

# L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

**ONLINE**

Anno LXII



ISSN 2038-0712

**GENNAIO-FEBBRAIO  
2018**



**FNOPI**

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

## INDICE

● **EDITORIALE**

**Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche:  
ora disegniamo il futuro**

*di Barbara Mangiacavalli*

● **INFERMIERE & LAVORO**

**Le competenze avanzate e specialistiche**

*di Saverio Proia*

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

**L'efficacia del diario del paziente per la riduzione dei disturbi psicologici correlati al ricovero in terapia intensiva. Revisione sistematica della letteratura**  
*di Marina Palombi, Sergio Boi, Anna Little, Maria Matarese*

**La voce del corpo: studio qualitativo sull'uso del tocco nella relazione infermiere-assistito**

*di Silvia Tarantino, Roberto Milos, Ivana Maria Rosi*

**Le terminologie infermieristiche standardizzate nella formazione e nell'esercizio professionale infermieristico: un'indagine italiana**

*di Beatrice Mazzoleni, Davide Ausili, Carmelo Gagliano, Concetta Genovese, Cristina Santin, Luisa Anna Rigon*

● **CONTRIBUTI**

**La profilassi antibiotica nella prevenzione delle endoftalmiti secondarie a chirurgia della cataratta: revisione sistematica della letteratura**

*di Luigi Baldini*

● **ESPERIENZE**

**Il percorso di implementazione di piani standard con tassonomia NANDA-NOC-NIC in un servizio di Ginecologia**

*di Cinzia Gradellini, Mimma Bonocore, Patrizia Borgognoni, Daniela Mecugni, Marina Lemmi*

**P.D.T.A. aziendale per la prevenzione ed il trattamento del delirium intra-ospedaliero: il contributo infermieristico**

*di Lucia Stivanello, Mario Degan, Margherita Andrigo, Alessandro Poggiana, Monica Pietrobon, Carmelo Infanti, Achille Di Falco*

**L'infermiere nelle Endoscopie Digestive in Italia: una survey nazionale di ANOTE-ANIGEA**

*di Alessandra Guarini, Elena Rossetti, Pierangelo Simonelli, Teresa Iannone, Daniela Carretto, Antonella Giaquinto, Giorgio Iori, Monia Valdinoci, Cinzia Rivara*

● **SCAFFALE**

**Professione infermiere: alle soglie del XXI secolo**

*di Caterina Galletti, Loredana Gamberoni, Giuseppe Marmo, Emma Martellotti*

EDITORIALE

## Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche: ora disegniamo il futuro

di **Barbara Mangiacavalli**

*Presidente Federazione nazionale Ordini professioni infermieristiche (Fnopi)*

Dal 15 febbraio (entrata in vigore della legge 11 gennaio 2018 n. 3) siamo Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), non più Collegi.

E abbiamo di fronte un quadro del tutto nuovo rispetto alla tipologia dell'assistenza e dei bisogni dei pazienti che dobbiamo tenere ben presente.

Solo pochi anni fa quasi tutto si concentrava sull'acuzie e sull'assistenza ospedaliera. Oggi l'età che avanza è sotto gli occhi di tutti, il nostro paese è uno tra i più longevi e, soprattutto, uno di quelli considerati di più in "buona salute".

Le patologie croniche sono in aumento e aumenta la non autosufficienza. I bisogni di questo tipo avrebbero necessità di un modello nuovo di assistenza che non c'è.

Secondo l'Oms l'82-85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta il vero grande problema dei Paesi industrializzati assieme alla crescita esponenziale della spesa sociale, legata all'invecchiamento della popolazione ma anche all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici.

Tutti i cittadini in base ai primi risultati dell'Osservatorio civico Fnopi-Cittadinanzattiva giudicano gli infermieri professionisti che si rivolgono loro con gentilezza e cortesia, sono disponibili all'ascolto, mostrano vicinanza, comprensione e anche emozioni rispetto ai pazienti. I cittadini si sono sentiti sicuri durante l'assistenza infermieristica e gli infermieri hanno anche fornito a pazienti e parenti informazioni chiare e comprensibili.

Ma si lamentano perché gli infermieri sono pochi. Hanno poco tempo da dedicare al contatto con le persone, anche perché spesso occupati in attività che li allontanano dall'assistenza vera e propria.

Tutto questo accade soprattutto in ospedale, mentre sul territorio c'è quasi il vuoto, tanto che i cittadini vorrebbero avere la possibilità di poter scegliere un infermiere di famiglia/comunità come si fa col medico di medicina generale, vorrebbero trovare gli infermieri nella farmacia dei servizi, avere la possibilità di consultarli in determinati casi come il trattamento di ferite e lesioni cutanee e averli disponibili anche nelle scuole, per bambini e ragazzi che ne potrebbero aver bisogno.



Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati quindi ad esercitare un ruolo sempre più incisivo, basato sulla sinergica collaborazione con i medici e gli altri professionisti sanitari, che riconosca le professionalità acquisite e capaci di contribuire ad innalzare la qualità della risposta assistenziale.

La richiesta degli italiani è di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio attraverso i canali del Servizio sanitario e supportare le famiglie nell'acquisto privato, ad esempio tramite i meccanismi della mutualità e assicurativi.

La Federazione ha calcolato da tempo che su circa 16 milioni di persone che soffrono di cronicità o non autosufficienza il bisogno sarebbe di un infermiere ogni 500 pazienti: 30mila professionisti dedicati che eviterebbero un fai-da-te o l'aiuto di caregiver inesperti di cure cliniche che spesso riempie i pronto soccorso.

Questo discorso si affianca all'idea di una libera professione infermieristica che porteremo avanti con forza perché non ha costi, ma solo vantaggi per i cittadini, i professionisti e le aziende e di una libera professione strutturata che senza il cappio di partite Iva strangolanti o di tasse e balzelli debilitanti, consenta ai professionisti che hanno scelto questa strada di percorrerla a testa alta, nella piena legalità e con la piena soddisfazione dei loro assistiti.

Oltre al concetto di libera professione per tutelare al meglio i cittadini, al primo posto c'è un aspetto della professione che riassunto in due parole comprende invece un ventaglio ampissimo di azioni che cercheremo di portare a compimento al più presto e nel migliore dei modi: dignità professionale.

Dobbiamo, anche per questo, creare sinergie con le rappresentanze sindacali, per proporre il nostro contributo rispetto alla normativa contrattuale affinché venga mantenuto il decoro e la dignità della professione da un lato, e dall'altro, venga riconosciuto e valorizzato il contributo peculiare, competente e strutturato che gli infermieri a tutti i livelli (clinico-assistenziale, gestionale-organizzativo, formativo e di ricerca), esercitano quotidianamente, anche per prevenire, appunto, situazioni di sfruttamento retributivo e previdenziale.

Gli obiettivi della Federazione per il triennio appena avviato con il neo eletto Comitato centrale, devono essere tutti chiari a tutti e, se possibile, condivisi.

Anzitutto è necessario che si affermi e si consolidi un percorso culturale sulla nostra identità disciplinare e della nostra capacità di riconoscerci (e quindi esercitare) nelle norme professionali riferite a tutti i livelli (anche in questo caso clinico-assistenziale, gestionale-organizzativo, formativo e di ricerca). Attivando anche una Scuola di politica professionale per preparare la rappresentanza di domani: gli infermieri non possono permettersi più di avere vuoti di rappresentatività o momenti in cui essere ignorati.

Dobbiamo consolidare il contributo della professione ai tavoli istituzionali: Agenas, Istituto superiore di Sanità, ministeri, Agenzie nazionali e internazionali dove già siamo entrati negli ultimi tre anni, per portare il nostro peculiare punto di vista sul sistema salute nel suo complesso.

Per questo e per avere spalle larghe dobbiamo sostenere le nostre Società scientifiche che devono avere la massima voce in capitolo nell'applicazione della Legge Gelli 24/2017 sulla responsabilità professionale.

Dobbiamo sviluppare posizionamenti politico/professionali su tematiche, quali, ad esempio, lo skill mix change (cioè la modifica della composizione professionale del personale, già attuata in Paesi quali Stati Uniti e Gran Bretagna), i missed care (la misurazione degli esiti anche infermieristici), i Nursing Sensitive Outcomes (NSO), per consolidare innovazioni già attuate con successo in alcune Regioni benchmark.

Soprattutto però, in questo momento, dobbiamo continuare a investire su noi stessi, per presidiare i percorsi normativi ancora migliorabili e aperti: l'infermieristica pediatrica, la libera professione, l'Infermieristica militare, lo sviluppo di competenze.

Occorre delineare un percorso per il riconoscimento dell'infungibilità della specializzazione infermieristica: gli infermieri sono pronti a tutto, ma non per questo qualcuno deve o può sentirsi autorizzato a fare di loro i jolly di un'assistenza che di carenze ne sta davvero dimostrando tante.

Per i nostri "professori" dovremo fare in modo che si attivino percorsi per strutturare il corpo docenti all'interno del sistema universitario (ricercatori, professori associati e ordinari) in maniera adeguata ai numeri della nostra classe di laurea e creare le condizioni per la revisione dei piani di studio e dei percorsi di studio.

Per la nostra preparazione dovremo sostenere lo sviluppo di un sistema di formazione continua (ECM) che offra maggiori garanzie.

Dobbiamo poi assolutamente coinvolgere i giovani professionisti, delineare con loro e per loro percorsi sostenibili di sviluppo professionale, sostenere l'area dell'esercizio libero-professionale con percorsi legislativi innovativi.

Negli ultimi sette anni, a fronte di un significativo aumento dei bisogni di assistenza, le aziende del Servizio sanitario nazionale, dall'ultimo contratto a oggi, che ha coinciso fatalmente con i tagli legati ai piani di rientro, abbiamo rinunciato a oltre 12mila infermieri (-4,3%). Per questo dovremmo riaffermare con forza come nei prossimi 10 anni sarebbe necessario assumere almeno 70mila infermieri (di cui 20mila per recuperare le "perdite" e fare fronte alle esigenze dettate dall'Europa sugli orari di lavoro e 50mila per espandere l'assistenza territoriale.

Da dieci anni nel Ssn ci sono circa due infermieri e mezzo per ogni medico. Non abbiamo quindi cambiato nulla nel modello di cura e assistenza. La circostanza che nei prossimi anni molti professionisti andranno in pensione pone molti problemi, ma apre una grande opportunità di ripensamento su come il Servizio sanitario nazionale debba funzionare.

Siamo una professione che guarda al futuro e chiediamo a tutti gli attori, la politica in primis, una coerente assunzione di responsabilità.

Deve finire la visione dell'infermiere "cuscinetto" tra i bisogni dei pazienti e le esigenze di un'economia che non li considera, ma se ne serve senza valutarne esigenze e prospettive.

Siamo infermieri prima di tutto, e crediamo nella forza della relazione, dell'ascolto, dell'inclusione, dall'autorevolezza che vince sull'autorità. Crediamo in un gruppo allargato, partecipato, che lasci spazio ad autonomie di pensiero e di cultura perché il rispetto della persona parte anche da questo.



## Le competenze avanzate e specialistiche

di Saverio Proia

### Una storia infinita

Una carriera professionale al pari di quella gestionale è ora possibile per la professione infermieristica: è un obiettivo che viene da lontano e che ha percorso oltre trent'anni per arrivare non dico al traguardo ma alla reale possibilità che si inizi ad attuarlo.

Addirittura questo era già possibile nei contratti di lavoro degli ospedalieri prima dell'attuazione della legge di riforma sanitaria e del nuovo contratto del personale del SSN che partiva dalla scelta sindacale errata e da tempo rinnegata dell'infermiere unico e polivalente, scelta scellerata e subalterna che negava la complessità e la ricchezza professionale dell'infermieristica e presupponeva che un infermiere potesse indistintamente essere spostato indistintamente da un reparto all'altro...

Archiviata questa scelta errata da parte del sindacato, allorché mi trovai a ricoprire il ruolo di dirigente sindacale a livello nazionale nelle trattative per il rinnovo del contratto del personale del Comparto Sanità, allora si svolgevano direttamente al Ministero della Funzione Pubblica, nel 1988 essendo, anche allora, istituita una Commissione paritetica per la revisione dei profili professionali, riuscii a far presentare una proposta che prevedeva l'articolazione del profilo professionale in due posizioni una di base e la seconda di specialista (vedi: *Evoluzione della Professione Infermieristica* Franco Angeli Editore pag. 140/151).

Purtroppo per una serie di motivazioni tale proposta non fu realizzata... si arrivò, quindi, al varo del decreto istitutivo del profilo professionale di infermiere in attuazione del terzo comma dell'art.6 del D.lgs 502/92 il quale, come è noto, prevedeva che si sarebbe dovuto prevedere l'emanazione di ulteriori atti ministeriali che normassero la formazione complementare post diploma nelle aree... ed, inoltre, si sarebbe potuto individuare ulteriori aree; anche questo adempimento legislativo rimase lettera morta, purtroppo.

Cambiato ruolo da dirigente sindacale a Consigliere sulle professioni sanitarie di vari Governi e Gruppi Parlamentari e successivamente da dirigente presso la Direzione Generale delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute l'attenzione prevalente era tesa a dar attuazione ad altri fondamentali della riforma delle professioni infermieristiche dall'autonomia all'abolizione del mansionario e la messa in sicurezza delle competenze dinamiche (contenuti del dm del profilo, del codice deontologico e della formazione di base e post base) dirigenza, laurea magistrale, servizi infermieristici aziendali...

**Verso la Legge 43/06**

Nel momento di dar vita al testo unificato che poi sarebbe divenuta la legge 43/06 proposi e fu accettato di articolare “per legge” la carriera dell’infermiere e delle altre professioni sanitarie interessate e fu varato l’articolo 6 che prevede l’evoluzione in professionista il cui requisito è la laurea, il professionista specialista il cui requisito ulteriore è il possesso del master specialistico, il professionista coordinatore il cui ulteriore requisito è il master in funzioni di coordinamento ed infine il professionista dirigente il cui ulteriore requisito è il possesso della laurea magistrale. Fatta la legge iniziò il periglioso cammino della sua attuazione.

Se riuscii a far varare i provvedimenti attuativi per il conferimento dell’incarico di coordinamento e per il regolamento concorsuale per l’assunzione di dirigente delle professioni sanitarie, differente fu la vicenda dell’attuazione del professionista specialista il cui percorso di attuazione divenne, invece una lunga marcia su terreni pieni di ostacoli... ancora non tutti rimossi.

Rappresentando l’allora Sottosegretario alla Salute Patta nel Comitato Settore Regioni-Sanità nel 2006 nell’emanare le direttive all’ARAN per il rinnovo del contratto del personale del SSN riuscii a far inserire che si sarebbe dovuto dar attuazione a quanto previsto dall’articolo 6 della legge 43/05 in materia di professionista specialista, purtroppo la conseguente intesa contrattuale rimandò la sua attuazione al successivo rinnovo contrattuale che, come è noto, sta avvenendo in questi anni, cioè anni ed anni dopo... forse troppi.

Nel frattempo nel 2014, per affrontare le questioni derivanti dal mutato quadro demografico ed epidemiologico, cioè dalla prevalenza di persone ultrasessantenni con pluripatologie croniche nonché dal previsto ridimensionamento della presenza attiva dei medici nel SSN, le Regioni anche dopo il positivo avvio in Toscana della sperimentazione del metodo del “*see and treat*” nei Dipartimenti di Emergenza, chiesero al Ministero della Salute di dar corso ad un tavolo tecnico per progettare l’implementazione delle competenze avanzate e specialistiche ad iniziare dagli infermieri ed a seguire alle altre professioni sanitarie.

Coordinai per la Direzione Generale delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute i lavori di quel Tavolo tecnico che produsse una proposta di Accordo Stato-Regioni che, nonostante fosse condivisa dalle Regioni e che per superare le obiezioni del MEF fu necessario formalizzare il percorso con una norma in legge di stabilità, il mitico comma 566, contro la sua approvazione fu scatenata una guerra mediatica dai soliti noti, gli stessi che nel 94 tuonarono contro il varo del decreto sul profilo professionale dell’infermiere, che in paragone la guerra arabo-istraeliana sembrava una scaramuccia tra bande giovanili... purtroppo al contrario del 94 mancò lo stesso coraggio politico...



Sembrava una battaglia ormai persa quando approfittando della delega a rappresentare la parte politica del Ministero della Salute attribuitami dall'allora Sottosegretario di Stato Vito De Filippo all'interno del Comitato di Settore Regioni Sanità per l'emanazione delle direttive all'ARAN partendo dalla constatazione che già in alcune regioni erano state attivate forme di competenze avanzate per il personale infermieristico e che vi era la necessità di dar attuazione al professionista specialista previsto dall'art.6 della legge 43/6, proposi e fu accettato che era necessario inquadrare economicamente e normativamente che svolgeva o svolgerà competenze avanzate sulla base di formazione regionale post laurea e chi avrebbe svolto competenze specialistiche a seguito del relativo master specialistico e quindi è stata emanata all'ARAN la direttiva di prevedere nel nuovo sistema degli incarichi l'istituzione del professionista esperto e del professionista specialista... direttiva recepita appieno.

Con una mossa del cavallo veniva, quindi, fatto scacco al re e senza contraccolpi la questione della realizzazione delle implementazione delle competenze avanzate e specialistiche infermieristiche superava tutti i veri e presunti cavalli di frisia frapposti e finalmente divenendo norma contrattuale certa e spendibile, quindi una realtà vera tutta non solo da attuare ma da sviluppare nella forma più estensiva possibile.

Ad onor del vero la motivazione più profonda per la quale chiesi ed ottenni all'ARAN di poter svolgere attività di consulenza gratuita per la contrattazione nel comparto sanità è stata ed è quella di poter contribuire in prima persona, vigilando ed operando perché si realizzasse, alla costruzione finalmente di una carriera anche professionale per gli infermieri come per le altre professioni sanitarie, tecniche della riabilitazione nonché della professione di ostetrica: obiettivo raggiunto dopo trent'anni di averlo perseguito.

Certamente è seriamente preoccupante considerare che una questione come quella delle competenze avanzate e specialistiche necessaria ed utile per il SSN ad iniziare dai cittadini utenti che di queste prestazioni ne hanno quanto mai bisogno per soddisfare il loro diritto alla salute e per seguire alla valorizzazione dei professionisti interessati ma anche degli stessi medici che possono utilizzare meglio il loro tempo clinico abbia avuto bisogno di un trentennio per avviarsi a soluzione trovano ostacoli enormi dai soliti noti: purtroppo in questo Paese mi pare che compiere un atto normale diventa un atto rivoluzionario se non eversivo!

### **Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro**

L'ipotesi di intesa del relativo al personale del Comparto Sanità per il triennio 2016/2018 ha infatti dato vita all'attuazione della carriera professionale per gli infermieri in parallelo ed in pari dignità con quella gestionale, organizzativa e didattica recependo le direttive in tal senso dell'Atto di indirizzo rivolte all'ARAN per questo rinnovo contrattuale da parte del Comitato di Settore Regioni Sanità.

Vi è, infatti piena corrispondenza tra quanto contenuto nelle direttive del Comitato di Settore e quanto previsto nell'ipotesi di intesa del 23 febbraio dando vita alla più rilevante novità costituita dalla profonda e discontinua rivisitazione del sistema degli incarichi in forma originale rispetto agli altri comparti pubblici.

Per la parte pubblica il sistema rinnovato ed esteso alla carriera professionale costituiva e costituisce la prioritaria idea forza che coniuga la complessità specifica dell'organizzazione del lavoro in sanità soprattutto in relazione agli obiettivi strategici previsti dal vigente Patto per la Salute tra Stato e Regioni, cogliendo le esigenze di nuovi bisogni di salute derivanti dal mutato quadro demografico ed epidemiologico del Paese con la potenzialità, in gran parte non appieno utilizzata, delle professioni infermieristiche che per effetto della loro riforma professionale in virtù delle leggi 42/99, 251/00, 43/06 e 3/18 hanno avuto riconosciuto una esaltante e dirompente evoluzione formativa ed ordinamentale che non ha pari in altre realtà professionali.

Il contratto, quindi, interpretando questa esigenza strategica oltre a ridisegnare le tipologie di incarichi organizzativi sia gestionali che didattici introduce, per la prima volta nella storia dei contratti del personale del SSN la carriera di tipo professionale che esalta e valorizza la potenziale capacità di implementare e specializzare le competenze professionali in relazione e per il soddisfacimento degli obiettivi e bisogni di salute individuali e collettivi.

Con un colpevole ritardo, ma non è mai troppo tardi, si dà vita, quindi anche una carriera professionale, insieme alla preesistente gestionale ed organizzativa, raggiungendo un obiettivo indicato addirittura, per le professioni infermieristiche da specifiche raccomandazioni del Consiglio d'Europa nel 1983, contenuto in tutti i decreti istitutivi ex art.6, comma 3, del D.lgs 502/92 dei 22 profili professionali, nell'art. 6 della legge 43/06, sino alle richieste in materia delle Regioni, il tutto inattuato sinora.

Il contratto, quindi, ripudia il principio errato dell'infermiere unico e polivalente e ne riconosce nell'agire e nel sapere professionali, al contrario riconosce solennemente la sua complessità di competenze che attraverso un percorso, concertato, concordato e condiviso, può implementarsi e specializzarsi, finalmente con norme contrattuali la ricchezza potenziale delle scienze infermieristiche può divenire spendibile appieno.

Pertanto l'ipotesi di pre-intesa contrattuale, sviluppando le indicazioni dell'Atto di indirizzo in materia, ridisegna per tutto il personale appartenente alla categoria D, cioè quella che ha per requisito di accesso il possesso del diploma di laurea, che, in questo comparto è la componente maggioritaria, il sistema degli incarichi prevedendo all'art.14:

1. **Sono istituiti, nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, i seguenti incarichi di funzione:**
  - ***Incarico di organizzazione;***
  - ***Incarico professionale.***

**Gli specifici contenuti e requisiti dei suddetti incarichi in relazione ai diversi ruoli di appartenenza sono quelli descritti negli articoli seguenti.**
2. **Gli incarichi richiedono anche lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza.**
3. ***Le Aziende o Enti provvederanno a definire il sistema degli incarichi in conformità a quanto previsto nel presente CCNL.***

Si tratta di due tipologie di incarichi per due diverse, ma di pari dignità, carriere, una gestionale ed una professionale, come del resto il Comitato di Settore ha previsto anche per il personale della dirigenza medica e sanitaria: una giusta intuizione rispondente alla specifica complessità delle professioni e del personale laureato del SSN ed alla missione di "produttori di salute".

Per quanto attiene ai laureati delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica ed ai laureati in servizio sociale si ridisegna l'incarico di organizzazione in una modalità che ne apprezzi il ruolo nel nuovo processo di aziendalizzazione sia in ambito territoriale che ospedaliera in grado di gestire l'aumento della complessità gestionale dipartimentale prevedendo che:

- 1. Per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior gli incarichi di funzione sono declinati secondo i criteri e i requisiti definiti nei commi seguenti.**
- 2. L'incarico di organizzazione comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e sociosanitaria.**
- 3. L'incarico di organizzazione va graduato secondo i criteri di complessità definiti dalla regolamentazione di ogni singola Azienda ente.**
- 4. La funzione di coordinamento prevista dalla Legge n. 43 del 2006 è confermata e valorizzata all'interno della graduazione dell'incarico di organizzazione, anche in relazione all'evoluzione dei processi e modelli organizzativi ed all'esperienza e professionalità acquisite.**  
**Per l'esercizio della sola funzione di coordinamento, è necessario il possesso dei requisiti di cui all'art. 6, comma 4 e 5 della legge n. 43/2006. Il requisito richiesto per il conferimento degli ulteriori incarichi di organizzazione è il possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale nella categoria D. La laurea magistrale specialistica rappresenta un elemento di valorizzazione ai fini dell'affidamento degli incarichi di maggiore complessità.**

Ne consegue che costituisca la centralità del rinnovo contrattuale e la stessa idea forza strategica l'inquadramento economico e normativo di chi svolge o svolgerà le ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

### **Una scelta oltre il previsto**

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

Questa scelta va oltre quanto era previsto nell'ipotesi di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri, che, comunque, anche fosse o venisse approvato, sarebbe solo un atto propedeutico a questa scelta contrattuale in quanto la direttiva ed il contratto lo supera nella sostanza e nella forma in quanto quell'ipotesi di accordo avrebbe risolto solo le competenze avanzate e rimandato ad un successivo accordo Stato-Regioni la definizione delle competenze specialistiche.

Quindi con il via libera del Governo Nazionale a questo Atto di indirizzo ed al conseguente CCNL si chiude e si supera, anche e soprattutto, la vicenda del comma 566 della legge 190/14, anzi proprio l'esistenza di questo mitico comma ha permesso che ciò avvenisse: per la professione infermieristica è un evento storico come e soprattutto per i cittadini utenti che finalmente possono ricevere prestazioni da professionisti con ulteriori e più avanzate e specialistiche competenze con maggiore efficacia ed efficienza del SSN, in tutte le Regioni.

Questa decisione è ormai realtà effettuale e soprattutto non è stata per nulla osservata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, che anzi ha contribuito al suo miglioramento e consente attraverso la sede naturale che, ripeto e confermo è il rinnovo contrattuale, di passare direttamente e senza alcun altro momento propedeutico, alla fase attuativa delle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie.

### **La legge di stabilità 2015**

Riaffermo che proprio perché nella legge di stabilità del 2015, fu introdotto il mitico comma 566 con tale norma primaria il Ministero dell'Economia e delle Finanze non ha eccepito sulla scelta adottata dal Comitato di Settore Regioni-Sanità di dar corso attraverso la via contrattuale, all'attuazione di come *“inquadrare economicamente e normativamente le ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione”* attivate nelle Regioni nelle quali il sistema sanitario è più avanzato dando loro una sistemazione omogenea ed uniforme a livello nazionale di sistemazione delle loro nuove competenze, che saranno declinate in un allegato al contratto, con i lavori della prevista Commissione Paritetica, permettendo così alle altre Regioni di attivarle, in un quadro di certezze ed uniformità.

Per questo nell'Atto di indirizzo si è proposto uno specifico capitolo **“Incarichi”** che recita così:

***“Il Comitato di Settore Sanità coerentemente con quanto aveva indicato nella precedente tornata contrattuale, sottolinea l'importanza dell'articolo 6 della Legge n. 43/06 che prevede la funzione di “professionista specialista” nonché quanto contenuto nei decreti istitutivi dei profili professionali ex III comma dell'art.6 del D.lgs n. 502/92 che prevedono l'istituzione di aree di formazione complementare post diploma.***

Tale percorso virtuoso, già avviato in alcune Regioni, deve essere previsto e disciplinato all'interno del CCNL, nel rispetto di quanto previsto dall'ordinamento vigente.

Il Contratto Collettivo Nazionale deve prevedere una configurazione di incarichi di lavoro, all'interno della classificazione per categorie vigenti, con riferimento alla categoria D e categoria D livello economico DS, che risponda positivamente alle modifiche di legge richiamate.

Trattandosi di tipologia di incarichi essi assumono le tipiche caratteristiche ovvero la durata temporanea, la procedura per l'assegnazione, la valutazione, la revoca o il rinnovo.

***Il Contratto Collettivo Nazionale descriverà analogamente a quanto già fatto per l'insieme dei profili, le declaratorie delle competenze proprie degli incarichi di "professionista specialista" e di "professionista esperto" delle professioni sanitarie infermieristica - ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione - nel rispetto di quanto previsto dal profilo professionale, dal percorso formativo e dal codice deontologico, salvaguardando le specifiche competenze professionali degli altri professionisti, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della Legge n. 42 del 1999.***

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

**il Contratto Collettivo Nazionale, al fine di cogliere le innovazioni e trasformazioni intervenute nell'ultimo decennio, dovrà rivisitare le declaratorie dei profili afferenti alla categoria D e alla categoria D - livello economico DS, alla luce dell'innovato sistema di incarichi prevedendo contestualmente apposite procedure per assegnazioni, valutazione, revoca e rinnovo di detti incarichi;**

- la posizione di "professionista specialista" è attribuita al professionista laureato delle citate professioni sanitarie in possesso del master di primo livello di cui all'art. 6 della Legge n.43/06;**
- la posizione di "professionista esperto" è attribuita al professionista che ha acquisito competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali ed attraverso l'esercizio di attività professionali, anche in virtù di protocolli concordati tra le rappresentanze delle professioni interessate, di quelle mediche e dell'area sanitaria più in generale.**

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

**Va ribadito, infine, che in ogni caso tutte le competenze professionali vanno esercitate nel rispetto dei profili, delle declaratorie, dei codici deontologici e della formazione acquisita, fatte salve le competenze previste per gli altri professionisti, sino ad escludere, quelle improprie delle singole figure e profili professionali, con particolare riferimento a quelle domestico- alberghiere ovvero quelle di pertinenza di altre professioni e per esse previste.**

***Il contratto collettivo nazionale dovrà in definitiva procedere ad una revisione complessiva degli incarichi da realizzarsi, nell'ambito delle disponibilità delle risorse del fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica, attraverso la graduazione degli stessi, tenendo conto, per quanto concerne il predetto personale sanitario, anche di quelli di nuova istituzione, e dando espressa indicazione che il conferimento dei predetti incarichi deve comunque avvenire nei limiti delle risorse disponibili allo scopo nel predetto fondo e secondo criteri di selettività.***

Questo capitolo interpreta ed attua in forma certa ed estensiva le procedure attuative previste dalle bozze di Atto Stato-Regioni per l'implementazione delle competenze della professione infermieristica e di quella di tecnico sanitario di radiologia medica nonché dallo stesso comma 566 della legge 190/2015.



Mi preme sottolineare, inoltre, il forte richiamo per il quale si dispone che le attuali e le nuove competenze non debbano prevedere la cosiddetta “deprofessionalizzazione” o demansionamento che dirsi si voglia, anzi debbano essere escluse soprattutto quelle di natura “domestico alberghiere”, proprie, invece di altro profilo.

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

Certamente la norma contrattuale può contenere dei limiti ma è pur vero che finalmente esiste e va attuata, perfezionata, implementata ed estesa: esiste e quindi da lì si inizia e solo per questo è un fatto storico, ricordando di nuovo che contro la realizzazione delle competenze avanzate e specialistiche si è dato vita ad una offensiva che non ha avuto eguali nella storia dei rapporti interprofessionali ed aver avviato, senza contraccolpi, sinora, il percorso per attuarle non si può che considerarlo un evento positivo ed innovatore.

Prima a livello nazionale c'era il nulla, adesso c'è una norma contrattuale, scritta su precise e condivise direttive di Stato e Regioni, che deve essere intesa come il pieno riconoscimento di un processo di valorizzazione e di implementazione delle competenze professionali che già esistendo in alcune Regioni ora va esteso e generalizzato nelle altre Regioni interpretando e offrendo soluzioni alle nuove esigenze che provengono dalla evoluzione dell'organizzazione del lavoro sanitario e sociosanitario, dal mutato quadro epidemiologico e demografico del Paese.

La successiva fase di sviluppo della norma contrattuale è affidata alla prevista Commissione Paritetica che dovrà arricchirne la potenzialità e parimenti il confronto attuativo con le Regioni e le Aziende sanitarie dovrà porre come centrale ed indispensabile la necessità inderogabile che sia necessario investire risorse fresche sull'implementazione delle competenze per attuare realmente questa scelta strategica, derivante anche dalle indicazioni e scelte del Patto per la Salute tra Stato e Regioni al fine di offrire adeguate risposte alle nuove domande di salute, qualificando e rendendola realmente più produttiva la spesa sanitaria e sociosanitaria.

### **Una carriera dopo oltre trent'anni, perché?**

Se ci sono voluti oltre trent'anni per dar corso alla carriera professionale, parallela e di pari dignità a quella gestionale, per queste professioni ci sarà pur una motivazione: è evidente che il riconoscimento di questa crescita professionale è stato vissuto da chi era ed è contrario più pericoloso dell'aver portato la formazione degli infermieri e delle altre professioni all'università, dal aver abolito l'ausiliarietà, dall'aver realizzato la specifica dirigenza... e sottovalutare il risultato è certamente miopia politica, sindacale e professionale.

Certamente c'è un limite, la cui critica condivido, nella sola la garanzia della durata decennale dell'incarico, anche se mitigata dal fatto che l'averlo svolto positivamente costituirà motivo rilevante per la sua riconferma nel successivo bando per il rinnovo dello stesso, ma da qui al 2029/2030... si potrà operare nei successivi rinnovi contrattuali o nelle scelte normative per un miglioramento di questa norma offrendo maggiori certezze per chi investe nella propria crescita professionale allontanando l'ipotesi di revoca senza giusta causa.

Non mi pare un risultato deludente tutt'altro, ora sarà compito degli attori contrattuali, a livello nazionale, regionale ed aziendale concretizzarlo nella modalità più estensiva possibile dando corpo reale al processo di valorizzazione della professione infermieristica e di tutte le professioni sanitarie che proseguendo da qui e da qui continuerà per altri capitoli sempre più avanzati.

# L'efficacia del diario del paziente per la riduzione dei disturbi psicologici correlati al ricovero in terapia intensiva. Revisione sistematica della letteratura

Marina Palombi<sup>1</sup>, Sergio Boi<sup>2</sup>, Anna Little<sup>3</sup>, Maria Matarese<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Coordinatore infermieristico dell'Unità terapia intensiva cardiocirurgica presso l'Azienda ospedaliera Policlinico Umberto I, Roma e Clinical nurse leader del Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica del Collegio IPASVI di Roma; <sup>2</sup>Coordinatore infermieristico presso l'Unità operativa di dermatologia e chirurgia plastica, presso l'Azienda ospedaliera Policlinico Umberto I, Roma e Clinical nurse leader del Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica del Collegio IPASVI di Roma; <sup>3</sup>Infermiera presso l'Unità terapia intensiva cardiocirurgica, presso l'Azienda ospedaliera Policlinico Umberto I, Roma e Clinical nurse leader del Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma; <sup>4</sup>Professore associato MED/45 presso l'Università Campus biomedico di Roma e Clinical nurse leader del Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma

Corrispondenza: marina.p67@gmail.com

## RIASSUNTO

**Introduzione** Molti pazienti, ricoverati in terapia intensiva, sviluppano disturbi psicologici dopo la dimissione. Secondo quanto emerso da una revisione Cochrane del 2014, l'uso di un diario, compilato dal personale sanitario o dai familiari e visionato dal paziente dopo la dimissione, potrebbe ridurre l'insorgenza di questi disturbi. Tale ipotesi, giunta a conclusioni non definitive, si basa su pochi studi di piccole dimensioni; si è deciso quindi di condurre una nuova revisione sistematica prendendo in esame gli studi pubblicati dopo il 2014.

**Materiali e metodi** La revisione è stata condotta sulla base delle raccomandazioni del Joanna Briggs Institute, consultando le banche dati PubMed, CINAHL, EMBASE, Cochrane Library, PsycINFO, PILOTS, ILISI e selezionando studi sperimentali o quasi sperimentali condotti tra il 2014 e il 2016.

**Risultati** Oltre agli studi identificati nella revisione Cochrane, è stato possibile includere solo un altro studio coerente con i metodi indicati. Il numero limitato degli studi e la loro eterogeneità non ha permesso di effettuare una metanalisi. Tuttavia, i dati disponibili mostrano una minore insorgenza di disturbi psicologici nei pazienti che hanno fatto uso del diario.

**Discussione** L'utilizzo del diario in terapia intensiva è una pratica diffusa che potrebbe migliorare la qualità di vita del paziente dopo la dimissione.

**Conclusioni** Sono necessari ulteriori studi randomizzati di ampie dimensioni per poter confermare l'efficacia di tale pratica.

**Parole chiave:** terapia intensiva, diario, pazienti adulti, disturbi psicologici, disturbo post traumatico da stress, sindrome da cure *post intensive*

## The effectiveness of the “patient diary” in reducing psychological disorders related to intensive care unit admission. A systematic literature review

### ABSTRACT

**Introduction** Patients who have been critically ill experience significant physical and psychological disorders after discharge. Reduction of their incidence seemed to be driven by the adoption of a diary compiled by family members or healthcare workers during patient's intensive care unit stay, to be consulted by the patient himself/herself after discharge. However, a Cochrane systematic review conducted in 2014 was inconclusive. The availability of additional studies carried on after 2014 allowed the present systematic review to further evaluate the patient diary effectiveness in reducing and preventing post intensive care syndrome.

**Materials and Methods** Present review comply with the recommendations of Joanna Briggs Institute. Articles published from January 2014 to April 2016 were searched on: Medline, CINAHL, EMBASE, Cochrane Library, PsycINFO, PILOTS, ILISI. Experimental and quasi-experimental studies were selected.

**Results** Only a single article complying with defined methods was found, in addition to those already

included in Cochrane review. Thus, the limited number of studies and their heterogeneity did not allowed a metanalysis. Nevertheless all studies showed a reduced risk of developing psychological disorders for patients who consulted the diary after discharge from intensive care unit.

**Discussion** The use of a patient diary could have a positive effect on the psychological wellbeing of patients following discharge from intensive care unit.

**Conclusions** The authors recommend further experimental randomised studies with larger samples to provide reliable evidence supporting the adoption of a patient diary.

**Keywords** ICU, diary, adult patient, psychological disorders, PTSD, post intensive care syndrome.

## INTRODUZIONE

Numerosi studi hanno dimostrato che i pazienti dimessi dalla terapia intensiva (TI) possono andare incontro a problemi psicologici, quali ansia, depressione, e possono soffrire di un disturbo post traumatico da stress (PTSD), che si presenta con amnesie, alterazione della memoria, incubi e deficit cognitivi. Tali sintomi possono avere ripercussioni nella vita sociale del paziente (Fukuda et al., 2015). La probabilità che i pazienti dimessi dalla terapia intensiva possano soffrire di PTSD varia dal 21 al 35%, valore 10 volte superiore rispetto alla popolazione generale (Fukuda et al., 2015) con conseguenze sulla prognosi a lungo termine (Samuelson et al., 2007) e sulla possibilità di tornare a una vita lavorativa regolare (Ringdal et al., 2010). Le manifestazioni che si verificano dopo il ricovero in terapia intensiva sono talmente gravi che la *Society of Critical Care Medicine* ha coniato un nuovo termine per descriverle: sindrome da cure intensive (*Post Intensive Care Syndrome* PICS; Harvey MA, 2012; Hoffman et al., 2015; Jackson et al., 2015; Harvey et al., 2016). Gli eventi traumatici che scatenano questa sindrome sono il ricovero in TI, la sedazione, il dolore e la gravità della patologia che ha determinato il ricovero.

Uno degli interventi proposti per consentire ai pazienti di ricostruire ed elaborare il vissuto del ricovero nel periodo successivo alla dimissione dalla terapia intensiva, e quindi prevenire i disturbi psicologici, è la compilazione di un diario (*ICU diary*). Si tratta di un diario, redatto dal personale sanitario e dai membri della famiglia, in cui vengono riportati in forma narrativa gli avvenimenti di maggior rilievo che hanno caratterizzato la vita del paziente durante il ricovero in terapia intensiva. Tali avvenimenti vengono annotati cronologicamente con un linguaggio semplice, informale (Nydahl et al., 2010) e con l'eventuale integrazione di fotografie. In questo modo il paziente, che ha subito esperienze traumatiche a causa dei processi clinico-assistenziali (trattamenti invasivi, stati dolorosi, procedure diagnostico-terapeutiche) e delle caratteristiche strutturali e ambientali (rumori, luci, spazi chiusi) proprie dei reparti di area critica, può essere aiutato a ricor-

dare e a ricostruire una parte della sua esperienza che altrimenti sarebbe perduta o ricordata in maniera confusa o distorta. La compilazione del diario non richiede molto tempo da parte del personale infermieristico: alcuni studi hanno dimostrato che sono sufficienti circa 5 minuti per turno (Nydahl et al., 2014) e che tale pratica a basso costo migliora la qualità di vita dopo l'esperienza traumatica della terapia intensiva (Combe, 2005; Egerod et al., 2007) oltre a consentire al paziente di concretizzare l'esperienza nella realtà e mantenere un legame con i propri cari durante il tempo perduto (Ewens et al., 2014).

L'uso del diario in TI è stato introdotto negli anni '80 in Danimarca e nei paesi scandinavi per iniziativa di alcuni infermieri che sulla base della loro esperienza e sensibilità hanno ritenuto che tale pratica potesse essere di aiuto ai pazienti nel periodo post dimissione. Negli anni '90 l'utilizzo si è diffuso nel Regno Unito, in Svizzera, in Portogallo, in Germania e in Italia (Greco et al., 2009). Solo a partire dagli anni 2000 sono stati condotti studi sia quantitativi sia qualitativi per verificare la ricaduta dell'uso del diario sul benessere psicologico dei pazienti ricoverati in terapia intensiva e dei loro familiari e, recentemente, uno studio quali-quantitativo condotto su un piccolo campione di pazienti e familiari ha dimostrato che, oltre al diario, sono necessari interventi ulteriori per aiutare la ripresa psicologica (Aitken et al., 2017).

Nel 2012 è stato fondato da alcuni infermieri un *network* che mette a disposizione varie risorse per gli operatori sanitari interessati all'utilizzo del diario in terapia intensiva ([www.icudiary.org](http://www.icudiary.org)).

Una revisione sistematica della letteratura, condotta nel 2014 dalla *Cochrane collaboration* (Ullman et al., 2014) per valutare l'efficacia del diario nel ridurre i disturbi psicologici dopo la degenza in terapia intensiva, non è arrivata a nessuna conclusione definitiva a causa del numero ridotto di studi sperimentali disponibili. Dopo tale revisione sono stati pubblicati altri studi che potrebbero fornire maggiore chiarezza sull'efficacia di tale pratica. È stato quindi deciso di effettuare una revisione della letteratura per aggiornare la precedente revisione Cochrane.

**Obiettivo**

Scopo di questa revisione sistematica è: identificare, valutare e sintetizzare la letteratura relativa all'efficacia dell'utilizzo del diario nei pazienti ricoverati in TI così da ridurre il rischio di disturbi psicologici, quali PTSD, ansia e depressione, dopo la dimissione.

**MATERIALI E METODI**

La revisione sistematica della letteratura è stata effettuata seguendo le raccomandazioni del *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014) per la produzione di revisioni sistematiche della letteratura, utilizzando il software *Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument* (MAStARI), ideato dal JBI.

**Strategia di Ricerca**

Il quesito di ricerca, descritto secondo la metodologia PICOM, è riportato nella tabella 1.

La ricerca sulle banche dati si è svolta in 3 fasi, secondo quanto indicato dal JBI. È stata effettuata una prima ricerca sulla banca dati PubMed utilizzando come parole chiave "diary", "patient", "ICU". Le parole contenute nel titolo e nell'abstract degli articoli individuati sono stati analizzate per identificare i termini più usati per descrivere l'argomento della revisione. È stata effettuata quindi una nuova ricerca sulle seguenti banche dati: PubMed, CINAHL, EMBASE, Cochrane Library, PsycINFO, PILOTS, e ILISI (Tabella 2). La ricerca è stata limitata ad articoli in lingua inglese, francese, tedesca, italiana, spagnola e portoghese, pubblicati dal 1° gennaio 2014 al 15 aprile 2016. Tale intervallo temporale è stato scelto in modo da reperire gli articoli pubblicati dopo la revisione Cochrane. La terza fase ha previsto la lettura della bibliografia presente sugli articoli selezionati per identificare ulteriori articoli utili. Due autori in modo indipendente hanno letto

**Tabella 1. Quesito di ricerca individuato secondo la metodologia PICOM**

<b>Popolazione</b>	pazienti adulti (>18 anni) ricoverati in terapia intensiva per più di 48 ore e sottoposti a ventilazione meccanica
<b>Intervento</b>	utilizzo del diario
<b>Controllo</b>	assenza del diario, altri interventi
<b>Outcome (esiti)</b>	primario: disturbo post traumatico da <i>stress</i> secondario: ansia, depressione, sintomatologia da <i>stress</i> acuto
<b>Metodo di studio</b>	studi sperimentali (RCT) o quasi sperimentali (NRCT, ITS)

**Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica**

<b>Banca dati</b>	<b>Parole chiave</b>
CINAHL/ PsycINFO/ PILOTS	"adult patients OR adults" [free term] AND "ICU OR intensive care unit OR critical care" [free term] AND "diary" [free term] AND "PTSD OR post traumatic stress disorder" [free term]
PubMed	("intensive care units" [MeSH Terms] OR ("intensive" [All Fields] AND "care" [All Fields] AND "units" [All Fields]) OR "intensive care units" [All Fields] OR "ICU" [All Fields]) AND diary [All Fields] AND ("adult" [MeSH Terms] OR "adult" [All Fields]) AND ("patients" [MeSH Terms] OR "patients" [All Fields] OR "patient" [All Fields]) AND ("stress disorders, post traumatic" [MeSH Terms] OR ("stress" [All Fields] AND "disorders" [All Fields] AND "post traumatic" [All Fields]) OR "post traumatic stress disorders" [All Fields] OR "PTSD" [All Fields])
Cochrane Library	adult patients, adults [free term] AND ICU, intensive care unit, critical care [free term] AND diary [free term] AND PTSD, post traumatic stress disorder [free term]
ILISI	terapia intensiva, stress, psicologia, disturbo post traumatico da <i>stress</i> , accertamento



titolo e *abstract* degli articoli individuati, selezionando quelli che corrispondevano ai criteri di inclusione, elencati nella tabella 3. Gli articoli selezionati sono stati reperiti in *full text* e inclusi solo se rispondevano ai criteri di inclusione. In caso di dubbio è stata richiesta la valutazione di un terzo autore.

### Valutazione critica degli studi

La valutazione della qualità metodologica degli studi inclusi nella revisione è stata effettuata da due valutatori indipendenti mediante lo strumento di valutazione critica degli studi sperimentali o quasi sperimentali (*Critical Appraisal Checklist-CAT*) del MASTARI (JBI, 2014). Esso si basa su 10 criteri che comprendono:

- modalità di randomizzazione;
- cecità dei partecipanti;
- cecità dei ricercatori;
- cecità dei valutatori;
- confrontabilità del gruppo sperimentale e di quello di controllo a inizio studio;
- omogeneità del trattamento;
- misurazione omogenea degli esiti (*outcome*) nel gruppo sperimentale e di controllo;
- affidabilità degli strumenti di misurazione degli esiti;
- appropriatezza dell'analisi statistica;
- inclusione nell'analisi dei risultati dei soggetti ritirati.

Si è deciso di includere nella revisione solo gli studi che ottenevano un punteggio di almeno 6 per la loro qualità metodologica.

### Estrazione e analisi dei dati

Gli autori hanno estratto dagli articoli le seguenti informazioni, riportandole su una tabella costruita a questo scopo: autore/i, disegno, popolazione in studio e campione, esiti valutati, *follow up*, intervento, confronto, e risultati. Si è stabilito di effettuare, in presenza di due o più studi che analizzavano lo

stesso esito, una metanalisi, ricorrendo, in caso di eterogeneità degli studi, agli appositi test statistici.

### RISULTATI

A seguito della consultazione delle banche dati sono stati selezionati 179 articoli. Dopo l'eliminazione di 16 duplicati, i titoli e gli *abstract* dei restanti 163 articoli sono stati valutati sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione, portando all'esclusione di ulteriori 154 studi in quanto non pertinenti alla revisione o alle revisioni sistematiche della letteratura. Sono stati valutati i *full text* dei rimanenti 9 articoli e sono stati esclusi 8 articoli in quanto studi non sperimentali o quasi sperimentali (Figura 1).

Sono stati analizzati i 3 studi clinici inclusi nella revisione sistematica Cochrane del 2014, dai quali è stato escluso uno studio poiché considerava gli effetti dell'uso del diario sui familiari. Pertanto sono stati selezionati e inclusi nella revisione 3 articoli, tutti con punteggio superiore a 6 sulla base della *Critical Appraisal Checklist* del MASTARI (Tabella 4).

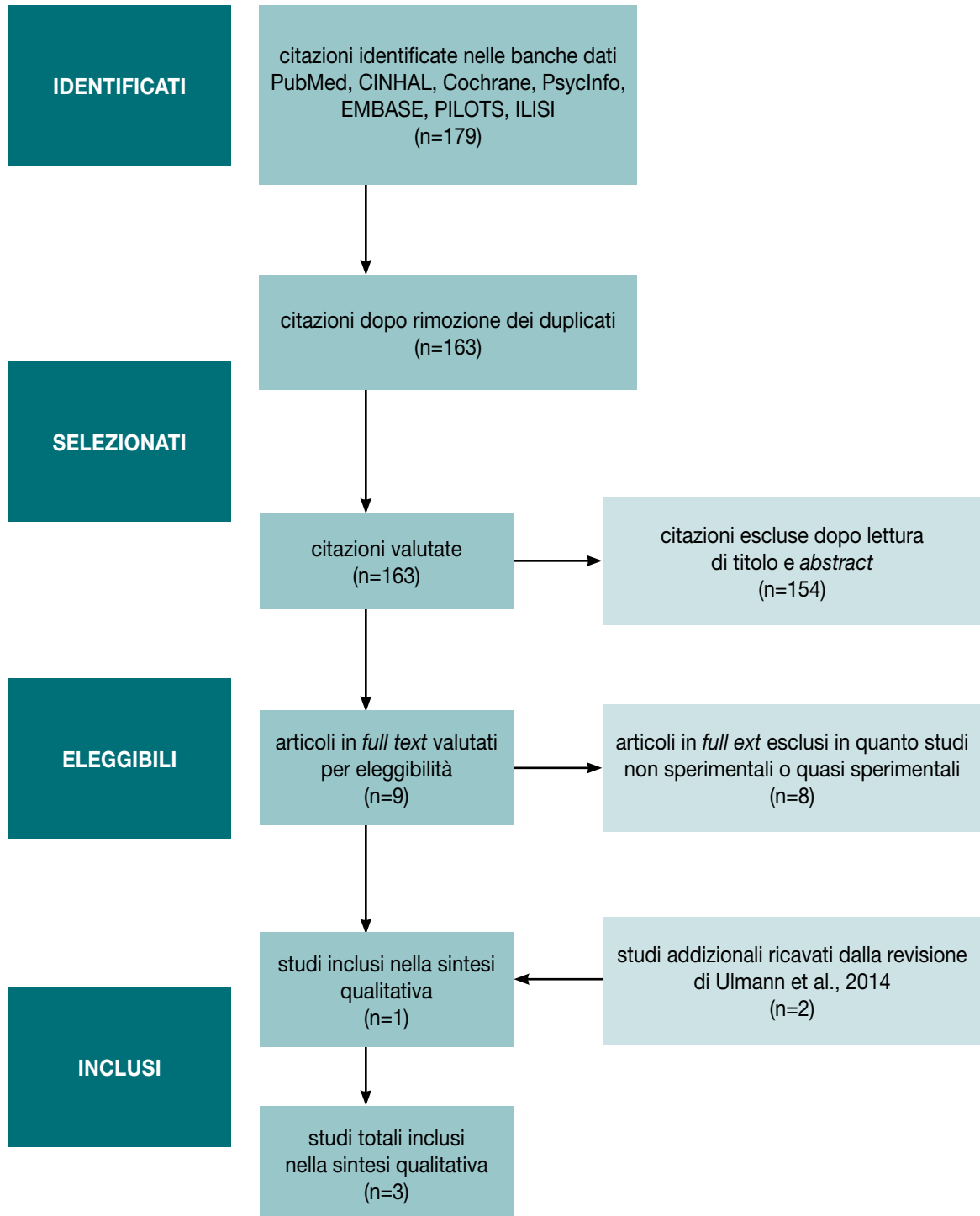
### Descrizione dei disegni di studio

I 3 studi inclusi nella revisione sono stati pubblicati tra il 2009 e il 2015. L'unico studio eleggibile condotto dopo la pubblicazione della revisione Cochrane era uno studio quasi sperimentale, serie temporale interrotta, (Fukuda et al., 2015) in cui gli esiti sono stati valutati su un primo campione prima dell'introduzione del diario del paziente (gruppo di controllo) e successivamente su un secondo campione dopo l'introduzione del diario (gruppo sperimentale). Gli altri 2 studi erano di tipo sperimentale (controllato e randomizzato), di cui uno di tipo multicentrico, condotto in 6 paesi europei (Jones et al., 2010). Il totale della popolazione studiata è stato di 197 pazienti per il gruppo d'intervento e di 201 pazienti per il gruppo di controllo (Tabella 4).

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

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
pazienti >18 anni	pazienti <18 anni
pazienti ammessi in TI da almeno 48 ore	pazienti con degenza <48 ore
pazienti con ventilazione meccanica	pazienti che non hanno avuto il supporto di una ventilazione meccanica
pazienti che non presentano pregressi disturbi mentali o cognitivi	pazienti con pregressi problemi di salute mentale e deficit cognitivi, familiari dei pazienti ricoverati in TI o operatori sanitari
studi clinici randomizzati controllati, studi clinici non randomizzati, studi quasi sperimentali (serie temporali interrotte)	studi qualitativi, revisioni sistematiche, studi di coorte, descrittivi o correlazionali, <i>abstract</i> , tesi

**Figura 1. Schema della modalità di ricerca della letteratura**



Da: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Tabella 4. Descrizione degli studi inclusi nella revisione sistematica

Autore/i	Disegno	Campione	Intervento	Comparazione	Esito (strumento)	Follow up	Risultati	Valutazione critica
Knowles et al., 2009	RCT monocentrico	36 pazienti adulti ricoverati da >48 ore  GC=18 GS=18	consegna del diario	non consegna del diario	- ansia (HADS) - depressione (HADS)	- prima rilevazione: circa un mese dopo la dimissione dall'ICU - seconda rilevazione: 3 settimane dopo la prima valutazione	- riduzione dell'ansia: GS: da 6,61±3,88 a 4,72±2,99 (t (1,17)=2,65, p<0,05) vs GC da 7,22±4,6 a 6,59±4,5 - riduzione della depressione: GS: da 6,72±4,64 a 4,17±2,98 vs GC: da 8,89±5,12 a 8,29±5,13 (t (1,17)=3,33, p<0,005)	7/10
Jones et al., 2010	RCT multicentrico (12 ospedali in 6 paesi europei)	322 pazienti adulti (>18 anni) ricoverati da >72 ore  GC=160 GS=162	consegna del diario	informazioni verbali, senza consegna del diario	- disturbo post traumatico da stress (PTSS-14, PDS)	- prima rilevazione: 1 mese dopo il ricovero in TI (PTSS-14) - seconda rilevazione: 3 mesi dopo il ricovero (PTSS-14, PDS)	- riduzione dell'incidenza di PTSD dopo 3 mesi: 5% in GS vs 13% in GC, p=0,02 - nessuna differenza tra la mediana del PTSS-14 tra GS e GC (24±12,2 vs 24±11,6)	9/10
Fukuda et al., 2015	serie temporale interrotta  monocentrico	40 pazienti adulti (>20 anni) ricoverati da >72 ore  GC=23 GS=17	uso del diario	assistenza usuale	- ansia (HADS) - depressione (HADS) - disordine acuto da stress (ASDS)	- prima rilevazione: 1 settimana dopo la dimissione dalla TI - seconda rilevazione: 10 giorni dopo la prima rilevazione	- riduzione dell'ansia (pazienti con amnesie): GS: da 7,1±3,8 a 5,7±2,7 (p=0,011) vs GC: da 8,0±3,98 a 7,85±3,9 - riduzione della depressione (pazienti con amnesie): GS: da 8,6±5 a 7,2±4,3 (p=0,003) vs GC: da 9,0±4,5 a 8,6±5,0 - riduzione del disturbo acuto da stress (pazienti con amnesie): GS: da 46,9±13,8 a 43,8±11,4 (p=0,012) vs GC: da 48,5±15,1 a 48,0±14,8	6/10

**Note**PTSS-14: *Post Traumatic Stress Disorder-related symptoms screening tool-14 item*ICUM tool = *Intensive Care Unit Memory tool*

GC = gruppo di controllo

GS = gruppo sperimentale

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*PDS: *Post traumatic Diagnostic Scale*ASDS = *Acute Stress Disorder Scale*

### Descrizione intervento e comparazione

In due studi il diario veniva utilizzato abitualmente in terapia intensiva (Jones et al., 2010; Knowles et al., 2009). Il diario era aggiornato quotidianamente con linguaggio semplice dal personale sanitario o dai familiari e riportava le condizioni del paziente, gli eventi in reparto, i dettagli di ogni trattamento, le procedure, i nomi dei visitatori, e poteva essere integrato da fotografie (Jones et al., 2010). Il diario veniva consegnato ai pazienti del gruppo sperimentale dopo la dimissione durante una visita prestabilita fornendo le adeguate spiegazioni. Il gruppo di controllo non riceveva il diario per tutto il tempo del *follow up*. Solo successivamente il diario veniva consegnato anche ai pazienti del gruppo di controllo.

### Descrizione degli esiti

Gli studi selezionati hanno valutato come esiti: il disturbo post traumatico da *stress*, il disturbo acuto da *stress*, l'ansia, la depressione, l'alterazione della memoria.

In particolare, Knowles et al. (2009) hanno valutato l'ansia e la depressione dopo un mese e dopo 3 settimane dalla dimissione dalla terapia intensiva utilizzando l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Jones et al. (2010) hanno valutato il PTSD nei pazienti con alterazione della memoria usando due strumenti: il *Post Traumatic Stress-14 scale* (PTS) e il *Post Traumatic Diagnostic Scale* (PTDS), dopo 1 e 3 mesi dalla dimissione dalla terapia intensiva. Fukuda et al. (2015) hanno valutato l'ansia e la depressione con l'*HADS* e il disturbo acuto da *stress* con l'*Acute Stress Disorder Scale* (ASDS) dopo una settimana e 10 giorni dalla dimissione dalla terapia intensiva, nei pazienti con o senza disturbi amnesici.

A causa del numero esiguo di studi e della disomogeneità del disegno, quanto a tipologia degli esiti e momento di valutazione degli stessi, si è potuto effettuare solo una sintesi narrativa dei risultati e non una metanalisi.

Dai risultati dei 3 studi inclusi nella revisione, si può ricavare che l'uso del diario aiuta il paziente a comprendere il suo vissuto in terapia intensiva con un impatto positivo sulla depressione, sull'ansia e sulla sindrome da *stress* post ICU. Nello studio di Jones et al., (2010) l'utilizzo del diario ha ridotto l'incidenza del PTSD a 3 mesi dalla dimissione (5% vs 13%,  $p=0,02$ ) con una riduzione significativa della sintomatologia dello *stress* post dimissione. Lo studio di Fukuda et al. (2015), nel confrontare i soggetti con alterazione della memoria, riporta una riduzione significativa dell'ansia ( $7,1\pm 3,8$  vs  $5,7\pm 2,7$ ,  $p=0,011$ ),

della depressione ( $8,6\pm 5,0$  vs  $7,2\pm 4,3$ ,  $p=0,003$ ) e dei disturbi acuti da *stress* ( $46,9\pm 13,8$  vs  $43,8\pm 11,4$ ,  $p=0,012$ ).

Nello studio di Knowles et al. (2009) il gruppo sperimentale ha presentato una riduzione statisticamente significativa dell'ansia ( $t(1,17)=2,65$ ,  $p<0,05$ ) e della depressione ( $t(1,17)=3,33$ ,  $p<0,005$ ), misurate a distanza di un mese dalla dimissione dalla TI e dopo 3 settimane.

### DISCUSSIONE

Attualmente, la sindrome che si manifesta nei pazienti dimessi da un ambiente di cure ad alta complessità viene inquadrata come una disfunzione della salute fisica e/o cognitiva che causa sofferenza psicologica e ripercussioni nella vita sociale del paziente persistendo anche per molti anni (Samuelson, 2007; Ringdal, 2010; Harvey, 2012; Hoffman, 2015; Jackson, 2015; Fukuda et al., 2015; Harvey, 2016). L'uso del diario sembra permettere al paziente di ricomporre quel tassello della propria vita che andrebbe altrimenti perduto (Ewens, 2014) o ricordato in modo distorto. Questo intervento sarebbe in grado di prevenire ansia, depressione, disturbi del sonno, problemi di elaborazione mentale e mobilità limitata e, in aggiunta, comporterebbe un basso costo sanitario (Combe, 2005; Egerod et al., 2007; Knowles, 2009; Jones, 2010; Nydahl et al., 2014; Fukuda, 2015).

Questa revisione ha identificato 3 studi, sperimentali o quasi sperimentali (Knowles et al., 2009; Jones, 2010; Fukuda et al., 2015) che valutavano l'efficacia dell'uso del diario nella riduzione dei disturbi psicologici nei pazienti ricoverati in terapia intensiva. Nonostante i molti articoli pubblicati dal 2014 a oggi, è stato individuato solo un nuovo studio clinico quasi sperimentale, pubblicato dopo la revisione della *Cochrane Collaboration*, che possedeva i criteri di inclusione previsti nella presente revisione (Fukuda et al., 2015). Per la ricerca bibliografica è stato utilizzato il termine *diary* che gli autori ritengono adeguato per la selezione degli articoli pertinenti in quanto è il più utilizzato per indicare il tipo di intervento oggetto della revisione.

I 3 studi hanno considerato l'impatto del diario su differenti disturbi psicologici, quali ansia, depressione, disturbo acuto da *stress* e disturbo post traumatico da *stress*.

A causa del numero limitato degli studi e dell'eterogeneità degli esiti valutati non è stato possibile combinare i risultati in una metanalisi. Due studi presentavano, tra l'altro, un campione piuttosto limitato (<40 pazienti) rendendo difficile la generalizzazione dei risultati. Pur tenendo conto dei limiti metodologici, tutti gli studi hanno indicato un effetto positi-

vo dell'intervento, dimostrando una riduzione della comparsa dei disturbi psicologici a breve (dopo 10 giorni) o a medio termine (3 mesi).

Studi recenti consigliano di utilizzare, oltre al diario, altri interventi per facilitare la ripresa fisica e psicologica del paziente ricoverato in area critica come la precoce sospensione della sedazione, l'estubazione, la valutazione attiva del delirio, oltre a interventi mirati per favorire l'equilibrio sonno-veglia e l'attività per accelerare il recupero della forza muscolare (Hoffman, 2015; Aitken, 2017). Rivestono inoltre un ruolo strategico nella prevenzione della sindrome da cure post intensive la cultura del rischio, l'implementazione della formazione del personale di assistenza e l'educazione specifica ai pazienti e ai caregiver sui sintomi/segni cognitivi e fisici che possono segnalare la PICS (Hoffman, 2015).

Si ritiene necessario condurre ulteriori studi randomizzati con adeguato disegno e numerosità campionaria per confermare le indicazioni emerse dai dati al momento disponibili.

## CONCLUSIONI

La trascrizione del vissuto del paziente sul diario potrebbe avere risvolti rilevanti per il miglioramento della qualità di vita dei soggetti ricoverati in TI, che in genere, dopo il trasferimento e la dimissione dal reparto di area critica, vanno incontro a ansia, depressione, alterazione della memoria e incubi. Attualmente l'uso del diario è diffuso nelle terapie intensive di molti paesi europei poiché non incide sui tempi assistenziali ed è una attività a basso costo che non comporta effetti negativi sul paziente. Seppure la letteratura non abbia ancora fornito prove conclusive, l'introduzione del diario narrativo in terapia intensiva può favorire la prevenzione della sofferenza psicologica di pazienti e familiari.

**Conflitti di interesse:** gli autori dichiarano di non aver pubblicato l'articolo in precedenza presso altre riviste. Dichiarano inoltre di non trovarsi in situazioni di conflitti di interesse e di non aver ricevuto finanziamenti da società commerciali o da enti pubblici.

## BIBLIOGRAFIA

- Aitken LM, Rattray J, Kenardy J et al. (2017) *Perspectives of patients and family members regarding psychological support using intensive care diaries: an exploratory mixed methods study*. Journal of Critical Care, 38, 263-268.
- Combe D (2005) *The use of patient diaries in an intensive care unit*. Nursing in Critical Care 2005, 10, 31-34.
- Egerod I, Schwartz-Nielsen KH, Hansen GM et al. (2007) *The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006*. Nursing in Critical Care, 12(3), 159-167.
- Ewens B, Chapman R, Tulloch A et al. (2014) *Survivors' utilization of diaries post discharge: a qualitative descriptive study*. Aust Crit Care, 27, 28-35.
- Fukuda T, Inoue T, Kinoshita Y et al. (2015) *Effectiveness of ICU diaries: improving "Distorted Memories" encountered during ICU admission*. Open Journal of Nursing, 5, 313-324.
- Greco MM, Di Florio S, Romani M et al. (2009) *L'utilizzo dei "Diari del paziente" in terapia intensiva*. Scenario: Official Italian Journal of ANIARTI, 26(4), 22-27.
- Harvey MA, Davidson JE (2016) *Post-intensive Care Syndrome: right care, right now... and later*. Critical Care Medicine, 44(2), 381-385.
- Harvey MA (2012) *The truth about consequences - post intensive care syndrome in ICU survivors and their families*. Crit Care Med, 40, 2506-2507.
- Hoffman LA, Guttendorf J (2015) *Post Intensive Care Syndrome: risk factors and prevention strategies*. Critical Care Alert, 22(12), 89-93.
- Jutte JE, Christopher T, Erb CT et al. (2015) *Physical, cognitive, and psychological disability following critical illness: what is the risk?* Seminars in Respiratory & Critical Care Medicine, 36(6), 943-958.
- Joanna Briggs Institute (2014) *Reviewers' manual: 2014 edition*. JBI.
- Jones C, Backman C, Capuzzo M et al. (2010) *Intensive care diaries reduce new onset post-traumatic stress disorder following critical illness: a randomized, controlled trial*. Critical Care, 14(5), R168.
- Knowles R, Tarrier N (2009) *Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial*. Critical Care Medicine, 37(1), 184-191.
- Nydahl P, Bäckman CG, Bereuther J et al. (2014) *How much time do nurses need to write an ICU diary?* Nursing Critical Care, 19(5), 222-227.
- Nydahl P, Knück D, Egerod I (2010) *The extend and application of patient diaries in German Intensive Care Units*. The World of Critical Care Nursing, 7(2), 122-126.
- Ringdal M, Plos K, Örténwall P et al. (2010) *Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study*. Critical care medicine, 38(1), 38-44.
- Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B (2007) *Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients*. Nursing in Critical Care, 12(2), 93-104.
- Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J et al. (2014) *Diaries for recovery from critical illness*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 12, CD010468.



# La voce del corpo: studio qualitativo sull'uso del tocco nella relazione infermiere-assistito

Silvia Tarantino<sup>1</sup>, Roberto Milos<sup>2</sup>, Ivana Maria Rosi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Infermiera di ricerca presso la Divisione di prevenzione e genetica oncologica dell'Istituto Europeo di oncologia, Milano; <sup>2</sup>Infermiere, professore a contratto, Università degli studi di Milano, SITRA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; <sup>3</sup>Professore a contratto, Università degli Studi di Milano, SITRA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Corrispondenza: silvia.tara@hotmail.it

## RIASSUNTO

**Introduzione** Il contatto fisico è un aspetto fondamentale dell'assistenza infermieristica in quanto completa la comunicazione e la relazione di aiuto con il paziente. Poiché mancano studi, con questa ricerca qualitativa si vuole esaminare come viene usato il contatto, le caratteristiche del tocco, le percezioni e i vissuti provati dai protagonisti di tale relazione.

**Materiali e metodi** Lo studio, di tipo qualitativo fenomenologico, si è svolto nei mesi di settembre e ottobre 2014. Sono state condotte interviste semi-strutturate ai pazienti e agli infermieri delle unità operative di broncopneumologia e chirurgia toracica di un policlinico universitario milanese.

**Risultati** Il contatto fisico non procedurale è considerato utile per la pratica infermieristica sia dagli assistiti sia dagli infermieri. Il tocco sembra essere uno strumento utile per prendersi cura, per ridurre le distanze e creare fiducia.

**Conclusioni** Le mani dell'infermiere trasmettono vicinanza e sicurezza, portando così beneficio all'assistito. L'infermiere ha modo di riconoscere il paziente come essere umano e, allo stesso tempo, si riconosce come persona, si sente utile e migliora il proprio modo di agire, personalizzando i propri interventi.

**Parole chiave:** contatto fisico, fiducia, relazione d'aiuto.

## Body's voice: qualitative study on the use of touch in the nurse-patient relationship

### ABSTRACT

**Introduction** Physical touch is an important aspect of nursing care because it completes the nurse-patient relationship and communication. Given the presence of few studies, the purpose of this qualitative study is to examine the use and characteristics related to the touch and investigate perceptions, feelings and experiences of both nurses and patients in this type of relationship.

**Materials and methods** Qualitative phenomenological study took place in the months of September and October 2014. Semi-structured interviews were conducted with patients and nurses of two clinical units, respiratory medicine and thoracic surgery, in a university hospital in Milan.

**Results** Non-procedural touch is considered useful for nursing practice by patients and also by nurses. Touch may be useful for caring, for reducing distances and for creating trust.

**Conclusions** Hands of nurse convey proximity and security and it leads benefits for the physical condition of the patient. Nurse has the opportunity to recognize the patient as human being and, at the same time, to recognize himself as a person and improves his way of act, customizing his interventions.

**Keywords:** physical touch, trust, his helping relationship.

## INTRODUZIONE

Il contatto fisico è indispensabile al professionista sanitario per mettersi in relazione con l'assistito ed è uno strumento fondamentale per l'assistenza (McDonald et al., 2001; Draper, 2014). L'infermiere si relaziona con persone che soffrono ed entra in

contatto con l'intimità della persona, sia in senso fisico sia psicologico (Nucchi et al., 2004). Il contatto fisico, presupponendo fiducia e rispetto (Gleeson et al., 2005), costituisce l'inizio della relazione d'aiuto, ma anche il mezzo attraverso il quale si accede alla sfera più intima dell'individuo (Williams, 2001;

Nucchi et al., 2004; Cunico et al., 2014). E' quindi uno strumento importante e determinante per raggiungere un'elevata qualità delle cure e migliorare gli effetti degli interventi infermieristici (Nucchi et al., 2004). Anche quando l'assistenza è limitata nel tempo, come nei servizi di endoscopia, il contatto è un mezzo per ottenere informazioni che altrimenti rimarrebbero celate (Bundgaard, 2011).

Le poche ricerche condotte sul contatto fisico hanno tentato di identificarne le caratteristiche, le proprietà e i benefici nella relazione infermiere-assistito, producendo tuttavia risultati contrastanti, frequentemente autoreferenziali (Marchetti, 2015), poco chiari e meritevoli di ulteriori approfondimenti. Inoltre, questi studi si riferiscono principalmente al massaggio come tecnica con finalità terapeutiche in specifici quadri patologici (De Luca, 2010).

Secondo la definizione, il tocco è un atto o un'azione compiuta con l'uso di una mano o del corpo che ci permette di entrare in relazione con altre persone, oggetti o animali. Nella quotidianità, infatti, sono inevitabili le situazioni di contatto con ciò che ci circonda; ciò spiega come l'esperienza del tocco sia legata, quindi, a diversi concetti, tra cui quelli d'intimità, di corpo e di malattia. Intimità significa vicinanza a livello psicologico ed emotivo: attraverso il tocco, l'assistito dà all'infermiere il permesso di accedere a informazioni più profonde rispetto a quelle trasmesse dalla semplice comunicazione verbale: ovvero comunica le aspettative, i desideri, la progettualità e le emozioni (Cunico et al., 2014). Il concetto di corpo è strettamente connesso alla pratica infermieristica: è inteso sia come struttura anatomica, su cui il professionista studia e interviene, sia come identità propria e soggettiva, con cui, invece, egli si relaziona (Cunico et al., 2014). Draper (2014) illustra come i concetti di corpo e di *embodiement* siano legati a quello di tocco e come questo tocco esperto sia un esempio del modo in cui siamo in grado di leggere il corpo di un altro individuo e di percepire la nostra abilità. La malattia modifica la relazione con il proprio corpo e l'infermiere tenta di dare voce, attraverso l'assistenza e la cura quotidiana, all'esperienza di malattia del paziente (Picco et al., 2009), infonde sicurezza, limitando il disagio e il dolore (Edwardsson et al., 2003). Infine, l'uso del tocco può essere di aiuto in quelle situazioni in cui le parole sono inappropriate (Schmidt, 2013).

Oltre al tocco procedurale esistono altre modalità di tocco utili per l'intervento assistenziale (Gala et al., 2003; Palese et al., 2010). Queste modalità di tocco sono:

- il tocco di conforto;

- il tocco intimo, orientato alle attività che coinvolgono parti del corpo come i genitali, le natiche, le cosce, il seno;

- il tocco protettivo che mira alla tutela emotiva dell'infermiere o a proteggere l'assistito (Gleeson et al., 2005; O'Lynn et al., 2011; Cunico et al., 2014).

Il tatto è l'unico organo di senso a possedere un duplice effetto in quanto toccare presuppone anche l'essere toccati, non solo fisicamente, ma talvolta anche emotivamente (De Marinis, 2007). Edwardsson (2003) sottolinea come il tocco porti con sé tale effetto sia sull'assistito sia sull'infermiere. L'operatore con il tocco percepisce il proprio valore come persona e come professionista e scopre di potere alleviare la sofferenza di un'altra persona con il contatto. Anche De Luca (2010) parla di un dialogo tra corpi, quello dell'individuo che soffre che non viene più definito soltanto dai sintomi e dalla malattia e quello dell'infermiere, che riscopre aspetti importanti dell'assistenza. Il tocco quindi porta beneficio a entrambi i protagonisti della relazione d'aiuto (Fédor et al., 2008; Green, 2013): favorisce lo scambio di emozioni tra i protagonisti della relazione d'aiuto trasmettendo rispetto e sentimenti positivi (Chang, 1999; Williams, 2001). Per gli infermieri l'interazione fisica con i pazienti può ridurre lo *stress*, migliorare il benessere sul posto di lavoro, ridurre il rischio di *burnout* e di bassa soddisfazione professionale (Pedrazza, 2015).

In letteratura le principali variabili riconosciute che influiscono nelle situazioni di tocco sono quattro:

- caratteristiche dell'infermiere;
- caratteristiche del paziente,
- effetto misto;
- condizioni che si verificano nel contesto quotidiano (Estabrooks, 1992).

Routasalo (1999) ha dimostrato che il contesto familiare e la cultura di provenienza hanno un'influenza importante in questo tipo di interazione. Edwards (1998) ha valutato la variabile del genere nella relazione infermiere-assistito, dimostrando che le situazioni di tocco tra persone dello stesso sesso sono più frequenti rispetto a quelle tra persone di sesso opposto. Altre variabili indagate in letteratura sono: l'età (Gleeson et al., 2005; Adomat et al., 1994; Routasalo, 1999); la forma di contatto utilizzata e la parte del corpo coinvolta (Grousset, 2009); le caratteristiche delle mani che toccano, l'intensità del tocco, le condizioni generali dell'assistito e l'ambiente circostante (Schmidt, 2013).

Sebbene il tocco sia considerato utile nel progetto di assistenza per individuare e alleviare il dolore o per favorire la relazione e permettere al paziente di sentire il suo corpo, il tema del contatto fisico, di

tipo non procedurale e non terapeutico, è poco affrontato e discusso sia nell'ambito della ricerca sia in quello della pratica clinica. Si ritiene però utile per la pratica infermieristica capirne il significato, le percezioni a esso legate e il modo di utilizzarlo/viverlo da parte di entrambi gli attori coinvolti.

Questa indagine si è posta, pertanto, l'obiettivo di indagare il concetto di contatto fisico e in particolare di analizzare le percezioni e i vissuti provati sia dalla persona assistita sia dall'infermiere nell'ambito della degenza in un contesto ospedaliero.

## MATERIALI E METODI

E' stata scelta una metodologia di ricerca qualitativa fenomenologica, volta a indagare le percezioni e i vissuti dell'individuo (Russel, 2004). La ricerca è stata condotta coinvolgendo assistiti e infermieri all'interno delle unità operative di broncopneumologia e chirurgia toracica di un policlinico universitario milanese. La scelta degli ambienti citati è stata motivata dall'elevata presenza di tecnologia, come i presidi per il supporto respiratorio, che interferisce nella comunicazione verbale, e dalla necessità di utilizzare la comunicazione non verbale per controllare i sintomi, come dolore e dispnea, trasmettendo sicurezza e calma.

### Campione

Si è effettuato un campionamento di convenienza fino a saturazione dei dati, cioè fino a quando le descrizioni dei partecipanti non sono risultate ripetitive e non evidenziassero nuovi temi (Russel, 2004). Sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati presso le unità operative di broncopneumologia o chirurgia toracica nel mese di settembre del 2014, che avessero un'età maggiore o uguale ai 18 anni, che acconsentissero alla partecipazione allo studio, che comprendessero e fossero in grado di esprimersi in lingua italiana. Gli assistiti dovevano essere ricoverati da almeno 48 ore e dovevano avere una condizione respiratoria tale da poter sostenere un'intervista. Per quanto riguarda gli infermieri, sono stati inclusi coloro che prestavano servizio nei reparti sopra citati, che fossero presenti nel medesimo periodo e che avessero dato il consenso all'intervista.

### Strumento

Si è utilizzata un'intervista semistrutturata *face to face* suddivisa in due parti e diversa per i due campioni. La prima parte includeva la raccolta di dati socio-anagrafici.

Per gli assistiti veniva chiesto: età, sesso, titolo di studio, professione attuale, stato civile, *background* culturale, precedenti esperienze di ricovero.

Per gli infermieri veniva chiesto: età, sesso, diploma, scolarità e partecipazione a corsi sulla comunicazione, cultura di provenienza, esperienza professionale ed esperienza nello specifico reparto.

La seconda parte consisteva in domande guida aperte che proponevano i quesiti della ricerca: "Che importanza ha il contatto fisico nella relazione tra paziente e infermiere? Qual è la sua esperienza in merito?". L'intervistato poteva rispondere liberamente interrompendo il colloquio quando lo desiderava. Le domande erano poste in base al colloquio specifico quindi se l'intervistato aveva già descritto alcuni aspetti si evitavano le domande non più necessarie. Le interviste, della durata media di circa 20 minuti, sono state audioregistrate e in seguito trascritte oppure, in caso di mancato consenso alla registrazione, trascritte direttamente chiedendo conferma all'intervistato durante la verbalizzazione. A ogni intervista è stato associato un codice identificativo alfanumerico (numero progressivo dell'intervista seguito da: A - assistito; I - infermiere; M - medicina; C - chirurgia).

### Analisi

Tutte le interviste, riportate fedelmente, sono state lette e analizzate, indipendentemente, da tre ricercatori con formazione infermieristica (ST, IMR, RM) che avevano già condotto indagini fenomenologiche. E' stata realizzata una tabella a più colonne (Mortari, 2013): nella prima sono state riportate le frasi significative di ogni intervista; nella seconda è stato fatto un riassunto descrittivo ed esplicativo del testo citato in modo da identificarne la qualità specifica; nella terza è stato definito un primo elenco provvisorio di etichette elaborate. In seguito per ottenere una concettualizzazione che fosse il più possibile fedele alla qualità del materiale testuale e capace di rendere con la maggiore precisione possibile il significato enucleato, sono state messe a confronto le etichette attribuite dai diversi ricercatori con il materiale raccolto. Terminata l'analisi, le etichette sono state raggruppate in categorie, cioè si sono individuate tutte le etichette che identificavano tipologie di unità testuali che avevano una certa analogia (Mortari, 2013). L'analisi è stata prima condotta separatamente per i due sottogruppi, successivamente si è proceduto a un confronto e a un'integrazione dei temi emersi così da sottolineare la reciprocità dell'esperienza del contatto e del tocco non procedurale (De Marinis, 2007; De Luca, 2010).

Nella sezione successiva ogni citazione viene riportata con il codice identificativo corrispondente all'intervista da cui è stata tratta.

### Considerazioni etiche

E' stata richiesta l'autorizzazione al dirigente dell'Unità operativa complessa – SITRA e sono stati informati i responsabili infermieristici di area e di unità operativa. All'inizio di ogni incontro è stato illustrato a ogni partecipante lo scopo dello studio, è stato richiesto il consenso verbale all'intervista e alla registrazione dei dati. Si è ricordato a ogni intervistato che avrebbe potuto ritirarsi dallo studio in ogni momento e per qualsiasi motivo.

### RISULTATI

Sono stati presi in esame 21 assistiti, 18 sono stati osservati e intervistati, 3 solo osservati; delle 18 interviste 13 sono state condotte in medicina. Inoltre sono state condotte 14 interviste agli infermieri, delle quali 3 in chirurgia. Le caratteristiche generali dei partecipanti all'indagine sono illustrate in tabella 1 e tabella 2.

Dall'analisi delle interviste raccolte da entrambi i gruppi, sono state riconosciute tre tematiche principali, all'interno delle quali sono stati poi individuati dei sottotemi, così come riassunto in tabella 3.

### Il tocco come strumento per prendersi cura

#### *Toccare per conoscere*

Il contatto fisico è considerato parte integrante delle attività infermieristiche sia dai pazienti sia dagli infermieri. Il professionista, attraverso le mani e la loro azione, percepisce se stesso come essere umano e riconosce l'assistito nella sua interezza come persona, fornendogli una relazione tra pari: "... la nostra figura professionale perde se non utilizziamo il contatto fisico. Io sento l'espressione completa di quello che faccio, della mia professione" (4IM); "Il contatto fisico ti serve a capire che davanti hai un'altra persona" (10IM); "Ti permette di stabilire un contatto diverso da quello impostato dalle parole" (1IM); "Tu toccando una persona riesci a capire se si abbandona, se si rilassa, se invece rimane rigida... è uno strumento di conoscenza delle reazioni della persona" (7IM).

#### *Tocco procedurale*

Il contatto fisico viene utilizzato dal professionista in quanto legato alle attività e alle procedure quotidiane per confortare, rassicurare e tranquillizzare l'assistito. I pazienti hanno la percezione che il tocco procedurale sia quello maggiormente presente all'interno della realtà ospedaliera.

"Qui vengono solo per fare la terapia con le flebo, attacca-stacca" (2AM); "Le uniche volte che mi toccano così è sempre per la terapia che mi fanno endovena quindi cioè attaccano, staccano, fanno il

**Tabella 1. Caratteristiche socio demografiche degli assistiti**

	<b>N=21 pazienti</b>
<b>Sesso</b>	femmine 10 (47,6%) maschi 11 (52,4%)
<b>Età media</b>	44 anni (range 18-69)
<b>Scolarità</b>	scuola dell'obbligo 8 (38,1%) diploma/altro 10 (47,6%) laurea 3 (14,3%)
<b>Professione</b>	studenti 2 (9,5%) pensionati/disoccupati 8 (38,1%) occupati 11 (52,4%)
<b>Situazione familiare</b>	solo 1 (4,8%) un solo familiare 9 (42,8%) >1 familiare 11 (52,4%)
<b>Religione</b>	ateo 14 (66,6%) cattolico 7 (33,4%)
<b>Ricoveri precedenti</b>	sì 19 (90,5%) no 2 (9,5%)
<b>Area di degenza</b>	medicina 15 (71,4%) chirurgia 6 (28,6%)
<b>Durata della degenza</b>	<5 giorni 9 (42,8%) 6-10 giorni 8 (38,1%) <11 giorni 4 (19,1%)

**Tabella 2. Caratteristiche socio demografiche degli infermieri**

	<b>N=14 infermieri</b>
<b>Sesso</b>	femmine 11 (78,6%) maschi 3 (21,4%)
<b>Età media</b>	38 anni (range 25-60)
<b>Titoli di studio</b>	laurea magistrale/master 3 (21,4%) niente 11 (78,6%)
<b>Corsi sulla comunicazione</b>	sì 7 (50%) no 7 (50%)
<b>Religione</b>	atei 1 (7,1%) cattolico 8 (57,2%) non dichiarata 5 (35,7%)
<b>Area di degenza</b>	medicina 11 (78,6%) chirurgia 3 (21,4%)
<b>Età lavorativa</b>	<5 anni 3 (21,4%) 6-10 anni 4 (28,6%) <11 anni 7 (50%)
<b>Tempo nella specifica unità operativa</b>	<5 anni 7 (50%) 6-10 anni 6 (42,9%) <11 anni 1 (7,1%)

lavaggio e basta” (7AM).

#### *Toccare per confortare*

Gli assistiti attribuiscono al contatto non procedurale un'utilità e una sensazione di piacere con beneficio sul dolore e ansia. Gli assistiti riferiscono: "... mi metteva a mio agio, anche io mi rilassavo e sentivo

**Tabella 3. Tematiche principali e sottotemi presi in esame durante le interviste**

<b>Tema principale</b>	<b>Sottotema</b>
Il tocco come strumento per prendersi cura	- toccare per conoscere - tocco procedurale - toccare per confortare - toccare i pazienti più fragili e vulnerabili
Il tocco che riduce le distanze	- attenzione e individualità - toccare è essere toccati - prossimità - le barriere
Il tocco che crea fiducia	- affidarsi - superare l'estraneità

meno dolore e tutto” (4AC); “Mi tranquillizzava tenendomi le mani sulle spalle” (7AM); “Ti fa sentire che sei comunque... come in un rapporto normale... quasi come a casa” (8AM); “Ti dà un senso come se capisse qual è veramente il problema” (10AM); “Sì, mi dà un senso di tranquillità” (15AM).

Le risposte degli infermieri alle interviste confermano ciò che viene espresso dagli assistiti.

Il contatto fisico viene utilizzato dal professionista: “in modo che non si sentano soli, abbandonati e... protetti... accetti così il senso, non il senso della malattia no, però il senso del ricovero... fai star bene la persona, a suo agio, in sicurezza... rappresenta sicurezza, vicinanza, conforto e allo stesso tempo incoraggiamento” (11C).

#### *Toccare i più fragili e vulnerabili*

Per entrambi i gruppi di intervistati, mentre il tocco procedurale coinvolge tutti gli assistiti, quello di conforto è indirizzato generalmente alla persona che ne ha bisogno perché più vulnerabile, fragile e solo nell'affrontare la malattia e l'ospedalizzazione.

Gli assistiti riferiscono: “Credo possa essere importante per chi ha bisogno di un conforto, magari la sera che uno ha più pensieri... sapere che c'è qualcuno che ti ascolta... che ti fa compagnia se non hai nessuno” (3AM); “Una carezza, una mano, nel momento in cui sei, cioè se sei più debole come posso dire, nel senso psicologico. Se sei più debole psicologicamente in quel momento, magari perché vuoi andare a casa o non ne puoi più” (8AM).

Gli infermieri commentano: “Quando cerchi di rincuorare, quando magari ti trovi davanti a un paziente con difficoltà, con situazioni un po' particolari, pazienti abbattuti, tristi...” (6IM). “Secondo me più un paziente è grave, più è importante il contatto fi-



sico, perché aiuta a metterci sul suo stesso piano... soprattutto nelle persone che magari sono allettate e che magari non riescono a guardarti negli occhi... pazienti che si aggravano... con i quali si vanno a toccare determinati argomenti, ci può essere il momento in cui ti avvicini, ti siedi accanto a lui e lo abbracci" (7IM).

Per quanto riguarda la categoria delle persone più fragili tutti concordemente individuano le persone anziane: "... *si magari in quelli un po' più anziani, più avanti di età, che hanno più bisogno di conforto diciamo*" (14AM); "*Poi soprattutto gli anziani, che magari sono soli*" (11IM).

### **Il tocco che riduce le distanze**

#### *Attenzione e individualità*

Secondo quanto emerge dalle interviste, l'infermiere non si pone problemi nell'utilizzare il contatto fisico: "Come lo fanno va bene" (1AM) e spesso non chiede il permesso di entrare nella sfera intima dell'assistito, causando sensazione di disagio e imbarazzo nella persona, che percepisce di essere oggetto di cura, uguale a tutti gli altri. "Se ci pensi sono estranei, chi li ha mai visti, è una questione di pudore" (1AM); "Cioè magari prima del contatto forse sentire con la voce prima quello che uno ha così magari quando lo tocca sa già che, nel senso. Magari chiedere se può prima... sì perché magari per voi noi siamo asessuati, non so. Secondo me, devo dire la verità questo mi dispiace e mi imbarazza" (10AM).

Gli assistiti accettano il tocco semplicemente perché lo ritengono necessario e fondamentale al trattamento della propria condizione clinica ma chiariscono che la sua vera accettazione e, quindi, il ricevere da esso un effetto benefico dipende da alcuni fattori come il tempo di conoscenza, la fiducia oltre che da fattori individuali e dell'approccio personalizzato all'assistito da parte dell'infermiere. Un assistito riferisce: "Uno magari non ci pensa... l'infermiere gli ha spostato un coso e questa ha urlato come una matta. Quindi, secondo me, bisognerebbe cercare di capire forse prima di toccare se... di capire quello che la persona potrebbe avere" (10AM).

#### *Toccare è essere toccati*

E' attraverso l'esclusivo uso delle mani che l'infermiere riesce a riconoscere l'individualità e a trasmettere un messaggio di vicinanza; uno "stare vicino" e un "sentirsi vicino". Gli infermieri dichiarano: "Rappresenta sicurezza, vicinanza, conforto e allo stesso tempo incoraggiamento"(11C); "Far capire che siamo lì per loro... ha bisogno, sei lì. E' un po' come togliere le barriere. Insomma, sei più vicino" (3IM).

#### *Prossimità*

Il tocco non procedurale, utilizzato nelle forme e nei tempi adatti, permette di entrare in contatto su un livello più concreto andando a trasformare la relazione. "Ti dà un senso come se capisse qual è veramente il problema" (10AM); "Rompi quel rapporto, non professionale... non è il termine giusto... ma quella distanza che c'è tra due persone che non si conoscono fondamentalmente" (3IM).

Un assistito riferisce: "Ma non sanno cos'ho, intendo cosa ho dentro" (1AM). Con la vicinanza e la rimozione delle barriere, i messaggi di tale relazione comunicativa non sono più solo verbali ma anche non verbali, inconsci, provengono quindi dalla parte più profonda dell'individuo, quella che porta con sé il vero della persona, le esperienze vissute, le emozioni, le paure e le preoccupazioni. In tal modo emergono le differenze, non tutti gli assistiti sono uguali e ognuno manifesta il proprio bisogno e la propria accettazione in modo differente, così come spiega un assistito: "Dipende dalla persona in sé" (4AC). L'infermiere quindi può comprendere le differenze e agire sulla base di questa individualità, personalizzando il proprio modo di entrare in contatto: "Ognuno a modo suo trova il modo più giusto: chi ti carezza, chi ti mette una mano qui, sulla spalla, sul braccio" (1AM); "Dipende dalla persona che si ha di fronte, cioè se si percepisce che una persona apprezza il mio contatto fisico" (2IC). "E' importante anche rendersi conto, ci sono delle persone che una volta che ricevono una brutta notizia preferiscono stare da sole" (10IM).

#### *Le barriere*

Il contatto fisico, a sua volta, coinvolge l'infermiere come persona: "Provo sensazioni di affetto, empatia, tristezza e commozione allo stesso tempo... E' un misto di emozioni... Ogni contatto, in realtà ogni paziente, ti ricorda a sua volta emozioni ed esperienze vissute da te" (11M); "In ogni paziente vedo un pezzo di me, della mia esperienza. Cioè penso sempre che potrebbe essere un mio parente, mia madre o io stesso un domani" (8IM).

Ciò rende il professionista sensibile al dolore e alle emozioni dell'assistito, motivo per cui spesso egli stesso tende a evitare questo tipo di incontro e a costruire barriere. "Io di solito tendo a mantenere abbastanza le distanze... se la situazione non lo permette e mi devo sentire a disagio allora in quel caso non lo faccio" (2IC); "C'è qualche volta che non vedo l'ora di tirarmi fuori dalla cosa" (3IC); "Alcuni scambiano parole ma non usano alcun tipo di contatto fisico per confortare, stare vicino. Hanno forse paura di usarlo, forse hanno paura di un

coinvolgimento. Non hanno voglia di andare al di là” (2IM); “Ti devi ricordare che ti devi schermare, dal dolore... Dovremmo crearci una, una barriera, ma nel senso una barriera trasparente, che ci deve essere ma ci deve permettere al tempo stesso di vedere la persona che ho di fronte, di sentirla e capirla. Spesso c’è chi costruisce un muro al posto di questa barriera trasparente... dipende da lei, dalla sua capacità di rimanere in piedi e di essere di conforto” (8IM).

Secondo quanto emerge dalle informazioni raccolte, le differenze principali che si manifestano tra i momenti di tocco sono determinate dalla situazione in cui si trova l’assistito e dalle caratteristiche personali dell’assistito e dell’infermiere: “C’è quello più aperto e quello più riservato” (3AM); “Immagino dipenda dagli infermieri: c’è chi ti fa la battuta, chi no... Dipende dal mio carattere, dal loro” (6AM); “Il carattere nostro, il modo di approcciare: se siamo aperti, chiusi. Anche la cura del corpo, l’idea” (1IC); “E’ una cosa legata alla nostra capacità di interagire e alla nostra capacità di usare il corpo come mezzo di interazione” (7IM).

Le variabili di genere, invece, non sembrano rilevanti per entrambi i protagonisti della relazione d’aiuto. Gli infermieri, inoltre, confermano che non esistono differenze rilevanti nei turni e nell’organizzazione del lavoro e che la decisione di utilizzare il contatto fisico o meno dipende dalla personalità dell’infermiere. “L’organizzazione del lavoro secondo me non influisce, non trovo differenze tra mattino, pomeriggio o notte. E nemmeno differenze di genere, maschi, femmine è uguale” (1IM).

Infine, in soli due casi, l’assistito fa riferimento a differenze di età ed esperienza professionale: “Sicuramente l’età... lo se mi vengono... all’inizio era così con le ragazze giovani, io mi vergognavo... Poi, le giovani, sai la poca esperienza, forse la poca esperienza mi spaventa” (1AM). Per qualche infermiere vi sono differenze legate all’età e al sesso dell’assistito: “Magari nei più anziani è diverso, forse preferiscono essere seguiti dallo stesso sesso diciamo” (2AC).

### Il tocco che crea fiducia

La fiducia è, secondo le parole di assistiti e infermieri, il vero elemento caratterizzante la relazione d’aiuto ed è un presupposto necessario per l’utilizzo e l’accettazione del contatto fisico.

#### Affidarsi

E’ proprio attraverso questo sentimento che l’assistito si sente sicuro e protetto: “E’ sempre un esperto, mi fido ciecamente di quello che fanno”

(4AC); “Mi fa piacere essere comunque toccato da un professionista... sanno cosa devono controllare” (3AM). Il contatto ha bisogno di fiducia e, paradossalmente, la fiducia stessa passa anche attraverso il contatto fisico e, in particolare, attraverso il modo che l’infermiere ha di utilizzare le proprie mani, come riferiscono gli assistiti: “Io mi sento tranquillo se vedo che sanno fare il loro mestiere, se sono sicuri, con la mano ferma” (2AM); “Nelle parti giuste” (1AC).

#### Superare le estraneità

Fiducia e conoscenza hanno bisogno di tempo per instaurarsi e crescere all’interno del rapporto.

Gli assistiti riferiscono: “Vabbè qui sono appena entrata... C’è chi ha anche i suoi tempi... quindi magari all’inizio è un po’ più... deve conoscere, deve entrare nel proprio ambiente” (2AC). Dichiarano inoltre che solo con l’aumentare del tempo di degenza e, di conseguenza, di approfondimento del rapporto, il gesto dell’infermiere diventa quasi “naturale” e normale, così come ci si aspetta da una relazione di qualsiasi tipo che avviene al di fuori dell’ambiente ospedaliero “Credo che con il tempo poi uno si abitua di più a stare qui e allora i rapporti tra le persone cambiano. Si lasciano più andare” (3AM). “All’inizio ero abbastanza comunque spaventato... no qui non ci faccio caso” (8AM). “Con qualcuno ci conosciamo da un po’ più di tempo, c’è un po’ più di confidenza... magari quindi diciamo... ci si lascia toccare...” (9AM). Anche per gli infermieri la fiducia e il tempo per conoscersi sono fattori importanti: “Dipende sempre dal paziente e da quanto tempo è qui” (1IC). In tal modo l’assistito riesce ad affidarsi, a mettersi nelle mani del professionista, responsabile non solo del *to cure* ma soprattutto del *to care*. Un assistito riferisce: “Con le mani ti tengono lì” (3AM); gli infermieri aiutano a tenere insieme i pezzi, le diverse parti che compongono l’interezza della persona, che non è fatta solo di corpo e di malattia. Il professionista percepisce non solo l’importanza della fiducia e del tempo nella relazione con l’assistito: “La situazione cambia quando c’è fiducia, quando il paziente mi conosce da tanto e c’è un rapporto di fiducia da tempo. E il paziente conosce me veramente. E’ un discorso di empatia, con la relazione di fiducia si stabilisce questa empatia” (10IM); ma anche la propria utilità e importanza nel percorso di cura della persona.

### DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Lo studio ha trovato che il contatto fisico è percepito come utile sia dall’assistito sia dall’infermiere.

Attraverso tale strumento, il corpo e, in particolare, le mani del professionista trasmettono un messaggio di vicinanza e rassicurazione nei confronti della persona che soffre. Nonostante ciò emerge che il contatto fisico e, in particolare, quello di tipo non procedurale è scarsamente utilizzato all'interno della realtà ospedaliera, come già aveva trovato Gleeson nelle sue ricerche (Gleeson et al., 2005). Il confronto tra le diverse percezioni ha chiarito che l'utilizzo di tale strumento dipende strettamente dalle condizioni cliniche e psicologiche della persona assistita, in particolare dalla sua fragilità e dalla personalità di assistito e di infermiere. L'elemento più rilevante e il presupposto più importante per dare inizio a un'interazione che preveda l'utilizzo del contatto fisico è, però, la fiducia. Come precedentemente illustrato da Gleeson è il tempo che permette di trasformare la relazione (Gleeson et al., 2005). L'assistito passa dal sentirsi dipendente all'affidarsi completamente nelle mani del professionista che, responsabile del *to care*, trasmette interessamento, sicurezza, vicinanza e, allo stesso tempo, è in grado di percepire le emozioni, le paure e, quindi, ciò che rende l'individuo unico. In questo modo l'infermiere migliora il proprio modo di operare, personalizzando gli interventi con maggior beneficio per l'assistito. Parallelamente, come anticipato anche dallo studio di Bundgaard (2011) il professionista, nonostante i ritmi e le difficoltà legate all'organizzazione del lavoro, percepisce di essere utile e d'aiuto, talvolta anche in misura maggiore di quando svolge le attività prettamente procedurali, e prova soddisfazione e sentimenti positivi. Anche tra le tesi di Edvardsson (2003) troviamo il riferimento a un vero e proprio scambio di energie che passa attraverso le mani del professionista e il corpo della persona assistita.

Come indica lo studio, il motivo per cui l'infermiere non si serve delle proprie mani come strumento di cura se non per le attività legate alle procedure e alla sostituzione e compensazione nei bisogni di assistenza infermieristica è la paura del coinvolgimento emotivo. L'infermiere non si sente sicuro e preparato ad affrontare situazioni che esplorano le dimensioni emotive e che toccano, in qualche modo, anche la sfera intima della propria persona. Si sviluppa quindi il concetto del "toccare è essere toccati", dalle mani, dalla situazione e dalle emozioni, per l'assistito e per il professionista. Alcuni infermieri, durante le interviste, hanno accennato all'importanza del tema e alle scarse conoscenze su uso, significato e percezioni legate al tocco. Il professionista dovrebbe conoscere i significati che il contatto fisico assume per l'assistito, dovrebbe

conoscerne le caratteristiche e i più importanti risultati in merito alle indagini svolte, al fine di poter riflettere e operare con un occhio nuovo considerando l'assistito come essere umano che chiede vicinanza e sicurezza e non solo terapia. Inoltre può essere un vantaggio, per il benessere degli assistiti, degli infermieri ma anche per la qualità delle cure, aiutare gli infermieri, attraverso la formazione e l'esperienza, a stabilire una relazione positiva con i pazienti attraverso il tocco, senza essere bloccati dalla sofferenza che potrebbero percepire e provare (Pedrazza, 2015).

In conclusione, lo studio ribadisce che il contatto fisico è già parte integrante del modo di operare del professionista in determinati ambiti e situazioni. Sebbene i risultati ottenuti non abbiano chiarito in modo esaustivo le discordanze sull'argomento emerse dalla letteratura, tale indagine vuole essere un punto di partenza per ricerche future che vedano nel contatto fisico di tipo non procedurale uno strumento per portare beneficio alla condizione fisica dell'assistito, in particolare per la gestione del dolore e delle situazioni di ansia, ma anche più in generale per sostenere il paziente da un punto di vista psicologico e sociale. La discussione del tema vuole essere, inoltre, per tutti gli infermieri un motivo di riflessione sul modo di osservare, conoscere e operare all'interno della relazione di fiducia. Per quanto sia impossibile determinare risultati validi per tutti gli assistiti, è importante cercare di capire il significato che il tocco assume per ognuno, così da trasformare la relazione infermiere-assistito in relazione di fiducia e di aiuto e riscoprire di essere persona, prima ancora di operatore di cura.

## BIBLIOGRAFIA

- Adomat R, Killingworth A (1994) *Care of the critically ill patient: the impact of stress on the use of touch in intensive therapy units*. *Journal of Advanced Nursing*, 19(5), 912-922.
- Bundgaard K, Sorensen E, Nielsen K (2011) *The art of holding hand: a fieldwork study outlining the significance of physical touch in facilities for short-term stay*. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 34-41.
- Chang SO (1999) *The conceptual structure of physical touch in caring*. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 820-827.
- Cunico L, Saiani L, Brugnolli A (2014) *Caring infermieristico*. In: Saiani L, Brugnolli A. (Eds), *Trattato di cure infermieristiche. II edizione*. Napoli: Idelson-Gnocchi, 37-62.
- De Luca E, Papaleo L (2010) *Il nursing del contatto: l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche*. *L'infermiere* 5-6, 39-41.

- De Marinis MG, Berti A. *Corpo e cure infermieristiche: una relazione su cui riflettere*. *Int Nurs Pers*, 7,21-3.
- Draper J (2014) *Embodied practice: rediscovering the "heart" of nursing*. John Wiley & Sons Ltd, 2235-2244.
- Edvardsson JD, Sabdman P, Rasmussen B (2003). *Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional*. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 601-609.
- Edwards SC (1998) *An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch*. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 809-17.
- Estabrooks CA, Morse JM (1992). *Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style*. *Journal of Advanced Nursing*, 17(4), 448-456.
- Fédor MC, Grousset S, Leyssene-Ouvrard C et al. (2008) *Le toucher au cœur des soins*. *Soins*, 53(727), 19-22. doi : SOIN-07-08-2008-00-727-0038-0814-101019-20080780
- Gala MF, Telles SCR, Silva MJP (2003) *Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 52-61. doi.org/10.1590/S0080-62342003000100007
- Gleeson M, Timmins F (2005). *A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention*. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1-2), 69-77. doi.org/10.1016/j.cein.2004.12.002
- Grousset S (2009) *Definition et concepts liés au toucher dans les soins*. *Soins* 54(737), 30-31. doi : SOINS-07-08-2009-54-737-0038-0814-101019-200905541
- Marchetti A, Pirredda M, De Marinis MG et al. (2016) *Centrality of body and embodiment in nursing care: a scoping study of the Italian literature*. *Journal of Nursing Scholarship*, 48:1, 31-38. doi:10.1111/jnu.12178.
- Mortari L (2013) *La voce dei pratici: indagine empirica sul caring*. In L. Mortari & L. Saiani (Eds), *Gesti e pensieri di cura*. Milano: McGraw Hill, 51-92.
- Nucchi M, Trafna R (2004) *L'infermiere e il suo toccare*. *Io Infermiere*, 2, 15-17.
- O'Lynn C, Krautscheid L (2011) *"How should I touch you?" A qualitative study of attitudes on intimate touch in nursing care*. *The American Journal of Nursing*, 111(3), 24-31. doi:10.1097/10.1097/01.NAJ.0000395237.83851.79
- Palese A, Brezil F, Coiz F (2010) *Interaction (and touch) between nurses and patients and between nurses' aides and patients in daily nursing practice: a comparative study*. *International Nursing Perspective*, 10 (2-3), 45-50.
- Pedrazza M, Minuzzo S, Berlanda S et al. (2014) *Nurses' comfort with touch and workplace well-being*. *Western Journal of Nursing Research*, 1-18. doi: 10.1177/0193945914527356
- Picco E, Santoro R, Garrino L (2010) *Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice*. *Nursing Inquiry*, 17(1), 39-46. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00481.x.
- Routasalo P (1999) *Physical touch in nursing studies: a literature review*. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 843-50.
- Russel GE (2004) *La Ricerca Fenomenologica*. In: Fain J.A. *La ricerca infermieristica*. II edizione Milano: McGraw-Hill, 211-32.
- Schmidt T, Paes da Silva M (2013) *An approach to touching while providing high-quality affective health care to hospitalized elderly patients*. *Rev Esc Enferm USP*, 47(2), 420-6.
- Williams A (2001) *A literature review on the concept of intimacy in nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 660-667.

# Le terminologie infermieristiche standardizzate nella formazione e nell'esercizio professionale infermieristico: un'indagine italiana

Beatrice Mazzoleni<sup>1</sup>, Davide Ausili<sup>2</sup>, Carmelo Gagliano<sup>3</sup>, Concetta Genovese<sup>4</sup>, Cristina Santin<sup>5</sup>, Luisa Anna Rigon<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Segretario Federazione Nazionale Ordini delle professioni infermieristiche, Presidente Ordine delle professioni infermieristiche della provincia di Bergamo, <sup>2</sup>RN, MSN, PhD, assegnista di ricerca in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di medicina e chirurgia, Università degli studi di Milano-Bicocca, <sup>3</sup>Presidente Ordine delle professioni infermieristiche della provincia di Genova, <sup>4</sup>Presidente Ordine delle professioni infermieristiche della provincia di Catanzaro, <sup>5</sup>Registered nurse, Master's of Science in Nursing, PhD Student UNIFI, tutor didattico Corso di laurea in infermieristica Università degli studi di Padova sede di Conegliano ULSS 2 Marca Trevigiana, <sup>6</sup>Registered nurse, Master's of Science in Nursing, Presidente e Direttore scientifico di formazione in Agorà, scuola di formazione alla salute, Padova

Corrispondenza: bea.mazzoleni@fnopi.it

## RIASSUNTO

**Introduzione** La terminologia infermieristica standardizzata (SNT) favorisce la descrizione, la documentazione e la misurazione dell'assistenza infermieristica promuovendone la visibilità. Nessuno studio ha descritto il grado di diffusione e di impiego delle SNT in Italia. Obiettivo dello studio è descrivere se e quale terminologia standardizzata viene usata nelle sedi universitarie e nei *setting* clinico assistenziali italiani.

**Materiali e metodi** È stata condotta un'indagine trasversale che ha coinvolto 145 centri sul territorio nazionale. I dati sono stati raccolti con due questionari, rivolti rispettivamente alle sedi del Corso di laurea in infermieristica (CdLI) e alle Direzioni delle professioni sanitarie (DPS).

**Risultati** L'impiego di almeno una terminologia standardizzata è stato riportato dall'87% (N=56) dei Corsi di laurea in infermieristica e dal 46% (N=28) delle Direzioni delle professioni sanitarie. La terminologia più utilizzata è stata: NANDA-I nel 92% dei CdLI (N=51) e nel 71% delle DPS (N=20); NOC nel 67% dei CdLI (N=38) e nel 53% delle DPS (N=15); NIC nel 67% dei CdLI (N=38) e nel 53% delle DPS (N=15); ICNP nel 14% dei CdLI (N=8) e nel 5% delle DPS (N=2). I centri formativi e quelli clinico-assistenziali che usano le SNT hanno riportato una pluralità di approcci, di modelli teorici, di modelli organizzativi e sistemi di documentazione infermieristica.

**Conclusioni** Il grado di diffusione e di impiego delle SNT in Italia non è inferiore a quello riportato da altri contesti sia Europei sia Nord-americani. La diffusione di linee generali di indirizzo per l'impiego delle SNT in Italia potrebbe favorire l'adozione di un linguaggio comune e la disponibilità di informazioni importanti per una migliore qualità dell'assistenza e sicurezza dei cittadini. Sono necessari studi ulteriori per identificare le difficoltà nell'uso delle SNT e per valutare l'efficacia di interventi educativi e/o organizzativi volti a sostenere l'impiego.

**Parole chiave:** terminologie infermieristiche standardizzate, formazione infermieristica, esercizio professionale infermieristico, documentazione sanitaria, indagine trasversale

## Standardized nursing terminologies in nursing education and clinical practice: an Italian survey

### ABSTRACT

**Introduction** Standardized Nursing Terminologies (SNTs) support the description, documentation, and measurement of nursing care, promoting its visibility. No previous studies described SNTs' dissemination and utilization in Italy. The aim of the study is to describe SNTs used by nurses in Italian educational and clinical settings.

**Methods** A cross-sectional survey was conducted involving 145 centres across the country. Data were collected by two questionnaires developed for this study: one for educational settings and one for clinical settings.



**Results** The utilization of at least one SNT was reported by the 87% (N=56) of Nursing Degree Directors and by the 46% (N=28) of the Health Professions Directors. The most used SNTs were: NANDA-I (92%, N=51 Nursing Degrees; 71%, N=20 Hospital Directions), NOC (67%, N=38 Nursing Degrees; 50%, N=15 Hospital Directions), NIC (67%, N=38 Nursing Degrees; 53%, N=15 Hospital Directions), and ICNP (14%, N=8 Nursing Degrees; 5%, N=2 Hospital Directions). A plurality of approaches, theoretical models, organizational models and documentation systems emerged from the educational and clinical settings where SNTs are used.

**Conclusion** The dissemination of SNTs in Italy is not less than those described in other countries both in Europe and in North America. Guidelines for the SNTs' implementation at national level could encourage the use of a common language and the availability of vital information to ensure the quality of nursing care and the patients' safety. Future research is needed to assess barriers for the SNTs' implementation across the country, and to evaluate the effectiveness of educational and/or organizational interventions aimed to promote the use of SNTs.

**Keywords:** nursing standardized terminologies, nursing education, nursing clinical practice, healthcare documentation, cross-sectional survey

## INTRODUZIONE

Già dall'inizio del secolo scorso si è cercato di definire il contributo dell'assistenza infermieristica nell'ambito delle scienze della salute. Per raggiungere questo obiettivo, da un lato sono state formulate teorie che cercavano di chiarire la natura dell'assistenza infermieristica e il suo campo di applicazione, dall'altro sono state sviluppate terminologie standardizzate per descrivere la pratica infermieristica (Fawcett, 1984, 2005; Meleis, 2005; Ausili, 2010, 2011; Ausili et al, 2013; Wilkinson, 2013; Johnson, 2014).

L'esigenza di standardizzare i linguaggi infermieristici (SNL, *Standardized Nursing Languages*) è stata ampiamente discussa nella letteratura infermieristica negli ultimi 35 anni (Pesut, 2006; Muller Staub et al., 2007; Anderson et al., 2009). Oggi esiste un elevato grado di accordo nell'affermare che i dati utili per descrivere questi fenomeni sono i dati demografici (*demographic data*), i dati di contesto (*setting data*) e i dati specifici sull'assistenza infermieristica (*nursing care data*; Werley et al., 1988). Questi ultimi sono quelli derivanti dalla documentazione infermieristica e in particolare da alcuni momenti precisi del processo decisionale dell'infermiere (Thoroddsen et al., 2007). Secondo quanto riportato dall'*International Nursing Minimum Data Set Program* (Werley HH et al., 1988) questi includono i fenomeni infermieristici (*nursing phenomena/nursing diagnoses*), i risultati infermieristici (*nursing outcomes*) e gli interventi infermieristici (*nursing interventions*) e costituiscono il cuore dei dati specifici dell'assistenza (*nursing care data*). Nonostante sia condivisa la necessità di avere a disposizione alcuni dati per lo sviluppo infermieristico sia scientifico sia professionale, tali informazioni sono difficilmente reperibili nella documentazione assistenziale (ICN, 2009). Una delle ragioni di questa

difficoltà è la notevole disomogeneità nel linguaggio utilizzato per descrivere questi tre aspetti cruciali della pratica professionale (Sansoni et al., 2006; Sansoni, 2010; Ausili, 2013; Rigon et al., 2016). A partire dagli anni '70 del secolo scorso, in considerazione di questa difficoltà e della necessità di definire i fenomeni di interesse disciplinare, un ampio filone della ricerca infermieristica si è concentrato sullo sviluppo, sull'utilizzo e sull'aggiornamento di terminologie infermieristiche standardizzate al fine di esprimere in modo omogeneo, documentare e misurare i fenomeni di interesse infermieristico (Ackley, 2017; Ausili, 2010, 2013b; Sanson, 2017). Nella letteratura internazionale, le terminologie infermieristiche standardizzate (SNT) di cui si trova traccia sono numerose (Muller-Staub, 2009) e l'*American Nurses Association* (ANA, 2012) ne riconosce 12 a supporto della pratica clinica: *Clinical Care Classification (CCC)*; *International Classification for Nursing Practice (ICNP, 2015)*; *North American Nursing Diagnosis Association International (Herdman TH et al., 2013)*; *Nursing Outcomes Classification (Moorhead et al., 2013)*; *Omaha System (Martin, 2005)*; *Perioperative Nursing Data Set (PNDS)*; *ABC Codes*; *Nursing Minimum Data Set (NMDS)*; *Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS)*; *Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)*; *Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms (SNOMEd-CT)*.

Lo studio di Thoroddsen et al. (2012) sottolinea che in 16 paesi europei è in uso anche l'*International Classification of Functions (ICF)* e il *Valbefinnande, Integritet, Prevention, Sakerhet (VIPS in inglese Well-being, Integrity, Prevention, Security)*; l'autore Witiek (2004) segnala che in Europa si utilizza anche l'*European Nursing Pathways*.

L'*American Nurses Association*, inoltre, delle 12 SNT ne riconosce 5 che integrano le diagnosi infer-

mieristiche con risultati sensibili all'assistenza infermieristica e agli interventi infermieristici: le classificazioni NANDA-I/NOC/NIC (NNN); l'ICNP; l'Omaha System; la CCC e il PNDS.

La revisione sistematica di Sanson (2017) sottolinea la capacità predittiva della diagnosi infermieristica sugli esiti del paziente (mortalità, qualità di vita) e sull'organizzazione (durata della degenza, quantità di assistenza, costi ospedalieri e disposizioni alla dimissione). Inoltre un approccio basato sulla diagnosi infermieristica sembra migliorare la qualità del sonno, la qualità della vita e il controllo della glicemia del paziente.

In Italia, pur non esistendo un accordo su una specifica terminologia per descrivere e documentare l'assistenza infermieristica, i principali contributi scientifici descrivono l'adozione di alcune terminologie standardizzate riconosciute a livello internazionale. Nello specifico gli studi si concentrano sull'adozione delle classificazioni NANDA-I; NOC; NIC ed ICNP nella formazione, nell'esercizio professionale e nella ricerca (Palese et al., 2009; Lunney, 2010; Zampieron et al., 2011; Ausili et al., 2012a, 2012b; Colombo et al., 2012; Virgoletti et al., 2012; Ausili, 2013b; Badon et al., 2014; Johnson et al., 2014; Di Giacomo et al., 2016; Rigon et al., 2016; Gulanick et al., 2016; Macchi et al., 2016; Nebuloni, 2017; Wilkinson et al., 2017).

Queste fonti riportano che l'impiego della terminologia standardizzata consente anche di sostenere gli infermieri nell'intero processo assistenziale, valutare i risultati e i costi dell'assistenza, documentare sistematicamente la pratica infermieristica, elaborare i protocolli assistenziali, identificare i livelli di complessità, stabilire la composizione del *team*, ridurre il *gap* tra teoria e pratica, corroborare i contenuti del settore scientifico disciplinare delle scienze infermieristiche, fornire i dati per studiare l'assistenza infermieristica, dare visibilità e peso al contributo dell'assistenza infermieristica nel processo di cura, stabilire uno standard di comportamento professionale, facilitare l'insegnamento del ragionamento clinico agli studenti e ai neo laureati.

Tuttavia, dalla letteratura emerge che non sono disponibili dati sufficienti per descrivere il grado di diffusione e di impiego di terminologia standardizzata sul territorio nazionale. Questo rende necessario progettare ulteriori studi sulla diffusione della terminologia infermieristica standardizzata in Italia allo scopo di delineare futuri interventi volti a promuoverne l'impiego nei contesti formativi e clinici. L'obiettivo dello studio è descrivere lo stato dell'arte sull'impiego di una terminologia standardizzata in Italia in ambito formativo e clinico-assistenziale così

da poter sviluppare politiche e strategie efficaci per misurare l'impatto dell'assistenza infermieristica e i suoi risultati all'interno del processo di cura.

### Obiettivo

L'obiettivo primario è descrivere se e quali terminologie standardizzate sono applicate nelle sedi formative e nei *setting* clinico-assistenziali italiani. Sono obiettivi secondari:

- conoscere i modelli teorici infermieristici e i modelli organizzativi impiegati in ambito formativo e clinico-assistenziale italiano;
- conoscere la tipologia di documentazione dell'assistenza infermieristica (cartacea, informatizzata, mista) impiegata in ambito formativo e clinico-assistenziale italiano.

## MATERIALI E METODI

### Disegno dello studio

È stata effettuata una *cross sectional survey*, tra il 16 febbraio 2015 e il 28 febbraio 2016, somministrando ai partecipanti un questionario ideato specificatamente per raggiungere gli scopi dello studio.

### Popolazione

L'indagine ha coinvolto i direttori/coordinatori delle sedi dei Corsi di laurea in infermieristica per quanto riguarda l'ambito formativo e i direttori/dirigenti infermieristici delle Strutture sanitarie pubbliche o private italiane per quanto riguarda l'ambito clinico assistenziale.

I nominativi e i contatti dei soggetti interessati all'indagine sono stati messi a disposizione dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

### Criteri di inclusione

Per quanto riguarda l'ambito formativo sono stati inclusi: i direttori/coordinatori delle sedi dei CdLI in numero di uno per ogni sede formativa. Per quanto riguarda l'ambito clinico sono stati inclusi: i direttori/dirigenti della Direzione delle professioni sanitarie di Aziende sanitarie pubbliche e private.

### Criteri di esclusione

Sono stati esclusi dallo studio i soggetti che:

- non avevano firmato il consenso a partecipare all'indagine;
- avevano compilato in modo incompleto il questionario;
- avevano caratteristiche non rispondenti ai criteri di inclusione definiti.

### Campione

Il campionamento è stato di tipo propositivo e vo-

lontario. Gli interessati sono stati raggiunti tramite la *mailing list* della Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Inoltre in occasioni di incontri, convegni o congressi, i partecipanti che rispondevano ai criteri di inclusione sono stati invitati a compilare una versione cartacea del questionario.

### Strumenti

È stato utilizzato un questionario *online* e cartaceo sviluppato dal gruppo di lavoro TeSI-IPASVI della Federazione Nazionale Collegi IPASVI.

Il questionario è stato elaborato in due versioni: una per le sedi dei Corsi di laurea in infermieristica (CdLI) composto da 11 punti; una per le sedi delle Direzioni professioni sanitarie (DPS) composto da 14 punti.

Il numero di domande nella versione per le DPS è superiore poiché si è voluto indagare anche il modello assistenziale organizzativo adottato nelle unità operative cliniche, in quanto la letteratura indica che alcuni modelli sono più funzionali di altri per l'impiego delle SNT.

I due questionari prendono in esame alcune caratteristiche generali delle strutture per l'identificazione della sede o dell'azienda che partecipa all'indagine così da poter escludere eventuali risposte multiple e rendere disponibili i contatti dei partecipanti per eventuali successivi approfondimenti. Gli aspetti presi in esame e i termini impiegati nel questionario sono stati scelti con lo scopo di poter essere impiegati su tutto il territorio nazionale tenendo conto delle possibili differenze strutturali, culturali e sociali nelle sedi coinvolte. I modelli teorici e i modelli organizzativi scelti per orientare la pratica infermieristica sono stati inclusi tra le variabili in studio, in considerazione della loro stretta relazione con l'impiego di una terminologia infermieristica standardizzata (Ausili, 2010; Rigon, 2017). I modelli considerati all'interno del questionario sono stati ricavati da antologie internazionali e da fonti italiane originali, lasciando comunque la possibilità ai rispondenti di indicare riferimenti teorici non inclusi nelle scelte a risposta multipla. Per valutare la chiarezza e l'applicabilità del questionario, è stato fatto un pre test somministrando il questionario a 11 professionisti (4 del Nord Italia, 3 del Centro e 4 del Sud) che avevano caratteristiche analoghe a quelle del campione in studio. I professionisti coinvolti nel pre test hanno valutato positivamente i punti presi in esame e non hanno suggerito modifiche.

### Raccolta dei dati

Il questionario è stato reso disponibile nel sito della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ed è stato

gestito dal gruppo di lavoro TeSI-IPASVI. Allo scopo di raggiungere tutti i soggetti interessati dallo svolgimento di questa indagine, è stata inviata un'*email* ai direttori/coordinatori delle sedi di Corso di laurea e ai direttori/dirigenti delle Direzioni infermieristiche delle professioni sanitarie invitandoli alla compilazione *online* del questionario. Per garantire un'alta partecipazione, sono stati effettuati ulteriori solleciti e successivamente i questionari sono stati proposti in forma cartacea in occasione di alcuni eventi residenziali.

### Analisi dei dati

Ai fini della corretta individuazione dei soggetti aventi titolo a rispondere, è stata considerata quale unità statistica ciascuna sede di corso di laurea e ogni singola azienda sanitaria. Ognuna di queste unità poteva rispondere a un solo questionario e in sede di analisi è stato effettuato un controllo della qualità dei dati così da eliminare eventuali ridondanze. I dati sono stati raccolti a livello informatico ed elaborati attraverso l'impiego di un foglio di calcolo. Sono state descritte le caratteristiche del campione e analizzate le frequenze assolute e le percentuali per le variabili in studio. Le stesse analisi descrittive svolte sul campione complessivo sono state effettuate per provenienza geografica (Nord, Centro, Sud) e per ambito di esercizio (formativo e clinico-assistenziale).

### Aspetti etici

La riservatezza delle informazioni è stata tutelata in tutte le fasi del processo di ricerca in ottemperanza alla normativa vigente e alle raccomandazioni sulle buone pratiche nella conduzione della ricerca. I questionari sono stati accompagnati da un'esattiva descrizione dello scopo dello studio e dalla spiegazione della modalità di utilizzo dei dati ricavati. La risposta ai questionari è stata considerata come espressione di consenso informato alla partecipazione alla presente indagine.

### RISULTATI

Complessivamente hanno aderito all'indagine 145 centri nel territorio nazionale includendo sia le sedi dei Corsi di laurea in infermieristica (questionari ricevuti=74; questionari completi=64; questionari incompleti=10) sia le Direzioni delle professioni sanitarie aziendali (questionari ricevuti=71; questionari completi=60; questionari incompleti=11).

Per quanto riguarda le sezioni di Corso di laurea in infermieristica (CdLI), le risposte sono pervenute da 12 regioni italiane e da 41 province. Per quanto riguarda le Direzioni delle professioni sanitarie (DPS),

**Tabella 1. Distribuzione per area geografica dei centri partecipanti all'indagine che hanno risposto in maniera completa all'indagine**

Area geografica	Sezioni di Corso di laurea in infermieristica N=64	Direzioni delle professioni sanitarie N=60
Nord ovest	16 (25%)	26 (43%)
Nord est	16 (25%)	12 (20%)
Centro	22 (34%)	18 (30%)
Sud e isole	10 (16%)	4 (7%)

hanno partecipato complessivamente 13 regioni e 34 province. La distribuzione dei centri partecipanti per area geografica è mostrata nella Tabella 1.

L'impiego di almeno una terminologia infermieristica standardizzata è stato riportato dall'87% (N=56) dei Corsi di laurea in infermieristica e dal 46% (N=28) delle Direzioni delle professioni sanitarie (occorre precisare che complessivamente 32 DPS hanno dichiarato di utilizzare una terminologia standardizzata, ma 4 di queste sono state escluse in quanto non hanno risposto alla domanda 3 nella quale veniva chiesto di specificare quale terminologia sono soliti usare). Chi non utilizzava una terminologia standardizzata al momento dell'indagine (N=8 per sedi di CdLI; N=28 per le DPS) ha riferito di avere intenzione di impiegarla nel successivo triennio nel 50% (N= 4) dei casi per quanto riguarda i CdLI, e nel 70% (N=19) dei casi per quanto riguarda le DPS. La scelta di non utilizzare una terminologia infermieristica standardizzata (e di non volerlo fare nel prossimo triennio) è stata riportata da un esiguo numero di centri (CdLI, N=4; DPS, N=5). La motivazione riportata dai CdLI che non intendono utilizzare una

SNT, è che tali terminologie sono ritenute utili ma non applicabili nel contesto specifico (N=4). Nelle DPS i motivi per cui le terminologie sono state ritenute non applicabili sono:

- fattori interni alla professione infermieristica (per esempio resistenza al cambiamento, formazione inadeguata, demotivazione, N=2);
- fattori esterni alla professione infermieristica (per esempio resistenza al cambiamento da parte dell'amministrazione o di altri professionisti, costi per la formazione, N=1);
- fattori sia interni sia esterni alla professione infermieristica (N=1).

Un unico partecipante ha riferito di non utilizzare una terminologia standardizzata poiché non ritenuta utile. Sulla scelta della terminologia (nel questionario era possibile indicare più di una risposta) emerge che le principali terminologie infermieristiche utilizzate nei CdLI sono state: NANDA-I (92%), NOC (67%), NIC (67%), ICNP (14%). All'interno delle DPS sono state: NANDA-I (71%), NOC (53%), NIC, (53%) ICNP (5%). Per maggiori dettagli si fa riferimento alla Tabella 2.

**Tabella 2. Terminologia infermieristica standardizzata utilizzata nei CdLI e nelle DPS che hanno partecipato all'indagine**

Terminologia infermieristica standardizzata	Sezioni di Corso di laurea in infermieristica N=56	Direzioni delle professioni sanitarie N=28
NANDA-I	51 (92%)	20 (71%)
NOC	38 (67%)	15 (53%)
NIC	38 (67%)	15 (53%)
ICNP	8 (14%)	2 (5%)
ENP	2 (3%)	0 (0%)
CCC	1 (2%)	1 (3%)
PND	1 (2%)	1 (3%)
OMAHA	0 (0%)	0 (0%)
Altro	0	1 (3%)

**Nota.** Nella voce "Altro", nello stesso gruppo, è stato riportato l'utilizzo da parte di un centro dell'*Oncology Nursing Minimum Data Set* (ONMDS).

**Figura 1.** Adozione delle terminologie infermieristiche standardizzate nelle sedi dei Corsi di laurea



Il 62% (N=35) delle sedi CdLI che ha adottato una terminologia infermieristica standardizzata (N=56) riferisce di utilizzarla all'interno di tutte le attività didattiche relative alle discipline infermieristiche, il 30% (N=17) all'interno di qualche singolo insegnamento (Figura 1).

Il 30% delle sedi partecipanti (N=17) utilizza una terminologia standardizzata anche in attività di laboratorio/esercitazione, di tirocinio e in attività seminariali; un ulteriore 30% (N=17) la impiega in attività di esercitazione e di tirocinio ma non prevede l'uso in attività seminariali o di approfondimento, mentre una piccola parte dei partecipanti (N=4) impiega la terminologia in attività di esercitazione e di approfondimento ma non ne prevede l'utilizzo nelle attività di tirocinio.

Considerando l'utilizzo trasversale nei tre anni di Corso di laurea i dati dell'indagine sottolineano che 46 sedi (82%) utilizzano le terminologie standardizzate nell'intero triennio, 4 sedi al primo e secondo anno e una sede al primo e terzo anno, ma non al secondo.

Per quanto concerne lo svolgimento delle prove d'esame, il 78% delle sedi coinvolte nell'indagine (N=44) utilizza una terminologia infermieristica standardizzata in almeno una prova tra esame di tirocinio del primo, secondo e terzo anno o esame abilitante. Il 50% delle stesse sedi, la adotta in tutte le tipologie di esame sopra indicate. Il 6% (N=10) ha riportato di non usare una SNT in nessuna sede di tirocinio clinico.

Il 35% dei CdLI ritiene che la terminologia infermieristica standardizzata sia impiegata tra l'1% e

il 20% delle Unità Operative; il 27% che sia usata in oltre il 40% delle sedi di tirocinio, mentre il 6% riferisce che in nessuna sede di tirocinio clinico è utilizzata una SNT.

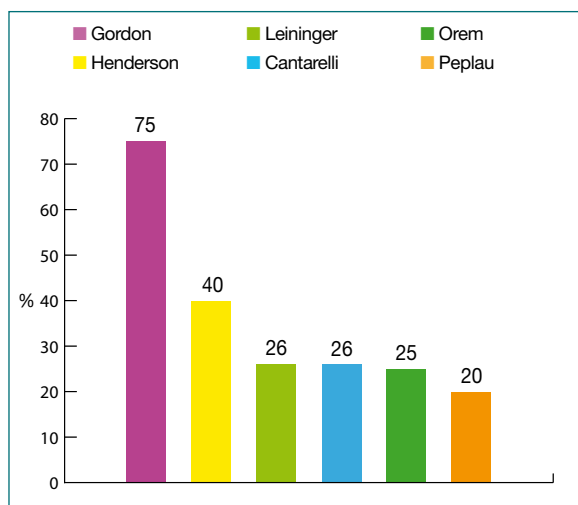
L'86% delle 64 sedi partecipanti indipendentemente dall'uso di una terminologia standardizzata impiega uno strumento cartaceo per far pianificare o documentare l'assistenza infermieristica agli studenti nell'ambito delle attività di tirocinio clinico; il 14% (N=9) riferisce invece l'impiego di uno strumento informatico sviluppato dal personale infermieristico e/o informatico della struttura (N=5), o da *software-house* esterne (N=2); due strutture non hanno specificato lo strumento utilizzato.

Il 78% (N=44) delle 56 sedi di CdLI, che utilizzano almeno una terminologia standardizzata, documenta tutte le fasi del processo di assistenza infermieristica all'interno di strumenti cartacei o informatici; il restante 22% (N=12) ne documenta solo alcune fasi (per esempio diagnosi infermieristica o intervento infermieristico).

Nel totale dei 64 centri partecipanti (prendendo cioè in esame tutti i centri indipendentemente dall'uso della terminologia standardizzata), il 29% (N=19) ha dichiarato di utilizzare 5 o più teorie infermieristiche di riferimento nell'ambito delle attività didattiche del CdLI, in particolare 14 sedi (21%) utilizzano due teorie infermieristiche di riferimento all'interno del corso, il 32% (N=22) impiega un unico modello teorico di riferimento, mentre un solo rispondente dichiara di non utilizzare alcuna teoria infermieristica all'interno delle attività didattiche del corso di laurea.

Nella Figura 2 sono descritti i modelli infermieristici maggiormente utilizzati dai partecipanti.

**Figura 2.** Modelli teorici maggiormente utilizzati nei CdLI





Tra le sedi che hanno dichiarato di usare una o più classificazioni del gruppo NNN (N=51), i modelli teorici adottati sono Gordon (78%) seguita in misura minore da Henderson (12%) e infine Carpenito (10%). Tra le sedi che hanno dichiarato di usare l'ICNP (N=8) le teorie più utilizzate sono state: Cantarelli (N=5) e il Modello assistenziale dei processi umani (N=5).

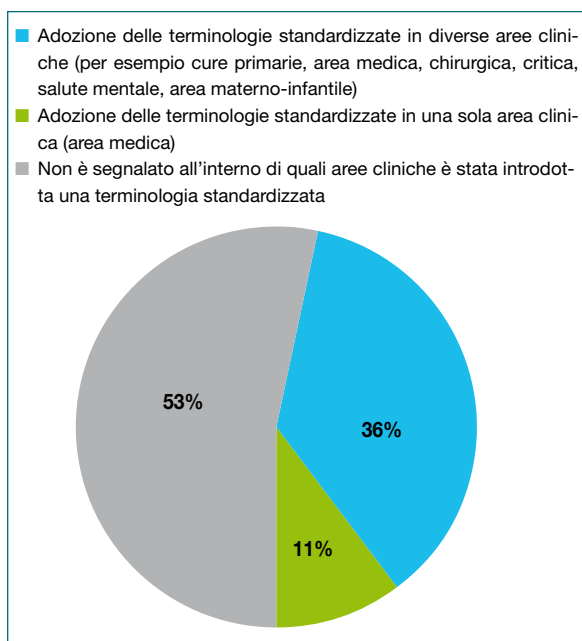
Delle 60 DPS rispondenti, 28 hanno dichiarato di utilizzare una terminologia infermieristica standardizzata (Tabella 2 e Figura 3).

Il 53% (N=15) dei 28 DPS che utilizzano una terminologia standardizzata non ha segnalato all'interno di quali aree cliniche la terminologia è stata introdotta. Il 36% (N=10) ha riportato il suo utilizzo in più di un'area clinica (per esempio cure primarie, area medica, chirurgica, critica, salute mentale, area materno-infantile); tre strutture hanno dichiarato di utilizzarla in una sola area clinica (area medica).

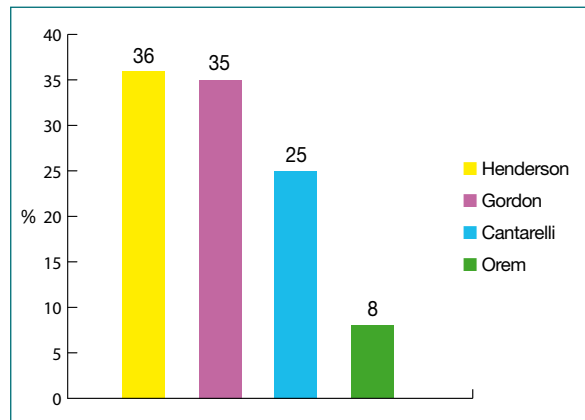
Prendendo in esame tutte le 60 strutture che hanno risposto, il 33% (N=20) afferma di utilizzare uno strumento cartaceo per documentare l'assistenza infermieristica, il 25% (N=15) un sistema informatico e il 38% (N=23) sia strumenti cartacei sia informatizzati; due strutture dichiarano di non usare strumenti per documentare l'assistenza infermieristica.

Delle 38 strutture che hanno riferito di utilizzare un sistema informatizzato integrale o misto, il 13% (N=5) afferma di aver adottato un *software* sviluppato da personale infermieristico e informatico interno all'azienda; il 43% (N=16) un sistema sviluppato da una

**Figura 3. Adozione delle SNTs nelle aree cliniche**



**Figura 4. Modelli teorici maggiormente utilizzati nei DPS**



*software-house* esterna, successivamente modificato e adattato da personale infermieristico aziendale. Il 39% (N=15) asserisce di utilizzare in modo integrale il software fornito da un'azienda informatica; 2 strutture non hanno fornito specifiche a riguardo.

All'interno di questi sistemi di documentazione, il 31% (N=19) del campione complessivo dichiara di documentare tutte le fasi del processo di assistenza infermieristica; tutti gli altri affermano di documentare alcune fasi del processo di assistenza infermieristica. Dei 60 centri, il 18% (N=11) ha affermato di utilizzare più di un modello teorico infermieristico nella documentazione infermieristica. Complessivamente, i modelli teorici più utilizzati all'interno delle DPS sono: Henderson (36%), Gordon (35%), Cantarelli (25%) e Orem (8%; Figura 4).

Tra le strutture che hanno riferito di utilizzare almeno una delle tassonomie NNN, le teorie infermieristiche più utilizzate sono Gordon (N=11), Henderson (N=9) e Cantarelli (N=4).

Le due aziende che hanno riferito di utilizzare l'ICNP impiegano le teorie di Henderson (N=1) e Gordon (N=1).

I modelli organizzativi più utilizzati dal campione complessivo (N=60) sono risultati quello per settori (51%) e quello funzionale (29%) e a seguire in misura minore altri modelli quali le piccole *équipe*, il *primary nursing* e il *case management*. Il 68% delle DPS ha riferito di adottare documenti standard: piani di assistenza multidisciplinari (N=15), piani di assistenza infermieristica (N=31), protocolli e procedure (N=32).

## DISCUSSIONE

Questo studio (promosso dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI) è il primo in Italia a descrivere l'impiego di terminologie infermieristiche

standardizzate nella formazione infermieristica e nell'esercizio professionale. Considerata la scarsità di informazioni sull'utilizzo delle SNT nel contesto italiano, lo studio colma una lacuna di conoscenza importante e può fornire utili indicazioni per la formazione, l'organizzazione, l'esercizio della pratica professionale e la ricerca futura.

Complessivamente, i risultati mostrano che le terminologie infermieristiche standardizzate sono diffuse sul territorio nazionale sia nella formazione infermieristica sia nell'esercizio professionale. In linea con le raccomandazioni internazionali che ormai risalgono ai primi anni novanta del secolo scorso (Clark et al., 1992, Hogston, 1997, Wake et al., 1993) sembra emergere un investimento della professione infermieristica in Italia nell'insegnamento e nell'impiego delle terminologie infermieristiche standardizzate allo scopo di documentare la pratica clinica con un linguaggio comune.

L'impiego di terminologie infermieristiche standardizzate nella formazione è risultato elevato (87% delle sedi partecipanti). Il dato è superiore a quello proveniente da altri contesti internazionali nei quali si suppone che le terminologie infermieristiche siano maggiormente utilizzate, ma di fatto le percentuali di utilizzo riportate in letteratura (comprese tra il 20% e il 40%) sono inferiori a quanto rilevato con questo studio (Bartz et al., 2011; Kautz et al., 2006; Keenan et al., 2001; Lunney, 2006). Questo dato, in accordo con gli studi disponibili (Thoroddsen et al., 2012), sottolinea che le SNT sono ritenute utili nella formazione infermieristica universitaria per insegnare la pianificazione dell'assistenza e per sostenere lo sviluppo di una precisa identità scientifico disciplinare negli studenti infermieri.

I risultati di questo studio mostrano che nella pratica professionale l'impiego di SNT è inferiore rispetto al contesto formativo (46% del campione).

Non sorprende rilevare un impiego più contenuto delle SNT nella pratica clinica poiché numerosi studi hanno messo in luce come il processo di introduzione di una terminologia infermieristica standardizzata nei contesti clinico-operativi sia complesso, oneroso e richieda la rimozione di barriere interne ed esterne alla professione infermieristica (Allred et al., 2004; Bartz et al., 2006; Kautz et al., 2006; Kilanska et al., 2016; Laukvik et al., 2015; Millar, 2016; Nogueira et al., 2015; Ostensen et al., 2016; Whitley et al., 1996; Thoroddsen et al., 2012). Tuttavia, in accordo con la letteratura disponibile (Hou et al., 2016; Millar, 2016; Peres et al., 2016), è proprio all'interno della pratica clinica operativa che l'impiego delle SNT può offrire i maggiori contributi per la visibilità della professione infermieristica e

per la sicurezza degli assistiti, favorendo anche lo sviluppo di politiche sanitarie efficaci (Coenen et al., 2012; Muller-Staub et al., 2006; Saranto et al., 2014; Strudwick et al., 2016).

In linea generale, i risultati fin qui discussi mostrano che l'impiego di terminologie infermieristiche standardizzate si sta diffondendo in Italia sia in ambito formativo sia operativo, seppur con un diverso grado di sviluppo. Tuttavia, i dati raccolti in merito a quali terminologie e come queste sono utilizzate all'interno delle sedi CdLI e delle DPS mostrano un panorama estremamente disomogeneo. Tra le otto terminologie infermieristiche standardizzate riportate dai partecipanti quelle le maggiormente utilizzate sono state le classificazioni NANDA-I, NOC, NIC e, in misura minore, l'*International Classification for Nursing Practice*, sia nel contesto formativo sia in quello operativo. Questo dato non sorprende se si considera l'ampia letteratura disponibile nel contesto italiano sulle tassonomie NNN (Badon et al., 2015; Di Giacomo et al., 2016; Gulanick e Myers, 2016; Hinkle et al., 2017; Nebuloni, 2017; Wilkinson et al., 2017) e la più recente attività del Centro Italiano Accreditato per la Ricerca e lo Sviluppo dell'ICNP, promosso dall'Università La Sapienza e la Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermieri (CNAI; Marucci et al., 2015). Ciononostante, l'impiego di queste SNT appare molto diversificato nella formazione infermieristica e nella pratica clinica.

Infatti, dai risultati di questo studio emerge che nella formazione infermieristica le SNT sono spesso impiegate solo in alcune attività didattiche previste nel triennio e in pochi casi (30%; N=17) trovano riscontro nelle attività di tirocinio. Inoltre, non tutte le fasi del processo di assistenza infermieristica sono affrontate attraverso l'impiego di un linguaggio standardizzato. In particolare, il 22% dei rispondenti impiega la terminologia solo per la definizione della diagnosi infermieristica o per la definizione dell'intervento infermieristico. Infine, le SNT sono spesso impiegate con una varietà di modelli teorici di riferimento. Da un lato, tale disomogeneità non stupisce in quanto sia le tassonomie NNN sia l'ICNP documentano differenti momenti del processo assistenziale infermieristico (diagnosi, risultati e interventi) ed entrambe sono applicabili con differenti approcci teorici (Gordon, 2009; Sansoni et al., 2006; Strudwick et al., 2016). Dall'altro, questo riscontro rende evidente che in Italia non esiste un accordo sull'impiego di un quadro teorico di riferimento e/o di una terminologia infermieristica standardizzata per descrivere, all'interno e all'esterno della professione, il contenuto proprio delle scienze infermieristiche.

In egual misura, un quadro disomogeneo emerge sul fronte dell'esercizio professionale così come riferito dalle DPS partecipanti allo studio. Infatti le percentuali di aree cliniche e di unità operative presso cui è in uso una terminologia standardizzata variano molto da struttura a struttura e anche in questo caso in pochi contesti (30%, N=19) è documentato l'intero processo di assistenza infermieristica attraverso l'impiego di una SNT. Inoltre, a una varietà di modelli teorici di riferimento è da aggiungere la variabilità dei modelli organizzativi e dei sistemi di documentazione (cartaceo, *software* esterno, *software* interno, *software* esterno modificato), che rendono ancor più complessa la documentazione sistematica e la misurazione dell'assistenza infermieristica. Da un lato tale pluralità di approccio e di pensiero, da un lato, può essere letta come una ricchezza scientifica e culturale di cui gli infermieri italiani dispongono nel fornire le migliori risposte alle persone assistite. Dall'altro, in accordo con numerose fonti (Coenen et al., 2010; Peres et al., 2015), questa disomogeneità costituisce anche una delle maggiori barriere alla documentazione sistematica, misurazione e riconoscimento del contributo infermieristico per la salute dei cittadini. Un certo grado di accordo e di indirizzo potrebbe infatti fornire nel tempo dati di vitale importanza per gli infermieri impegnati nello sviluppo di strategie e politiche sanitarie a livello provinciale, regionale e nazionale.

### Limiti

I principali limiti dello studio sono il tasso di rispondenti e la limitata numerosità campionaria complessiva che non consentono di escludere distorsioni nella descrizione del fenomeno. Si stima che abbia aderito circa il 35% delle sedi di Corso di laurea in infermieristica e circa il 25% delle DPS presenti sul territorio nazionale. Inoltre, il campionamento di convenienza e la natura propositiva della partecipazione allo studio potrebbero rappresentare un *bias* di selezione dei centri partecipanti. Infine, la natura *self-report* dell'indagine e le differenti modalità (cartacea e *online*) di somministrazione del questionario rappresentano un ulteriore limite di questa indagine. Tuttavia, la distribuzione geografica dei partecipanti e il coinvolgimento sia dei CdLI sia delle DPS sono punti di forza di questo studio, specie a fronte della mancanza di informazioni in letteratura sull'impiego delle SNT nel contesto italiano.

Nella stesura dei questionari utilizzati per la ricerca, gli autori si sono confrontati in merito all'opportunità di inserire tra le teoriche di riferimento Carpenito, tenuto conto del fatto che il cosiddetto modello bi-

focale di Carpenito non è ufficialmente riconosciuto quale teorica, ma è molto utilizzato, soprattutto nell'ambito dei Corsi di Laurea. Si è ritenuto che la sua esclusione potesse limitare la rappresentazione delle realtà, per tale motivazione gli autori hanno concordato sul mantenimento dell'autrice all'interno dei questionari.

### CONCLUSIONI

Le terminologie infermieristiche standardizzate contribuiscono alla descrizione, documentazione, misurazione e valorizzazione, anche economica, della pratica infermieristica. Esse possono trovare utili applicazioni in ambito clinico, organizzativo, formativo e nella partecipazione degli infermieri alle politiche sanitarie, in risposta ai bisogni di assistenza dei cittadini italiani.

In Italia si osserva un grado di sviluppo e di impiego di terminologie infermieristiche standardizzate che non è inferiore a quello di numerosi Paesi sia in Europa sia nel contesto Nord-americano. Sembrano tuttavia necessari sforzi ulteriori per l'introduzione delle SNT all'interno di sistemi di documentazione elettronica nei contesti clinici e assistenziali. Nell'uso delle terminologie infermieristiche standardizzate si riscontrano inoltre disomogeneità di approcci, metodi e strumenti che potrebbero essere mediate dalla condivisione di alcune linee generali di indirizzo per l'utilizzo delle SNT nei contesti formativi e assistenziali italiani.

In considerazione di questi risultati, la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha prodotto, e pubblicato unitamente a questo documento, una presa di posizione a sostegno dell'impiego consapevole delle terminologie infermieristiche più accreditate a livello nazionale e internazionale nei contesti clinico organizzativi e formativi italiani.

Approcci, terminologie e sistemi che siano in grado di garantire interoperabilità e comparabilità delle informazioni inerenti l'assistenza infermieristica sono infatti di vitale importanza per la futura disponibilità di dati utili a descrivere l'assistenza infermieristica e a fornire adeguate risposte alle necessità della popolazione.

Futuri studi sono necessari per: descrivere le barriere all'utilizzo delle SNT nel contesto italiano; sviluppare e valutare l'efficacia di interventi educativi e organizzativi volti a favorire l'impiego delle SNT nel contesto italiano; identificare i fattori clinici, organizzativi, gestionali e strutturali che favoriscono l'impiego delle SNT nei contesti clinico assistenziali; valutare gli esiti associati alla pratica infermieristica e in particolare all'uso di SNT nei contesti clinici; sostenere la valorizzazione economica dell'apporto

infermieristico in funzione dei dati raccolti attraverso SNT valide e riconosciute a livello internazionale; sviluppare sistemi di documentazione informatizzata che, nella tutela della pluralità riscontrata, consentano l'utilizzo di informazioni vitali per lo sviluppo dell'esercizio professionale e della ricerca infermieristica in Italia ed, in ultima istanza, per la qualità dell'assistenza fornita ai cittadini.

### Ringraziamenti

Gli autori ringraziano la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI per aver promosso lo studio e sostenuto, non solo finanziariamente, le attività del gruppo di lavoro TeSI-IPASVI.

I dati raccolti sono di proprietà della Federazione Nazionale Collegi IPASVI che ne disporrà l'utilizzo e la diffusione in funzione degli scopi istituzionali.

Si ringraziano Patrizia Di Giacomo e Orietta Meneghetti per la collaborazione nella stesura del protocollo dello studio e Michela Casella, Sabrina Contini, Claudio De Pieri, Marilena Guindani, Fiorella Fabrizio, Paolo Motta e per la costruzione del questionario impiegato nella ricerca. Si ringrazia Massimo Silvestrini per il supporto informatico e tutta la Segreteria della FNC-IPASVI per la preziosa collaborazione. Infine si ringraziano sentitamente tutti i centri (Sedi di CdLI e DPS) che hanno aderito all'indagine fornendo informazioni di estrema rilevanza per lo sviluppo dell'assistenza infermieristica in Italia.

### BIBLIOGRAFIA

- Ackley BJ, Ladwing GB, Makic MBF (2017) *Nursing diagnosis handbook. An evidence-based guide to planning care*, eleventh edition. Elsevier.
- Allred SK, Smith KF, Flowers L (2004) *Electronic implementation of national nursing standards NANDA, NOC and NIC as an effective teaching tool*. J Healthc Inf Manag 18, 56-60.
- ANA (2012) *ANA Recognized terminologies that support nursing practice*. Retrieved 2017 from nursing world.
- Anderson CA, Keenan G, Jones J (2009) *Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set*. Computers, Informatics, Nursing 27,82-92.
- Ausili D (2010) *Attuali sfide poste dalla misurazione dei fenomeni di interesse infermieristico*. In: Lolli A, Donegà D (a cura di) *Nursing sensitive outcome: è possibile misurare l'assistenza infermieristica?* Atti del Convegno Nazionale della Consociazione Nazionale Associazioni infermiere/i. Milano CNAI, 47-54.
- Ausili D (2011) *Descrivere l'assistenza infermieristica attraverso l'uso di un modello concettuale italiano e dell'International Classification for Nursing Practice*. In: *L'evoluzione del Nursing Italiano negli ultimi 150 anni*. Atti del Convegno Nazionale promosso dai Collegi di Abruzzo, 7-8 ottobre 2011, Avezzano, L'Aquila, 135-140.
- Ausili D, Sironi C, Rasero L, et al. (2012a) *Mesuring elderly care through the use of a nursing conceptual model and the International Classification for Nursing Practice*. International Journal of Nursing Knowledge, 23,146-152.
- Ausili D, Alberio M, Di Mauro S (2012b) *Using ICNP to describe nursing phenomena of older persons discharged from hospital: a point prevalence survey*. Royal College of Nurses International Nursing Research Conference 2012.
- Ausili D, Sironi C (2013a) *Una lettura dell'evoluzione delle conoscenze infermieristiche in Italia*. In: Sironi C (a cura di) *Le scienze infermieristiche in Italia: riflessioni e linee di indirizzo*. Atti del Convegno Nazionale della Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri (CNAI), Roma, 24-25 ottobre 2013.
- Ausili D (2013b) *Misurare l'impatto dell'assistenza infermieristica sulla salute: una revisione della letteratura*. Professioni Infermieristiche, 66, 131-142.
- Badon P, Cesaro A. (2015) *Manuale di Assistenza pediatrica; 2° edizione*. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Bartz C, Coenen A, Hong WH (2006) *Participation in the international classification for nursing practice (ICNP) programme*. Stud Health Technol Inform 124, 157-161.
- Bartz CC, Hoy D (2011) *Web-based collaboration for terminology application: ICNP C-space*. Stud Health Technol Inform 169, 759-763.
- Bulechek (2013) *Classificazione degli interventi infermieristici NIC*; Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Clark J, Lang N (1992) *Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice*. Int Nurs Rev 39, 109-111, 128.
- Coenen A, Kim TY, Bartz CC, et al. (2012) *ICNP Catalogues for supporting nursing content in electronic health records*. Stud Health Technol Inform 180, 1075-1078.
- Colombo N, Casati M, Marcellini E, et al. (2012) *Classificazione delle diagnosi infermieristiche NANDA International secondo le componenti dell'assistenza infermieristica di base di Henderson: uno strumento per l'insegnamento del processo di assistenza infermieristica*. L'Infermiere, 56.
- Di Giacomo P, Rigon LA (2016) *Assistenza Infermieristica e Ostetrica in area materno-infantile*. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2° edizione.
- Fawcett J (1984) *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F.A.Davis Company, 1° edizione.
- Fawcett J (2005) *Contemporary Nursing knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A.Davis Company, 2° edizione.



- Gordon M (2009) *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni*. Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Gulanick M, Myers JL (2016) *Piani di assistenza infermieristica. Diagnosi infermieristiche, risultati di salute e interventi infermieristici*. Ed. it. a cura di Rigon LA, Meneghetti O. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Herdman TH, Kamitsuru S (2015) *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: definizioni e classificazione 2015-2017*. Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Hinkle JL, Cheever KH (2017) *Brunner-Suddarth. Infermieristica medico chirurgica*. Ed. it. a cura di Nebuloni G. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Hogston R (1997) *Nursing diagnosis and classification systems: a position paper*. J Adv Nurs 26, 496-500.
- Hou IC, Chen MJ (2016) *The pilot evaluation of using the international classification for nursing practice*. Stud Health Technol Inform 225, 437-441.
- Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, et al. (2006) *Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model*. Int J Nurs Terminol Classif 17, 129-138.
- Keenan GM, Treder M, Clingerman E (2001). *Survey indicates sharp increase in usage of NANDA, NOC, and NIC*. Mich Nurse 74, 19-21.
- Kilanska D, Gaworska-Krzeminska A, Grabowska H, et al. (2016) *A case study of the introduction of the International Classification for Nursing Practice<sup>(R)</sup> in Poland*. Int Nurs Rev 63, 361-371.
- International Council of Nurses (2009) *International classification for nursing practice version 2*. Genève: ICN Publications.
- Johnson M (2014) *Collegamenti NANDA con NOC e NIC. Sostenere il ragionamento diagnostico e la qualità dell'assistenza*. Ed. it. a cura di Rigon LA, Meneghetti O. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Laukvik LB, Molstad K, Fossum M (2015) *The construction of a subset of ICNP<sup>(R)</sup> for patients with dementia: a Delphi consensus and a group interview study*. BMC Nurs 14, 49.
- Lunney M (2006) *Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: novice to expert*. J Nurs Adm 36, 118-125.
- Lunney M (2010) *Il pensiero critico nell'assistenza infermieristica. Casi clinici con NANDA, NOC e NIC*. Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Macchi B, Sironi C, Di Mauro S, et al. (2016) *L'impiego dell'ICNP nella formazione infermieristica con modelli teorici infermieristici: una revisione della letteratura*. Professioni Infermieristiche 69, 159-166.
- Marucci AR, De Caro W, Petrucci C, et al. (2015) *ICNP-International Classification of Nursing Practice: origin, structure and development*. Prof Inferm 68,131-140.
- Martin KS (2005) *The omaha system: a key to practice, documentation, and information management (reprinted 2nd ed.)*. Omaha NE Health Connections Press.
- Meleis AI (2005) *Theoretical nursing development & progress*. 3° edizione, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Millar J (2016) *The Need for a Global Language - SNOMED CT Introduction*. Stud Health Technol Inform 225, 683-685.
- Moorhead (2013) *Classificazione dei risultati infermieristici NOC. Misurazione dei risultati di salute*. Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Muller-Staub M, Lavin MA, Needham I et al. (2006). *Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review*. J Adv Nurs 56, 514-531.
- Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M et al. (2007) *Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study*. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications 18, 5-17.
- Muller-Staub M, (2009) *Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International 20, 9-15.
- Nebuloni G (2017) *Assistenza infermieristica alla persona anziana. Percorsi di promozione della salute, di educazione e di assistenza*. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Nogueira, JR, Cook TW, Cavalini LT (2015) *Mapping a nursing terminology subset to openEHR archetypes. A case study of the international classification for nursing Practice*. Methods Inf Med 54, 271-275.
- Ostensen E, Helleso R (2016) *Success criteria for implementing standardized care plans in community health care*. Stud Health Technol Inform 225, 1070-1071.
- Palese A, De Silvestre D, Valoppi G et al. (2009) *A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy*. International journal of nursing terminologies and classifications, 20, 64-75.
- Peres H, Cruz D, Tellez M, et al. (2016) *Implementation of Improvements in an Electronic Documentation Nursing Process System Structured on NANDA-I, NOC and NIC (NNN) Classification*. Stud Health Technol Inform 225, 1082-1083.
- Pesut DJ (2006) *21st century nursing knowledge work: Reasoning into the future*. In Weaver C, Delaney CW, Weber P, Carr R. *Nursing and informatics for the 21st century: an international look at practice, trends and the future*. Chicago: Health Care Information and Management Systems Society, 13-23.
- Rigon LA, Santin C (2016) *Le tassonomie NNN e la documentazione dell'assistenza infermieristica in Italia*. Atti



- dei convegni 2014-15-16. *Riflessioni ed esperienze*. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, et al. (2017) *Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review*. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3764-3783
- Sansoni J (2010) *Il contributo dell'ICN alla valutazione degli esiti attraverso l'ICNP*. In: Lolli A, Donegà D (a cura di) *Nursing sensitive outcome: è possibile misurare l'assistenza infermieristica?* Atti del Convegno Nazionale della Consociazione Nazionale Associazioni infermiere/i. Milano: Pubblicazione CNAI, 39-46.
- Sansoni J, Giustini M (2006) *More than terminology: using ICNP® to enhance nursing's visibility in Italy*. *International Nursing Review*, 53, 21-27.
- Saranto K, Kinnunen UM, Kivekas E, et al. (2014). *Impacts of structuring nursing records: a systematic review*. *Scand J Caring Sci* 28, 629-647.
- Strudwick G, Hardiker NR (2016) *Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: a case study using the International Classification for Nursing Practice<sup>®</sup>*. *Int J Med Inform* 94, 215-221.
- Tastan S, Linch GC et al. (2014) *Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review*. *Int J Nurs Stud*.
- Thoroddsen A, Ehnfors M (2007) *Putting policy into practice: Pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation*. *J Clin Nurs*, 16, 1820-1836.
- Thoroddsen A, Ehrenberg A, Sermeus W, et al. (2012) *A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries*. *NI* 2012, 406.
- Virgoletti E, Doro L, Mecugni D, et al. (2012) *L'utilizzo della tassonomia NANDA nella pratica clinica: Reggio-Emilia e Tarragona a confronto*. *L'Infermiere*, 5, 24-27.
- Wake MM, Murphy M, Affara FA, et al. (1993) *Toward an international classification for nursing practice: a literature review & survey*. *Int Nurs Rev* 40,77-80.
- Werley HH, Lang NM (1988) *Identification of the nursing minimum data set*. New York, Springer Publishing Company.
- Whitley, GG, Gulanick, M, 1996 *Barriers to the use of nursing diagnosis language in clinical settings*. *Nurs Diagn* 7,25-32.
- Wilkinson J (2013) *Processo infermieristico e pensiero critico*. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 3° edizione.
- Wilkinson JM, Barcus L (2017) *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC*. Ed. it. a cura di Meneghetti O, Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Witiek P (2004) *European Nursing care Pathways (ENP)*.
- Zampieron A, Aldo S, Corso M (2011) *A retrospective study on nursing diagnoses, outcomes and interventions for patients admitted to cardiology rehabilitation unit*. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22, 148-156.

## Position statement

### Le terminologie infermieristiche standardizzate: la posizione della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

#### Gruppo di lavoro

Beatrice Mazzoleni, Davide Ausili, Carmelo Gagliano, Concetta Genovese, Cristina Santin, Luisa Anna Rigon

#### Introduzione

Le terminologie infermieristiche standardizzate (SNTs) sono strumenti di comunicazione fondamentali per gli infermieri e gli altri professionisti della salute nel supportare la pianificazione, l'erogazione e la valutazione dell'assistenza infermieristica nonché nella misurazione dei risultati di salute degli assistiti e nella definizione della gestione delle risorse, della produttività e dei costi.

#### Scopo

Lo scopo di questo documento è affermare la posizione della FNC-IPASVI a supporto dell'utilizzo delle terminologie infermieristiche standardizzate nella formazione, nella pratica clinica, nell'organizzazione e nella ricerca infermieristica.

#### Posizione della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

La FNC-IPASVI raccomanda l'utilizzo delle terminologie infermieristiche standardizzate validate e riconosciute a livello internazionale e in particolare suggerisce l'utilizzo delle seguenti SNTs in quanto è dimostrato che sono quelle maggiormente applicabili, conosciute e sviluppate nella formazione e nella pratica clinica nel nostro Paese (Tabella 1). Inoltre, la FNC-IPASVI raccomanda l'introduzione di queste SNTs nella documentazione sanitaria elettronica con l'obiettivo di rendere visibile l'assistenza infermieristica all'interno dei sistemi informativi a livello locale, regionale e nazionale, uniformare la pratica infermieristica, determinare strategie finanziarie per incentivare le organizzazioni ad adeguare/allocare le risorse infermieristiche al fine di garantire elevata qualità delle cure rispetto a dimostrati costi-efficacia, costi-efficienza dell'assistenza infermieristica.

Le terminologie infermieristiche standardizzate identificano, definiscono e codificano all'interno di una struttura organizzata i concetti utili a rappresentare la conoscenza e la pratica infermieristica. Le terminologie infermieristiche standardizzate si sono sviluppate circa quarant'anni fa e molte sono state riconosciute da rilevanti organismi e associazioni professionali. A oggi, l'*American Nursing Association* riconosce 12 SNTs a diversi livelli di sviluppo, validazione e utilizzo nella pratica clinica infermieristica (ANA, 2015).

L'utilizzo delle SNTs permette agli infermieri di descrivere con un linguaggio standardizzato i dati clinici più rilevanti per la pratica professionale degli infermieri: le diagnosi infermieristiche, gli interventi infermieristici e i risultati infermieristici. Per questa ragione le SNTs permettono di documentare, comparare e misurare gli elementi chiave della pratica infermieristica. Le SNTs supportano gli infermieri nel riflettere sulla loro pratica professionale, garantire la continuità delle cure, migliorare la qualità dell'assistenza, orientare la pratica clinica alle migliori prove di efficacia, assicurare la sicurezza delle persone assistite, definire il carico di lavoro infermieristico in una logica di gestione finanziaria infermieristica delle risorse, formare colleghi e studenti e sviluppare la ricerca.

**Tabella 1. Le terminologie infermieristiche standardizzate raccomandate dalla FNC-IPASVI**

SNT	Anno di sviluppo	Contenuto
NANDA International (NANDA-I, 2014)	1973	diagnosi infermieristiche
Nursing Interventions Classification (NIC, 2013)	1987	interventi infermieristici
International Classification Nursing Practice (ICNP, 2015)	1989	diagnosi, interventi e risultati infermieristici
Nursing Outcomes Classification (NOC, 2013)	1991	risultati infermieristici

### Citazioni bibliografiche

- American Nurses Association (2015) *Nursing informatics: scope and standards of practice*. Silver Spring, MD, 2° Ed.
- Bulechek Butcher, H., Dochterman, J (2013) *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6th Ed.). Mosby Elsevier, 6° Ed. Ed. it. a cura di Rigon LA *Classificazione degli interventi infermieristici NIC*. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Capitoni E, Sironi C (2015) *Linee guida EFN per l'applicazione dell'articolo 31 ai fini del riconoscimento delle competenze previste dalla Direttiva 2005/36/CE, modificata dalla Direttiva 2013/55/CE - EFN Competency Framework*. Documento approvato dall'Assemblea generale EFN, Bruxelles, aprile 2015.
- Collins-McNeil J, Sharpe D, Bendow D (2012) *Aging: workforce: retaining valuable nurses*. *Nursing Management*, 43, 50-54.
- Herdman TH, Kamitsuru S (2015) *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: definizioni e classificazione 2015-2017 (10 th Ed.)*. Oxford: Wiley Blackwell. Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- International Council of Nurses (2009) *International classification for nursing practice version 2*. Genève: ICN Publications.
- International Council of Nurses (2015) *Definition and elements of the ICNP*.
- Kavanagh KT, Cimiotti JP, Abusalem S et al (2012) *Moving healthcare quality forward with nursing-sensitive value-based purchasing*. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 385-395.
- Kolakowski D (2016) *Constructing a nursing budget using a patient classification system*. *Nursing Management*, 47.
- Moorhead (2013) *Classificazione dei risultati infermieristici NOC. Misurazione dei risultati di salute*. Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

---



---

## Position statement

### Nursing standardized terminologies: the FNC-IPASVI Italian National Nursing Board's position statement

#### Working group

Beatrice Mazzoleni, Davide Ausili, Carmelo Gagliano, Concetta Genovese, Cristina Santin, Luisa Anna Rigon

#### Introduction

FNC-IPASVI Italian National Nursing Board believes that standardized nursing terminologies (SNTs) are essential communication tools among nurses and other healthcare providers to assist in planning, delivery and evaluation of nursing care.

#### Purpose

The purpose of this position statement is to affirm that FNC-IPASVI Italian National Nursing Board supports the use of recognized nursing standardized terminologies in nursing education, clinical practice, administration and research. Furthermore, the FNC-IPASVI recommends the integration of SNTs into information technology solutions to give visibility to nursing care within the healthcare information system at local, regional and national level.

#### Statement of FNC-IPASVI position

FNC IPASVI Italian National Board advocates for the use of valid and internationally recognized nursing standardized terminologies within Electronic Health Record (EHR) and recommends specifically the following SNTs because they were demonstrated to be the most applicable, best known, and most developed in the Italian nursing education and clinical practice (Table 1).

Nursing standardized terminologies identify, define, and code concepts in an organized structure to represent nursing knowledge and practice. The development of SNTs began more than four decades ago and several SNTs were recognized by relevant professional associations. Actually, the American Nursing Associations recognize twelve nursing standardized terminologies at different levels of development, validation and implementation (ANA, 2015) and the European Federation of Nurses Association suggest to carry out care plans applying nursing language and international taxonomy" (EFN, 2015).

SNTs' use provide nurses a unified language to describe core clinical-nursing-data: nursing diagnoses,

**Table 1. The Nursing standardized terminologies recommended by FNC-IPASVI**

SNTs	Year of Development	Nursing Content
NANDA International (NANDA-I, 2014)	1973	Diagnoses
Nursing Interventions Classification (NIC, 2013 )	1987	Interventions
International Classification Nursing Practice (ICNP, 2015)	1989	Diagnoses, Interventions, Outcomes
Nursing Outcomes Classification (NOC, 2013)	1991	Outcomes

nursing outcomes and nursing interventions. Thus, SNTs allow nurses to fill in document, to compare and to measure key elements of their practice. The SNTs support nurses in: reflecting about their practice; achieving continuity of care; improving quality of nursing care; implementing evidence-based clinical practice; assuring patient safety; defining nursing workload; educating nursing students and colleagues, developing nursing research.

### Reference

- American Nurses Association (2015) *Nursing informatics: scope and standards of practice*. Silver Spring, MD, 2° Ed.
- Bulechek Butcher, H., Dochterman, J (2013) *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6th Ed.). Mosby Elsevier, 6° Ed. Ed. it. a cura di Rigon LA *Classificazione degli interventi infermieristici NIC*. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Capitoni E, Sironi C (2015) *Linee guida EFN per l'applicazione dell'articolo 31 ai fini del riconoscimento delle competenze previste dalla Direttiva 2005/36/CE, modificata dalla Direttiva 2013/55/CE - EFN Competency Framework*. Documento approvato dall'Assemblea generale EFN, Bruxelles, aprile 2015.
- Collins-McNeil J, Sharpe D, Bendow D (2012) *Aging: workforce: retaining valuable nurses*. *Nursing Management*, 43, 50-54.
- Herdman TH, Kamitsuru S (2015) *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: definizioni e classificazione 2015-2017 (10 th Ed.)*. Oxford: Wiley Blackwell. Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- International Council of Nurses (2009) *International classification for nursing practice version 2*. Genève: ICN Publications.
- International Council of Nurses (2015) *Definition and elements of the ICNP*.
- Kavanagh KT, Cimiotti JP, Abusalem S et al (2012) *Moving healthcare quality forward with nursing-sensitive value-based purchasing*. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 385-395.
- Kolakowski D (2016) *Constructing a nursing budget using a patient classification system*. *Nursing Management*, 47.
- Moorhead (2013) *Classificazione dei risultati infermieristici NOC. Misurazione dei risultati di salute*. Ed. it. a cura di Rigon LA. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano.



## CONTRIBUTI

## La profilassi antibiotica nella prevenzione delle endoftalmiti secondarie a chirurgia della cataratta: revisione sistematica della letteratura

di **Luigi Baldini**

Infermiere, Casa di Cura "Maria Rosaria" Pompei (NA)

Corrispondenza: [luigi.baldini@live.it](mailto:luigi.baldini@live.it)

### Descrizione del fenomeno

La cataratta è una patologia dell'occhio caratterizzata dalla progressiva opacizzazione del cristallino. In condizioni fisiologiche il cristallino è trasparente: la luce lo attraversa raggiungendo la retina dove avviene la focalizzazione delle immagini.

L'opacizzazione del cristallino è conseguenza di fenomeni di ossidazione che si verificano sulla sua superficie: questi fenomeni sono conseguenza tipica dell'invecchiamento cellulare (aumentano le reazioni di ossidazione con produzione di radicali liberi causa del danneggiamento cellulare) ma possono verificarsi anche in seguito a traumi e ad esposizione a fattori di rischio specifici (diabete, fumo di tabacco, esposizione prolungata ai raggi solari, alcolismo, ecc.).

La prevalenza di tale patologia è maggiore nei soggetti anziani: è caratterizzata da un decorso lento in assenza di dolore, fotofobia, percezione di aloni attorno alle sorgenti luminose, in fasi molto avanzate può verificarsi la perdita totale della vista.

La visita oculistica è dirimente per fare diagnosi di cataratta ed il trattamento è unicamente chirurgico: nel corso degli anni lo sviluppo di nuove tecniche di micro-chirurgia ha reso l'intervento sempre meno invasivo.

Tecniche di recente introduzione come la "Facoemulsificazione" (utilizzo di ultrasuoni) oppure la "Aqualase" (utilizzo di laser o micro getti d'acqua) hanno permesso la riduzione del rischio anestesilogico (attraverso l'utilizzo di colliri anestetici piuttosto dell'anestesia generale) e la riduzione del discomfort del paziente al quale viene garantito un rapido recupero della vista (poche ore dopo l'intervento), la riduzione delle complicanze post-operatorie e la possibilità di eseguire l'intervento in regime ambulatoriale.

L'obiettivo della chirurgia della cataratta è quello di asportare il cristallino opacizzato sostituendo a questi una lente intraoculare artificiale. Prima dell'intervento sarà necessario sottoporre il paziente a degli esami accurati:

- esame ultrasonografico = permette la misurazione delle strutture interne dell'occhio;
- ecobiometria = permette di misurare la lunghezza del bulbo oculare.

Gli esami preoperatori permettono al chirurgo di scegliere con la massima accuratezza la lente artificiale da impiantare durante l'intervento chirurgico.



La tecnica chirurgica più utilizzata è la facoemulsificazione: attraverso una piccola incisione (meno di 3mm) sulla capsula anteriore del cristallino viene inserita una sonda ad ultrasuoni che frammenta il nucleo opaco del cristallino; il nucleo frammentato viene così aspirato; nella sacca capsulare vuota viene infine impiantata una lente artificiale pieghevole (una volta posizionata la lente si apre definitivamente).

Secondo i dati della *Società Oftalmologica Italiana (SOI)* riportati sulle “*Linee guida clinico organizzative sulla chirurgia della cataratta*” approvate il 25 ottobre 2014 (primo aggiornamento novembre 2015, secondo aggiornamento ottobre 2016) in Italia sono eseguiti annualmente 550.000 interventi di cataratta di cui 19.362 in regime di ricovero ordinario, 124.828 in regime di day surgery e 412.000 in regime ambulatoriale.

L'endoftealmite è una delle complicazioni più gravi dell'intervento di cataratta: è caratterizzata dalla infiammazione di tutte le strutture costituenti il bulbo oculare ed è dovuta all'azione di diversi microrganismi patogeni. L'endoftealmite viene generalmente suddivisa in esogena (causa iatrogena o trauma oculare) ed endogena (secondaria a sepsi).

Le “*Linee guida ESCRS (European Society of Cataract Refractive Surgeon) per la prevenzione ed il trattamento dell'endoftealmite secondaria ad intervento di cataratta: dati, dilemmi e conclusioni*” pubblicate nel 2013 (consultabile al sito web [www.es CRS.org](http://www.es CRS.org)) definiscono l'endoftealmite postoperatoria come:

«Una infiammazione dell'occhio, verosimilmente dovuta ad un processo infiammatorio causato da batteri, funghi o, in rare occasioni, parassiti che penetrano nell'occhio durante la fase perioperatoria. [...] L'endoftealmite esogena può presentarsi in forma acuta e virulenta oppure in forma cronica e tardiva. La gravità dell'infezione intraoculare è correlata alla dimensione dell'inoculo e alla virulenza dei batteri, alla risposta immunitaria dell'ospite, alle misure perioperatorie adottate e al momento di insorgenza dell'infezione. [...] Nei Paesi occidentali, la maggior parte dei batteri responsabili dell'endoftealmite secondaria all'intervento di cataratta sono di tipo Gram-positivo e hanno una frequenza variabile nelle serie segnalate. [...] Tra i microrganismi Gram-positivi possiamo trovare CNS (*S. epidermidis*), *S. aureus* (incluso l'MRSA), streptococchi  $\beta$ -emolitici ed *E. faecalis*; i batteri Gram-negativi comprendono *Haemophilus influenzae* e *Ps. aeruginosa*. Lo spettro è diverso in caso di endoftealmite cronica, con *P. acnes*, difteroidi, CNS (*S. epidermidis*) e funghi come cause più comunemente isolate (la maggior parte delle endoftealmiti esogene fungine post-cataratta sono dovute a funghi filamentosi, specialmente l'*Aspergillus* spp). [...] Agli inizi del XX secolo l'incidenza dell'endoftealmite secondaria a intervento di cataratta era piuttosto elevata (circa il 10%). L'avvento dell'ECCE (estrazione extracapsulare della cataratta), con l'uso di un'incisione sclerale o limbare, insieme ad un miglioramento dell'igiene, ha contribuito a ridurre questo tasso di infezione (c. 1970-1990) fino a circa lo 0,12% in Europa e lo 0,072% negli Stati Uniti. I tassi di endoftealmite osservati variano notevolmente nella decade tra il 1990 e il 2000, con un aumento effettivo a seguito dell'introduzione della facoemulsificazione e l'incisione in cornea chiara (CCI), con alcuni studi retrospettivi che indicano tassi dello 0,3 - 0,5%. [...] Oggigiorno i referti indicano che i tassi di endoftealmite variano a seconda delle regioni geografiche, dei centri chirurgici e delle popolazioni. Inoltre ogni chirurgo deve mettere in conto la possibile influenza di specifici fattori di rischio dei singoli pazienti, che accrescono quindi il pericolo di infezione.»

La diagnosi dell'endoftealmite si basa:

1. sintomatologia (cefalea, febbre, vomito, dolore oculare, fotofobia, rossore e diminuzione della vista);
2. indagini strumentali;
3. indagini di laboratorio.

Per l'identificazione dell'agente eziologico si effettuano colture di campioni di umor acqueo (liquido salino che si trova tra la cornea e il cristallino) oppure di umor vitreo (tessuto connettivo dalla consistenza gelatinosa che occupa la cavità del bulbo oculare compresa tra la superficie posteriore del cristallino e la retina).

La terapia consiste nella somministrazione di terapia antibiotica topica/sistemica/intravitreale e nell'intervento chirurgico di vitrectomia: secondo l'ESCRS questa rappresenta il gold standard in quanto la rimozione totale dell'umor vitreo consente l'eliminazione completa degli agenti patogeni.

L'antibiotico profilassi è stata definita dai CDC di Atlanta come: «Il ricorso alla somministrazione di un agente antibiotico per un tempo molto breve, collocato temporalmente appena prima dell'inizio dell'intervento».

Il Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), membro del GIN (Guidelines International Network) e del network europeo CoCanCPG (Coordination on Cancer Clinical practice Guidelines in Europe) offre sulla propria piattaforma elettronica online la possibilità di avvalersi di raccomandazioni *evidence based* per la pratica clinica che vengono prodotte, aggiornate e diffuse secondo regole definite.

Nella sezione "Linee guida nazionali" è possibile consultare la linea guida dal titolo "*Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto*" (data di pubblicazione 2008 – ultimo aggiornamento 2011) in cui vengono descritti i principi generali di prevenzione, l'elenco delle principali raccomandazioni e l'implementazione locale della linea guida.

Di seguito vengono riportate alcune delle raccomandazioni contenute nella sopracitata linea guida,

1. La decisione finale riguardante i benefici e i rischi della profilassi antibiotica per ogni singolo paziente dipenderà da:
  - il suo rischio di infezione del sito chirurgico, che terrà conto dei rischi legati all'intervento e dei rischi legati al paziente;
  - la potenziale gravità dell'eventuale infezione del sito chirurgico;
  - l'efficacia della profilassi per quel determinato intervento;
  - le conseguenze della profilassi per quel determinato paziente (per esempio un aumentato rischio di colite o diarrea associata a *Clostridium difficile*).
2. È opportuno che in ogni realtà chirurgica locale venga effettuato un monitoraggio delle specie batteriche responsabili delle complicanze infettive post operatorie e della loro sensibilità agli antibiotici utilizzati in profilassi. Ciò sarà possibile solo se il materiale proveniente da ciascuna SSI sarà inviato al laboratorio di microbiologia per l'esame colturale e l'antibiogramma.
3. Quando le linee guida operative di profilassi antibiotica perioperatoria raccomandano in prima scelta l'uso di antibiotici betalattamici, si dovrebbe sempre prevedere un'alternativa per i pazienti con allergia alle penicilline o alle cefalosporine.

4. Le cefalosporine di III e IV generazione, i monobattami, i carbapenemi, la piperacillina/tazobactam non sono raccomandati a scopo profilattico. È preferibile riservare tali antibiotici, efficaci sui patogeni multiresistenti, agli usi terapeutici. A scopo profilattico potranno essere utilizzati antibiotici di provata efficacia per tale uso, e che vengono impiegati in terapia solo per il trattamento delle infezioni da patogeni che non presentano particolari fenomeni di resistenza.
5. La singola dose di antibiotico utilizzato a scopo profilattico coincide, nella maggior parte dei casi, con una dose terapeutica medio-alta.
6. La profilassi antibiotica deve essere somministrata per via endovenosa.
7. La profilassi antibiotica deve essere limitata al periodo perioperatorio e la somministrazione deve avvenire immediatamente prima dell'inizio dell'intervento. Non esistono prove a supporto di una maggiore efficacia della profilassi prolungata; nella maggioranza dei casi è sufficiente la somministrazione di un'unica dose di antibiotico (quella, appunto, somministrata entro 30-60 minuti dall'incisione della cute). La scelta di continuare la profilassi oltre le prime 24 ore del postoperatorio non è giustificata.
8. In caso di interventi di lunga durata, la maggior parte delle linee guida, pur in assenza di dati inequivocabili, suggerisce di somministrare una dose intraoperatoria se l'operazione è ancora in corso dopo un tempo dall'inizio dell'intervento pari al doppio dell'emivita del farmaco impiegato.

In risposta al quesito «Per quali interventi esistono prove che la profilassi antibiotica riduce il rischio di infezione del sito chirurgico?» vengono elencati gli interventi per i quali (in base agli studi clinici) è “raccomandata” o “non raccomandata” l'antibiotico profilassi, di seguito alcuni esempi:

- Resezione polmonare – RACCOMANDATA
- Chirurgia della testa e del collo – RACCOMANDATA
- Chirurgia coloretale – FORTEMENTE RACCOMANDATA
- Appendicectomia – RACCOMANDATA
- Impianto di protesi d'anca/ginocchio – FORTEMENTE RACCOMANDATA
- Chirurgia ortopedica senza protesi – NON RACCOMANDATA
- Legatura vene varicose – NON RACCOMANDATA
- Laparoscopia diagnostica e/o lisi di aderenze – NON RACCOMANDATA
- Chirurgia dell'orecchio – NON RACCOMANDATA
- Adenotonsillectomia – NON RACCOMANDATA.

Tra i fattori che hanno determinato lo sviluppo di ceppi batterici multi-farmaco resistenti (MDRO – Multiple Drug Resistant Organisms) deve considerarsi il largo uso degli antibiotici a scopo profilattico o terapeutico: l'uso prudente degli antibiotici può contribuire a fermare l'insorgenza dei batteri resistenti e ad aiutare a mantenere l'efficacia degli antibiotici perché possano essere utilizzati dalle generazioni future.

Dall'anno 2008 l'ECDC (European Centre for disease prevention and control) ha istituito la “Giornata europea degli Antibiotici”: è un'iniziativa europea di sanità pubblica che si svolge ogni anno il 18 novembre ed ha come obiettivo la sensibilizzazione sulla minaccia rappresentata dalla resistenza agli antibiotici, nonché sull'uso prudente degli antibiotici stessi.

Il documento dell'ECDC "*Annual epidemiological report 2014 - Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections*" pubblicato ad aprile del 2015 delinea lo scenario sulla diffusione delle resistenze agli antibiotici e delle infezioni correlate all'assistenza nel 2012 tra i Paesi dell'UE:

«La resistenza antimicrobica (AMR) è una grave minaccia per la salute pubblica: dai dati raccolti dall'EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) la resistenza agli antibiotici di specifici microrganismi ha continuato a crescere nel 2012 tra i Paesi dell'UE. I dati mostrano grandi variazioni di percentuali di AMR in Europa a seconda del microorganismo, dell'agente antimicrobico e della regione geografica di rilevazione. Nel 2012 la resistenza antimicrobica alla meticillina (antibiotico beta-lattamico appartenente alla famiglia delle penicilline) da parte dello Stafilococco aureo (MRSA - Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus) si è stabilizzata o addirittura è diminuita in diversi paesi europei. Tuttavia, la percentuale di MRSA tra tutti i ceppi di Stafilococco aureo (batterio Gram-positivo, asporigeno, della famiglia Staphylococcaceae) isolati resta superiore al 25% in 7 dei 29 paesi dichiaranti. Negli ultimi quattro anni, c'è stata una significativa tendenza all'aumento della resistenza combinata a diversi antibiotici sia dell'Escherichia coli (batterio Gram-negativo) che della Klebsiella pneumoniae (batterio Gram-negativo) in più di un terzo dei paesi UE.»

Dagli ultimi dati EARS-net relativi all'anno 2015, per l'Italia è stata stimata una prevalenza del:

- 34% di ceppi di Staphylococcus aureus meticillino-resistente;
- 67% di ceppi di Escherichia coli resistenti ai aminopinnicilline;
- 33% di ceppi di Klebsiella pneumoniae resistenti ai flurochinoloni.

## Revisione della letteratura

### Obiettivo

L'obiettivo della ricerca è quello di evidenziare la letteratura relativa ai protocolli di profilassi antibiotica delle endoftalmiti secondarie a chirurgia della cataratta.

### Materiali e metodi

La revisione della letteratura è stata condotta attraverso la consultazione della banca dati bibliografica Pubmed (all'indirizzo [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)). La ricerca free-text è stata eseguita utilizzando come key-words:

- cataract;
- prophylaxis;
- endophthalmitis.

Suddetti termini sono stati combinati per mezzo dell'operatore booleano AND e ricercati all'interno del titolo e dell'abstract delle pubblicazioni scientifiche disponibili ("cataract" AND "Prophylaxis" AND "endophthalmitis").

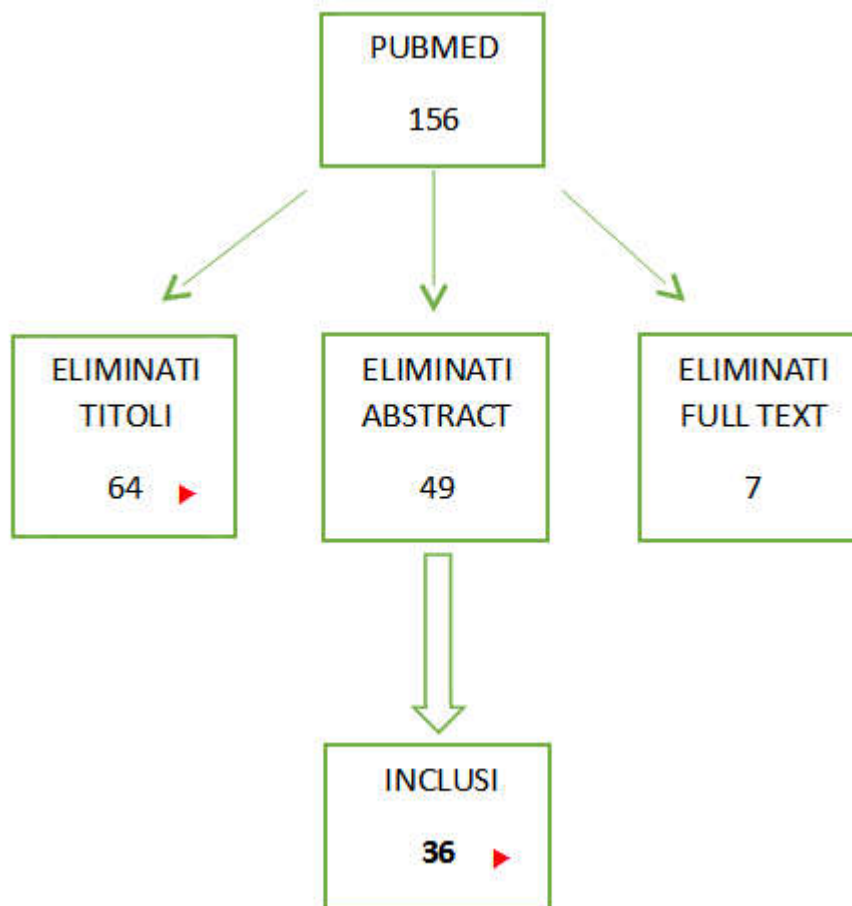
Alla ricerca sono stati applicati i seguenti filtri:

- Text availability = full text
- Publication dates = 10 years
- Species = humans.

La ricerca ha così prodotto 156 risultati che abbracciano tutti gli aspetti delle argomentazioni ricercate:

- Epidemiologia
- Patologia
- Anatomia ed Istologia
- Microbiologia
- Chirurgia
- Farmacologia
- Prevenzione
- Economia
- Ecc.

Durante le fasi di comprensione preliminare (*skimming*) e globale sono stati eliminati gli articoli che non rispondevano specificatamente alle esigenze concettuali della ricerca: 64 articoli a seguito dell'analisi del titolo e 49 in seguito ad analisi dell'abstract. Ulteriori 7 articoli sono stati rimossi perché non vi è stato possibile accedere al full text. La revisione includerà un totale di 36 articoli.



### Background

Sono stati selezionati articoli, interviste, studi quasi sperimentali, caso controllo, di coorte, osservazionali prospettici/retrospettivi, descrittivi, RCT in lingua inglese.

## Risultati

Dal lavoro di ricerca, la modalità di profilassi antibiotica più efficace per la prevenzione delle endoftalmiti secondarie a chirurgia della cataratta è l'iniezione intracamerale perioperatoria di antibiotico (cefuroxima/moxifloxacina). Ben 21 su 36 degli studi inclusi nella revisione provano l'efficacia della terapia profilattica antibiotica intracamerale perioperatoria (cefuroxima = 19 studi, moxifloxacina = 2 studi): non sono emerse evidenze forti circa l'utilizzo di terapie antibiotiche sistemiche o topiche per la profilassi delle endoftalmiti secondarie a chirurgia della cataratta. Il ricorso all'antisepsi preoperatoria con iodopovidone viene considerata misura standard di profilassi preoperatoria.

**Tabella 1 - Selezione degli articoli**

PUBMED	ARTICOLI
1	Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors. Endophthalmitis Study Group, European Society of Cataract & Refractive Surgeons. J Cataract Refract Surg. 2007 Jun.
2	Incidence of endophthalmitis and impact of prophylaxis with cefuroxime on cataract surgery. Rodríguez-Caravaca G, García-Sáenz MC, Villar-Del-Campo MC, Andrés-Alba Y, Arias-Puente A. J Cataract Refract Surg. 2013 Sep.
3	Endophthalmitis Occurring after Cataract Surgery: Outcomes of More Than 480 000 Cataract Surgeries, Epidemiologic Features, and Risk Factors. Jabbarvand M, Hashemian H, Khodaparast M, Jouhari M, Tabatabaei A, Rezaei S. Ophthalmology. 2016 Feb.
4	Survey of practice preference pattern in antibiotic prophylaxis against endophthalmitis after cataract surgery in Singapore. Han DC, Chee SP. Int. Ophthalmol. 2012 Apr.
5	Efficacy of Intracameral Moxifloxacin Endophthalmitis Prophylaxis at Aravind Eye Hospital. Haripriya A, Chang DF, Namburur S, Smita A, Ravindran RD. Ophthalmology. 2016 Feb.
6	Impact of intracameral cefuroxime on the incidence of postoperative endophthalmitis following cataract surgery in Ireland. Rahman N, Murphy CC. Ir J Med Sci. 2015 Jun.
7	Adoption of intracameral antibiotic prophylaxis of endophthalmitis following cataract surgery: update on the ESCRS Endophthalmitis Study. Barry P. J Cataract Refract Surg. 2014 Jan.
8	Results at seven years after the use of intracameral cefazolin as an endophthalmitis prophylaxis in cataract surgery. Romero-Aroca P, Méndez-Marin I, Salvat-Serra M, Fernández-Ballart J, Almena-Garcia M, Reyes-Torres J. BMC Ophthalmol. 2012 Jan 24.
9	Endophthalmitis after cataract surgery: epidemiology, clinical features and antibiotic prophylaxis. García-Sáenz MC, Arias-Puente A, Rodríguez-Caravaca G, Andrés-Alba Y, Bañuelos Bañuelos J. Arch Soc Esp Oftalmol. 2010 Aug.
10	Endophthalmitis prophylaxis in cataract surgery: overview of current practice patterns in 9 European countries. Behndig A, Cochener B, Güell JL, Kodjikian L, Mencucci R, Nuijts RM, Pleyer U, Rosen P, Szaflik JP, Tassignon MJ. J Cataract Refract Surg. 2013 Sep.



11	Intracameral cefuroxime injections in prophylaxis of postoperative endophthalmitis after cataract surgery: implementation and results. Gualino V1, San S, Guillot E, Korobelnik JF, Colin J, Trout H, Massin P, Gaudric A, Tadayoni R. J Fr Ophthalmol. 2010 Oct.
12	Cost-effectiveness analysis of intracameral cefuroxime use for prophylaxis of endophthalmitis after cataract surgery. Sharifi E, Porco TC, Naseri A. Ophthalmology. 2009 Oct.
13	Six-year incidence of endophthalmitis after cataract surgery: Swedish national study. Friling E, Lundström M, Stenevi U, Montan P. J Cataract Refract Surg. 2013 Jan.
14	The incidence of postoperative endophthalmitis after cataract surgery in China: a multicenter investigation of 2006-2011. Yao K, Zhu Y, Zhu Z, Wu J, Liu Y, Lu Y, Hao Y, Bao Y, Ye J, Huang Y, Li Z, Shentu X, Yu Y. Br J Ophthalmol. 2013 Oct.
15	Comparative Effectiveness of Antibiotic Prophylaxis in Cataract Surgery. Herrinton LJ, Shorstein NH, Paschal JF, Liu L, Contreras R, Winthrop KL, Chang WJ, Melles RB, Fong DS. Ophthalmology. 2016 Feb.
16	Reevaluating intracameral cefuroxime as a prophylaxis against endophthalmitis after cataract surgery in India. Sharma S, Sahu SK, Dhillon V, Das S, Rath S. J Cataract Refract Surg. 2015 Feb.
17	Impact of changes in antibiotic prophylaxis on postoperative endophthalmitis in a Spanish hospital. Asencio MA, Huertas M, Carranza R, Tenias JM, Celis J, Gonzalez-del Valle F. Ophthalmic Epidemiol. 2014 Feb.
18	A review of preoperative manoeuvres for prophylaxis of endophthalmitis in intraocular surgery: topical application of antibiotics, disinfectants, or both? Grzybowski A, Kuklo P, Pieczynski J, Beiko G. Curr Opin Ophthalmol. 2016 Jan.
19	Postoperative nosocomial endophthalmitis: is perioperative antibiotic prophylaxis advisable? A single centre's experience. Ness T, Kern WV, Frank U, Reinhard T. J Hosp Infect. 2011 Jun.
20	Intracameral cefuroxime injection at the end of cataract surgery to reduce the incidence of endophthalmitis: French study. Barreau G, Mounier M, Marin B, Adenis JP, Robert PY. J Cataract Refract Surg. 2012 Aug.
21	Using intracameral cefuroxime reduces postoperative endophthalmitis rate: 5 years experience at the University Eye Hospital Tübingen. Röck T, Bramkamp M, Bartz-Schmidt KU, Mutlu U, Yörük E, Röck D, Thaler S. Klin Monbl Augenheilkd. 2014 Oct.
22	Effectiveness of intracameral cefuroxime in preventing endophthalmitis after cataract surgery Ten-year comparative study. García-Sáenz MC, Arias-Puente A, Rodríguez-Caravaca G, Bañuelos JB. J Cataract Refract Surg. 2010 Feb.
23	Postcataract surgery endophthalmitis after introduction of the ESCRS protocol: a 5-year study. Beselga D, Campos A, Castro M, Fernandes C, Carvalheira F, Campos S, Mendes S, Neves A, Campos J, Violante L, Sousa JC. Eur J Ophthalmol. 2014 Jul-Aug.
24	Incidence of postoperative endophthalmitis from 1990 to 2009 using povidone-iodine but no intracameral antibiotics at a single academic institution. Nentwich MM, Ta CN, Kreutzer TC, Li B, Schwarzbach F, Yactayo-Miranda YM, Kampik A, Miño de Kaspar H. J Cataract Refract Surg. 2015 Jan.
25	Prophylactic intracameral cefazolin after cataract surgery: endophthalmitis risk reduction and safety results in a 6-year study. Garat M, Moser CL, Martín-Baranera M, Alonso-Tarrés C, Alvarez-Rubio L. J Cataract Refract Surg. 2009 Apr.

26	Efficacy of intracameral and subconjunctival cefuroxime in preventing endophthalmitis after cataract surgery. Yu-Wai-Man P, Morgan SJ, Hildreth AJ, Steel DH, Allen D. J Cataract Refract Surg. 2008 Mar.
27	Adherence to European Society for Cataract and Refractive Surgery recommendations among Italian cataract surgeons: a survey. Grosso A, Pertile G, Marchini G, Scarpa G, Ceruti P, Prigione G, Romano MR, Bert F, Gili R, Panico C, Siliquini R, Engelbert M. Eur J Ophthalmol. 2016 Aug 4.
28	Decreased postoperative endophthalmitis rate after institution of intracameral antibiotics in a Northern California eye department. Shorstein NH, Winthrop KL, Herrinton LJ. J Cataract Refract Surg. 2013 Jan.
29	A case-control study of post-operative endophthalmitis diagnosed at a Spanish hospital over a 13-year-period. Asencio MA, Huertas M, Carranza R, Tenias JM, Celis J, Gonzalez-Del Valle F. Epidemiol Infect. 2015 Jan.
30	Comparison of the efficacy of povidone-iodine 1.0%, 5.0%, and 10.0% irrigation combined with topical levofloxacin 0.3% as preoperative prophylaxis in cataract surgery. Li B, Nentwich MM, Hoffmann LE, Haritoglou C, Kook D, Kampik A, Sheng M, Miño de Kaspar H. J Cataract Refract Surg. 2013 Jul.
31	Safety of prophylactic intracameral moxifloxacin use in cataract surgery. Ekinci Koktekir B, Aslan BS. J Ocul Pharmacol Ther. 2012 Jun.
32	A survey of measures used for the prevention of postoperative endophthalmitis after cataract surgery in the United Kingdom. Gordon-Bennett P, Karas A, Flanagan D, Stephenson C, Hingorani M. Eye (Lond). 2008 May.
33	Prevention, diagnosis, and management of acute postoperative bacterial endophthalmitis. Packer M, Chang DF, Dewey SH, Little BC, Mamalis N, Oetting TA, Talley-Rostov A, Yoo SH; ASCRS Cataract Clinical Committee. J Cataract Refract Surg. 2011 Sep.
34	Patterns of perioperative prophylaxis for cataract surgery in Canada. Hammoudi DS, Abdoell M, Wong DT. Can J Ophthalmol. 2007 Oct.
35	Prevention of postcataract endophthalmitis: evidence-based medicine. Yu CQ, Ta CN. Curr Opin Ophthalmol. 2012 Jan.
36	Role of topical, subconjunctival, intracameral, and irrigative antibiotics in cataract surgery. Vazirani J, Basu S. Curr Opin Ophthalmol. 2013 Jan.

### Discussione circa le raccomandazioni emerse dall'approfondimento

A causa della bassa incidenza delle endoftalmite postoperatorie e del conseguente numero enorme di soggetti da campionare per condurre i RCT, la letteratura scientifica offre poche evidenze forti in merito alla profilassi delle endoftalmite postoperatorie: lo studio che ha certamente dato una svolta storica sull'argomento è lo studio della Società Europea di chirurgia refrattiva e della cataratta "ESCRS" (*European Society of Cataract & Refractive Surgeons*) pubblicato nel 2007 sulla profilassi delle endoftalmite secondaria a chirurgia della cataratta<sup>1</sup>.

Lo studio realizzato dal gruppo di ricercatori dell'ESCRS si poneva come obiettivo principale quello di provare l'efficacia dei diversi protocolli di antibiotico-terapia per la profilassi delle endoftalmite: condotto su oltre 16000 pazienti reclutati in 23 centri medici distribuiti in 9 Paesi europei, lo studio ha potuto valutare gli effetti profilattici di 4 diversi approcci terapeutici.

I soggetti campionati sono stati divisi in 4 gruppi: gruppo A (collirio placebo senza iniezione), gruppo B (collirio placebo + iniezione intracamerale di cefuroxima), gruppo C (collirio a base di levofloxacinina senza iniezione) e gruppo D (collirio antibiotico + iniezione intracamerale). La diagnosi di endoftalmite infettiva postoperatoria si esegue attraverso il prelievo di campioni della camera anteriore (umor acqueo) e della cavità vitrea (umor vitreo) per gli esami di laboratorio, colorazione di Gram, esami colturali e tecnica PCR. Dei quattro gruppi sono stati messi a confronto i tassi di endoftalmite infettiva postoperatoria. Lo studio ha rilevato che nei gruppi B e D, in cui è stata praticata l'iniezione intracamerale di cefuroxima a fine intervento, si sono registrati i tassi di endoftalmite infettiva accertata più bassi: gruppo B ( $p=0.049$ ) e gruppo D ( $p=0.025$ ). Nei gruppi A e C dove è stato somministrato rispettivamente il collirio placebo e il collirio antibiotico a base di levofloxacinina si sono registrati tassi di endoftalmite infettiva accertata più elevati: gruppo A ( $p=0.247$ ) e gruppo C ( $p=0.173$ ).

Nello stesso anno della pubblicazione delle raccomandazioni dell'ESCRS, un interessante sondaggio canadese<sup>34</sup> ha dimostrato che, dei 239 oculisti intervistati, il 78% utilizzava come profilassi preoperatoria l'istillazione di antibiotici topici (moxifloxacinina); il 98% utilizzava l'antisepsi preoperatoria con lo iodopovidone; il 15% utilizzava profilassi perioperatoria con iniezioni intracamerale; l'11% iniezioni sottocongiuntivali; il 30% utilizzava profilassi postoperatorie con antibiotici topici (moxifloxacinina); il 97% utilizzava profilassi postoperatorie con antibiotici sistemici. L'adozione delle raccomandazioni ESCRS non è certamente stata immediata: son seguiti numerosi studi circa l'efficacia del nuovo regime profilattico proposto dall'ESCRS che, tutt'oggi, non viene considerato come protocollo internazionale per prevenire l'endoftalmite secondaria a chirurgia della cataratta.

Negli anni successivi alla pubblicazione dello studio ESCRS si sono susseguiti numerosi studi osservazionali e descrittivi con l'obiettivo di valutare i tassi di endoftalmite infettiva postoperatoria dopo l'adozione delle raccomandazioni emanate dalla Società Europea di chirurgia refrattiva e della cataratta nel 2007.

Nel 2013 in Svezia è stato pubblicato uno studio prospettico condotto su un campione di circa 470000 pazienti sottoposti a chirurgia della cataratta dal 2005 al 2010<sup>13</sup>: obiettivo dello studio era di calcolare il tasso di endoftalmite postoperatoria nel periodo e gli eventuali fattori di rischio associati. È stata dimostrata una associazione significativa tra il mancato utilizzo degli antibiotici intracamerale perioperatori e l'insorgenza dell'endoftalmite secondaria ( $p=0,029\%$ , 135 casi su 470000).

In Iran, più precisamente a Teheran presso il *Farabi Eye Hospital* nel 2016 è stato pubblicato uno studio descrittivo condotto su un campione di circa 480000 pazienti sottoposti a chirurgia della cataratta dal 2006 al 2014<sup>3</sup>: proprio come nello studio svedese del 2013, lo studio iraniano ha dimostrato che il ricorso a trattamento a breve termine con antibiotici topici/sistemici preoperatori e iniezioni intracamerale perioperatorie diminuisce del 40-50% le endoftalmiti infettive postoperatorie rispetto a nessuna profilassi antibiotica.

Molto interessanti le interviste condotte nel 2014 da Barry P.<sup>7</sup> e nel 2016 da ricercatori italiani<sup>27</sup>: nella prima intervista che ha coinvolto 250 oculisti europei è emerso che il 74% degli intervistati utilizza iniezioni intracamerale di antibiotici come profilassi seguendo le raccomandazioni ESCRS; dal secondo studio, invece, che ha coinvolto 6 strutture private e 18 ospedali pubblici (in Italia) è emerso che poco più della metà dei centri intervistati segue le raccomandazioni ESCRS (nei centri dove non si pratica l'iniezione intracamerale di antibiotico il tasso di endoftalmite postoperatoria è più alto rispetto ai centri che seguono le raccomandazioni). Come sottolineato anche nella revisione pubblicata nel 2013 sulla pratica corrente di profilassi in 9 Paesi europei<sup>10</sup>, in Italia, non essendoci linee guida nazionali specifiche, si tende a seguire le raccomandazioni ESCRS bensì la scelta della profilassi resta pur sempre chirurgo-dipendente.

Alcuni studi hanno effettuato prove circa l'efficacia di iniezioni intracamerale utilizzando come principio attivo la moxifloxacina (antibiotico appartenente alla famiglia dei chinoloni di quarta generazione, invece della cefuroxima che è un antibiotico beta lattamico ad ampio spettro facente parte delle cefalosporine di seconda generazione) come lo studio condotto dai ricercatori indiani dell'*Aravind Eye Hospital* di Tamil Nadu<sup>5</sup>: è stato dimostrato che il ricorso alla profilassi antibiotica con iniezione intracamerale di moxifloxacina ha ridotto di circa 4 volte il rischio di endoftalmite postoperatoria ( $p=0,08\%$  senza iniezione di moxifloxacina e  $p=0,02\%$  con l'iniezione).

Nel 2012 un sondaggio nazionale che ha coinvolto tutti gli oculisti della Repubblica di Singapore<sup>4</sup> ha evidenziato come, nonostante la consapevolezza delle raccomandazioni ESCRS, il 70,2% (85 intervistati) non utilizza la profilassi antibiotica intracamerale. Tra le ragioni che spiegano la mancata adesione alle raccomandazioni da parte dei chirurghi oculisti di Singapore ritroviamo il basso rischio di endoftalmiti postoperatorie ed il costo elevato della profilassi intracamerale (la maggior parte di essi preferisce l'uso di antibiotici topici per la profilassi pre e postoperatoria).

Altri studi, come lo studio retrospettivo pubblicato nel 2011 presso la University Eye Hospital di Friburgo<sup>19</sup>, invitano al coscienzioso utilizzo degli antibiotici per la profilassi indicando come causa principale dello sviluppo delle antibioticoresistenze l'uso inadeguato degli stessi; nello stesso studio concludono i ricercatori del centro affermando che si continuerà ad utilizzare una profilassi senza antibiotici e con antisepsi a base di iodopovidone al 5% prima dell'intervento.

In riferimento all'antisepsi preoperatoria, un importante contributo è stato concesso dallo studio clinico randomizzato pubblicato nel 2013 e condotto presso il dipartimento di oftalmologia della Ludwig-Maximilians-University di Monaco di Baviera (Germania)<sup>24</sup>: un campione composto da 271 pazienti in attesa di intervento chirurgico di cataratta è stato suddiviso in 3 gruppi di trattamento (gruppo 1 = iodopovidone 1,0%; gruppo 2 = iodopovidone 5,0%; gruppo 3 = iodopovidone 10,0%). Dei tre gruppi si è effettuato il confronto delle colture congiuntivali rilevate in 4 tempi diversi (basale, prima dell'irrigazione con iodopovidone, dopo l'irrigazione e dopo l'intervento chirurgico). I ricercatori concludono lo studio affermando che lo iodopovidone a più alta concentrazione (10,0%) è risultato il più efficace nel ridurre la carica batterica congiuntivale prima dell'intervento chirurgico.

A proposito di spesa sanitaria, lo studio quasi sperimentale condotto presso l'ospedale Universitario Fundación Alcorcón di Madrid (Spagna)<sup>2</sup> e pubblicato nel 2013, oltre a determinare la riduzione dell'incidenza delle endoftalmiti secondarie a chirurgia della cataratta in seguito alla somministrazione profilattica delle iniezioni intracamerale di cefuroxima, ne sottolinea l'importante impatto economico. Secondo i ricercatori, il costo di una dose di cefuroxima intracamerale è di 1,00 € mentre il costo di un caso di endoftalmite è di 1358,00 €: il risparmio potenziale con l'iniezione di cefuroxima è di 1177,00 € ogni 182 pazienti trattati.

Tabella 2 - Revisione sistematica

	ANNO	AUTORI	TITOLO	METODO DI RICERCA	CAMPIONE	CONCLUSIONI
1	2007	ESCRS (European Society of Cataract & Refractive Surgeons)	Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors.	RCT	16603 pz suddivisi in 4 gruppi di trattamento in 24 reparti di oculistica in Austria, Belgio, Germania, Italia, Polonia, Spagna, Turchia e Regno Unito	Il ricorso all'utilizzo dell'iniezione intracamerale di cefuroxima alla fine dell'intervento ha ridotto l'incidenza di endoftalmite postoperatoria.
2	2013	Rodríguez-Caravaca G, García-Sáenz MC, Villar-Del-Campo MC, Andrés-Alba Y, Arias-Puente A	Incidence of endophthalmitis and impact of prophylaxis with cefuroxime on cataract surgery.	Quasi sperimentale	19463 pz; 6595 pz (prima dell'ottobre 2005) e 12868 pz (dopo l'ottobre 2015) sottoposti a chirurgia della cataratta presso l'Ospedale Universitario Fundación Alcorcón di Madrid (Spagna)	L'iniezione intracamerale di cefuroxima ha ridotto l'incidenza di endoftalmite dopo chirurgia della cataratta ed ha avuto un elevato impatto clinico ed economico sulla prevenzione.
3	2016	Jabbarvand M, Hashemian H, Khodaparast M, Jouhari M, Tabatabaei A, Rezaei S	Endophthalmitis Occurring after Cataract Surgery: Outcomes of More Than 480 000 Cataract Surgeries, Epidemiologic Features, and Risk Factors.	Studio descrittivo	480104 pz sottoposti a chirurgia della cataratta presso il Farabi Eye Hospital di Teheran (IRAN)	Mentre la profilassi antibiotica generale ha mostrato una riduzione del 40-50% del rischio di endoftalmite secondaria ad intervento di cataratta, l'iniezione intracamerale di cefuroxima ha mostrato una efficacia del 100% nella prevenzione dell'endoftalmite postoperatoria.
4	2012	Han DC, Chee SP	Survey of practice preference pattern in antibiotic prophylaxis against endophthalmitis after cataract surgery in Singapore.	Intervista	158 oftalmologi di Singapore	Nonostante lo studio ESCRS, la maggior parte degli oculisti di Singapore non ha adottato gli antibiotici intracamerale: preferisce utilizzare gli antibiotici topici come profilassi pre e postoperatoria.
5	2016	Haripriya A, Chang DF, Namburur S, Smita A, Ravindran RD	Efficacy of Intracameral Moxifloxacin Endophthalmitis Prophylaxis at Aravind Eye Hospital.	Studio caso controllo	116417 pz sottoposti a chirurgia della cataratta presso il Madurai Aravind Eye Hospital tra il 2014 ed il 2015 divisi in 3 gruppi di trattamento	L'utilizzo di iniezioni intracamerale di moxifloxacina ha ridotto di 4 volte il rischio di endoftalmite postoperatoria.



6	2015	Rahman N, Murphy CC.	Impact of intracameral cefuroxime on the incidence of postoperative endophthalmitis following cataract surgery in Ireland.	Studio retrospettivo	8239 interventi di chirurgia della cataratta (2007 – 2011)	Dopo l'introduzione della iniezione intracamerale di cefuroxime l'incidenza di endoftalmite postoperatoria si è ridotta di circa otto volte.
7	2014	Barry P	Adoption of intracameral antibiotic prophylaxis of endophthalmitis following cataract surgery: update on the ESCRS Endophthalmitis Study.	Intervista	250 oftalmologi europei	Il 74% degli intervistati utilizza iniezioni intracamerale di antibiotici come profilassi dell'endoftalmite secondaria alla chirurgia della cataratta.
8	2012	Romero-Aroca P, Méndez-Marin I, Salvat-Serra M, Fernández-Ballart J, Almena-Garcia M, Reyes-Torres J	Results at seven years after the use of intracameral cefazolin as an endophthalmitis prophylaxis in cataract surgery.	Studio prospettico	Gruppo 1 (11696 pz) sottoposti a chirurgia della cataratta tra 1996-2002; Gruppo 2 (13305 pz) tra 2003-2009 cui è stata somministrata iniezione intracamerale di cefazolina	L'iniezione intracamerale di cefazolina a fine intervento di cataratta ha significativamente ridotto l'incidenza di endoftalmite postoperatoria.
9	2010	García-Sáenz MC, Arias-Puente A, Rodríguez-Caravaca G, Andrés Alba Y, Bañuelos Bañuelos J	Endophthalmitis after cataract surgery: epidemiology, clinical features and antibiotic prophylaxis.	Studio descrittivo	15173 pz sottoposti a chirurgia della cataratta tra il 1999 ed il 2009 in un ospedale pubblico	L'iniezione intracamerale di cefuroxime ha provocato una riduzione di circa 9 volte del tasso di endoftalmite postoperatoria.
10	2013	Behndig A, Cochener B, Güell JL, Kodjikian L, Mencucci R, Nuijts RM, Pleyer U, Rosen P, Szaflik JP, Tassignon MJ	Endophthalmitis prophylaxis in cataract surgery: overview of current practice patterns in 9 European countries.	Revisione		In Italia, non essendoci linee guida nazionali specifiche, si tende a seguire le raccomandazioni ESCRS del 2007 bensì la scelta finale della profilassi dell'endoftalmite resta chirurgo-dipendente.
11	2010	Gualino V1, San S, Guillot E, Korobelnik JF, Colin J, Trout H, Massin P, Gaudric A, Tadayoni R	Intracameral cefuroxime injections in prophylaxis of postoperative endophthalmitis after cataract surgery: implementation and results.	Studio prospettico	3316 pz sottoposti a chirurgia della cataratta tra gennaio 2007 e dicembre 2008 presso i dipartimenti di oftalmologia del Policlinico Universitario Pellegrin di Bordeaux e Lariboisiere University Hospital di Parigi	L'iniezione intracamerale di cefuroxime a fine chirurgia della cataratta previene l'endoftalmite postoperatoria.



12	2009	Sharifi E, Porco TC, Naseri A	Cost-effectiveness analysis of intracameral cefuroxime use for prophylaxis of endophthalmitis after cataract surgery.	Analisi costo efficacia		La somministrazione di iniezione intracamerale di cefuroxima è relativamente costo-efficace nel prevenire le endoftalmiti secondarie ad intervento di cataratta.
13	2013	Friling E, Lundström M, Stenevi U, Montan P	Six-year incidence of endophthalmitis after cataract surgery: Swedish national study.	Studio prospettico	464996 pz sottoposti a chirurgia della cataratta tra il 2005 ed il 2010 in Svezia	In Svezia il tasso di endoftalmitite dopo chirurgia della cataratta è in diminuzione: ciò è conseguenza della diminuzione della frequenza dei principali fattori di rischio e della somministrazione di antibiotici intracamerali.
14	2013	Yao K, Zhu Y, Zhu Z, Wu J, Liu Y, Lu Y, Hao Y, Bao Y, Ye J, Huang Y, Li Z, Shentu X, Yu Y	The incidence of postoperative endophthalmitis after cataract surgery in China: a multicenter investigation of 2006-2011.	Studio prospettico	201757 pz sottoposti a chirurgia della cataratta da Gennaio 2006 e Dicembre 2011 in otto centri di chirurgia oftalmica in Cina	L'uso di vancomicina e tobramicina può svolgere un ruolo favorevole nella prevenzione dell'endoftalmitite secondaria all'intervento di cataratta.
15	2016	Herrinton LJ, Shorstein NH, Paschal JF, Liu L, Contreras R, Winthrop KL, Chang WJ, Melles RB, Fong DS	Comparative Effectiveness of Antibiotic Prophylaxis in Cataract Surgery.	Studio prospettico	315246 pz sottoposti a chirurgia della cataratta dal 2005 al 2012 in California	L'antibiotico somministrato per via intracamerale si è mostrato più efficace dell'antibiotico somministrato per via topica.
16	2015	Sharma S, Sahu SK, Dhillon V, Das S, Rath S	Reevaluating intracameral cefuroxime as a prophylaxis against endophthalmitis after cataract surgery in India.	Studio prospettico	Gruppo 1 (7756 pz) sottoposti a chirurgia della cataratta con iniezione intracamerale di cefuroxima; gruppo 2 (7366 pz) senza iniezione intracamerale di cefuroxima.	Non è stata prodotta una forte evidenza per supportare l'uso dell'iniezione intracamerale di cefuroxima per ridurre l'incidenza delle endoftalmiti postoperatorie. Tuttavia, il beneficio minimo potrebbe giustificare il ricorso.
17	2014	Asencio MA, Huertas M, Carranza R, Tenias JM, Celis J, Gonzalez-del Valle F	Impact of changes in antibiotic prophylaxis on postoperative endophthalmitis in a Spanish hospital.	Studio descrittivo	14285 interventi di chirurgia della cataratta presso La Mancha Centro General Hospital (Spagna) tra il 2000 ed il 2008	I recenti cambiamenti del regime di profilassi antibiotica preoperatoria sono stati associati a riduzione significativa dell'incidenza di endoftalmitite postoperatoria.

18	2016	Grzybowski A, Kuklo P, Pieczynski J, Beiko G	A review of preoperative manoeuvres for prophylaxis of endophthalmitis in intraocular surgery: topical application of antibiotics, disinfectants, or both?	Revisione		Dalla revisione è emerso che l'utilizzo di antibiotici prima dell'intervento non ha portato ad alcuna efficace riduzione della flora batterica congiuntivale. Non vi è dunque alcuna prova conclusiva di una strategia, che porterebbe a completa eradicazione dell'endofthalmitite postoperatoria. Lo studio ha invece prodotto una forte evidenza sull'utilizzo dello iodopovidone al 5%: l'applicazione per almeno 15 minuti prima dell'intervento riduce il numero di organismi congiuntivali e questo dovrebbe tradursi nella diminuzione delle endofthalmiti postoperatorie.
19	2011	Ness T, Kern WV, Frank U, Reinhard T	Postoperative nosocomial endophthalmitis: is perioperative antibiotic prophylaxis advisable? A single centre's experience.	Studio retrospettivo	26 566 pz sottoposti a chirurgia della cataratta tra gennaio 1997 e dicembre 2008 presso University Eye Hospital of Freiburg	Lo studio fornisce le prove circa bassi tassi di endofthalmiti infettive postoperatorie anche in centri che hanno scelto di non adottare le raccomandazioni ESCRS del 2007. Sulla base dei risultati raggiunti, gli esperti del centro continueranno ad utilizzare regimi profilattici alternativi con meno o senza antibiotici (iodopovidone 5% prima dell'intervento senza antibiotici). I ricercatori invitano al coscienzioso ricorso agli antibiotici, soprattutto dei fluorchinoloni data la mancanza di prove convincenti da sperimentazioni cliniche e il rischio di sviluppare antibioticoresistenze.
20	2012	Barreau G, Mounier M, Marin B, Adenis JP, Robert PY	Intracameral cefuroxime injection at the end of cataract surgery to reduce the incidence of endophthalmitis: French study.	RCT	5115 pz sottoposti a chirurgia della cataratta presso il dipartimento di Oftalmologia del Dupuytren Hospital, Limoges (Francia): gruppo controllo 2826 – gruppo intervento 2289	L'iniezione intracamerale di cefuroxima alla fine dell'intervento di cataratta ha diminuito in modo significativo l'incidenza di endofthalmitite.

21	2014	Röck T, Bramkamp M, Bartz-Schmidt KU, Mutlu U, Yörük E, Röck D, Thaler S	Using intracameral cefuroxime reduces postoperative endophthalmitis rate: 5 years experience at the University Eye Hospital Tübingen.	Studio retrospettivo	31386 interventi di cataratta presso la University Eye Hospital Tübingen	L'iniezione intracamerale di cefuroxime riduce in modo significativo il tasso di endoftalmite infettiva postoperatoria nella chirurgia della cataratta.
22	2010	García-Sáenz MC, Arias-Puente A, Rodríguez-Caravaca G, Bañuelos JB	Effectiveness of intracameral cefuroxime in preventing endophthalmitis after cataract surgery Ten-year comparative study.	Studio prospettico	13652 pz sottoposti a chirurgia della cataratta da gennaio 1999 a dicembre 2008 presso l'Ospedale Universitario Fundacion Alcorcon di Madrid (Spagna)	L'iniezione intracamerale di cefuroxime ha dimostrato di essere efficace nel ridurre il rischio di esordio acuto di endoftalmite dopo intervento di cataratta.
23	2014	Beselga D, Campos A, Castro M, Fernandes C, Carvalheira F, Campos S, Mendes S, Neves A, Campos J, Violante L, Sousa JC	Postcataract surgery endophthalmitis after introduction of the ESCRS protocol: a 5-year study.	Studio retrospettivo	15689 pz sottoposti a chirurgia della cataratta tra il 2005 ed il 2011	L'endoftalmite postoperatoria è una delle più devastanti complicanze della chirurgia della cataratta. I nostri risultati hanno prodotto una forte evidenza sul ricorso all'iniezione intracamerale di cefuroxime come profilassi delle endoftalmiti postoperatorie dopo intervento di cataratta.
24	2015	Nentwich MM, Ta CN, Kreutzer TC, Li B, Schwarzbach F, Yactayo-Miranda YM, Kampik A, Miño de Kaspar H	Incidence of postoperative endophthalmitis from 1990 to 2009 using povidone-iodine but no intracameral antibiotics at a single academic institution.	Studio retrospettivo	68323 pz sottoposti ad interventi intraoculari presso il dipartimento di Oftalmologia della Ludwig-Maximilians-University di Monaco di Baviera (Germania) dal 1990 al 2009	Il tasso di endoftalmite post-operatoria è diminuito nel corso di un periodo di 20 anni. Sebbene molteplici fattori potrebbero aver contribuito, l'attuazione di un protocollo di profilassi pre-operatoria con abbondante iodopovidone potrebbe essere stato il contributo più importante.
25	2009	Garat M, Moser CL, Martín-Baranera M, Alonso-Tarrés C, Alvarez-Rubio L	Prophylactic intracameral cefazolin after cataract surgery: endophthalmitis risk reduction and safety results in a 6-year study.	Studio retrospettivo	18579 interventi di cataratta eseguiti dal gennaio 2002 a dicembre 2007 presso il dipartimento di Oftalmologia del Hospitalet de Llobregat a Barcellona (Spagna)	L'iniezione intracamerale di cefazolina ha fornito un'eccellente efficacia con una riduzione dell'incidenza di endoftalmite da 0,422% a 0,047%, corrispondente ad una riduzione del rischio relativo del 88,7% (95% CI, 72,6% -95,4%). La cefazolina soddisfa le raccomandazioni internazionali in materia di profilassi antimicrobica per le infezioni del sito chirurgico ed è più facile da ottenere nei paesi in via di sviluppo.

26	2008	Yu-Wai-Man P, Morgan SJ, Hildreth AJ, Steel DH, Allen D	Efficacy of intracameral and subconjunctival cefuroxime in preventing endophthalmitis after cataract surgery.	Studio retrospettivo	36743 interventi di cataratta eseguiti da gennaio 2000 a dicembre 2006 presso Ospedale Oftalmico di Sunderland (Regno Unito)	L'iniezione intracamerale di cefuroxima è un'alternativa sicura alla cefuroxima sottocongiuntivale ed ha ridotto il tasso di endoftalmiti postoperatorie.
27	2016	Grosso A, Pertile G, Marchini G, Scarpa G, Ceruti P, Prigione G, Romano MR, Bert F, Gili R, Panico C, Siliquini R, Engelbert M	Adherence to European Society for Cataract and Refractive Surgery recommendations among Italian cataract surgeons: a survey.	Intervista	6 strutture private e 18 ospedali pubblici in Italia nel 2013 (totale interventi di cataratta eseguiti = 43553)	Poco più della metà dei centri intervistati ha aderito alle raccomandazioni ESCRS ed impiega regolarmente la profilassi con iniezione intracamerale di cefuroxima. Una incidenza di endoftalmitite superiore al 0.13% è stata rilevata tra i centri che non hanno aderito alle raccomandazioni.
28	2013	Shorstein NH, Winthrop KL, Herrinton LJ	Decreased postoperative endophthalmitis rate after institution of intracameral antibiotics in a Northern California eye department.	Studio retrospettivo	16264 interventi di cataratta eseguiti dal 2007 al 2011 presso un dipartimento di Oftalmologia californiano	L'adozione dell'iniezione intracamerale di antibiotico ha coinciso con un calo del tasso di endoftalmitite postoperatoria.
29	2015	Asencio MA, Huertas M, Carranza R, Tenias JM, Celis J, Gonzalez-Del Valle F	A case-control study of post-operative endophthalmitis diagnosed at a Spanish hospital over a 13-year-period.	Studio caso controllo	18287 interventi di cataratta eseguiti presso il dipartimento di oftalmologia del La Mancha Centro General Hospital (Spagna) dal 1996 al 2008	Prima della variazione del regime profilattico con l'utilizzo della iniezione sottocongiuntivale di gentamicina (in sostituzione della vancomicina e della gentamicina in aggiunta all'irrigazione), il tasso di incidenza delle endoftalmiti postoperatorie era di 3,4 casi / 1000 interventi; l'incidenza è diminuita successivamente al cambio di profilassi portandosi a 0,34 casi / 1000 interventi.
30	2013	Li B, Nentwich MM, Hoffmann LE, Haritoglou C, Kook D, Kampik A, Sheng M, Miño de Kaspar H	Comparison of the efficacy of povidone-iodine 1.0%, 5.0%, and 10.0% irrigation combined with topical levofloxacin 0.3% as preoperative prophylaxis in cataract surgery.	RCT	271 pazienti in attesa di interventi chirurgici di cataratta divisi in 3 gruppi di trattamento presso la Ludwig-Maximilians-University di Monaco di Baviera (Germania)	Lo iodopovidone 10,0% è risultato più efficace rispetto all'iodopovidone 1,0% - 5,0% nel ridurre la carica batterica congiuntivale prima dell'intervento chirurgico.

31	2012	Ekinci Koktekir B, Aslan BS	Safety of prophylactic intracameral moxifloxacin use in cataract surgery.	RCT	60 pz sottoposti a chirurgia della cataratta. Gruppo controllo = 30 pz iodopovidone 5%; gruppo intervento = iniezione intracamerale di moxifloxacin	L'iniezione intracamerale di moxifloxacin sembra essere una procedura sicura nella profilassi delle endoftalmiti postoperatorie.
32	2008	Gordon-Bennett P, Karas A, Flanagan D, Stephenson C, Hingorani M	A survey of measures used for the prevention of postoperative endophthalmitis after cataract surgery in the United Kingdom.	Intervista	800 oftalmologi del Regno Unito	Questo studio rivela grandi differenze nella scelta degli antibiotici usati dagli oculisti del Regno Unito. Le profilassi intraoperatorie più utilizzate sono la somministrazione di cefuroxima sottocongiuntivale e l'iniezione intracamerale di cefuroxima. La maggior parte dei chirurghi hanno utilizzato un collirio neomicina per la profilassi post-operatorie.
33	2011	Packer M, Chang DF, Dewey SH, Little BC, Mamalis N, Oetting TA, Talley-Rostov A, Yoo SH; ASCRS Cataract Clinical Committee	Prevention, diagnosis, and management of acute postoperative bacterial endophthalmitis.	Revisione		A causa delle complicazioni potenzialmente devastanti dell'endofthalmitis post-chirurgica, l'infezione, la profilassi, la diagnosi e il trattamento sono stati oggetto di ricerca e di dibattito tuttora in corso. La bassa incidenza dell'endofthalmitis secondarie rende praticamente impossibile eseguire un numero sufficiente di RCT utili a determinare il mezzo più efficace di profilassi. Gli oftalmologi devono quindi esercitare il proprio giudizio clinico sulla base delle migliori evidenze disponibili in letteratura, sintetizzate all'interno della revisione.
34	2007	Hammoudi DS, Abdoell M, Wong DT	Patterns of perioperative prophylaxis for cataract surgery in Canada.	Intervista	239 oftalmologi del Canada intervistati tra novembre 2004 e gennaio 2005	Le procedure di profilassi dell'endofthalmitis postoperatoria più comuni utilizzate in Canada includono l'antisepsi con iodopovidone e l'utilizzo di antibiotici topici perioperatori.
35	2012	Yu CQ, Ta CN	Prevention of postcataract endophthalmitis: evidence-based medicine.	Revisione		La combinazione di iodopovidone e di antibiotici fornisce un approccio ragionevole nella riduzione del rischio di questa rara ma grave infezione.

36	2013	Vazirani J, Basu S	Role of topical, subconjunctival, intracameral, and irrigative antibiotics in cataract surgery.	Revisione		Sulla base dei dati attuali, le misure raccomandate per la profilassi delle endoftalmiti sono l'instillazione topica di iodopovidone e l'iniezione intracamerale di antibiotico alla fine della chirurgia della cataratta.
----	------	--------------------	---	-----------	--	--

## Conclusioni

La bassa incidenza delle endoftalmiti postoperatorie, la necessità di selezionare enormi campioni per condurre gli studi clinici ed il conseguente insidioso recupero dalla letteratura scientifica di forti prove di efficacia circa le misure da adottare per la prevenzione rende ardua la definizione di un protocollo standardizzato per le endoftalmiti secondarie a chirurgia della cataratta: tuttavia, le gravi conseguenze di tale patologia, rendono necessaria l'adozione delle misure preventive attualmente dimostrate più efficaci rispetto ad altre.

Lo studio suggerisce di conformarsi alle raccomandazioni ESCRS del 2007: l'antisepsi preoperatoria con iodopovidone in associazione all'iniezione intracamerale perioperatoria di cefuroxima rappresentano il protocollo attuale di profilassi antibiotica più sicuro ed efficace per prevenire le endoftalmiti secondarie a chirurgia della cataratta.

L'adozione del protocollo di profilassi proposto dall'ESCRS permetterebbe di limitare l'utilizzo inappropriato degli antibiotici e di conseguenza contenere la problematica relativa alla diffusione dei microrganismi multiresistenti.

## BIBLIOGRAFIA

- Asencio MA, Huertas M, Carranza R, Tenias JM, Celis J, Gonzalez-del Valle F. *Impact of changes in antibiotic prophylaxis on postoperative endophthalmitis in a Spanish hospital*. Ophthalmic Epidemiol. 2014.
- Asencio MA, Huertas M, Carranza R, Tenias JM, Celis J, Gonzalez-Del Valle F. *A case-control study of post-operative endophthalmitis diagnosed at a Spanish hospital over a 13-year-period*. Epidemiol Infect. 2015.
- Barreau G, Mounier M, Marin B, Adenis JP, Robert PY. *Intracameral cefuroxime injection at the end of cataract surgery to reduce the incidence of endophthalmitis: French study*. J Cataract Refract Surg. 2012.
- Barry P. *Adoption of intracameral antibiotic prophylaxis of endophthalmitis following cataract surgery: update on the ESCRS Endophthalmitis Study*. J Cataract Refract Surg. 2014.
- Behndig A, Cochener B, Güell JL, Kodjikian L, Mencucci R, Nuijts RM, Pleyer U, Rosen P, Szaflik JP, Tassignon MJ. *Endophthalmitis prophylaxis in cataract surgery: overview of current practice patterns in 9 European countries*. J Cataract Refract Surg. 2013.
- Beselga D, Campos A, Castro M, Fernandes C, Carvalheira F, Campos S, Mendes S, Neves A, Campos J, Violante L, Sousa JC. *Postcataract surgery endophthalmitis after introduction of the ESCRS protocol: a 5-year study*. Eur J Ophthalmol. 2014.
- Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, Abu Sin M, Blank HP, Ducomble T, Haller S, Harder T, Klingeberg A, Sixtensson M, Velasco E, Weiß B, Kramarz P, Monnet DL, Kretzschmar ME, Suetens C. *Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study*. Plos Medicine. 2016.
- Ekinci Koktekir B, Aslan BS. *Safety of prophylactic intracameral moxifloxacin use in cataract surgery*. J Ocul Pharmacol Ther. 2012.
- Endophthalmitis Study Group, European Society of Cataract & Refractive Surgeons. *Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors*. J Cataract Refract Surg. 2007.
- Friling E, Lundström M, Stenevi U, Montan P. *Six-year incidence of endophthalmitis after cataract surgery: Swedish national study*. J Cataract Refract Surg. 2013.
- Garat M, Moser CL, Martín-Baranera M, Alonso-Tarrés C, Alvarez-Rubio L. *Prophylactic intracameral cefazolin after cataract surgery: endophthalmitis risk reduction and safety results in a 6-year study*. J Cataract Refract Surg. 2009.



- García-Sáenz MC, Arias-Puente A, Rodríguez-Caravaca G, Andrés Alba Y, Bañuelos Bañuelos J. *Endophthalmitis after cataract surgery: epidemiology, clinical features and antibiotic prophylaxis*. Arch Soc Esp Oftalmol. 2010.
- García-Sáenz MC, Arias-Puente A, Rodríguez-Caravaca G, Bañuelos JB. *Effectiveness of intracameral cefuroxime in preventing endophthalmitis after cataract surgery Ten-year comparative study*. J Cataract Refract Surg. 2010.
- Gordon-Bennett P, Karas A, Flanagan D, Stephenson C, Hingorani M. *A survey of measures used for the prevention of postoperative endophthalmitis after cataract surgery in the United Kingdom*. Eye (Lond). 2008.
- Grosso A, Pertile G, Marchini G, Scarpa G, Ceruti P, Prigione G, Romano MR, Bert F, Gili R, Panico C, Siliquini R, Engelbert M. *Adherence to European Society for Cataract and Refractive Surgery recommendations among Italian cataract surgeons: a survey*. Eur J Ophthalmol. 2016.
- Grzybowski A, Kuklo P, Pieczynski J, Beiko G. *A review of preoperative manoeuvres for prophylaxis of endophthalmitis in intraocular surgery: topical application of antibiotics, disinfectants, or both?*. Curr Opin Ophthalmol. 2016.
- Gualino V, San S, Guillot E, Korobelnik JF, Colin J, Trout H, Massin P, Gaudric A, Tadayoni R. *Intracameral cefuroxime injections in prophylaxis of postoperative endophthalmitis after cataract surgery: implementation and results*. J Fr Ophtalmol. 2010.
- Hammoudi DS, Abdolell M, Wong DT. *Patterns of perioperative prophylaxis for cataract surgery in Canada*. Can J Ophthalmol. 2007.
- Han DC, Chee SP. *Survey of practice preference pattern in antibiotic prophylaxis against endophthalmitis after cataract surgery in Singapore*. Int. Ophthalmol. 2012.
- Haripriya A, Chang DF, Namburam S, Smita A, Ravindran RD. *Efficacy of Intracameral Moxifloxacin Endophthalmitis Prophylaxis at Aravind Eye Hospital*. Ophthalmology. 2016.
- Herrinton LJ, Shorstein NH, Paschal JF, Liu L, Contreras R, Winthrop KL, Chang WJ, Melles RB, Fong DS. *Comparative Effectiveness of Antibiotic Prophylaxis in Cataract Surgery*. Ophthalmology. 2016.
- Jabbarvand M, Hashemian H, Khodaparast M, Jouhari M, Tabatabaei A, Rezaei S. *Endophthalmitis Occurring after Cataract Surgery: Outcomes of More Than 480 000 Cataract Surgeries, Epidemiologic Features, and Risk Factors*. Ophthalmology. 2016.
- Li B, Nentwich MM, Hoffmann LE, Haritoglou C, Kook D, Kampik A, Sheng M, Miño de Kaspar H. *Comparison of the efficacy of povidone-iodine 1.0%, 5.0%, and 10.0% irrigation combined with topical levofloxacin 0.3% as preoperative prophylaxis in cataract surgery*. J Cataract Refract Surg. 2013.
- Nentwich MM, Ta CN, Kreutzer TC, Li B, Schwarzbach F, Yactayo-Miranda YM, Kampik A, Miño de Kaspar H. *Incidence of postoperative endophthalmitis from 1990 to 2009 using povidone-iodine but no intracameral antibiotics at a single academic institution*. J Cataract Refract Surg. 2015.
- Ness T, Kern WV, Frank U, Reinhard T. *Postoperative nosocomial endophthalmitis: is perioperative antibiotic prophylaxis advisable? A single centre's experience*. J Hosp Infect. 2011.
- Packer M, Chang DF, Dewey SH, Little BC, Mamalis N, Oetting TA, Talley-Rostov A, Yoo SH; ASCRS Cataract Clinical Committee. *Prevention, diagnosis, and management of acute postoperative bacterial endophthalmitis*. J Cataract Refract Surg. 2011.
- Papa V, Cannatella C, Anna Rita Blanco AR, Santocono M. *Netilmicin for antibiotic prophylaxis before cataract surgery*. Arvojournals. 2015.
- Rahman N, Murphy CC. *Impact of intracameral cefuroxime on the incidence of postoperative endophthalmitis following cataract surgery in Ireland*. Ir J Med Sci. 2015.
- Röck T, Bramkamp M, Bartz-Schmidt KU, Mutlu U, Yörük E, Röck D, Thaler S. *Using intracameral cefuroxime reduces postoperative endophthalmitis rate: 5 years experience at the University Eye Hospital Tübingen*. Klin Monbl Augenheilkd. 2014.
- Rodríguez-Caravaca G, García-Sáenz MC, Villar-Del-Campo MC, Andrés-Alba Y, Arias-Puente A. *Incidence of endophthalmitis and impact of prophylaxis with cefuroxime on cataract surgery*. J Cataract Refract Surg. 2013.
- Romero-Aroca P, Méndez-Marin I, Salvat-Serra M, Fernández-Ballart J, Almena-Garcia M, Reyes-Torres J. *Results at seven years after the use of intracameral cefazolin as an endophthalmitis prophylaxis in cataract surgery*. BMC Ophthalmol. 2012.
- Sharifi E, Porco TC, Naseri A. *Cost-effectiveness analysis of intracameral cefuroxime use for prophylaxis of endophthalmitis after cataract surgery*. Ophthalmology. 2009.
- Sharma S, Sahu SK, Dhillon V, Das S, Rath S. *Reevaluating intracameral cefuroxime as a prophylaxis against endophthalmitis after cataract surgery in India*. J Cataract Refract Surg. 2015.
- Shorstein NH, Winthrop KL, Herrinton LJ. *Decreased postoperative endophthalmitis rate after institution of intracameral antibiotics in a Northern California eye department*. J Cataract Refract Surg. 2013.
- Vazirani J, Basu S. *Role of topical, subconjunctival, intracameral, and irrigative antibiotics in cataract surgery*. Curr Opin Ophthalmol. 2013.

- Yao K, Zhu Y, Zhu Z, Wu J, Liu Y, Lu Y, Hao Y, Bao Y, Ye J, Huang Y, Li Z, Shentu X, Yu Y. *The incidence of postoperative endophthalmitis after cataract surgery in China: a multicenter investigation of 2006-2011*. Br J Ophthalmol. 2013.
- Yu CQ, Ta CN. *Prevention of postcataract endophthalmitis: evidence-based medicine*. Curr Opin Ophthalmol. 2012.
- Yu-Wai-Man P, Morgan SJ, Hildreth AJ, Steel DH, Allen D. *Efficacy of intracameral and subconjunctival cefuroxime in preventing endophthalmitis after cataract surgery*. J Cataract Refract Surg. 2008.



## ESPERIENZE

## Il percorso di implementazione di piani standard con tassonomia NANDA-NOC-NIC in un servizio di Ginecologia

di *Cinzia Gradellini (1)*, *Mimma Bonocore (2)*, *Patrizia Borgognoni (3)*,  
*Daniela Mecugni (4)*, *Marina Lemmi (5)*

(1) Tutor, CdL Infermieristica di Reggio Emilia - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

(2) Coordinatore Infermieristico, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia - IRCCS

(3) Referente Infermieristico Dipartimentale, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia - IRCCS

(4) Presidente CdL Infermieristica di Reggio Emilia - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

(5) Direttore Professioni Sanitarie del Territorio, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia - IRCCS

Corrispondenza: [cinzia.gradellini@ausl.re.it](mailto:cinzia.gradellini@ausl.re.it)

Il piano standard è descritto come un documento, parte del report individuale della persona, strutturato per uno specifico gruppo di pazienti e basato su dati documentati, di evidenza ed esperienza (Olosson et al., 2009). Parlare di piani standard in questo contesto significa concepire e praticare un'assistenza infermieristica rivolta all'unicità della persona, ma standardizzata in termini di scelte assistenziali di comprovata efficacia (Motta, 2001).

Da qualche anno la tassonomia NNN, ovvero *North-American Nursing Diagnosis Association*, (NANDA), *Nursing Outcome Classification* (NOC) e *Nursing Intervention Classification* (NIC), è stata introdotta, a livello sperimentale, in alcune strutture ospedaliere; a proseguimento di tale esperienza, la Direzione delle Professioni Sanitarie del presidio ospedaliero di Reggio Emilia ha avviato alcuni progetti pilota che prevedono l'utilizzo di questa tassonomia, considerata tra le più utilizzate al mondo (Carpenito-Mojet, 2011), in riferimento a piani standard.

### Presentazione del contesto

La struttura complessa di Ginecologia è una delle strutture pilota che rientrano nel progetto. I piani standard sono stati costruiti per la paziente sottoposta a intervento di isterectomia semplice/complessa e ovariectomia.

Il progetto è partito con la definizione del format aziendale per piani standard, al fine di lavorare su uno schema di lavoro condiviso da tutte le strutture coinvolte, suddiviso in tre parti: un'anagrafica con i dati della persona; un quadro riassuntivo che include le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi con relativi esiti attesi (NOC), valutazione e chiusura del percorso assistenziale; le singole giornate (pre, intra e post-operatorie) in cui sono elencati i problemi riferiti alla giornata stessa, le prestazioni, i controlli effettuati sugli indicatori di risultato, distribuiti sulla turistica, a check list.

Alla definizione del format è seguita una formazione, residenziale e sul campo, di tutti gli infermieri coinvolti in struttura, per arrivare a definire una prima bozza di piano standard per la paziente operata di isterectomia che applicasse la tassonomia NNN (Carpenito, 2011; Wilkinson, 2005). Tale bozza (BPS) è stata successivamente integrata con ricerca di evidenze scientifiche su banche dati e con una revisione di 65 cartelle infermieristiche del semestre precedente, al fine di verificare coerenza e pertinenza di quanto programmato.

Si è così arrivati alla definizione di Piani Standard per Isterectomia Semplice e Complessa (PSIS-PSIC) che sono stati utilizzati, per circa 5 mesi, su un totale di 42 pazienti, in concomitanza della reportistica in uso, e modificati sulla base delle osservazioni/difficoltà riportate dal team infermieristico in due nuovi format: PSISm e PSICm.

Tale sperimentazione ha messo in evidenza lo scarso utilizzo di molte complicanze potenziali che costituivano le principali differenze nei percorsi di patologia uterina e ovarica, per tale ragione, si è arrivati a elaborare un unico piano standard integrato (PSI) per i tre interventi.

Complessivamente, il PSI prevede 11 diagnosi infermieristiche/problemi collaborativi e 10 NOC, distribuiti su 10 giornate di percorso.

### **L'implementazione di Piani standard**

L'obiettivo dello studio è stata l'implementazione del PSI per isterectomia semplice, complessa e per ovariectomia.

È stato condotto uno studio osservazionale, coinvolgendo le pazienti in accesso alla struttura per intervento di isterectomia e ovariectomia. Rispetto all'analisi quantitativa si sono raccolti dati relativi all'utilizzo del piano standard:

- completezza dei dati raccolti nella sezione anagrafica (numero di campi compilati rispetto a quelli richiesti);
- valutazione del numero di esiti raggiunti (NOC), su quelli progettati;
- completezza del quadro riassuntivo (per ogni diagnosi aperta è presente almeno un NOC e la registrazione del risultato);
- completezza della chiusura del percorso della persona;
- per ogni giornata del piano standard sono stati valutati: numero di diagnosi/problemi collaborativi aperti, numero di prestazioni effettuate, numero di controlli effettuati e completezza di tale registrazione, utilizzo dei campi note aperti, inserimento di diagnosi non previste dal piano standard, diagnosi previste e non utilizzate.

L'analisi qualitativa ha previsto un *focus group* con gli infermieri della struttura, al termine dei primi cinque mesi di sperimentazione dei PSIS e PSICF, con i seguenti elementi di indagine:

- descrizione dell'esperienza: impatto gestionale ed emozionale;
- aspetti positivi dell'utilizzo del nuovo strumento;
- aspetti negativi dell'utilizzo nuovo strumento;
- analisi degli elementi negativi;
- suggerimenti rispetto ai problemi individuati.

A conclusione dell'intero percorso si è sottoposto, agli infermieri, un questionario cartaceo, in forma anonima, per valutazione complessiva del progetto. Il questionario indagava l'esperienza nel complesso, gli aspetti positivi e negativi dello strumento integrato.

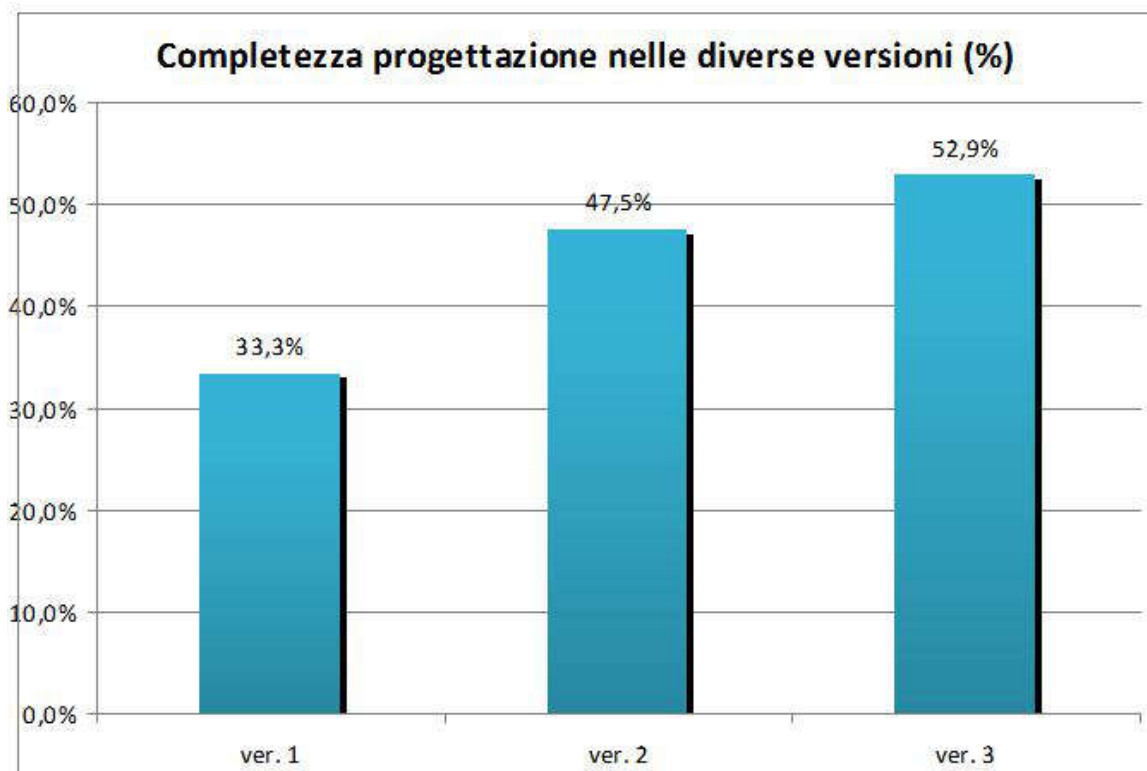
### **Risultati**

Dei 100 piani complessivamente analizzati, ne sono stati considerati validi 99.

La completezza dell'anagrafica ha un valore medio del 7%, ma che risulta in netto miglioramento sul PSI definitivo (18%), rispetto ai format precedenti.

Sulle tre versioni dei piani, la completezza del quadro riassuntivo (identificazione di un NOC e valutazione del suo raggiungimento) ha un valore medio del 42%; da tale quadro si evince che il 50% dei casi ha raggiunto almeno il 91% degli esiti attesi (NOC). Mettendo a confronto le tre versioni del piano standard, il PSI è stato utilizzato correttamente, dunque risulta completo nel 53% dei casi (Figura 1). Nel 47% dei casi manca il controllo/registrazione dell'eventuale raggiungimento dell'esito (NOC).

**Figura 1** - Confronto della completezza del quadro riassuntivo di progettazione, sulle tre versioni del piano standard



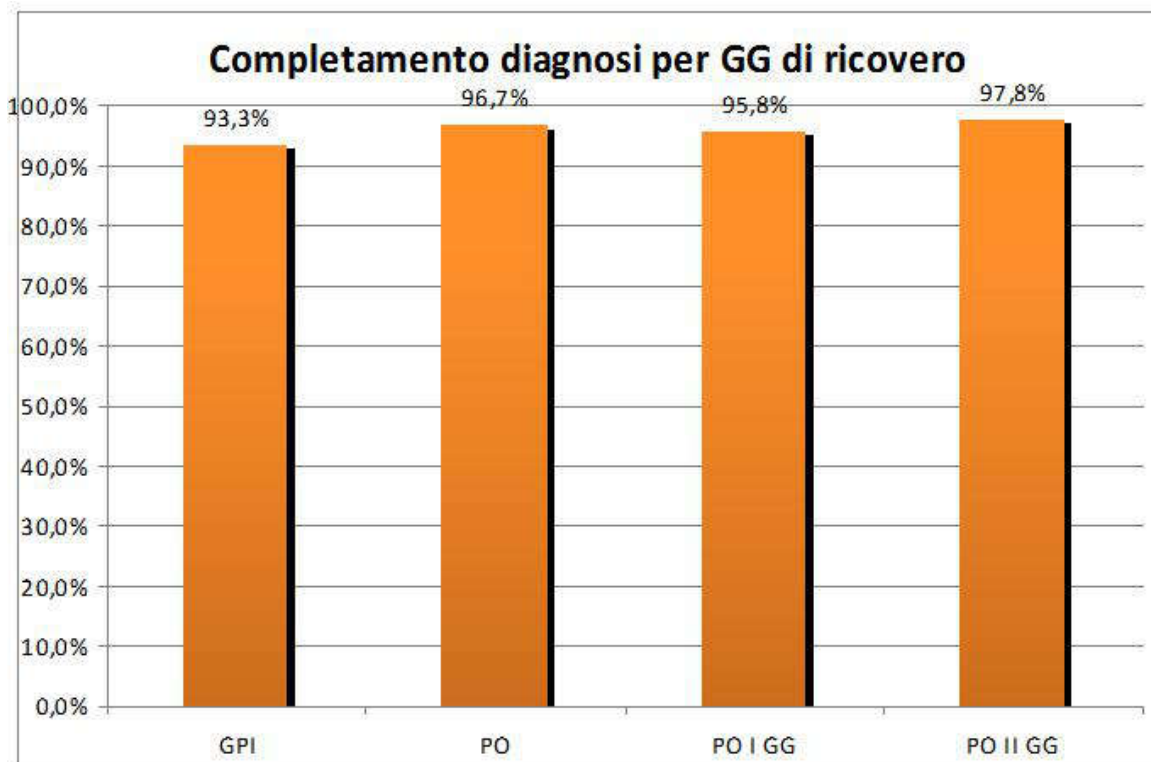
La chiusura del percorso assistenziale è stata utilizzata, in media, nel 35% dei casi, con il raggiungimento del 65% nel PSI.

I dati di seguito riportati non tengono conto delle giornate eventualmente non compilate, perché in una logica di fruibilità dello strumento si è voluta dare priorità a come è stato utilizzato, rispetto a un'eventuale *compliance* dell'equipe allo strumento stesso. Inoltre, non sono state considerate le giornate successive alla II poiché iniziavano a esserci dimissioni non sempre segnalate (si faccia riferimento a quanto riportato sulla chiusura del percorso).

La completezza della progettazione, ovvero la registrazione di almeno una prestazione e di un controllo di risultato per ogni diagnosi infermieristica/problema collaborativo, ha una media del 96% così distribuita: pre-operatorio 93%; post-operatorio immediato 97%; I giornata 96%; II giornata 98% (Figura 2).



Figura 2 - Completezza della progettazione sulle giornate di degenza



Mediamente, per ciascun paziente, gli elementi registrati, per ogni giornata del percorso assistenziale, sono riportati di seguito.

Pre-operatorio: 5 diagnosi/problemi collaborativi per paziente, 13 prestazioni e 13 controlli di risultato nel pre-operatorio.

Post-operatorio immediato: 5 diagnosi/problemi collaborativi, 34 prestazioni e 36 controlli di risultato.

I giornata: 6 diagnosi/problemi collaborativi, 26 prestazioni e 30 controlli di risultato.

II giornata: 6 diagnosi/problemi collaborativi, 17 prestazioni e 23 controlli di risultato.

Anche se in media il numero delle diagnosi aperte è praticamente invariato nel tempo, il *range* tra il numero minimo e il numero massimo di diagnosi, prestazioni, controlli segnalati, si riduce di molto nelle giornate di intervento successive al PO immediato.

Per quanto riguarda le diagnosi aggiuntive non previste nel PSI, i numeri sono molto bassi. Considerando i 99 pazienti, nel pre-operatorio per 4 pazienti è stata aperta una sola diagnosi, per due pazienti due diagnosi. Nel giorno di intervento e in I giornata sono state aperte 7 nuove diagnosi in totale, in seconda giornata 11.

Analizzando i format: nel pre-intervento (GPI) non sono state necessarie nuove diagnosi nell'88% dei casi per i format 1 e 2 (PSIS, PSIC, PSISm, PSICm).

Nessuna diagnosi è stata utilizzata nel format 3 (PSI).

Nel giorno di intervento (GI) non è stato necessario prevedere nuove diagnosi nel 91% dei casi (format 1), 90% (format 2), 100% (format 3).

In I giornata non è stato necessario prevedere nuove diagnosi nel 100% dei casi (format 1 e 3), 86% (format 2).

In II giornata non è stato necessario prevedere nuove diagnosi nel 97% dei casi (format 1), 87% (format 2), 92% (format 3).

In III giornata non è stato necessario prevedere nuove diagnosi nell'87% dei casi (format 1), 93% (format 2), 100% (format 3) (Tabella 1).

**Tabella 1** - Percentuale dei casi che non hanno avuto necessità di progettare nuove diagnosi infermieristiche/problemi collaborativi

GIORNO di INTERVENTO	FORMAT 1 (PSIS-PSIC)	FORMAT 2 (PSISm-PSICm)	FORMAT 3 (PSI)
GPI	88%	88%	100%
GI	91%	90%	100%
I GG	100%	86%	92%
II GG	97%	87%	100%

Per quanto riguarda l'analisi quantitativa delle note aperte aggiunte allo standard, la media rivela un 56% nel post operatorio immediato, 64% in I giornata, 57% in II giornata. Guardando la media distribuita per format si nota un calo dell'utilizzo delle note dal I format al definitivo PSI (Tabella 2).

**Tabella 2** - Percentuale di note aggiuntive utilizzate nei format dello strumento

GIORNO di INTERVENTO	FORMAT 1 (PSIS-PSIC)	FORMAT 2 (PSISm-PSICm)	FORMAT 3 (PSI)
GI	62%	62%	51%
I GG	63%	75%	31%
II GG	25%	43%	18%

Il focus ha coinvolto dodici infermieri. Da esso emerge che l'introduzione del nuovo strumento ha portato a un aumento del carico di lavoro, oltre a un sostanziale cambiamento nel modo di gestire il passaggio delle informazioni.

La registrazione delle prestazioni a check list ha portato momenti di "disagio e incertezza" in particolare relativamente al modo e al punto preciso in cui registrare i dati. Il trovarsi a lavorare con le tassonomie per la prima volta è stato difficoltoso.

Nonostante questo, emergono aspetti positivi: l'introduzione delle tassonomie "ha significato fare un passo avanti in professionalità e ha permesso un'evoluzione intellettuale e culturale" che ha portato a nuovi apprendimenti e consapevolezze sull'agire professionale. La predisposizione delle diagnosi infermieristiche/problemi collaborativi, con relative prestazioni e controlli, è risultata essere un utile promemoria, oltre che strumento di riflessione sugli elementi dell'assistenza. Complessivamente i piani standard risultano più sintetici e maggiormente leggibili rispetto allo strumento attualmente in uso.

Tra gli aspetti negativi il format ha richiesto lunghi tempi di lettura, soprattutto nelle prime giornate di utilizzo. Altra difficoltà importante è stata la segnalazione di quanto non incluso nello standard; tale elemento è percepito come rischio di una mancata consapevolezza del livello di criticità della persona.

Per i questionari somministrati agli infermieri, a conclusione del progetto, poiché le categorie di risposta risultavano sovrapponibili, sono state codificate con le seguenti parole chiave: *fatica, crescita, voglia di proseguire*.

La fatica oltre che, comprensibilmente correlata al cambiamento (si fa riferimento all'abitudine all'approccio narrativo), è riportata come difficoltà intellettuale, soprattutto legata all'acquisizione e all'utilizzo della tassonomia.

In termini più pratici si raccoglie una difficoltà nell'utilizzo dello strumento, in particolare legata all'attuale forma cartacea e alla necessità di utilizzare un doppio strumento, nella fase di sperimentazione (il piano standard e la cartella infermieristica).

Oltre che come apprendimento, la crescita si legge nella consapevolezza di un nuovo "mondo assistenziale", nella possibilità di confronto che ha caratterizzato il percorso e che ha permesso di guardare ai punti deboli del processo assistenziale per cercare soluzioni condivise. Molto apprezzato è stato il lavoro per obiettivi (valutazione del proprio operato, aumento della registrazione dei controlli effettuati) che ha valorizzato l'assistenza. Viene riportata la percezione di un maggior controllo del paziente e del proprio operato ("visione di insieme"), oltre a una riduzione del rischio di errore e di cure mancate.

### Conclusioni

La completezza del quadro riassuntivo sulla progettazione assistenziale (53%), pur sottolineando un buon lavoro svolto sugli obiettivi di salute, deve essere considerata in termini di fruibilità del PSI. Mettendo a confronto le tre versioni si evince un miglioramento del dato che può essere letto come indice di fruibilità e di un'acquisita dimestichezza con lo strumento. La mancanza di controllo/registrazione dell'esito (NOC) deve essere correlata alla grande novità apportata dal piano standard, rispetto alla cartella in uso. Esso richiede, infatti, un cambio nella modalità di concepire l'assistenza, non più in una logica prestazionale, ma in una logica di raggiungimento degli esiti di salute. Tenendo in considerazione il cambiamento di cui sopra, la registrazione dell'esito (NOC) in più della metà dei casi, deve essere considerata un passo avanti, in quella logica di evoluzione intellettuale e culturale, riconosciuta e riportata dagli infermieri durante il focus.

I numeri relativi a diagnosi/problemi collaborativi utilizzati, a prestazioni erogate e ai controlli effettuati sul paziente sono da considerarsi buoni, sia in una logica di acquisizione di un nuovo metodo di concepire l'assistenza, sia in termini di fruibilità del PSI.

Leggendo quanto relativo alla completezza della progettazione, nelle singole giornate del percorso peri-operatorio, si nota una massima attenzione assistenziale nelle giornate a più elevata criticità, con forte calo nelle giornate più vicine alle dimissioni. È necessario ricordare che tali percentuali devono essere considerate anche alla luce di un basso utilizzo della chiusura del ricovero (in alcuni casi non era chiaro se il piano fosse incompleto o coincidesse con la dimissione). Per tale ragione, si è deciso di considerare solo le giornate ad elevata criticità che raggiungono un'ottima media di completezza (96%).

Il fatto che non ci sia stata necessità di progettare nuove diagnosi infermieristiche/problemi collaborativi conferma una buona definizione del percorso standard: anche nella versione definitiva dello strumento integrato, in cui c'è stata una riduzione delle diagnosi infermieristiche/problemi collaborativi progettati nelle versioni precedenti del piano, l'assistenza standard è da considerarsi completa.

Nell'analisi delle note aggiunte, il pre-operatorio non è stato considerato perché aveva una media di note vicina allo zero. Tali dati dimostrano che le integrazioni sui controlli di risultato apportate al PSI sono risultate efficaci, ma deve, tuttavia, essere considerata l'acquisizione di una maggior dimestichezza sull'utilizzo del format da parte degli operatori.

Considerando i risultati dello studio, la nuova *forma mentis* richiesta dal PSI può definirsi acquisita.

Il *team* infermieristico ha certamente compreso l'applicazione della progettazione assistenziale al PSI e ne dimostra la fruibilità nella quotidianità dell'assistenza.

Quanto emerso dai dati sull'utilizzo del format è rispecchiabile in quanto emerso dai questionari finali: la fatica legata al cambiamento, ma allo stesso modo la voglia di mettersi alla prova su un nuovo modo di concepire l'assistenza, finalmente improntata sugli esiti di salute della persona.

Il Piano Standard Integrato, nella sua versione attuale può essere considerato uno strumento di lavoro di comprovata efficacia, dunque pronto per l'utilizzo.

*Uno speciale ringraziamento al gruppo infermieristico della Ginecologia dell'Arcispedale S. Maria Nuova dell'Azienda Unità Sanitaria Locale-IRCCS di Reggio Emilia, per l'immenso lavoro svolto e per l'apertura al cambiamento.*

## **BIBLIOGRAFIA**

- Carpenito-Moyet LJ. (2011) *Piani di assistenza infermieristica e documentazione*, II edizione. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Gordon M. (2009). *Diagnosi infermieristiche*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Motta CP. (2001) *Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico*. Nursing Oggi, 4, 1-2.
- Olsson PT, Petersson H, Willman A, Garduff A. (2009) *Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extent to which they are used*. Scand J Caring Sci, 23, 820-25.
- Wilkinson JM. (2005) *Diagnosi Infermieristiche con NOC e NIC*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

## ESPERIENZE

## **P.D.T.A. aziendale per la prevenzione ed il trattamento del delirium intra-ospedaliero: il contributo infermieristico**

**di Lucia Stivanello (1), Mario Degan (2), Margherita Andrigo (3),  
Alessandro Poggiana (4), Monica Pietrobon (4), Carmelo Infanti (4), Achille Di Falco (5)**

*(1) Resp. Area Sviluppo Profess. Organiz., UOC Direzione Prof. Sanitarie, Az. Osped. Padova*

*(2) Coordinatore aziendale attività formative C. Laurea Inferm. Università di Padova - UOC Direzione Prof. Sanitarie, Az. Osped. Padova*

*(3) Tutor didattico C. Laurea Inferm. Università di Padova - UOC Direzione Prof. Sanitarie, Az. Osped. Padova*

*(4) Studente laureando a.a.2015-16 C. Laurea Inferm. Università di Padova*

*(5) Direttore Direzione Profess. Sanitarie, Az. Osped. Padova*

Corrispondenza: [mario.degan@aopd.veneto.it](mailto:mario.degan@aopd.veneto.it)

Il delirium è una sindrome cerebrale organica, caratterizzata dalla coesistenza di disturbi della coscienza e dell'attenzione, della percezione, del pensiero, della memoria, del comportamento psicomotorio, dell'emotività e del ciclo sonno-veglia (ICD 10-2000).

Esistono tre tipologie di delirium: ipercinetico, ipocinetico e misto. Il primo è caratterizzato da aggressività, inquietudine e agitazione psicomotoria; il secondo da letargia, sopore, apatia e a tratti stati di incoscienza; il terzo alterna caratteristiche di entrambe le forme precedenti (Fagherazzi, Granziera et al., 2015).

Si tratta di una condizione frequente nella realtà ospedaliera, presente tra l'11% ed il 42% dei ricoverati (Siddiqi, House et al., 2006).

Un'indagine italiana di prevalenza in 120 reparti ospedalieri ha quantificato una prevalenza media del 22,9%, con maggiore frequenza in Neurologia per il 28,5% dei ricoverati, in Geriatria 24,7%, in Medicina Interna 21,2% ed in Ortopedia 20,6%.

La tipologia più frequente di delirium è stata quella ipoattiva - 38,5%, seguita dalle forme mista - 27,3%, iperattiva - 21,5% e quella senza alterazioni motorie - 12,7% (Belelli, Morandi et al., 2016).

Una recente revisione bibliografica evidenzia come il delirium aumenti la mortalità e la durata della degenza e riduca le abilità funzionali delle persone affette a breve e lungo termine; inoltre la persistente durata della sintomatologia correlata al delirium, fino ad un anno di distanza, aumenta lo stress sia degli assistiti che dei loro caregiver (Siddiqi N, Harrison et al., 2016).

La medesima revisione riporta numerose evidenze a supporto dell'adozione routinaria di interventi integrati multi-disciplinari per la prevenzione e la gestione del delirium, come peraltro suggerito da autorevoli linee-guida internazionali (cfr. Percorso Guidato Fed.IPASVI).

## Contesto

Nell'Azienda Ospedaliera di Padova (AOP) è stato istituito un gruppo di lavoro, composto da infermieri e medici internisti, geriatri e psichiatri, per definire un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento del delirium nel paziente adulto ricoverato.

Già dalle prime fasi si è vista la necessità di delineare le dimensioni del fenomeno al di là degli episodi eclatanti (es. grave confusione ipercinetica).

## Obiettivi

Propedeuticamente all'elaborazione del percorso, la Direzione delle Professioni Sanitarie ha effettuato un'indagine per:

1. definire frequenza ed evoluzione del delirium tra i pazienti ospedalizzati;
2. valutare le modalità di accertamento e monitoraggio del delirium da parte di medici ed infermieri;
3. analizzare l'applicabilità di alcuni interventi infermieristici descritti nei manuali di pratica clinica (cfr. Classificazione NIC 2013) ma non di uso comune presso l'AOP:
  - ascolto della musica passiva;
  - tecniche di riorientamento e di stimolazione cognitiva.

## Risultati

L'indagine epidemiologica è stata condotta in tre reparti: ortopedia, geriatria e medicina generale.

Per stadiare l'eventuale presenza di delirium è stata somministrata a tutti i ricoverati all'ingresso e per i successivi quattro giorni di degenza la scala 4AT (Belelli, Morandi et al., 2014), strumento di screening rapido basato su 4 dimensioni:

1. Allerta
2. AMT4 (orientamento)
3. Attenzione
4. Acuto cambiamento o decorso fluttuante.

In base ai punteggi conseguiti sono riscontrabili tre diverse condizioni:

1. improbabile delirium e/o deterioramento cognitivo (punteggio 0);
2. possibile deterioramento cognitivo (da 1 a 3);
3. possibile delirium con o senza deterioramento cognitivo (da 4 a 12).

Al termine della rilevazione, durata un mese, il campione indagato è stato di **78** degenti equamente distribuito: 38% in Ortopedia e 31% rispettivamente in Medicina interna e Geriatria.

Complessivamente, si riscontra che **49 degenti (63%)** hanno avuto uno o più episodi di delirium, intesi come valutazioni della scala 4AT suggestive di delirium in base ai punteggi rilevati.

Valutando il decorso dello stato cognitivo sono stati classificati **6 diversi** profili (Tabella 1).

Si sono quindi individuate tre situazioni di stabilità, in cui i pazienti (n.52–66,7%) mantenevano un livello di deficit/delirium pressoché costante per cinque giorni:

- pazienti che sono entrati in ospedale senza deficit cognitivi e sono rimasti così per l'intera durata del ricovero (profilo S3);
- pazienti che hanno manifestato deficit cognitivi (profilo S1) o delirium (profilo S2) già all'ingresso con situazione invariata per tutto il periodo della rilevazione.



Tabella 1 - Profili dello stato mentale dei pazienti			
Profilo		Num.	%
Evolutivi	E1 - deficit cognitivo/delirium fluttuante	10	12,8%
	E2 - deficit cognitivo/delirium ingravescente	9	11,5%
	E3 - deficit cognitivo/delirium migliorato	7	9,0%
Stabili	S1 - stabilmente con deficit cognitivi	12	15,4%
	S2 - stabilmente con deficit cognitivo/delirium	11	14,1%
	S3 - stabilmente senza deficit cognitivi	29	37,2%

I rimanenti degenti (n.23–33,3%) hanno avuto, invece, uno stato mentale evolutivo, alcuni (profilo E3) in miglioramento, gli altri in costante peggioramento (profilo E2) oppure fluttuante (profilo E1).

La differenza tra profili evolutivi e stabili appare significativa ai fini assistenziali; per i primi, infatti, si può più motivatamente ipotizzare che l'ospedalizzazione abbia influito sullo stato mentale e individuare le idonee azioni di miglioramento.

Per analizzare le capacità di riconoscere le situazioni di delirium da parte del personale medico ed infermieristico i valori della scala 4AT sono state messi a confronto, all'ingresso in ospedale, con la scheda di accertamento infermieristica costruita secondo i Modelli funzionali di Gordon e, nei giorni successivi, con il diario giornaliero integrato.

Risulta che l'accertamento infermieristico generale basato sui due item mutuamente esclusivi - confuso/disorientato oppure lucido/orientato – non è sufficiente a discriminare tutti i casi di delirium.

In particolare, in 25 casi (32%) non si è trovata corrispondenza tra i risultati della scala 4AT e la valutazione dell'accertamento (Tabella 2).

Tabella 2 - Confronto tra punteggi della Scala 4AT e l'accertamento infermieristico all'ingresso			
Accertamento infermieristico	Scala 4AT		
	Delirium o deficit cognitivo severo improbabile (punteggio 0)	Possibile deficit cognitivo (punteggio 1-3)	Possibile delirium +/- deficit cognitivo (punteggio 4-12)
lucido/orientato	28	17	4
confuso/disorientato	4	12	12
non compilato	0	0	1

Risultati analoghi sono stati ottenuti dal confronto tra i punteggi della scala e le informazioni contenute nel diario clinico: per 38% delle rilevazioni che accertavano, tramite la scala 4AT, un deficit cognitivo/delirium non corrispondeva alcuna descrizione di alterazione dello stato mentale.

Inoltre, si è evidenziato un utilizzo molto eterogeneo di vocaboli per la descrizione dello stato mentale.

Dopo aver elaborato un elenco di descrittori tratto dalle scale di misura del delirium (disorientato, confuso, con agitazione psicomotoria, soporoso, aggressivo, inquieto, apatico, disattento, distraibile, con deficit cognitivi e iperattivo), è risultato che i vocaboli utilizzati più frequentemente sono stati disorientato (24%), confuso (19%) e con agitazione psicomotoria (16%) ma, perlopiù, vengono riportate altre espressioni (33%).

È da notare che gli infermieri si focalizzano soprattutto sui comportamenti manifestazioni di delirium (es. “*si rimuove catetere*”, “*cerca di scavalcare le spondine*”, ecc.) mentre i medici riportano più specificatamente segni mentali (es. “*scarsa vigilanza nello spazio e nel tempo*”, “*bassa reattività agli stimoli*”, ecc.).

Parallelamente all'indagine sono state effettuate due applicazioni pilota di ascolto della musica passiva e riorientamento/stimolazione cognitiva.

Gli interventi sono stati dapprima codificati e standardizzati e poi somministrati ad un campione contenuto di pazienti.

Entrambi hanno dimostrato:

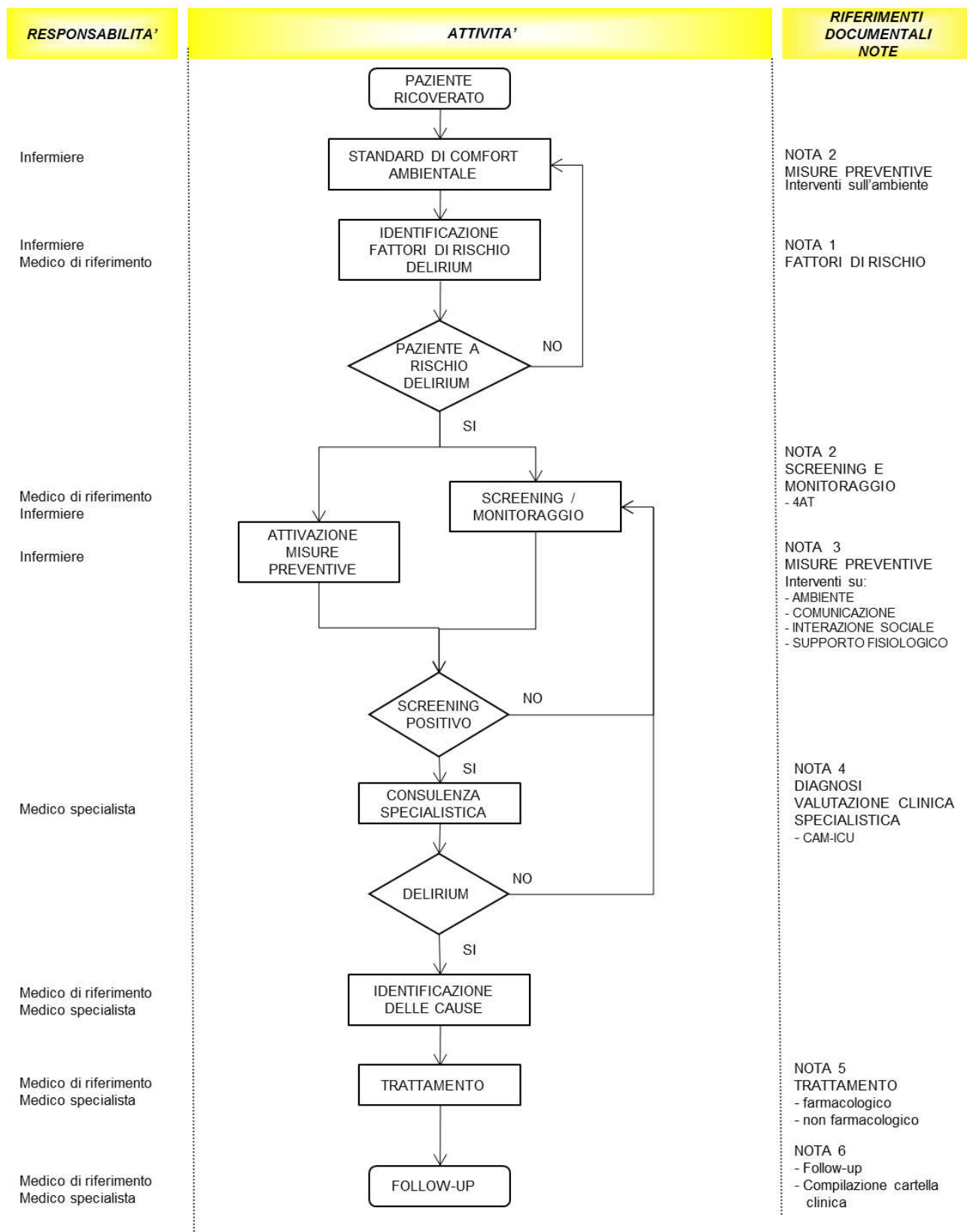
- discreto livello di adesione e partecipazione;
- buon livello di gradimento post-esperienza;
- basso impegno infermieristico, circoscritto ai momenti di illustrazione ed addestramento.

### **Conclusioni**

Il delirium è una situazione frequente in AOP, probabilmente influenzata significativamente dall'assistenza ospedaliera erogata.

Si sta quindi formalizzando il PDTA aziendale *Delirium: prevenzione e trattamento nel paziente adulto ricoverato*, articolato in sequenza a partire dall'accertamento e dall'intervento generalizzati fino alla consulenza ed al trattamento specialistico degli episodi più complessi (Figura 1).

**Figura 1 - Diagramma di flusso del Percorso Assistenziale Delirium: prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente adulto ricoverato**



Punti cardine sono: il riconoscimento tempestivo del delirium all'esordio, il coinvolgimento di familiari e *caregiver*, l'introduzione di interventi comportamentali. Il PDTA introduce l'utilizzo sistematico della scala 4AT per la valutazione dei pazienti a rischio, a cura del personale infermieristico.

Tale strumento, di facile e rapida somministrazione, riduce la soggettività dei valutatori, guidandoli nella rilevazione di segni/sintomi significativi e, soprattutto, nell'individuazione degli stati di delirium meno evidenti; inoltre, agevola la trasmissione delle informazioni cliniche ed il confronto multi-professionale.

Rispetto al coinvolgimento di familiari e *caregiver*, l'AOP promuove da anni una politica per evitare l'isolamento sociale in ospedale, favorendo la presenza di familiari e/o di persone incaricate al sostegno del paziente ricoverato.

Interventi finalizzati sono l'emanazione di appositi regolamenti per allargare la fascia temporale connessa alle visite dei conoscenti (per attività di compagnia, assistenza di tipo alberghiero, accompagnamento, ascolto e custodia del paziente) e per fornire supporto di personale volontario a sostegno di pazienti anziani, fragili e/o persone con particolare situazione di disagio sociale.

Nel PDTA per il delirium si indicano alcune modalità per coinvolgere familiari/*caregiver*, dal facilitarne la presenza regolare allargando la fascia dell'orario visite a tutta la giornata fino a prevedere un ruolo attivo per favorire l'orientamento nel tempo, ad esempio, con l'utilizzo di orologi/sveglie, calendari, oggetti familiari (es. foto) oppure interrogando frequentemente il paziente su dove si trova ed illustrandogli luoghi e persone.

Infine, il PDTA oltre a rafforzare e standardizzare gli interventi più tradizionali (mantenere l'idratazione, preservare il comfort ambientale, osservare il ciclo sonno-veglia, ridurre la sovra-stimolazione sensoriale, ecc.) richiede di attuare interventi innovativi, sostenibili per le attuali condizioni organizzative e per le risorse disponibili.

Si trovano quindi indicazioni per l'utilizzo della musica e di attività di stimolazione cognitiva, quali esercizi mentali o giochi di parole; anche per l'applicazione di tali tecniche è richiesto il contributo attivo dei familiari.

## BIBLIOGRAFIA

- Bellelli G, Morandi A, Davis DHJ, Mazzola P, Turco R, Gentile S, Ryan T, Cash H, Guerini F, Torpilliesi T, Del Santo F, Trabucchi M, Annoni G, Alasdair M.J. MacLulich AMJ (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and Ageing* 43: 496–502. Una descrizione dello strumento, compresa una traduzione validata in italiano, è reperibile al sito <http://www.the4at.com/> consultato il 5 maggio 2017.
- Bellelli, G., Morandi, A., Di Santo, S., Mazzone, A., Cherubini, A., Mossello, E., Bo, M., Rozzini, R., Zanetti, E., Musicco, M., Ferrari, A., Ferrara, N., Trabucchi, M. (2016). Delirium Day: a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Medicine*, 14, 106.
- Bulechek GM, h. K. Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM (2013) Classificazione NIC degli interventi infermieristici. Musicoterapia (4400) pag. 413, orientamento alla realtà (4820) pagg. 412-2 e stimolazione cognitiva (4720) pagg. 163-4. Rozzano (Mi) Casa editrice Ambrosiana.
- Fagherazzi, C., Granziera, S., Brugiolo, R. (2015). Il delirium nei pazienti anziani ospedalizzati in reparti internistici. *G Gerontol*, 63: 205-220.
- Ministero della sanità (2000) – Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima Revisione (ICD-10). Definizione F05. Consultato il 26 aprile 2017 sul sito del Portale italiano delle classificazioni sanitarie all'indirizzo: [https://www.reteclassificazioni.it/portal\\_main.php?&portal\\_view=home](https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?&portal_view=home).
- Percorso Guidato Delirium post-operatorio. Consultato il 26 aprile 2017, disponibile all'indirizzo: <http://www.fnopi.it/ecm/percorsi-guidati/delirium-post-operatorio-id35.htm>.
- Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA (2016) Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Siddiqi N, House AO, Holmes JD (2006) Occurrence an outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing* 35:350–64.

## ESPERIENZE

## L'infermiere nelle Endoscopie Digestive in Italia: una survey nazionale di ANOTE-ANIGEA

di *Alessandra Guarini (1), Elena Rossetti (2), Pierangelo Simonelli (3), Teresa Iannone (4), Daniela Carretto (5), Antonella Giaquinto (6), Giorgio Iori (7), Monia Valdinoci (8), Cinzia Rivara (9)*

(1) CPSI, PTP Nuovo Regina Margherita, Roma

(2) CPSE, IRCCS Humanitas, Rozzano (MI)

(3) CPSE, Spedali Civili, Brescia

(4) CPSI, Presidio Ospedaliero di Polistena (RC)

(5) CPSE, Presidio Ospedaliero "Cardinal Massaia", Asti

(6) CPSI, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma

(7) CPSI, Azienda Ospedaliera "Santa Maria Nuova", Reggio Emilia

(8) CPSI, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

(9) CPSE, Presidio Ospedaliero Ciriè, Torino

Corrispondenza: [a.guarini65@gmail.com](mailto:a.guarini65@gmail.com)

### Inquadramento

I pazienti con malattie gastroenterologiche richiedono una quota molto rilevante di prestazioni assistenziali, che includono ricoveri ospedalieri, consumo di farmaci ed esami endoscopici diagnostico-terapeutici (Bazzoli F et al., 2011).

In ambito gastroenterologico, l'infermiere è coinvolto a tutti i livelli del percorso di assistenza al paziente, dall'ambulatorio territoriale, ai servizi di endoscopia, ai *day hospital* fino ai reparti di ricovero. Come per molte altre branche, anche all'infermiere che presta assistenza in Gastroenterologia è stato richiesto di raggiungere livelli di preparazione teorico-pratica costantemente più elevati, particolarmente se lavora in Endoscopia Digestiva. Questa branca, infatti, si è sviluppata enormemente negli ultimi anni, con l'introduzione di metodiche diagnostiche innovative, di tecniche terapeutiche sempre più avanzate e di nuovi dispositivi (Wallace MB, et al., 2017). Pertanto, l'infermiere di Endoscopia necessita di un'adeguata preparazione teorico-pratica e un aggiornamento continuo per rimanere al passo con tutte queste innovazioni e acquisire un'autonomia professionale.

### Il nostro percorso

L'ANOTE-ANIGEA (Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche - Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati), ha condotto un'indagine per conoscere la situazione dell'organizzazione delle attività infermieristiche nelle Endoscopie Digestive diffuse su tutto il territorio nazionale. In particolare, questa *survey* ha avuto come scopo quello di fare emergere eventuali criticità organizzative, strutturali e assistenziali in questo ambito al fine di proporre opportuni miglioramenti per il raggiungimento di elevati livelli assistenziali. È stato preparato un apposito questionario che è stato distribuito ai partecipanti al Congresso Nazionale ANOTE-ANIGEA del Maggio 2015 e inviato ai Referenti Regionali dell'Associazione dai quali è stato distribuito agli associati. I dati dei questionari sono stati analizzati in maniera anonima.

## Risultati

Complessivamente sono stati censiti 176 differenti centri endoscopici italiani, distribuiti nel Nord (78), Centro (52) e Sud-Isole (46) (Figura 1). I centri appartenevano a 150 strutture pubbliche, 23 private-convenzionate e 3 private. In questi centri presta servizio un totale di 1.167 infermieri.



Per quanto concerne le strutture, la mediana delle sale endoscopiche è di 2 (range: 1-8), con una disponibilità fino a 4 sale nel 91% dei centri. Una sala risveglio, utilizzabile sia per la preparazione del paziente prima dell'esame endoscopico sia per il suo monitoraggio dopo la sedazione fino al recupero dello stato vigile, non è disponibile in 29 (16%) centri. In particolare, non è presente nel 7%, 17% e 27% dei centri del Nord, Centro e Sud, rispettivamente, e la differenza è statisticamente significativa tra le tre macro-aree ( $P < 0.01$ ). Un percorso differenziato 'sporco-pulito' manca nel 45% delle strutture, e la carenza risulta più marcata nelle Endoscopie del Centro Sud (65%) rispetto a quelle del Centro (38%) o del Nord (37%), con una differenza statisticamente significativa tra Nord e Sud ( $P = 0.003$ ) e tra Centro e Sud ( $P = 0.008$ ). Inoltre, in 11 (6%) centri non è presente un locale esclusivamente adibito al ricondizionamento degli strumenti che viene, quindi, eseguito nella stessa sala endoscopica.

Riguardo alle attrezzature, la mediana degli endoscopi disponibili è di 14 (range: 2-70), e quella delle macchine lavastrumenti pari a 2 (range: 1-12), ma in 3 (2%) centri non è disponibile nessuna macchina automatica. La tracciabilità del corretto ciclo di ricondizionamento degli endoscopi è disponibile nel 77% dei centri, ma è informatizzata solo nel 41% di questi. Nel 10% dei centri coinvolti nell'indagine, non sono presenti appositi armadi per lo stoccaggio degli endoscopi disinfettati.

Circa il personale, l'indagine ha mostrato che nel 13% dei centri endoscopici non vi è il Coordinatore infermieristico. Inoltre, 83 (56%) dei 149 che svolgono funzione di coordinamento, non hanno conseguito il relativo Master. Si è rilevato anche che il 31% dei Coordinatori partecipa direttamente all'attività di assistenza agli esami endoscopici. La mediana degli infermieri per centro è di 6 unità (range: 1-30), con un'età media è di  $44.4 \pm 5$  anni, e nel 96% dei casi gli infermieri si dedicano esclusivamente all'endoscopia. Tutti hanno avuto una formazione pratica con affiancamento, ma solo il 37% ha ricevuto una preparazione teorica specifica. In 54 (31%) centri lavora 1 unità infermieristica per sala endoscopica, in 108 (61%) 2 unità, mentre in 10 (6%) centri ci sono 1 o 2 unità per sala (modulata in base alla disponibilità o esigenza), e 3 infermieri per sala lavorano nei rimanenti 2 centri. In particolare, 1 solo infermiere lavora per sala endoscopica in 15 (19%) dei centri del Nord, in 14 (27%) del Centro e in 25 (54%) del Sud, con una differenza statisticamente significativa tra Nord e Sud ( $P < 0.001$ ) e tra Centro e Sud ( $P = 0.005$ ). In 33 (19%) e in 66 (38%) centri, rispettivamente, il materiale pluriuso (pinze biottiche, dispositivo per endoclip, ecc.) e gli accessori utilizzati per il lavaggio manuale degli endoscopi (scovolini, slitte, ecc.) sono sottoposti solo a disinfezione ad alto livello, ma non a sterilizzazione.



Nel 56% dei centri il ricondizionamento degli endoscopi è svolto esclusivamente dal personale infermieristico, mentre nel restante 44% vi è personale di supporto dedicato (OSS) a tale procedura. In particolare, abbiamo osservato che il ricondizionamento è svolto solo dall'infermiere nel 36% dei centri del Nord, ma nel 65% del Centro e 80% delle endoscopie del Sud, con una differenza statisticamente significativa ( $P = 0.003$ ). Gli OSS dedicati sono presenti nel 47% dei centri, mentre il personale amministrativo nel 71% di essi. La distribuzione del personale coinvolto nell'accoglienza del paziente e nella programmazione interna degli esami endoscopici è riportata nella Tabella 2. Dai dati emerge chiaramente come sia l'infermiere, singolarmente o con supporto di altre, la figura professionale che è maggiormente impegnata nelle attività di accoglienza e programmazione interna nelle Endoscopie Digestive italiane.

### Discussione

Questa indagine ha fornito dati molto rilevanti sull'attuale situazione organizzativa e strutturale delle Endoscopie Digestive, evidenziando alcune importanti criticità.

Per quanto riguarda le strutture, nella metà dei centri censiti non è presente un percorso differenziato 'sporco-pulito'. Nelle Endoscopie si svolgono sempre più frequentemente manovre terapeutiche, come mucosectomie, dissezioni sottomucose, posizionamento di protesi o PEG, dilatazioni pneumatiche, trattamento di emorragie, solo per citarne alcune (Bazzoli F et al., 2011). Pertanto, le sale endoscopiche moderne dovrebbero essere strutturate in maniera non molto dissimile da quelle operatorie dove questo tipo di percorso è applicato da tempo (Caletti G et al., 2003). Verosimilmente, questa discrepanza si è creata per un'evoluzione continua delle procedure e delle strumentazioni endoscopiche non accompagnata da un contemporaneo ammodernamento strutturale. Un'altra carenza strutturale emersa è che in circa 1 Endoscopia ogni 5 manca la sala risveglio per il paziente dopo la sedazione. La non disponibilità di tale ambiente non consente l'adeguato controllo del paziente da parte dell'infermiere per il tempo necessario al ripristino completo dello stato di coscienza e del benessere generale, con chiari risvolti negativi sul *risk management* (Reason JT et al., 2001).

Rimanendo sul tema della gestione del rischio, abbiamo rilevato che gli accessori endoscopici pluriuso, pur essendo classificati "critici" secondo la scala di Spaulding (Spaulding EH. 1968) sono sottoposti solo a disinfezione ad alto livello, ma non a sterilizzazione, in quasi il 20% dei centri. Questo rappresenta una rilevante criticità poiché sono disattese le raccomandazioni delle Linee Guida Europee (Beilenhoff U et al., 2008), della Linea Guida ANOTE-ANIGEA (2011) e del Rapporto UNI dell'Ente Italiano di Normazione (UNI 2016). Inoltre, tutta la procedura del ricondizionamento dovrebbe avere una tracciabilità informatizzata, che non è presente in 1 centro su 4, secondo i nostri dati. Sempre in tema di criticità sul ricondizionamento degli strumenti endoscopici, nel 6% dei centri non è disponibile una sala dedicata a tale procedura. Poiché sono utilizzati agenti chimici (detergenti enzimatici, acido peracetico, ecc.) volatili e potenzialmente tossici durante il processo di lavaggio e disinfezione, la procedura deve essere eseguita in un ambiente idoneo, areato e distinto dalla sala endoscopica, come raccomandato nelle Linee Guida (Beilenhoff U et al., 2008).

L'indagine ha rivelato che il coordinatore infermieristico manca in quota rilevante dei centri, nonostante le Unità di Endoscopia rappresentino delle realtà sempre più complesse sul piano organizzativo e lavorativo.

L'indagine ha evidenziato come l'infermiere sia coinvolto direttamente in tutte le attività che si svolgono in Endoscopia Digestiva (Tabella 1 e 2), occupandosi anche di compiti che dovrebbero essere svolte da altre figure professionali, come l'accoglienza amministrativa. Inoltre, in circa il 60% dei centri il ricondizionamento viene svolto dall'infermiere e non dal personale OSS.

**Tabella 1 - Esami endoscopici effettuati in media in 1 anno nei diversi centri**

<b>N° di Esami Endoscopici</b>	<b>N° di Centri</b>
<b>Colonscopia</b> <500 / 500-1000 / 1000-2000 / >2000	14 / 43 / 75 / 44
<b>Gastroscopia</b> <500 / 500-1000 / 1000-2000 / >2000	15 / 35 / 48 / 78
<b>Ecoendoscopia</b> 0 / <200 / 200-500 / >500	132 / 29 / 10 / 5
<b>Enteroscopia</b> 0 / <200 / 200-500 / >500	130 / 44 / 2 / 0
<b>CPRE*</b> 0 / <200 / 200-500 / >500	69 / 61 / 29 / 17

\*CPRE: Colangiopancreatografia retrograda endoscopica.

**Tabella 2 - Personale coinvolto nelle funzioni amministrative**

<b>Accoglienza utente*</b>	<b>Frequenza</b>
Infermiere	111
Infermiere/Coordinatore	3
Infermiere/Amministrativo	11
Infermiere/Medico	6
Infermiere/OSS	3
Coordinatore	6
Amministrativo	6
Amministrativo/OSS	1
OSS	7
Medico	1
<b>Programmazione esami*</b>	<b>Frequenza</b>
Infermiere	50
Infermiere/Coordinatore	12
Infermiere/Amministrativo	2
Infermiere/Medico	18
Infermiere/Coordinatore/Medico	5
Coordinatore	27
Coordinatore/Medico	4

Coordinatore/Amministrativo	1
Amministrativo	12
Amministrativo/Medico	5
Medico	9

*\*Per alcuni centri l'informazione era mancante.*

Questo comporta un utilizzo non ottimale delle risorse sanitarie. E' stato calcolato, infatti, che quando questa procedura è affidata all'OSS, opportunamente preparato, si hanno vantaggi in termini di riduzione dei costi e, contestualmente, una maggiore disponibilità di infermieri che si possono dedicare all'assistenza (Guarini A. 2010). Pertanto, la presenza di OSS dedicato al ricondizionamento, dovrebbe essere implementata in tutti i centri di Endoscopia.

Infine, è emerso che oltre un terzo degli infermieri che lavora in Endoscopia Digestiva non ha ricevuto un'adeguata preparazione teorica sulle diverse procedure endoscopiche. Questo contrasta con la scelta già da qualche tempo adottata in diversi Paesi europei di andare sempre più verso una figura infermieristica "dedicata" e "specializzata" (Silvestro A. 2014). Anche in Italia sono stati attivati Master Universitari di I livello, patrocinati da ANOTE-ANIGEA, per la formazione specialistica infermieristica in Endoscopia Digestiva. Tuttavia, anche se la legge di riferimento risale a oltre dieci anni fa (Legge n. 43/2006), tale titolo non è ancora riconosciuto a livello normativo e contrattuale nel nostro Paese (Caruso R et al., 2016).

## Conclusioni

Il lavoro dell'infermiere di Endoscopia Digestiva si è notevolmente arricchito nel corso dell'ultimo decennio per l'introduzione di nuove tecnologie, procedure e dispositivi innovativi che consentono di eseguire manovre sempre più operative. Questo richiede un aggiornamento teorico-pratico continuo che non è sempre disponibile o attuato, come i dati di questa indagine hanno dimostrato, con possibili risvolti negativi sulla qualità delle cure e sulla gestione del rischio clinico. A tal proposito, l'indagine ha evidenziato diverse criticità nel ricondizionamento degli endoscopi, con rischi potenziali per il paziente. Inoltre, è emerso una carenza di sale adibite al ricondizionamento, separate da quelle endoscopiche, con un percorso 'sporco-pulito' ben differenziato. Questo comporta un potenziale rischio biologico e chimico per l'operatore e per il paziente. Infine, in molte realtà sanitarie, il ricondizionamento non è attribuito al personale di supporto, ma è svolto direttamente dall'infermiere, con dispendio di risorse economiche e impiego improprio di personale specializzato che potrebbe dedicarsi più assiduamente all'assistenza. Infine, è emerso che le criticità organizzativo-strutturali sono maggiormente frequenti nelle Endoscopie del Centro-Sud rispetto a quelle operanti nel Nord Italia, per cui interventi mirati sono indispensabili.

## BIBLIOGRAFIA

- ANOTE-ANIGEA (2011). *Linee Guida. Pulizia e disinfezione in Endoscopia. Update 2011.* 1-51.
- Bazzoli F, Buscarini E, Cannizzaro R, et al. (2011) *Libro bianco della Gastroenterologia italiana.*
- Beilenhoff U, Neumann CS, Rey JF et al. (2008) *ESGE-ESGENA guideline: cleaning and disinfection in gastrointestinal endoscopy. Update 2008.* Endoscopy 40:939-57.
- Caletti G, Chilovi F, De Boni M, et al. (2003) *Il libro bianco dell'Endoscopista. Centri di endoscopia e soluzioni adottate.* 5-21.

- Caruso R, Pittella F, Ghizzardi G, et al. (2016). *Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specialistiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo.* L'infermiere 53:e22-e28.
- Guarini A (2010). *Il reprocessing in Endoscopia Digestiva: l'ottimizzazione delle risorse è possibile.* Infermiere Oggi 2:22-7.
- Legge, n 43, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" Gazzetta Ufficiale, n. 40, 2006.
- Reason JT, Carthey J, de Leval MR (2001). *Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management.* Qual Health Care 10 (Suppl 2):21-5.
- Silvestro A (2014). *Il 2015 è l'anno dell'infermiere specialista.* L'infermiere 6:3-4.
- UNI (2016). *Ricondizionamento dei dispositivi medici – Guida al ricondizionamento degli endoscopi termolabili.* 1-51.
- Spaulding EH (1968). *Chemical disinfection of medical and surgical materials.* In: Lawrence CA, Block SS (editors). *Disinfection, Sterilization and Preservation.* Lea & Febiger. 517-531.
- Wallace MB, Wang KK, Adler DG, et al. (2017) *Recent advances in Endoscopy.* Gastroenterology 153(2):364-81.

SCAFFALE

## Professione infermiere: alle soglie del XXI secolo

di Caterina Galletti, Loredana Gamberoni, Giuseppe Marmo, Emma Martellotti

Editore: Maggioli  
pagine 328, euro 32,00



*“L’orizzonte che abbiamo davanti è tecnicamente un cerchio, e quindi infinitamente vasto.*

*Dobbiamo scegliere ogni passo che facciamo con la massima cautela perché le impronte che ci lasciamo alle spalle sono importanti quanto il percorso che seguiremo. Fanno parte dello stesso viaggio – la nostra storia.”*

(Lori R. Lopez)

Poche parole, molto chiare ma soprattutto esplicite, scelte a proposito per “aprire” sul tema del libro ma anche per sottolineare l’importanza e la pregnanza dei contenuti.

E’ proprio il “nostro viaggio” come professione che gli autori hanno ricostruito con il loro lavoro.

Vent’anni – 1990 – 2010 – il tempo ripercorso per raccontare il processo di evoluzione della professione infermieristica. Un ventennio molto vicino a noi ma anche molto particolare, diverso e unico dagli altri momenti della nostra storia: dinamico, complesso e anche contraddittorio come definito dagli stessi autori.

Uno spaccato caratterizzato da un’accelerazione continua e, anche per questo non facile da cogliere soprattutto nei particolari che hanno fatto la differenza e segnato in modo indelebile il cambiamento.

Difficile raccontarlo, difficile farlo mantenendo un filo conduttore, difficile non “perdere pezzi importanti” ma gli autori ci sono riusciti e lo hanno fatto con grande maestria. Una regia sapiente, capace di portare il lettore dentro un film in cui non è spettatore ma protagonista.

Non un racconto e basta dunque quello proposto dagli autori ma una lettura degli avvenimenti dinamica e “viva” che mette in luce i passaggi fondamentali e cruciali del processo di professionalizzazione ma anche le difficoltà, le tensioni, i dubbi e le questioni ancora aperte che lo hanno caratterizzato.

Sei capitoli, ciascuno dedicato a un momento saliente di questo “voluti e sudati” percorso: (1) l’evoluzione normativa: strategie alla prova, (2) arcipelago università: la sfida degli infermieri, (3) i fondamenti dell’identità: l’elaborazione dei saperi dell’infermieristica, (4) infermieri, deontologia e percorsi di responsabilità, (5) le voci degli infermieri: il ruolo dell’associazionismo, (6) la risorsa negata: gli infermieri e il mercato del lavoro.

Ogni momento viene “esploso” attraverso la voce di chi lo ha vissuto.

Molte, infatti, sono le voci del libro: Odilia D'Avella, Emma Carli, Annalisa Silvestro, Gennaro Rocco, Stefania Gastaldi, Maria Grazia De Marinis, Paola Binetti, Paolo Carlo Motta, Duilio Fiorenzo Manara, Barbara Mangiacavalli, Cleopatra Ferri, Daniele Rodriguez, Giannantonio Barbieri, Patrizia Taddia, Teresa Petrangolini, Maria Santina Bonardi, Elio Drigo, Maria Gabriella De Togni, Carla Colicelli, Mario Schiavon, Roberta Mazzoni, Grazia Monti, Maristella Mencucci, Maria Piro, Antonella Santullo.

Un grande lavoro di preparazione, di raccordo, di sviluppo dei contenuti, di ricostruzione del dibattito, di sottolineatura dei problemi portati dall'inarrestabile e quanto mai rapido cambiamento che ha colorato questo ventennio: gli autori lo hanno fatto come mai prima.

Solitamente la maggior parte dei testi di storia dell'infermieristica esplora la prima metà del ventesimo secolo, lasciando fin qui, un vuoto sulla fase "più calda" della nostra evoluzione. Gli autori lo hanno colmato e hanno fatto la differenza.

***Marina Vanzetta***



## COLOPHON

**REVISORI ESTERNI 2017**

Giada Belletti (Torino)  
Giampiera Bulfone (Udine)  
Rosario Caruso (Milano)  
Roberta Casarotto (Biella)  
Gianluca Catania (Genova)  
Marco Clari (Torino)  
Vincenzo Damico (Lecco)  
Dino Stefano Di Massimo (Biella)  
Duilio Manara (Milano)  
Gabriella Facchinetti (Roma)  
Rachele Ferrua (Cuneo)  
Chiara Gallione (Novara)  
Giorcelli Laura (Alessandria)  
Silvana Paoletti (Torino)  
Marzo Paturzo (Roma)  
Guya Piemonte (Firenze)  
Roberta Rapetti (Savona)  
Teresa Rea (Napoli)  
Alessandro Sili (Roma)  
Niccolò Simonelli (Milano)  
Stefano Terzoni (Milano)

## 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,  
Silvestro Giannantonio, 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.fnopi.it](http://www.fnopi.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.fnopi.it](http://www.fnopi.it), nella sezione "Formazione e Ricerca".

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