processo di traduzione di persone estranee al contesto (in questo caso quello sanitario) permettendo di ottenere una traduzione più colloquiale e quindi più vicina ai destinatari finali (Sousa VD et al., 2011). Dalla loro combinazione è derivato un processo a sei *step*:

- *step 1*: traduzione dalla lingua inglese a quella italiana, fatta indipendentemente da tre madrelingua italiane;
- *step 2*: le tre traduzioni sono state comparate da una madrelingua italiana con un'ottima padronanza della lingua straniera e ne è stata ottenuta una sintesi;
- *step 3*: la sintesi italiana è stata ritradotta nella lingua inglese separatamente da due madrelingua inglesi che non conoscevano lo strumento;
- *step 4*: la persona che si è occupata della sintesi allo *step 2* ha comparato anche le due traduzioni inverse con lo strumento originale e le ha sintetizzate in un'unica versione;
- *step 5*: la versione unica in lingua inglese ottenuta al termine dello *step 4* è stata tradotta in italiano da una madrelingua italiana, con ottima conoscenza della lingua inglese, che non conosceva lo strumento originale;

- *step 6*: la versione finale è stata somministrata a un campione di 30 persone di età uguale o superiore a 65 anni.

Gli *step 1, 3, 5 e 6* sono in comune con la metodologia di traduzione proposta dall'OMS, seppure con alcune differenze: allo *step 1*, la traduzione è stata effettuata da tre madrelingua italiane anziché una; allo *step 3*, la traduzione è stata effettuata da due madrelingua inglesi anziché una; allo *step 5*, la versione tradotta finale veniva definita da una madrelingua italiana anziché da un gruppo di esperti bilingue; infine, gli *step 3 e 5* sono stati invertiti rispetto alla metodologia originale, ovvero prima si è ottenuta la versione definitiva e dopo è stata effettuata la traduzione inversa.

Tutte le traduzioni sono state redatte attenendosi, per quanto possibile, alla versione originale e si è prestata attenzione all'utilizzo di una terminologia il più adeguata possibile e di un lessico piuttosto semplice e comprensibile per risultare di facile impiego nella popolazione anziana.

RISULTATI

Risultati della ricerca bibliografica

La ricerca bibliografica ha consentito di reperire 3.820 voci bibliografiche. In seguito alla selezione, in base ai criteri stabiliti, sono stati inclusi 11 documenti. Sono stati esclusi: 3.684 studi dopo la lettura di titolo e/o *abstract*; 16 articoli perché duplicati; 105 articoli perché ritenuti non pertinenti; 2 perché inerenti a scale di valutazione del rischio di cadute pediatriche; 2 perché riguardanti scale di valutazione utilizzate in contesti clinici specifici (pazienti con disturbi cardiovascolari o con patologie oncologiche).

Gli 11 documenti inclusi sono 5 revisioni della letteratura, uno studio caso-controllo, uno studio prospettico di coorte e uno studio prospettico qualitativo; dei restanti 3 articoli il disegno dello studio non era specificato.

Sono state individuate sei scale di autovalutazione del rischio di cadute:

- CAREFALL Triage Instrument (CTI) (Boele Van Hensbroek P et al., 2008; Van Nieuwenhuizen RC et al., 2009)
- Fall Risk Questionnaire (FRQ)/Fall-Risk Self-Assessment (Phelan EA et al., 2015; Tzeng HM et al., 2015; Stevens JA et al., 2013; Rubenstein LZ et al., 2011; Vivrette L et al., 2011)
- Fall Risk Assessment & Screening Tool (FRAST) (Oxman Renfro M et al., 2011)
- Fall Risk Screening Tool (Fielding SJ et al., 2013)
- Falls Screening and Referral Algorithm (FSRA) (Lawson SN et al., 2013)

- Self-Assessment of Fall Risk (SAFR) (Sitzer V, 2016)
In tutte le sei scale ricorrono tre fattori di rischio, che potrebbero esporre maggiormente la persona alle cadute: la storia precedente di cadute, la tipologia e il dosaggio della terapia farmacologica assunta e il grado di mobilità della persona.

Le alterazioni visive vengono accertate in tutte le scale di autovalutazione a esclusione della SAFR e dell'FRQ e l'incontinenza viene esclusa dalla valutazione solamente nelle scale FRAST e FSRA.

I fattori di rischio che, invece, risultano meno considerati e che ricorrono soltanto in poche scale di autovalutazione sono: il sesso e le condizioni della persona, l'ipotensione ortostatica, lo stato cognitivo, l'abitare da soli, le circostanze delle cadute, l'andatura e la difficoltà ad alzarsi dalla sedia.

In Appendice 1 a pag e53 sono illustrati i principali fattori di rischio delle cadute che vengono valutati dalle scale considerate.

Per effettuare la scelta della scala più idonea da tradurre e da applicare nel nostro contesto sono stati analizzati e discussi anche i limiti delle singole scale (Tabella 1).

L'FRQ ([vedi](#)) è stata identificata come la scala di autovalutazione del rischio di cadute più idonea per le persone non ricoverate e ritenuta di facile e veloce compilazione da parte delle persone anziane (CDC, 2013).

Traduzione inversa dell'FRQ

Durante il processo di traduzione inversa si sono ottenute sette traduzioni intermedie, di cui quattro in lingua italiana e tre in lingua inglese, e una traduzione definitiva, in lingua italiana.

In appendice 2 a pagina e54 è riportata la versione definitiva tradotta in italiano.

La sintesi italiana ottenuta al termine dei primi due *step* è risultata simile alle prime versioni tradotte (*step* 1), differendo soltanto nell'utilizzo di alcune parole e nella formulazione di alcune affermazioni, senza modifiche del significato originale. La sintesi in inglese ottenuta allo *step* 4 è risultata sovrapponibile allo strumento originale per la maggior parte delle voci.

La versione del questionario in italiano ottenuta allo *step* 5 differisce in alcune voci da quella ottenuta allo *step* 2 pur non essendo cambiato alcun significato.

DISCUSSIONE

Per l'accertamento del rischio di cadute delle persone al domicilio o in regime ambulatoriale esistono poche scale di autovalutazione; di queste nessuna è mai stata riadattata per un eventuale utilizzo nel nostro paese. Tuttavia, la maggior parte di queste non sono sempre applicabili in ogni circostanza a causa del tempo necessario per la loro compilazione, della complessità con cui sono strutturate e delle peculiarità che caratterizzano alcune di loro. Infine, alcune condizioni particolari, come il decadimento cognitivo, possono ostacolare l'autovalutazione.

L'FRQ è risultato lo strumento più idoneo e nello studio di validazione di Rubenstein e colleghi (Rubenstein LZ et al., 2011) è risultato essere sensibile (96,8% per lo strumento originale e 100% dopo la seconda revisione) e specifico (66,7% per lo strumento originale e 83,3% dopo la seconda revisione) e in grado di classificare a rischio la popolazione anziana che vive da sola al domicilio al pari di una valutazione clinica e di contribuire adeguatamente a una prevenzione efficace; può anche essere utilizzato come strumento per rendere le per-

Tabella 1. Sinossi dei limiti delle scale di autovalutazione reperite in letteratura

	CTI	FRQ	FRAST	FRST	FSRA	SAFR
Limiti	- eccessiva lunghezza ¹ - alta complessità ¹ - post caduta ²	- campione limitato (n=40) - solo risposte dicotomiche ²	- eccessiva lunghezza ¹ - alta complessità ¹ - utilizzo di strumenti specifici ¹	- eccessiva lunghezza ¹ - nessuna informazione etnica e/o demografica riguardo al campione ²	- eccessiva lunghezza ¹ - alta complessità ¹ - utilizzo di strumenti specifici ¹ - solo risposte dicotomiche ¹ - sottostima del rischio ²	- solo risposte dicotomiche ¹ - uso della scala solo tramite <i>computer</i> e/o <i>tablet</i> ² - revisione consigliata ²

¹ limiti discussi dalle due ricercatrici (Caldara C, Dell'Aquila R)

² limiti individuati in prima battuta dagli autori

CTI: The CAREFALL Triage Instrument; FRQ: Fall Risk Questionnaire; FRAST: Fall Risk Assessment & Screening Tool; FRST: Fall Risk Screening Tool; FSRA: Falls Screening and Referral Algorithm; SAFR: Self-Assessment of Fall Risk

sone maggiormente consapevoli dei propri fattori di rischio di caduta. Tuttavia, è bene sottolineare che lo studio di validazione è stato effettuato su un campione limitato di volontari (n=40) (Rubenstein LZ et al., 2011).

L'FRQ tradotto in italiano mantiene le stesse modalità di presentazione e di compilazione della versione originale e gli stessi vantaggi: può essere compilato direttamente dalla persona assistita consentendole di acquisire consapevolezza del proprio rischio di cadute; è di facile comprensione poiché utilizza termini accessibili anche per la popolazione che non fa parte del settore sanitario; è di facile impiego anche in un contesto per acuti o in ambito domiciliare e ambulatoriale, a differenza di strumenti quali il Timed Up and Go test, più complesso, specifico e lungo da compilare e che richiede il supporto di professionisti esperti in materia anche per l'interpretazione dei risultati; è di rapida compilazione (circa 7 minuti); ogni voce presenta una descrizione, permettendo al rispondente una comprensione chiara di quello che sta compilando; infine, è maneggevole anche per i professionisti sanitari che devono interpretare i dati.

L'FRQ, tuttavia, non è privo di limiti: essendo stato sviluppato per un'autovalutazione della persona assistita, non può essere utilizzato per persone con compromissione dello stato cognitivo e nella popolazione più giovane, poiché specificatamente indirizzato alle persone di età uguale o superiore a 65 anni. Inoltre, è stato originariamente concepito per un utilizzo da parte della popolazione anziana nel contesto territoriale.

CONCLUSIONI

L'FRQ si propone come uno strumento maneggevole, appropriato e di semplice utilizzo dalla popolazione anziana per un eventuale impiego nel contesto territoriale (Rubenstein LZ et al., 2011); inoltre, permette di acquisire consapevolezza sul proprio rischio di cadute.

Pur non esistendo un *gold standard*, la consegna alla persona assistita, al momento della presa in carico, di una scala di autovalutazione del rischio di cadute e, in seguito, di una *brochure* informativa contenente alcuni consigli per la prevenzione potrebbe favorire la sua responsabilizzazione e il suo coinvolgimento nel percorso di assistenza (Vivrette L et al., 2011), con un possibile miglioramento degli esiti cura.

BIBLIOGRAFIA

Boele Van Hensbroek P, Van Dijk N, Van Breda GF et al. (2008) *The CAREFALL Triage instrument identify-*

ing risk factors for recurrent falls in elderly patients. The American Journal of Emergency Medicine, 27(1), 23-36.

Butcher L (2013) *The no-fall zone.* Hospital & Health Networks, 87(6), 26-30.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries.* <https://www.cdc.gov/steady/index.html>

Fielding SJ, McKay M, Hyrkas K (2013) *Testing the reliability of the Fall Risk Screening Tool in an elderly ambulatory population.* Journal of Nursing Management, 21(8), 1008-1015.

Ganz DA, Huang C, Saliba D et al. (2013) *Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care.* Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <https://tinyurl.com/yar8eyr8>

Haines TP, Hill AM, Hill KD et al. (2011) *Patient education to prevent falls among older hospitalized inpatients: a randomized control trial.* Archives of Internal Medicine journal, 171(6), 516-524.

Hill E, Fauerbach LA (2014) *Falls and fall prevention in older adults.* Journal of Legal Nurse Consulting, 25(2), 24-29.

Lawson SN, Zaluski N, Petrie A et al. (2013) *Validation of the Saskatoon falls prevention consortium's falls screening and referral algorithm.* Physiotherapy Canada, 65(1), 31-39.

Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J et al. (2015) *Prisma Statement per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi degli studi che valutano gli interventi sanitari: spiegazione ed elaborazione.* Evidence, 7(6), 1-36.

Longson D, Allen H, Arkut S et al. (2013) *Falls: assessment and prevention of falls in older people.* National Institute for Health and Care Excellence (NICE) clinical guideline 161.

Ministero della Salute. *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani.* <https://goo.gl/GFqN6H>

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *Process of translation and adaptation of instruments.* <https://goo.gl/4ySBP>

Oxman Renfro M, Feher S (2011) *Multifactorial screening for fall risk in community-dwelling older adults in the primary care office: development of the Fall Risk Assessment & Screening Tool.* Journal of Geriatric Physical Therapy, 34(4), 174-183.

Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC et al. (2015) *Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings.* Medical Clinics of North America, 99(2), 281-293.

Rubenstein LZ, Vivrette R, Harker JO et al. (2011) *Validating an evidence-based, self-rated fall risk questionnaire (FRQ) for older adults.* Journal of Safety Research, 42

Sitzer V (2016) *Development of an Automated Self-as-*

- essment of Fall Risk Questionnaire for Hospitalized Patients. *Journal of Nursing care quality*, 31(1), 46-53.
- Sousa VD, Rojjanasrirat W (2011) *Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274.
- Sousa VD, Zauszniewski JA, Mendes IAC et al. (2005) *Cross-cultural equivalence and psychometric properties of the Portuguese version of the depressive cognition scale*. *Journal of Nursing Measurement*, 13(2), 87-99.
- Sperber AD (2004) *Translation and validation of study instruments for cross-cultural research*. *Gastroenterology*, 126(1), 124-128.
- Stevens JA, Noonan RK, Rubenstein LZ (2010) *Older adult fall prevention: perceptions, beliefs and behaviors*. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4(1), 16-20.
- Stevens JA, Phelan EA (2013) *Development of STEADI. A Fall Prevention Resource for Health Care Providers*. *Health Promotion Practice*, 2013, 14(5), 706-714.
- Tinetti ME, Kumar C (2010) *The Patient who falls-It's always a trade-off*. *Journal of the American Medical Association*, 303(3), 258-266.
- Tzeng HM, Yin CY (2015) *Patient Engagement in Hospital Fall Prevention*. *Nursing Economic*, 33(6), 326-334.
- Van Nieuwenhuizen RC, Van Dijk N, Van Breda GF et al. (2009) *Assessing the prevalence of modifiable risk factors in older patients visiting an ED due to a fall using the CAREFALL Triage instrument*. *American Journal of Emergency Medicine*, 28(9), 994-1001.
- Vivrette L, Rubenstein LZ, Martin JL et al. (2011) *Development of a Fall-Risk Self-Assessment for Community-Dwelling Seniors*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 19(1), 16-29.

Appendice 1. Sinossi dei fattori di rischio accertati nelle scale di autovalutazione reperite in letteratura

Fattori di rischio	CTI	FRQ	FRAST	FRST	FSRA	SAFR
età	•		•	•		
sex	•		•			
storia di cadute	•	•	•	•	•	•
paura di cadere/ <i>post fall syndrome</i>	•	•		•		
circostanza della caduta	•					
terapia	•	•	•	•	•	•
Mood Scale			•			
TUG			•			
mobilità/equilibrio	•	•	•	•	•	•
difficoltà ad alzarsi dalla sedia		•				
andatura					•	
attività fisica	•		•		•	
ipotensione ortostatica	•					•
osteoporosi	•				•	•
incontinenza urinaria e/o fecale	•	•		•		•
alterazioni visive	•		•	•	•	
alterazioni sensoriali	•	•			•	
confusione	•			•		
dolore	•			•	•	
umore	•	•			•	
ambiente domestico			•	•	•	
consumo di alcol	•			•	•	
abitare da soli	•			•		
condizioni predisponenti				•	•	
CTI: The CAREFALL Triage Instrument FRQ: Fall Risk Questionnaire FRAST: Fall Risk Assessment & Screening Tool FRST: Fall Risk Screening Tool FSRA: Falls Screening and Referral Algorithm SAFR: Self-Assessment of Fall Risk TUG: Timed Up and Go test Mood Scale: conosciuta anche come Geriatric Depression Scale (GDS)						

Appendice 2. Traduzione italiana definitiva della scala di autovalutazione Fall Risk Questionnaire (FRQ)

Controlli il suo rischio di cadere			
Per cortesia, cerchiare SÌ o NO per ogni domanda			Motivazioni
Sì (2 punti)	NO (0 punti)	sono caduto/a almeno una volta nel corso dell'ultimo anno	le persone che sono già cadute in passato hanno un maggiore rischio di cadere nuovamente
Sì (2 punti)	NO (0 punti)	utilizzo, o mi è stato raccomandato di farlo, un bastone o un deambulatore (girello) per muovermi in sicurezza	le persone a cui è stato raccomandato l'utilizzo di un bastone o di un ausilio per camminare potrebbero avere più probabilità di cadere
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	quando cammino, talvolta, mi sento instabile	l'instabilità o la necessità di un supporto mentre si cammina sono segnali di scarso equilibrio
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	quando cammino per casa mi mantengo stabile appoggiandomi ai mobili	questo è un altro segnale di scarso equilibrio
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	ho paura di cadere	le persone che hanno paura di cadere sono maggiormente soggette alle cadute
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	ho bisogno di spingermi con le mani per alzarmi dalla sedia	questo è un segnale di debolezza dei muscoli degli arti inferiori, uno dei principali rischi di caduta
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	ho qualche difficoltà a salire sul marciapiede	questo è un altro segnale di debolezza dei muscoli degli arti inferiori
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	spesso devo "correre" in bagno	"correre" in bagno, specialmente di notte, aumenta la probabilità di cadere
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	ho perso un po' di sensibilità ai piedi	l'intorpidimento ai piedi può portare a inciampare e cadere
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	assumo farmaci che, talvolta, mi causano vertigini o mi fanno sentire più stanco/a del solito	gli effetti collaterali dei farmaci potrebbero aumentare la probabilità di cadere
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	assumo farmaci che mi aiutano a dormire o migliorano il mio umore	talvolta questi farmaci possono aumentare la probabilità di cadere
Sì (1 punto)	NO (0 punti)	spesso mi sento triste o depresso/a	i sintomi della depressione, quali sentirsi tristi o sentirsi sempre stanchi, sono correlati alle cadute
Totale punti _____		esegua la somma dei risultati di tutte le risposte. Se il totale è uguale o superiore a 4, potrebbe essere a rischio di caduta. Ne parli con il suo medico di famiglia	



CONTRIBUTI

Il Dolore Cronico: principali evidenze scientifiche

**di Ignazia Lo Burgio (1), Roberta Rapetti (2), Fabio Bertoncini (3),
Stefania Di Berardino (4), Letizia Tesei (5)**

(1) Infermiere U.O. Medicina Interna Semintensiva, Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello" - Palermo

(2) Infermiere Coordinatore, Dipartimento di Medicina Asl n.2 Savonese (SV)

(3) Infermiere Dipartimento Medicina, ASL Biella - Biella

(4) Infermiere Case Manager A.M.B.I., ASL Roma 2 - Roma

(5) Infermiere Coordinatore, Dipartimento Medico A.V 2 – Ancona

Corrispondenza: iloburgio68@hotmail.com

In Europa circa il 18% della popolazione è affetta da dolore cronico moderato o grave (Breivik e Collett et al., 2006). Quest'ultimo è spesso causa di compromissione funzionale e disabilità, disagio psicologico (ansia, depressione) e privazione del sonno (Brookoff D., 2000). Quasi l'80% della popolazione che ne è affetta, riferisce che il dolore sconvolge le loro attività di vita quotidiana, e influenza negativamente i rapporti interpersonali, con notevoli costi economici (Vo P, et al., 2008).

Il dolore è definito dalla *International Association for the Study of Pain* (IASP) come "un'esperienza sensoriale o emozionale spiacevole associata a un reale o potenziale danno tissutale, o descritta in termini di tale danno" (RNAO, 2013).

Questa definizione riconosce sia la natura fisiologica sia quella affettiva dell'esperienza del dolore (IASP, 1986).

IASP definisce il dolore cronico come il dolore che si protrae oltre la durata di una lesione acuta o al di là del tempo di guarigione previsto ed è presente da più di 12 settimane (RNAO, 2013). Oggi, alcuni autori, per evitare che il termine "cronico" venga scambiato per severo, preferiscono usare il termine "persistente", per sottolineare la sua durata nel tempo oltre le aspettative (Adler RH, 2000).

Il dolore è oggi un fenomeno complesso, ulteriormente complicato dal fatto che, nella stessa condizione, un particolare trattamento potrebbe funzionare efficacemente in un paziente e non funzionare in un altro (SIGN, 2013).

All'interno dell'associazione A.N.I.M.O (Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera) è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da infermieri clinici di Medicina Interna delle varie regioni d'Italia con competenze in ricerca, per l'elaborazione di un documento di Evidence Report per orientare i comportamenti relativi al trattamento del dolore persistente.

Si è adottata la metodologia FAIAU: Finding, Appraising, Integrating, Adapting, Updating. Sono state quindi reperite le Linee Guida pubblicate o aggiornate dal 2005 ad oggi nelle principali banche dati e società scientifiche, tra cui: Medline, NCG, SIGN, SNLG, RNAO (Finding). Sono state valutate criticamente con lo strumento Agree II le linee guida precedentemente selezionate (Appraising). Successivamente sono state integrate con articoli di letteratura primaria (Integrating), adattate al contesto delle nostre medicine (Adapting) ed infine si è pianificato l'aggiornamento con il monitoraggio continuo della letteratura (Updating).

L'elaborazione del presente documento è avvenuta integrando le principali raccomandazioni di comportamento coerenti tra loro, provenienti da 7 linee guida selezionate.

I focus di attenzione del documento sono stati: valutazione del dolore, strumenti per la valutazione, strategie sui trattamenti non farmacologici, indicazioni per la prevenzione e gestione degli effetti collaterali.

È stato previsto un aggiornamento biennale di questo Evidence Report.

RACCOMANDAZIONI

Valutazione

Gli infermieri hanno un ruolo determinante nella valutazione del dolore, in quanto maggiormente a contatto con i pazienti (RNAO, 2013). Nell'eseguire la valutazione è necessario che gli infermieri si rivolgano direttamente alla persona, poiché il dolore è un'esperienza multidimensionale e soggettiva (RNAO, 2013) (SIGN, 2013) (Royale College of Physicians, 2007).

La valutazione deve avvenire utilizzando come fonte primaria il *self report* (RNAO, 2013). Per i soggetti non in grado di esprimersi verbalmente, la valutazione del dolore dovrebbe includere l'osservazione del comportamento (smorfie, irrequietezza, vocalizzazione) e quanto riferito da familiari e caregivers (Hooten e Timming et al., 2013). Il dolore, considerato quinto parametro vitale, richiede un approccio individualizzato, sistematico e documentato (Horgas e Yoon et al., 2012).

Indicazioni per l'Assistenza

Effettuare un'attenta valutazione relativamente alla presenza o al rischio di insorgenza di dolore:

- Al momento dell'ammissione in reparto (SIGN, 2013)
- Dopo un cambiamento dello stato di salute (SIGN, 2013)
- Prima, durante e dopo una procedura potenzialmente dolorosa (RNAO, 2013)
- Utilizzare un approccio sistematico e adeguati strumenti validati (RNAO, 2013) (SIGN, 2013)
- Valutare il dolore nelle persone incapaci di self report con strumenti ad hoc (Horgas e Yoon et al., 2012)
- Stabilire un piano di cura globale mediante un approccio interprofessionale, coinvolgendo il paziente nella definizione di obiettivi e strategie adeguate (Hooten e Timming et al., 2013)
- Considerare le credenze personali del paziente e le sue modalità di gestione del dolore (SIGN, 2013)
- Rivalutare la risposta del paziente agli interventi di gestione del dolore intrapresi, utilizzando sempre lo stesso strumento, quindi documentare in cartella clinica (Winnipeg Regional Health Authority, 2012)
- Definire la frequenza delle rivalutazioni in base alla presenza, intensità, caratteristiche, tipo e sede del dolore (Winnipeg Regional Health Authority, 2012), (RNAO, 2013).

STRUMENTI

Per effettuare una buona valutazione del dolore, o per individuare pazienti a rischio, occorre utilizzare un approccio personalizzato, sistematico e strumenti validati (RNAO, 2013) (SIGN, 2013).

Considerare la storia personale di dolore, le caratteristiche sensoriali (l'intensità, la qualità, le caratteristiche temporali, fattori che migliorano o peggiorano il sintomo), l'impatto del dolore sulle normali attività quotidiane (capacità di lavorare, dormire, relazionarsi con il mondo esterno), i fattori psicosociali che possono impattare sullo stesso (depressione, problemi finanziari) (SIGN, 2013), (Royal College of Physicians, 2007).

Gli strumenti di valutazione utilizzati, oltre ad essere applicabili al contesto ed al target degli assistiti, devono essere affidabili, validi, sensibili e facilmente fruibili (Winnipeg Regional Health Authority, 2012).

In letteratura sono presenti:

- *Scale Multidimensionali* (Hooten e Timming et al., 2013), che valutano dimensioni come quella sensoriale, motivazionale, affettiva e cognitiva, tra le quali:

- *Brief Pain Inventory* (BPI)
- *Chronic Pain Grade* (CPG)
- *Neuropathic Pain Scale* (NPS)

- *Scale ad una singola dimensione* (Hooten e Timming et al., 2013), che misurano esclusivamente l'intensità del dolore, tra le quali:

- *Visual Analog Scale* (VAS)
- *Numeric Rating Scales* (NRS)
- *Verbal Descriptive Scales*
- *Faces Pain Scales* (FPS)

- *Scale osservazionali* (Horgas e Yoon et al., 2012), da utilizzare nei pazienti con disturbi cognitivi, difficoltà di comunicazione o barriere linguistiche e culturali:

- PAINAD
- ABBEY
- NOPPAIN
- DOLOPLUS2

- *Scale funzionali* (Hooten e Timming et al., 2007), rivolte ai pazienti con dolore cronico che hanno perdite significative nella capacità di svolgere le normali attività di vita, tra le quali:

- *Palliative Scala Performance (Karnofsky Scale)*
- *Oswestry Disability Index*
- SF-36
- *U.S. Department of Labor Physical Demand Table*
- *American Pain Foundation Scale*
- EQ5D-5L

Indicazioni per l'Assistenza

- Valutare il dolore riferito utilizzando uno strumento di valutazione standardizzato (RNAO, 2013), (SIGN, 2013)
- Considerare ogni espressione comportamentale verbale e non verbale del paziente, ponendo attenzione alle persone anziane con disturbi cognitivi (Horgas e Yoon et al., 2012)
- Rivalutare regolarmente il paziente secondo il tipo, l'intensità del dolore, e del trattamento
- Rivalutare il dolore dopo che l'intervento ha raggiunto l'effetto massimo (ad esempio 15-30 minuti dopo la terapia farmacologica parenterale) (Winnipeg Regional Health Authority, 2012)

- Considerare nella rivalutazione del dolore, i seguenti aspetti (Winnipeg Regional Health Authority, 2012):
 - intensità, qualità e localizzazione del dolore;
 - grado di sollievo dal dolore in risposta al trattamento farmacologico e/o non farmacologico;
 - ostacoli alla realizzazione del piano di cura;
 - effetti del dolore sulle attività della vita quotidiana (ADL), sul tono dell'umore e lo stato cognitivo;
 - gli effetti avversi di farmaci;
 - effetti aberranti: dipendenza fisica.

Gestione del dolore

La gestione efficace del dolore cronico richiede un intervento interdisciplinare in collaborazione con i pazienti e le loro famiglie (SIGN, 2013).

E' consigliato un approccio terapeutico multimodale che comprenda interventi farmacologici e non farmacologici (RNAO, 2013). Il dolore persistente o cronico, inoltre, è comune negli anziani; l'utilizzo dei farmaci antalgici in questa fascia di popolazione è associato a potenziali problemi. In generale, il 30% dei ricoveri ospedalieri tra gli anziani può essere collegato agli effetti collaterali degli oppioidi o sedativi (American Chronic Pain Association, 2016).

La selezione dei trattamenti non farmacologici dovrebbe basarsi sulle preferenze individuali e può includere strategie come: il calore superficiale, il freddo (non indicati per pazienti sottoposti a radio o chemioterapia (Cancer Care of Ontario, 2016), il massaggio, le tecniche di rilassamento e di visualizzazione, le pratiche spirituali, la digitopressione, la musicoterapia, la terapia cognitivo-comportamentale (Hooten e Timming et al., 2013). Esercizi semplici, possono aiutare ad alleviare il dolore, a conciliare il sonno, a combattere depressione e ansia, spesso associati al dolore (Cancer Care of Ontario, 2016).

Indicazioni per l'Assistenza

- Formulare un piano di cura scritto con i membri del team interdisciplinare, coerente con gli obiettivi del paziente e della famiglia (SIGN, 2013)
- Associare trattamenti farmacologici e non-farmacologici (SIGN, 2013)
- Selezionare gli interventi non-farmacologici in base alle preferenze individuali del paziente e agli obiettivi di cura (SIGN, 2013)
- Considerare tutte le potenziali controindicazioni dei metodi non-farmacologici prima del loro utilizzo (SIGN, 2013)
- Considerare l'intervento educativo come parte integrante del piano generale di cura (SIGN, 2013), (RNAO, 2013)
- Fornire al paziente e alla famiglia informazioni sul dolore e le misure idonee alla sua gestione (SIGN, 2013), (RNAO, 2013)
- Informare il paziente e la famiglia sui benefici, rischi e possibili effetti negativi del trattamento proposto (SIGN, 2013), (RNAO, 2013)
- Educare il paziente a segnalare ogni variazione di dolore, ad attuare azioni in caso di fallimento terapeutico e al riconoscimento precoce degli eventi avversi (RNAO, 2013)
- Educare il paziente all'utilizzo di un diario del dolore (Cancer Care of Ontario, 2016).

GESTIONE DEGLI EFFETTI AVVERSI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Il trattamento farmacologico include farmaci analgesici non oppioidi come gli antinfiammatori non steroidei, gli oppioidi (es. morfina), i farmaci adiuvanti (antidepressivi, anticonvulsivi, ed anestetici), che agiscono con differenti meccanismi nel modulare il dolore (SIGN, 2013).

Gli infermieri collaborano nell'identificarne il dosaggio, la via di somministrazione, gli orari, ed il tipo di farmaco sulla base della risposta del paziente (RNAO, 2013). Nel trattamento con oppioidi la sedazione è un possibile evento avverso, per tale motivo una regolare e sistematica valutazione del livello di sedazione e della funzionalità respiratoria sono raccomandati (RNAO, 2013).

Indicazioni per l'Assistenza

- Monitorare i pazienti che assumono oppioidi
- Valutare tempestivamente la comparsa di ipotensione sintomatica, stanchezza che persiste oltre le 72 ore; disorientamento / delirio; alterazione del livello di coscienza (RNAO, 2013)
- Trattare gli effetti negativi attesi quali: stipsi, nausea e vomito, prurito, ritenzione urinaria, secchezza delle fauci, stanchezza, ipotensione lieve (RNAO, 2013).

Documentazione

Nei pazienti con dolore è utile documentare la storia del dolore; la sua intensità, la qualità, le caratteristiche temporali, ciò che migliora o peggiora il dolore, il suo impatto sulle attività quotidiane, impatti psicosociali, credenze culturali e gli interventi efficaci utilizzati per gestire il dolore (SIGN, 2013).

Indicazioni per l'Assistenza

- Documentare regolarmente e sistematicamente i risultati dello screening e della valutazione, su moduli standardizzati, accessibili a tutto al team di cura (Winnipeg Regional Health Authority, 2012)
- Confrontare i dati iniziali con i risultati delle rivalutazioni successive per monitorare l'efficacia del piano di cura (RNAO, 2013).

Indicazioni per la formazione e l'educazione

L'educazione del paziente e della famiglia dovrebbe essere il primo passo nel trattamento del dolore cronico. La letteratura riporta che le persone con dolore cronico traggono benefici dall'essere ben informati in particolare sui farmaci prescritti. Una maggiore conoscenza può alleviare le paure e evitare aspettative irrealistiche che possono interferire con i benefici ricercati (American Chronic Pain Association, 2016).

Indicazioni per l'Assistenza

- Aggiornare costantemente le conoscenze al fine di mantenere livelli di competenze elevati. (SIGN, 2013)
- Coinvolgere il paziente e la sua famiglia nella gestione del dolore. (SIGN, 2013)
- Educare i pazienti e le loro famiglie a valutare regolarmente il dolore e a riferire gli effetti del trattamento. (RNAO, 2013).

Conclusioni

Punti Chiave

- Considerare il dolore come il quinto parametro vitale
- Valutare il dolore utilizzando un approccio personalizzato

- Utilizzare il self-report come fonte primaria di valutazione
- Utilizzare strumenti appropriati per le persone non in grado di esprimersi verbalmente
- Definire un piano di cura globale, interdisciplinare coinvolgendo, quando è possibile, anche il paziente
- Utilizzare strumenti di valutazione affidabili, validi, sensibili e facilmente fruibili
- Rivalutare regolarmente il dolore
- Educare il paziente a segnalare ogni variazione di dolore
- Associare trattamenti farmacologici e non-farmacologici
- Riconoscere e trattare gli effetti collaterali della terapia farmacologica
- Documentare regolarmente e sistematicamente i risultati dello screening e della valutazione, su moduli standardizzati, accessibili a tutto al team di cura
- Formulare piani di educazione dei pazienti delle famiglie e caregivers
- Aggiornare costantemente le conoscenze al fine di mantenere livelli di competenze elevati.

BIBLIOGRAFIA

- Adler RH (2000) *The term "chronic" with respect to pain should be dropped*. Clin J Pain, 16(4), 365.
- American Chronic Pain Association (2016) *Resource Guide to Chronic Pain Treatment. An Integrated Guide to Physical, Behavioral and Pharmacologic Therapy*. 2016 Edition. Available at: https://theacpa.org/uploads/documents/ACPA_Resource_Guide_2016.pdf.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006) *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain, 10(4), 287-333.
- Brookoff D (2000) *Chronic pain: 1. A new disease?* Hosp Pract (1995), 35(7), 45-52, 59.
- Cancer Care of Ontario (2016) *Guides for patient: How to manage your Symptoms*. Available at: www.cancercare.on.ca/symptoms.
- Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, Myers C, Noonan MP, Owens J, Saeger L, Schweim K, Shteyman G, Walker N (2013) *Assessment and Management of Chronic Pain*. Institute for Clinical Systems Improvement. Available at: https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_neurological_guidelines/pain/.
- Horgas AL, Yoon SL, Grall M (2012) *Pain management*. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company, 246-67.
- IASP: International Association for the Study of Pain (1986) *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Pain Suppl. 3:S1.
- Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society (2007) *The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series*, London: RCP, (8).
- RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario (2013) *Assessment and Management of Pain. Third Edition* Available at: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain>.
- SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013) *Management of chronic pain*. Edinburgh: SIGN, (SIGN publication no. 136). [December 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>.
- Vo, P, Marx, S, Penles, L (2008) *Health-related quality of life (HRQoL) among patients experiencing acute and chronic moderate-to-moderately-severe pain: results from a survey of 606 pain patients in the United States*. Paper presented at: American Pain Society Annual Meeting; May 8-10, 2008; Tampa, Florida.
- Winnipeg Regional Health Authority (2012) *Pain assessment and Management. Clinical Practice Guidelines*. Available at: <http://www.wrha.mb.ca/extranet/eipt/files/EIPT-017-001.pdf>.



CONTRIBUTI

Spiritualità e qualità di vita in onco-ematologia pediatrica: cosa sapere per rispondere al bisogno dei caregiver

di Michael Aggrey Kwegyr (1), Federico Pellegatta (2), Marta Canesi (3), Sara Buchini (4), Alessandro Monterosso (5), Pierluigi Badon (6)

(1) Infermiere libero professionista

(2) Infermiere, Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Milano Bicocca, Fondazione MBBM, ASST Monza (MB)

(3) Infermiera, Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Milano Bicocca, Fondazione MBBM, ASST Monza (MB)

(4) Unità di ricerca e sviluppo delle professioni sanitarie, Istituto per la Salute Materno-Infantile, IRCCS Burlo Garofolo – Trieste

(5) Infermiere pediatrico, Clinica Onco-ematologia Pediatrica, Azienda Ospedaliera-Università di Padova

(6) Professore a contratto di Scienze Infermieristiche in area materno-infantile, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Padova

Corrispondenza: marta.canesi@gmail.com

I tumori dell'età pediatrica presentano specifiche caratteristiche e hanno un forte impatto sulla vita relazionale, sociale e lavorativa della famiglia. I tumori pediatrici sono patologie rare con caratteristiche distintive rispetto ai tumori dell'adulto (Puchalski et al., 2003).

Al momento della diagnosi la vita della famiglia cambia radicalmente e la consapevolezza del disagio emotivo a cui la famiglia va incontro, soprattutto i caregiver primari, ha suggerito la necessità di eseguire degli studi sugli interventi atti ad affrontarlo (Puchalski et al., 2009; Edwards et al., 2010).

Indipendentemente dall'andamento della malattia in termini di prognosi, la letteratura ha mostrato come la dimensione spirituale abbia un ruolo importante nel supporto del caregiver (Ferrell & Baird, 2012). Durante la fase delle cure, nei caregiver emerge il bisogno di fare riferimento al supporto sociale per ottenere sostegno emotivo e psicologico e riaffiora, se sopito, un atteggiamento fiducioso e speranzoso alimentato anche dal proprio *background* spirituale, insito in ogni individuo. Il rapporto tra supporto sociale, psicologico e spirituale e i comportamenti di salute è dimostrato da diversi studi di settore. Il supporto alla persona ha un effetto positivo diretto sullo stato di salute e influisce riducendo lo stress psicologico e migliorando la qualità di vita delle famiglie (Puchalski et al., 2009; Ferrell & Baird, 2012).

Da questa premessa emerge il ruolo dell'infermiere e dell'infermieristica all'interno della dimensione spirituale del caregiver primario del paziente pediatrico con tumore in fase di cura attiva (Puchalski et al., 2009; Edwards et al., 2010).

Definire la spiritualità può essere difficile e a volte può sembrare un concetto oggettivo e poco standardizzabile (D'Souza, 2007; Coyle, 2012). Questo emerge anche dalla letteratura, dove si ritrovano numerose definizioni, talvolta molto diverse.

Una semplice definizione ottenuta dalla letteratura infermieristica suggerisce che la spiritualità sia *“l'essenza dell'essere che (e) dà significato e scopo alla nostra esistenza”* (Narayanasamy, 2004). Una definizione più ampia afferma che la *“spiritualità è una dimensione distintiva, potenzialmente creativa e universale della vita umana derivante sia dall'esperienza soggettiva dell'individuo che dalla comunità, dal gruppo sociale e dalle tradizioni in cui è nato e cresciuto”*. La spiritualità può essere vissuta come rapporto con ciò che è interiore, immanente e personale all'interno del sé e degli altri, e/o come rapporto con ciò che è totalmente “Altro”, trascendente e al di là del sé (Edwards et al., 2010).

Tuttavia è fondamentale riconoscere che la spiritualità è unica per ogni individuo e che gli infermieri dovrebbero ascoltare i pazienti e le loro famiglie per determinare ciò che è importante per loro (Milligan, 2011). Sarà così più semplice cogliere e riconoscere ciò che dà significato, scopo e speranza alla vita dei pazienti e dei loro *caregiver* e garantire che i loro bisogni spirituali siano presi in carico nella pratica assistenziale infermieristica (Cook, 2004).

La revisione ha l'obiettivo di valutare la tipologia e l'entità delle ricadute, legate alla spiritualità che si possono registrare sulla qualità di vita e altre dimensioni identificabili, sui *caregiver* primari di pazienti oncologici pediatrici in fase di cura attiva.

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso le banche dati Pubmed, Scopus, PEDro e i motori di ricerca accademici Google Scholar e Refseek, utilizzando le parole chiave *“neoplasm”, “parents”, “caregiver”, “family”, “spirituality”, “spiritual wellbeing”, “spiritual distress”, “spiritual role”, “palliative care”, “holistic nursing”, “chronic disease”, “pediatric cancer”*.

Le parole chiave sono state combinate mediante l'utilizzo di operatori booleani.

Ai fini della ricerca, sono stati utilizzati i seguenti criteri d'inclusione:

1. Tipologia di studio: RCT, revisioni sistematiche della letteratura e studi descrittivi
2. Disponibilità di full text
3. Articoli pubblicati negli ultimi 10 anni
4. Lingua: italiano/inglese.

La revisione è stata condotta tra Agosto e Ottobre 2015.

Risultati

I lavori reperiti descrivono la dimensione spirituale nel genitore/*caregiver* primario quale elemento imprescindibile ed influente, durante tutta la durata della presa in carico del paziente.

Sono stati identificati i principali *outcomes* riferiti alle varie dimensioni indagate e correlati alla pratica infermieristica, che sono in relazione alla sfera della spiritualità dei genitori: qualità di vita e salute fisica; relazione coniugale e relazione genitore-bambino/adolescente; interazione con il personale sanitario; bisogno di spiritualità.

Qualità di vita e salute fisica

La ricerca bibliografica ha dimostrato un'associazione tra benessere spirituale e qualità della vita dei pazienti con tumore e dei loro *caregiver*.

Un studio prospettico di coorte di Juarez, Ferrell, Uman, Podnos, & Wagman (2008) ha misurato l'impatto della chirurgia oncologica sulla qualità di vita (QOL), considerando le dimensioni fisica, psicologica, sociale e spirituale dei bambini/adolescenti e dei loro genitori (Juarez et al., 2008). I dati raccolti hanno dimostrato che la preoccupazione e il senso di incertezza legati all'esito dell'intervento per il figlio e, di conseguenza, del suo futuro, è il principale fattore di decadimento del benessere nel dominio spirituale dei genitori.

Lo studio descrittivo condotto da Ferrell & Baird (2012) sottolinea che la spiritualità è sempre più riconosciuta come un dominio chiave, essenziale nel determinare la qualità di vita dei pazienti e con ricadute sul trattamento della malattia oncologica (Ferrell & Baird, 2012). Oltre a quelle dei bambini/adolescenti, anche i genitori possono esperire grandi esigenze spirituali durante la diagnosi di neoplasia e il trattamento. Ferrell & Baird (2012) hanno definito un modello di assistenza spirituale elementare, basato su quattro interventi spirituali prontamente applicabili dall'infermiere di oncologia pediatrica: presenza, ascolto profondo, testimonianza e compassione attiva.

La spiritualità dei caregiver è limitata e talvolta impedita, nella vita privata, dallo stress e dal poco tempo a disposizione per frequentare luoghi di culto. L'assistenza al figlio, infatti, richiede al genitore tempo ed energie, volte anche a gestire aspetti burocratici e organizzativi particolarmente complessi che spesso sono legati alla inadeguatezza strutturale e logistica dell'ambiente e della società (Parker et al., 2011).

La speranza dei genitori è un processo fluttuante che varia dell'essere tenacemente legata a una forte convinzione di guarigione e al desiderio per il successo del trattamento e la cura del bambino/adolescente, all'essere fragile e tenue. Ne è un esempio l'affermazione tratta dallo studio prospettico di Barrera et al. (2013), nel quale una madre afferma: *“Nei momenti in cui mi sento debole, come se non potessi continuare e la mia speranza è quasi schiacciata, l'unica cosa che mi porta avanti è la fiducia che Dio esiste”* (Barrera et al., 2013).

L'ambiente ospedaliero e le regole imposte dal contesto implicano un carico di responsabilità e coinvolgimento da parte dei caregiver: questi sono ancor più chiamati in causa durante particolari fasi del trattamento che richiedono maggiori cure personali, maggior monitoraggio e controllo delle condizioni generali del bambino/adolescente, oltre all'impiego di particolari categorie di farmaci. Tutto ciò favorisce la disgregazione della famiglia con peggioramento della qualità di vita.

Relazione coniugale e relazione genitore-bambino/adolescente

È dimostrato che i genitori che si prendono cura di bambini/adolescenti affetti da cancro hanno una diminuzione della soddisfazione coniugale (Ferrell & Baird, 2012). Dallo studio di Parker et al. (2011) si rileva che genitori con più elevati livelli di spiritualità sono quelli che riportano i livelli più elevati di soddisfazione coniugale (Parker et al., 2011). Uno studio condotto da Lyon, Jacobs, Briggs, Cheng, & Wang (2014) evidenzia come le famiglie che dichiaravano un indice di spiritualità più alto, mostravano una migliore capacità comunicativa col bambino sulla patologia e riuscivano ad essere più attente ai suoi desideri espressi o impliciti (Lyon et al., 2014).

Il funzionamento della famiglia può aiutare i membri della stessa ad adattarsi alle richieste emotive, logistiche e relazionali associate alla malattia del bambino/adolescente: alti livelli di coesione familiare sono associati a stili di coping parentali efficaci che possono favorire l'adattamento ad una grave malattia come il tumore (Gage-Bouchard et al., 2013).

Interazione con il personale sanitario

La spiritualità può aiutare a risolvere alcuni conflitti comuni in oncologia pediatrica, come quelli tra i membri della famiglia, o tra la famiglia e il team sanitario per discordanze relative al percorso diagnostico-terapeutico da intraprendersi. A volte questi conflitti si fondano su convinzioni contrastanti circa il potere della preghiera e la fede in Dio (Purow et al., 2011; Hexem et al., 2011). Tuttavia Dolan (2013) riscontra che i genitori con bisogni spirituali che dimostrano un atteggiamento aperto nei confronti degli operatori sanitari che tentano di fornire una cura religiosa e spirituale, ma non sono in grado di riconoscere questo bisogno in un particolare momento, riferiscono una bassa soddisfazione per le cure ricevute e la qualità di vita (Dolan, 2013). L'autore suggerisce che gli infermieri indaghino la dimensione spirituale dei genitori per favorirne l'espressione e la soddisfazione. Ponendosi quindi come facilitatore, l'infermiere può e deve assecondare la famiglia nel soddisfacimento dei propri specifici bisogni spirituali.

Secondo lo studio di Hinds et al. (2009), la soddisfazione del familiare per le cure ricevute dal proprio figlio è spesso associata alla percezione di come e quanto i propri bisogni spirituali sono presi in considerazione dal personale sanitario. Lo stesso studio dimostra, inoltre, che la percezione di essere "un buon genitore" è legata all'esigenza dei genitori che il personale medico e infermieristico conosca e rispetti le credenze e le pratiche religiose della famiglia (Hinds et al., 2009).

Christian (2011) concentra la sua analisi sui dati riferiti agli infermieri che avevano partecipato a una sessione formativa pediatrica sulla *cura spirituale*; questi infermieri hanno dimostrato un atteggiamento più attivo e aperto che ha portato progressi comunicativi e di ascolto attivo sul vissuto spirituale, lasciando ai genitori una percezione significativamente migliore (Christian, 2011).

Bisogno di spiritualità

I pazienti pediatrici con tumore e i caregiver hanno bisogni spirituali simili che richiedono assistenza. Un accertamento mirato e un'indagine accurata possono indirizzare il personale a interpretare correttamente i specifici bisogni spirituali, anche se ciò non è sempre desiderato.

Lo studio descrittivo, trasversale e quantitativo di Taylor (2006), condotto su un campione di genitori dichiaratisi cristiani, definisce i principali bisogni spirituali: essere positivo, amare gli altri, trovare significato alla situazione e relazionarsi con Dio (Taylor, 2006). Il bisogno meno urgente espresso è quello di chiedersi il «perché» e il pensiero di prepararsi ad assistere alla morte del proprio caro. La necessità di ricevere assistenza spirituale da parte degli infermieri è riportata come moderata e varia. Lo stesso studio ha identificato sei categorie di approccio infermieristico per affrontare le esigenze spirituali, tra cui: gentilezza e rispetto, parlare e ascoltare, preghiera, collegamento, qualità del tempo per l'assistenza infermieristica e mobilitazione di risorse religiose o spirituali, se richieste. Queste categorie sono quelle enunciate dai pazienti e/o dai familiari per ricevere assistenza spirituale dagli infermieri.

La speranza, come già ribadito, è un aspetto correlato alla spiritualità e un elemento fondamentale per i genitori che hanno un bambino affetto da tumore.

Sulla base dei risultati dello studio di Kylma & Juvakka (2007), la speranza sostiene la vita e aiuta i genitori a sopportare la difficile situazione anche quando la vita del proprio figlio è a rischio; gli autori suggeriscono che il sostegno della speranza può contribuire, in particolare, alla capacità dei genitori di identificare la migliore strategia di coping nell'affrontare l'esperienza di malattia neoplastica (Kylma, & Juvakka, 2006).

Uno studio analogo, condotto da Popp, Conway, e Pantaleao nel 2015, ha valutato l'esperienza dei genitori che hanno un bambino con malattia oncologica e ha messo in evidenza come la loro speranza in Dio o in qualsiasi altra forza motivazionale influisca sul funzionamento familiare, sulla percezione della qualità delle cure e sull'adattamento alla diagnosi (Popp et al., 2015). È stato dimostrato che i genitori credenti, nonostante la difficoltà, hanno elaborato i loro sentimenti, mentre coloro che non lo erano hanno mantenuto sentimenti di dolore e preoccupazione per la diagnosi, senza quindi alcuna evoluzione emozionale nel lungo percorso di malattia. Inoltre, i genitori che hanno riferito di avere una forte spiritualità e fede sono quelli che sono riusciti a definire un proprio piano di obiettivi a breve e lungo termine, con una forte determinazione nel raggiungerli.

Conclusioni

L'approccio olistico al caregiver del bambino/adolescente affetto da malattia oncologica richiede che la valutazione dei suoi bisogni consideri tutte le possibili aree coinvolte: condizioni fisiche, psico-emozionali, culturali, unitamente alla valutazione del contesto socio-economico di vita della famiglia. A questo deve necessariamente associarsi la valutazione e la presa in carico dei bisogni spirituali, che fanno riferimento ad una sfera che sempre più appare come fondamentale per pazienti e famiglie e non può pertanto essere ignorata dal team sanitario. Il rischio, infatti, è quello di compromettere l'efficacia degli interventi oltre che il rapporto, indispensabile, di fiducia tra sanitari e paziente/famiglia. Per questo l'attenta cura spirituale è indice di elevata qualità assistenziale.

Ciò è ampiamente supportato dalla letteratura, che riporta come la spiritualità risulti avere ricadute su altre dimensioni quali la qualità di vita e la salute fisica di paziente/caregiver, la relazione coniugale e con il bambino/adolescente, l'interazione con il personale sanitario, il coping e le strategie di adattamento, lo status del paziente pediatrico.

Il processo di accertamento e valutazione della dimensione spirituale, in relazione anche al contesto culturale, è la prima tappa per identificare gli specifici bisogni di pazienti e caregiver. Questa fase è essenziale affinché gli operatori sanitari possano essere consapevoli delle convinzioni e dei valori che saranno importanti, durante il percorso di cura, per le famiglie.

Gli infermieri possono fornire una preziosa valutazione spirituale e sostenere i familiari che cercano servizi di assistenza per i propri bisogni spirituali.

La maggior parte dei caregiver primari di bambini/adolescenti affetti da tumore notano, apprezzano e percepiscono come supporto spirituale, semplici modi d'essere degli operatori sanitari come la gentilezza, il calore, il rispetto, la condivisione di conversazione, l'offerta di effettuare una preghiera, l'autenticità, la presenza attiva, la giusta simmetria di rapporto. Inoltre la cura spirituale si manifesta nel tempo, non in virtù di un episodio sporadico, tenendo presente che alcuni bisogni possono essere soddisfatti mediante piccoli gesti, solitamente sottovalutati, come fornire un lettino al genitore per riposare accanto al proprio figlio.

In ultima analisi, gli infermieri sono efficaci nel sostenere la spiritualità dei caregiver se sono in grado di instaurare una relazione con loro e li pongono al centro delle azioni assistenziali.

Un utile schema che riassume le implicazioni infermieristiche appena citate può essere tratto dallo studio di Allen & Marshall (2010):

1. considerare quei bisogni della famiglia che sono unicamente identificabili nell'etnia o nella cultura;
2. manifestare la propria disponibilità a conoscere i bisogni spirituali delle famiglie e supportarle durante tutto il percorso ospedaliero;
3. aiutare le famiglie (ove richiesto) a identificare le risorse di coping spirituale per far fronte alla difficile situazione;
4. ascoltare attivamente i vissuti familiari e incoraggiarne le tradizioni;
5. avvisare gli altri operatori sanitari coinvolti nel piano di assistenza di qualsiasi situazione particolare delle singole famiglie per fornire continuità nel sostegno spirituale;
6. rispettare il bisogno della famiglia per le attività spirituali o religiose come la preghiera, la musica, la presenza della propria guida spirituale, il consumo di alimenti speciali e di rituali;
7. raccogliere ulteriori informazioni specifiche sulle tradizioni spirituali e religiose in carico;
8. capire che le risorse spirituali sono importanti per le famiglie giorno per giorno e soprattutto nei momenti di crisi.

Implicazioni per la ricerca e la pratica

Sussiste nei nostri giorni una mancanza di specifiche conoscenze su come i bisogni spirituali dei pazienti/caregiver si modifichino durante il percorso di cura ed in corrispondenza di particolari eventi (es. recidive, progressione di malattia, diagnosi di inguaribilità). Questo, dunque, dovrebbe essere oggetto di ulteriori studi, che dovrebbero concentrarsi sui diversi contesti socio-economici-culturali e sui vari culti, per identificarne differenze e somiglianze.

Per quanto concerne le implicazioni per la pratica clinica, sicuramente è necessario un percorso formativo dedicato alla rilevazione dei bisogni spirituali e alle modalità di rispondervi, che possa essere affrontato dagli infermieri e dai professionisti sanitari che - più degli altri - entrano in contatto con queste richieste.

E' inoltre richiesto uno sforzo, da parte dell'equipe multidisciplinare, affinché il lavoro in gruppo possa rafforzarsi ed emergere proprio in relazione a queste tematiche, con coinvolgimento anche dei professionisti maggiormente impegnati nella sfera sociale (es. assistente sociale, psicologa) e di coloro che possono realmente dare risposta ai bisogni di spiritualità, a seconda del culto, nei diversi luoghi di fede.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, D., & Marshall, E. S. (2010). Spirituality as a coping resource for african american parents of chronically ill children. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(4), 232-237.
- Barrera, M., Granek, L., Shaheed, J., Nicholas, D., Beaune, L., D'Agostino, N. M., et al. (2013). The tenacity and tenuousness of hope: Parental experiences of hope when their child has a poor cancer prognosis. *Cancer Nursing*, 36(5), 408-416.
- Christian, B. J. (2011). Pediatric nursing research: Creating partnerships with parents to improve the health of children and adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(1), 95-96.
- Cook, C. C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction (Abingdon, England)*, 99(5), 539-551.

- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 589-597.
- D'Souza, R. (2007). The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *The Medical Journal of Australia*, 186(10 Suppl), S57-9.
- Dolan, P. (2013). A mother's perspective: The power of holistic care for the terminally ill child. *Holistic Nursing Practice*, 27(2), 114-117.
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24(8), 753-770.
- Ferrell, B. R., & Baird, P. (2012). Deriving meaning and faith in caregiving. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 256-261.
- Festini, F. L'assistenza centrata sulla famiglia, <http://www.sisip.it/> ultimo accesso il 10.10.2015.
- Gage-Bouchard, E. A., Devine, K. A., & Heckler, C. E. (2013). The relationship between socio-demographic characteristics, family environment, and caregiver coping in families of children with cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(4), 478-487.
- Hexem, K. R., Mollen, C. J., Carroll, K., Lanctot, D. A., & Feudtner, C. (2011). How parents of children receiving pediatric palliative care use religion, spirituality, or life philosophy in tough times. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 39-44.
- Hinds, P. S., Oakes, L. L., Hicks, J., Powell, B., Srivastava, D. K., Spunt, S. L., et al. (2009). "Trying to be a good parent" as defined by interviews with parents who made phase I, terminal care, and resuscitation decisions for their children. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(35), 5979-5985.
- Juarez, G., Ferrell, B., Uman, G., Podnos, Y., & Wagman, L. D. (2008). Distress and quality of life concerns of family caregivers of patients undergoing palliative surgery. *Cancer Nursing*, 31(1), 2-10.
- Kylma, J., & Juvakka, T. (2007). Hope in parents of adolescents with cancer--factors endangering and engendering parental hope. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 11(3), 262-271.
- Lyon, M. E., Jacobs, S., Briggs, L., Cheng, Y. I., & Wang, J. (2014). A longitudinal, randomized, controlled trial of advance care planning for teens with cancer: Anxiety, depression, quality of life, advance directives, spirituality. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 54(6), 710-717.
- Milligan, S. (2011). Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 26(4), 47-56.
- Ministero della Salute. "I tumori in Italia - Rapporto 2012 I tumori dei bambini/adolescenti e degli adolescenti" (Epidemiologia & Prevenzione 2013; 37(1) Suppl. 1: 1-296).
"Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per il 2011-2013". Ultimo aggiornamento: 13 febbraio 2015. Ultimo accesso: 10.10.2015.
- Narayanasamy, A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: A guide to practical assessment. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 13(19), 1140-1144.
- Parker, J. A., Mandelco, B., Olsen Roper, S., Freeborn, D., & Dyches, T. T. (2011). Religiosity, spirituality, and marital relationships of parents raising a typically developing child or a child with a disability. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 82-104.
- Popp, J. M., Conway, M., & Pantaleao, A. (2015). Parents' experience with their child's cancer diagnosis: Do hopefulness, family functioning, and perceptions of care.
- Puchalski, C. M., Kilpatrick, S. D., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2003). A systematic review of spiritual and religious variables in palliative medicine, american journal of hospice and palliative care, hospice journal, journal of palliative care, and journal of pain and symptom management. *Palliative & Supportive Care*, 1(1), 7-13.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904.
- Purow, B., Alisanski, S., Putnam, G., & Ruderman, M. (2011). Spirituality and pediatric cancer. *Southern Medical Journal*, 104(4), 299-302.
- Swinton, J., & Pattison, S. (2010). Moving beyond clarity: Towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 11(4), 226-237.
- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 729-735.



CONTRIBUTI

Le conseguenze psicologiche della contenzione fisica: che cosa dice la letteratura?

di **Camilla Ingrosso (1)**, **Ione Moriconi (2)**

(1) Infermiera, libero professionista - Roma

(2) P.O. Responsabile Assistenza Infermieristica DSM ex ASL RM A

Corrispondenza: c.ingrosso93@gmail.com; iomoriconi65@gmail.com

Per “contenzione fisica” o “mezzo fisico”, in ambito sanitario, si intende: “qualsiasi dispositivo, materiale o apparecchiatura fissata o posta vicino al corpo di una persona e che non può essere controllata o rimossa facilmente dalla persona” (Evans et al., 2002).

Il ricorso alla contenzione nel processo di assistenza è, ad oggi, un fenomeno ampiamente diffuso sia in sede ospedaliera che nelle residenze sanitarie assistenziali, e il fine comune presentato dai professionisti sanitari per motivarne l'impiego sembra essere la sicurezza della persona, quindi la promozione ed il mantenimento di uno stato di salute e benessere, nonché la protezione da eventuali complicazioni.

La prevenzione delle cadute è attualmente considerata la principale causa di contenzione; seguono: la gestione delle emergenze comportamentali, la prevenzione del vagare e dello scivolamento, e il supporto posturale. In realtà, non sempre il suo utilizzo risulta efficace per la motivazione presentata; per esempio, studi hanno rivelato che la contenzione fisica non si associa ad una riduzione del numero di cadute, né che la sua rimozione ne causerebbe una crescita, o, ancora, molto spesso è proprio l'applicazione dei mezzi di restrizione a determinare un aumento dell'agitazione ed aggressività della persona (Zanetti et al., 2012).

Qualunque sia la ragione presentata per contenere il paziente, tale procedura dovrebbe essere attuata seguendo le linee guida e i protocolli di riferimento, di cui i professionisti sanitari sono responsabili per garantire l'erogazione ottimale dell'assistenza e prevenire eventuali complicità.

I rischi cui può essere esposto l'assistito e le lesioni che ne possono derivare sono molteplici e sono riducibili in due gruppi: lesioni dirette e indirette, le prime provocate dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo, le seconde comprendono gli esiti avversi dovuti all'immobilità secondaria all'applicazione della misura restrittiva. (Zanetti et al., 2009).

Ciò che più di tutto tutela il paziente da eventuali ripercussioni è il consenso informato, a garanzia della libertà della persona come diritto fondamentale dell'essere umano. Nei casi in cui questo non possa essere ottenuto, la contenzione fisica è regolata dal cosiddetto “stato di necessità”, ad indicare la situazione in cui esiste un pericolo reale, attuale o danno oggettivo alla vita o all'integrità dell'assistito, che ne permetterebbe l'utilizzo esclusivamente qualora mezzi alternativi non abbiano prodotto alcun risultato e purché i benefici siano superiori ai possibili danni associati.

La valutazione del paziente durante l'intera procedura è fondamentale e non si limita alla sua osservazione, ma include il monitoraggio dei parametri vitali, delle condizioni fisiche, dello stato cognitivo e del corretto posizionamento dei presidi. Inoltre, l'infermiere è anche responsabile della soddisfazione dei bisogni dell'assistito e della realizzazione degli interventi assistenziali previsti.

Un altro fattore che non può essere sottovalutato è il controllo e la prevenzione dei danni psicologici, perché la contenzione fisica comporta nella persona che la vive un impatto emotivo importante e l'esperienza può essere vissuta in modo particolarmente negativo. E' proprio per poter verificare le conseguenze psicologiche che l'intervento restrittivo reca sui pazienti che abbiamo effettuato una revisione della letteratura avendo come focus di attenzione le testimonianze di chi ha vissuto la contenzione fisica e ne ha riferito l'esperienza.

La revisione della letteratura

Per reperire le fonti bibliografiche sono state consultate banche dati multimediali selezionando parole chiavi quali: *physical restraints*, *experience*, *effects*, *coercive measures*, *perceptions*, *patients*.

Tra tutte le fonti reperite sono stati selezionati undici articoli pubblicati tra gli anni 2010 e 2015 (Tabella 1).

Tabella 1 - Gli articoli selezionati

ANNO	RIVISTA	AUTORI	TITOLO	RISULTATI
2015	Psychiatry J.	Lanthén K., Rask M., Sunnqvist C.	Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study	Quando la contenzione fisica è inevitabile, è necessaria la presenza di uno staff formato. Gli infermieri dovrebbero possedere una formazione ottimale, dovrebbero essere consapevoli delle loro azioni ed essere sempre presenti durante le procedure di contenzione, in cui i pazienti sono più vulnerabili.
2015	Can J Psychiatry	Ling S., Cleverley K., Perivolaris A.	Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis	I pazienti considerano la contenzione in modo negativo e non la vedono come un intervento terapeutico. Il debriefing diventa utile per comprendere l'esperienza della contenzione e dovrebbe essere usato per ricreare la relazione terapeutica ed informare sui piani assistenziali.
2014	Int. J. Community Based Nurs. Midwifery	Fereidooni Moghadam M., Fallahi Khoshknab M., Pazargadi M.	Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study	Gli infermieri che hanno partecipato allo studio hanno descritto l'uso della contenzione fisica come una delle strategie principali di controllo dei pazienti psichiatrici e, al di là delle conseguenze negative, ancora molto usata. Suggestiscono la ricerca di strategie alternative.

2013	Issues Ment. Health Nurs.	Larue C., Dumais A., Boyer R., Goulet M. H., Bonin J. P., Baba N.	The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients	Alcuni pazienti hanno ritenuto che l'intervento di contenzione/isolamento sia stato utile, altri invece no. I pazienti hanno suggerito l'uso della comunicazione, farmaci o interventi ambientali per prevenire l'isolamento. Buona parte ha riferito di non essere stata seguita dallo staff assistenziale nel periodo di tempo successivo all'esperienza.
2013	Int J Ment Health Syst.	Soininen P., Putkonen H., Joffe G., Korkeila J., Puukka P., Pitkänen A., Välimäki M.	Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge?	Gli studi suggeriscono che le procedure di contenzione/isolamento non influenzano in modo considerevole la qualità di vita dei pazienti, o che la loro influenza è di breve durata. Non avendo misure di confronto, questo risultato rimane incerto.
2013	Int J Ment Health Nurs.	Soininen P., Välimäki M., Noda T., Puukka P., Korkeila J., Joffe G., Putkonen H.	Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment	Si rileva dallo studio che l'opinione dei pazienti dovrebbe ricevere maggiore attenzione nel processo decisionale. I trattamenti sanitari dovrebbero garantire la comunicazione tra i pazienti e lo staff, lo sviluppo di alternative e l'integrazione dei pazienti nel processo di pianificazione.
2013	Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.	Vishnivetsky S., Shoval G., Leibovich V., Giner L., Mitrany M., Cohen D., Barzilay A., Volovick L., Weizman A., Zalsman G.	Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients' attitudes	Considerati i dati raccolti nello studio, il 70% dei partecipanti adolescenti ha preferito l'isolamento alla contenzione fisica, mentre il 22% ha preferito quest'ultima. L'isolamento è stato indicato come una procedura meno spaventosa della contenzione e più consona per il miglioramento del loro stato mentale. Si conclude che l'uso delle camere di isolamento potrebbe essere migliore della contenzione fisica per i pazienti adolescenti.

2012	Perspect Psychiatry Care	Kontio R., Joffe G., Putkonen H., Kuosmanen L., Hane K., Holli M., Välimäki M.	Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives	I pazienti sostengono di aver ricevuto insufficiente attenzione, durante le procedure di contenzione/isolamento, al loro punto di vista su come procedere. Miglioramenti e alternative, suggeriti da questi, dovrebbero essere parte dell'assistenza infermieristica, ma non sono stati considerati in modo opportuno.
2012	BMC Psychiatry	Georgieva I., Mulder C.L., Whittington R.	Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions	Lo studio non ha rivelato differenze significative nell'efficacia delle procedure di contenzione fisica e chimica e nella sofferenza soggettiva dei gruppi esaminati, eccetto che i pazienti sottoposti a contenzione chimica abbiano riportato un minor senso di isolamento. L'applicazione combinata di più misure di contenzione, a prescindere dal tipo, ha causato una maggiore sofferenza fisica e un maggior senso di isolamento rispetto al loro utilizzo singolo.
2011	Br J Psychiatry	Sibitz I., Scheutz A., Lakeman R., Schrank B., Schaffer M., Amering M.	Impact of coercive measures on life stories: qualitative study	Le diverse prospettive dei partecipanti sulla contenzione suggeriscono che i pazienti potrebbero considerare le misure contenitive come necessarie, in situazioni di pericolo per sé o per altri. È però necessario migliorare la procedura di contenzione, principalmente per prevenire un eventuale trauma.
2010	BMC Psychiatry	Bergk J., Flammer E., Steinert T.	"Coercion Experience Scale" (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures	La C.E.S. è uno strumento per misurare l'impatto psicologico durante gli interventi di contenzione. I ricercatori hanno proposto il suo utilizzo per confrontare diversi interventi contenitivi e come strumento di valutazione per i pazienti che hanno bisogno di supporto psicologico dopo la loro applicazione.

Le persone coinvolte negli studi sono per la maggior parte persone ricoverate in reparti psichiatrici o che hanno usufruito dei servizi di igiene mentale, l'età media è di 40.8 anni, ad eccezione di uno studio, in cui partecipanti risultano avere un'età media di 16.8 (range da 13 a 24 anni).

Essere privati della propria libertà di movimento e della possibilità di scelta ha sul paziente un impatto psicologico importante da non sottovalutare.

L'esperienza che ne deriva è soggettiva e varia, ma non realmente negativa per tutti: se da alcuni è stata descritta come una violazione della loro libertà, altri hanno fornito considerazioni positive nei confronti di questo intervento sanitario-assistenziale.

Analizzare le parole di chi ha vissuto la contenzione in prima persona può essere determinante per poter migliorare l'intervento e la sua applicazione, eliminando i fattori di disturbo e favorendo quelli che, invece, hanno aiutato gli assistiti ad affrontare l'evento.

Un miglioramento dell'esperienza della contenzione si potrebbe ottenere attraverso l'utilizzo di scale di valutazione per analizzare e confrontare nel tempo i sentimenti che ne derivano. È il caso della "Coercion Experience Scale" (C.E.S.), un questionario con cui sarebbe possibile valutare due grandi temi: il senso di violazione dei propri diritti e gli *stressor*, ossia gli agenti stressanti vissuti e quelli che hanno fatto soffrire di più (Bergk et al., 2010). Il suo impiego, inoltre, permetterebbe di confrontare le varie misure coercitive e rilevare quali pazienti avrebbero bisogno di un supporto psicologico al termine della procedura.

Dagli articoli analizzati è emerso che una buona parte delle persone sottoposte a contenzione ha espresso giudizi negativi sull'esperienza. Per alcuni, la restrizione ha causato un'alterazione della loro autostima e del senso di sé (Sibitz et al., 2011). Si sono sentiti discriminati, "matti" e "cattivi"; si sono sentiti vulnerabili, incerti verso loro stessi e hanno più volte considerato la contenzione come una punizione, più che un trattamento necessario (Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Soininen, Putkonen et al., 2013).

Alcuni assistiti hanno riportato di non essere stati ascoltati e considerati, di non essere stati inclusi nella pianificazione dei trattamenti e di non aver ricevuto informazioni sulla procedura di restrizione, sulla sua durata e su cosa sarebbe successo successivamente (Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015; Soininen, Välimäki et al., 2013). In molti hanno espresso il desiderio di essere maggiormente coinvolti nella pianificazione dei trattamenti contenitivi e di poter vedere per iscritto ogni *step* a cui dovrebbero essere soggetti (Kontio et al., 2012).

Un altro fattore che sembrerebbe aver influito sull'esperienza della contenzione è la perdita dell'autonomia che ne deriva. Alcuni hanno dichiarato di aver avuto problemi nel soddisfare i loro bisogni basilari, come lavarsi, andare in bagno, mangiare o bere. Il trattamento era un momento lungo, noioso e stressante, e non permetteva loro di svolgere attività produttive come leggere un libro o fare esercizio fisico (Kontio et al., 2012; Ling et al., 2015).

Non per tutti, però, la procedura contenitiva è stata vissuta interamente come qualcosa di negativo.

Per alcuni pazienti la sua applicazione era inevitabile per il trattamento della loro aggressività; un freno d'emergenza necessario per garantire la propria sicurezza e quella degli altri, non altrimenti ottenibile con altri mezzi (Sibitz et al., 2011; Soininen, Välimäki et al., 2013; Lanthén et al., 2015).

La contenzione, hanno riferito, era un intervento di sicurezza, perché li proteggeva dall'autolesionismo quando la rabbia diventava troppo forte e "perdevano la testa". L'intervento li faceva sentire al sicuro, e la calma tornava (Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015); inoltre, forniva tranquillità e permetteva loro di potersi riposare, protetti dagli stimoli nocivi (Kontio et al., 2012).

Alcuni assistiti hanno fornito suggerimenti per migliorare l'applicazione della contenzione fisica, come trasferire i pazienti più aggressivi in prossimità della medicheria o aumentare il dosaggio farmacologico; altri hanno invece proposto come alternativa l'isolamento in camere apposite (Georgieva et al., 2012; Larue et al., 2013).

Sostituire l'intervento contenitivo con l'isolamento del paziente è risultato preferibile anche per un campione di pazienti adolescenti, che hanno descritto l'alternativa come meno spaventosa e più efficace (Vishnivetsky et al., 2013).

Ad influenzare l'esperienza della contenzione si è rilevata anche la mancanza di informazione e di dialogo con l'èquipe sanitaria (Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013). Secondo quanto riferito, l'ascolto e la comprensione da parte dello staff avrebbe potuto lenire i momenti di agitazione e aggressività e, in questo modo, precludere la necessità della contenzione (Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Ling et al., 2015).

Inoltre, avrebbe potuto favorire lo sviluppo di strategie alternative attraverso la collaborazione (Soininen, Putkonen et al., 2013). Al contrario, l'esclusione del paziente dal processo decisionale, la mancanza di informazioni e di dialogo avrebbe portato alla rottura della relazione precedentemente instaurata e alla mancanza di fiducia nei confronti del personale sanitario (Fereidooni et al., 2014).

Neanche gli infermieri, però, sono immuni all'impatto psicologico che deriva dalla contenzione fisica: l'immedesimazione con il paziente contenuto è un sentimento forte e coinvolgente, che può portare anche ad una proiezione futura di sé (Fereidooni et al., 2014).

Per alcuni, applicare la restrizione è un intervento come qualunque altro; per altri, contenere un paziente non può in nessun modo portare sentimenti positivi in chi lo assiste, perché, di fatto, implica l'idea di dover legare un'altra persona, e ciò non può dare alcun piacere.

La relazione terapeutica che caratterizza la professione infermieristica ha, di fatto, lo scopo di fornire un supporto emotivo e pratico al paziente in ogni situazione, per poter affrontare ed accettare ciò che la vita riserva.

La comunicazione con gli assistiti, quando si rendono necessari interventi controversi come la contenzione fisica, non può che essere d'aiuto per il processo di accettazione del paziente. Tra le testimonianze raccolte, quelle di coloro che hanno avuto la possibilità di relazionarsi e confrontarsi con il personale sanitario hanno riferito esperienze migliori (Kontio et al., 2012; Lanthén et al., 2015); contrariamente, molti pazienti si sono mostrati insoddisfatti per il trattamento ricevuto e lo scarso dialogo (Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Ling et al., 2015), ed alcuni hanno riferito che il personale sanitario mostrava loro un comportamento diverso, più freddo, nei giorni in cui erano soggetti a coercizione (Lanthén et al., 2015).

Riguardo la relazione con lo staff infermieristico, gli assistiti hanno dichiarato di volere qualcuno con cui parlare, in quella situazione; di voler ricevere gentilezza, comportamento umano, ascolto empatico, attenzione, comprensione e rispetto (Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013). Alcuni, invece, hanno richiesto anche solo più tempo da poter trascorrere con i professionisti sanitari, accontentandosi persino di una presenza silente al loro fianco; un essere umano che fosse lì per loro (Kontio et al., 2012; Ling et al., 2015).

La presenza fisica dello staff durante il periodo di contenzione è stata definita da molti come fattore fondamentale per sentirsi al sicuro. Allo stesso tempo, quando questi si tenevano a distanza, l'esperienza veniva descritta come negativa (Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015). A volte, è stato dichiarato, era sufficiente il minimo contatto fisico, come porre una mano sulla spalla o sul braccio, per ridurre l'ansia e favorire la calma (Lanthén et al., 2015).

L'elaborazione dell'esperienza della contenzione fisica potrebbe essere paragonata all'elaborazione di un trauma, perché lo stato di necessità che la rende inevitabile implica una condizione di fragilità del paziente nel momento vissuto di conseguenza, non tutti riescono a convivere con i successivi effetti psicologici. Molti pazienti, terminata la restrizione, si sono ritrovati senza sapere cosa fosse realmente successo e perché, sentendosi pieni di sentimenti di dubbio e colpa (Larue et al., 2013).

Alcuni hanno dichiarato la loro incertezza sul perché si sia resa necessaria e hanno richiesto di poter sapere come sia stata vissuta dal personale assistenziale. Molte testimonianze analizzate riportano il desiderio dei degenti di poter parlare dell'episodio della contenzione e di voler condividere le proprie emozioni con gli infermieri per poter ricostruire con loro la relazione terapeutica (Larue et al., 2013; Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015).

La possibilità di *debriefing*, di colloquio, con lo staff è stata vista come un modo per processare e superare l'evento (Lanthén et al., 2015). Chi ha avuto la possibilità di effettuare questa consulenza, ha riferito esperienze positive e una riduzione dei sentimenti negativi. Secondo loro, il *debriefing* potrebbe aiutare qualora ci fosse un'incomprensione con il personale sanitario durante l'episodio di contenzione e permetterebbe di poter ascoltare la versione dei professionisti, per facilitare il superamento dell'esperienza e non generare un trauma dall'evento vissuto (Lanthén et al., 2015).

Conclusioni

Dalla revisione della letteratura sono emerse testimonianze varie sull'esperienza di coercizione, ma è stato rilevato anche un filo conduttore comune: la maggior parte dei pazienti che hanno partecipato agli studi hanno evidenziato come il rapporto con il personale sanitario abbia migliorato in modo decisivo l'evento vissuto.

Allo stesso tempo, coloro che non hanno avuto la possibilità di poter instaurare una relazione con lo staff, hanno riferito di aver sofferto per questa mancanza e di averla considerata tra i principali fattori influenti per un'esperienza negativa.

Sembra che la carenza di comunicazione non permetta a pazienti e infermieri di potersi comprendere e di poter capire gli intenti reciproci, i sentimenti e le preoccupazioni nascosti dietro l'intervento contenitivo. I degenti hanno ammesso di desiderare di essere resi parte integrante del loro stesso trattamento, di essere ascoltati, compresi e considerati come *partners* attivi dai professionisti sanitari.

La relazione terapeutica è stata considerata dagli assistiti come un rapporto con gli infermieri affidabile e sincero, che fornisce protezione e senso di sicurezza. La comunicazione durante il periodo di contenzione e successivamente ad esso, si è dimostrata un criterio insostituibile per permettere loro di accettare l'intervento subito ed elaborare i sentimenti che ne sono scaturiti.

La revisione bibliografica effettuata ha dimostrato come favorire la relazione terapeutica attraverso la comunicazione, l'ascolto e la condivisione con il paziente possa realmente migliorare l'esperienza di degenza e di contenzione non solo durante la procedura, ma anche per l'impatto futuro.

Inoltre, il confronto con il paziente è determinante per poter migliorare l'impiego dei mezzi restrittivi e per poter identificare possibili strategie alternative e metodiche comunicative per ridurre l'aggressività e la perdita di controllo dei degenti.

BIBLIOGRAFIA

- Bergk J., Flammer E., Steinert T. (2010) *"Coercion Experience Scale" (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures*. BMC Psychiatry.
- Evans D., Wood J., Lambert L., et al. (2002) *Contenzione fisica – Parte 1: l'uso nei reparti per acuti e residenziali*. Best Practice.
- Fereidooni M. M., Fallahi K. M., Pazargadi M. (2014) *Psychiatric nurses' perceptions about physical restraint; a qualitative study*. IJCBNM.
- Georgieva I., Mulder C.L., Whittington R. (2012) *Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions*. BMC Psychiatry.
- Kontio R., Joffe G., Putkonen H., et al. (2012) *Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives*. Perspect Psychiatr Care.
- Lanthén K., Rask M., Sunnqvist C., et al. (2015) *Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: an interview study*. Psychiatry J., 2015.
- Larue C., Dumais A., Boyer R., et al. (2013) *The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients*. Issues Ment Health Nurs..
- Ling S., Cleverley K., Perivolaris A. (2015) *Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis*. Can J Psychiatry.
- Sibitz I., Scheutz A., Lakeman R., et al. (2011) *Impact of coercive measures on life stories: qualitative study*. Br J Psychiatry.
- Soininen P., Putkonen H., Joffe G., et al. (2013) *Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge?* Int J Ment Health Syst.
- Soininen P., Välimäki M., Noda T., et al. (2013) *Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment*. Int J Ment Health Nurs.
- Vishnivetsky S., Shoval G., Leibovich V., et al. (2013) *Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients' attitudes*, Isr J Psychiatry Relat Sci.
- Zanetti E., Castaldo A., Gobbi P., et al. (2009) *Superare la contenzione: si può fare*. I quaderni dell'infermiere, 25.
- Zanetti E., Castaldo A., Miceli R., et al. (2012) *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*. L'infermiere, 2, 29-38.



ESPERIENZE

Gli agenti di salute comunitari: esperienza pilota sul territorio faentino

di **Serena Gordini (1)**, **Patrizia Capucci (2)**

(1) Laureata in Infermieristica

(2) Coordinatore didattico, Relatore

Corrispondenza: seregordini@gmail.com

L'agente di salute comunitario è un uomo o una donna selezionato dalla comunità locale che riceve una formazione limitata per fornire servizi specifici elementari in materia di salute. Il requisito principe degli agenti di salute comunitari è l'appartenenza alla comunità dove prestano assistenza.

L'interesse verso il nursing transculturale e l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata rappresentano in Italia un problema preponderante della sanità pubblica. L'infermiere, vista la sua funzione di interfaccia tra medico, istituzioni sanitarie e paziente, è chiamato in prima persona ad avvalersi di nuovi strumenti per adempiere al meglio questo ruolo di "facilitatore" delle relazioni tra utenti e servizi. Risulta dunque necessario ricercare dei canali comunicativi per accorciare queste distanze promuovendo l'integrazione culturale e al contempo i programmi di salute. Una delle figure professionali che si fa carico di questa funzione nei paesi in via di sviluppo è l'agente di salute comunitario, supervisionato dall'infermiere, che è responsabile anche della sua formazione.

Dalla revisione di letteratura, risultano essere fattori incentivanti i programmi di selezione e formazione continuativi nel tempo, che avvengono nei luoghi di residenza dei soggetti e che promuovono un clima partecipativo. Infine, un compenso anche non monetario risulta essere il riconoscimento adeguato per garantire una maggior continuità nel tempo delle prestazioni.

L'esperienza: formazione di agenti di salute comunitari sul territorio faentino in materia di sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare rappresenta un problema nascosto e spesso trascurato. Nonostante i rilevanti progressi realizzati negli ultimi decenni dai Paesi industrializzati nelle tecniche di produzione e conservazione degli alimenti, le Malattie Trasmesse da Alimenti e in particolare le tossinfezioni alimentari, costituiscono tuttora un consistente problema di sanità pubblica. In Italia sono stati ufficialmente registrati negli ultimi anni oltre trentamila casi/anno di malattie riferite ad alimenti: gran parte di queste tossinfezioni alimentari hanno avuto origine da preparazioni effettuate in ambiente domestico (Aureli P., Leucio O., 2006).

Di qui la necessità di fornire corrette informazioni ai cittadini in tema di sicurezza ed educazione alimentare, correlata all'adeguata formazione da parte degli operatori sanitari degli "agenti di salute" al fine di produrre comportamenti preventivi.

Grazie alla collaborazione con la Caritas di Faenza, è stato possibile realizzare un progetto sul territorio faentino avente come obiettivo la selezione e formazione di un gruppo di agenti di salute all'interno di una piccola comunità di 12 ragazzi nigeriani relativamente alla prevenzione delle tossinfezioni alimentari e regole della sana nutrizione.

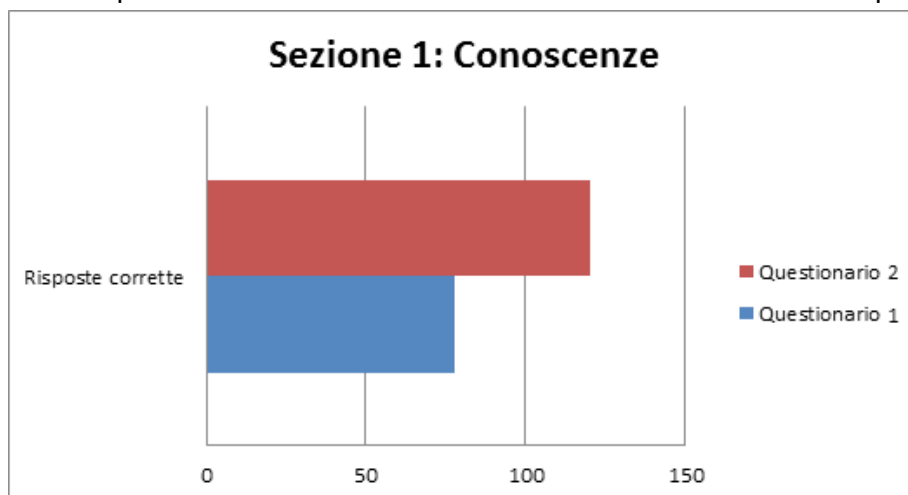
Il progetto è iniziato con un momento di incontro e conoscenza tra i membri della comunità Nigeriana oggetto dello studio un operatore Caritas, una mediatrice culturale studentessa infermiera del mio corso e me. In questa sede sono stati raccolti i dati anagrafici dei soggetti in esame, il livello di scolarizzazione e la comprensione della lingua (scritta e orale) per adattare adeguatamente il contenuto delle lezioni all'uditorio. E' stata fatta la presentazione del progetto stesso e sono stati raccolti i consensi alla partecipazione e alla compilazione in forma anonima del questionario, che è avvenuta in due momenti: prima dell'inizio del ciclo di lezioni (Questionario 1), per sondare il livello di conoscenza dell'argomento trattato, e alla fine delle lezioni, per poter effettuare una comparazione (Questionario 2).

La proposta di somministrazione e compilazione del questionario non è stata accolta con entusiasmo dai partecipanti, che si sono dichiarati non preparati sull'argomento, e hanno acconsentito a compilarlo solo in collaborazione e non in mia presenza. La partecipazione alle lezioni è stata facoltativa per tutta la durata del progetto. Alla prima lezione hanno partecipato tutti i membri della comunità, anche se non per l'intera durata. La seconda lezione è stata seguita da circa la metà dei partecipanti. La terza lezione è cominciata con solo tre membri della comunità, i quali anche durante le precedenti lezioni si erano dimostrati interessati agli argomenti trattati e avevano partecipato attivamente con domande e interventi. Ed è stato durante quest'ultima lezione teorica che è stato spiegato il concetto di agente di salute comunitario, del ruolo e dell'importanza che possono avere queste figure per una educazione e promozione della salute efficaci, ed è stato proposto loro di insegnare agli altri membri della loro comunità che non avevano seguito le lezioni quanto avevano appreso, e di partecipare anche loro alla lezione pratica. La proposta è stata accolta con entusiasmo.

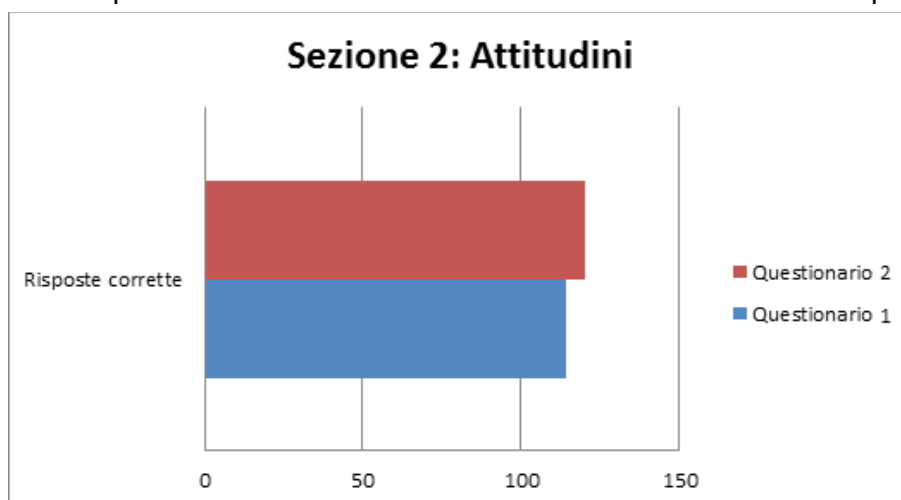
L'ultima lezione è stata quindi tenuta in collaborazione: sono stati preparati in tempi lievemente sfalsati prima piatti di cultura italiana da noi operatori, con riferimento continuo alle cinque regole per la sicurezza alimentare, e successivamente piatti di cultura nigeriana dai tre ragazzi selezionati, che hanno cucinato spiegando ai loro compagni i comportamenti che avevano modificato e che sono necessari per cucinare i cibi in maniera sicura e sana. Al termine sono stati somministrati i questionari a tutti i membri della comunità e il progetto è terminato con una gustosa cena italo-nigeriana.

Risultati

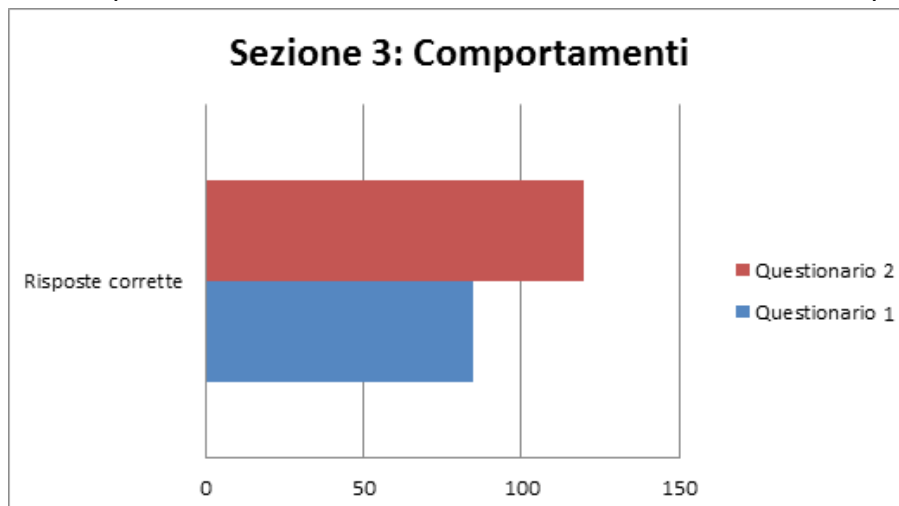
Come riportato sul Grafico 1, nella "Sezione 1: Conoscenze" le risposte corrette del Questionario 1 sono 78 su 132 (59,09%). Le risposte corrette del Questionario 2 sono 120 su 132 (90,9%), con un incremento percentuale del 53, 85%. Le risposte corrette alle domande 1a, 1b, 2b, 4b e 5b del Questionario 1 sono 12 su 1. Lo stesso risultato è stato mantenuto nel Questionario 2. Le risposte corrette alle domande 2a e 4a del Questionario 1 sono 0 su 12; Nel Questionario 2 sono 9 su 12. Le risposte corrette alle domande 3a e 3b del Questionario 1 sono 9 su 12; Nel Questionario 2 sono 12 su 12. Le risposte corrette alla domanda 5a del Questionario 1 sono 0 su 12; Nel Questionario 2 sono 6 su 12.

Grafico 1 - Risposte corrette a domande della Sezione 1 nei due diversi questionari

Come si evince dal Grafico 2, nella "Sezione 2: Attitudini" le risposte corrette del Questionario 1 sono 114 su 120 (95%). Le risposte corrette del Questionario 2 sono 120 su 120 (100%), con un incremento percentuale del 6,3%. Le risposte corrette alle domande 1a, 2a, 2b, 3a, 3b, 4a, 4b e 5b del Questionario 1 sono 12 su 12; lo stesso risultato viene mantenuto nel Questionario b. Le risposte corrette alle domande 1b e 5a del Questionario 1 sono 9 su 12; nel Questionario 2 sono 12 su 12.

Grafico 2 - Risposte corrette a domande della Sezione 2 nei due diversi questionari

Come riportato nel Grafico 3, nella "Sezione 3: Comportamenti" le risposte corrette del Questionario 1 sono 85 su 120 (70,83%). Le risposte corrette del Questionario 2 sono 120 su 120 (100%), con un incremento percentuale del 41,17%. Le risposte corrette alle domande 1a e 2b del Questionario 1 sono 11 su 12; nel Questionario 2 sono 12 su 12. Le risposte corrette alle domande 1b, 3b e 5b del Questionario 1 sono 12 su 12; lo stesso risultato viene mantenuto nel Questionario 2. Le risposte corrette alle domande 2a, 3a e 4a del Questionario 1 sono 6 su 12; nel Questionario 2 sono 9 su 12. Le risposte corrette alla domanda 4b del Questionario 1 sono 9 su 12; nel Questionario 2 sono 12 su 12. Le risposte corrette alla domanda 5a del Questionario 1 sono 0 su 12; nel Questionario 2 sono 12 su 12.

Grafico 3 - Risposte corrette a domande della Sezione 3 nei due diversi questionari

Discussione

Il primo momento d'incontro e conoscenza con cui il progetto è iniziato si è rilevato di fondamentale importanza ai fini della partecipazione attiva dei ragazzi, della pianificazione degli argomenti da trattare e della stesura delle lezioni. Gli interventi per essere efficaci devono basarsi su una solida conoscenza delle condizioni culturali, sociali e psicosociali degli immigrati. I significati culturali circa il concetto di salute, di malattia, di alimentazione e di igiene sono diversi tra popolazioni diverse e devono essere comunque rispettati con discrezione nell'agire e adattati al contesto per favorire il livello di acculturazione.

La presenza del mediatore linguistico culturale ha permesso fin dal primo momento d'incontro un avvicinamento reciproco che non sarebbe stato possibile altrimenti. Il mediatore linguistico culturale ha il compito di operare, in aggiunta alla semplice traduzione linguistica (azione di interpretariato tradizionale), una molto più complessa traduzione culturale che prevede che il mediatore conosca, comprenda ed espliciti al curante le sensazioni del paziente e le sue aspettative derivanti dal suo retroterra culturale, in modo da evitare incomprensioni e fraintendimenti derivanti proprio da differenti valori e credenze. L'esperienza dimostra che le barriere che limitano la comunicazione possono innalzarsi proprio a causa della mancanza di un contesto culturale comune. Trovare un canale comunicativo grazie al lavoro del mediatore permette di creare un ponte tra due culture e promuovere la comprensione reciproca. Questo principio sta alla base non solo del rapporto di fiducia tra operatore e paziente, ma anche del processo di integrazione fondato sulla non discriminazione e l'inclusione, durante il quale gli immigrati imparano a conoscere la cultura del paese ospitante senza per questo perdere la propria (Hughes J., Foschia J.-P, 2004).

Io e la mediatrice culturale siamo due donne giovani e non sposate. Questo ha rappresentato fin da subito un limite, poiché la maggior parte delle culture non occidentali dà maggiore importanza alle caratteristiche innate delle persone (come l'età o il sesso) che alle caratteristiche raggiunte, come la formazione specialistica: le donne giovani e non sposate non sono viste come persone con competenze sanitarie anche quando hanno ricevuto una formazione completa (Bhattacharyya K., et al.). I questionari non sono mai stati compilati davanti a noi per volontà dei partecipanti stessi, durante le lezioni venivano poste domande solo allo scopo di sondare il nostro livello di preparazione e le nostre risposte spesso venivano manipolate per farci perdere credibilità.

Riuscire a creare un rapporto di fiducia non è stato facile, ed è stato possibile solo con alcuni ragazzi. Una strategia per risolvere questo problema potrebbe essere quella di assumere mediatori culturali uomini come tramite tra i gruppi di immigrati locali e scegliere invece mediatrici culturali per parlare con le donne, creando una rete di assistenza sanitaria più vicina ai bisogni culturali delle popolazioni, mantenendo la stessa linea nella selezione e formazione degli agenti di salute (Hughes J., Foschia J.-P, 2004).

Le lezioni teoriche frontali, nonostante la promozione del dialogo e la partecipazione attiva, non hanno coinvolto tutti i ragazzi in maniera continuativa, se non quelli particolarmente interessati agli argomenti trattati. Si sono rilevate quindi un buon metodo di selezione per potenziali agenti di salute comunitari. Un più ampio coinvolgimento si è riscontrato nelle lezioni pratiche, un metodo più efficace per la trasmissione vera e propria di nozioni e informazioni.

La distribuzione del materiale informativo e dei questionari non è stata accolta con entusiasmo. L'utilizzo di materiali informativi per il gruppo deve sempre tenere conto del modo in cui il gruppo in questione è abituato a ricevere le informazioni. Alcuni gruppi di immigrati hanno una forte tradizione orale, che influisce molto sulla raccolta e sullo scambio di informazioni. Per queste popolazioni in particolare, l'informazione scritta non è sufficiente. E' necessario quindi un approccio globale: attingere alle risorse della popolazione, rispondere alle domande, dissipare eventuali timori e soprattutto garantire che l'informazione sia comprensibile, pertinente e culturalmente accettabile (Hughes J., Foschia J.-P, 2004).

La correzione dei questionari ha permesso di evidenziare un aumento delle risposte corrette, in particolare nelle sezioni "Conoscenze" e "Attitudini", al termine del ciclo di lezioni, e quindi un evidente miglioramento delle prestazioni dei partecipanti al progetto. L'utilizzo dei questionari si è rilevato utile per identificare gli argomenti più ostici e che quindi sono stati trattati con più enfasi durante le lezioni. In particolare si è quindi insistito sull'importanza della preparazione dei cibi crudi separatamente dai cibi cotti, sul riconoscimento della completa cottura di un alimento e sulla salubrità dell'acqua.

Al termine delle lezioni, durante la cena, è stato chiesto ai ragazzi un feedback rispetto all'esperienza fatta: il riscontro è stato molto positivo, il progetto è stato apprezzato anche da coloro che non hanno partecipato in maniera continuativa alle lezioni.

Conclusioni

La Commissione OMS sui determinanti sociali della salute definisce l'equità nella salute come "l'assenza di differenze ingiuste e evitabili o rimediabili nella salute tra gruppi di popolazione". Le basi fattuali a livello globale suggeriscono che almeno il 25% delle disuguaglianze della salute sono associate ad una mancanza di accesso ai servizi sanitari. Le disuguaglianze nella salute costituiscono una preoccupazione fondamentale in Europa. Le azioni interne al settore della salute o al sistema sanitario possono includere strategie per la ridefinizione dei programmi esistenti per migliorare l'equità di accesso all'assistenza e intervenire sui processi che escludono le persone svantaggiate e vulnerabili (Ministero della salute 2012).

Programmi di selezione e formazione di agenti di salute comunitari rappresentano un passo in questa direzione. L'avvicinamento di alcuni individui selezionati al nostro Sistema Sanitario Nazionale e la formazione su specifiche tematiche in materia di salute può essere il modo per aprire dei canali comunicativi attraverso i quali operare per una promozione della salute efficace.

La presa in carico da parte delle Università di questi progetti richiederebbe un dispendio minimo di risorse per il SSN e nel contempo offrirebbe agli studenti opportunità di arricchimento e di crescita. Eseguendo una valutazione delle risorse disponibili etnia per etnia è possibile definire programmi per la formazione degli agenti di salute seguendo i principi riportati in letteratura. Gli studenti potrebbero portare avanti i programmi per la durata di un anno su un campione statistico maggiormente rilevante e valutarne al termine i riscontri in materia di salute.

BIBLIOGRAFIA

- Aureli P., Leucio O., *"Alimentazione sicura in ambito domestico: obiettivi e raccomandazioni per la prevenzione e sorveglianza delle tossinfezioni alimentari"*. Istituto Superiore di sanità, 2006.
- Hughes J., Foschia J.-P., *"Servizi sanitari per un utenza multiculturale e prevenzione dell'HIV/IST: Manuale per gli operatori e pianificatori nel settore socio sanitario"*, Regione del Veneto, Verona, Novembre 2004.
- Bhattacharyya K., Winch P., LeBan K., Tien M., *"Les Agents de santé communautaire: Effets des incitations et des désincitationssur leur motivation, le maintien en poste et la durabilité"*, Basics II, 2001.
- Ministero della Salute, *"Rapporto sulla salute in Europa 2012: tracciare la via verso il benessere"*.



ESPERIENZE

Aderenza al regime terapeutico con LAI: strategie di approccio

di Salvatore Piliero

Infermiere, Cento Psicosociale di Nembro - ASST Bergamo Est

Corrispondenza: salpiliero@alice.it

Nel corso dell'ultimo decennio il ruolo dell'infermiere all'interno dei servizi psichiatrici ha subito una notevole evoluzione. La professionalità e le competenze acquisite attraverso le innovazioni normative e deontologiche, che hanno inciso anche sui percorsi formativi, ne fanno oggi una figura centrale nella presa in carico del paziente con disturbo psichiatrico. Il presente studio ha il fine di fornire uno strumento idoneo nel percorso di cura del paziente schizofrenico.

La schizofrenia è una patologia con caratteristiche di gravità e cronicità, frequenti episodi di riacutizzazione e in molti casi una stabile disabilità nel funzionamento quotidiano. La mancanza di continuità del trattamento, soprattutto nel lungo periodo, può comportare variazioni d'intensità dei sintomi della malattia, generando spesso l'insorgere di un nuovo episodio acuto. La gestione a lungo termine dello spettro schizofrenico richiede un approccio integrato e comprendente diverse modalità terapeutiche atte a migliorare l'*effectiveness* del trattamento e favorire l'aderenza (Liorca, 2008).

Una delle problematiche più comuni nella gestione del paziente schizofrenico è da una parte la necessità di terapie a lungo termine, dall'altra la scarsa aderenza dell'assistito alla terapia farmacologica, che proprio per questo dagli anni Sessanta è stata rivoluzionata dai farmaci LAI (*Long Acting Injection*). Gli antipsicotici a rilascio prolungato sono stati sviluppati miratamente per questa tipologia di pazienti, al fine di far fronte alla scarsa compliance, che a sua volta determina un aumento del tasso di ricadute e quindi di riospedalizzazione.

I farmaci LAI vengono somministrati per via parenterale, garantendo un'attività terapeutica prolungata con regolari somministrazioni intervallate nel tempo.

Per far ciò è indispensabile una collaborazione da parte del paziente, che si costruisce coinvolgendo tutti i professionisti dell'equipe e i familiari, in maniera da cogliere bisogni, aspettative e necessità del paziente stesso.

In questa strategia integrata di interventi il ruolo dell'infermiere è cruciale: passa, attraverso un appropriato processo comunicativo-relazionale, da ruolo tecnico a un ruolo di co-gestione del disagio bio-psico-sociale.

Ma il percorso clinico assistenziale per il paziente schizofrenico non si ferma al trattamento LAI: più in generale si tratta di ridurre rapidamente la gravità dei sintomi, prevenire nuovi episodi sintomatici e, nei casi più gravi, ridurre il deterioramento funzionale associato alla malattia.

E' pertanto indispensabile approntare PDTA specifici: in un programma terapeutico multidimensionale e multifattoriale di qualità, si fornisce in tal modo un *modus operandi* funzionale alla gestione della patologia schizofrenica e alla creazione di un percorso di cura che miri a raggiungere una condizione psicopatologica di equilibrio.

Obiettivo di questo studio è definire un PDTA mirato per l'aderenza al regime terapeutico del paziente schizofrenico.

Il nostro percorso

Il presente studio si è incentrato sulla strutturazione di un percorso integrato: a partire dalla revisione della letteratura, sino a giungere ad un'indagine di *best practices*, ha coinvolto psichiatri ed infermieri del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ASST Bergamo Est. Il PDTA che ne è scaturito agisce sui determinanti clinici più frequentemente associati ad una scarsa aderenza alla terapia LAI.

Dalla revisione della letteratura è emerso il ruolo chiave dell'infermiere nella gestione della terapia LAI, così come la necessità di elaborare all'interno dell'equipe nuove forme di collaborazione e integrazione avvalendosi di PDTA specifici.

Il PDTA specifico che qui illustreremo (Figura 1) è finalizzato alla gestione clinico-assistenziale del paziente affetto da disturbo dello spettro schizofrenico.

Figura 1 - PDTA specifico per la gestione della terapia LAI

PERCORSO CLINICO -ASSISTENZIALE (PDTA) TERAPIA LAI RELATIVO AL PZ. : _____ COD. PSICHE: _____ ANNO: _____

Psiciatra:		Infermiere:		Farmaco/dosaggio iniziale:			I ^a modifica dosaggio			II ^a modifica dosaggio			
N° rif. Scheda	Attività clinico-assistenziali di monitoraggio	Data INIZIO LAI	OBIETTIVI inizio terapia	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Valutazione sovra soglia (Varianza)	OBIETTIVI post-valutazione sovra soglia	Data
		Peso Totale		Peso Totale	Peso Totale	Peso Totale	Peso Totale	Peso Totale	Peso Totale	Peso Totale	Peso Totale		Peso Totale
DETERMINANTI CLINICI DELL'ADERENZA	Condizione di base	1- ☐ vive solo/condiz. di vita deficitaria		Miglioramento della condizione di base									
		2- ☐ supporto familiare deficitario											
		3- ☐ rete sociale assente/relaz. deficitarie											
		4- ☐ condizione lavorativa deficitaria											
	Severità clinica	5- ☐ insight deficitario		Riduzione della severità clinica									
		6- ☐ scarsa alleanza/ effic. terapeutica											
		7- ☐ abuso di sostanze											
		8- ☐ dipendenza alcolica											
		9- ☐ presenza di patologie organiche											
		10- ☐ ospedalizzazione frequente											
	Trattamento	11- ☐ difficoltà di interazione		Miglioramento del trattamento									
		12- ☐ difficoltà di comunicazione											
		13- ☐ difficoltà di somministrazione											
		14- ☐ chiusura relazionale/isolamento		Riduzione dei segnali di allarme pre-scompenso									
	Segnali di allarme pre-scompenso	15- ☐ reattività/oppositività/ostilità											
		16- ☐ grandiosità/bizzarrie/eccitamento											
		17- ☐ deliri/allucinazioni											
		18- ☐ ansia/angoscia/preoccupazioni											
		19- ☐ depressione											
		20- ☐ rischio auto/eteroaggressivo											
	Effetti collaterali	21- ☐ eccessiva sedazione/confusione		Riduzione degli effetti collaterali									
		22- ☐ EPS											
		23- ☐ aumento di peso											
		24- ☐ altro :											
TOTALE COMPLESSIVO													

Valori Pesi: 0= nessun problema 1= problema lieve 2= problema di gravità media 3= problema da grave a gravissimo che richiede intervento appropriato
 Criteri di appropriatezza del setting di cura: 0 = nessun problema <= X situazione clinica di gestione infermieristica da X a Y = situazione di gestione medico-infermieristica > Y situazione CRITICA che necessita di consultazione da parte dell'equipe NB: Lo Standard congiuntamente ai Criteri di appropriatezza, vengono stabiliti attraverso specifico Protocollo interno, in base alle caratteristiche del paziente, criteri e obiettivi pianificati.

Struttura e utilizzo del PDTA

L'inquadramento clinico assistenziale del paziente assegnato alla terapia LAI si avvale di un setting di cura (Figura 2).

Figura 2 - Setting di cura

N° rif. Scheda	Attività clinico-assistenziali di monitoraggio		Data	
			INIZIO	LA
			Peso	Totale
DETERMINANTI CLINICI DELL'ADERENZA	Condizione di base	1- ☐ vive solo/condiz. di vita deficitaria		
		2- ☐ supporto familiare deficitario		
		3- ☐ rete sociale assente/relaz. deficitarie		
		4- ☐ condizione lavorativa deficitaria		
	Severità clinica	5- ☐ insight deficitario		
		6- ☐ scarsa alleanza/ effic. terapeutica		
		7- ☐ abuso di sostanze		
		8- ☐ dipendenza alcolica		
		9- ☐ presenza di patologie organiche		
		10- ☐ ospedalizzazione frequente		
	Trattamento	11- ☐ difficoltà di interazione		
		12- ☐ difficoltà di comunicazione		
		13- ☐ difficoltà di somministrazione		
	Segnali di allarme pre- scompenso	14- ☐ chiusura relazionale/isolamento		
		15- ☐ reattività/oppositività/ostilità		
		16- ☐ grandiosità/bizzarrie/eccitamento		
		17- ☐ deliri/allucinazioni		
		18- ☐ ansia/angoscia/preoccupazioni		
		19- ☐ depressione		
		20- ☐ rischio auto /eteroaggressivo		
		Effetti collaterali	21- ☐ eccessiva sedazione /confusione	
	22- ☐ EPS			
	23- ☐ aumento di peso			
	24- ☐ altro :			
	TOTALE COMPLESSIVO			

Il setting di cura raggruppa 5 macro aree: condizione di base, severità clinica, trattamento, segnali di allarme pre-scompenso ed effetti collaterali. Ciascuna di queste contiene gli item di maggiore significato clinico-assistenziale per il monitoraggio emersi dalla ricerca, per complessivi 24 item. A ciascuno degli item considerati verrà assegnato un peso adeguato alla valutazione (Figura 3), con un valore massimo per ogni item di 3: ad esempio, nella macro-area relativa alla "severità clinica" sono presenti 6 item, quindi il punteggio minimo sarà 0 ed il punteggio massimo sarà 18.

Ogni macro area interessata avrà pertanto un totale parziale, la cui somma volta luogo al totale complessivo o esito (Figura 2).

I Fase: inquadramento clinico-assistenziale

Data INIZIO LAI (Figura 2, Figura 4).

Figura 3 - Rappresentazione dei pesi di riferimento

0 = nessun problema
1 = problema di gravità lieve
2 = problema di gravità media
3 = problema di gravità grave/gravissimo che pertanto necessiterà di intervento appropriato

Figura 4 - Inquadramento clinico e inizio terapia LAI

Attività clinico-assistenziali di monitoraggio		Data INIZIO LAI		OBIETTIVI inizio terapia
		Peso	Totale	
Condizione di base	1- ☐ vive solo/condiz. di vita deficitaria			Miglioramento della condizione di base Standard: = < ... (a)
	2- ☐ supporto familiare deficitario			
	3- ☐ rete sociale assente/relaz. deficitarie			
	4- ☐ condizione lavorativa deficitaria			

Rappresenta la prima valutazione e viene eseguita da psichiatra e infermiere e/o altra figura professionale se presenti item e/o aree di competenza: ad esempio Assistente Sociale nella macro area legata alle condizioni di base.

Gli operatori valutano gli item di rilievo clinico-assistenziale che verranno monitorati allo scadere della terapia LAI e assegnano alle rispettive macro aree un totale, che risulta essere parziale (Figura 4).

Quest'ultimo stabilisce lo standard di ciascuna macro area (OBIETTIVI inizio terapia). Il totale complessivo di tutte le macro aree interessate (Figura 2) rappresenta il valore STANDARD (X) "soglia di accettabilità", che riassume gli obiettivi predisposti nell'inquadramento clinico. Successivamente verrà assegnato un punteggio STANDARD (Y) in base alle caratteristiche e alle condizioni generali del paziente. I valori di X e di Y rappresentano quindi un punteggio *cut-off* di riferimento (Figura 5), il quale indirizza i comportamenti degli operatori in base alle competenze.

Questo sistema definisce i criteri di appropriatezza del setting di cura (Figura 5, Figura 6).

Figura 5 - Scala cut-off di riferimento

La scala *cut-off* (Figura 5) è derivante dal totale complessivo di tutti i punteggi dei pesi delle macro aree (24 item).

Il Fase: monitoraggio scadenza terapia LAI

Viene effettuato dall'infermiere, il quale, avvalendosi della colonna della Data (Figura 7), assegnerà un punteggio a ciascun item di rilievo.

Figura 6 - Criteri di appropriatezza del setting di cura

Totale punteggio / Standard	Indicatore di processo
<= X	il problema è di gravità lieve, pertanto la condizione clinica è di gestione infermieristica
da X a Y	Il problema è di gravità media, pertanto la condizione clinica è di gestione medico-infermieristica
> Y	Il problema è di gravità grave/gravissimo e la situazione clinica risulta essere critica; la condizione clinica è di gestione dell'equipe

Figura 7 - Monitoraggio scadenza terapia LAI

Attività clinico-assistenziali di monitoraggio		Data INIZIO LAI		OBIETTIVI inizio terapia	Data	
		Peso	Totale		Peso	Totale
Setting di cura	Condizione di base	1- ☐ vive solo/condiz. di vita deficitaria		Miglioramento della condizione di base Standard: = < ... (a)		
		2- ☐ supporto familiare deficitario				
		3- ☐ rete sociale assente/relaz. deficitarie				
		4- ☐ condizione lavorativa deficitaria				
	Severità clinica	5- ☐ insight deficitario		Riduzione della severità clinica Standard: = < ... (b)		
		6- ☐ scarsa alleanza/ effic. terapeutica				
		7- ☐ abuso di sostanze				
		8- ☐ dipendenza alcolica				
		9- ☐ presenza di patologie organiche				
		10- ☐ ospedalizzazione frequente				
	Trattamento	11- ☐ difficoltà di interazione		Miglioramento del trattamento Standard: = < ... (c)		
		12- ☐ difficoltà di comunicazione				
		13- ☐ difficoltà di somministrazione				
	Segnali di allarme pre-scompenso	14- ☐ chiusura relazionale/isolamento		Riduzione dei segnali di allarme pre-scompenso Standard: = < ... (d)		
		15- ☐ reattività/oppositività/ostilità				
		16- ☐ grandiosità/bizzarrie/eccitamento				
		17- ☐ deliri/allucinazioni				
		18- ☐ ansia/angoscia/preoccupazioni				
		19- ☐ depressione				
		20- ☐ rischio auto /eteroaggressivo				
	Effetti collaterali	21- ☐ eccessiva sedazione /confusione		Riduzione degli effetti collaterali Standard: = < ... (e)		
		22- ☐ EPS				
		23- ☐ aumento di peso				
		24- ☐ altro :				
	TOTALE COMPLESSIVO			-----		

Ad ogni macro area valutata verrà assegnato un totale parziale e ciascuna di essa, confrontata agli standard corrispondenti nella colonna OBIETTIVI inizio terapia LAI (Standard: = <...(a)) stabilirà gli esiti attesi e/o gli eventuali scostamenti o sovra-soglia. Gli scostamenti delle singole macro aree rispetto agli standard evidenziano dove si è verificato il cambiamento. Gli scostamenti di uno o più item, della/e macro area o del totale complessivo, indirizza l'operatore a predisporre l'approccio di cura adeguato, avvalendosi della tabella dei criteri di appropriatezza del setting di cura (Figura 6).

III Fase: valutazione sovra soglia (varianza)

La riformulazione del nuovo inquadramento clinico verrà riportato nella colonna "Valutazione sovra soglia (Varianza)" (Figura 8).

Figura 8 - Valutazione sovra soglia (varianza)

Valutazione sovra soglia (Varianza)		OBIETTIVI post-valutazione sovra soglia
Peso	Totale	

Esempio della prima valutazione e/o inquadramento clinico-assistenziale

Nell'esempio, la fase iniziale di inquadramento clinico (Figura 9) considera gli item di monitoraggio, dopodiché si assegna un peso adeguato a ciascuno di essi e la somma totale di ciascuna macro area stabilisce un totale parziale (3-4-1-7-4). Il totale parziale rappresenta lo standard del corrispondente obiettivo ad inizio terapia (nell'esempio la macro area "condizione di base" avrà un totale parziale = 3 e lo standard corrispondente dovrà essere ≤ 3). Successivamente si assegna il TOTALE COMPLESSIVO (tot. 19); quest'ultimo rappresenterà il valore STANDARD (X) "soglia di accettabilità".

Figura 9 - Fase iniziale, valutazione o inquadramento clinico-assistenziale

		Attività clinico-assistenziali di monitoraggio	Data		OBIETTIVI inizio terapia
			INIZIO LAI		
			Peso	Totale	
Setting di cura	Condizione di base	1- ☐ vive solo/condiz. di vita deficitaria	2	3	Miglioramento della condizione di base Standard: = < 3
		2- ☐ supporto familiare deficitario			
		3- ☐ rete sociale assente/relaz. deficitarie			
		4- ☐ condizione lavorativa deficitaria	1		
	Severità clinica	5- ☐ insight deficitario	2	4	Riduzione della severità clinica Standard: = < 4
		6- ☐ scarsa alleanza/ effic. terapeutica			
		7- ☐ abuso di sostanze	2		
		8- ☐ dipendenza alcolica			
		9- ☐ presenza di patologie organiche			
		10- ☐ ospedalizzazione frequente			
	Trattamento	11- ☐ difficoltà di interazione	1	1	Miglioramento del trattamento Standard: = < 1
		12- ☐ difficoltà di comunicazione			
		13- ☐ difficoltà di somministrazione			
	Segnali di allarme pre- scompenso	14- ☐ chiusura relazionale/isolamento	2	7	Riduzione dei segnali di allarme pre-scompenso Standard: = < 7
		15- ☐ reattività/oppositività/ostilità			
		16- ☐ grandiosità/bizzarrie/eccitamento			
		17- ☐ deliri/allucinazioni	3		
		18- ☐ ansia/angoscia/preoccupazioni			
		19- ☐ depressione	1		
		20- ☐ rischio auto /eteroaggressivo	1		
	Effetti collaterali	21- ☐ eccessiva sedazione /confusione	3	4	Riduzione degli effetti collaterali Standard: = < 4
		22- ☐ EPS	1		
		23- ☐ aumento di peso			
		24- ☐ altro :			
TOTALE COMPLESSIVO			19	-----	

Supponiamo poi, in fase d'inizio terapia LAI (inquadramento clinico), di assegnare un valore Y pari a 50; la scala cut-off di riferimento (Figura 10) verrà rappresentata nel modo seguente:

valori standard di riferimento $X=19$ e $Y=50$

Figura 10 - Scala cut-off di riferimento

Nella fase successiva, di monitoraggio della terapia LAI (Figura 11), si evidenziano gli scostamenti nella macro area relativa al trattamento, dove il totale parziale ha subito un incremento (totale 3).

Figura 11 - Fase di monitoraggio della terapia LAI

		Attività clinico-assistenziali di monitoraggio		Data		OBIETTIVI inizio terapia	Data	
				INIZIO LAI				
				Peso	Totale		Peso	Totale
Setting di cura	Condizione di base	1- ☐ vive solo/condiz. di vita deficitaria	2	3	Miglioramento della condizione di base Standard: = < 3	2	3	
		2- ☐ supporto familiare deficitario						
		3- ☐ rete sociale assente/relaz. deficitarie						
		4- ☐ condizione lavorativa deficitaria	1			1		
	Severità clinica	5- ☐ insight deficitario	2	4	Riduzione della severità clinica Standard: = < 4	2	4	
		6- ☐ scarsa alleanza/ effic. terapeutica						
		7- ☐ abuso di sostanze	2			2		
		8- ☐ dipendenza alcolica						
		9- ☐ presenza di patologie organiche						
		10- ☐ ospedalizzazione frequente						
	Trattamento	11- ☐ difficoltà di interazione	1	1	Miglioramento del trattamento Standard: = < 1	2	3	
		12- ☐ difficoltà di comunicazione				1		
		13- ☐ difficoltà di somministrazione						
	Segnali di allarme pre- scompenso	14- ☐ chiusura relazionale/isolamento	2	7	Riduzione dei segnali di allarme pre-scompenso Standard: = < 7	3	9	
		15- ☐ reattività/oppositività/ostilità				2		
		16- ☐ grandiosità/bizzarrie/eccitamento						
		17- ☐ deliri/allucinazioni	3			2		
		18- ☐ ansia/angoscia/preoccupazioni						
		19- ☐ depressione	1			1		
		20- ☐ rischio auto /eteroaggressivo	1			1		
	Effetti collaterali	21- ☐ eccessiva sedazione /confusione	3	4	Riduzione degli effetti collaterali Standard: = < 4	3	5	
		22- ☐ EPS	1			1		
		23- ☐ aumento di peso				1		
		24- ☐ altro :						
TOTALE COMPLESSIVO			19	-----	24			

Anche le macro aree successive hanno subito un incremento (totale 9 e totale 5). In questo esempio il totale complessivo (24) risulta essere > della soglia di accettabilità (19) (Figura 11): questo incremento indirizza l'operatore a predisporre l'approccio di cura adeguato, avvalendosi della tabella dei criteri di appropriatezza del setting di cura (Figura 6), pertanto il problema riportato nell'esempio risulta essere di gravità media e la condizione clinica risulta essere di gestione medico-infermieristica.

L'inquadramento post monitoraggio clinico-assistenziale assumerà un connotazione come la successiva (Figura 12).

Figura 12 - Fase di inquadramento post monitoraggio

Valutazione sovra soglia (Varianza)		OBIETTIVI post-valutazione sovra soglia
Peso	Totale	
2	3	Miglioramento della condizione di base Standard: =< 3
1		
2	4	Riduzione della severità clinica Standard: =< 4
2		
2	3	Miglioramento del trattamento Standard: =< 3
1		
3	9	Riduzione dei segnali di allarme pre- scadenza Standard: =< 9
2		
2		
1		
1		
3	5	Riduzione degli effetti collaterali Standard: =< 5
1		
1		
		24

Discussione

Si può affermare che l'adozione di un PDTA, attraverso il monitoraggio clinico-assistenziale, permette di:

- valutare nel tempo le variazioni globali delle 5 macro-aree, avvalendosi del totale complessivo;

- valutare gli eventuali scostamenti nelle singole macro-aree, evidenziando in quale in specifico si è verificato il cambiamento;
- avere una visione d'insieme del paziente rispetto alle 5 macro-aree (obiettivo generale);
- valutare le singole macro-aree e, all'interno delle stesse, le possibili variazioni (miglioramento/peggioramento) dei singoli item, che rappresentano l'analisi più raffinata. Se si è verificata un cambiamento anche in un solo elemento di una macro area, e questo ha inciso significativamente sull'aspetto psicopatologico, può essere necessario intervenire nell'area interessata, evitando possibili interventi inappropriati.

Gli esiti (TOTALE COMPLESSIVO) possono dare indicazioni sull'efficacia della terapia LAI, nonché indicazioni specifiche sugli aspetti che necessitano di interventi mirati sociali, psicologici, altri. Pertanto questo strumento permette di misurare e indirizzare i comportamenti di ciascun operatore nel proprio ambito di competenza. Le informazioni di *best practices*, congiunte ai dati provenienti dalla ricerca, hanno permesso di stabilire i determinanti clinici più frequentemente associati ad una scarsa aderenza alla terapia LAI, aspetto che rappresenta il punto di forza di questo PDTA.

In letteratura sono riportati diversi studi e modelli riguardo la misurazione dei livelli di aderenza.

Non esiste un *gold-standard* per la misurazione (Timmreck T C et al., 1993; Farmer K C, 1999). Non sono presenti strumenti/scale di valutazione specifici in grado di valutare l'aderenza alla terapia LAI dei pazienti schizofrenici. Essendo uno strumento sperimentale, il PDTA andrebbe contestualizzato definendo una "*soglia di accettabilità/standard*" in relazione alle caratteristiche del paziente.

Una conoscenza approfondita della causa di malessere, attraverso i PDTA, potrebbe risultare un valido metodo per ottenere una migliore efficacia pratica clinica. Questo tipo di strategia non prende solamente in considerazione il farmaco, ma una serie di elementi di grande impatto nella gestione del regime terapeutico e dell'esito. Se la scelta del farmaco è appropriata, deve poter agire in un contesto dove le variabili legate alla patologia siano controllate (es. stile di vita del paziente: abuso alcolico e droghe, alimentazione scorretta, ecc...), quindi l'utilizzo dei PDTA nel monitoraggio clinico congiuntamente al farmaco può contribuire a perseguire l'efficacia terapeutica.

Conclusioni

Le attuali linee guida raccomandano l'utilizzo dei LAI nei pazienti che hanno dimostrato una non-aderenza (Graffino et al., 2014). Il progresso nel campo psicofarmacologico, di cui la terapia antipsicotica LAI è uno dei capisaldi nella cura dello spettro schizofrenico, non determina semplicemente una contenzione chimica, ma apre a nuove opportunità nella gestione del paziente. La terapia psicofarmacologica LAI in questo senso ha il compito di facilitare il clima di collaborazione tra il sanitario ed il paziente. Poiché la terapia LAI contrasta la causa del malessere, il paziente ha maggiore propensione a collaborare e in tal senso gli operatori possono dedicare maggiore attenzione ad altri aspetti importanti, come la psicoterapia, la riabilitazione e altre forme appropriate al singolo caso.

Curare la schizofrenia rappresenta oggi una sfida importante che può essere affrontata prevalentemente con l'integrazione di interventi farmacologici nuovi e più raffinati e con un diverso uso di strategie di *best practice*, orientate alla stabilità clinica e alla prevenzione della disabilità personale. L'aderenza rappresenta una condizione essenziale nel trattamento clinico-assistenziale della schizofrenia, ed è uno degli obiettivi primari.

Un programma terapeutico multidimensionale e multifattoriale è *condicio sine qua non* e deve avvalersi di strumenti e metodi specifici, capaci di misurare l'appropriatezza degli interventi.

L'infermiere ha un ruolo chiave nella gestione della terapia LAI: attraverso nuove forme di cooperazione e strumenti quali i PDTA, contribuisce insieme ai medici a definire il regime terapeutico, ad interpretarlo, a monitorare i risultati clinici e a fornire al paziente un adeguato feedback (Hall et al., 1988), orientato a ridurre rapidamente la gravità dei sintomi, prevenire nuovi episodi sintomatici e, nei casi più gravi, ridurre il deterioramento funzionale associato alla malattia.

Il PDTA mostra differenti aspetti quantificanti: coordina i vari interventi multi professionali, rende misurabile il processo, rende trasparente il processo, stabilisce il percorso in relazione alle risorse e rappresenta un tentativo di *best practice* su cui gli operatori possono riflettere per apportare dei cambiamenti in una prospettiva di cura sostenibile realmente efficace e centrata sul malato.

Ringraziamenti

L'autore ringrazia ASST BERGAMO EST per aver concesso l'autorizzazione ad utilizzare quali fonti d'informazione le opinioni espresse da colleghi esperti in pratica clinica del DSM. Si ringraziano la Dr.ssa G. Esposito Area Ricerca e Formazione S.I.T.R.A., il personale medico e infermieristico del DSM dell'ASST BERGAMO EST per aver fornito preziosi suggerimenti necessari alla realizzazione della presente ricerca.

BIBLIOGRAFIA

- Almond S et al. (2004) *Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life*. BrJ Psychiatry; 184: 346-51.
- Ascher-Svanum et al. (2006) *A prospective study of risk factors for non adherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia*. J Clin Psychiatry 67: pp. 1114-23.
- Bebbington PI (1995) *The content and context of compliance*. IntClin Psychopharmacol; 9:41-50.
- Corrigan PW et al. (1990) *From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia*. Hosp Comm Psychiatry;41:1203-11.
- Davis JM, Chen N (2003) *Choice of maintenance medication for schizophrenia*. J Clin Psychiatry; 64: 24-33.
- Dunbar-Jacob et al. (2000) *Adherence in chronic disease*. AnnuRevNursRes18: pp. 48-90.
- Graffino M et al. (2014) "Long acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a review of literature". Riv. Psichiatria;49(3):115-123.
- Hall J A et al. (1988) *Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters*. Medical care, 26:657-675.
- Lieberman JA et al. (2005) *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. N Engl J Med; 353: 1209-23.
- Llorca P M (2008) *Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes*. Psychiatry Res;161(Suppl 2):235-47.
- Majani G (2001) *Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica*. McGraw -Hill, Milano.
- Meyers L B Midence K (1998) *Adherence to treatment in medical condition*, Harwood Academic Publisher, Amsterdam.
- Schulman B A (1979) *Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: application of a socio-organizational perspective*. Medical Care, 17:267-280.
- Scopp A (2000) *Clear communication skills with headache patients*. Headache quarterly, 11:269-274.
- Tiihonen J et al. (2009) *1-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)*. Lancet; 374: 620-7.
- Timmreck T C et al. (1993) *Smoking cessation: clinical steps to improve compliance*. Geriatrics;48:63-66.
- World Health Organization (2003) *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva.
- World Health Organization (2011) *Schizophrenia* Last cited on 2011 Feb 27. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.

ESPERIENZE

Il Salento e la solidarietà. L'impegno della professione infermieristica per la tutela della vita. Indagine conoscitiva e progetto di sensibilizzazione per la promozione della "cultura del donare"

di Marcello Antonazzo (1), Chiara Scardia (2)

*(1) Infermiere Dipartimento di Prevenzione SISP A.S.L. Lecce - Prof. a contratto MED.45
Università degli Studi di Bari*

(2) Infermiere in attesa di prima occupazione

Corrispondenza: marcelloantonazzo@libero.it

Quello della “cultura della donazione” è un tema sempre attuale, che non ha mai smesso di essere in linea e al passo con le epoche sin da quando, per la prima volta e seppur in tempi diversi, si scelse di dare vita e vigore alle pratiche di donazione del sangue, del midollo osseo, degli organi e dei tessuti. E' indubbio che anche la donazione si sia adeguata alla società e ai tempi moderni, divenendo una forma di solidarietà rivolta agli sconosciuti, lontana dall'idea di “*dono tradizionale*” fondato su scambi interpersonali, quindi sul profitto. Da ciò nasce l'obiettivo di questo cammino: ripercorrere tramite la storia e l'evoluzione legislativa come sia cambiata nei decenni questa mentalità, ma soprattutto conoscere da vicino l'organizzazione che la caratterizza nel nostro territorio e, di conseguenza, i mezzi, i protagonisti e le molteplici forme in cui si manifesta la volontà di promuovere, diffondere e rendere vigorosa questa cultura.

Nella sua componente descrittiva, la tesi verte sulla tematica della donazione di sangue ed emoderivati, midollo osseo, organi e tessuti in due capitoli differenti ma simili nell'impostazione: dopo i riferimenti storici e legislativi, ci si è soffermati sulle procedure di donazione, sugli aspetti etici e religiosi, sulla necessità di informare ed educare i giovani e, infine, sull'organizzazione del volontariato nel Salento, operando un breve ma completo *excursus* nella provincia salentina, la cui strutturazione in merito è risultata eccellente, sempre pronta, bene ramificata e mai offuscata dai tempi. Nella parte sperimentale, invece, la somministrazione di un questionario agli infermieri di due strutture ospedaliere ha permesso di ottenere ed elaborare anche graficamente una grossa mole di dati circa l'impegno di questi ultimi sia come donatori che come professionisti della salute.

Si è cercato di comprendere la volontà degli stessi di informarsi e formarsi per poter dare il loro contributo alle realtà associative locali, le proposte dei metodi di formazione, le motivazioni delle posizioni assunte in merito al tema, le spiegazioni legate alle scelte di partecipare attivamente o di tenersi lontani da queste realtà, i mezzi e le proposte per innovare questa tematica e la sua struttura, per avvicinare le giovani generazioni, per migliorare il servizio attraverso l'interazione e la collaborazione tra le varie realtà presenti. La raccolta dei dati, infine, ha permesso di avere un quadro generale dell'approccio con cui la popolazione si avvicina alla donazione e delle modalità con cui agire per favorire questo avvicinamento, per promuoverlo, migliorarlo, renderlo più attraente.

Si è pensato poi di redigere un opuscolo informativo, ideato con l'obiettivo di contribuire, di prendere parte in maniera attiva alle campagne di sensibilizzazione, alle attività di promozione di questa cultura, partecipando, con uno strumento rivolto a più fasce della popolazione, all'informazione e alla sensibilizzazione. Perché sentirsi parte attiva, sentire di aver agito approfittando di questa occasione a favore degli altri, deve essere una regola per vivere meglio come persona, come cittadina del mondo prima ancora che come futura infermiera.

Il nostro percorso

Per meglio comprendere come si articolano le principali attività delle strutture che radunano i donatori volontari del Tacco d'Italia si è svolto un lavoro di ricerca che ha cercato di approfondire la storia, le principali attività e l'organizzazione dell'*Associazione Volontari Italiani Sangue (Avis)*, della *Federazione Italiana Associazioni Donatori di Sangue (Fidas)*, della *Consociazione Nazionale dei Gruppi Donatori Fratres delle Misericordie d'Italia*, e ancora dell'*Associazione Donatori Midollo Osseo (Admo)* e dell'*Associazione Italiana Donatori di Organi (Aido)*. Dalle interviste con i responsabili provinciali delle Associazioni, infatti, è stato possibile ricavare dei dati, inseriti successivamente in tabelle, relativi all'anno sociale 2012. A questo si somma la consultazione di riviste infermieristiche, fonti multimediali, siti ufficiali oltre che la revisione della letteratura presente in materia.

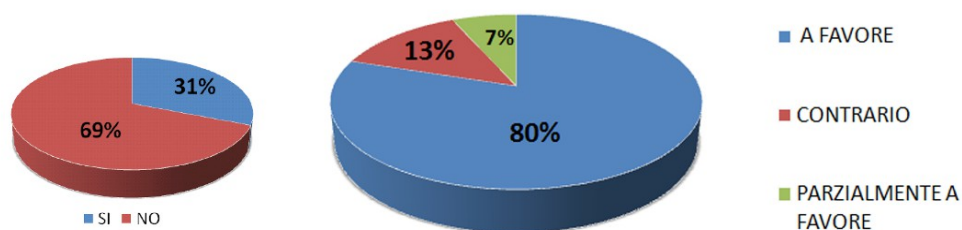
Lo studio a carattere osservazionale - descrittivo, per la raccolta dei dati, inoltre, ha utilizzato un questionario anonimo, somministrato in formato cartaceo, che constava di 29 quesiti a risposta multipla divisi in cinque sezioni così sviluppate: *n° 7 quesiti finalizzati alla raccolta dei dati anagrafici e di quelli relativi alle basi professionali dei compilatori del questionario, n° 8 domande finalizzate a sondare le conoscenze e la posizione del personale infermieristico in merito alla cultura della donazione, n° 4 domande atte a valutare la partecipazione degli infermieri come professionisti volontari o come donatori alle attività di donazione del sangue e dei suoi derivati, n° 3 domande relative alla donazione del midollo osseo, n° 7 domande inerenti la donazione di organi e tessuti.*

La ricerca è stata eseguita dal mese di luglio al mese di settembre 2013, previa informativa inviata ai Direttori Sanitari dei PP.OO di Lecce e Copertino per l'autorizzazione all'accesso, preceduta da una premessa in cui era spiegato l'obiettivo generale della Tesi. Il questionario è stato somministrato ad un'entità campione di 100 infermieri dei due presidi ospedalieri scelti, impegnati nello svolgimento della loro professione in sei differenti reparti e compilati nell'arco di tempo del turno lavorativo; tutti i questionari sono stati ritirati e ritenuti validi con una percentuale pari al 100 per cento dei casi presi in esame. Analizzati e catalogati, i dati sono stati trattati con la massima riservatezza e memorizzati in tabelle elettroniche per consentire una successiva elaborazione statistica e grafica. Per l'attività di sensibilizzazione è stato poi ideato un opuscolo che, così come l'intero progetto di informazione e di sensibilizzazione, si poggia su una più ampia proposta che mira a coinvolgere alcune delle più attive e interessanti realtà associative del nostro territorio con l'intento di creare una vera e propria rete di collaborazioni, competenze ed eccellenze attorno alla "cultura del donare". Alla base del progetto c'è l'ottima risposta del territorio salentino verso queste tematiche e la capillare organizzazione delle strutture.

Risultati

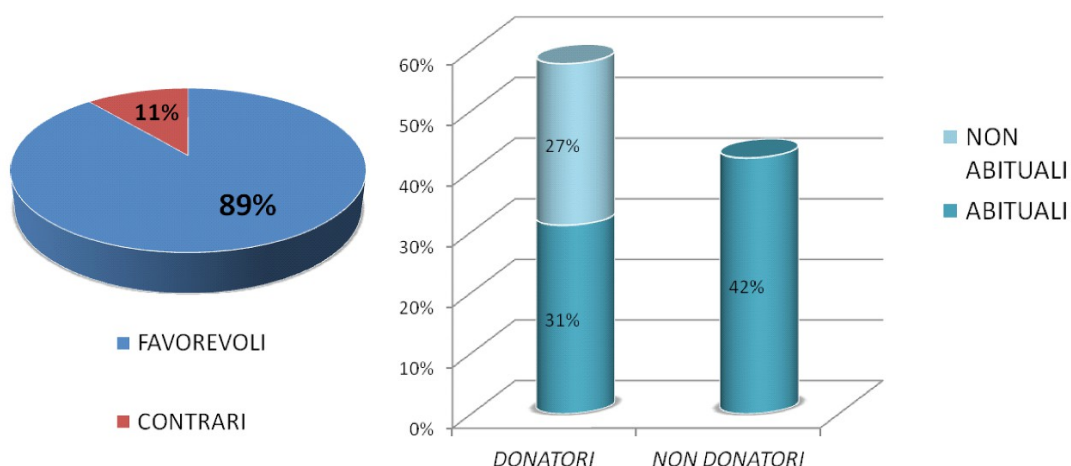
Lo studio, effettuato su un campione di 100 infermieri dei quali il 64% donne e il restante 36% uomini, principalmente di età compresa tra i 36 e i 49 anni, ha riportato che il 31% è impegnato in attività di volontariato infermieristico, mentre la restante percentuale (69%) affermava di non svolgere in ambito extra-ospedaliero alcuna attività di volontariato seppur impegnato anche al di fuori dell'ambito lavorativo con l'obiettivo di educare alla salute e, quindi, di promuoverla. Nonostante la ridotta partecipazione attiva, però, l'80% ha risposto di essere totalmente favorevole rispetto al tema della donazione, cui si contrappone una ridottissima e quasi insignificante percentuale di contrari (13%) e una relativa percentuale di incerti (7%) (Grafico 1).

Grafico 1 - Volontariato infermieristico e propensione alla "cultura della donazione"



Entrando nello specifico, rispetto alla tematica della **donazione del sangue**, si è riscontrato anche che la quasi totalità, pari all' 89% degli infermieri sottoposti al sondaggio, è favorevole a questa pratica: di questi il 58% sono donatori e la restante percentuale (42%), invece, non si è mai accostata alla pratica, nemmeno una volta nella vita. E' stata confermata anche la presenza di *donatori abituali* (31% a fronte del 27% dei "non abituali"), i quali vengono contattati dalle Associazioni cui sono iscritti o spontaneamente si recano presso i Centri Trasfusionali tutte le volte che è loro concesso, in ragione di motivazioni personali o legate alla pratica stessa, quali ad esempio le disposizioni di Legge in merito ai tempi ed al numero di donazioni cui potersi sottoporre in un anno, come approfondito nel Grafico 2.

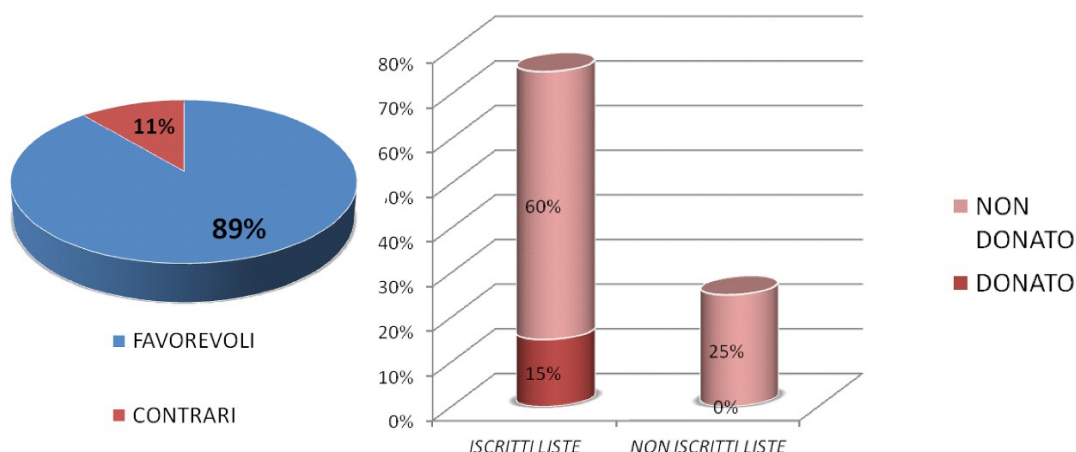
Grafico 2 - Infermieri e donazione del sangue: percentuale di favorevoli e contrari e suddivisione dei donatori in abituali e non abituali



In merito alla **donazione del midollo osseo**, è bene precisare che non si riscontrano particolari differenze rispetto alla tematica affrontata in precedenza.

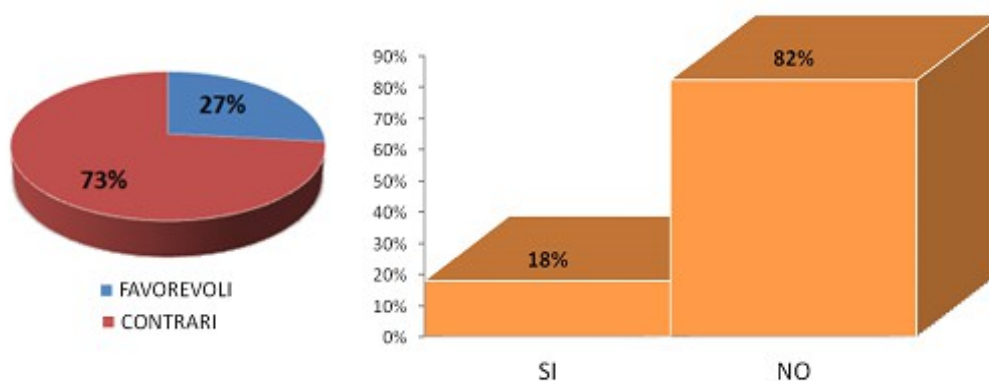
Se praticamente identica risulta la percentuale di soggetti favorevoli e contrari alla donazione, infatti, ciò che cambia è il numero di favorevoli realmente vicini alla pratica, che forse è più contornata da domande e perplessità verso rischi e problematiche. Tra quelli intervistati, dunque, il numero di infermieri iscritti all'*Ibmdr*, il *Registro italiano dei donatori di midollo osseo*, è risultato il 75% (contro il 25% dei non iscritti) ma di questi soltanto il 15% fino ad oggi si è realmente sottoposto alla pratica della donazione. Qui subentrano altri importanti fattori ad ostacolare la donazione, come la necessità di una compatibilità tra il donatore e l'ipotetico fruitore ma anche l'obbligo di assentarsi dal lavoro nei giorni in cui si dà vita a questo atto altruistico (Grafico 3).

Grafico 3 - Infermieri e donazione di midollo osseo: percentuale di favorevoli e contrari e suddivisione degli iscritti al Registro Ibmdr e dei donatori



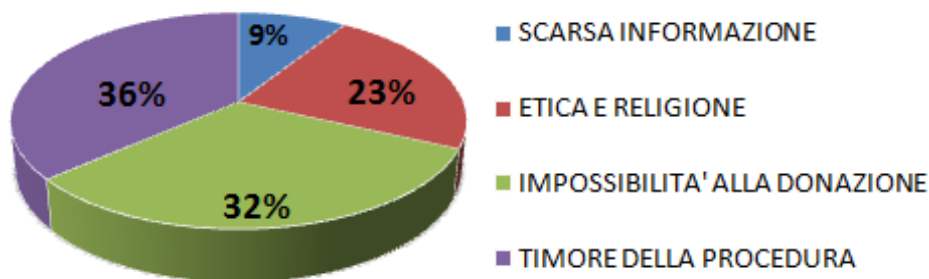
Con sorpresa, risulta considerevolmente aumentata la percentuale di coloro che si definiscono contrari quando ci si sposta sul tema della **donazione degli organi**: una percentuale pari al 73% degli intervistati, contro al 27% di favorevoli, afferma di non essere favorevole alla possibilità che sé stesso o altri al suo posto vengano, *post mortem*, sottoposti all'espianto degli organi, un elemento questo confermato anche dall'82% di coloro che non hanno ancora manifestato una volontà a riguardo secondo quelle modalità imposte dalla Legge. Solo il 18%, al contrario, ha esplicitamente manifestato questa volontà, anche solo colloquiando con i familiari, i primi e gli unici a poter fare valere la decisione del soggetto in caso di decesso (Grafico 4).

Grafico 4 - Infermieri e donazione di organi: percentuale di favorevoli e contrari e di coloro che hanno già manifestato la volontà a riguardo



Affrontando uno degli scopi principali di questo lavoro, ovvero quello di cercare di comprendere cosa tenesse gli infermieri, specchio di una popolazione ben più ampia fatta anche da professionisti in altri settori, lontani dalla pratica della donazione è scaturito che la scarsa informazione (9%) e le motivazioni etiche e religiose (23%) sono solo in misura ridotta le cause di questo rifiuto. In realtà le cause principali risultano essere l'impossibilità di accostarsi alla donazione (32%) e il timore della procedura (36%), specie per quanto concerne la donazione del Midollo Osseo per la quale si utilizza una pratica più invasiva e lunga rispetto a quella della donazione del sangue (Grafico 5).

Grafico 5 - Infermieri e “cultura del dono”: motivazione della scelta del rifiuto



Infine è stato interessante scoprire che la quasi totalità dei compilatori (67%) abbia affermato che l'informazione in merito alla donazione è sì presente ma non sufficiente per vincere le paure e i pregiudizi legati alla “cultura del dono”: sono stati gli stessi a sottolineare come puntare sui giovani d'oggi per ottenere un ricambio generazionale, atto a rendere questa cultura sempre più condivisa, sia la strategia giusta. Del restante 33% degli intervistati, infine, l'11% ha ritenuto che l'informazione a riguardo sia presente e adeguata, il 22%, al contrario, ritiene assente ogni forma di comunicazione.

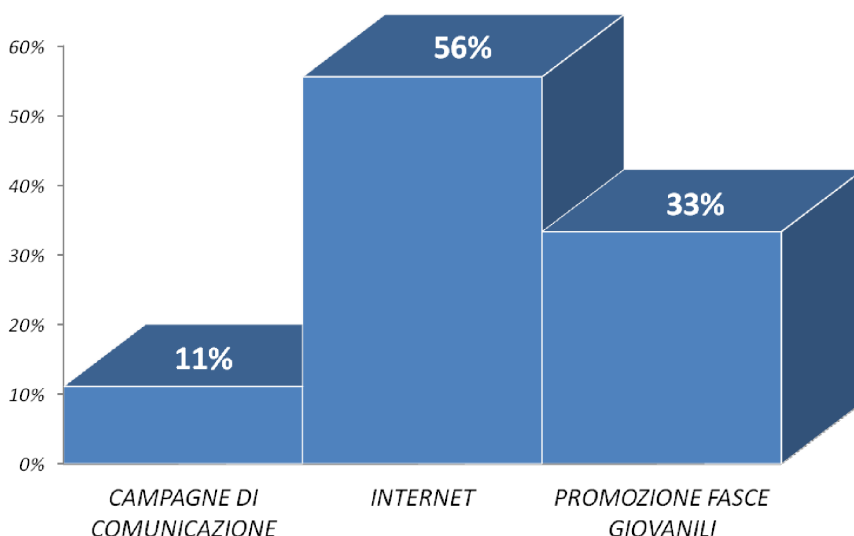
L'analisi dei risultati, considerando gli intervistati come facenti parte di una comunità e non soltanto da un punto di vista professionale, ha messo in risalto come molto spesso ci si senta lontani da questa “cultura”, intoccabili ed indisturbati nello scorrere delle nostre giornate, già sature di mille impegni e preoccupazioni. Oltre a tanti ambiti interessanti da approfondire, è scaturita la voglia di prendere parte a questo progetto in maniera consapevole, la necessità di scoprire quali sono i valori e gli stimoli più profondi alla base di questo atto oblativo. Da qui la necessità di una formazione migliore (56%), rivolta ai professionisti del settore con attività di tirocinio (33%), in modo da permettere loro di aiutare con professionalità le persone comuni, quelle che sono spaventate e timorose e magari malinformate. Da sottolineare, infine, l'11% che ha indicato come mezzi di sensibilizzazione più adeguati campagne pubblicitarie diffuse con l'ausilio di materiale cartaceo e mass media.

Concludendo, sfruttare il web sembra essere una strategia condivisa: indirizzarsi sui social network che pullulano di giovani per convincerli a “provare”, per renderli consapevoli di come la donazione non può essere considerata solo una scelta, per far comprendere loro che donare è un dovere civico prima ancora che un diritto, un impegno del cuore e della coscienza. Gli stessi infermieri, oltre a confermare che la strada da seguire è quella che affianca i giovani all'utilizzo mirato delle moderne tecnologie, hanno compilato il questionario esprimendo quasi all'unanimità la volontà di formarsi e di essere in qualche modo coinvolti.

Lo strumento da utilizzare è la Rete: internet e social network sarebbero i mezzi più idonei (56%), in associazione ad attività di promozione mirate esclusivamente alle fasce giovanili (33%), a discapito delle ormai desuete forme di comunicazione (11%), ovvero campagne tradizionali utili a informare ma che ormai sembrano non appartenere più alle generazioni attuali (Grafico 6). Sebbene, quindi, la percentuale di coloro realmente impegnati potrebbe crescere, scaturisce dalle risposte la volontà di migliorare. Escluse le cause di carattere etico e religioso, non si può lasciare che scarsa informazione e timori sbarrino le strade al progresso.

Perché donare sé stessi per la vita di altri, gratuitamente, è la forma di progresso migliore, la più autentica.

Grafico 6 - Nuovi strumenti di sensibilizzazione



Conclusioni

La scelta di cercare dati, informazioni, curiosità in merito alla *“cultura della donazione”* ha permesso di capire a fondo le basi su cui essa stessa si fonda, quali sono i tasselli che messi insieme la rendono salda sul nostro territorio, a livello nazionale prima ancora che locale. L'obiettivo iniziale era quello di sintetizzare tutta la storia di questa mentalità, capire in che modo si struttura, di quali energie si serve per non fallire, di quanto la popolazione e gli infermieri nello specifico rappresentino una risorsa utile per mantenere viva e rendere sempre più rilevante la realtà associativa che ha come scopo principale quello di impegnarsi per il bene dell'altro, del diverso da noi. Quello trattato nel mio lavoro di Tesi è un tema che non può essere trascurato, che richiede la collaborazione di tutti e, in particolar modo, degli esperti del settore, dei professionisti che conoscono bene i meccanismi con cui funziona la Sanità, con i suoi deficit e le svariate necessità che spesso si trova a dover fronteggiare. Certo è che vedere da vicino la realtà locale e soffermarsi per valutarne attentamente l'impostazione, i punti di forza ma anche quelli deboli, ha permesso di chiarire le idee, di capire come progetti di sensibilizzazione e campagne di promozione della salute abbiano uno scopo fondamentale, specie se affiancati ad un'adeguata attività sul campo.

L'informazione, infatti, può rappresentare un mezzo per progredire, tutto dimostrato dal fatto che la ricerca condotta ha permesso di svelare realtà celate, talvolta sconosciute anche se vissute a fondo da chi in esse fortemente crede e per esse spende tempo, energie e risorse. Il cerchio si chiude nel notare come l'idea di una professione infermieristica impegnata su fronti che vadano oltre l'ambito lavorativo, oltre ad essere considerata da tutti una possibilità, può rappresentare una strategia vincente; sono stati gli stessi infermieri, nelle domande a riguardo cui sono stati sottoposti, a sottolineare come una maggiore formazione e un realistico impegno anche da parte loro sia possibile, nonostante i tempi che corrono, nonostante i ritmi che scandiscono le nostre giornate. E' dalla valutazione attenta di tutti questi aspetti che nasce l'idea di uno strumento utile per informare ed educare, dalla consapevolezza che il passato serve per migliorare, per gettare le basi di un futuro in cui gli errori di un tempo non devono ripetersi, di un domani dettato dal progresso del quale ciascuno, in misura diversa, è protagonista e fautore. Per concludere sembra opportuno ricordare un motto, uno slogan che riveste di una luce nuova la nostra professione: infermiere, protagonista nella vita vera quella di ogni giorno, che di persone impegnate per gli altri senza secondi fini ne ha veramente un gran bisogno.

BIBLIOGRAFIA

- Castelnovo G., Menici R., Fedi M., *La donazione in Italia - Situazione e prospettive della donazione di sangue, organi, tessuti, cellule e midollo osseo*, Edizioni Springer, Milano 2011.
- Piana G., *Appunti per una cultura del dono* ne "La donazione in Italia. Situazione e prospettive della donazione di sangue, organi, tessuti, cellule e midollo osseo" di Gianluca Castelnovo, Riccardo Menici e Marcello Fedi, Edizioni Springer-Verlag Italia, Milano 2011.
- Picozzi M., *Il trapianto di organi. Realtà clinica e questioni etico-deontologiche*, Collana Scienze e Salute informazione, Prima edizione, pag. 19-21, Franco Angeli Editore, Roma 2010.
- Sandel M.J., *Quello che i soldi non possono comprare: I limiti morali del mercato*, Edizioni Feltrinelli Serie Bianca, Milano aprile 2013.
- SCARAMUCCIA D., *Sangue, bivio cruciale nel 2014* in "24ore Sanità", Settimanale di informazione sanitaria de "Il Sole 24-Ore S.p.A", pag. 8, Milano 25 giugno-1 luglio 2013.
- Trabucco G., Verlatto G., *Condividere la vita. Donazione e trapianto di organi e tessuti. Conoscenze, opinioni, vissuti psicologici*, Cortina Editore, Azienda Ospedaliera - Universitaria, Verona 2005.

Riferimenti legislativi europei e italiani, pubblicazioni e studi

- *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina - Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina*, Capitolo VII - Divieto del profitto e utilizzazione di una parte del corpo umano, articolo 21 - Divieto del profitto.
- COM (2006) 313 definitivo, "Prima relazione della Commissione europea sull'applicazione della direttiva riguardante il sangue".
- COM (2011) 138 definitivo, "Seconda relazione sulla donazione volontaria e gratuita di sangue e suoi componenti".
- COM (2011) 352 definitivo, approvata a Bruxelles il 17 giugno 2011.
- Direttiva 2004/23/CE 31 marzo 2004, "Definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani".
- "Seconda relazione sulla donazione volontaria e gratuita di sangue e suoi componenti", Relazione della Commissione Europea al Parlamento Europeo, al Consiglio Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Sezione "Sintesi e Conclusioni", pagg. 10-11.
- Decreto Ministeriale n° 739 del 14 settembre 1994, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n°6 del 9 gennaio 1995.
- Decreto Ministeriale 1 settembre 1995, "Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigo emoteche", allegato 1, articolo 8.
- Decreto Ministeriale del 01 marzo 2000, "Adozione del progetto relativo al piano nazionale sangue e plasma per il triennio 1999-2001", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n°73 del 28 marzo 2000, titolo 2, paragrafi 2.3 "Sicurezza trasfusionale".
- Decreto Ministeriale del 03 marzo 2005, "Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti", allegato 5/6, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n°85 del 13 aprile 2005.

- Decreto Ministeriale 26 aprile 2007, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 145 del 25 giugno 2007.
- Decreto 5/06/2002, *"Commissione nazionale per i trapianti allogenici da non consanguineo"*.
- Legge n°107 del 4 maggio 1990, *"Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasma derivati"*, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n° 108 dell'11 maggio 1990.
- Legge n. 42 del 26 febbraio 1999, *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie"*, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999.
- Legge n° 91 del 1° aprile 1999, *"Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti"*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n°87 del 15 aprile 1999, articolo 4.
- Legge n° 52 del 6 marzo 2001, *"Riconoscimento del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo"*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n° 62 del 15 marzo 2001, articolo 2.
- Legge n°219 del 21 ottobre 2005, *"Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati"*, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n°251 del 27 ottobre 2005.
- *Codice Deontologico dell'Infermiere 2009*, Comitato Centrale della Federazione e Consiglio Nazionale dei Collegi Ipasvi, deliberazione n. 1/09 del 10 gennaio 2009, Disposizioni finali.
- Ibmdr, *Standard di funzionamento del programma nazionale italiano di donazione di cellule staminali emopoietiche da non consanguineo*, versione XVI, gennaio 2013.
- *"Rapporto Italia 2009"*, Istituto di Studi Economici, Politi e Sociali (EURISPES), Capitolo I - Istituzioni, Sondaggio scheda 1 "La Fiducia dei Cittadini nelle Istituzioni".
- *Report di attività IBMDR*, tratto da <http://ibmdr.galliera.it/statistiche-1/report-di-attivita-anno-2012>.

Sitografia

www.avis.it / avisprovincialelecce.weebly.com (il 05/09/2013, ore 11.00)
www.admo.it / www.admopuglia.it (il 10/09/2013, ore 18.00)
www.aido.it (il 13/09/2013, ore 15.00)
www.evidencebasednursing.it (il 24/09/2013, ore 09.00)
www.fidas.it / www.fidasleccese.it (il 05/09/2013, ore 16.00)
www.fratres.org / www.fratresprovincialelecce.it (il 06/09/2013, ore 09.30)
www.ibmdr.galliera.it (il 10/09/2013, ore 10.00)
www.ipasvi.it (il 23/07/2013, ore 10.00)
www.iss.it (il 24/09/2013, ore 09.00)
www.ministerosalute.it (il 26/08/2013, ore 9.00)
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed (il 24/09/2013, ore 09.00)
www.simti.it/donazione.aspx (il 23/07/2013, ore 12.00)
www.trapianti.ministerosalute.it (il 13/09/2013, ore 10.00)



ESPERIENZE

Parametri e valori per il monitoraggio e lo svezzamento del neonato dalla NCPAP

di Ilenia Merlini (1), Virgilio P. Carnielli (2), Maurizio Mercuri (3), Paolo Marchionni (4)

(1) Infermiera - S. Benedetto del Tronto

(2) Medico, Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona – Ancona

(3) Direttore Attività Professionalizzanti CdL in Infermieristica, Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona – Ancona

(4) Ingegnere biomedico, Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona – Ancona

Corrispondenza: ilenia.merlini@hotmail.it

L'insufficienza respiratoria neonatale rappresenta ad oggi la causa più comune di ospedalizzazione dei neonati prematuri, con un tasso di mortalità che, dalle più recenti revisioni e metanalisi, risulta al 24%, in diminuzione rispetto ai dati degli anni precedenti (Wong et al., 2017).

Ha manifestazioni eterogenee nel neonato, non solo perché diverse patologie possono presentarsi in epoca neonatale con i segni e sintomi di distress respiratorio, ma soprattutto perché diversa è la sua fisiopatologia in relazione all'età gestazionale e quindi al grado di maturazione dell'apparato respiratorio. Colpisce infatti il 95% dei neonati con età gestazionale (EG) di 24 settimane e l'80% con EG di 28 settimane, e così via diminuendo proporzionalmente alla crescita dell'EG (Sweet et al., 2017).

Le cause sono principalmente malattie proprie dell'apparato respiratorio, prima tra tutte la carenza del tensioattivo alveolare, edema polmonare, malattie del sistema nervoso centrale, dell'apparato cardiocircolatorio, squilibri metabolici o infezioni (Reuter et al., 2014).

L'infermiere di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) ha l'importante responsabilità di valutare, in collaborazione con il neonatologo, il grado di difficoltà della respirazione del neonato. Tra le varie scale di valutazione, la più nota è quella di Silverman che considera cinque criteri arbitrari: bilancia toraco-addominale, retrazione intercostale, retrazione xifoidea, dilatazione pinne nasali e gemito espiratorio. Il punteggio viene calcolato aggiungendo i valori 0, 1 o 2 a ciascun fattore che meglio descrive le condizioni del neonato al momento della valutazione.

La NCPAP (Nasal CPAP) è un dispositivo che, applicato alle fosse nasali del neonato, è in grado di mantenere la pressione a livello delle vie aeree più elevata rispetto alla pressione ambientale, impedendo così al polmone di collassare. Tale pressione viene chiamata PEEP (*Positive End-Expiratory Pressure*) ed è impostata dal medico a valori compresi, nel neonato pretermine, tra 2 e 8 cmH₂O (Sweet et al., 2017). In molte situazioni è proprio l'infermiere che, stando più a lungo a contatto con il piccolo paziente, è il primo a rilevare eventuali problemi e a individuare possibilità di risoluzione: tra queste la modificazione della pressione di CPAP.

Il nostro percorso

L'indagine si è realizzata presso la SOD di Terapia Intensiva Neonatale del Presidio Ospedaliero Salesi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedale Riuniti di Ancona", da giugno ad ottobre 2016. Sono stati raccolti dati su frequenza respiratoria (FR), frequenza cardiaca (FC), saturazione arteriosa (SpO₂), frazione inspirata di O₂ (FiO₂) e SpO₂/FiO₂ (SFR).

Il protocollo del servizio prevede la modificazione della PEEP dei neonati in ventilazione NCPAP 1 volta a settimana, ovvero il giorno del compi-settimana del neonato; dunque ogni compi-settimana il bambino viene svezzato dalla NCPAP, cioè si abbassa la pressione di 2 cmH₂O e si osservano i criteri di fallimento stabiliti:

- aumento della FR di più di 20 atti respiratori;
- aumento della FC di più di 10 battiti;
- aumento della FiO₂ $\geq$ 0.05 (5%);
- aumento significativo degli episodi di desaturazione (<75%; una all'ora su periodo 6 h);
- aumento significativo degli episodi apnea (cessazione respiro per almeno 20 secondi o per meno se associata a SpO₂ < 75%; una ogni 2 ore su periodo di 6 h);
- se il neonato, ad 1 ora e/o a 6 ore dall'abbassamento della PEEP presenta uno o più dei precedenti criteri di fallimento, sarà reimpostato il valore di CPAP iniziale e mantenuto tale fino al seguente compi-settimana; altrimenti manterrà la nuova pressione fino al successivo tentativo di svezzamento.

Per la raccolta dei dati è stato elaborato uno schema (Figura 1) in cui sono stati registrati i parametri del neonato pre-svezzamento e post-svezzamento (1 h dopo e 6 h dopo). Sono stati confrontati con i criteri di fallimento sottoelencati e si è definito il successo o il fallimento. Nel caso di fallimento vanno elencati il/i parametri per cui questo si è verificato.

Applicando la procedura del servizio ed osservando i criteri di fallimento si vuole ricercare il miglior modo per accompagnare gradatamente il neonato al respiro spontaneo, riducendo inutili variazioni continue della pressione.

L'obiettivo è quindi quello di stabilire quali sono i parametri che indicano un fallimento attraverso la valutazione dell'adeguatezza o meno dei criteri individuati, allo scopo di realizzare un attento e corretto monitoraggio del neonato pretermine al momento dello svezzamento, valutando prontamente l'evento negativo e riducendo lo stress ai polmoni del neonato.

Risultati

Sono stati reclutati 24 neonati pretermine sottoposti a ventilazione NCPAP con sistema *Infant Flow* o *Bubble* CPAP. Tali neonati avevano un EG media alla nascita di 192 $\pm$ 13 giorni e peso medio alla nascita di 962 $\pm$ 251 g. Sono stati ricavati, nell'arco di tempo dello studio, 60 episodi di svezzamento: seguendo lo schema utilizzato, 36 sono stati definiti successi mentre 24 sono risultati fallimenti.

Dopo la riduzione della PEEP (Tabella 1) mediamente la frequenza respiratoria aumenta ($p = 0.687$), la frequenza cardiaca diminuisce ($p = 0.281$), la saturazione arteriosa diminuisce ($p = 0.06$), la frazione inspiratoria di O₂ aumenta ($p = 0.02$), il rapporto SpO₂/FiO₂ diminuisce ($p = 0.03$).

Figura 1 - Schema utilizzato per la raccolta dati

MONITORAGGIO SVEZZAMENTO C-PAP		
NOME		
COGNOME		
DATA DI NASCITA	GA	
DATA INIZIO C-PAP	PEEP (inizio)	
COMPISETTIMANA DATA:		
☐ RIMOZIONE C-PAP ☐ ABBASSAMENTO PEEP a h		
PARAMETRI PRE	PARAMETRI POST	
	1 ora dopo	6 ore dopo
FR	FR	FR
FC	FC	FC
FiO2	FiO2	FiO2
SpO2	SpO2	SpO2
Episodio apnea	Ep.Apnea	Ep.Apnea
Criteri di fallimento C-PAP: -AUMENTO DELLA FR DI PIU' DI 20 ATTI RESPIRATORI -AUMENTO DELLA FC DI PIU' DI 10 BATTITI -AUMENTO DELLA FiO2 ≥ 0.05 (5%) -AUMENTO SIGNIFICATIVO DEGLI EPISODI DI DESATURAZIONE (<75%; una all'ora su periodo 6h) -AUMENTO SIGNIFICATIVO EPISODI APNEA (cessazione respiro per almeno 20 sec o per meno se associata a SpO2 < 75%; una ogni 2 ore su periodo di 6h)		
☐ Successo ☐ Fallimento. Per quali parametri?		

Tabella 1 - Media di ogni singolo parametro nei tre diversi momenti dello studio

	Prima	Dopo 1 h	Dopo 6 h
FR	53.7	54.7	60.0
FC	155.0	152.7	152.1
SpO2	95.4	93.5	93.4
FiO2	21.2	21.6	22.0
SFR	454.9	437.8	435.03.00

Confrontando mediamente i successi con i fallimenti in ciascun momento dello studio e per ciascun parametro (Tabella 2) si è rilevato che:

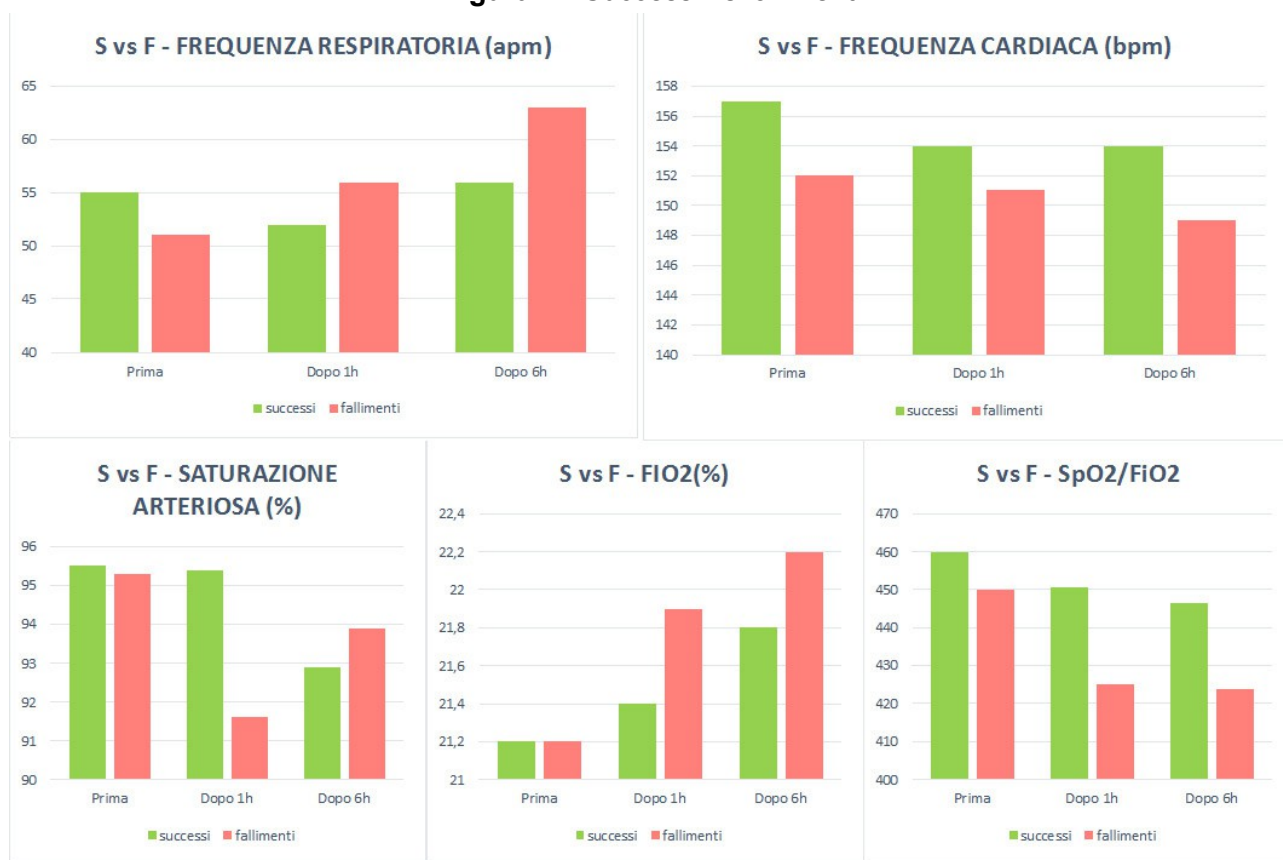
- la frequenza respiratoria nei falliti è maggiore sia ad 1h (~4 apm) che a 6h (~7 apm) rispetto ai successi; inoltre, mentre nei successi la FR rimane pressoché stabile nei tre momenti, nei fallimenti si modifica da ~51 apm (before) a ~57 apm (after 1h) fino a ~63 apm (after 6h);

- la frequenza cardiaca nei falliti, rispetto ai successi, è minore di ~6 bpm nella prima fase, di ~3 bpm nella seconda e di ~5 bpm nella terza fase;
- la saturazione arteriosa rimane stabile nei successi; nei falliti scende di ~4 punti percentuali alla prima ora;
- la FiO2 nei successi rimane stabile a ~21%, mentre nei falliti aumenta a ~22%;
- il rapporto SpO2/FiO2, che si nota già alla partenza inferiore nei fallimenti, diminuisce in 6h nei successi di ~13 punti e nei fallimenti di ~26 punti.

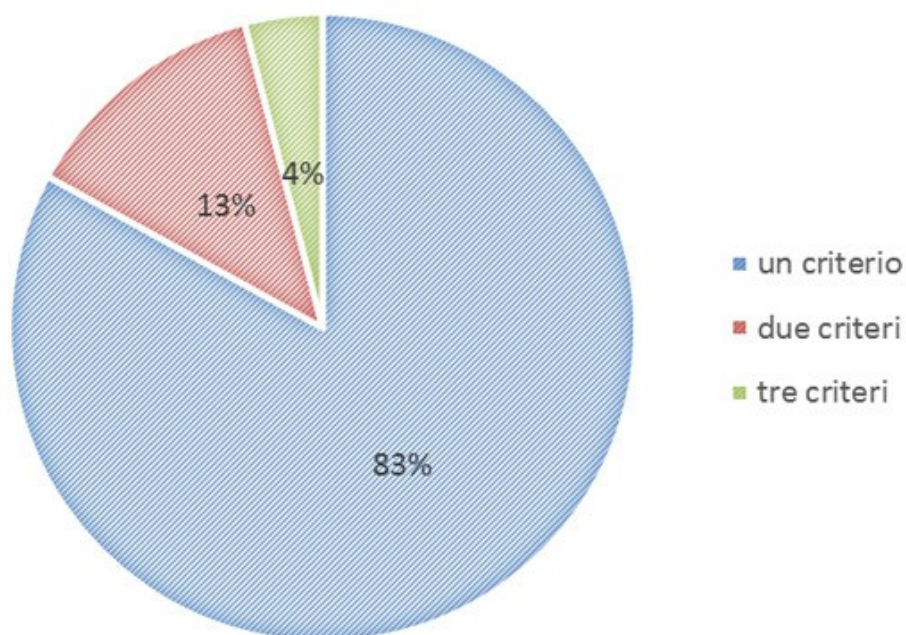
Tabella 2 - Successi vs fallimenti

	PRIMA		DOPO 1h		DOPO 6h	
	SUCC	FALL	SUCC	FALL	SUCC	FALL
FR	55.4	51.3	52.6	56.8	56.5	63.4
FC	157.6	152.4	154.1	151.3	154.4	149.7
SpO2	95.5	95.3	95.4	91.6	92.9	93.9
FiO2	21.2	21.2	21.4	21.9	21.8	22.2

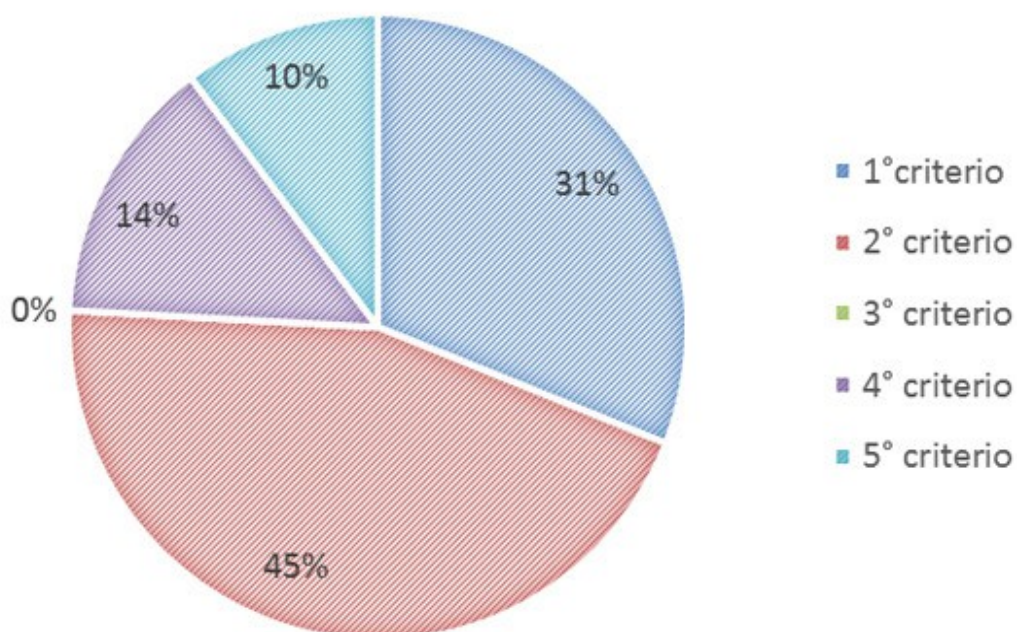
Tali risultati sono meglio osservabili attraverso la rappresentazione grafica con istogrammi (Figura 2).

Figura 2 - Successi vs fallimenti

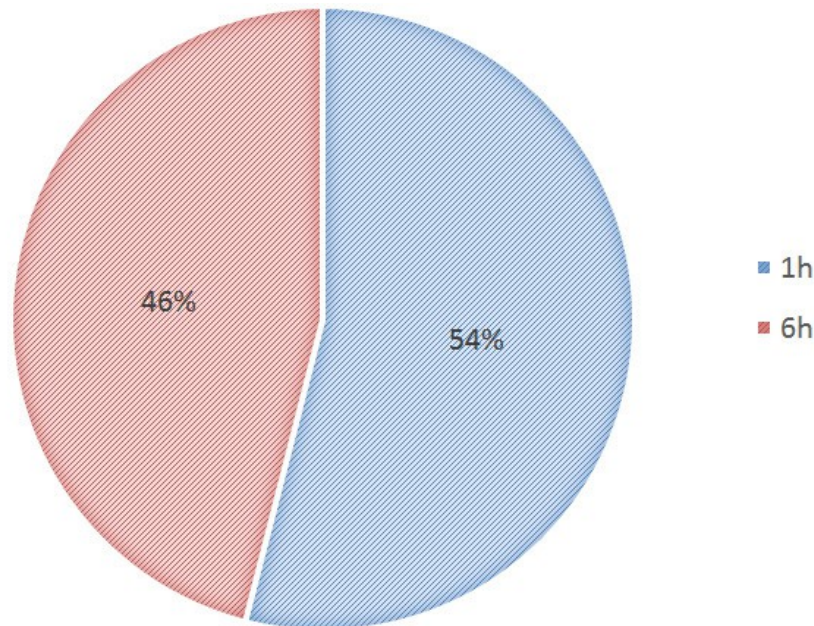
L'83% (20 episodi) dei fallimenti è avvenuto per 1 solo criterio, il 13% (3 ep) per 2 criteri, il 4% (1 ep) per 2 criteri (Figura 3).

Figura 3 - Fallimenti in base al numero di criteri per cui si sono verificati

Il 31% (9 ep) ha fallito per il primo criterio; il 45% (13 ep) per il secondo criterio; 0% pz per il terzo criterio; 14% (4 ep) per il quarto criterio; 10% (3 ep) per il quinto criterio (Figura 4).

Figura 4 - Fallimenti in base ai criteri stabiliti

Infine il 54% (13 ep) ha fallito alla prima ora; il restante 46% (11 ep) alla sesta ora (Figura 5).

Figura 5 - I due momenti del fallimento

Conclusioni

Dai risultati ottenuti si può evidenziare che:

- il rapporto SpO_2/FiO_2 è un parametro ad alto indice predittivo e andrebbe quindi valutato attentamente dall'infermiere, sia nelle ore prima dallo svezzamento che nei primi minuti ed ore dopo il tentativo, in quanto riflette lo stato respiratorio del neonato e quindi predice un fallimento;
- la necessità di un aumento della FiO_2 è indice di una difficoltà del paziente a respirare;
- la frequenza respiratoria e la frequenza cardiaca, anche se da sole risultano non statisticamente significative, vanno comunque monitorate già pochi minuti dopo lo svezzamento, poiché clinicamente risultano essere allarmi precoci di una modificazione della SpO_2 e di una difficoltà di respirazione; alla prima ora dopo lo svezzamento, l'infermiere deve valutare il numero di desaturazioni significative ($SpO_2 < 75\%$).

I criteri su cui porre maggiore attenzione sono il primo, ovvero un aumento della FR di più di 20 atti respiratori e il secondo, ovvero aumento della FC di più di 10 battiti. Il terzo criterio, ovvero aumento della $FiO_2 \geq 0.05$ (5%), non risulta in alcun paziente e quindi si consiglia la sua rimozione o modifica. Le desaturazioni e gli episodi di apnea, in quanto atti di breve durata, necessitano di un controllo continuo da parte dell'infermiere.

Va sottolineato che è sufficiente un solo criterio per aggiudicare un fallimento. I pazienti falliscono con percentuali simili alla prima ora e successivamente, quindi fondamentale è l'attenzione e l'osservazione attiva durante tutto il periodo post svezzamento.

Un limite di questo studio è stato, oltre alla ridotta numerosità campionaria, la mancanza di un riscontro emogasanalitico. Utile sarebbe stata anche la valutazione della PO_2 transcutanea.

È possibile affermare che il successo ed il fallimento di un neonato allo svezzamento dalla CPAP possono essere ben rilevati attraverso l'osservazione attenta dei parametri individuati.

I dati raccolti in questo studio hanno infatti evidenziato che esistono dei fattori significativi da tenere in considerazione, sebbene non risultino sufficienti per ottenere importanti cambiamenti.

Nello studio si è cercato di valorizzare il ruolo dell'infermiere nello svezzamento del neonato pretermine dalla CPAP: quelle effettuate sono rilevazioni infermieristiche.

Il prossimo passo sarà quello di estendere anche alle altre neonatologie regionali i risultati, sulla base dei quali l'infermiere potrà gestire in sicurezza la procedura.

BIBLIOGRAFIA

- Wong JJ, Jit M, Sultana R, Mok YH, Yeo JG, Koh JWJC, Loh TF, Lee JH (2017).
- Mortality in Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Intensive Care Medicine*, 1-9. PMID: 28460591 DOI: 10.1177/0885066617705109.
- Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R, Saugstad O.D Simeoni U, Speer CP, Vento M, Visser GHA, Halliday HL (2017) European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome - 2016 Update. *Neonatology*, 111(2), 107-125. PMID: 27649091 DOI: 10.1159/000448985.
- Reuter S, Moser C, Baack M (2014) Respiratory Distress in the Newborn. *Pediatrics in Review*, 35(10), 417-429. PMID: PMC4533247 DOI: 10.1542/pir.35-10-417.

SCAFFALE

La violenza sulle donne e sui minori - Una guida per chi lavora sul campo

Patrizia Romito, Natalina Folla e Mauro Melato (a cura di)
Editore: Carocci Faber/I Manuali, 2017
pagine 320, euro 32,00



L'aver subito un qualche tipo di violenza per motivi riferiti al proprio genere deve essere considerato un problema di salute. Per l'OMS è proprio una questione di salute pubblica, poiché sia le cause sia l'impatto sulla società sono trasversali, così come le soluzioni. La prevalenza è maggiore per le donne, poi i minori, le persone anziane, quelle disabili e, molto più raramente, gli uomini. Per la gestione degli effetti della violenza sulla salute la pluralità di interventi deve realizzarsi in un'ottica di sistema e non di singolo individuo. Tutto ciò richiama la definizione di salute bio-psico-sociale e l'approccio olistico ben noti alla professione infermieristica che su questo ambito, insieme ad altre figure, è tenuta ad attivarsi. In effetti, nelle varie fasi di contatto tra la persona che ha subito violenza e i servizi di tutela socio-sanitaria, gli infermieri e le infermiere (quest'ultime il 70% della professione) sono coloro che più di altri potrebbero fare la differenza, per numerosità e

capillarità di presenza nel sistema sanitario.

Il libro parte dalla constatazione che, pur essendosi accresciuta la visibilità del fenomeno, vi sia ancora bisogno di una presa di coscienza da parte dei vari attori coinvolti. Come recita il titolo della Prefazione, «La violenza c'è, occorre vederla». La materia è complessa e il progetto editoriale parte dal punto di vista giudiziario per poi trattare temi specifici quali: bambini e adolescenti vittime di violenza, quest'ultimi anche in riferimento al bullismo omofobico; donne; altri soggetti quali persone con disabilità, donne anziane, uomini adulti o ragazzi vittime di violenza sessuale; le molestie sul luogo di lavoro e di studio; la prostituzione.

Considerando lo spazio dato alle questioni giudiziarie emerge nella visione dell'intero progetto editoriale un collegamento importante tra salute individuale e giustizia. Il campo di bisogni di salute determinato dalla violenza di genere investe anche la salute come bene giuridico violato: da questa rappresentazione, l'amministrazione della giustizia è evocata come uno degli strumenti principali per tutelare la salute. Gli operatori sanitari sono chiamati in causa nel loro ruolo di pubblici ufficiali o di incaricati di pubblico servizio nelle fasi cruciali di identificazione del soggetto come vittima di un reato. Bisogna esercitare il proprio ruolo con senso di responsabilità e competenza nelle varie funzioni che durante la presa in carico si possono realizzare - raccolta di campioni, anamnesi, riabilitazione - consapevoli del complicato «labirinto giudiziale» (pag. 34) in cui la vittima - ma anche i figli nel caso di una madre vittima di violenza - e i tutori della legge si dovranno muovere.

Ci si muove in un «panorama organizzativo estremamente disomogeneo» (pag. 236) degli uffici giudiziari così come rappresentato dallo stesso Consiglio Superiore della Magistratura ancora nel 2014.

L'altra dimensione centrale nel volume è quella psicologica: essere vittima di violenza di genere è paragonato alla prigionia in un lager, ma la ribellione è resa difficile e straziante dalla presenza di una relazione affettiva con la persona che esercita l'abuso e con gli eventuali minori implicati. Nella relazione abusiva, spiega ancora il testo, vengono messe in atto dinamiche di oppressione psicologica finalizzate al controllo e al dominio delle persone, che scavano nella psicologia della vittima lasciando cicatrici difficili da riparare. Ciò accade in misura maggiore se le violenze sono state prodotte all'interno di un rapporto intimo. La vittima è quindi un soggetto traumatizzato, che manifesta un insieme complesso di sintomi psichiatrici e psicologici, nei confronti dei quali il professionista si deve attivare sia in una fase iniziale di identificazione – anche al di là della capacità di manifestare il bisogno da parte della vittima – sia nei percorsi di uscita dal disagio, ad esempio riconoscendo e supportando le strategie di fronteggiamento messe in atto dalle vittime. I vari contributi presenti nel libro esplorano anche le conseguenze sulla salute mentale e illustrano alcune tipologie di percorsi e di servizi di presa in carico, di terapia e di cura.

È interessante sottolineare alcune proposte del volume che sono parse particolarmente originali a chi scrive. In caso di violenza in famiglia, e quindi della tutela dei minori dalla violenza diretta o assistita, il libro offre degli spunti interessanti sulla questione dell'affidamento condiviso dei figli, soprattutto alla luce delle riforme avvenute al codice civile. Inoltre, un capitolo intero è dedicato al tema della Sindrome di Alienazione Parentale – SAP che, spiegano le autrici del contributo, «non è una vera sindrome» (pag. 225) ma un termine diventato di uso comune, anche grazie all'utilizzo disinvolto durante alcuni processi, anche italiani. Secondo il suo inventore Gardner, la SAP sarebbe «una grave patologia psichiatrica, indotta dalla madre nel bambino per soddisfare i propri bisogni» in base alla quale il minore sarebbe indotto a rifiutare «di stare con un genitore (di solito il padre), dicendo che ne ha paura, che non sta bene con lui o, in alcuni casi, riportando abusi sessuali» (*ibidem*). Bisogna però considerare che la SAP è stata classificata nel documento dell'ONU *Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione della donna* come una «dubbia teoria» (pag. 226). Sempre nell'ambito degli adolescenti, il testo prende in esame il fenomeno del bullismo adolescenziale di tipo omofobico, un «fenomeno complesso, alimentato dal pregiudizio sessuale nei confronti delle persone LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e transgender) o presunte tali» (pag. 124).

Un'altra sezione che si vuole mettere qui in luce è quella che ha come titolo «Altri soggetti, stesse violenze?» che entra nello specifico di altre tipologie del fenomeno: disabilità; anzianità; violenza contro gli uomini; violenze nei luoghi di lavoro e di studio; prostituzione. È importante ad esempio far collidere il concetto di genere con quello di disabilità perché invece «il genere, che costituisce – nel bene e nel male – l'elemento fondante delle culture e delle società, è eclissato nel mondo delle disabilità» (pag. 249). Un altro soggetto forse impreveduto di violenze e abusi, anche sessuali, è la donna anziana, con modalità che possono essere individuali, istituzionali e collettive ma ancora difficili da quantificare (pag. 255). Il volume dà spazio anche ad una categoria di vittime di cui si parla poco: il ragazzo e l'uomo come vittime di violenze sessuali, attuate in vari contesti (famiglia, scuola, locali pubblici, ambienti sportivi e militari, carcere, etc.). Le denunce sono molto limitate: «denunciare un abuso sessuale è sempre doloroso e difficile per le vittime» poiché nel caso dell'uomo «accanto alla paura, alla vergogna, alla sofferenza» (pag. 261) emerge anche la paura per la perdita della propria mascolinità.

Un intero capitolo è dedicato alla violenza nei luoghi di lavoro e di studio. Dal punto di vista infermieristico è importante approfittarne per riflettere su come l'ambiente sanitario sia per gran parte femminile. Forse è giunto il momento di superare il concetto che ha reso invisibili le molestie sessuali nei luoghi di lavoro e di studio vissuti da noi donne e uomini infermieri (e prima ancora studenti e studentesse), perché «considerate talmente “normali” da passare inosservate» (pag. 267).

Sin dalla Prefazione, è ben rappresentata la questione della mancanza di dialogo e di reciproco riconoscimento tra i vari mondi professionali così come la necessità di una maggiore integrazione e di «progetti di intervento, tradotti in protocolli o modelli di intesa, qualificati da una filosofia della trasversalità multidisciplinare e interistituzionale della presa in carico della vicenda personale» (pag. 233). Nel tentativo - anche riuscito - di permettere un confronto culturale tra diversi esperti ed esperte del settore, ognuno con il suo peculiare approccio e metodologia, la scelta dei curatori ha individuato svariate professioni: scienze sociali e psicologiche; magistrati, avvocati e Forze dell'ordine; medici di medicina generale, ginecologi, pediatri, etc. Eppure una critica importante da rivolgere al libro è che, pur trovando in Bibliografia Jacquelyn Campbell, infermiera e professoressa della John Hopkins University di Baltimora (USA), tra i 45 autori e autrici dei contributi non appaia nessun rappresentante della professione infermieristica e vi è quindi da registrare che il personale infermieristico non sia stato individuato come voce “esperta” da aggiungere alle altre.

Ciò nondimeno, il libro rappresenta sicuramente un utile aggiornamento per le tante colleghe e colleghi infermieri che operano nei servizi implicati in questo ambito. Forse però è tempo di rafforzare l'autorevolezza infermieristica sul tema, con gli strumenti scientifici della professione. Ad esempio vi è da dirimere un tema che emerge spesso nel volume: dobbiamo o no chiedere alla donna che si presenta ai nostri servizi se è (o se è stata) vittima di violenza o dobbiamo aspettare che ne parli prima lei o che ve ne siano evidenti segni e sintomi? La questione, che dovrebbe essere materia di ricerca scientifica in Italia così come lo è stata all'estero, non ha ancora una risposta definitiva e ci lascia, come tanti casi della nostra vita professionale, alle prese con un importante dilemma.

Massimo M. Greco
Coordinatore Servizio Prevenzione e Protezione
Fondazione Policlinico Tor Vergata - Roma

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