

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXII

2

ISSN 2038-0712

**MARZO-APRILE
2018**



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

INDICE

● EDITORIALE

Infermieri, bussola per orientare un nuovo, efficace, modello di assistenza
di Barbara Mangiacavalli

● INFERMIERE & LAVORO

Divendendo aziendale: una possibilità di incrementare i fondi aziendali per la contrattazione integrativa aziendale
di Saverio Proia

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Le competenze infermieristiche avanzate in ambito assistenziale: il pensiero degli infermieri che operano in Terapia Intensiva Neonatale
di Milena G. Guarinoni, Paolo C. Motta, Claudia Bonetta

● CONTRIBUTI

Prevenzione delle punture accidentali in comparto operatorio, l'uso del doppio guanto
di Sara Isopi

I nuovi farmaci anticoagulanti orali: prospettive sulla qualità di vita e sull'assistenza infermieristica

di Giulia Digiuni, Massimo Alberio, Davide Ausili, Stefania Di Mauro

L'allattamento nella donna di cultura arabo-islamica

di Adele Barlottini, Patrizio Sannino, Luca Giuseppe Re, Maura Lusignani

● ESPERIENZE

Un volto da infermiere: inferenze tratte dalle caratteristiche percettive del volto del neo-laureato predicono l'incarico lavorativo

di Eleonora Pasi, Katia Mattarozzi, Valentina Colonnello, Paola Celotti, Gianandrea Pasquinelli, Valeria Cremonini

Prevenzione e monitoraggio nel post-operatorio: la PACU (Unità di cure Post-Anestesiologiche)

di Antonio Di Lorenzo

L'appropriatezza nell'assistenza di base in un servizio di medicina

di Chiara Guidotti, Claudia Cianfrocca, Saverio Blancato, Daniela Tartaglino

Progetto alternanza Scuola-Lavoro attivato al Policlinico San Matteo di Pavia e Professioni Sanitarie

di Piera Bergomi, Giuseppina Grugnetti

Open Day per le famiglie e i loro bambini in un ospedale pediatrico IRCCS

di Silvia Scelsi, Roberta Da Rin Della Mora, Urbano Anna Maria, Milvia Subbrero

● SCAFFALE

Storia della mia ansia

di Daria Bignardi

Mi vivi dentro

di Alessandro Milan

Dolore. Parole per capire, ascoltare, capirsi

di Luciano Orsi



EDITORIALE

Infermieri, bussola per orientare un nuovo, efficace, modello di assistenza

di Barbara Mangiacavalli

Presidente Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)

Ridurre - preferiremmo eliminare - le disuguaglianze in sanità, rifinanziare il fondo sanitario che negli ultimi anni ha “perso” oltre 14 miliardi di quelli scritti sulla carta e poi cassati da leggi di spending review di cui il primo capro espiatorio è stato il personale sono obiettivi fissati dal nuovo Governo per il prossimo futuro, ma che per noi infermieri fanno parte di una lunga tradizione di richieste avanzate ormai da anni.

A queste si affiancano la ripresa delle assunzioni senza blocchi del turn over per infermieri e medici perché gli organici delle strutture pubbliche non costringano i pochi che sono in servizio a prestazioni frettolose e senza umanità e ad allungare le già lunghe liste d'attesa, sono interventi che ci auguriamo possano trovare spazio nella gestione del Servizio sanitario pubblico ormai da tempo.

La politica fuori della Sanità, criteri che seguano vie evidence based e soprattutto di qualità delle cure e dell'assistenza ed efficacia ed efficienza dei servizi, sarebbero la logica da seguire, ma negli ultimi anni sono stati un'isola che non c'è, una di quelle che sarebbe pure raggiungibile, ma che alla fine tutti negano che esista.

Le promesse elettorali – con tutta la buona fede del caso, qui non si fa un'analisi politica dei Governi – sono spesso sempre le stesse in questo senso e ci auguriamo che avere un ministro tecnico possa essere un vantaggio in questo senso se non altro per la conoscenza reale della situazione di cure e assistenza.

Possiamo fidarci? Vogliamo sperare ancora un volta – ma vorremmo esserne certi - che le idee di chi governa la sanità siano moderne e lungimiranti come moderno e lungimirante dovrebbe essere il nuovo modello di assistenza.

Come lo hanno disegnato e descritto i maggiori Istituti di ricerca pubblici e privati. Come lo chiedono gli stessi cittadini che sanno quali sono i loro bisogni e quelli dei loro cari in difficoltà per colpa di nuove cronicità, dell'età, della non autosufficienza. Ma soprattutto per colpa del muro di gomma su cui tutto ciò batte una volta fuori l'ospedale in un territorio che di fatto non c'è.

Gli infermieri sono a disposizione del cambiamento. Lo sono per disegnare assieme a chi avrà il compito gestire la salute e la sanità nel nuovo Governo un modello altrettanto nuovo.

Lo sono per affermare i cardini di una multidisciplinarietà che finora ha toccato i suoi due estremi.

Il primo, nei fatti, sul campo quando ad affrontare i bisogni di salute delle persone non ci sono leggi e decreti, ma solo medici e infermieri in prima linea.

Il secondo sulla carta e senza vie d'uscita a quanto pare, quando è stata più volte disegnata e descritta – e non solo da Governo e Regioni, ma ancora una volta da quelle istituzioni di studio e ricerca che caratterizzano la cultura di alto livello nel nostro Paese - con modelli che hanno previsto livelli di assistenza ad alta, media e bassa intensità, legati alla realizzazione di percorsi e infrastrutture ben descritte, ma ferme nei cassetti di ministero e Regioni per il veto di pochi, legati ancora a un'immagine obsoleta e ormai inefficiente dell'assistenza e delle cure.

Gli infermieri vogliono esserci. Lo abbiamo detto e ripetuto negli ultimi mesi in modo “trasversale” a Governo e forze politiche con l'unica guida fissa davanti a noi dei bisogni dei cittadini, non sono più frantumabili in una risposta fatta di mille interventi disgiunti e scollegati tra loro.

I cittadini hanno bisogno di una risposta che deve essere coordinata ed efficiente per la vera tutela della salute. E anche per una maggiore garanzia di contenimento di spesa, perché nessuno invoca “piogge” di risorse sul nulla – rappresentato da ciò che ormai è vecchio e inefficiente, appunto – ma tutti vogliono investimenti mirati, dedicati ed efficienti, così come con un nuovo modello lo saranno cure e assistenza.

Abbiamo già illustrato sommariamente nella nostra prima lettera al nuovo Governo quella che riteniamo la via utile da seguire e siamo disponibili a lavorare intensamente con chi si impegnerà a disegnare i contorni della nuova assistenza: la sanità ha bisogno di appropriatezza, di garantire che il giusto professionista possa essere messo in grado di rispondere alle necessità con un bilanciato utilizzo di risorse e nella maggiore autonomia possibile.

Serve una visione più ampia e coraggiosa: gli infermieri vogliono mostrare cosa serve al Paese, alle persone, non cosa serve alle professioni. Mancano professionisti è vero, mancano anche gli infermieri, tutti lanciano il loro grido di allarme, nessuno si sottrae. A mancare, però, è soprattutto un serio ed equilibrato rapporto tra i professionisti che si realizzi attraverso lo sviluppo delle competenze. Una scelta politica razionale oggi può condizionare il futuro dell'assistenza sanitaria per i prossimi 30 anni.

Una “trasformazione strutturale” nell'organizzazione del lavoro che deve riuscire a produrre un sistema con maggiore focalizzazione e specializzazione per lasciare spazio ad altre figure, in linea con quanto indicato dagli organismi internazionali.

I medici devono poter esaltare la loro specialità e lavorare perché questa sia al servizio del cittadino con la massima efficacia.

Gli infermieri, per una giusta programmazione delle risorse e l'espletamento delle funzioni richieste sul territorio e per la continuità assistenziale, hanno necessità che si investa sulla loro autonomia, puntando ad agire su nuove competenze, per dare da subito risposte concrete, di qualità e di sicurezza alla popolazione.

Competenze che consentirebbero un miglior sviluppo di strutture a bassa intensità di cura (ospedali di comunità, reparti a gestione infermieristica, percorsi autonomi di trattamento dei casi minori nei Pronto Soccorso ecc.), permettendo un maggiore raccordo tra ospedale e territorio, abbattendo le liste di attesa e consentendo di venire incontro a un maggior numero di bisogni dei cittadini.

Proprio quello che c'è scritto nel programma di Governo, che ora va mantenuto e attuato. Competenze per le quali si dovrebbe disegnare anche e al più presto un preciso percorso universitario che abbia poi la sua collocazione a livello gestionale nelle strutture del Ssn, senza volontarismi o approssimazioni che non fanno parte di un modello definito, ma dell'arte ormai diffusa di arrangiarsi.

Noi infermieri siamo al fianco di chi vorrà realizzare tutto questo e abbiamo come sempre dato la nostra massima disponibilità a partecipare, discutere e decidere le vie migliori per un'assistenza migliore.



Dividendo aziendale: una possibilità di incrementare i fondi aziendali per la contrattazione integrativa aziendale

di Saverio Proia

Una delle modalità, nella contrattazione integrativa aziendale, per incrementare i fondi “premierità e fasce” che in parte possono essere annualmente trasferito ai fondi “condizioni di lavoro ed incarichi” e quindi poter finanziare ulteriori incarichi professionali di esperto e/o di specialista può derivare dalla programmazione concertata di iniziative per evitare sprechi e dispersione di risorse economiche attraverso la compartecipazione del personale nella lotta agli sprechi nel sistema sanitario.

Infatti all'interno di una rinnovata e riaffermata politica di contenimento della spesa coniugata ad un investimento nella risorsa principale del Settore che è rappresentata dal patrimonio delle professionalità, sarebbe quanto mai opportuno verificare e dar corso all'opzione prevista dall'art. 16 del decreto legge n. 98/2011 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 111/2011, che rappresenta uno strumento legislativo in grado di incentivare la partecipazione attiva dei professionisti e degli operatori.

Ricordo che il suddetto articolo recita così:

“omissis 5. In relazione ai processi di cui al comma 4, le eventuali economie aggiuntive effettivamente realizzate rispetto a quelle già previste dalla normativa vigente, dall'articolo 12 e dal presente articolo ai fini del miglioramento dei saldi di finanza pubblica, possono essere utilizzate annualmente, nell'importo massimo del 50 per cento, per la contrattazione integrativa, di cui il 50 per cento destinato alla erogazione dei premi previsti dall'articolo 19 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”.

Si tratta, pertanto, di uno strumento legislativo in grado di incentivare la partecipazione attiva dei professionisti e degli operatori, con la previsione per la quale una quota dei risparmi derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione possa essere destinata, secondo criteri definiti dalla contrattazione integrativa, al personale direttamente coinvolto e alla stessa contrattazione decentrata, idea forza, contenuta nell'art. 81 del vigente CCNL già prevista dall' art. 38, comma 4, lettera b) del CCNL Sanità 1998/2001 e l'art. 30, comma 2, lettera b) del CCNL Sanità 2002/2005 e relativamente al personale medico e degli altri profili dirigenziali l'art. 9 - Coordinamento Regionale CCNL 2002 – 2005 biennio economico 2002 – 2003 Area III e IV e precisamente al comma 1. dell'art. 9 lettere D. F e G. e l'art. 55, comma 1, lettera d, comma 2 del CCNL 8 giugno 2000, che disciplinano la possibilità di incremento dei salari individuali ed indirettamente dei fondi del salario accessorio, in presenza di processi di razionalizzazione della spesa. La previsione descritta rappresenta la conferma delle disposizioni tutt'ora vigenti e che trovano origine nell'art. 38 del precedente CCNL per il comparto nonché dell'analogo art. 52 dell'area della dirigenza medica-veterinaria dei CC.CC.NN.LL. 1998/2001. Non si tratta quindi né di risorse né di costi aggiuntivi, ma di semplice riaffermazione delle disposizioni contrattuali già in essere.

In questa logica e all'interno del nuovo modello di relazioni sindacali andrebbe potenziato l'ambito contrattuale che favorisca:

- il raggiungimento degli obiettivi di produttività ed efficienza delle Aziende Sanitarie tale da potenziare il margine della produttività medesima;
- lo sviluppo della partecipazione e la condivisione al processo di aziendalizzazione in grado di determinare nei distretti, negli ospedali, nei dipartimenti di prevenzione e nelle funzioni direzionali, azioni volte a rendere più adeguato ed appropriato l'intervento di tutela della salute individuale e collettiva;
- l'individuazione "delle migliori pratiche" che contribuiscano al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione delle parti sociali come condizione per favorire e concretizzare istituti partecipativi e, parimenti, aumentare la produttività coinvolgendo i lavoratori nei risultati economici aziendali attraverso l'erogazione economica del contro valore del maggior impegno profuso, che si qualifichi come vero e proprio "dividendo aziendale" da ripartire tra Azienda e "risorsa umana e professionale".

Lo sviluppo della contrattazione integrativa di secondo livello dovrebbe apprezzare il fatto che a figure professionali sempre più specializzate, autonome e responsabilizzate, sarebbe necessario corrispondere un conseguentemente adeguamento delle retribuzioni tendendo ad un sistema retributivo, che sappia individuare un giusto riconoscimento a capacità e competenze, che sappia valorizzare il merito favorendo la crescita professionale di chi vuole fare di più.

Ne conseguirebbe l'indispensabilità di costruire un sistema che consideri le modifiche dell'organizzazione del lavoro e l'evoluzione delle professionalità come patrimonio di valorizzazione del lavoro e di tutti i professionisti, ciascuno con la sua professionalità, ruolo e responsabilità, con un connotato meritocratico che sia supportato da un modello di valutazione oggettiva, trasparente e permanente che preveda forme di un qualche coinvolgimento degli utenti.

E' evidente che una un confronto su questo obiettivo da realizzare con le OO.SS. del Comparto avrebbe maggior valore strategico se potesse svilupparsi anche con la presenza delle organizzazioni sindacali della dirigenza perché la lotta agli sprechi può trovare maggior forza, convinzione e compartecipazione da un non solo possibile ma esaltante accordo quadro a livello aziendale che nel chiarire lo scenario di riferimento indichi procedure e modalità per avviare e concludere le rispettive contrattazioni aziendali che, se in presenza di risparmi dimostrati e certificati da soggetti terzi, possano definire modalità di riparto di quote premiali al personale direttamente coinvolto nel conseguimento di tali risultati e di quote destinate al miglioramento dei servizi resi ai cittadini.

Come ho precedentemente ricordato, parte di questi fondi possono essere annualmente dirottati nel fondo degli incarichi così da finanziarne di nuovi (di esperto e di specialista), visto che l'aspetto più critico di questa innovativa realtà contrattuale è proprio la questione risorse economiche per darne corso.

Le competenze infermieristiche avanzate in ambito assistenziale: il pensiero degli infermieri che operano in Terapia Intensiva Neonatale

Milena G Guarinoni¹, Paolo C Motta², Claudia Bonetta³

¹Professore a contratto Università degli studi di Brescia, ²Professore associato in infermieristica Università degli studi di Brescia, ³Studentessa Corso di laurea magistrale Università degli studi di Brescia

Corrispondenza: milena.guarinoni@unibs.it

RIASSUNTO

Introduzione Considerando che nell'ambito dello sviluppo professionale si parla sempre più spesso di "competenze avanzate" senza però riuscire a definirle nello specifico, questo lavoro si propone di capire quali siano le "competenze avanzate" necessarie per ottimizzare il lavoro degli infermieri di una Terapia Intensiva Neonatale.

Materiali e metodi Il disegno di studio scelto è di tipo fenomenologico descrittivo. Sono stati reclutati, con campionamento di convenienza su base volontaria, sei infermieri con un'esperienza lavorativa di Terapia Intensiva Neonatale di almeno cinque anni. Lo strumento di raccolta dati scelto è l'intervista non strutturata. Ogni intervista è stata audioregistrata e trascritta. I dati sono stati analizzati secondo il metodo di Colaizzi.

Risultati Dall'analisi dei dati sono emersi cinque temi principali: formazione, relazione, abilità clinico-assistenziale, esperienza e visione sistemica. Tutti i temi emersi erano strettamente interconnessi.

Conclusione Dall'analisi non è emersa alcuna definizione precisa di "competenza avanzata" né è stato definito un elenco di caratteristiche delle "competenze avanzate". Ciascun partecipante con un discorso generale e personale ha dichiarato che le competenze avanzate non possono essere esplicate in un'unica definizione, ma possono essere comprese solo considerando i diversi aspetti di una visione di insieme complessiva.

Parole chiave: competenze cliniche, Terapia Intensiva Neonatale, infermieristica, ricerca qualitativa

Nursing advanced competencies in assistance: the thought of Neonatal Intensive Care nurses

ABSTRACT

Background We often talk about advanced skills, but there is no single definition of this concept. The aim of this study is to understand what are the advanced skills that can optimize work of nurses in the Neonatal Intensive Care Unit.

Methods We designed a phenomenological study. The participants in the research protocol were recruited by convenience sampling on a voluntary basis. The sample is composed by six nurses with Neonatal Intensive Care work experience for at least five years. The data were collected through an unstructured interview and each interview was audio-recorded and transcribed. The data were analyzed by Colaizzi's method.

Results From the data analysis emerged five main items: education, relationship, clinical care skills, experience and systemic approach. All items are closely related to each other.

Conclusions None of the participants in the the interview answered the research question with a list of features or with a clear definition on advanced skills, but each one said that advanced expertise emerges from an overall view of the situation.

Key words: clinical competence, Neonatal Intensive Care, nursing, qualitative research

INTRODUZIONE

Numerosi studi internazionali stanno cercando di porre chiarezza sul concetto di competenza infermieristica (Valloze, 2009, Smith, 2012, Garside, 2013).

Secondo Valloze (2009) la definizione precisa e la comprensione di questo concetto dovrebbero essere d'aiuto alla professione per migliorare la pratica infermieristica. Definizioni di competenza infermieristica sono state formulate in diversi Stati e da diverse associazioni; tuttavia non è sufficiente studiare la competenza infermieristica a livello nazionale, ma è opportuno cercare di raggiungere un consenso internazionale anche per poter basare la formazione infermieristica su un modello di competenze condivise a livello internazionale (Yanhua, 2011). L'esistenza di molteplici definizioni, infatti, ha aumentato l'insicurezza su quali siano realmente le competenze necessarie (Garside, 2013).

Diversi studi hanno trovato alcuni elementi comuni alla base della competenza clinica e professionale: la conoscenza, la tecnica, i valori e l'esperienza (Aari, 2008), che nella pratica infermieristica devono essere applicate in associazioni complesse (Cowan, 2007).

Se, come si è visto, è difficile descrivere il concetto di competenza infermieristica, è ancora più difficile definire il concetto di competenza avanzata (Cowan 2007) e calarlo nell'ambito della Terapia Intensiva Neonatale (TIN), un'area operativa nella quale si associano caratteristiche dell'assistenza pediatrica, nello specifico neonatale, e dell'area critica. Agli infermieri che lavorano in questa realtà sono richieste competenze e abilità tecniche molto specifiche. Se da una parte tecnologia e abilità tecniche devono essere molto sviluppate (Bannister, 2003) dall'altro non vanno trascurate le capacità relazionali, poiché all'interno della Terapia Intensiva Neonatale si vivono spesso situazioni ad alto impatto emotivo. Per il benessere del piccolo assistito e della famiglia è fondamentale la relazione dei genitori con lo *staff* assistenziale. A tal fine i genitori dei bambini ricoverati in TIN devono poter confidare che i professionisti che si prendono cura dei loro figli siano competenti e possiedano elevati standard etici e clinici (Cescutti-Butler, 2003). Gli infermieri in Terapia Intensiva Neonatale quindi devono avere buone capacità comunicative e relazionali e buone competenze tecniche (Browne, 1999). Secondo Benner (1982) divenire competente ed esperto è un processo che si realizza in funzione sia delle esperienze nel tempo, sia del modo con cui l'individuo riflette su tali esperienze (Nicolson, 2005).

Dalla letteratura internazionale non emergono quali siano le competenze avanzate che dovrebbero possedere gli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva Neonatale (NANN, 2009), ma vengono definite solo alcune caratteristiche generali. In particolare la National Association of Neonatal Nurse (NANN) statunitense nel documento "*The future of neonatal advanced registred nurse practice*" sottolinea che l'assistenza al neonato critico è basata su competenze multidimensionali, che devono associare la ricerca, l'educazione, la pratica e il *management* (NANN, 2010).

Considerando che nell'ambito dello sviluppo professionale si parla sempre più spesso di competenze e di competenze avanzate ma, come si è visto, non si riesce a definirle nello specifico, ci si propone, attraverso una ricerca qualitativa fenomenologica descrittiva, di comprendere quali siano le competenze avanzate che gli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva Neonatale dovrebbero possedere.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico descrittivo, al fine di indagare e comprendere il significato che gli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva Neonatale attribuiscono al concetto di competenza avanzata.

Sono stati selezionati, con metodo di convenienza, sei infermieri. Il reclutamento è avvenuto in maniera informale all'interno della rete di conoscenze lavorative dei ricercatori nelle tre Unità operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nella provincia di Brescia. I partecipanti previsti dal protocollo erano infermieri con esperienza lavorativa in tale ambito di almeno cinque anni e al momento dell'intervista attivi in una unità di Terapia Intensiva Neonatale. Il protocollo è stato rispettato per numero dei partecipanti alla ricerca e per le caratteristiche degli stessi; tutti i potenziali partecipanti sono stati contattati telefonicamente dal ricercatore che ha spiegato genericamente lo studio e ha proposto la partecipazione. Alle persone interessate (tutte quelle contattate) è stato chiesto di scegliere i tempi e il luogo dove incontrarsi per la presentazione dello studio ed, eventualmente, svolgere le interviste.

Ogni partecipante ha sottoscritto il consenso informato alla partecipazione allo studio e all'audioregistrazione dell'intervista a seguito della spiegazione delle finalità dello stesso, della metodologia adottata, delle strategie di protezione dei dati e della disponibilità di rispondere a qualsiasi domanda di chiarimento.

Il gruppo dei partecipanti aveva le seguenti carat-

teristiche: un'infermiera con laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche e cinque anni di esperienza in Terapia Intensiva Neonatale, due infermiere con formazione di base e dai cinque ai dieci anni di esperienza, tre infermiere con un'esperienza superiore ai vent'anni. Tra queste ultime una aveva frequentato il Master in coordinamento per le professioni sanitarie.

Nessuno dei ricercatori coinvolti aveva alcuna relazione con i partecipanti alla ricerca.

Gli incontri con i partecipanti sono avvenuti tra il 16 settembre 2014 e il 6 ottobre 2014 e ogni colloquio ha avuto una durata complessiva di circa un'ora, la durata delle interviste, invece, è stata all'interno di un range di 7-10 minuti. Il *setting* è stato scelto liberamente da ogni partecipante, due colloqui si sono svolti a casa dei partecipanti, due in luoghi pubblici e due all'interno del luogo di lavoro alla fine del loro turno lavorativo.

Sono state condotte sei interviste non strutturate, la domanda posta a ciascun partecipante è stata: "Secondo lei, quali sono le competenze avanzate che dovrebbe possedere un infermiere che lavora in Terapia Intensiva Neonatale per ottimizzare il proprio lavoro?". Dopo aver posto la domanda si è lasciato parlare liberamente gli intervistati, intervenendo solo per chiedere chiarimenti rispetto ad alcuni concetti da loro espressi.

Tutte le interviste sono state audioregistrate, previo consenso scritto dei partecipanti. Al termine dell'intervista si è ricordato ai partecipanti che sarebbero stati ricontattati telefonicamente per validare i concetti emersi dall'analisi dei dati.

A seguito di accordo tra il ricercatore principale e il secondo ricercatore si è ritenuto di non reclutare nuovi partecipanti per l'emergere di temi ricorrenti (saturazione dei dati).

Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati seguendo le fasi del metodo di Colaizzi:

- ogni intervista è stata trascritta dal ricercatore principale e le trascrizioni sono state lette attentamente più volte (immersione nei dati) per far emergere il contenuto;
- il ricercatore principale ha annotato a parte le sue considerazioni per non farsi influenzare nell'analisi dei dati;
- dalle trascrizioni sono state estratte le affermazioni significative e le frasi relative alle competenze avanzate (vedi box 1);
- all'interno di ogni trascrizione originale relativa alla descrizione del fenomeno indagato il ricercatore ha individuato i significati nascosti e i dati

sono poi stati aggregati e schematizzati in gruppi tematici (Tabella 1).

In ultima analisi i significati emersi sono stati semplificati per evidenziare la struttura essenziale del fenomeno e ogni tema è stato definito attraverso un'esauritiva descrizione, identificando, dove presenti, i relativi sotto-temi. Si è deciso poi di presentare i risultati in modo narrativo.

RISULTATI

I temi emersi sono cinque: formazione, relazione, abilità clinico-assistenziale, esperienza e visione sistemica.

Tema 1: formazione

Il tema della formazione si divide in tre sottotemi:

Formazione specifica di base e/o posteriore: la competenza avanzata si intende come una serie di capacità e abilità cliniche, teoriche, di ricerca che possono essere raggiunte nell'ambito della Terapia Intensiva Neonatale solo attraverso il conseguimento di una formazione specifica come per esempio la Laurea triennale in infermieristica pediatrica, i master clinici in ambito pediatrico e/o della Terapia Intensiva. "Deve essere favorito innanzitutto l'inserimento di figure professionali adeguatamente formate come l'infermiere pediatrico. Se questo non è possibile deve essere un infermiere che ha avuto un'esperienza lavorativa in ambito di terapia intensiva".

"Chi lavora in Terapia Intensiva Neonatale deve essere un infermiere altamente specializzato".

Formazione continua: si sottolinea l'importanza, per un infermiere con competenza avanzata, di aggiornare le proprie conoscenze tramite corsi specifici relativi non solo alla sua professione generale ma nell'ambito specifico in cui presta la propria attività lavorativa.

"La medicina è sempre in continua evoluzione quindi (gli infermieri) devono sempre cercare di informarsi, formarsi, fare corsi...".

"Questi corsi di formazione e di aggiornamento secondo il mio punto di vista non devono essere solo aziendali".

Attività di aggiornamento continuo dalla letteratura: la capacità di ricercare è una caratteristica importante della competenza avanzata e deve essere tradotta in un miglioramento continuo della pratica clinico-assistenziale.

"Deve esserci la formazione e l'aggiornamento dei nostri saperi in modo continuo soprattutto in base a quello che la letteratura scientifica propone".

"Quindi magari a volte interrogarsi se determinate procedure devono essere aggiornate in base a quello che la ricerca ci propone".

BOX 1. Affermazioni significative tratte dalla trascrizione delle interviste

- “Infermiere specializzato”.
- “Deve saper intervenire subito”.
- “Riconoscere il dolore”.
- “Avere un certo rapporto con i genitori (...) loro sono un punto molto importante”.
- “Alla fine un infermiere dovrebbe avere una certa esperienza”.
- “Quindi cambia anche l'autonomia che una persona acquisisce, più tempo che uno è infermiere”.
- “La medicina è sempre in continua evoluzione quindi (gli infermieri) devono sempre cercare di informarsi, formarsi, fare corsi”.
- “Un infermiere praticamente che deve sapere lavorare in équipe”.
- “Esame obiettivo”.
- “Saper individuare i problemi indipendentemente dai *monitor*”.
- “Essere in grado di lavorare in équipe ma in maniera autonoma”.
- “Gestire determinate situazioni con una certa autonomia e sicurezza”.
- “Saper essere d'aiuto ai genitori”.
- “Esser d'aiuto alle infermiere nuove, quindi una figura di *tutor*, aiutare gli studenti.
- “Gestire le priorità”.
- “La *care* (...) metterla in pratica, avere una conoscenza di cosa sono i bambini prematuri e di quali sono le patologie che li riguardano”.
- “Calma e comunque riuscire a mantenere un certo distacco nei confronti dei bambini e del caso singolo”.
- “Lavorare con amore e che comunque ci vuole un certo distacco”.
- “Chi lavora in Terapia Intensiva Neonatale deve essere un infermiere altamente specializzato”.
- “Deve essere favorito innanzitutto l'inserimento di figure professionali adeguatamente formate come l'infermiere pediatrico, se questo non è possibile deve essere un infermiere che ha avuto un'esperienza lavorativa in ambito di terapia intensiva”.
- “Questi corsi di formazione e di aggiornamento secondo il mio punto di vista non devono essere solo aziendali”.
- “Solo il confronto con altri infermieri che lavorano nello stesso ambito può favorire l'adozione di un protocollo condiviso”.
- “Partecipazione degli infermieri del mio reparto a gruppi di studio”.
- “Favorire l'adozione di percorsi diagnostico terapeutici”.
- “Deve esserci la formazione e l'aggiornamento dei nostri saperi in modo continuo soprattutto in base a quello che la letteratura scientifica propone”.
- “Quindi magari a volte interrogarsi se determinate procedure devono essere aggiornate in base a quello che la ricerca ci propone”.
- “Durante lo svolgimento del proprio lavoro in turno deve esserci la presenza di un infermiere, di un *senior nurse* che abbia una certa esperienza nel nostro ambito e che possa essere visto come punto di riferimento in qualsiasi caso”.
- “Al di là del conoscere tutte le attrezzature che ci sono in reparto”.
- “Saper individuare bene anche le priorità a cui bisogna trovarsi di fronte e saperle gestire”.
- “È importante l'osservazione proprio del neonato per riuscire a capire al di là dei dati che ci possono dare i *monitor*”.
- “Un'altra cosa importante è lavorare in équipe, saper individuare le persone che devono interagire con te”.
- “La relazione con i genitori è molto importante”.
- “... (i genitori) riuscire a saperli accompagnare in questa avventura che per loro è un'esperienza del tutto nuova e difficoltosa da affrontare”.
- “Una buona motivazione è molto importante”.
- “Fare prima un corso di rianimazione neonatale avanzato, ... conoscere procedure, i protocolli, linee guida”.
- “Calma”.
- “La competenza avanzata, a maggior ragione probabilmente con un neonato che non ti dice niente, deve essere che lo vedi, è la capacità di vedere a trecentosessantacinque gradi questo bambino”.
- “... (la competenza avanzata) non è pensata”.
- “In un attimo ha già capito tutta la situazione”.
- “Dalla sua capacità può andare a valutare che è la macchina che non funziona bene e non è il bambino che sta male”.
- “Si acquisisce con il tempo e l'esperienza e nel vedere e rivedere le cose che succedono”.
- “E sarai in grado di mettere insieme quel qualcosina in più piuttosto che il caso che avevi già visto”.
- “Non è saper utilizzare alla perfezione ad esempio l'ipotermia”.
- “Poi va beh ci sono persone che sono più come si dice, portate per la macchina, più tecniche, tecnologiche”.
- “Poi alla fine ci sono quelle che sono più filosofe, più brave nella relazione, a prendersi in carico la famiglia”.
- “La competenza avanzata è questo, partire dalla cosa più semplice per arrivare alla più complicata, ma soprattutto è la visione d'insieme, saper mettere insieme l'assistenza, contestualizzarla al momento che si presenta”.
- “Più ci stai più impari”.
- “Profili *ad hoc* (per esempio cosa deve fare il neofita da 0 a 2 anni)”.
- “Se devi dare un giudizio questo deve essere consono alla persona che hai davanti anche in relazione alla sua anzianità”.

Tabella 1. Gruppi tematici emersi dalla trascrizione e rielaborazione delle interviste

	Affermazioni dei partecipanti
Tema 1: formazione	<ul style="list-style-type: none"> - “Infermiere specializzato”. - “La medicina è sempre in continua evoluzione quindi (gli infermieri) devono sempre cercare di informarsi, formarsi, fare corsi...” - “Chi lavora in Terapia Intensiva Neonatale deve essere un infermiere altamente specializzato”. - “Deve essere favorito innanzitutto l’inserimento di figure professionali adeguatamente formate come l’infermiere pediatrico, se questo non è possibile deve essere un infermiere che ha avuto un’esperienza lavorativa in ambito di terapia intensiva”. - “Questi corsi di formazione e di aggiornamento secondo il mio punto di vista non devono essere solo aziendali”. - “Partecipazione degli infermieri del mio reparto a gruppi di studio”. - “Favorire l’adozione di percorsi diagnostico terapeutici”. - “Deve esserci la formazione e l’aggiornamento dei nostri saperi in modo continuo soprattutto in base a quello che la letteratura scientifica propone”. - “Quindi magari a volte interrogarsi se determinate procedure devono essere aggiornate in base a quello che la ricerca ci propone”. - “Fare prima un corso di rianimazione neonatale avanzato, ... conoscere procedure, i protocolli, linee guida”.
Tema 2: relazione	<ul style="list-style-type: none"> - “Avere un certo rapporto con i genitori, loro sono un punto molto importante. - “Un infermiere praticamente che deve sapere lavorare in équipe”. - “Essere in grado di lavorare in équipe ma in maniera autonoma”. - “Saper essere d’aiuto ai genitori”. - “Essere d’aiuto alle infermiere nuove, quindi una figura di <i>tutor</i>, aiutare gli studenti”. - “Calma e comunque riuscire a mantenere un certo distacco nei confronti dei bambini e del caso singolo”. - “Lavorare con amore e che comunque ci vuole un certo distacco”. - “Solo il confronto con altri infermieri che lavorano nello stesso ambito può favorire l’adozione di un protocollo condiviso”. - “Un’altra cosa importante è lavorare in équipe, saper individuare le persone che devono interagire con te”. - “La relazione con i genitori è molto importante”. - “... (i genitori) riuscire a saperli accompagnare in questa avventura che per loro è un’esperienza del tutto nuova e difficoltosa da affrontare”. - “Poi alla fine ci sono quelle che sono più filosofe, più brave nella relazione, a prendersi in carico la famiglia”.
Tema 3: abilità clinico-assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - “Esame obiettivo”. - “Deve saper intervenire subito”. - “Riconoscere il dolore”. - “Saper individuare i problemi indipendentemente dai <i>monitor</i>”. - “Gestire determinate situazioni con una certa autonomia e sicurezza”. - “La <i>care</i> (...) metterla in pratica, avere una conoscenza di cosa sono i bambini prematuri e di quali sono le patologie che li riguardano”. - “Al di là del conoscere tutte le attrezzature che ci sono in reparto”. - “Saper individuare bene anche le priorità a cui bisogna trovarsi di fronte e saperle gestire”. - “È importante l’osservazione proprio del neonato per riuscire a capire al di là dei dati che ci possono dare i <i>monitor</i>”. - “Non è saper utilizzare alla perfezione ad esempio l’ipotermia”. - “Poi va beh ci sono persone che sono più portate per la macchina, più tecniche, tecnologiche”. - “Calma”.
Tema 4: esperienza	<ul style="list-style-type: none"> - “Alla fine un infermiere dovrebbe avere una certa esperienza”. - “Quindi cambia anche l’autonomia che una persona acquisisce più tempo che uno è infermiere”. - “Durante lo svolgimento del proprio lavoro in turno deve esserci la presenza di un infermiere, di un <i>senior nurse</i> che abbia una certa esperienza nel nostro ambito e che possa essere visto come punto di riferimento in qualsiasi caso”. - “Si acquisisce con il tempo e l’esperienza e nel vedere e rivedere le cose che succedono”. - “Più ci stai più impari”. - “Profili <i>ad hoc</i> (es. cosa deve fare il neofita da 0 a 2 anni)”. - “Se devi dare un giudizio questo deve essere consono alla persona che hai davanti anche in relazione alla sua anzianità”.
Tema 5: visione sistemica	<ul style="list-style-type: none"> - “La competenza avanzata, a maggior ragione probabilmente con un neonato che non ti dice niente, deve essere che lo vedi, è la capacità di vedere a trecentosessantacinque gradi questo bambino”. - “... (la competenza avanzata) non è pensata”. - “In un attimo ha già capito tutta la situazione”. - “Dalla sua capacità può andare a valutare che è la macchina che non funziona bene e non è il bambino che sta male”. - “E sarai in grado di mettere insieme quel qualcosa in più piuttosto che il caso che avevi già visto”. - “La competenza avanzata è questo, partire dalla cosa più semplice per arrivare alla più complicata, ma soprattutto è la visione d’insieme, saper mettere insieme l’assistenza, contestualizzarla al momento che si presenta”.
Fuori tema	<ul style="list-style-type: none"> - “Avere una buona motivazione è molto importante”.

Tema 2: relazione

Il tema della relazione assume diverse connotazioni che sono state divise in sottotemi:

Relazione con i genitori: nell'ambito della Terapia Intensiva Neonatale l'infermiere con competenza avanzata instaura con i genitori dei neonati ricoverati relazioni efficaci nel sostenere la loro genitorialità e migliorare gli esiti assistenziali dei neonati.

“Avere un certo rapporto con i genitori, loro sono un punto molto importante”.

“... (i genitori) riuscire a saperli accompagnare in questa avventura che per loro è un'esperienza del tutto nuova e difficoltosa da affrontare”.

Relazione con i neonati: anche se il neonato è un paziente particolare, perché non può comunicare attraverso la parola con chi gli presta assistenza, possedere una capacità di relazione nei suoi confronti è una caratteristica di chi ha competenze avanzate. Si deve lavorare con empatia, ma non ci si deve lasciare sopraffare dalle situazioni che si incontrano in un ambito assistenziale come quello di area critica, solo così si può mettere in atto una relazione d'aiuto efficace.

“Lavorare con amore e che comunque ci vuole un certo distacco”.

Relazione con i colleghi: un'altra caratteristica importante è la capacità di lavorare in équipe, di saper interagire con tutte le figure professionali che lavorano per il benessere del neonato: l'infermiere con competenza avanzata è colui che sa rivestire più ruoli nei confronti dei suoi colleghi (e degli studenti), da consulente a *tutor* ma che sa anche riconoscere quando è lui che ha bisogno di aiuto, tramite un confronto continuo all'interno dell'équipe ma anche della professione stessa.

“Un'altra cosa importante è lavorare in équipe, saper individuare le persone che devono interagire con te”.

“Esser d'aiuto alle infermiere nuove, quindi una figura di *tutor*, aiutare gli studenti”.

“Solo il confronto con altri infermieri che lavorano nello stesso ambito può favorire l'adozione di un protocollo condiviso”.

Tema 3: abilità clinico-assistenziale

Nelle interviste è emerso che gli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva Neonatale considerano come competenza avanzata alcune capacità cliniche che vanno al di là delle abilità che si apprendono nei percorsi di formazione di base e nei periodi di affiancamento, ma sono abilità globali che vengono sviluppate in modo diverso da ogni infermiere nel tempo. L'infermiere con competenza avanzata è colui che possiede buone capacità tecniche, ma nel

suo lavoro non si affida esclusivamente alla tecnologia ma anche alle sue capacità personali di intuizione, valutazione e alle sue conoscenze; sa gestire le diverse situazioni che deve affrontare con autonomia e tranquillità attribuendo in ogni situazione le adeguate priorità.

“È importante l'osservazione proprio del neonato per riuscire a capire al di là dei dati che ci possono dare i *monitor*”.

“Gestire determinate situazioni con una certa autonomia e sicurezza”.

“Saper individuare bene anche le priorità a cui bisogna trovarsi di fronte e saperle gestire”.

Tema 4: esperienza

L'esperienza è caratteristica che si intreccia in modo diretto con tutti i temi che sono emersi. Infatti è con l'esperienza che si acquisiscono determinate abilità cliniche e si matura la capacità di visione di insieme e di autonomia nella gestione dei vari fenomeni che possono presentarsi.

“Quindi cambia anche l'autonomia che una persona acquisisce più tempo che uno è infermiere”.

“Si acquisisce con il tempo e l'esperienza e nel vedere e rivedere le cose che succedono”.

“Durante lo svolgimento del proprio lavoro in turno deve esserci la presenza di un infermiere, di un *senior nurse* che abbia una certa esperienza nel nostro ambito e che possa essere visto come punto di riferimento in qualsiasi caso”.

Tema 5: visione sistemica

Dall'analisi dei dati emerge da ogni intervista, in alcune in modo più esplicito, in altre in modo più implicito, come la competenza avanzata sia percepita dagli infermieri non solo come insieme di caratteristiche, ma come capacità globale, come una visione d'insieme, una serie di abilità e competenze che possedute e applicate singolarmente non rappresentano la competenza avanzata. L'insieme di queste capacità e qualità invece rappresenta più della “somma delle singole parti”.

“La competenza avanzata, a maggior ragione probabilmente con un neonato che non ti dice niente, deve essere che lo vedi, è la capacità di vedere a trecentosessantacinque gradi questo bambino”.

“... (la competenza avanzata) non è pensata”.

“E sarai in grado di mettere insieme quel qualcosina in più piuttosto che il caso che avevi già visto”.

I cinque temi individuati sono emersi in modo significativo in ogni intervista.

In una sola intervista è invece emerso il concetto della motivazione, che però viene riportato per sottolinearne la singolarità: “Avere una buona motiva-

zione è molto importante”; infatti senza una buona motivazione professionale non si può favorire lo sviluppo di una pratica infermieristica avanzata.

DISCUSSIONE

Tutti i temi che sono emersi dall’analisi dei dati sono in stretta relazione; nessuno dei partecipanti al protocollo di ricerca durante l’intervista ha risposto al quesito con un elenco di caratteristiche o con una definizione precisa, ma ognuno con un discorso globale e personalizzato ha mostrato che la competenza avanzata emerge da una visione d’insieme. Il tema della formazione è molto interessante in quanto gli infermieri che hanno partecipato allo studio hanno sottolineato che per possedere una competenza avanzata è necessario avere una formazione specifica nell’area intensiva neonatale e questo rispecchia con quanto rilevato nella letteratura (Aari, 2008, Cowan, 2007).

In letteratura (Cescutti-Butler, 2003, Brownesi, 1999) si trovano inoltre riferimenti alla formazione continua, alla ricerca e alla capacità relazionale, in linea con quanto emerso dai dati. Infatti per mettere in atto una pratica avanzata sono fondamentali le capacità relazionali per essere guida e sostegno per la famiglia, per i colleghi con meno esperienza e per gli studenti. L’infermiere con competenze avanzate è colui che riveste più ruoli, quello di *tutor*, consulente, *case manager* ed è importante dare risalto a tutti questi ruoli nell’ambito assistenziale quotidiano. Per quanto riguarda il tema delle abilità clinico assistenziali è interessante sottolineare che nessuno dei partecipanti ha posto l’accento sulla competenza tecnologica, ma la sua importanza trova risalto se adeguatamente associata ad altre abilità, non come fenomeno isolato.

Gli infermieri intervistati riconoscono in modo uniforme che la natura “avanzata” della competenza infermieristica in Terapia Intensiva Neonatale di tipo clinico non risiede in compiti o attività aggiuntivi, nell’aumento del “saper fare” più azioni, ma nel miglioramento e potenziamento del “saper come fare”. La competenza avanzata riferita agli aspetti clinici è costantemente ricondotta ad abilità non meramente tecniche, ma di tipo metodologico (saper valutare, anche in situazioni a razionalità limitata), strategico (saper cogliere la situazione e adottare comportamenti orientati da priorità) e di struttura personale (saper affrontare e gestire le difficoltà, assumere un appropriato livello di coinvolgimento emotivo). Tali concezioni sono ampiamente convergenti con il pensiero di Patricia Benner (1982) sulle caratteristiche maggiormente qualificanti l’infermiere esperto.

L’esperienza è un altro elemento chiave che si intreccia con tutti gli altri temi e nonostante sia quello più difficile da spiegare definisce in modo più completo la competenza avanzata. In parallelo la letteratura (Nicolson, 2005) la individua come una padronanza globale legata a una gestione totale del fenomeno dalla cura assistenziale alla *leadership* gestionale, al riconoscimento del ruolo competente.

CONCLUSIONI

La competenza infermieristica avanzata è innanzitutto considerata dagli infermieri che operano in Terapia Intensiva Neonatale come il prodotto di un percorso formativo di tipo specialistico, finalizzato a qualificare uno specifico profilo professionale, in grado di rispondere ai bisogni che si manifestano in tale ambito. La competenza infermieristica avanzata si manifesta con una costante attenzione per la ricerca e per l’aggiornamento delle conoscenze scientifiche e cliniche. Ai fini della costruzione di una competenza infermieristica avanzata in Terapia Intensiva Neonatale, il valore attribuito alla formazione formale sembra prevalere rispetto al contributo che deriva dall’esperienza sul campo, pur riconosciuta ed esplicitata dagli infermieri nelle interviste. Tale attribuzione di valore risulta probabilmente collegata ai contenuti tuttora attuali della cultura professionale degli infermieri in Italia, fortemente ancorata alla necessità di definire e promuovere percorsi formali di formazione di base e posteriori come strategia per lo sviluppo della professione stessa.

La capacità di relazione è un elemento fondamentale necessario a descrivere la competenza infermieristica avanzata in Terapia Intensiva Neonatale. Per gli infermieri intervistati il tema della relazione comprende sia aspetti soggettivi (relazione con il neonato, con la mamma e i genitori, con i propri colleghi), sia una pluralità di caratteri e problematiche implicite nella dimensione relazionale dell’assistenza infermieristica: relazione come educazione e mediazione, competente tra i bisogni della persona assistita e quelli dei genitori *caregiver*. Inoltre non va trascurato, sempre nell’ambito della relazione, la tensione etica e umanistica verso il bene dell’“essere umano più piccolo”, che richiede impegno psicologico per l’operatore ed è il risultato di un buon clima organizzativo, l’espressione del lavorare bene in *team*.

La ricerca mette in evidenza i due aspetti fondamentali della competenza infermieristica avanzata, che si confermano anche nell’ambito della Terapia Intensiva Neonatale: la formazione strutturata

di tipo specialistico come base per la costruzione del profilo di competenze specifiche e il carattere esperto e non tecnico dell'infermiere, alimentato durante l'intero arco del proprio esercizio professionale attraverso l'aggiornamento, la ricerca e la riflessione attiva e critica sull'esperienza pratica.

BIBLIOGRAFIA

- Aari RL, Tarja S, Helena LK (2008) *Competence in intensive and critical care nursing: a literature review*. *Intensive Crit Care Nurs*, 24, 78-89.
- Bannister SL, Hilliard RI, Regehr, et al. (2003) *Technical skills in paediatrics: a qualitative study of acquisition, attitudes and assumptions in the neonatal intensive care unit*. *Med Educ*, 37, 1082-90.
- Benner P (1982) From novice to expert. *Am J Nurs*.
- Browne JV, Vandenberg K, Ross ES et al. (1999) *The newborn developmental specialist: definition, qualifications and preparation for an emerging role in the neonatal intensive care unit*. *Infants and Young Children*, 11, 53-64.
- Cescutti-butler L, Galvin K (2003) *Parents' perceptions of staff competency in a neonatal intensive care unit*. *J Clin Nurs*, 12, 752-61.
- Cowan DT, Norman I, Coopmah VP (2007) *Competence in nursing practice: a controversial concept-a focused review of literature*. *Accid Emerg Nurs*, 15, 20-6.
- Garside JR, Nhemachena JZ (2013) *A concept analysis of competence and its transition in nursing*. *Nurse Educ Today*, 33, 541-5.
- NANN (2009) *Requirements for advanced neonatal nursing practice in neonatal intensive care units*.
- NANN (2010) *The future of Neonatal Advanced Practice Registered Nurse*. Nicolson P, Burr J, Powell J (2005) *Becoming an advanced practitioner in neonatal nursing: a psycho-social study of the relationship between educational preparation and role development*. *J Clin Nurs*, 14, 727-38.
- Sanson J (2007) *Nursing advanced practice: some thoughts* Prof *Inferm*, 60, 5-12.
- Shosha GA (2012) Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal, ESJ*, 8.
- Smith SA (2012) *Nurse competence: a concept analysis*. *Int J Nurs Knowl*, 23, 172-82.
- Valloze J (2009) *Competence: a concept analysis*. *Teaching and Learning in Nursing*, 4, 115-118.
- Yanhua C, Watson R (2011) *A review of clinical competence assessment in nursing*. *Nurse Educ Today*, 31, 832-6.



CONTRIBUTI

Prevenzione delle punture accidentali in comparto operatorio, l'uso del doppio guanto

di Sara Isopi

Infermiera Strumentista, Barts Heart Center, National Health Service Trust, United Kingdom

Corrispondenza: isopi.sara@gmail.com

Le punture accidentali in ambito operatorio rappresentano un rischio per la salute dell'operatore e dell'assistito e possono essere causate da diversi mezzi: aghi, suture, strumenti, lame e divaricatori (Childs, 2013).

Una perforazione nei guanti sterili e una puntura accidentale non solo mettono l'operatore sanitario a rischio di esposizione a più di 25 virus a trasmissione ematica come HIV, HBV e HCV (Yang e Mullan, 2011), ma possono anche essere responsabili di una infezione del sito chirurgica dovuta alla migrazione della flora residente dalle mani dell'operatore al sito chirurgico (Hubner et al., 2010). Valutare i costi relativi al fenomeno non è un compito facile. Una stima è stata tentata negli Stati Uniti e ammonta ad almeno 500 milioni di dollari annui (Rich, 2012: 27).

Obiettivo di questo contributo è di descrivere quale sia la considerazione dell'uso del doppio guanto ai fini della prevenzione delle punture accidentali da ago in comparto operatorio.

L'uso del doppio guanto è utilizzato per prevenire le punture accidentali?

Per rispondere a questo quesito sono stati esaminati i protocolli delle Aziende Sanitarie presso cui ha effettuato il proprio lavoro di infermiere strumentista, le linee guida del Regno Unito e le raccomandazioni per la pratica dell'Association for Perioperative Practice (AfPP) inglese. È stata anche condotta una ricerca della letteratura allo scopo di stabilire la migliore pratica e le conseguenze di una mancata adesione alle linee guida. Sono state considerate le pubblicazioni degli ultimi 10 anni nel tentativo di portare alla luce le evidenze più recenti. È emerso che le riviste infermieristiche non prestano molta attenzione al fenomeno, quindi le riviste mediche sono risultate la principale fonte di informazione. Le punture accidentali e le infezioni del sito chirurgico sono un problema mondiale e gli articoli selezionati hanno rilievo internazionale. Una ricerca effettuata attraverso la banca dati ILISI ha evidenziato la presenza di un articolo in lingua italiana inerente il rischio clinico in sala operatoria eliminato dopo la lettura dell'abstract in quanto affronta il tema della sicurezza del paziente e non dell'operatore sanitario. Una ricerca su Pubmed volta alla ricerca di letteratura prodotta in lingua italiana ha evidenziato 4 studi sulle punture accidentali in ambito clinico, ma nessuno affronta la tematica del doppio guanto e pertanto non sono stati inseriti in questo lavoro. La consultazione della banca dati Cochrane ha permesso di reperire una revisione sistematica inerente il danno d'ago.

Risultati

Dalla letteratura emergono diversi aspetti relativi sia al fenomeno del rischio di puntura da ago che alle strategie di prevenzione (Tabella 1).

Tabella 1: sintesi dei principali contenuti emersi dalla revisione della letteratura	
PRINCIPALI CONTENUTI	ARTICOLI
In Gran Bretagna gli operatori sanitari vengono a contatto con il sangue del paziente nel 50% delle procedure chirurgiche e il 77% degli incidenti è dovuto agli aghi di sutura.	Brown, 2015
A seguito di una puntura accidentale c'è un rischio dello 0.3% di contrarre l'HIV, del 3% per l'HCV e del 30% per l'HBV.	Yang e Mullan, 2011
La migrazione della flora residente dalle mani dell'operatore al sito chirurgico può essere responsabile di infezione del sito chirurgico.	Hubner et al., 2010
L'uso di un doppio guanto è un fattore associato a una significativa riduzione delle infezioni degli shunt.	Kanev e Sheehan, 2003 Sarmey et al., 2015 Sø Rensen et al., 2008
Negli USA si stima che i costi connessi al danno da ago ammontino a 500 milioni di dollari annui.	Rich, 2012
Laddove ci sia una esposizione ai taglienti, andrebbero usati due paia di guanti indipendentemente dal tipo di chirurgia e dalle preferenze personali (AfPP, 2011).	AfPP, 2011
Nessuna chirurgia è esente dal rischio di perforazione dei guanti.	Maqbali e Abdullah, 2014
Indossare due paia di guanti in tutti i tipi di chirurgia, quale routine, è fortemente raccomandato per limitare il rischio di contaminazione tra operatore e paziente e viceversa.	Tanner e Parkinson, 2006 Maqbali e Abdullah, 2014 Ping Guo et al., 2012 Childs, 2013 Yang e Mullan, 2011
Indossare due paia di guanti è una misura efficace per prevenire malattie a trasmissione ematica dopo un danno da ago (Childs, 2013).	Childs, 2013
Il doppio guanto non ha alcun impatto sulla destrezza e sensazione tattile.	Fry et al., 2010
Un programma educativo sui danni da ago rivolto agli studenti infermieri si è dimostrato valido nel ridurre le punture accidentali.	Wang et al., 2003

Nel Regno Unito si stima che nel 50% delle procedure chirurgiche gli operatori sanitari vengano a contatto con il sangue del paziente e che il 77% degli incidenti sia causato dagli aghi da sutura (Brown, 2015:77).

La prevenzione del rischio

La direttiva Europea 2010/32/EU si occupa proprio dei danni d'ago in ambiente ospedaliero e nel settore sanitario ed è stata recepita in Italia attraverso il decreto legislativo 19 Febbraio 2014 n.19. La direttiva europea pone l'accento sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori in quanto una delle condizioni per un'assistenza di qualità.

Al fine di prevenire il danno d'ago vengono riconosciuti come elementi essenziali la formazione del personale, la dotazione di risorse adeguate e il lavorare in condizioni di sicurezza e presuppone la valutazione del rischio al fine di determinare come eliminare l'esposizione e di prevedere possibili alternative (2010/32/EU). Misure per eliminare il rischio consistono nell'eliminazione sicura dei taglienti, nella soppressione dell'uso non necessario di taglienti introducendo modifiche nella pratica e fornendo dispositivi medici dotati di protezione e di sicurezza e nel divieto di reincappucciamento degli aghi (2010/32/EU).

I contenitori dei taglienti vanno posizionati il più vicino possibile al luogo in cui vengono utilizzati. Inoltre, laddove sia presente un vaccino efficace per un agente biologico a cui il lavoratore potrebbe essere esposto dovrà essere proposta la vaccinazione e offerta gratuitamente a tutti i lavoratori e studenti che prestano cure medico-sanitarie (2010/32/EU). Inoltre, la direttiva europea 2010/32/EU prevede la notifica al datore di lavoro di qualsiasi incidente causato da tagliente e la necessità per il datore di lavoro di prestare immediate cure al lavoratore e il necessario follow-up.

Il decreto legislativo 19 Febbraio 2014 n.19 prevede per il datore di lavoro che non rispetta la normativa l'arresto dai 3 ai 6 mesi o l'ammenda da 2.740 euro a 7.014,40 euro. I metodi utilizzabili in sala operatoria per minimizzare il danno da ago sono molteplici: uso del doppio guanto, buona comunicazione, scelta di tecniche a mano libera quando si passano taglienti (ad esempio depositando il bisturi o il portaaghi in una bacinella reniforme), uso di uno spazio neutrale per il passaggio di taglienti, formazione, corretto smaltimento dei taglienti, scelta di suture con punta smussa (Childs, 2013).

I costi del danno da ago

La valutazione dei costi legati al danno da ago non è semplice da effettuare ed è complicata dalla pratica diffusa di non denunciare i danni da ago (Rich, 2012). Le ragioni che comunemente vengono citate quale giustificazione per non aver denunciato l'incidente sono: percezione del paziente o dell'incidente stesso come a basso rischio, carenza o ignoranza dei protocolli ospedalieri, timore degli esiti, mancanza di tempo e non essere soddisfatti delle procedure di follow-up (Bradley et al., 2003). Kelly (2009) sostiene che un'altra motivazione spesso adottata dai chirurghi che non denunciano le punture accidentali è il non credere nella trasmissione di infezioni attraverso i danni di ago. Questa falsa percezione di basso rischio del danno di ago è smentita da studi che dimostrano che a seguito di una puntura accidentale c'è un rischio dello 0.3% di contrarre l'HIV, del 3% per l'HCV e del 30% per l'HBV (Yang e Mullan, 2011:2).

La valutazione dei costi è quindi difficoltosa per questo fenomeno di non denuncia e per la difficoltà di valutare le conseguenze emotive e psicologiche quali, ad esempio, l'assenteismo dal lavoro. Gli Stati Uniti d'America hanno stimato che i danni da ago costano al sistema sanitario almeno 500 milioni di dollari all'anno, con un oscillazione dai 70 ai 4838 dollari per singolo incidente (Rich, 2012: 27). Uno studio thailandese condotto su 2031 infermieri di sala operatoria, di cui 1270 erano stati esposti a fluidi corporei, mostra come le maggiori conseguenze psicologiche fossero stress, ansia e insonnia (Kasatpibal, 2016:40).

Il danno da ago e le infezioni del sito chirurgico

Un altro fattore da valutare quando si parla di costi è il fatto che il danno e la perforazione dei guanti, spesso non notati dagli operatori sanitari, possono essere responsabili di infezioni del sito chirurgico. Infatti, anche un danno minuscolo al guanto diminuisce la sua funzione di barriera positiva e se da un lato espone l'operatorio sanitario al rischio di contatto con sangue e liquidi corporei del paziente, dall'altro può anche significare una migrazione batterica verso il sito chirurgico (Hubner et al., 2010). Il lavaggio chirurgico non elimina la flora residente dalle mani, la riduce e i microorganismi ricominciano a moltiplicarsi subito dopo il lavaggio (AfPP, 2011).

Se guardiamo agli studi nel campo della neurochirurgia pediatrica ci accorgiamo che la disfunzione degli shunt è spesso causata da un'infezione batterica e che l'uso di un doppio guanto è un fattore importante per limitare questo tipo di infezione, insieme ad altri fattori come la tecnica chirurgica e la limitata manipolazione dei bordi cutanei (Kanev e Sheehan, 2003).

Una revisione della letteratura di pochi anni fa (Sarmey et al., 2015: 548) afferma che i soli fattori associati a una significativa riduzione delle infezioni degli shunt sono le suture impregnate di antibiotico, la non depilazione e il doppio guanto in aggiunta al cambio di guanto prima di ogni forma di contatto con lo shunt. Uno studio che ha analizzato i guanti di chirurghi degli assistenti e degli strumentisti coinvolti in 10 operazioni di shunt, li ha trovati contaminati dopo 15 minuti dall'inizio della chirurgia e raccomanda il cambio dei guanti prima della manipolazione dello shunt (Sø Rensen et al., 2008: 675).

La frequenza di perforazione accidentale dei guanti chirurgici

Gli operatori sanitari potrebbero ritenere che alcune specialità siano più a rischio di altre per quel che riguarda le punture accidentali, ma Maqbali e Abdullah (2014) sono dell'idea che tutte le specialità hanno un rischio di perforazione dei guanti. La revisione della letteratura da loro effettuata offre le seguenti stime di frequenza di perforazione accidentali dei guanti chirurgici: 84% chirurgia ortopedica, 48% cardiocirurgia, 23% chirurgia ostetrica e ginecologica; 27% chirurgia generale, 22% chirurgia oftalmica.

Le linee guida inglesi e le raccomandazioni nella letteratura

Le linee guida nazionali inglesi suggeriscono di indossare il doppio guanto in ogni occasione in cui ci sia un rischio di perforazione elevato e in grado di causare una contaminazione con gravi conseguenze per la salute dell'operatore (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2008). C'è da domandarsi se nelle chirurgie a "basso rischio" il paziente che si sta assistendo possa avere una malattia non diagnosticata e se si possa avere la certezza che non si riceverà una puntura accidentale. È opinione dell'autore che il fatto stesso che esista un rischio di perforazione, non importa se alto o basso, è una condizione sufficiente a mettere in pratica tutte le possibili misure preventive per evitare una contaminazione tra paziente e operatore e viceversa, incluso l'uso del doppio guanto.

L'AfPP (2011) raccomanda che la decisione di indossare un doppio guanto non vada presa sulla base di preferenze personali o sul livello di rischio del paziente, piuttosto il professionista sanitario dovrebbe valutare il rischio della procedura chirurgica: laddove ci sia un'esposizione ai taglienti, andrebbero usati due paia di guanti. Sempre secondo l'AfPP (2011) ci sono evidenze che supportano l'uso del doppio guanto durante tutti i tipi di chirurgia, anche nei casi di chirurgia a basso rischio (Tanner e Parkinson, 2006).

Maqbali e Abdullah (2014) raccomandano fortemente di usare due paia di guanti durante tutte le procedure chirurgiche per limitare la contaminazione con i fluidi corporei. La scomodità di indossare un sottoguanto sembra ridursi attraverso l'uso costante del doppio guanto e attraverso l'accortezza di indossare una taglia maggiore come guanto interno e la corretta misura come guanto esterno (Maqbali e Abdullah, 2014).

Anche Ping Guo et al. (2012) sostiene che il doppio guanto debba essere usato come routine. Il suo studio dimostra, infatti, che l'8.9% dei guanti singoli e che l'11.3% dei doppi guanti erano stati perforati durante la chirurgia, di solito dopo 69.8 minuti dall'inizio della procedura.

Però, nel caso di uso di doppio guanto, solo quello esterno era stato perforato mentre quello interno è rimasto intatto (Ping Guo et al., 2012: 214).

Childs (2013) ritiene che indossare due paia di guanti è una misura efficace per prevenire malattie a trasmissione ematica dopo un danno da ago.

Yang e Mullan (2011) incoraggiano il doppio guanto dopo aver analizzato dieci studi sul doppio guanto di cui 8 dimostrano una ridotta perforazione del sottoguanto interno.

Il professionista sanitario che usa il doppio guanto dovrebbe, inoltre, indossare un sotto guanto colorato che renderebbe più facile accorgersi di una perforazione del guanto esterno (Tanner e Parkinson, 2006). Tuttavia, nonostante il vantaggio di poter rimpiazzare più velocemente il guanto perforato grazie al sotto guanto colorato che mette subito in evidenza la perforazione, questa misura non sembra ridurre le perforazioni nel guanto interno (Mischke et al., 2014).

Una revisione sistematica che ha analizzato 34 studi controllati randomizzati (Mischke et al., 2014) conferma che usare due guanti invece che uno riduce la frequenza di perforazione del guanto interno.

L'effetto del doppio guanto sulla destrezza e sensazione tattile

Nonostante la letteratura scientifica sembra essere d'accordo sull'efficacia del doppio guanto, c'è ancora scarsa *compliance* da parte dei professionisti sanitari. I chirurghi che per la prima volta provano il doppio guanto lamentano spesso una perdita di destrezza e sensazione tattile, ma gli studi suggeriscono che il doppio guanto non ha alcun impatto su queste capacità e che dopo un consistente uso i chirurghi si sentono a loro agio e come se fossero a mani nude usando il doppio guanto (Fry et al., 2010). Mischke et al. (2014) conferma che non sembra esserci effetto negativo sulla destrezza dei chirurghi. L'AfPP (2011) suggerisce ai chirurghi restii al doppio guanto, di indossare un sottoguanto almeno nella mano non dominante, che è anche quella a più elevato rischio di puntura accidentale.

Un altro aspetto da considerare riguarda le misure educative: uno studio condotto in Cina presso studenti infermieri ha dimostrato la validità di un programma di formazione relativo i danni da ago nel ridurre le punture accidentali (Wang et al., 2003).

Un altro aspetto da considerare, sia che si usi il doppio guanto che il singolo, è la raccomandazione che arriva dalla letteratura scientifica di cambiare i guanti frequentemente, almeno ogni 90 minuti, perché potrebbero essere perforati e la perforazione troppo piccola per essere apprezzata dall'occhio (Hubner et al., 2010; Maqbali e Abdullah, 2014: 1121).

Alcuni autori suggeriscono che quando si fa ricorso al doppio guanto, il volume di sangue residuo su un ago da sutura contaminato diminuisce del 95% e di conseguenza il rischio di esposizione al sangue del paziente diminuisce dell'87% (Childs, 2013: 588).

Conclusioni

In conclusione, la perforazione dei guanti e i danni da ago espongono il professionista sanitario a più di 25 virus a trasmissione ematica, inclusi HIV, HBV e HCV (Yang e Mullan, 2011: 2). Inoltre, una perforazione del guanto può decretare una infezione del sito chirurgico a seguito della migrazione della flora residente dalle mani del professionista al sito chirurgico (Hubner et al., 2010).

Studi americani hanno stimato che il costo dei danni da ago si aggira intorno ai 500 milioni di dollari annui (Rich, 2012: 27).

Una misura effettiva, efficace per il contenimento dei costi è il doppio guanto, a prescindere dalla specialità chirurgica e dal livello di rischio del paziente (AfPP, 2011). Tali conclusioni possono portare a considerazioni utili per la pratica clinica (Tabella 2).

Tabella 2: Considerazioni per la pratica clinica

PRINCIPALI CONSIDERAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Indossare il doppio guanto ogni volta che ci sia un rischio di perforazione elevato che possa causare gravi conseguenze per la salute dell'operatore. (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2008).

La decisione di indossare il doppio guanto non va presa sulla base di preferenze personali o sul livello di rischio del paziente (AfPP, 2011).

Laddove ci sia una esposizione ai taglienti, andrebbero usati due paia di guanti indipendentemente dal tipo di chirurgia (AfPP, 2011).

Indossare il doppio guanto costantemente con l'accortezza di scegliere una taglia maggiore come guanto interno e la corretta misura come guanto esterno ne riduce la scomodità (Maqbali e Abdullah, 2014).

Indossare due paia di guanti è una misura efficace per prevenire malattie a trasmissione ematica dopo un danno da ago (Childs, 2013).

Il professionista sanitario che usa il doppio guanto dovrebbe, inoltre, indossare un sotto guanto colorato che renderebbe più facile accorgersi di una perforazione del guanto esterno (Tanner e Parkinson, 2006).

L'uso del doppio guanto riduce la perforazione del sottoguanto interno (Yang e Mullan, 2011).

Nonostante gli studi sostengono che il doppio guanto non abbia impatto sulla destrezza e sulle sensazioni tattili (Fry et al., 2010), ai chirurghi restii al doppio guanto viene suggerito di indossare un sottoguanto almeno nella mano non dominante, che è anche quella a più elevato rischio di puntura accidentale (AfPP, 2011).

Cambiare i guanti frequentemente, almeno ogni 90 minuti, perché potrebbero essere perforati e la perforazione troppo piccola per essere apprezzata dall'occhio (Hubner et al., 2010; Maqbali e Abdullah, 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Al Maqbali, M.A. (2014) Using double gloves in surgical procedures: a literature review. *British Journal of Nursing*, 23 (21), pp. 1116-1122.
- Brown, C.M. (2015) Double gloving: personal choice or professional requirement? *ODP*, 3(2), pp. 77-80.
- Childs, T. (2013) Use of Double Gloving to Reduce Surgical Personnel's Risk of Exposure to Boodborne Pathogens: An Integrative Review. *AORN Journal*, 98 (6), pp. 585.
- Decreto Legislativo 19 Febbraio 2014, n.19. *Gazzetta Ufficiale* n.57 del 10-3-2014.
- Direttiva Europea 2010/32/UE "Prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector", D.Lgs. 19 febbraio 2014, n. 19.
- Fry, D.E., Harris, W.E., Kohnke, E.N. e Twomey, C.L. (2010) Influence of Double-Gloving on Manual Dexterity and Tactile Sensation of Surgeons. *J Am Coll Surg*. 210 (3), pp. 325-330.
- Hubner, N., Goerdts, A., Stanislawski, N., Assadian, O., Hiedecke, C., Kramer, A. e Partecke, L. (2010) Bacterial migration through punctured surgical gloves under real surgical conditions. *BMC Infectious Diseases*, 10(192), pp.1471-2334.
- Kanev, P. M. e Sheehan, J.M. (2003) Reflections on Shunt Infection. *Pediatric Neurosurgery*, 39 (6), pp. 285.
- Kasatpibal, N., Whitney, J.D., Katechanok, S., Ngamsakulrat, S., Malairungsakul, B., Sirikulsathean, P., Nuntawinit, C. e Muangnart, T. (2016) Practices and impacts post-exposure to blood and body fluid in operating room nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 57, pp. 39 – 47.
- Kelly, S. (2009) Needle-Stick Reporting Among Surgeons. *Annals of the royal college of surgeons of England*, 91(5), p. 443.

- National Institute for Health and Care Excellence (2008) Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline CG74.
- Mischke, C., Verbeek, J.H., Saarto, A., Lavoie, M., Pahwa, M., Ijaz, S. (2014) Gloves, extra gloves or special types of gloves for preventing percutaneous exposure injuries in healthcare personnel. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, Art. No: CD009573.
- Rich, S. (2012) Sharps injuries are a significant occupational health risk. Kai Tiaki Nursing New Zealand, 18(10), pp. 25-28.
- Sarmey, N., Kshetry, V.R., Shriver, M.F., Habboub, G., Machado, A.G. e Weil, R.J. (2015) Evidence-based interventions to reduce shunt infections: a systematic review. Childs Nerv Syst, 31, pp. 541–549.
- Sørensen, P., Ejlersen, T., Aaen, D. e Poulsen, K. (2008) Bacterial contamination of surgeons gloves during shunt insertion: a pilot study. British Journal of Neurosurgery, 22(5), pp. 675–677.
- Tanner, J. e Parkinson, H. (2006) Double gloving to reduce surgical cross-infection. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3 pp.1-43).
- The Association for Perioperative Practice (2011) Standards and Recommendations for Safe Perioperative Practice. Harrogate: The Association for Perioperative Practice.
- Wang, H., Fennie, K., He, G., Burgess, J. e Williams, A.B. (2003) A training programme for prevention of occupational exposure to bloodborne pathogens: impact on knowledge, behaviour and incidence of needle stick injuries among student nurses in Changsha, People's Republic of China. J Adv Nurs, 41(2), pp. 187-94.
- Yang, L. e Mullan, B. (2011) Reducing Needle Stick Injuries in Healthcare Occupations: An Integrative Review of the Literature. ISRN Nursing, pp. 1-11.

CONTRIBUTI

I nuovi farmaci anticoagulanti orali: prospettive sulla qualità di vita e sull'assistenza infermieristica

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

(1) Infermiera, I.R.C.C.S MultiMedica, Sesto San Giovanni (MI)

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

(3) PhD, Assegnista di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Milano-Bicocca - Monza

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

Corrispondenza: giuliadigiuni@libero.it

I farmaci anticoagulanti orali, secondo le attuali indicazioni, sono prescritti in molte situazioni cliniche: in primo luogo nella prevenzione primaria, secondaria e nella terapia della tromboembolia venosa e dell'embolia polmonare; poi nella prevenzione dell'embolia in pazienti affetti da fibrillazione atriale (FA), in pazienti portatori di protesi valvolari cardiache e in pazienti sottoposti a cardioversione elettrica; e infine nella prevenzione primaria e secondaria dell'ictus nel contesto della fibrillazione atriale (Auyeung et al., 2016).

L'impatto che queste patologie hanno sulla popolazione è rilevante: si stima che nell'Unione Europea vi siano 300 mila decessi all'anno correlati alla tromboembolia venosa (Winter et al., 2017), 10 milioni di persone affette da fibrillazione atriale e 360 mila casi di ictus all'anno correlati alla FA (Camm et al., 2012). Inoltre dallo studio *Italian Survey of Atrial fibrillation* (ISAF) è emerso che la prevalenza della fibrillazione atriale in Italia sia del 1,85%, il doppio rispetto a quanto registrato in studi effettuati in precedenza. I farmaci maggiormente prescritti nella terapia anticoagulante orale cronica sono gli antagonisti della vitamina K (AVK). In particolare il warfarin è stato per decenni l'anticoagulante *gold standard* nella prevenzione e trattamento di queste patologie.

Tuttavia, l'utilizzo del warfarin è complicato da alcune problematiche che hanno portato, negli ultimi anni, a sviluppare dei nuovi farmaci anticoagulanti orali, i NAO (Auyeung et al., 2016), che includono; gli inibitori diretti della trombina (dabigatran), che esercitano il loro effetto anticoagulante legandosi direttamente al sito attivo della trombina, inibendo così gli effetti a valle della stessa; gli inibitori diretti del fattore Xa (endoxaban, apixaban e rivaroxaban), che inibiscono il fattore Xa, bloccando contemporaneamente la via intrinseca e la via estrinseca della "cascata" della coagulazione (Katzung, Trevor, 2015).

Dallo studio osservazionale *Nemawashi* risulta che in Italia l'82,4% dei pazienti con FA è in trattamento con gli antagonisti della vitamina K (AVK) e il 17,6% con i nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO). Inoltre si stima che tra i pazienti potenzialmente eleggibili alla terapia con i NAO, solo il 16,7% riceveva realmente la terapia mentre il 42,2% non riceveva alcuna prescrizione.

Attraverso questa revisione della letteratura si vogliono analizzare benefici e svantaggi correlati all'utilizzo dei nuovi farmaci anticoagulanti orali, esaminando gli aspetti relativi a farmacocinetica, farmacodinamica, interazioni alimentari e farmacologiche, effetti collaterali, educazione sanitaria e costi, con l'obiettivo di evidenziare le prospettive future sulla qualità di vita delle persone in terapia con i NAO e sull'assistenza infermieristica.

Efficacia e sicurezza

Dall'analisi degli studi che confrontano l'efficacia e la sicurezza dei nuovi farmaci anticoagulanti orali versus warfarin nel trattamento della fibrillazione atriale non valvolare (FANV), sono emersi i seguenti dati: riduzione del 50% del rischio di ictus emorragico; incidenza di ictus e di embolia sistemica ridotta del 18% senza alcun aumento del rischio di sanguinamenti maggiori; ridotta incidenza di sanguinamento intracranico e aumentata incidenza di sanguinamento gastrointestinale (Dogliotti et al., 2013).

Inoltre i NAO si sono mostrati sicuri ed efficaci rispetto alle terapie tradizionali in altri *setting* cardiologici come nel caso del dabigatran, utilizzato nella terapia antitrombotica in seguito ad angioplastica con inserimento di stent (Cannon et al., 2017), nel trattamento dell'aterosclerosi stabile con rivaroxaban (Eikelboom et al., 2017) e in persone affette da fibrillazione atriale non valvolare sottoposte a cardioversione elettrica trattate con apixaban (Ezekowitz et al., 2016).

Farmacocinetica e farmacodinamica

L'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali non prevede un monitoraggio routinario della coagulazione a causa della natura prevedibile della loro farmacocinetica. Il dosaggio e l'intervallo di dosaggio, secondo le linee guida, non devono essere variati in relazione ai parametri di coagulazione. Gli unici esami da effettuare sono relativi alla funzionalità renale una volta all'anno oppure ogni sei mesi, nel caso in cui: il paziente abbia più di 80 anni, sia ad alto rischio emorragico, abbia un'insufficienza renale moderata oppure sia in condizioni che possano compromettere la funzionalità renale (Heidbuchel et al., 2015).

I NAO hanno una biodisponibilità che varia in base al farmaco utilizzato: dabigatran 37%, apixaban 50%, endoxaban 62%, rivaroxaban 66% a digiuno e 100% a stomaco pieno. L'insorgenza dell'effetto anticoagulante è rapida (poche ore rispetto ai 4-5 giorni con il warfarin) e l'emivita è breve: varia dalle 5 alle 17 ore (Heidbuchel et al., 2015).

I NAO sono associati a minori interazioni farmacologiche e alimentari rispetto al warfarin. Le interazioni riscontrate sono con il trasportatore della glicoproteina P (P-gp) e con il citocromo P450 isoenzima 3A4 (CYP3A4). Attualmente non sono disponibili evidenze scientifiche riguardo i possibili rischi nella co-somministrazione di alimenti o di medicinali a base di erbe e i NAO (Di Minno et al., 2017).

Le principali interazioni farmacologiche dei NAO sono con alcuni anticonvulsivanti/antiepilettici, antimicotici, antibiotici e inibitori delle proteasi dell'HIV (Tabella 1).

Tabella 1 - Principali interazioni farmacologiche dei NAO (Heidbuchel et al., 2015)

	Dabigatran	Apixaban	Endoxaban	Rivaroxaban
Amiodarone	dose normale rivalutare se altri farmaci			
Dronedarone	controindicato	dose normale rivalutare se altri farmaci	adattamento dose	dose normale rivalutare se altri farmaci
Verapamil	adattamento dose	no dati	dose normale rivalutare se altri farmaci	effetti minori
Atorvastatina	+18%	no dati	nessun effetto	nessun effetto
Claritromicina Eritromicina	dose normale rivalutare se altri farmaci	no dati	adattamento dose	dose normale rivalutare se altri farmaci
Rifampicina	controindicato	controindicato	controindicato	controindicato
Inibitori proteasi HIV	controindicati per assenza di dati	controindicati	controindicati per assenza di dati	controindicati
Itraconazolo Ketoconazolo Posaconazolo Voriconazolo	controindicati	controindicati	adattamento dose	controindicati
Ciclosporina Tacrolimus	controindicati	no dati	adattamento dose	dose normale rivalutare se altri farmaci
Carbamazepina Fenobarbital Fenitoina	controindicati	controindicati	controindicati	controindicati

Emergenze e gestione peri operatoria

La concentrazione ematica dei NAO e la relativa attività anticoagulante possono essere dosate nelle situazioni di emergenza (grave sanguinamento, trombosi, necessità di intervento chirurgico o in specifiche condizioni cliniche) mediante esami specifici a seconda del tipo di anticoagulante utilizzato. Le analisi che si possono effettuare per gli inibitori diretti della trombina sono: l'aPTT; il tempo di trombina (TT), che è molto sensibile alla presenza del dabigatran; il tempo di coagulazione dell'ecarina (ECT); il tempo di trombina diluito (dTT). Gli esami di laboratorio indicati nello specifico per gli inibitori del fattore Xa sono: il tempo di protrombina (PT), che fornisce informazioni quantitative per quanto riguarda il rivaroxaban, e l'anti-FXa cromogenico (Heidbuchel et al., 2015).

Se vi è la necessità di contrastare velocemente l'effetto anticoagulante di questi farmaci si può agire mediante l'utilizzo di:

- agenti non specifici: il concentrato di complesso protrombinico (PCC), il PCC attivato ed effettuare l'emodialisi in caso di sovradosaggio di dabigatran;
- agenti specifici: l'unico attualmente approvato è l'idarucizumab, un anticorpo monoclonale che è in grado di legare il dabigatran e neutralizzarne l'effetto anticoagulante. Sono in fase di sviluppo e approvazione l'andexanet alfa e l'aripazine, entrambi potenziali antidoti degli inibitori del fattore Xa.

Altro aspetto positivo in caso di emorragia è l'emivita breve.

La gestione dei NAO prima e dopo un intervento chirurgico varia in base al rischio emorragico della procedura e alla funzionalità renale del paziente:

- le procedure senza alcun rischio di emorragie clinicamente rilevanti e/o per cui è possibile effettuare un'efficace emostasi locale (ad es. procedure dentali) vengono effettuate 12 o 24 ore dopo l'ultima assunzione, a seconda dell'intervallo di dosaggio, per poi riprendere la terapia dopo 6-8 ore. Se il paziente ha una funzionalità renale nella norma, viene indicata l'assunzione dell'ultima dose 24 ore prima dell'intervento se il rischio di emorragia è minimo, mentre 48 ore prima se il rischio è elevato;
- per i pazienti con *clearance* della creatinina fra i 15-30 mL/min si consiglia di considerare l'interruzione 36 ore prima per interventi a basso rischio emorragico e 48 ore prima se il rischio è elevato;
- se l'intervento è invasivo e la persona ha la necessità di rimanere allettata per un certo periodo, si somministra eparina a basso peso molecolare dopo 6-8 ore, se avvenuta un'adeguata emostasi, per poi ricominciare la terapia con i NAO dopo 48-72 ore (Heidbuchel et al., 2015).

Effetti collaterali

Fra i possibili effetti collaterali correlati alla terapia anticoagulante orale vi sono l'alopecia e l'emorragia intraoculare. Dallo studio dei casi pubblicati è emersa la reversibilità dell'alopecia con la cessazione del trattamento e la sua ricomparsa alla ri-somministrazione del farmaco. L'Oms segnala 405 casi di alopecia associata all'utilizzo dei NAO (Watras et al., 2016). L'alopecia ha un impatto importante sulla qualità di vita delle persone assistite e si pensa possa essere uno dei motivi per cui venga interrotta la terapia anticoagulante.

Da un'ampia analisi che ha preso in considerazione differenti condizioni cliniche non sono emersi dati significativi riguardo un aumento del rischio di sanguinamento intraoculare con i NAO. Non vi sono significative differenze nell'incidenza di sanguinamento intraoculare tra NAO e AVK in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare e tromboembolia venosa (Tabella 2) (Caldeira et al., 2015).

Tabella 2 - Incidenza di sanguinamento intraoculare fra NAO e AVK in persone affette da FA o TEV (Caldeira et al., 2015)

	NAO	AVK
FANV	0,28%	0,33%
TEV	0,21%	0,33%

Aderenza alla terapia ed educazione sanitaria

L'aderenza e l'efficacia della terapia con i NAO, rispetto al warfarin, sembrerebbero migliori e più semplici grazie al regime di dosaggio fisso e alle minori interazioni farmacologiche e alimentari. Tuttavia, il fatto che non vi sia un esame in grado di fornire informazioni riguardo l'aderenza complessiva alla terapia (come l'INR per gli antagonisti della vitamina K), in aggiunta all'emivita breve e all'assenza di controlli frequenti, rende cruciale, per la prevenzione di episodi di sovra e sotto dosaggio, una rigorosa assunzione della terapia che si riflette quindi sull'importanza di un intervento educativo mirato (Heidbuchel et al., 2015).

Analisi dei costi

Dallo studio AFFORD, che ha preso in considerazione molteplici studi di valutazione economica sui nuovi anticoagulanti per determinare se il guadagno dal punto di vista sanitario superi il costo di questi nuovi farmaci, è emerso che i NAO portano, a lungo termine, un vantaggio economico maggiore rispetto agli anticoagulanti tradizionali, in particolare il warfarin, nella prevenzione dell'ictus in pazienti con FA (Ferreira, Mirco, 2015).

Conclusioni

Lo sviluppo di una nuova classe di anticoagulanti, paragonabili e talvolta superiori in termini di efficacia e sicurezza al warfarin, offre una valida alternativa ai farmaci tradizionali e garantisce un trattamento sanitario della fibrillazione atriale non valvolare adeguato anche alle persone non eleggibili alla terapia con antagonisti della vitamina K.

I vantaggi per la persona assistita derivanti dalle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche dei NAO sono numerosi:

- facilitano l'aderenza alla terapia;
- incidono positivamente sulla qualità di vita;
- offrono una maggior libertà nelle attività di vita quotidiana, grazie ad una riduzione dei limiti imposti dalla gestione pratica della terapia, come ad esempio l'assenza di un controllo routinario degli esami ematici, il regime di dosaggio fisso, la non necessità di centri specializzati nelle vicinanze e le minor interazioni alimentari e farmacologiche;
- non comportano un prelievo ogni tre settimane;
- comportano benefici sia dal punto di vista psicologico che dal punto di vista fisico, ad esempio per le persone con uno scarso patrimonio venoso.

Fra gli svantaggi si segnala la presenza di effetti collaterali (comuni però anche agli anticoagulanti tradizionali) e il fatto che l'assenza di controlli ogni tre settimane possa far mancare informazioni sull'assetto coagulativo che potrebbe generare ansia nell'assistito.

Le ricadute che si hanno sull'assistenza infermieristica riguardano nello specifico l'educazione sanitaria, che diviene di fondamentale importanza nella prevenzione di episodi di sovra e sotto dosaggio, che potrebbero portare allo sviluppo di complicanze tromboemboliche o emorragiche. Oltre agli aspetti educativi comuni anche agli altri anticoagulanti, il professionista deve fornire raccomandazioni specifiche per i NAO, ad es.:

- assumere i farmaci regolarmente e sempre alla stessa ora;
- interazioni alimentari e farmacologiche;
- possibili effetti collaterali;
- portare costantemente con sé un documento che attesti di essere in terapia anticoagulante, il tipo di farmaco utilizzato e le principali indicazioni per gli operatori sanitari.

Sebbene gli studi da effettuare siano ancora numerosi, è evidente che i NAO rappresentino una svolta per le persone in terapia anticoagulante orale, sia dal punto di vista dell'efficacia clinica sia per quanto riguarda le modificazioni relative alla qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

- Auyeung V., Patel J.P., Abdou J.K., Vadher B., Bonner L., Brown A., Roberts L.N., Patel R.K. and Arya R. (2016), *Anticoagulated patient's perception of their illness, their beliefs about the anticoagulant therapy prescribed and the relationship with adherence: impact of novel oral anticoagulant therapy – study protocol for The Switching Study: a prospective cohort study*, *BMC Hematology*, 16(1): 9.
- Caldeira D., Canastro M., Barra M., Ferreira A., Costa J., Pinto F.J. and Ferreira, J.J. (2015), *Risk of Substantial Intraocular Bleeding With Novel Oral Anticoagulants: Systematic Review and Meta-analysis*, *JAMA Ophthalmology*, 133(7):1–6.
- Camm J., Knight E., Izzat L.M. and Hospital P.P. (2012), *The Route Map for Change & the European Atlas on the Prevention of AF-Related Stroke*, 1-250.
- Cannon C.P., Bhatt D.L., Oldgren J., Lip G.Y.H., Ellis S.G., Kimura T., Maeng M., Merkely B., Zeymer U., Gropper S., Nordaby M., Kleine E., Harper R., Manassie J., Januzzi J.L., ten Berg J.M., Steg P. G., Hohnloser S.H. (2017), *Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran after PCI in Atrial Fibrillation*, *New England Journal of Medicine*, 1–12.
- Di Minno A., Frigerio B., Spadarella G., Ravani A., Sansaro D., Amato M., Kitzmiller J.P., Pepi M., Tremoli E., Baldassarre D. (2017), *Old and new oral anticoagulants: Food, herbal medicines and drug interactions*, *Blood Reviews*, 31(4):193–203.
- Dogliotti A., Paolasso E., Giugliano R.P. (2013), *Novel oral anticoagulants in atrial fibrillation: A meta-analysis of large, randomized, controlled trials vs warfarin*, *Clinical Cardiology*, 36(2): 61–67.
- Eikelboom J.W., Connolly S.J., Bosch J., Dagenais G.R., Hart R.G., Shestakovska O., Diaz R., Alings M., Lonn E.M., Anand S.S., Widimsky P., Hori M., Avezum A., Piegas L.S., Branch K.R.H., Probstfield J., Bhatt D.L., Zhu J., Liang Y., Maggioni A.P., Lopez-Jaramillo P., O'Donnell M., Kakkar A., Fox K.A.A., Parkhomenko A.N., Ertl G., Störk S., Keltai M., Ryden L., Pogosova N., Dans A.L., Lanas F., Commerford P.J., TorpPedersen C., Guzik T.J., Verhamme P.B., Vinereanu D., Kim J.H., Tonkin A.M., Lewis B.S., Felix C., Yusuf S., Steg P.G., Metsarinne K.P., Cook Bruns N., Misselwitz F., Chen E., Leong D. and Yusuf S. (2017), *Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease*, *New England Journal of Medicine*, 1-12.
- Ezekowitz M.D., Pollack C.V., Sanders P., Halperin J.L., Spahr J., Cater N., Petkun, W., Breazna A., Kirchhof P. and Oldgren J. (2016), *Apixaban compared with parenteral heparin and/or vitamin K antagonist in patients with nonvalvular atrial fibrillation undergoing cardioversion: Rationale and design of the EMANATE trial*, *American Heart Journal*, 179: 59–68.
- Ferreira, J. and Mirco, A. (2015), *Systematic review of cost-effectiveness analyses of novel oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation?*, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 34(3):1-13.
- Heidbuchel H., Verhamme P., Alings M., Antz M., Diener H.C., Hacke W., Oldgren J., Sinnaeve P., Camm A.J., Kirchhof P. (2015) *Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation*. *Europace*, 17(10): 1467-507.
- Katzung, B.G. and Trevor, A.J. (2015), *Basic and Clinical Pharmacology 13th Edition*, McGraw-Hill Education., 13th ed., Mc-Graw Hill Education.
- Watras M.M., Patel J.P., Arya R. (2016), *Traditional Anticoagulants and Hair Loss: A Role for Direct Oral Anticoagulants? A Review of the Literature*, *Drugs - Real World Outcomes*, Springer International Publishing, 3(1): 1–6.
- Winter M.P., Scherthaner G.H. and Lang, I.M. (2017), *Chronic complications of venous thromboembolism*, *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 15(8): 1531–1540.



CONTRIBUTI

L'allattamento nella donna di cultura arabo-islamica

di Adele Barlottini (1), Patrizio Sannino (2), Luca Giuseppe Re (3), Maura Lusignani (4)

(1) Infermiera, ASST Fatebenefratelli Sacco – Milano

(2) Direttore didattico CdL in Infermieristica pediatrica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano

(3) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, sezione Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano

(4) Professore Associato, Università degli Studi di Milano - Milano

Corrispondenza: patrizio.sannino@policlinico.mi.it

L'allattamento materno è raccomandato dall'OMS e dall'UNICEF come forma esclusiva di nutrimento nei primi sei mesi di vita; successivamente può essere iniziata l'alimentazione complementare associando alimenti idonei al latte materno (WHO, 2003; *American Academy of Pediatrics*, 2005).

Nei Paesi a basso reddito i bambini allattati esclusivamente al seno nei primi sei mesi di vita hanno un rischio di mortalità inferiore del 12%; in termini di morbilità, l'allattamento al seno evita circa la metà degli episodi di diarrea e un terzo delle infezioni respiratorie (Victora et al., 2016; Giusti et al., 2015). A periodi di allattamento al seno più lunghi è associato un rischio inferiore del 26% di obesità o sovrappeso infantile (Victora et al., 2016). Per le madri esistono prove consistenti di un'associazione inversa tra allattamento al seno e incidenza di neoplasia alla mammella (Victora et al., 2016; Mosher et al., 2016).

Fattori individuali, culturali, socioeconomici e storici possono influenzare la promozione, l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno (es. inefficacia del supporto fornito alle puerpere dagli operatori sanitari, rientro precoce delle madri al lavoro, concezione della dannosità del colostro per alcune culture o società) (Rollins et al., 2016).

In Italia risiedono oltre cinque milioni di cittadini stranieri (ISTAT, 2016) di cui circa il 28% (1,4 milioni) di religione islamica (ISMU, 2016). È necessario differenziare la popolazione arabo-musulmana da quella arabo-cristiana, che può avere diversi valori e comportamenti relativi alla religione, ma ne condivide la cultura di fondo (Bawadi, 2017). Le diversità culturali e religiose potrebbero rappresentare una criticità nell'accesso ai servizi sanitari e questo per le puerpere può diventare un ostacolo per la promozione, l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno (Balogun, 2015; Rollins et al., 2016; Bawadi, 2017).

Cosa influenza l'allattamento al seno?

Obiettivo della presente revisione della letteratura è individuare e descrivere i fattori culturali che influenzano l'allattamento materno in donne di cultura arabo-islamica. Il reperimento delle fonti è avvenuto previa consultazione dei siti web della Società Italiana di Pediatria (SIP) e della Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP) e interrogazione dei database biomedici *The Cochrane Library*, *PubMed*, *CINAHL*, *Embase*, *PsycINFO* eseguita il 16 maggio 2017.

Le parole chiave utilizzate sono state: “Breastfeeding”, “Milk, Human”, “Arab”, “Islam”, “Palestinian”, “Muslim”, “Nurse”, “Nursing”. La ricerca è stata condotta per termini MeSH e a testo libero (Tabella 1). Data la specificità dell'argomento, non sono stati posti limiti di data di pubblicazione; sono stati considerati solo i documenti in lingua inglese ed esclusi gli articoli non reperibili o disponibili esclusivamente a pagamento.

La strategia di ricerca implementata si è focalizzata sul reperimento della sola letteratura pubblicata. Dopo una prima selezione finalizzata alla rimozione di citazioni duplicate o non pertinenti per titolo e/o abstract, è seguito il reperimento e la lettura in full text dei documenti potenzialmente rilevanti per l'argomento in oggetto, scartando quelli di rilevanza marginale. Da ultimo si è proceduto alla loro analisi, organizzazione in macroaree concettuali e sintesi.

Tabella 1 - Selezione dei documenti			
	N	Residui	
Record identificati	254	-	
Record rimossi (duplicati)	47	207	
Record esclusi dopo lettura di titolo e/o abstract (non pertinenti)	142	65	
Documenti esclusi	dopo lettura full text (marginalmente pertinenti)	20	45
	disponibili solo a pagamento	10	35
	in lingua diversa dall'inglese	1	34
	non reperibili	1	33
Documenti inclusi	33	-	

Risultati

Il processo di interrogazione, reperimento e selezione della letteratura ha evidenziato la presenza di 33 documenti rilevanti. I contenuti principali emersi sono stati suddivisi in cinque macroaree: contesto religioso e culturale, fattori favorenti, barriere, ruolo della balia, banche del latte.

Contesto religioso e culturale

Le fonti della religione e della legge islamica sono il Corano e gli ḥadīth (Roberts et al., 2002; Zaidi, 2004; Williamson, 2012; Beckerleg et al., 1984). Il Corano costituisce il messaggio di Dio all'umanità rivelato al profeta Maometto e conservato nel suo testo originale in lingua araba (Roberts et al., 2002) Gli ḥadīth sono gli insegnamenti di Maometto, che indicano le linee guida per la morale e l'interazione umana (Roberts et al., 2002). I riferimenti all'allattamento compaiono in diversi passi, a cominciare dal versetto 233 del secondo capitolo del Corano (Beckerleg et al., 1984; SICuPP, 2012; Shaikh, 2006; Yurdakök, 1988), in cui si esorta ad allattare i neonati per due anni al seno della madre biologica o di una balia (Oweis et al., 2009; Khattak et al., 2007; Jessri et al., 2013; Gardner et al., 2015).

Il medico medioevale Ibn Sina di Bukhara, noto in occidente col nome di Avicenna, descrisse il latte materno come “sangue bianco” sostenendo che esso assomiglia al sangue materno che nutre il feto quindi è il cibo più idoneo per lo sviluppo e la crescita del bambino (Yurdakök, 1988; Khalil et al., 2016; Koçtürk et al., 2003; Modanlou, 2003).

Questa simbiosi tra madre e figlio è richiamata anche nel Corano (46:15) dove si afferma che gravidanza e svezzamento durano trenta mesi (Moran 2007; Zahid, 2017; Koçtürk, 2003). La diffusione dell'allattamento al seno nelle comunità musulmane è quindi favorita da quanto presente nei testi della tradizione islamica (Koçtürk, 2003; Modanlou, 2008). Il concetto di "bontà del latte materno" si riveste di una connotazione morale, rappresentandola come un mezzo per trasmettere un nutrimento con una sua intrinseca natura spirituale (Zaidi, 2004; Williamson, 2012; Jessri, 2013).

Fattori favorenti

L'Islam considera il ruolo della donna in termini di moglie e madre come quello più sacro ed essenziale. La donna viene sostenuta nell'allattamento al seno per tutto il periodo ritenuto necessario e riceve il sostegno collettivo della famiglia e della comunità (Williamson 2012; Jessri 2013; Azaiza 1997). La madre della donna e le sue esperienze personali sono tra i principali fattori favorenti, soprattutto tra donne pluripare con precedenti esperienze di allattamento (Oweis, 2009).

La lattazione è promossa da madri e/o suocere, vietando alcuni cibi e preparando bevande che si ritiene favoriscano la produzione di latte (Williamson, 2012).

Il padre deve provvedere economicamente alla famiglia, proteggerla e mantenerla unita e deve farsi carico della sussistenza della madre, poiché totalmente dedicata ad allattare la prole (Khattak, 2007).

Ai padri è imposto di provvedere finanziariamente all'allattamento anche in caso di divorzio dalla consorte (Shaikh, 2006; Yurdakök, 1988; Khattak, 2007; Jessri, 2013), nonché garantire che il bambino riceva una quota adeguata di latte.

Per la donna l'allattamento al seno è vivamente consigliato sul piano religioso (Williamson, 2012): un celebre ḥadīth recita infatti che "per ogni succhiata di latte che un bambino prende, alla madre viene dato il premio di una buona azione" (Zaidi, 2004; SICuPP, 2012; Shaikh, 2006).

Barriere

La pratica di aggiungere anche liquidi non nutritivi (acqua, acqua e zucchero, camomilla, tisane, succhi non zuccherati) nei primi 6 mesi potrebbe interferire con la capacità di succhiare del bambino e la produzione di latte materno e determinare uno svezzamento precoce (Yurdakök, 1988; Oweis, 2009; Gardner, 2015; Abdulrazzaq, 2016). Alcuni studi hanno descritto l'usanza, poco dopo la nascita e preferibilmente prima della prima poppata, di inserire un piccolo pezzo di dattero, già masticato e ammorbidito dai genitori o da altro familiare, nella bocca del bambino (Roberts, 2002; Zaidi, 2004; Shaikh, 2006); questa pratica, chiamata tahnīk, si fa risalire a Maometto e il suo scopo è di far percepire al neonato il sapore della dolcezza (Roberts, 2002; Zaidi, 2004; Shaikh, 2006).

La dieta materna può influenzare il volume e la composizione del latte (Rakicioğlu, 2006); in tal senso assume particolare rilievo il digiuno del Ramadan (Rakicioğlu, 2006; Wehbe-Alamah, 2008; Rashid, 2007; Kridli, 2011). Le donne gravide o che stanno allattando al seno sono dispensate dal digiuno, ma non è loro vietato di praticarlo (Wehbe-Alamah, 2008; Faris, 2014; Jessri, 2013; Rashid, 2007; Kridli, 2011; Faris, 2014). Il digiuno può incidere su alcuni micronutrienti come zinco, magnesio e potassio.

La migrazione verso altri Paesi, l'urbanizzazione e l'acculturazione possono influenzare le decisioni della donna riguardo all'allattamento al seno (Williamson, 2012; Azaiza, 1997; Azaiza, 1995).

Il trasferimento in un'area urbana può comportare la perdita della famiglia allargata e delle relative conoscenze tradizionali riguardo all'allattamento al seno (Zaidi, 2004; Williamson, 2012; Beckerleg, 1984). Chi risiede in città ha facile accesso a ciucci, biberon e sostituti del latte e l'impiego in ruoli lavorativi ad alta professionalità può determinare un arresto precoce dell'allattamento (Jessri, 2013; Azaiza 1997).

Una forte motivazione al proseguimento dell'allattamento è la volontà di ritardare l'ovulazione e controllare la propria fertilità: l'amenorrea da allattamento ha infatti una protezione del 98% da gravidanze indesiderate (Williamson, 2012; Beckerleg, 1984; Azaiza, 1997 e 1995). Il risvolto sfavorevole è che la donna, non appena scopre di essere incinta, smette immediatamente di allattare per soddisfare le richieste fisiche e psicologiche che la nuova gravidanza richiede. Inoltre un marito che desidera ampliare la propria famiglia suggerisce alla moglie di interrompere l'allattamento per restare gravida in più breve tempo.

La privacy durante l'allattamento è un aspetto molto sentito dalle puerpere musulmane, in quanto il Corano (33:59 e 24:30-31) raccomanda modestia e riservatezza nei luoghi pubblici (Zaidi, 2004). Le donne ritengono che sia proibito allattare al seno in pubblico o davanti a qualsiasi uomo diverso dal marito e le opinioni possono essere varie riguardo all'allattamento in presenza di altre donne o al grado di riservatezza durante l'allattamento (Williamson, 2012; SICuPP, 2012). L'allattamento in pubblico genera un dilemma tra il desiderio (e il dovere) di allattare e i sentimenti di privacy della donna (SICuPP, 2012; Jessri, 2013; Roberts, 2003). Nei paesi d'origine il problema non si pone per effetto della presenza di *mosalas* (luoghi per le sole donne) (Jessri, 2013), ma in occidente le madri non sempre possono disporre di una stanza privata per allattare e potrebbero sentirsi costrette a estrarre il latte materno e a somministrarlo con il biberon (Zaidi, 2004; Shaikh, 2006; Roberts, 2003).

Sebbene l'abbigliamento tradizionale preservi la dignità e la riservatezza delle madri musulmane, la ridotta esposizione al sole può determinare una carenza di vitamina D (SICuPP, 2012; Yurdakök, 1988; Azaiza, 1995 Seeler, 2001) che può ripercuotersi anche sui figli, specie in quelli allattati al seno in modo esclusivo dopo i 6 mesi di vita (SICuPP, 2012; Shaikh, 2006; Moran, 2007). Si ritiene inoltre che fattori come la paura, la rabbia, la malattia siano in grado di influenzare la qualità del latte e incidere nella produzione di latte in uno o entrambi i seni (Beckerleg, 1984).

Alcune madri ritardano l'inizio dell'allattamento in quanto concepiscono il colostro come una sostanza diversa dal vero latte (Zaidi, 2004; Beckerleg, 1984). In alcune comunità si crede che il colostro sia nocivo e stantio, avendo stazionato nel seno per nove mesi. Si ritiene inoltre che abbia un valore nutritivo inadeguato e che, in attesa della montata latte, sia sufficiente nutrire il neonato con miele o integrazioni di acqua. Tuttavia questa pratica non trae fondamento né dal Corano né dagli ḥadīth (Zaidi, 2004; Shaikh, 2006; Oweis, 2009). La mancata somministrazione di colostro avviene anche in realtà culturali dove l'Islam non è la religione predominante (Zaidi, 2004).

Il ruolo della balia

In caso di bassa produzione o introduzione di latte materno, il neonato può essere allattato al seno da una balia (Shaikh, 2006; Khattak, 2007; Zahid, 2017; Koçtürk, 2003), figura descritta dal Corano nelle sure 2:33 e 65:6. Rientra tra i doveri del padre quello di corrispondere un adeguato stipendio alla persona che allatterà il suo bambino fino all'età di due anni (Yurdakök, 1988; Khalil, 2016; Moran, 2007; Koçtürk, 2004).

La legge islamica, oltre alla parentela di sangue e di affinità, contempla specificamente una parentela di latte e il ricorso alla balia istituisce un vincolo di parentela tra lei e il bambino, precludendo la possibilità di contrarre matrimoni tra membri delle rispettive famiglie (Khalil, 2016; Ghaly, 2012). Nel caso in cui un neonato sia allattato da più di una balia, si istituisce una parentela con ognuna di esse solo se ciascuna fornisce la stessa quantità di latte; se invece il ruolo assunto da una delle balie è preponderante, la parentela si istituisce solo con questa (Khalil, 2016; Ghaly, 2012).

Le banche del latte

Nei paesi musulmani le banche del latte non sono considerate etiche per via della non conoscenza reciproca tra donatrice e destinatario (e quindi dei vincoli di parentela); ciò ne ostacola lo sviluppo (Ghaly, 2012; Niran, 2000; El-Khuffash, 2012; Thorley, 2014; Alnakshabandi, 2016). Alcuni decreti della giurisprudenza islamica hanno però precisato che è l'allattamento a istituire il legame di parentela nel senso di "maternità", non il generico consumo del latte di una donna (Ghaly, 2012). Nel 2004 il Consiglio Europeo per la Fatwa e la Ricerca (ECFR) ha emesso un decreto che permette l'uso di latte donato ai neonati pretermine quando le disposizioni per l'identificazione della madre donatrice non siano disponibili (Zaidi, 2004; Khalil, 2016; Ghaly, 2012; El-Khuffash, 2012). Per motivi religiosi le madri musulmane generalmente non approvano le banche del latte secondo lo stile occidentale, ma si dichiarano aperte all'istituzione di una banca del latte che utilizzi il criterio del donatore unico e che informi donatori e destinatari della loro identità, rendendo così possibile un legame tra le reciproche famiglie (Khalil, 2016; Niran, 2000; Thorley, 2014; Alnakshabandi, 2016; Ozdemir, 2015).

Discussione

Il presente studio si è proposto di identificare i fattori culturali e religiosi che influenzano l'allattamento materno nelle donne di cultura arabo-islamica. Il Corano esorta ad allattare i neonati per due anni al seno della madre (o di una balia) e considera l'allattamento al seno come un atto spirituale, un dovere della madre e un diritto del bambino.

Il latte materno rappresenta il miglior alimento nei primi due anni di vita e il mezzo migliore per garantire la salute e lo sviluppo del piccolo; l'OMS del resto evidenzia come l'allattamento al seno permetta di limitare gli esiti negativi di salute sia nelle popolazioni a basso reddito che tra le categorie di soggetti appartenenti a popolazioni ad alto reddito (WHO, 2012). La famiglia e la comunità rappresentano i fattori ambientali che possono influenzare la promozione, l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno (Jones, 2015; Bevan, 2014), poiché la responsabilità di questa pratica è affidata a entrambi i genitori, con le figure femminili della famiglia che assolvono ad una funzione di supporto (Azaiza, 1997).

L'emigrazione verso occidente delle donne arabo-islamiche determina la necessità di confrontarsi con importanti cambiamenti ambientali, sociali, culturali.

Spesso esse percepiscono l'allattamento al seno come una pratica "al di fuori del comune" e finiscono per considerarlo un compito obsoleto, vincolante, che incide sull'attrattività fisica (Jessri, 2013; Azaiza, 1997); il rientro al lavoro è uno dei principali ostacoli al proseguimento dell'allattamento (Balogun, 2015; Hedberg, 2013).

Altri fattori barriera sono:

1. la mancata somministrazione di colostro, ritenuto impuro;
2. la precoce introduzione di altri tipi di supplementi (es. rito del tahnīk);

3. il fatto che le donne gravide o che allattano non sono esplicitamente dispensate dal digiuno di Ramadan;
4. la preoccupazione in materia di privacy, soprattutto in mancanza di spazi dedicati.

Per ovviare a quest'ultimo punto, l'UNICEF, nell'ambito dell'iniziativa *Ospedali & Comunità Amici dei Bambini*, si è posta come obiettivo l'allestimento di *Baby Pit Stop*: si tratta di ambienti protetti in cui le mamme si possono sentire a proprio agio durante l'allattamento del bambino (UNICEF).

La promozione dell'allattamento al seno è un ambito complesso a livello etico e ideologico ed è quindi essenziale prestare attenzione a rispettare la volontà delle madri arabo-islamiche di allattare o proseguire l'allattamento (Azaiza, 1995). Occorre inoltre che gli operatori sanitari negozino le cure riguardanti la diade donna-bambino insieme alla figura paterna, che ha una potente e riconosciuta influenza sulla diade (Roberts, 2003; Kridli, 2011).

Un approccio empatico, l'impegno al dialogo e una buona conoscenza delle pratiche culturali e religiose – oltre a un uso consapevole della comunicazione verbale, non verbale e paraverbale – consentono di essere più sensibili ai bisogni inespressi di queste donne, evitando incomprensioni e creando un rapporto di fiducia per il bene di mamma e bambino (Shaikh, 2006; Roberts, 2003).

In linea con i dieci passi per il successo dell'allattamento al seno, le madri devono essere aiutate perché comincino ad allattare entro mezz'ora dal parto ed evitino l'uso di tettarelle artificiali o succhiotti; occorre inoltre informarle sui rischi connessi all'introduzione di alimenti diversi dal latte materno (almeno prima dei 4-6 mesi salvo indicazioni mediche) (Yurdakök, 1988) e sull'astenersi dall'allattamento con latte di formula in mancanza di una reale necessità.

La donna di cultura arabo-islamica deve essere informata dei benefici del colostro, del fatto che la sua somministrazione non viola alcuna raccomandazione religiosa e dei rischi nel sostituirlo con altri alimenti, mettendola così in condizione di compiere una scelta pienamente consapevole. Allo stesso modo, gli operatori sono invitati a fornire alle madri informazioni guidate dalla ricerca scientifica sulla non appropriatezza di seguire il digiuno di Ramadan; prima, tuttavia, occorre comprendere le credenze della donna, conoscere la sua storia medica e le eventuali condizioni ostative al digiuno, sapere se è nata in occidente o immigrata (nel secondo caso ha una maggiore propensione al digiuno) e se sia primipara o pluripara (la seconda è più propensa al digiuno poiché tende a essere meno preoccupata) (Kridli, 2011).

Nel sostenere l'allattamento al seno, gli operatori sanitari devono inoltre garantire le esigenze di riservatezza e privacy. Le neomamme arabo-islamiche potrebbero non sentirsi a proprio agio nel ricevere cure da parte di professionisti di sesso maschile, poiché le interpreterebbero come un atto di violazione delle regole alla base del loro credo (Roberts, 2002; Williamson, 2012). La possibilità di utilizzare paraventi e/o teli coprenti può aiutare nell'avvio e proseguimento dell'allattamento al seno (Zaidi, 2004; SICuPP, 2012; Shaikh, 2006).

A livello clinico occorre considerare l'eventualità di un'integrazione di vitamina D per i bambini le cui madri osservano la tradizionale vestizione islamica, usanza sempre più frequente anche in Italia (SICuPP, 2012).

L'implementazione di banche del latte rispettose della legge islamica è possibile solo osservando condizioni specifiche inerenti la tracciabilità di donatori e destinatari e la quantità di latte. Si potrebbe spiegare alla famiglia come una politica basata su donatori multipli, insieme alla pastorizzazione e fortificazione del latte umano donato, ne modifichi in modo significativo le caratteristiche, così che alimentando il bambino con questa tipologia di latte non si crea alcun legame di parentela (Zaidi, 2004; Khalil, 2016; Ghaly, 2012; El-Khuffash, 2012).

Limiti

I limiti di questo studio sono rappresentati dall'impossibilità di reperire le versioni full-text di alcune pubblicazioni e l'esigua presenza di studi qualitativi (2), che potrebbero approfondire in maniera sensibile altri importanti aspetti di tipo culturale. Questo limite potrebbe non aver fatto emergere altri studi degni di attenzione. Nonostante ciò, la revisione offre informazioni sulle possibili strategie che possono essere utilizzate per promuovere l'allattamento materno. Si avverte la necessità di ulteriori studi per esplorare le esperienze di allattamento nelle donne di cultura araba islamica residenti sul territorio italiano.

Conclusioni

L'allattamento al seno è una pratica culturale che necessita di un approccio olistico da parte degli operatori sanitari, i quali devono porsi in un atteggiamento non giudicante, comprensivo ed empatico.

È imprescindibile, di fronte all'alterità culturale, conoscere gli aspetti su cui il professionista può far leva per promuovere e sostenere questa pratica. L'infermiere ha il dovere di concorrere a promuovere l'inizio dell'allattamento al seno e garantirne la continuazione, riconoscendo quegli aspetti della cultura arabo-islamica che sostengono l'allattamento al seno e che, oltre a essere in linea con l'OMS, potrebbero addirittura influenzare positivamente la cultura occidentale.

Sarebbe auspicabile che tale ricerca fosse integrata con una specifica analisi del contesto italiano, tesa ad esplorare l'associazione fra propensione all'allattamento al seno e grado di religiosità, livello di istruzione, condizione di parità di genere e dati migratori (es. paese di provenienza, tempo di residenza, appartenenza alla prima o seconda generazione).

BIBLIOGRAFIA

- Alnakshabandi K., Fiester A. Creating religiously compliant milk banks in the muslim world: A commentary. *Paediatrics and International Child Health* 2016 36:1(4-6).
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
- Abdulrazzaq YM, Nagelkerke N, Abdulla S, Belhaf G. Nutrient intake of infants and toddlers in the United Arab Emirates: the Feeding Infants and Toddlers Study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, May 2016; 22(5): 293-300.
- Azaiza F, Palti H. Determinants of breastfeeding among rural Moslem women in Israel. *FamSyst Health*. 1997;15(2):203-211.
- Azaiza F. Patterns of breastfeeding among rural Moslem women in Israel: a descriptive account. *Isr J Med Sci*. 1995;31(7):411-417.
- Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr*. 2015 Oct;11(4):433-51.
- Bawadi H, Ahmad MM. Childbirth and New Mother Experiences of Arab Migrant Women, *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2017 Mar/Apr;42(2):101-107.
- Beckerleg S. Socio-religious factors affecting the breastfeeding performance of women in the Yemen Arab Republic. *Hum NutrApplNutr*. 1984 Oct;38(5):368-376.

- Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr.* 2015;11(4):433-451.
- Bevan G, Brown M. Interventions in exclusive breastfeeding: a systematic review. *Br J Nurs.* 2014;23(2):86-89.
- Il Corano. Disponibile a: http://www.corano.it/menu_sx.html Ultimo accesso: 30/10/2016.
- El-Khuffash A, Unger S. The concept of milk kinship in Islam: issues raised when offering preterm infants of Muslim families donor human milk. *J Hum Lact.* 2012;28(2):125-127.
- Faris MAIE, Al-Holy MA. Implications of Ramadan intermittent fasting on maternal and fetal health and nutritional status: A review. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism.* 2014; 7(2):107-118.
- Gardner H, Green K, Gardner A. Infant feeding practices of Emirati women in the rapidly developing city of Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(9):10923-10940.
- Ghaly M. Milk banks through the lens of muslim scholars: one text in two contexts. *Bioethics.* 2012;26(3):117-127.
- Giusti A. Allattamento: salute, prevenzione e biosostenibilità. 2015.
- Disponibile a: http://www.epiprev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6_386_art16.pdf Ultimo accesso: 31/10/2016.
- Hedberg IC. Barriers to breastfeeding in the WIC population. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2013;38(4):244-249.
- ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. Immigrati e religioni in Italia: gli ortodossi sono più numerosi dei musulmani. 2016.
- Disponibile a: <http://www.ismu.org/2016/07/in-italia-ortodossi-piu-numerosi-dei-musulmani/> Ultimo accesso: 30/10/2016.
- ISTAT. Indicatori demografici – anno 2015. Disponibile a: <http://www.istat.it/it/archivio/180494> Ultimo accesso: 30/10/2016.
- Jessri M, Farmer AP, Olson K. Exploring Middle-Eastern mothers' perceptions and experiences of breastfeeding in Canada: an ethnographic study. *Matern Child Nutr.* 2013;9(1):41-56.
- Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2015;10(4):186-196.
- Khalil A, Buffin R, Sanlaville D, Picaud JC. Milk kinship is not an obstacle to using donor human milk to feed preterm infants in Muslim countries. *ActaPaediatr.* 2016;105(5):462-467.
- Khattak IA, Ullah N. Fundamental rights of infants are guaranteed in Islam-breastfeeding is mandatory. *Saudi Med J.* 2007;28(2):297-299.
- Kridli SA. Health beliefs and practices of Muslim women during Ramadan. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011;36(4):216-221; quiz 222-223.
- Koçtürk T. Foetal development and breastfeeding in early texts of the Islamic tradition. *ActaPaediatr.* 2003 May;92(5):617-620.
- Modanlou HD. Avicenna (AD 980 to 1037) and the care of the newborn infant and breastfeeding. *J Perinatol.* 2008;28(1):3-6.
- Moran L, Gilad J. From folklore to scientific evidence: breastfeeding and wetnursing in islam and the case of nonpuerperal lactation. *Int J Biomed Sci.* 2007;3(4):251-257.
- Mosher C, Sarkar A, Hashem AA, Hamadah RE, Alhoulan A, Al-Makadma YA, Khan TA, Al-Hamdani AK, Senok A. Self-reported breast feeding practices and the Baby Friendly Hospital Initiative in Riyadh, Saudi Arabia: prospective cohort study. *BMJ Open.* 2016 Dec 16;6(12):e012890. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012890.
- Niran A, Al-Naqeeb NA, Azab A, Eliwa MS, Mohammed BY. The introduction of breast milk donation in a Muslim country. *J Hum Lact.* 2000;16(4):346-350.
- Oweis A, Tayem A, Froelicher ES. Breastfeeding practices among Jordanian women. *Int J NursPract.* 2009;15(1):32-40.
- Ozdemir R, Ak M, Karatas M, Ozer A, Dogan DG, Karadag A. Human milk banking and milk kinship: Perspectives of religious officers in a Muslim country. *J Perinatol.* 2015;35(2):137-141.
- Rakicioğlu N, Samur G, Topçu A, Topçu AA. The effect of Ramadan on maternal nutrition and composition of breast milk. *Pediatr Int.* 2006;48(3):278-283.
- Rashid H. Ramadan fasting and breast milk. *Breastfeed Med.* 2007;2(1):59-60.
- Roberts KS. Providing culturally sensitive care to the childbearing Islamic family. *Adv Neonatal Care.* 2002;2(4):222-228.
- Roberts KS. Providing culturally sensitive care to the childbearing Islamic family: Part II. *Adv Neonatal Care.* 2003;3(5):250-255.
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al., for The Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387:491-504.
- Seeler RA. Religious/cultural causes of vitamin D deficiency in infants. *J Pediatr.* 2001;138(6):954.
- Shaikh U, Ahmed O. Islam and infant feeding. *Breastfeed Med.* 2006;1(3):164-167.

- SICuPP. L'alimentazione del lattante nella cultura islamica.
- Disponibile in: http://www.sicupp.it/img_upload/pierluigitucci/201225135937061.pdf.
- Thorley V. Milk sibblingship, religious and secular: History, applications, and implications for practice. *Women Birth*. 2014;27(4):e16-19.
- UNICEF. Baby Pit Stop: una sosta sicura per allattare al seno.
- Disponibile a: <http://www.unicef.it/doc/4142/babypitstop.htm> Ultimo accesso: 30/10/2016.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490.
- Wehbe-Alamah H. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. *Contemp Nurse*. 2008;28(1-2):83-97.
- WHO. Global strategy for infant and young child feeding. WHO, Geneva, 2003.
- WHO. Combined course on growth assessment and IYCF counselling. 2012.
- Disponibile a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77944/1/9789241504812_Directors_guide_eng.pdf Ultimo accesso: 30/10/2016.
- Yurdakök M. Breastfeeding in Islam. *ActaPaediatr Scand*. 1988 Nov;77(6):907-908.
- Williamson IR, Sacranie SM. Nourishing body and spirit: exploring British Muslim mothers' constructions and experiences of breastfeeding. *Diversity and Equality in Health and Care* 2012;9:113-123.
- Zaidi F. Challenges and practices in infant feeding in Islam. *BJM*. 2004;22(3):167-172.
- Zahid M., Muhammad N. Moral teachings of islam regarding breast feeding. *Journal of Medical Sciences (Peshawar)* 2017 25:1 (63-67).



ESPERIENZE

Un volto da infermiere: inferenze tratte dalle caratteristiche percettive del volto del neo-laureato predicono l'incarico lavorativo

di Eleonora Pasi (1), Katia Mattarozzi (2), Valentina Colonnello (3), Paola Celotti (4), Gianandrea Pasquinelli (5), Valeria Cremonini (6)

(1) Infermiera - Faenza

(2) Ricercatrice, Università degli Studi di Bologna - Bologna

(3) Ricercatrice, Università degli Studi di Bologna - Bologna

(4) Infermiere Coordinatore, AUSL Romagna - Ravenna

(5) Professore Associato, Università degli Studi di Bologna - Bologna

(6) Professore a.c. Corso di Laurea in infermieristica, Università degli Studi di Bologna, Campus di Ravenna - Ravenna

Corrispondenza: eleonora.pasi@studio.unibo.it

Diversi studi dimostrano che i volti sono stimoli salienti per l'uomo in virtù del loro valore sociale e comunicativo. Un volto, anche quando non sta esprimendo un'emozione specifica, è in grado comunque di trasmettere all'osservatore informazioni salienti. Todorov et al. (2015) evidenziano infatti che un individuo, esposto anche solo per pochi secondi ad un volto sconosciuto, riesce a trarne una prima impressione, inferendo caratteristiche di personalità, come attendibilità e competenza.

Sebbene queste inferenze non siano necessariamente corrispondenti alla realtà, sono in grado di influenzare diversi outcomes sociali come il successo elettorale (Todorov et al., 2005), decisioni economiche (Tingley, 2014) e giuridiche (Wilson, Rule, 2015), oltre al successo sul lavoro, la carriera e il ruolo raggiunto (Fruhen et al., 2015). In particolare uno studio (Fruhen et al., 2015) evidenzia come affidabilità e dominanza derivanti dalla prima impressione concorrano nel determinare la remunerazione e i premi lavorativi ricevuti soprattutto da chi lavora in posizioni dirigenziali. La percezione di affidabilità influenza anche i processi di reclutamento e selezione del personale, soprattutto nelle prime fasi di negoziazione (Klotz et al., 2013).

Nel loro insieme questi studi sottolineano che anche le decisioni prese durante la selezione di personale per determinati incarichi possano andare oltre fattori prettamente razionali come competenza, esperienza e capacità.

Scopo di questo nostro studio è esplorare il ruolo delle inferenze tratte dalle caratteristiche fisiche di un volto, comunemente definito come la prima impressione, nel reclutamento di personale sanitario ed in particolare nel reclutamento di infermieri neo-laureati. Si è voluto quindi indagare se e in che misura le inferenze tratte dalle caratteristiche fisiche del volto di un neo-laureato infermiere possano predire la probabilità di trovare lavoro come infermiere, nel settore privato, nei sei mesi successivi alla laurea.

Il nostro percorso

Hanno partecipato allo studio 42 neo-laureati in infermieristica, 8 maschi e 34 femmine. Coloro che hanno aderito allo studio hanno concesso per l'utilizzo una propria foto tessera.

Ciascun volto è stato presentato a 84 soggetti, reclutati tra gli studenti iscritti al primo anno del CdL in Infermieristica e tra persone comuni. A tutti questi è stato chiesto di effettuare un compito di rating, basandosi sulla prima impressione: nello specifico hanno giudicato quanto un volto appariva loro: *affidabile, competente, dominante, piacevole, capace di rassicurare, di prendersi cura di qualcuno e di fare l'infermiere*. Per ogni dimensione è stata utilizzata una scala di risposta a 9 punti, dove 1 significa per nulla e 9 estremamente. Poiché siamo interessati alle inferenze derivanti dall'apparenza del volto non contaminate da una conoscenza a priori, al fine di escludere dalle analisi dei dati gli eventuali partecipanti che potevano conoscere l'infermiere, una prima domanda riguardava proprio la possibilità di aver già incontrato o meno quella persona. Il compito è stato svolto sempre con lo stesso strumento (computer portatile), quindi sono state garantite le stesse condizioni di visibilità a tutti i partecipanti.

I dati derivati dal compito di rating sono stati messi in relazione con informazioni chieste ai neo-laureati in infermieristica tramite intervista telefonica, nel giugno - luglio 2016. Più precisamente al neo-laureato veniva chiesto se stava lavorando o se aveva lavorato in qualità di infermiere nei sei mesi successivi alla laurea.

Il dati sono stati analizzati considerando come variabile dipendente dicotomica (*regredendo*) il lavorare o non lavorare a 6 mesi dalla laurea, e come possibili predittori il rating medio di piacevolezza, competenza, familiarità, affidabilità, dominanza, capacità di prendersi cura, di rassicurare, e di ricoprire bene il ruolo da infermiere. In ultimo è stato inserito anche come variabile dipendente il voto di laurea.

Risultati

I risultati evidenziano che le inferenze tratte dalle caratteristiche fisiche di un volto sono in grado di predire, nell'83,3% dei casi osservati, l'impiego lavorativo nei sei mesi successivi alla laurea. Non tutti i tratti di personalità inferiti dal volto influenzano la probabilità di essere assunti: sono in particolare l'affidabilità percepita (ovvero la valenza edonica del volto) e il senso di familiarità che il volto evoca ad influenzare significativamente la possibilità che un neo-laureato infermiere trovi lavoro nei sei mesi successivi alla laurea. Più precisamente, tanto più un volto appare affidabile e familiare tanto più è probabile che il neo-laureato sia stato assunto. Questo risultato è del tutto coerente con diversi studi in letteratura, che mostrano come le inferenze tratte dalle caratteristiche percettive di un volto siano in grado di influenzare significativamente diversi outcome sociali (Todorov et al., 2015), e tra questi anche la selezione del personale o il salario percepito (Klotz et al., 2013).

Tuttavia, queste inferenze risultano spesso inaccurate e non trovano riscontri nel comportamento effettivo dell'individuo (Todorov et al., 2015).

Il fatto che queste attribuzioni di personalità siano spesso poco accurate e scarsamente congruenti con la realtà è chiaro se si pensa agli innumerevoli errori di valutazione che si fanno al primo approccio con un individuo, e che sarebbero evitabili essendo meno avventati e più accurati.

Giudicare un 'libro dalla copertina' appare a questo punto un'azione che, per quanto automatica e non controllabile, non garantisce un vantaggio, bensì crei aspettative che possono non rispecchiare la realtà. Nonostante ciò, importanti decisioni sono prese sulla base di queste inferenze.

Le inferenze tratte dai volti derivano da processi automatici, di tipo adattivo, che si possano considerare informativi solo nella situazione immediata, ma che risultano essere indicatori imprecisi di tratti di personalità stabili (Todorov et al., 2014).

Il presente studio mostra come anche nell'ambito sanitario, e più precisamente nella selezione dei professionisti della salute, i processi inferenziali basati su come appare il volto del neo-laureato, e quindi con un curriculum privo di esperienza, possano determinarne l'assunzione.

BIBLIOGRAFIA

- Fruhen LS, Watkins CD, Jones BC, (2015). *Perceptions of facial dominance, trustworthiness and attractiveness predict managerial pay awards in experimental tasks*. The leadership Quarterly, 26, 1005-1016.
- Klotz AC, Da Motta Veiga SP, Buckley M., Gavin MB, (2013). *The role of trustworthiness in recruitment and selection: A review and guide for future research*. Journal of Organizational Behavior , 34,104-119.
- Tingley D, (2014), *Face-off: facial features and strategic choice*. Political Psychology,35,35-5.
- Todorov A, Mandisodza AN, Goren A, Hall CC, (2005). *Inferences of competence from faces predict election outcomes*. Science, 308, 1623-1626.
- Todorov A, Olivola CY, Dotsch R, Mende-Siedlecki P, (2015). *Social Attributions from Faces: Determinants, Consequences, Accuracy, and Functional Significance*. Annual Review of Psychology,66,519-545.
- Wilson JP, Rule NO, (2015). *Facial trustworthiness predicts extreme criminal-sentencing outcomes*. Psychological Science, 26(8) 1325-1331.

ESPERIENZE

Prevenzione e monitoraggio nel post-operatorio: la PACU (Unità di cure Post- Anestesiologiche)

di **Antonio Di Lorenzo**

Infermiere in area critica, libero professionista

Corrispondenza: antoniodilorenzo19@libero.it

Introduzione: LA PACU

Questo articolo nasce dalla mia esperienza presso l'ASL Salerno e mira a far luce sulle attività infermieristiche di prevenzione e monitoraggio del paziente nell'immediato post-operatorio. Durante tale periodo l'assistenza infermieristica mira a ristabilire l'equilibrio fisiologico, alleviare il dolore, evitare le complicanze ed educare il paziente. In particolare, l'intento è descrivere il ruolo dell'infermiere nell'Unità di cure Post Anestesiologiche (PACU) o stanza di recupero post-operatorio, localizzata generalmente accanto alla sala operatoria, dove il paziente staziona prima di tornare nell'unità operativa di appartenenza. I pazienti che si stanno riprendendo dall'anestesia, o ancora anestetizzati, sono posti in questa unità dove vengono assistiti da infermieri, infermiere anestesista, anestesisti e chirurghi specializzati per il monitoraggio e il supporto emodinamico e respiratorio. L'assistenza post anestesiologica è divisa in due fasi. La I fase è quella di recupero immediato, caratterizzata da un'assistenza infermieristica intensiva, in cui il paziente viene sottoposto al monitoraggio continuo del polso, dell'attività elettrica del cuore, della frequenza respiratoria, della pressione arteriosa e della pulsiossimetria. La II fase è propria dei pazienti che non richiedono un'assistenza continua, e perciò vengono preparati, attraverso l'accertamento clinico e l'educazione sanitaria, per la dimissione all'Unità Operativa di appartenenza o a domicilio, generalmente il tempo della fase II va da un'ora a un massimo di 6 ore.

Periodo post-operatorio: dalla sala operatoria alla PACU

Il trasferimento del paziente dalla sala operatoria alla sala risveglio è un atto di corresponsabilità dell'anestesista e dell'infermiere anestesista, infatti, durante il trasferimento, l'anestesista rimane alla testa del paziente per la ventilazione mentre l'infermiere o uno dei membri dell'equipe chirurgica ai piedi; una particolare attenzione viene riservata al sito di incisione, alle alterazioni vascolari e all'esposizione del paziente. Una volta nella PACU, il paziente viene posizionato lentamente con cautela sul lettino o barella in modo che i drenaggi non vengano ostruiti; viene rimosso e sostituito il camice operatorio, quindi viene coperto e riscaldato e per evitare cadute, vengono applicate delle sponde. L'esistenza di un'unità di cure post-anestesiologiche permette di eseguire in sicurezza attività di pertinenza infermieristica e anestesiologiche essenziali per la valutazione del paziente e la prevenzione trattamento delle complicanze:

- Diagnosi clinica e tipo di intervento eseguito;
- Età del paziente e parametri vitali;
- Anestetico e altri farmaci utilizzati durante l'intervento;
- Eventuali problemi che si sono verificati durante l'intervento;

- Patologia riscontrata;
- Liquidi somministrati, perdite ematiche e trasfusioni;
- Eventuali drenaggi, cateteri, o altri presidi assistenziali.

La presenza di un infermiere adeguatamente formato all'interno della PACU si rivela funzionale ad assistere il paziente fino al risveglio dell'anestesia, accertare la presenza di segni vitali stabili e l'assenza di emorragie e valutare la capacità d'orientamento. Per tali ragioni è opportuno un frequente accertamento (almeno ogni 15 minuti) della saturazione dell'ossigeno, caratteristiche del polso, profondità e tipo di respirazione, colorito cutaneo, livello di coscienza e capacità del paziente a rispondere ad alcuni comandi. Tale accertamento, in mancanza di un'unità specifica, viene svolto nelle unità di degenza, luogo in cui si rivela spesso difficile e frammentario. Dopo l'accertamento di base, l'infermiere controlla il sito chirurgico e i drenaggi per constatare possibili complicanze (es. emorragie). Durante la permanenza del paziente nella PACU l'infermiere è responsabile della valutazione continua della pervietà delle vie aeree e della funzionalità respiratoria, per tali ragioni, per evitare ipossiemia e ipercapnia, controlla le prescrizioni e somministra, se previsto, l'ossigenoterapia. Inoltre accerta la frequenza respiratoria, la profondità del respiro, la facilità respiratoria, la saturazione dell'ossigeno e i suoni polmonari. L'introduzione della PACU e dell'infermiere d'anestesia in tutte le realtà ospedaliere permetterebbero di gestire adeguatamente l'immediato post-operatorio e razionalizzare il lavoro infermieristico all'interno delle unità operative che accolgono il paziente dopo l'intervento chirurgico. L'infermiere è responsabile della valutazione continua della pervietà delle vie aeree e della funzionalità respiratoria, controlla le prescrizioni e somministra, se previsto, l'ossigenoterapia. I pazienti sottoposti ad anestesia prolungata sono spesso incoscienti e hanno la muscolatura rilassata compresa quella della faringe, mentre la parte inferiore della mandibola e la lingua ricadono all'indietro non permettendo il passaggio dell'aria. L'anestesista può lasciare all'interno della bocca, fino alla comparsa del riflesso faringeo, la cannula di Guedel che garantisce la pervietà delle vie aeree. In alternativa, il paziente viene trasferito nella PACU ancora con il tubo endotracheale in sede, per assicurare un'efficace gestione delle vie aeree, nel caso si renda necessaria la ventilazione meccanica. In seguito l'infermiere collabora nella preparazione dell'apparecchiature e alla procedura di estubazione.

Il monitoraggio e le complicanze

L'infermiere controlla la stabilità cardiovascolare attraverso la rilevazione parametri vitali come polso, temperatura, colore, umidità della cute e diuresi ed accerta lo stato mentale del paziente attraverso la GCS (Glasgow Come Scale). La pressione venosa centrale, la pressione arteriosa polmonare e le linee arteriose sono da monitorare solo se le condizioni del paziente lo richiedono.

La difficoltà respiratoria potrebbe essere causata da un eccesso di secrezione di muco o vomito; il paziente viene aiutato ad assumere la posizione laterale per permettere al liquido di fuoriuscire o in alternativa questo viene aspirato. Il paziente viene posizionato in semi-Fowler (la testiera del letto va alzata a 15° a 30°) per garantire la pervietà delle vie aeree, e salvo controindicazioni, minimizzare il rischio di aspirazione. L'infermiere mantiene la stabilità cardiovascolare ed accerta lo stato mentale del paziente attraverso la GCS (Glasgow come scale), parametri vitali come polso, temperatura, colore, umidità della cute e diuresi. La pressione venosa centrale, la pressione arteriosa polmonare e le linee arteriose sono da monitorare solo se le condizioni del paziente lo richiedono.

Oltre a monitorare lo stato fisiologico del paziente ed a gestire il dolore (attraverso le scale di valutazione NRS, VAS e NRS e la somministrazione della terapia antalgica), l'infermiere della PACU offre supporto psicologico e cerca di alleviare le paure e le preoccupazioni. Quando le condizioni del paziente lo permettono, un familiare di primo grado o un congiunto può fargli visita per un breve lasso di tempo. Questo diminuisce l'ansia della famiglia e fa sentire il paziente più sicuro.

Durante la permanenza nella PACU, il paziente che si sta riprendendo dall'anestesia, può andare incontro a complicanze. Le complicanze immediate osservate con maggior frequenza in pazienti <65 anni e in assenza di comorbidità sono: ipossiemia e ipercapnia, ipotensione, shock (cardiogeno, neurogeno, ipovolemico), emorragia, ipertensione e aritmia. L'ipotensione in particolare può derivare da perdita di sangue, ipoventilazione, cambi di posizione, ristagno di sangue negli atri, effetti collaterali da farmaci e anestetici. La causa più comune è la perdita di sangue e plasma, se la quantità supera i 500 ml, è indicato il ripristino della volemia.

L'emorragia è una grave complicanza della chirurgia che può portare a morte il paziente, può presentarsi in qualsiasi momento in un arco di tempo che va dall'immediato post-operatorio a diversi giorni dopo l'intervento. L'emorragia va classificata in base al tempo di insorgenza (se durante, subito dopo o per cause tardive rispetto all'intervento chirurgico), alla tipologia del vaso che è sede dell'emorragia (capillare, venosa, arteriosa), e può infine essere classificata in base alla sua visibilità (evidente o visibile e interna). Questa può portare a shock se è quantitativamente importante e può diffondersi nella parete tissutale, formando un ematoma di grandi dimensioni. I sintomi caratteristici sono: pallore, dispnea, cianosi, stato di agitazione psicomotoria, tachicardia, ipotensione. Nell'emorragia della parete la perdita ematica è di solito generata da un vaso muscolare, se è di minima entità la cute diventa bluastra e viene assorbita in pochi giorni. Se invece l'emorragia è importante, la ferita si presenta tesa, la zona si presenta tumefatta, dolente. L'emorragia può essere di tre tipi, il primo è caratterizzato dal drenaggio del materiale ematico all'interno delle cavità corporee senza limite, questa è senz'altro la più grave. La seconda tipologia di emorragia è detta endocavitaria ed è caratterizzata dallo scolo di sangue all'interno di spazi piccoli che si riempiono fino a creare una pressione verso gli organi circostanti. La terza tipologia di perdita ematica rilevante è detta endoviscerale ed è caratteristica dopo interventi del tubo digerente, può manifestarsi con ematemesi o melena. Essa può essere causata da un difetto di anastomosi. In questi casi è prevista la somministrazione di una trasfusione di sangue o di emoderivati. Si dovrebbe ispezionare sempre il sito chirurgico e l'incisione. Se è evidente un sanguinamento, si dovrebbe applicare un cuscinetto sterile e una medicazione compressiva. Il paziente viene posto in posizione di Trendelenburg (supino, con gambe alzate di 20° e ginocchia diritte). Se la fonte di sanguinamento non è identificabile il paziente deve essere portato in sala operatoria per un'esplorazione di emergenza.

Lo shock è una delle più gravi complicanze postoperatorie, può essere di differenti tipi ed è una complicanza che si caratterizza per un'eziologia molto eterogena. La causa di questa complicanza è l'inadeguata ossigenazione delle cellule legata alla incapacità di secernere le scorie del metabolismo. Si può definire shock una condizione caratterizzata da inadeguato apporto ematico diretto agli organi vitali o dall'incapacità di questi organi di usare l'ossigeno ed i nutrienti.

Per via dell'alta concentrazione di catecolamine (adrenalina e noradrenalina endogene) si ha una vasodilatazione delle arteriole muscolari e epatiche, e vasocostrizione delle altre arterie. Si ha un aumento compensatorio della frequenza cardiaca, della contrattilità muscolare e del ritorno venoso risultante dalla contrazione delle vene maggiori che producono la risposta al tentativo di aumentare la gittata cardiaca. Si ha ipotensione causata dal rilascio di endorfine, che a loro volta sono stimulate dalle corticotropine. Vi è ridotto apporto di ossigeno alle cellule dei tessuti a causa della riduzione della gittata sistolica. I classici segni di shock sono: pallore, cute fredda e umida, tachipnea, cianosi alle labbra, gengive e lingua, polso rapido e debole, ipotensione e iperstenuria.

Se la causa è un'emorragia o importanti perdite di liquidi, la conseguenza può essere lo shock ipovolemico, esso ha come caratteristiche definenti la caduta della pressione venosa e l'aumento delle resistenze periferiche legata a tachicardia. Stimolazioni neurogene causate da farmaci, tossici, anestesia oppure stimolazioni nervose su peduncoli neuro vascolari possono portare allo shock neurogeno, che non è altro il cedimento della resistenza arteriosa dato da ipotensione conseguente alla vasodilatazione comportando in seguito tachicardia. Anche l'insufficienza cardiaca o altre alterazioni della funzionalità cardiaca (per es. infarto miocardio, aritmie, ipovolemia, anestesia epidurale e generale) possono causare l'insorgenza dello shock cardiogeno. I suoi segni particolari sono: aumento della pressione venosa e delle resistenze periferiche. Lo shock ipovolemico può essere evitato somministrando liquidi endovenosi, sangue e farmaci che aumentano la pressione arteriosa. Il ripristino inizia con un'infusione di plasma expander, ringer lattato o con componenti del sangue, l'infermiere deve inoltre assicurare la somministrazione di ossigeno per supportare la perfusione tissutale. Si possono somministrare cardiotonici, vasodilatatori e corticosteroidi per migliorare la funzionalità cardiaca e ridurre le resistenze periferiche. Il paziente è tenuto al caldo, in posizione di Trendelenburg, per facilitare il ritorno venoso, e viene monitorato fino a completa stabilizzazione.

L'ipertensione è comune nell'immediato post-operatorio a causa della stimolazione del sistema nervoso simpatico legata al dolore, all'ipossia o alla distensione vescicale. Le aritmie sono associate a squilibrio elettrolitico, alterazione della funzione respiratoria, dolore, ipotermia, stress e farmaci anestetici. Tutte le manifestazioni sono gestite trattando le cause.

Il periodo post-operatorio: dalla PACU al reparto

I pazienti rimangono nella PACU fino a che non si sono ripresi dalla somministrazione dell'anestesia, cioè presentano una pressione arteriosa stabile, una funzionalità respiratoria buona e una saturazione dell'ossigeno (SpO_2) nella norma. Per verificare le condizioni del paziente per la dimissione dal PACU, vengono utilizzate delle scale di valutazioni tra le quali quella di Aldrete (vedi Tabella 1). Il punteggio del paziente viene rilevato a intervalli regolari e il totale è riportato sulla scheda riportando tutto in cartella. Un paziente con punteggio totale inferiore a 7 deve rimanere in sala risveglio fino a che le sue condizioni non migliorano oppure deve essere trasferito in un reparto di terapia intensiva. Il paziente dimesso dalla PACU, I fase, dall'anestesista è inviato in unità di cure intensive, o in un reparto medico-chirurgico mentre in una PACU, II fase, a domicilio sotto responsabilità di un familiare.

Tabella 1 - Aldrete score	
Attività muscolare. Il paziente si muove spontaneamente o in risposta a comandi:	
Capacità di muovere tutti gli arti	2
Capacità di muovere due arti	1
Incapace di controllare gli arti	0
Respirazione	
Capacità di effettuare respiri profondi e di tossire	2
Sforzo respiratorio limitato (dispnea o necessità di immobilizzazione)	1
Nessuno sforzo spontaneo	0
Circolazione	
PA +/- 20% dei valori precedenti l'anestesia	2
PA +/- 20-49% dei valori precedenti l'anestesia	1
PA +/- 50% dei valori precedenti l'anestesia	0
Livello di coscienza	
Pienamente sveglio	2
Risponde o chiama	1
Non risponde	0
Saturazione O₂	
Capace di mantenere una O ₂ sat. > 92% in area ambiente	2
Bisogno di inalare O ₂ per mantenere una O ₂ sat >90%	1
O ₂ sat < 90% anche con O ₂ supplementare	0

Quindi, il paziente dopo l'intervento chirurgico, viene rinvio nel reparto di degenza allorché un'adeguata valutazione dimostri che l'attività cardiaca e la funzionalità respiratoria non sono compromesse, quando durante e dopo la fase operatoria non si sono verificate ipertensione o ipotensioni importanti e quando le eventuali perdite di liquidi e sangue sono controllate e reintegrate. Se queste condizioni non sono soddisfatte, il paziente viene trasferito in un reparto intensivo per monitorare e trattare tutte le condizioni di rischio, ovvero le alterazioni cardiache, respiratorie e le eventuali perdite di liquidi. Il paziente viene dimesso dalla PACU è trasferito nel reparto di degenza dopo che quest'ultimo è stato avvisato. L'infermiere della PACU riferisce all'infermiere di reparto i dati riguardanti le condizioni del paziente. Tali dati comprendono i dati anagrafici, le diagnosi mediche, la procedura eseguita, malattie presenti, eventi intraoperatori inattesi, perdite di liquidi, tipo e quantità di liquidi somministrati al paziente, diuresi, e le informazioni del paziente da comunicare ai familiari.

I fattori che invece determinano il trasferimento dei pazienti operati nelle TIPO (terapia intensiva post-operatoria) sono:

- Insufficienza d'organo acuta potenzialmente reversibile che richiede un trattamento per evitare la morte o complicanze maggiori;
- Insufficienza d'organo cronica che richiede un trattamento per evitare la morte o complicanze maggiori. In genere la degenza nella TIPO è già programmata già prima dell'intervento in seguito alla visita anestesiológica;
- Insufficienza respiratoria cronica (BPCO, crisi asmatiche, patologie polmonari);
- Insufficienza cardiaca (pregresso IMA, valvulopatie, scompenso cardiaco);
- Insufficienza epatica (cirrosi epatica);
- Malattie neuromuscolari;
- Età e peso.

Conclusioni

Dalla mia esperienza posso affermare che ci sono differenze abissali (assistenziali) tra i presidi ospedalieri in cui è presente la PACU o la "semplice" sala risveglio. Senza dubbio a fare la differenza non è la PACU in sé ma la preparazione e l'esperienza dei vari professionisti che ci lavorano. Infatti, l'ASL Salerno guarda con ammirazione la realtà statunitense, dove da anni l'infermiere d'anestesia (Certified Registered Nurse Anesthetist – CRNA) è una figura professionale autonoma e altamente specializzata, che assicura elevati standard assistenziali e coordina il recupero del paziente nella fase post operatoria. In Italia la diffusione e soprattutto il riconoscimento di questa figura professionale incontrano ancora molte remore, nonostante la PACU si imponga, in maniera sempre più evidente, come luogo di cure avanzate che mira a sostituire le "zone di filtraggio" e garantire una gestione ad hoc del paziente nel post-operatorio.

BIBLIOGRAFIA

- Azienda complesso ospedaliero S. Filippo Neri (2007). Protocollo per l'identificazione del paziente a rischio sepsi, all'accesso in ospedale durante il ricovero e nelle diverse aree assistenziali; protocollo del SSR Lazio, ASL Roma 1. P 3-30.
- Bare B.G., Hinkle J.L., Smeltzer S.C. (2010) Brunner Suddarth Infermieristica medico-chirurgica Volume 1; Casa Editrice Ambrosiana, Milano. P 200-381.
- Berman A., Snyder S., Jacson C. (2009) Nursing clinico, tecniche e procedure di kozier;2 edizione. Edizione italiana a cura di Alvaro R. Brancato T. (2012), EDISES Srl Napoli. P 480-486.
- Delli Poggi A., Talucci M. (2014); Infermieristica e area critica; Edises, Napoli. P 9-124.
- Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (2012); Linea guida standards per il monitoraggio in anestesia; Linea guida SIAARTI. P 2-6.
- U.O. di Chirurgia Generale, Azienda Ospedaliero S. Anna - Universitaria di Ferrara (2006). Linee guida per sepsi severa e shock settico; linea guida del SSR Emilia Romagna, Ferrara. P 2-12.

Sitografia

- IPASVI (2016). Delirium post-operatorio[online]. Disponibile all'indirizzo: <http://www.fnopi.it/ecm/percorsi-guidati/delirium-post-operatorio-id35.htm>.
- IPASVI (2016). Gestione del dolore post-operatorio[online]. Disponibile all'indirizzo: <http://www.fnopi.it/ecm/percorsi-guidati/gestione-del-dolore-post-operatorio-id43.htm>.
- IPASVI (2016). Il paziente con ritenzione acuta di urina[online]. Disponibile all'indirizzo: <http://www.fnopi.it/ecm/percorsi-guidati/il-paziente-con-ritenzione-acuta-di-urina-id32.htm>.
- Policlinico Ospedaliero – Universitario S. Orsola – Malpighi di Bologna, Emilia-Romagna. Protocollo riabilitativo dell'utente sottoposto ad intervento di chirurgia addominale. Disponibile all'indirizzo: http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/fisioterapisti/Protocolli_Chir_Addom.pdf.
- Policlinico S.Orsola Malpighi Azienda ospedaliera Bologna, Emilia Romagna. Assistenza post-operatorio dell'adulto [online]; Disponibile all'indirizzo: <http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/SI16.pdf>.

ESPERIENZE

L'appropriatezza nell'assistenza di base in un servizio di medicina

di **Chiara Guidotti (1)**, **Claudia Cianfrocca (2)**, **Saverio Blancato (3)**,
Daniela Tartaglino (4)

(1) Infermiera, Università Campus Bio-Medico - Roma

(2) Infermiera, Università Campus Bio-Medico - Roma

(3) Infermiere, Università Campus Bio-Medico - Roma

(4) Dirigente Infermieristica, Università Campus Bio-Medico - Roma

Corrispondenza: c.guidotti@unicampus.it

In molti ospedali del nostro Paese è ormai organizzata e gestita l'assistenza di base, intendendo con questo termine l'insieme di attività che facilitano il soddisfacimento dei bisogni fondamentali dell'assistito, essendo finalizzata al recupero, al mantenimento e allo sviluppo del livello di benessere e di autonomia dell'individuo stesso.

Se si analizza però l'affidamento dell'assistenza di base ai componenti del team sanitario, ecco il panorama si frastaglia abbondantemente da Nord a Sud: vogliamo qui soffermarci sulle realtà più positive, in questa sede, in cui infermieri e OSS lavorano fianco a fianco con una gestione organizzata dell'assistenza di base ai degenti, sulla base di procedure e *job description* che declinano i contenuti del Profilo di questo operatore, contestualizzandoli in base alla tipologia di pazienti e al servizio specifico. A seguito di questo potrà accadere che un Oss operante in un team di Medicina si occupi in prima persona della cura e pulizia del cavo orale di pazienti non autosufficienti, mentre in un servizio di Terapia Intensiva per un paziente politraumatizzato questa stessa prestazione sia affidata a un infermiere.

In questa analisi va considerato anche l'ottimizzazione delle risorse disponibili, che sappiamo essere sempre scarse e che vanno utilizzate con massima appropriatezza, perché tutto quello che può essere risparmiato possa essere reinvestito al fine di migliorare il benessere del paziente e dell'intera struttura organizzativa. Il tempo del professionista infermiere, per esempio, è una risorsa preziosa, che deve essere destinata alla presa in carico e alla gestione del percorso assistenziale, e deve essere investito per pazienti ad alta intensità di cura. Ma l'OSS non è equamente presente nel Paese: mentre nel Nord è da tempo presente nelle strutture ospedaliere e nel Centro si sta consolidando, nel Sud non è ancora riconosciuta come una vera e propria figura assistenziale. La valenza di questa figura, inoltre, risulta assai diversificata da Regione a Regione. Le esperienze che sono in atto nelle varie realtà italiane mostrano difformità, ma complessivamente vi è un riconoscimento positivo del contributo di questo operatore, soprattutto nelle aree mediche.

L'esperienza di una degenza di medicina del Lazio

Per incentivare l'Azienda all'assunzione di un numero sempre maggiore di Oss, nel periodo tra Febbraio e Marzo 2015 è stato condotto uno studio presso il nostro servizio, una degenza di Medicina Interna, dove al momento non era inserita la figura dell'Oss.

Il fine era quello di fornire dati oggettivi circa l'utilizzo della risorsa infermieristica per attività dell'assistenza di base. Per la rilevazione dei dati è stata elaborata una scheda di raccolta (Figura 1), nata dal coinvolgimento diretto di un'équipe infermieristica con competenze specifiche nell'assistenza di pazienti complessi appartenenti alle aree cliniche di Geriatria e di Medicina Interna.

Figura 1 - Scheda per la raccolta dati

BISOGNI ASSISTITO	PRESTAZIONI CORRELATE	PAZIENTE	AREA CLINICA	ETA'	SESSO	STATUS PAZIENTE	ORIENTAMENTO COGNITIVO
Alimentazione	Aiuto al pasto						
Igiene e cura della persona	Bagno in letto						
	Igiene del cavo orale						
	Igiene perineale						
Eliminazione	Sostituzione del pannolone						
Confort	Rifacimento letto semplice						
	Rifacimento letto occupato						
Mobilizzazione del paziente	Cambio posturale						
	Trasferimento dal letto alla poltrona						
	Trasferimento dalla poltrona al letto						
Terapia	Somm.ne terapia farmacologica per os						
	Sommi.ne terapia farmacologica per via enterale						

Nelle 90 giornate di osservazione si sono registrate 287 prestazioni, con il bagno in letto e la terapia farmacologica per os ai primi posti per frequenza di effettuazione da parte del personale infermieristico. Suddividendo i pazienti in relazione al livello di autonomia in dipendenti e semi-dipendenti, il tempo medio per paziente dipendente impiegato dall'infermiere nelle cure igieniche (bagno in letto, igiene del cavo orale, igiene perineale, sostituzione del pannolone, rifacimento del letto vuoto e del letto occupato) risultava 29 minuti contro gli 11 minuti nei pazienti semi-dipendenti (Tabella 1).

Suddividendo invece i pazienti in base allo stato cognitivo in orientati e disorientati, è stato osservato che il tempo impiegato dal personale infermieristico per le prestazioni relative a "igiene e cura della persona" e "somministrazione della terapia" per paziente risultava decisamente maggiore nei pazienti disorientati (con un valore medio rispettivamente pari a $17 \pm 1,2$ e $4,2 \pm 0,4$ minuti).

Discussione

Dai risultati è emerso che il personale infermieristico impiega gran parte del proprio tempo a svolgere prestazioni come la somministrazione della terapia orale e l'igiene e cura del paziente, in particolare nei soggetti dipendenti e disorientati.

Un'attenta analisi delle prestazioni indagate potrebbe invece dare risultati diversi: in primo luogo le prestazioni dell'assistenza di base, sia per soggetti parzialmente che totalmente dipendenti, possono essere affidate agli OSS sulla base di istruzioni di lavoro, definite a misura della casistica del servizio.

Liberato da prestazioni che possono essere proficuamente assegnate ad altra figura, le funzioni specifiche dell'infermiere potrebbero essere svolte con maggiore agio, come la gestione della terapia, la pianificazione e gestione dei percorsi assistenziali, la valutazione congiunta dei pazienti col team medico.

Tabella 1 - Tempi per le prestazioni a pazienti dipendenti e parzialmente dipendenti (tempo impiegato in minuti, media + SD)

BISOGNI ASSISTITO	PRESTAZIONI CORRELATE	PAZIENTI SEMI-DIPENDENTI		PAZIENTI DIPENDENTI	
		NUM. OSSERVAZIONI	TEMPO IMPIEGATO (minuti, media + SD)	NUM. OSSERVAZIONI	TEMPO IMPIEGATO (minuti, media + SD)
Aiuto al pasto	Aiuto al pasto	2	2,5±0.5	4	11.5±1.6
Igiene e cura della persona	Igiene del corpo (escluso cavo orale)	13	11.7±1	62	16.35±1
	Igiene del cavo orale	--	---	2	2.5±0.5
	Igiene perineale	6	3.3±1.2	24	3.8±1.6
Eliminazione	Sostituzione del pannolone	6	2.6±1.3	24	3.5±0.3
Confort	Rifacimento letto semplice	25	3.4±0.1	7	3.7±0.7
	Rifacimento letto occupato	--	---	4	5.5±0.7
Mobilizzazione e del paziente	Cambio posturale	5	2.2±0.5	14	1.9±0.16
	Trasferimento dal letto alla poltrona	14	2.5±0.2	10	3.1±0.5
	Trasferimento dalla poltrona al letto	7	2.7±0.4	2	3.5±0.5
Terapia	Somm.ne terapia farmacologica per os	34	2.4±0.15	41	4.1±0.3
	Sommi.ne terapia farmacologica per via enterale	--	---	18	6.5±0.5

Conclusioni

Dalla nostra esperienza risulta quindi auspicabile l'introduzione nell'area medica della figura dell'OSS, che, collaborando strettamente con l'infermiere, può migliorare la qualità dell'assistenza. Percorsi in 'gemellaggio' con altre aziende in cui tutto questo si è già attuato potrebbero aiutare anche quei servizi di altre parti del Paese dove invece il processo di re-ingegnerizzazione dell'assistenza deve ancora avviarsi.

BIBLIOGRAFIA

- Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. (2014), *Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care*. BMJ Qual Saf. Vol. 23 (2), Feb, 116-25.
- Dumont M. *The development and benefits of working together in geriatric short stay units*. Soins Gerontol (2014). Vol (107), May-Jun, 28-32.
- Vanzetta M., Valicella F., (2014), *L'operatore socio sanitario. Manuale per la formazione*. Milano, VI Edizione, McGraw-Hill.



ESPERIENZE

Progetto alternanza Scuola-Lavoro attivato al Policlinico San Matteo di Pavia e Professioni Sanitarie

di *Piera Bergomi (1)*, *Giuseppina Grugnetti (2)*

(1) *Infermiere, Coordinatore*

(2) *Dirigente Responsabile*

S.I.T.R.A. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Corrispondenza: p.bergomi@smatteo.pv.it

Alternanza scuola-lavoro, un'opportunità per presentare le professioni sanitarie

Nel 2015 (Legge 13 luglio 2015, n. 107) viene attivata una normativa di riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione ed avviato il *Progetto alternanza Scuola-Lavoro* in tutti gli istituti scolastici di secondo grado. Gli obiettivi della norma sono di innalzare, a livello nazionale, i livelli d'istruzione e di competenza degli studenti e di orientarli al mondo del lavoro o al successivo percorso universitario valorizzandone le vocazioni personali. Con l'obiettivo di creare e rafforzare sinergie con il territorio pavese, il S.I.T.R.A. (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale), grazie anche ai primi contatti con un Istituto Scolastico della provincia, ha deciso di far conoscere il contesto sanitario e in particolare l'attività lavorativa delle professioni sanitarie presenti all'interno della Fondazione (Tabella 1), ai giovani studenti. Si è così aderito ai Progetti alternanza Scuola-lavoro proposti all'interno della provincia di Pavia.

Tabella 1 - Figure professionali presenti in Fondazione sia in formazione che in servizio

Macro Profili assunti all'interno della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia	Macro Profili frequentanti tirocini formativi all'interno della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
<ul style="list-style-type: none"> • Amministrativi, Operatori Tecnici, Programmatori, • Operatori di Supporto all'assistenza, Autisti, • Medici, Odontoiatri, • Infermieri, Dietisti, Ostetriche, Fisioterapisti, Tecnici della Perfusioni cardiocircolatoria, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Audiometristi, Assistenti sanitari, Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, Tecnici Neurofisiopatologia, Logopedisti, Ortottisti, • Avvocati, Ingegneri, Chimici, Farmacisti, Fisici, Biologi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Operatori di Supporto all'assistenza • Medici, Odontoiatri, • Infermieri, Dietisti, Ostetriche, Fisioterapisti, Tecnici della Perfusioni cardiocircolatoria, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Audiometristi, Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, Tecnici Neurofisiopatologia, Logopedisti, Ortottisti, • Ingegneri, Chimici, Farmacisti, Fisici, Biologi, Psicologi.

Gli sbocchi professionali sul territorio pavese prevedono, come per le altre province della Regione Lombardia, un'occupazione che da dieci trimestri ha avuto una lieve crescita.

In Regione Lombardia nel 2015 (Èupolis Lombardia, 2015) si registra un aumento di posti di lavoro nel sistema sanitario e nel sistema istruzione e cresce la richiesta di posizioni più qualificate rispetto al 2014 (+2,6% pari a 46mila unità). La popolazione giovane (dati riferiti alla totalità della Regione nel 2015) risulta inferiore a quella anziana (il 14,2% contro il 21,6%) con un indice di dipendenza anziani a Pavia di 37,0, un indice di vecchiaia pari a 187,0 e un'età media di 46 anni, presentando i dati più elevati della Regione, con conseguente carico sociale ed economico che pesa sulla popolazione in età lavorativa (Èupolis Lombardia, 2015). Nel 2015 in Regione Lombardia la formazione nei servizi di sanità e assistenza sociale raggiunge il 46% della formazione e negli atenei lombardi ben 88 sono i corsi per le professioni sanitarie (aa 2013/14) e 100 in totale per le discipline medico-sanitarie. Inoltre 11.000 residenti in altre regioni frequentano corsi universitari in Lombardia e sono provenienti soprattutto da Piemonte, Sicilia, Emilia Romagna e Puglia.

La formazione di secondo grado nel pavese (Èupolis Lombardia, 2015), è costituita per la maggior parte da licei (50% in linea con la media nazionale), istituti tecnici e a seguire istituti professionali (21,6%). Per quanto attiene alla formazione universitaria quella di Pavia, con 231 corsi, è la seconda università in assoluto a livello regionale (Èupolis Lombardia, 2015). Nell'analisi del contesto è importante anche citare la classifica nazionale della Qualità di vita nelle 110 province italiane, stilata dal Sole 24. Ore nel 2016 (Il Sole 24 ore, 2016), dove Pavia risulta al 74° posto, ultima fra le città della Lombardia.

Dai rapporti Alma Laurea si evince che le esperienze di lavoro, di qualsiasi natura, le competenze informatiche, i tirocini/stage compiuti durante gli studi, le esperienze di studio all'estero sono tutti elementi che rafforzano la probabilità di lavorare, entro un anno dal conseguimento del titolo (Alma Laurea, 2016).

A livello lombardo, l'alternanza scuola-lavoro è ritenuta un'importante leva delle politiche sul lavoro, già a partire dal 2006 e 2007 sono state promulgate importanti normative (Legge regionale n. 22 /2006; Legge regionale n.19/2007) fino agli attuali recepimenti della normativa nazionale per tutti gli istituti scolastici.

Alla luce di queste premesse che presentano il contesto pavese e lo confrontano anche con il panorama regionale e nazionale, si è deciso di attivare l'alternanza Scuola-lavoro quale opportunità formativa per gli studenti che, costantemente guidati nelle varie esperienze, possono capire se possiedono attitudini verso le professioni sanitarie nel loro complesso.

Alternanza scuola-lavoro, cronaca di un progetto

Il Progetto di alternanza Scuola Lavoro ha visto il suo realizzarsi attraverso alcune fasi, in particolare:

1. Fase preparatoria-perfezionamento dei contatti, attivazione convenzione Istituti Scolastici-IRCCS a titolo gratuito da parte del referente dell'Istituto Scolastico, attivazione colloqui con studenti e genitori, formulazione obiettivi formativi, predisposizione griglia di osservazione per lo studente, predisposizione modulistica di valutazione, attivazione del corso sulla sicurezza attraverso piattaforma on line da parte dell'azienda ospitante, attivazione del patto formativo, predisposizione di un incontro per diffondere le informazioni agli studenti (orari, luoghi, consumazione pasti, importanza della tutela della privacy, spiegazione dell'importanza di comprendere le caratteristiche dell'ambiente, di mantenere un rapporto costruttivo con lo stesso, del rispetto degli orari, dell'importanza della cura delle attrezzature e altro);

2. Fase di tirocinio in azienda- presentazione della Fondazione e accompagnamento degli studenti al coordinatore della struttura ospitante (Tabella 2 e Tabella 3), compilazione del modulo di rilevazione dei rischi occupazionali o consegna del certificato del medico competente dell'Istituto Scolastico, tenuta e compilazione foglio presenze e diario di bordo, contabilizzazione delle ore e di eventuali assenze;
3. Fase di verifica e valutazione- consegna del questionario di apprendimento e di gradimento, consegna della scheda di valutazione, analisi del diario di bordo, discussione dei punti di forza e di debolezza.

Tabella 2 - Tipologie di aree di inserimento degli studenti anno 2016

Aree di inserimento degli studenti all'interno della Fondazione	N. studenti maschi	N. studenti femmine
Chirurgie Generali 8, Chirurgia Vascolare 8, Oculistica 4, Cardiochirurgia 4, Neurochirurgia 4, Ambulatori Ortopedia 6	16	18
Medicine: Malattie Apparato Respiratorio 7, malattie infettive 6, Trapianto Midollo Osseo 6, Ecografia Interventistica 4	5	18
Area tecnica: Laboratori virologia 6, SIMT trasfusionale 4, Ambulatori di Ortottica 8, Servizio di Dietetica 4, Servizio di Igiene Dentale 6, Servizio di Elettroencefalografia 4	17	15
Ambulatori Pediatrici 4 e Ostetricia 4	0	8
Centro di Elaborazione Dati (CED) 6	6	0

Tabella 3 - Tipologie di aree di inserimento degli studenti anno 2017

Aree di inserimento degli studenti all'interno della Fondazione	N. studenti maschi	N. studenti femmine
Chirurgie Generali 19, Chirurgia Vascolare 10, Oculistica 12, Urologia 12, Cardiochirurgia 6, ORL 4, Neurochirurgia 1 Ambulatori Ortopedia 12, Centrale di Sterilizzazione 6	32	52
Medicine: Malattie Apparato Respiratorio 10, malattie infettive 10, Trapianto Midollo Osseo 12, Cardiologia 4, ambulatori Medicine e Dermatologia 6, Servizio Trasporti Sanitari Aziendale 8	24	26
Area tecnica: Radiologie Ecografie e Risonanza Magnetica 6, Ecografia Interventistica 6, Laboratori virologia 10, SIMT trasfusionale 10, Chimico cliniche 4, Ambulatori di Ortottica 8, Servizio di Dietetica 8, Servizio di Igiene Dentale 8, Servizio di Elettroencefalografia 8	37	31
Centro Coordinamento Trapianti d'organo 6 e Terapie intensive 1	3	4
Ambulatori Pediatrici 14 e Ostetricia 12	2	24
Servizio di Prevenzione Protezione 8	6	2
Centro di Elaborazione Dati (CED) 10	9	1

Sono stati effettuati da parte del tutor aziendale due incontri preparatori e di confronto con gli studenti, uno presso l'Istituto Maserati di Voghera ed uno presso l'Istituto Cairoli di Pavia della durata di circa 2 ore ognuno. Gli incontri erano finalizzati all'orientamento al mondo delle professioni sanitarie presenti all'interno della Fondazione e alla presa di decisione consapevole sulla base di quanto gli studenti avrebbero potuto osservare, presentando le caratteristiche delle diverse professioni sanitarie.

La scelta della tipologia dei servizi in cui svolgere il percorso di alternanza per i singoli studenti, si è voluto fosse in prima istanza coerente con le attitudini e le competenze in ingresso degli stessi. In effetti, come verrà discusso successivamente, in relazione allo scarso orientamento iniziale dei giovani su quale sarà il loro futuro lavorativo e professionale, a volte la scelta del servizio ove effettuare l'alternanza è stata dettata anche da altre esigenze, come ad esempio il periodo e le problematiche organizzative delle diverse Unità Operative ospitanti.

La copertura assicurativa degli studenti in alternanza scuola lavoro per antinfortunistica e Responsabilità Civile è a carico degli Istituti Scolastici.

Lo stage si è sviluppato dal lunedì a venerdì, in orari diurni garantendo la disponibilità di un tutor scolastico e uno aziendale nelle giornate e negli orari programmati per la durata di massimo 100 ore per studente.

L'impiego di un "cartellino di riconoscimento" è stato ritenuto indispensabile per una facile identificazione all'interno della Struttura, così come l'utilizzo di una divisa e calzature comode. È stato organizzato in ogni struttura anche uno spazio per depositare gli zaini o gli effetti personali degli studenti.

Risultati e Discussione

Nel 2016 sono stati accolti 103 studenti provenienti da 5 Istituti Scolastici di Pavia e provincia. Nel 2017 gli Istituti scolastici di Pavia e Provincia che hanno aderito sono stati 8, per un totale complessivo di 253 studenti (Tabella 4). Circa 20 studenti sono tornati nel 2017 dopo aver fatto un'esperienza nel 2016, gli studenti che hanno partecipato al progetto sono prioritariamente frequentanti le classi terze, in parte anche la classe quarta. La maggior parte degli studenti non ha idea di cosa farà da grande, la domanda è stata sottoposta a tutti gli studenti e la risposta principale è che vi sono troppi stimoli e non sanno cosa scegliere. Gli unici studenti che avevano già deciso, circa trenta, avevano un unico orientamento verso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Tabella 4 - Numero studenti accolti durante il 2016 e il 2017

Istituti Scolastici Pavesi	n. studenti Anno 2016	n. studenti Anno 2017
Istituto Maserati di Voghera	19	48
Istituto Taramelli-Foscolo	23	104
Istituto Galilei di Voghera	8	8
Istituto Cardano di Pavia	16	48
Istituto Cairoli di Pavia	37	40
Istituto paritario Olivelli di Pavia	0	2
Istituto Enrico Fermi di Pavia	0	3

Durante il percorso si sono verificate due criticità nel 2016 (uno studente è svenuto e una studentessa ha interrotto il tirocinio per malattia esantematica senza avvisare) e cinque nel 2017 (tre infortuni, in particolare tre studentesse sono svenute di cui una ha anche battuto la testa, un richiamo per vestiario non consono all'ambiente, un richiamo per utilizzo di una barella per sdraiarsi).

Conclusioni

Le Strutture che hanno accolto i ragazzi in alternanza ne hanno conosciuto l'entusiasmo, la curiosità ed a volte anche il disinteresse.

I colleghi, hanno cercato di trasmettere loro che: la capacità professionale deve interagire con il contesto; il cuore del lavoro in buona parte è rappresentato dall'atteggiamento della persona; e che il lavoro in sanità è prioritariamente di relazione e confronto.

Dall'altra parte gli studenti hanno accolto l'alternanza come una sfida, come un momento di confronto. Essi hanno avuto un'occasione di apprendimento con modalità differenti, facendo un'esperienza diretta in ospedale che li ha aiutati anche a orientarsi e a capire cosa li aspetta dopo la scuola. Hanno sperimentato l'importanza di un agire in equipe, rendendosi conto che lavorare in ospedale significa essere inseriti in un ambiente che opera in un contesto fatto di contatto con le persone.

Fondamentali sono stati anche i momenti di incontro e di informazione/formazione tra tutor aziendali e tutor scolastici, perché entrambi hanno imparato a confrontarsi su un linguaggio comune e hanno cercato punti di incontro e di risoluzione condivisa su eventuali aree di criticità (es. conciliazione tempi Scuola-Fondazione).

Gli sviluppi futuri prevedono un miglioramento degli strumenti metodologici. Infatti entro il prossimo anno sarà predisposto uno strumento semi-strutturato che gli studenti dovranno restituire al tutor aziendale entro la fine dello stage descrivendo:

1. localizzazione della struttura e ambienti della stessa;
2. struttura organizzativa;
3. tecnologie utilizzate;
4. individuazione delle figure professionali e loro funzioni;
5. clima aziendale.

Inoltre vi è l'intenzione di convergere la progettualità su un percorso annuale, ad esempio preparare documenti per la sensibilizzazione alla donazione degli organi nel territorio pavese o sviluppare supporti informatici ad uso delle professioni sanitarie o altro da definire.

BIBLIOGRAFIA

- Alma Laurea a cura di (2016) XVIII Indagine Condizione occupazionale dei Laureati consultato in data 15 marzo 2017 al sito www.almalaurea.it.
- Alma Laurea a cura di (2017) XIX Indagine Condizione occupazionale dei Laureati. Sintesi del rapporto 2017, consultato in data 15 marzo 2017 al sito www.almalaurea.it.
- Eupolis Lombardia (2015) Osservatorio del Mercato del lavoro e della Formazione Rapporto e Ricerca consultato in data 20/03/2017 al sito <http://www.eupolis.regione.lombardia.it>.
- Il Sole 24ore (2016) Qualità di vita classifiche.
- LEGGE 13 luglio 2015 , n. 107 Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti. (15G00122) ([GU Serie Generale n.162 del 15-07-2015](#)).
- Legge Regionale del 28 settembre 2006 n. 22 Il mercato del lavoro in Lombardia (B.U.R.L. del 3 ottobre 2006 n. 40, 1° suppl. ord.).
- Legge regionale LOMBARDIA 6 agosto 2007 n. 19 Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione della Regione Lombardia (B.U.R.L. n. 32, 9 agosto 2007, Supplemento Ordinario).

ESPERIENZE

Open Day per le famiglie e i loro bambini in un ospedale pediatrico IRCCS

di *Silvia Scelsi (1), Roberta Da Rin Della Mora (2), Urbano Anna Maria (3), Milvia Subbrero (4)*

(1) *Responsabile Dipartimento Infermieristico e delle Professioni Tecnico Sanitarie*

(2) *Infermiera ricercatrice*

(3) *Responsabile Area Infermieristica Ostetrica e Profili di supporto*

(4) *Responsabile Formazione Ricerca e Qualità*

Istituto Giannina Gaslini-Genova

Corrispondenza: milviasubbrero@gaslini.org

Il prendersi cura è una prerogativa dei professionisti della salute e si esprime garantendo la sicurezza, la qualità e continuità delle cure. Questo percorso è reso possibile dalle politiche sanitarie che da decenni si impegnano a sviluppare un ruolo centrale ed attivo dei cittadini oltre che dall'impegno e dalla competenza dei singoli professionisti (Commissione della Comunità Europea, 2006).

In particolare a livello locale, le Regioni promuovono documenti ed interventi per realizzare una comunicazione al servizio dei cittadini, per ridurre le distanze, per concretizzare il diritto all'informazione (Regione Liguria, 2016).

Tutto ciò contribuisce a sviluppare l'attenzione ai bisogni di salute in maniera olistica, personalizzata, ponendo al centro dell'assistenza la "persona" nei diversi contesti di cura, prevenzione e riabilitazione (Mikkelsen & Fredriksen, 2011).

Con queste premesse è stato organizzato un Open Day i cui principali obiettivi erano:

- suscitare interesse su problematiche quotidiane ed importanti ambiti di prevenzione per la neomamma e per una sana crescita del neonato e dei bambini;
- fornire informazioni ed illustrare tecniche riguardanti alcune tra le problematiche di salute maggiormente ricorrenti in età pediatrica;
- coinvolgere genitori e bambini nelle attività che sono state organizzate per realizzare l'evento.

L'esperienza dell'Open Day: professionisti e cittadini uniti in un percorso

Per garantire la qualità e continuità delle cure occorre orientare l'approccio di cura ai bambini insieme alle loro famiglie, come un unico soggetto, prioritario, nel processo assistenziale (Coyne et al., 2016; Coleman et al., 2003). Per questo i professionisti delle diverse qualifiche sono chiamati a migliorare l'assistenza non solo in termini di qualità e sicurezza ma anche di "centralità del paziente" (JCI – Joint Commission International 2017). A questo proposito il Dipartimento delle Professioni Sanitarie dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) G. Gaslini ha realizzato un evento "a porte aperte" (open day) per avvicinare i professionisti ai cittadini, per favorire un dialogo ed uno scambio reciproco in termini di "offerta" e "bisogni".

In letteratura non sono descritte iniziative di questo tipo, ma solo iniziative nelle quali professionisti sanitari hanno incontrato studenti della scuola primaria per interventi di educazione mirati ad un aspetto, come ad esempio l'igiene orale (Bracconi et al., 2016).

A Maggio 2017 presso l'ospedale si è quindi realizzato il primo "Open Day" dell'Istituto con l'obiettivo di rispondere alle esigenze più comuni ma al tempo stesso importanti per famiglie, genitori, bambini.

Infermiere pediatriche, infermiere ricercatrici, ostetriche, dietiste, tecnici di radiologia, fisioterapiste, hanno messo a disposizione la loro professionalità e competenza creando un ambiente di relazione e comunicazione a misura di genitore e di bambino.

Per la definizione dei contenuti da trattare e delle attività da presentare, si è riunito un gruppo ristretto di esperti nell'area clinica e di ricerca, che hanno identificato argomenti ed obiettivi specifici in base alla frequenza della casistica degli accessi registrati in pronto soccorso ed alla valenza di carattere preventivo della tematica.

Pertanto sono state individuate tematiche relative a: percorso nascita, alimentazione corretta, incidenti domestici, le più frequenti cure a domicilio ed interventi diagnostici. La ricerca infermieristica è stata declinata in indicazioni ai genitori su come riconoscere, tra le molte informazioni sanitarie disponibili in particolare in rete, quelle affidabili e basate su evidenze scientifiche.

Le diverse attività sono state organizzate in stand prevalentemente monotematici (Tabella 1) e condotte da professionisti sanitari con una documentata esperienza sul tema trattato. L'evento è stato promosso dal direttore del Dipartimento delle professioni sanitarie che ha coinvolto anche i volontari dell'Associazione del Porto dei Piccoli, che hanno animato l'evento con la partecipazione di cani certificati ed utilizzati nell'attività assistita con animali. A questo proposito i bambini che si sono presentati hanno dimostrato interesse e divertimento, sperimentando in prima persona, la gestione di "pelosi" disposti a farsi coccolare, spazzolare, e gironzolare negli spazi dedicati.

Tabella 1 - Professionisti ed attività svolte			
Professione	Attività proposta	Materiali e metodi utilizzati	Destinatari
Infermiera pediatrica	Lavaggi nasali	Dimostrazione e prova pratica su manichino, video educativo	Nonni, genitori, futuri genitori e bambini
	Gestione domiciliare della febbre, "mal d'orecchio", vomito, diarrea	Illustrazione contenuti e consegna opuscoli	Nonni, genitori, futuri genitori e bambini
	Prevenzione incidenti domestici	Illustrazione contenuti e consegna opuscoli	Nonni, genitori, futuri genitori e bambini
	Disostruzione delle vie respiratorie nel lattante e nel bambino	Dimostrazione e prova pratica su manichino	Nonni, genitori, futuri genitori e bambini
Infermiera pediatrica	La fiaba come strumento terapeutico	Illustrazione libri, poster, modalità di racconto	Nonni, genitori, futuri genitori e bambini

Infermiera pediatrica Fisioterapista	Promozione allattamento, developmental care del neonato, prevenzione SIDS	Dimostrazione e prova pratica con manichino neonatale Illustrazione opuscoli informativi e poster	Nonni, genitori, futuri genitori
Infermiera ricercatrice	Identificazione di informazioni sanitarie affidabili	Esempi pratici con criteri di valutazione, e riferimenti di istituzioni e siti affidabili	Nonni, genitori, futuri genitori
Ostetrica Infermiera pediatrica	Test su conoscenze dei rischi per il feto legati al consumo di alcol in gravidanza e allattamento	Test informatizzato, integrazione contenuti su risposte errate, consegna gioco educativo	Nonni, genitori, futuri genitori
Tecnico sanitario di radiologia	Visualizzazione delle tecniche di protezione del bambino sottoposto ad esami radiologici	Illustrazione video, poster, gadget	Genitori e bambini
Dietista	Illustrazione principi di alimentazione corretta per bambino/adolescente	Illustrazione e consegna opuscoli	Nonni, genitori, futuri genitori e bambini

Gli stand hanno favorito la partecipazione e l'interazione. Per questo è stato creato un ambiente accogliente in grado di ridurre le distanze e favorire il contatto. Poster, colori, musica, arredi e manichini sono stati armonizzati con gli spazi resi disponibili per rendere l'ambiente il più accogliente possibile.

Le dietiste hanno fornito informazioni riguardanti la corretta alimentazione del bambino e dell'adolescente, illustrando i contenuti con poster e brochure, i tecnici radiologi hanno trattato la radioprotezione ed il coinvolgimento del bambino sottoposto ad esami radiologici. Inoltre l'argomento degli strumenti terapeutici alternativi, come la fiaba e la medicina narrativa, hanno catturato la fantasia dei più piccoli ed in particolare la sensibilità delle future mamme.

Papà e mamme sono stati coinvolti attivamente nel prendersi cura del neonato, attraverso la "developmental care del neonato" nel soddisfacimento del bisogno di riposo e sonno, sono state anche comprese le posture corrette e sicure per prevenire la SIDS, (Sudden Infant Death Syndrome), e quelle utili nell'allattamento.

Per il tema "percorso nascita e neonato" gestito da ostetriche, fisioterapiste ed infermiere pediatriche sono state realizzate prove pratiche e fornite informazioni circa i rischi per il feto legati all'assunzione di alcool in gravidanza. Un test informatizzato a cui si è sottoposto volontariamente un quarto dei partecipanti (n. 28) ha evidenziato che le conoscenze su tali rischi sono buone a livello generale (ad esempio quasi il 90% dei rispondenti, n. 25, sapeva che l'unico modo per annullare il rischio di danni alcol-correlati al feto è quello di non assumere nessuna sostanza alcolica in gravidanza) e carenti nello specifico (poco più di un quarto, n. 8, sa cosa sia lo 'Spettro dei disordini feto alcolici', FASD).

Sono state inoltre effettuate dimostrazioni pratiche e simulazioni con un manichino per la disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo e filmati sui lavaggi nasali nel bambino di diverse età.

E' stata anche illustrata la gestione di alcune frequenti problematiche di salute, come la febbre, il mal d'orecchio, il vomito, la diarrea. I genitori e i bambini hanno partecipato attivamente potendo acquisire competenze per una presa in carico domiciliare efficace evitando di ricorrere al pronto soccorso ospedaliero.

All'open day hanno partecipato 51 singoli o nuclei familiari, per un totale di 110 partecipanti. Nell'organizzazione dell'evento è stata prevista anche la consegna di un breve questionario ai partecipanti adulti singoli o per nucleo familiare, per consentire l'espressione del loro gradimento ed arricchire le idee nella pianificazione di un prossimo evento, grazie alle osservazioni, importanti come spunti di miglioramento.

A tutti i bambini che hanno partecipato è stato offerto un gadget ed un attestato di partecipazione per ricordare la loro esperienza e come ringraziamento per la loro partecipazione.

Risultati

Tutti i partecipanti singoli, o nuclei famigliari, (n. 51) hanno restituito il questionario compilato.

Le tematiche presentate sia dal punto di vista teorico che pratico sono state molto apprezzate come dimostrano i dati raccolti dai questionari di gradimento (Tabella 2), nei quali si chiedeva di indicare (in una scala a 4 punti: per nulla, poco, abbastanza, molto) il gradimento rispetto agli argomenti trattati e dell'evento in generale, l'efficacia di eventuali interventi formativi ricevuti, il livello di coinvolgimento percepito. Infine con risposta aperta, si chiedeva se ci fossero argomenti di interesse non trattati in questa edizione ed eventuali altri suggerimenti.

Tabella 2 - Risultati questionari di gradimento

Valutazione →	Per nulla n= (%)	Poco n= (%)	Abbastanza n= (%)	Molto n= (%)	Totale
Aspetti valutati ↓					
Gradimento argomenti trattati	0	0	1 (2)	50 (98)	51
Efficacia/utilità degli interventi formativi	0	0	10 (20)	41 (80)	51
Livello di coinvolgimento	0	0	6 (12)	45 (88)	51
Gradimento iniziativa	0	0		51 (100)	51

Il 74% dei 51 compilatori (n. 38) ha infatti espresso la valutazione massima su tutti e 4 gli aspetti proposti, il 20% (n. 10) su tre aspetti su quattro ed il 6% (n. 3) su due su quattro. Nessun partecipante ha espresso le valutazioni minime (per nulla o poco).

Diversi sono stati poi i suggerimenti per future repliche dell'iniziativa, caldegiate esplicitamente dai partecipanti. Tra i commenti, quelli ritenuti più significativi hanno riguardato l'utilità di rendere evidente l'importanza del ruolo di tutte le professioni sanitarie e del grande valore sociale, di prevenzione, informazione ed 'accoglienza' sanitaria dell'iniziativa.

Conclusioni

L'evento è risultato significativo per diversi aspetti: nei confronti della cittadinanza per il soddisfacimento dei loro bisogni e per il miglioramento dell'accesso alle cure ricorrendo al pronto soccorso solo nei casi in cui è inevitabile; nei confronti degli operatori per la valorizzazione della professione e della professionalità anche fuori delle mura ospedaliere; della continua evoluzione del modello della Child and Family Centred Care dell'Ospedale Gaslini, che mira a crescere e svilupparsi coltivando "Rispetto", "Comunicazione" e "Collaborazione" adattando le proprie strutture e risorse per realizzare un sistema di cure incentrato sul bambino e la famiglia.

BIBLIOGRAFIA

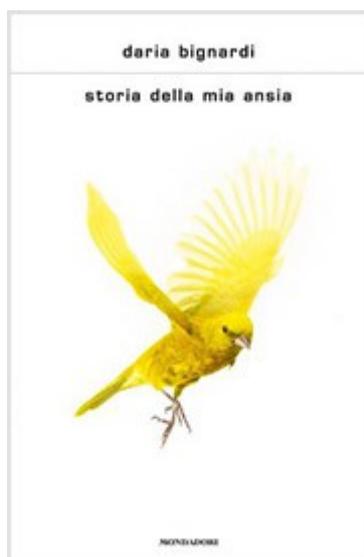
- Bracconi M., Kheng R., Pujade C., Bdeoui F., Landru M.M., Gogly B., Pirnay P. (2016) *Oral hygiene prevention actions at Albert Chenevier hospital: Open day for schools*. Sante Publique, 28(1):83-89.
- Commissione delle Comunità Europea (2006) Libro bianco su una politica di comunicazione Europea, consultato 18 ottobre 2017, disponibile su: http://europa.eu/documents/comm/white_papers/pdf/com2006_35_en.pdf.
- Regione Liguria (2016) Libro bianco della Sanità, consultato 18 ottobre 2017, disponibile su: http://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1043&Itemid=450.
- Coleman V., Smith L., Bradshaw M. (2003). *Enhancing consumer participation using the Practice Continuum Tool for family-centred care*. Paediatric Nursing, 15(8): 28-31.
- Coyne I., Hallstrom I., Soderback M. (2016). *Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare*. Journal of Child Health Care, 20(4): 494-502.
- JCI – Joint Commission International (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Sixth edition. Joint Commission International, Oak Brook, IL, U.S.A.
- Mikkelsen G., Fredriksen K. (2011). *Family Centred Care of children in hospital, a concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 67(5):1152-1162.

SCAFFALE

Storia della mia ansia

di **Daria Bignardi**

Editore: Mondadori Milano, 2018
 pagine 192, euro 19,00



L'ultima fatica letteraria di Daria Bignardi è un libro che racconta una storia di donna e insieme condivide un'esperienza comune a tanti. Anzi a ben vedere due esperienze, che alla fine diventano antagoniste: da una parte l'ansia vissuta come una maledizione familiare e un impedimento paralizzante, dall'altra l'irrompere di una malattia, un tumore, che, materializzando e rendendo visibile una paura continua, dà alla fine la possibilità di dominarla e conviverci, facendo di Lea, la protagonista del romanzo, una donna diversa.

L'ultimo romanzo di Daria Bignardi, almeno in parte autobiografico pensando alla sua lotta contro un tumore, si gioca tutto su questa contrapposizione, su questo cambiamento di prospettiva che, pur descrivendo con realismo e senza sentimentalismi la malattia, la

chemioterapia, il tradimento del corpo, osserva questa esperienza come una straordinaria opportunità di cambiamento e di nuova possibilità di prendere possesso della propria vita.

La malattia diventa così un'opportunità, ma anche un bivio e un confine tra il prima e il dopo, tra una vita in cui Lea non riesce più né a riconoscersi né a sentirsi libera, e una nuova leggerezza che diventa apertura al nuovo, ad un futuro da attendere con leggerezza. Come dice Lea *“il buono di una malattia è che capisci cosa viene prima. Lo senti senza più incertezza, ed esci dalla ruota del criceto. Per piena che sia, ogni vita, prima o poi, diventa una bolla in cui fai sempre le stesse cose. Quando ti ammali la bolla esplode. Fai esperienze nuove, conosci nuove persone: medici, infermieri, altri malati. Altri mondi”* (pos. 111/1731, edizione Kindle).

La particolarità di questo romanzo, che a parte qualche elemento di invenzione è, come abbiamo detto, fortemente basato sulla storia di Lea e di molte altre donne con un cancro al seno, è però quella di fare spazio alla malattia e a quello che con sé porta: *“scoprire di avere una malattia catapulta in una dimensione più libera. Non puoi programmare nulla, a parte le cure. Improvvisamente hai più spazio nel disco rigido del cervello. Non dico che ammalarsi sia una fortuna – mi irritano i mistici della malattia: non c'è nulla di eroico nell'ammalarsi e curarsi, si è costretti a farlo, casomai c'è qualche nobiltà nella discrezione – ma almeno quest'anno il problema del teatro non si pone: il programma dei prossimi mesi prevede quattro cicli di chemioterapia”* (pos. 106/1731, edizione Kindle).

Certo, questa apertura verso una nuova dimensione non viene da sola, non si riceve in dono, non la si può comperare: va solo percorsa. *“La chemioterapia fa schifo. Dopo il primo giorno di nausea paralizzante so una cosa sola: non voglio farla mai più. Perché dovrei avvelenarmi ancora? (...) La roba che mi hanno iniettato ha cancellato le emozioni, tranne quelle negative, e non mi fa trovare le parole, i gesti, gli slanci. Se questo è il risultato di un'infusione, come starò dopo quattro? Il mio corpo si rifiuta di pensarlo”* (pos. 295/1731, edizione Kindle).

Ma lasciamo parlare l'autrice, che descrivendo il suo lavoro dice: *“Ho immaginato una donna che capisce di non doversi più vergognare del suo lato buio, l'ansia. Lea odia l'ansia perché sua madre ne era devastata, ma crescendo si rende conto di non poter sfuggire allo stesso destino: è preda di pensieri ossessivi su tutto quello che non va nella sua vita, che, a dire il vero, funzionerebbe abbastanza (...) Nella vita di Lea improvvisamente irrompono una malattia e nuovi incontri, che lei accoglie con curiosità, quasi con allegria: nessuno è più di buon umore di un ansioso, di un depresso o di uno scrittore, quando gli succede qualcosa di grosso”* (pos. 16/1731, edizione Kindle).

L'autrice dà così voce a tante donne che devono affrontare il trauma della malattia, ma mettendo la malattia stessa in parte in sfondo, per far emergere la possibilità, data a tutte e a tutti, dopo la paura e lo smarrimento, di scegliere, di reinventarsi, di accettare l'inaspettato.

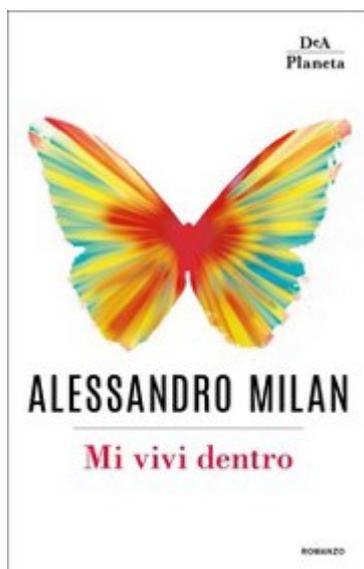
Laura D'Addio

SCAFFALE

Mi vivi dentro

di **Alessandro Milan**

Editore: DeA Planeta
pagine 260, euro 17,00



“Quando la vita rovescia la nostra barca, alcuni affogano, altri lottano strenuamente per risalirvi sopra. Gli antichi connotavano il gesto di tentare di risalire sulle imbarcazioni rovesciate con il verbo ‘resalio’. Forse il nome della qualità di chi non perde mai la speranza e continua a lottare contro le avversità, la resilienza, deriva da qui.”
(Pietro Trabucchi)

“Tutto comincia alle sei di mattina, in radio, dove due giornalisti assonnati si danno il turno. Lui sta cercando di svegliarsi con un caffè, lei sta correndo a casa dopo aver lavorato tutta la notte. E succede che nella fretta i due scambiano per errore i loro cellulari. Si rivedono qualche ora più tardi e da un dialogo quasi surreale nasce un invito al cinema, poi a una mostra, un aperitivo, una gita in montagna. Francesca è bassina, impertinente, ha i capelli biondi arruffati

e due occhioni blu che illuminano il mondo. È una forza della natura, sempre in movimento, sempre allegra: per questo la chiamano Wondy, da Wonder Woman. Alessandro è scherzoso e un po' goffo, si lascia travolgere da Francesca e dall'amore che presto li lega. Con lei, giorno dopo giorno impara a vivere pienamente ogni emozione, a non arretrare di fronte alle difficoltà. E così, insieme, con una forza di volontà che somiglia a un superpotere, si troveranno a combattere la più terribile delle battaglie, quella che non si può vincere.”

Non è solo una bella storia d'amore e di una famiglia solida, unita e “felice” o, in due parole, una favola.

E' piuttosto una storia di attaccamento alla vita in cui il filo rosso è la resilienza. Una resilienza agita quotidianamente. Una straordinaria capacità di adattamento quella di Francesca “Wondy” durante la sua battaglia impari contro il tumore: il suo motto era “Io non sarò mai la mia malattia”.

Un male che alla fine ha avuto la meglio su di lei ma che non è mai riuscito a minarne la voglia di vivere al meglio, di continuare a sperare, di sorridere.

Ma la resilienza non è stata solo di Francesca, è stata compagna tutti coloro, familiari e amici, le sono stati accanto e intorno e che per lei e con lei e come lei hanno sofferto senza sconti.

Una sofferenza che trasforma e cambia chi la vive: nessuno è più lo stesso dopo una perdita così importante. E ancora una volta è la resilienza a entrare in campo per aiutare chi resta ad “adattarsi e reinventarsi” come hanno fatto Alessandro, il marito di Francesca e i suoi figli.

Un libro da leggere per riflettere...

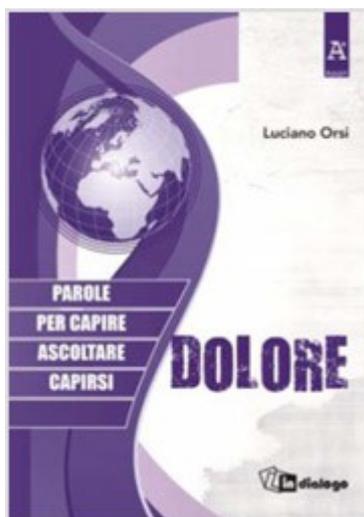
Marina Vanzetta

SCAFFALE

Dolore. Parole per capire, ascoltare, capirsi

di Luciano Orsi

Editore: In Dialogo - collana Agape 2018
pagine 120, euro 10,00



A vederlo? Un piccolo libro tascabile, un *volumetto* come viene definito nella presentazione della collana, con un titolo sintetico, anche forse un po' scontato: "Dolore".

A leggerlo? Alcune pagine di riflessioni su un testo biblico (l'Icona) anticipano, forse in modo non facilissimo, la sezione su La parola: DOLORE. E qui si aprono pagine di uno spessore scientifico, umano ed etico elevato, in cui ogni affermazione, si sente come sia ponderata e pesata con quanto dall'esperienza della pratica clinica quotidiana è stato appreso ed ha innescato l'energia per pensare e praticare percorsi nuovi, diversi e sempre più umanizzanti.

E' un connubio interessante questo scelto per la collana, aprire con una riflessione biblica che possa aiutare poi l'interpretazione di un determinato fenomeno o guidarne

l'approccio nella vita delle persone o come nel nostro caso dei professionisti.

Per questo libro, l'Icona sono i brani del libro di Giobbe, per aiutare la riflessione sul significato del dolore, del dolore "innocente" (pag.10). Se in molti testi della Bibbia "il dolore e la morte sono frutti della colpa" (pag. 10), il libro di Giobbe attraverso le vicende del profeta, dice che "il male non è dovuto solo al peccato; egli soffre pur essendo innocente" (pag. 11).

L'introduzione biblica prosegue sul tema dell'amicizia e degli amici che non comprendono "Credevamo che tu fossi giusto, in realtà se sei così colpito è perché anche tu sei un peccatore e Dio ti ha punito" (pag. 14).

Ed ecco che Luciano Orsi, da esperto medico anestesista e palliativista, nonché Vicepresidente della Società Italiana di Cure Palliative, ha modo di entrare nel vivo del tema del dolore, proprio partendo dal rifiuto del legame dolore-colpa. Se lo fa è perché probabilmente ritiene, come peraltro descrive nel testo in più occasioni, come questo retaggio abbia in passato e a volte ancora oggi, rappresentato una barriera alla gestione adeguata del dolore. Una barriera percepita non solo a volte dai professionisti non sufficientemente sensibilizzati e formati alla valutazione e gestione del dolore, ma anche da parte dei pazienti stessi o dei familiari.

Anche la scala di priorità tra il trattamento del dolore e il rischio di perdita di coscienza, è una riflessione che nel testo viene ripresa più volte. Orsi ci dice anche che viceversa il trattamento del dolore, permette altresì un maggiore benessere psicologico e spirituale perché come dire... ne lascia lo spazio, e tutto ciò fa bene alla persona a coloro che la accompagnano nella fase finale della vita.

Orsi ci dice che trattare il dolore o ridurne l'intensità, rappresenta quindi "un dovere etico e deontologico prima che un'indiscutibile indicazione clinica" (pag. 27).

Eppure le paure e forse anche una certa visione del mondo sono descritte dall'autore come fattori che determinano l'atteggiamento di fronte al dolore. Per aiutarci a comprenderne gli effetti vengono descritti nel libro emblematiche storie di malati che dimostrano come partire da ciò che rappresenta il punto di vista dell'altro o degli altri considerando anche i familiari o chi si prende cura della persona malata, è la base per poter concordare e orientare la presa in carico della persona. D'altro canto la complessità degli elementi che entrano in gioco sul tema del dolore e del suo trattamento nel fine vita sono tali che, con altrettanto realismo Orsi descrive che non sempre sia possibile navigare attraverso le diverse prospettive culturali e religiose.

In tal senso è molto interessante l'inquadramento generale e l'approfondimento analitico (le varie prospettive culturali pag. 40) che l'autore offre di queste diverse prospettive, così da dare al lettore l'opportunità di esserne consapevole, di saperle riconoscere e quindi tenerne conto, reindirizzarle ove possibile o altresì identificandole come un limite al proprio operato.

Il testo è ricco di autorevoli riferimenti dalla letteratura ed a documenti recenti che con sempre più chiarezza forniscono criteri di valutazione e giudizio per i curanti come la Nuova Carta degli operatori sanitari del 2017 (a cura del Pontificio Consiglio degli Operatori Sanitari) o il documento del Comitato Nazionale di Bioetica in merito alla sedazione palliativa profonda (2016) o la ancora più recente legge in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (n. 219, 22-12-2017). Viene anche riservato un capitolo del libro alle indicazioni deontologiche alla riduzione della sofferenza. Orsi ricorda come i codici deontologico del medico e dell'infermiere rappresentano "la carta di identità delle varie figure [...] ispirarne fortemente lo stile di cura e orientarne le decisioni" (pag. 67). Ne fa emergere doveri chiave "il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta" (pag. 68) o il ruolo pro-attivo necessario nel trattamento del dolore e delle sofferenza "globalmente intese" (pag. 70).

Il capitolo "L'esperienza del medico palliativista" (pag. 80) ci da modo di apprezzare la realtà sul campo, con le sue istanze, le difficoltà e la descrizione dell'indispensabile necessità di comunicazione, relazione, empatia, introspezione, confronto di equipe e supporto, per poter accompagnare le persone in modo adeguato nell'ultima parte della vita.

Il prezioso richiamo finale alla formazione e all'informazione, pone due priorità indispensabili. Non solo infatti solo gli operatori sanitari a dover cambiare superando il così detto "paternalismo medico" (pag. 110), o migliorare, ma lo è anche la società nel suo insieme.

La sottolineatura quindi a promuovere un'informazione anche al grande pubblico che contrasti la paura sul tema del dolore, che promuova la centralità del malato, che diffonda notizie pertinenti sul trattamento del dolore, faciliti la condivisione di esperienze e valorizzi l'aiuto che può dare il supporto psicologico e spirituale, è assolutamente pertinente e indica una linea futura da sviluppare.

A cura della Redazione

COLOPHON

Direttore responsabile

Barbara Mangiacavalli

Comitato editoriale

Cosimo Cicia, Giancarlo Cicolini, Nicola Draoli, Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Auslia Pulimeno, 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

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, nella sezione "Formazione e Ricerca".

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