

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXII

5

**SETTEMBRE-OTTOBRE
2018**



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

ISSN 2038-0712

INDICE

● EDITORIALE

Infermieri protagonisti del futuro della professione
di Barbara Mangiacavalli

● INFERMIERE & LAVORO

CCNL Sanità: attuare gli incarichi di infermiere esperto e alcuni ragionamenti sulla Commissione paritetica
di Saverio Proia

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

La figura dell'infermiere nell'Italia pre unitaria attraverso l'analisi comparata di regolamenti ospedalieri. Un protocollo di ricerca
di Valerio Di Nardo, Luca Borghi, Valerio Dimonte

La formazione a distanza FNOPI: profilo socio-demografico degli iscritti, adesione e gradimento
di Annamaria Ferraresi, Giulia Guidarelli, Laura D'Addio

● CONTRIBUTI

Il primary nursing nella stroke unit: audit sulla progettazione dell'assistenza con schede pre-strutturate
di Emanuela Vezzani, Marina Lemmi, Daniela Mecugni, Sandra Coriani, Roberta Riccò, Antonio Boccia Zoboli, Giovanna Amaducci

Il sentire empatico: prospettive e visioni
di Maurilio Palladini

● ESPERIENZE

Il dolore in pronto soccorso: processi di miglioramento continuo, capitalizzazione e diffusione delle good-practice
di Marida Andreucci, Tiziana Traini, Mariella Amadio

La salute dell'atleta pallanuotista: indagine sulle abitudini alimentari
di Maria Vittoria Rosanna, Virginia Passinetti, Elena Colzani

Gli infermieri in missioni umanitarie internazionali: le ripercussioni sul rientro a casa
di Adriana Bodea, Marco Bellagamba, Loris Salina, Lorenza Garrino

Valutazione e gestione del dolore in Terapia Intensiva: risultato di un'indagine multicentrica nazionale
di Vincenzo Damico, Flavio Cazzaniga, Liana Murano, Massimiliano Greco

Il team-based learning applicato all'insegnamento dell'infermieristica clinica facilita l'apprendimento
di Annalisa Raso, Lorenza Garrino, Fulvio Ricceri, Valerio Dimonte

● SCAFFALE

La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace
di Marco Geddes da Filicaia

La valutazione del paziente con ulcere croniche
di Claudia Caola, Alberto Apostoli, Angela Libardi, Emilia Lo Palo



EDITORIALE

Infermieri protagonisti del futuro della professione

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI)

Il futuro della professione infermieristica è già qui e dipende solo da noi.

Non possiamo essere spettatori passivi, ma dobbiamo essere attori protagonisti dell'evoluzione del sistema nei prossimi dieci anni e dobbiamo avere la capacità di gestire il cambiamento e l'innovazione sia dal punto di vista manageriale che da quello clinico, perché si deve sempre avere ben presente il faro della relazione con l'assistito, la necessità di percepire i reali bisogni della persona.

Siamo la professione che può governare l'evoluzione del sistema e per farlo dobbiamo essere consapevoli che dopo la laurea si deve ricominciare a studiare e continuare a farlo.

Negli ultimi 40 anni, dalla legge 833/78 abbiamo vissuto innumerevoli cambiamenti. Sia nei bisogni di salute degli assistiti che in quelli organizzativi del sistema e delle professioni. La nostra professione, in particolare nell'ultimo ventennio, ha conosciuto un'evoluzione straordinaria sul piano normativo e formativo.

Tuttavia, tanto c'è ancora da fare, soprattutto sul piano formativo.

Dobbiamo costruirci solide basi culturali per accogliere le innovazioni e metterci al passo coi cambiamenti del futuro. È necessario aggiornarci, recuperare consapevolezza perché la nostra professione può e deve governare l'evoluzione dei bisogni di salute e avanzare una configurazione nuova della risposta a quei bisogni, quanto più possibile vicino all'assistito.

L'infermiere ha e deve avere sempre di più un rapporto privilegiato con l'assistito che riesce ad esaltare solo se veicola la tecnica con un'adeguata relazione di aiuto.

Per questo abbiamo bisogno di non abbandonare la clinica, di mantenere il rapporto, il contatto con la persona. E per farlo si devono sviluppare percorsi di formazione specialistica che coinvolgono anche l'infungibilità della professione: la specializzazione richiama l'infungibilità, la non specializzazione la compensazione.

Dobbiamo anche presidiare le competenze contendibili, perché esistono ruoli e/o incarichi di responsabilità attribuiti in base a profili professionali ritenuti aprioristicamente più adeguati, non in base a competenze specifiche.

Ad esempio, il risk management, la cui funzione è attribuita dalla legge Gelli a uno specialista in "medicina legale ovvero a personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore".

Molti sono indotti a pensare che il profilo medico è a priori più adeguato rispetto a quel ruolo, senza accertare le competenze necessarie. Competenze possedute ampiamente anche dagli infermieri e non solo che quindi sono chiamati a presidiare quei ruoli. E tutto questo possiamo e dobbiamo farlo valere.

I dieci anni che abbiamo di fronte sono fondamentali sia per i bisogni dei cittadini che per gli infermieri e non più parlando di ospedale e territorio o di continuità assistenziale tra questi, ma di domiciliarità, prossimità con l'assistito, a casa dell'assistito.

Lo sviluppo tecnologico cambierà radicalmente il rapporto con i cittadini, ma anche quello tra le professioni e le competenze che queste possono manifestare perché la tecnologia deve essere usata non secondo un target professionale che identifica questo o quel professionista, ma in base a chi ha davvero le competenze per farlo.


Tutto questo è inevitabile: l'evoluzione e il progresso non si possono fermare, come non si possono fermare i bisogni di salute dei cittadini che saranno sempre diversi e sempre maggiori.

Dobbiamo entrare in possesso di conoscenze ad alto valore specialistico perché la sfida dei prossimi anni è troppo importante per la professione e noi abbiamo tutte le carte in regola per poterla affrontare con successo.

Bisogna mantenere un grado di flessibilità, ma è importante definire un rapporto stretto tra formazione specialistica, setting assistenziali e competenze avanzate, il tutto in una cornice contrattuale degna.

In questo senso il Comitato centrale sta lavorando e ragionando con l'Università per prevedere e realizzare vere scuole di specializzazione infermieristica.

Dobbiamo essere tutti, appunto, attori protagonisti del nostro futuro.



INFERMIERE & LAVORO contratti – normativa e giurisprudenza

CCNL Sanità: attuare gli incarichi di infermiere esperto e alcuni ragionamenti sulla Commissione paritetica

di Saverio Proia

“Sul professionista esperto”

Nelle Aziende sanitarie è in corso l'applicazione del nuovo CCNL del Comparto Sanità: è il momento per dar vita alla novità discontinua ed innovativa data dalla nuova carriera per l'infermiere finalmente non solo gestionale ma anche professionale? Quali orientamenti applicativi si possono dare?

Nel requisito per l'incarico di professionista esperto rientrano innanzitutto tutte le iniziative già avviate dalle Regioni e dalle Aziende sanitarie di formazione complementare che abbiano permesso ai professionisti interessati di acquisire quelle competenze avanzate per svolgere attività professionale che siano *“compiti aggiuntivi e/o maggiormente complessi e richiedano significative, elevate ed innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto”*.

A titolo puramente esemplificativo rientra in tale percorso formativo quanto già svolto per l'infermiere nel “See and treat”, nel Fast track, nell'adozione di protocolli “salva vita” nelle ambulanze del 118, per l'infermiere di famiglia o di comunità, nelle competenze avanzate infermieristiche in ambito clinico, in attività perioperatoria.

Al fine di una migliore comprensione e per portarle a conoscenza, per un'auspicabile realizzazione – con i necessari adattamenti alle specificità epidemiologiche e demografiche della propria realtà – sarebbe quanto mai opportuna una circolazione informativa da parte del Comitato di Settore Regioni-Sanità delle esperienze regionali attive da tempo e positivamente verificate.

I percorsi formativi sono svolti, di norma, dalle Aziende Sanitarie, singole o in forma associata, sulla base delle scelte di programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale a professionisti che abbiano dichiarato la loro disponibilità e che siano stati selezionati in conformità a trasparenti criteri attitudinali derivanti dall'esame del curriculum formativo e professionale nonché, ovviamente, verificata la disponibilità dell'interessato.

Tali competenze avanzate sono finalizzate a una più adeguata e produttiva valorizzazione dell'apporto dei professionisti coinvolti nella rimodulazione dell'organizzazione del lavoro sanitario e socio-sanitario per riconoscere e promuovere lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali.

Quanto sopra, favorire lo sviluppo delle funzioni professionali in correlazione con gli obiettivi di educazione, prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione previsti dalla programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale e regionale; ne consegue che si tratta di un investimento programmato ed attuato dalle Aziende Sanitarie con oneri dei percorsi formativi a loro carico o direttamente a carico delle Regioni.

La platea interessata al conferimento dell'incarico di infermiere esperto è costituita da professionisti inquadrati nella categoria D o nel livello economico.

La difformità in essere delle varie esperienze regionali e la presenza di Regioni che ancora non abbiano attivato tali percorsi formativi al fine di permettere la generalizzazione degli incarichi di professionista esperto attraverso le modalità e i percorsi quanto mai più omogenei su tutto il territorio nazionale rende necessario mettere a conoscenza di ogni Regione le esperienze di percorsi formativi complementari già attivati e positivamente validati.

A tal fine sarebbe quanto mai opportuno che quella Regione che abbia istituito tali percorsi formativi li portasse a conoscenza delle altre Regioni anche, se del caso, dando vita ad accordi interregionali in materia.

Per quanto riguarda l'incarico di professionista specialista, per concretizzarlo (fermo restando che intanto vada previsto già da adesso nella contrattazione aziendale) si è in attesa delle previste decisioni in materia del MIUR di concerto con il Ministero della salute. Tuttavia, essendo già stato disciplinato dalla legge sulle cure palliative e la terapia del dolore n. 38/10, si può conferire l'incarico di professionista specialista all'infermiere in possesso del master di primo livello specialistico in cure palliative e terapia del dolore attivato in attuazione della suddetta legge.

“Ipotesi di sviluppo degli Incarichi di professionali e di organizzazione del personale appartenente alle professioni sanitarie infermieristiche nei lavori della Commissione Paritetica”.

Incarico professionale

Per la prima volta nella contrattazione del personale del SSN, l'art.16 del CCNL 2015/2018 ha istituito gli incarichi professionali di specialista e di esperto attuando dopo tanto, troppo tempo il dettato di cui all'articolo 6 della Legge n. 43/06 nonché di quanto contenuto nei decreti istitutivi dei profili professionali ex terzo comma dell'art.6 del D.lgs. n. 502/92 nonché quanto previsto nelle leggi 42/99 e 251/00.

Come è noto l'implementazione delle competenze delle professioni infermieristiche è una necessità strategica del Servizio Sanitario Nazionale, realizzata in alcune Regioni e che, allo stato attuale può avere una applicazione sul territorio nazionale solo dall'applicazione del vigente CCNL.

La prevista Commissione Paritetica di cui all'art. 12 del citato CCNL ha il compito di:

- 1. individuare linee di evoluzione e sviluppo dell'attuale classificazione del personale, per la generalità delle aree professionali, verificando in particolare le possibilità di una diversa articolazione e semplificazione delle categorie, dei livelli economici e delle fasce; a tal fine, sarà operata una verifica delle declaratorie di categoria in relazione alle innovazioni legislative, ai contenuti del Patto per la Salute tra Stato e Regioni, ai cambiamenti dei processi lavorativi indotti dalla evoluzione scientifica e tecnologica; sarà inoltre attuata una conseguente verifica dei contenuti professionali in relazione a nuovi modelli organizzativi;*
- 2. compiere una analisi delle declaratorie, delle specificità professionali e delle competenze avanzate ai fini di una loro valorizzazione;*
- 3. effettuare una analisi degli strumenti per sostenere lo sviluppo delle competenze professionali e per riconoscere su base selettiva il loro effettivo accrescimento, anche in relazione allo sviluppo della qualità dei servizi e dell'efficacia dell'intervento sanitario e socio-sanitario”.*

Il CCNL chiarisce che *“nell’ambito delle specifiche aree di intervento delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica e in relazione alle aree di formazione complementare e specialistica post laurea gli incarichi professionali prevedono l’esercizio di compiti derivanti dalla specifica organizzazione delle funzioni delle predette aree prevista nell’organizzazione aziendale; **tali compiti sono aggiuntivi e/o maggiormente complessi e richiedono significative, elevate ed innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto**”*.

Per permettere la generalizzazione incarichi di professionista esperto vi è la necessità che allegata al CCNL i lavori della Commissione Paritetica, riescano a definire le modalità e i percorsi validi su tutto il territorio nazionale.

Ma soprattutto la complessità delle competenze specialistiche rende necessario non solo descriverle come allegato al contratto, ma anche affrontare la questione del requisito per accedere all’incarico di professionista specialista (master specialistico di primo livello di cui all’art. 6 della Legge n. 43/06).

Anche se non previsto dalla legge il CCNL, recependo le direttive del Comitato di Settore ha affidato all’Osservatorio delle professioni sanitarie presso il MIUR l’indicazione di quali master potrebbero essere il requisito per l’incarico di specialista.

Tuttavia l’iter presso il MIUR, iniziato da anni non pare giungere ancora alla fine, per questo almeno per la professione infermieristica laddove sono già acclamate le aree di specializzazione sarebbe quanto mai opportuno indicare – se si rinviasse ancora la definizione ministeriale sopraddetta – una soluzione **B** che dia criteri di massima per il riconoscimento dei master per il conferimento di incarichi di professionista specialista nelle sei aree specialistiche infermieristiche, considerando che le stesse sono state formalmente e pienamente condivise dal Ministero della Salute.

Incarico organizzativo

Lo sviluppo in atto da qualche tempo del processo di aziendalizzazione in sanità ha prodotto e produce una maggiore complessità dei servizi che, prevedendo l’assunzione di logiche gestionali orientate al controllo della spesa e i conseguenti processi riorganizzativi, hanno determinato il consolidamento di ruoli con efficacia gestionale e, nel contempo, lo sviluppo di nuove funzioni ancora da implementare nei sistema salute regionali ma determinanti e strategici per la gestione di specifici processi (quali ad esempio care manager, case manager ecc.).

Conseguentemente all’incremento delle problematiche organizzative, nel corso degli anni le funzioni di posizioni organizzative e di coordinamento si sono sviluppate in particolare nell’area delle competenze gestionali e di quelle didattiche da qui la scelta del vigente CCNL di unificarle nell’unico incarico organizzativo da graduare secondo la loro complessità e valore strategico.

Con l’approvazione del Patto per la Salute e dei conseguenti adempimenti regionali sono stati introdotti nuovi modelli organizzativi e percorsi assistenziali basati sull’approccio multidisciplinare. I necessari processi di adeguamento alle indicazioni della programmazione nazionale e regionale, stanno impegnando tutti i ruoli manageriali appartenenti alle diverse professioni sanitarie ne sono direttamente coinvolti.

Lo sviluppo, la valorizzazione e l'utilizzo, di conseguenza, di tutte le potenzialità insite nella funzione organizzativa, associate a forti elementi di congruità con le necessità effettivamente espresse dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, sono essenziali e determinativi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L'assenza, nel panorama giuridico italiano, di definizioni operative complete ed aggiornate della funzione organizzativa, rende necessario per il miglior funzionamento di aziende ed enti sanitari l'elaborazione di attribuzioni di competenza dell'incarico di funzione organizzativa con caratteristiche di funzionalità alle esigenze espresse dai diversi contesti che, però, abbiano il carattere di uniformità di livello nazionale, approfondendo diverse questioni sia di tipo metodologico che di contenuto.

In particolare, per la redazione delle attribuzioni si può partire dall'analisi dei principali modelli di esplicitazione delle competenze presenti in letteratura, dai documenti elaborati sulla base di positive esperienze di alcuni Servizi Sanitari Regionali e aziende sanitarie regionali identificando, così, le aree di attività dedotte dalle fonti normative riconosciute nella prassi come ambiti specifici della funzione organizzativa e indicando, per ciascuna di esse, le competenze ritenute maggiormente rilevanti.

Allegata al CCNL, pertanto, andrebbero delineate le competenze della funzione organizzativa che possono essere esercitate e modulate con intensità variabile in base alla complessità dei livelli organizzativi in cui la funzione organizzativa stessa è esercitata; queste competenze potranno costituire lo standard di riferimento per tutte le aziende ed enti sanitari, che potranno recepirlo e, se ritenuto opportuno, adattarlo alle specificità locali senza modificarlo nella sostanza, il tutto, ovviamente, sulla base delle prerogative di indirizzo e programmatiche regionali.

Un'ipotesi di lavoro in tal senso potrebbe prevedere che le competenze degli incarichi di funzione organizzativa attribuite a dipendenti di categorie D/Ds appartenenti alle professioni sanitarie infermieristiche che operano nei molteplici contesti operativi presenti nelle Aziende ed Enti Sanitari delle Regioni, comprendano che gli stessi partecipino in collaborazione con i dirigenti sanitari sovraordinati o di riferimento, alle attività per:

- valutare l'evolversi dei bisogni di assistenza della comunità e i fattori socio-culturali che li influenzano;
- collaborare alla negoziazione con gli organismi preposti del budget necessario per il perseguimento degli obiettivi strategici;
- definire gli standard e indicatori assistenziali, organizzativi e professionali utili per la programmazione e valutazione dei servizi;
- progettare ed implementare i modelli assistenziali e organizzativi innovativi, valutandone l'impatto nell'operatività dell'assistenza;
- valutare i fabbisogni di personale, partecipando alla negoziazione ed assegnazione delle risorse necessarie in relazione agli standard di competenza professionale e a quelli assistenziali e organizzativi delle specifiche aree di competenza;
- presidiare e vigilare sul rispetto dei criteri giuridici, contrattuali, gestionali che regolamentano il funzionamento efficace, efficiente e appropriato dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- presidiare e vigilare sui processi di monitoraggio e segnalazione di rischi ed eventi avversi e individuare, in collaborazione con altri livelli di responsabilità, strategie di prevenzione e correttivi;
- concordare con altri livelli gestionali strategie per affrontare problematiche e situazioni gestionali complesse;

- supervisionare sistemi di valutazione della qualità dei servizi assistenziali e delle competenze professionali;
- impostare strategie di soluzione di problemi e supportare la loro messa in atto per migliorare esiti assistenziali e qualità del lavoro nelle varie aree sanitarie e socio-sanitarie di riferimento;
- gestire gruppi di lavoro e adottare strategie per favorire l'integrazione multi professionale e organizzativa;
- interagire proattivamente ed efficacemente con i colleghi e con i membri dello staff multi professionale;
- promuovere lo sviluppo di sistemi informativi innovativi anche adottando nuove tecnologie;
- promuovere lo sviluppo dell'assistenza, dell'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria e delle relative competenze professionali;
- contribuire alla definizione di un piano sistematico di miglioramento continuo della qualità.

“Criticità da risolvere”

Un quadro così delineato di competenze, le quali in parte considerevole riflettono realtà organizzative regionali in atto, presuppone che vadano risolte positivamente le seguenti criticità:

- il rinnovo dell'incarico non può che avere la stessa metodologia utilizzata per il conferimento, conferma o revoca dell'incarico previsto dal Dlgs 502/92 per la dirigenza medica e sanitaria;
- va affermato che il requisito culturale ordinario per il conferimento dell'incarico organizzativo diventi il possesso della specifica laurea magistrale, ad eccezione di quelli per i quali per legge sia previsto il master di funzione di coordinamento ex art.6 della legge 43/06; si potrebbe derogare dal possesso della laurea magistrale per un periodo definito temporalmente o sino ad esaurimento da chi, pur sprovvisto di diploma di laurea magistrale, abbia già svolto positivamente un incarico organizzativo anche nelle modalità previste dal precedente CCNL (posizione organizzativa o coordinatore) per almeno tre anni.

L'ipotesi di classificazione del personale che la Commissione paritetica dovrà prevedere dovrebbe sancire che i professionisti sanitari inquadrati nella categoria D e livello economico DS ricoprono posizioni di lavoro che richiedono, oltre a conoscenze teoriche specialistiche e/o gestionali in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti, autonomia e responsabilità proprie, capacità organizzative, di coordinamento e gestionali caratterizzate da discrezionalità operativa nell'ambito di strutture operative previste dal modello organizzativo aziendale.

In relazione agli incarichi organizzativi o professionali in virtù delle ulteriori conoscenze teoriche complementari, specialistiche e/o gestionali in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti, a tali professionisti è, altresì, richiesta, a titolo esemplificativo e anche disgiuntamente: autonomia e diretta responsabilità dei risultati conseguiti; ampia discrezionalità operativa nell'ambito delle strutture operative di assegnazione; funzioni di direzione e coordinamento, gestione e controllo di risorse umane; coordinamento di attività didattica; iniziative di programmazione e proposta.

La denominazione di collaboratore professionale sanitario dovrebbe essere sostituita dalla sola denominazione della professione sanitaria come indicata dallo specifico Decreto del Ministro alla Salute che ne ha istituito il profilo professionale in attuazione dell'articolo 6, comma terzo, del Dlgs 502/92.

Sono solo alcuni primi ragionamenti da sviluppare, approfondire, rivedere, correggere, non appena inizieranno i lavori della Commissione Paritetica.

La figura dell'infermiere nell'Italia pre unitaria attraverso l'analisi comparata di regolamenti ospedalieri. Un protocollo di ricerca

Valerio Di Nardo¹, Luca Borghi², Valerio Dimonte³

¹Dottorando di ricerca, Università Tor Vergata di Roma; ²Ricercatore di storia della medicina, Università Campus Biomedico di Roma; ³Professore associato, Università degli studi di Torino

Corrispondenza: valeriodinardo1987@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione Allo stato attuale della conoscenza i contributi sulla storia dell'assistenza infermieristica, specialmente relativi al periodo che precede l'unità nazionale, quando gli ospedali erano amministrati da stati diversi, sono scarsi. Studiare e conoscere la storia dell'assistenza infermieristica è necessario per riappropriarsi dell'identità e delle radici della professione e per conoscere gli importanti risvolti che ha avuto l'assistenza infermieristica in relazione alla storia della sanità e alla storia in generale. Sulla base di questi elementi si è realizzato un protocollo di ricerca relativo alla storia dell'assistenza infermieristica ospedaliera nell'Italia pre unitaria. L'obiettivo di questo lavoro è descrivere i requisiti di reclutamento, i compiti e la collocazione nell'organizzazione ospedaliera dell'infermiere negli stati pre unitari d'Italia.

Materiali e metodi Il processo di ricerca adottato è quello proposto da Lewenson (2015). Le fonti primarie identificate sono regolamenti ospedalieri conservati in biblioteche e archivi e individuati con ricerche in loco e con l'aiuto di sistemi di ricerca digitali quali: *google books*, il sistema SBN (OPAC SBN) e il Servizio Archivistico Nazionale (SAN).

Conclusioni Questo studio è il primo di una serie di articoli volti a incrementare le conoscenze disponibili relative alla storia dell'assistenza infermieristica italiana nel periodo pre unitario. Si pone altresì come esempio di ricerca storica applicata all'ambito infermieristico, utile a chi volesse avvicinarsi allo studio della storia dell'assistenza infermieristica tramite un metodo strutturato.

Parole chiave: storia dell'assistenza infermieristica, infermiere, metodologia di ricerca, regolamenti ospedalieri, Italia pre unitaria.

Nurse in pre-unitarian Italy through comparative analysis of hospital regulations. A research protocol

ABSTRACT

Introduction The contributions on the history of nursing care, especially related to the period before the Italian national unity, when hospitals were administrated by different States, are scarce. Nowadays it's more important than ever to study and to know nursing history not only to have a solid identity and be aware of the roots on which the profession lays on, but also to have knowledge about all the events highlighting the relationship between nursing care, healthcare history and general history. We have implemented a research protocol on the history of hospital nursing care in pre-unitarian Italy. The aim of this study is to describe nurses' recruitment requirements, tasks and placement in the hospital organization in the pre-unitarian States of Italy.

Methods Lewenson's research method (2015) was applied. The primary sources identified are represented by hospital regulations stored in libraries and archives, identified with on-site research and with the help of digital search systems such as: *Google books*, SBN system (OPAC SBN), and the SAN (National Archivist Service).

Conclusion This research represents the first of a series of papers aiming to increase the available knowledge regarding nursing care in the pre-unitarian period. It is also an example of historical research applied to the nursing field, useful to whoever is willing to approach the study of history of nursing through a structured method.

Key words: history of nursing, nurse, research methodology, hospital regulations, pre-unitarian Italy

INTRODUZIONE

Parlare di assistenza infermieristica italiana in riferimento al periodo che precede l'unità nazionale è un errore, non perché al tempo non esistesse l'assistenza infermieristica, ma in quanto le divergenze normative o regolamentari che caratterizzavano i singoli regni, o stati, prima dell'unificazione nazionale, si riflettevano anche sull'organizzazione sanitaria, specie quella all'interno delle strutture ospedaliere, con importanti differenze tra le varie figure che si occupavano di assistenza infermieristica.

Addentrando nella storia degli ospedali, la produzione storiografica che tratta di assistenza infermieristica italiana resta circoscritta (Frascani, 1992). Tra le più notevoli pubblicazioni sulla storia della sanità italiana vi è il settimo annale della storia d'Italia "Malattia e medicina" pubblicato da Einaudi (Della Peruta, 1984) che anche se ricco di interessanti contributi che spaziano dal rapporto malattia-società al ruolo dello stato fino alla formazione professionale del medico, colpisce per l'assenza, pressoché totale, di riferimenti al personale di assistenza infermieristica (Dimonte, 1993).

L'interesse degli storici sviluppatosi dagli anni sessanta del secolo scorso verso la salute, la sanità e la medicina è stato sinora molto scarso per quanto riguarda l'assistenza infermieristica e gli infermieri (Dimonte, 2009). Negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi contributi di ricerca, tuttavia persiste il problema della carenza di approfondimenti relativi alla storia dell'assistenza infermieristica italiana.

La quasi totale assenza di analisi sulla questione infermieristica e sul personale di assistenza, temi in genere trattati collateralmente alla storia dei medici, potrebbe essere segno di una presupposta centralità di questi ultimi nel sistema sanitario e di riflesso anche nell'interesse degli storici (Dimonte, 2007).

Tale lacuna pare impedire da un lato la completa comprensione dell'attuale situazione del ruolo infermieristico pieno di grandi potenzialità, ma anche di grandi contraddizioni (Dimonte, 2009) e dall'altro rende difficoltoso tracciare efficaci linee di sviluppo, in quanto l'analisi degli eventi storici potrebbe contribuire in modo significativo a orientare le politiche professionali (Sironi, 2012).

Studiare la storia della professione infermieristica e comprenderne le tappe fondamentali percorse serve inoltre a far acquisire un'identità professionale (Sironi, 2016).

Comprendere come l'assistenza infermieristica sia cambiata e si sia sviluppata in risposta alle pressioni sociali, politiche, economiche e culturali consente di vedere le difficoltà attuali come parte di

questo processo di continuo adattamento. Una conoscenza e una comprensione critica del passato sono necessarie anche per trarre preziosi insegnamenti. Infine, la conoscenza storica e le abilità di pensiero critico rispetto al passato migliorerebbero lo sviluppo accademico degli studenti di infermieristica, rafforzando la loro identità e la loro capacità di contribuire efficacemente ad affrontare le attuali sfide (Holme, 2015).

Lo studio della storia dell'assistenza infermieristica è quindi necessario per dare significato ai problemi che oggi la professione vive e non può prescindere dalle fonti, di qualsivoglia tipo, intese come tracce che i suoi protagonisti hanno lasciato nei luoghi di cura e altrove (Manzoni, 2016).

L'Italia prima dell'unione

Per anni, fino all'unificazione, il termine Italia serviva a designare una penisola intesa come entità geografica, formata da un insieme di stati diversi e con una propria storia distinta (Mack Smith, 2014).

Effettuare un'analisi storica della realtà sanitaria e assistenziale italiana prima dell'unità è un'operazione di difficoltà elevata, soprattutto a causa delle differenze esistenti tra i vari stati. Sino alla seconda metà del settecento gli ospedali erano prevalentemente destinati al ricovero, alla cura e all'assistenza dei malati poveri e all'attribuzione di una diagnosi (Scotti, 1984).

La seconda metà del XVIII secolo fu caratterizzata da qualche omogeneo orientamento sulla organizzazione degli ospedali, come per esempio la promozione di una unificazione amministrativa, la fusione di ospedali minori in enti più importanti, la separazione delle tipologie di malati e l'elaborazione di norme per l'ammissione degli infermi. Tuttavia dal punto di vista sia normativo sia strutturale la realtà ospedaliera nei singoli stati continuò a essere notevolmente differenziata (Savignano, 2012).

Il processo di trasformazione dell'ospedale da luogo deputato al ricovero indifferenziato a luogo prevalentemente dedicato alla cura della salute fu lungo ed ebbe luogo essenzialmente tra la seconda metà del XVIII secolo e la prima metà del XIX (Scotti, 1984).

Prima del processo di unificazione del paese l'Italia era ripartita in tredici divisioni politiche (Carta, 1857). Di queste quelle maggiormente rappresentative in termini di dimensioni e numero di abitanti erano: il Regno delle due Sicilie, l'Italia austriaca (che comprendeva il Regno Lombardo-Veneto, Tirolo meridionale e Governo di Trieste), il Regno di Sardegna, lo Stato Pontificio e il Granducato di Toscana.

Regno delle due Sicilie

Era lo stato italiano più considerevole. Nel 1857 contava una popolazione di 8 milioni di abitanti. La capitale era Napoli che con più di 400.000 abitanti era la città più popolosa d'Europa dopo Londra e Parigi. Il territorio comprendeva tutte le regioni meridionali e includeva anche la Sicilia, la cui capitale era Palermo (Carta, 1857).

La salute pubblica era tutelata da un supremo magistrato e da una soprintendenza generale appartenenti al Ministero dell'interno (Bianchi, 1845).

Era il primo tra gli stati italiani per numero di orfanotrofi, ospizi, collegi e strutture di assistenza e formazione (Costantino, 2011), ma solo nell'ottocento vi si diffuse una medicina moderna e l'ospedale iniziò a diventare luogo di cura secondo concetti rinnovati.

La legislazione sanitaria in tema di pubblica beneficenza, dalla restaurazione all'unità, riconfermava alcune novità legislative introdotte durante il decennio francese (1806-1815), ulteriormente arricchite nei dettagli organizzativi.

Regno Lombardo-Veneto

Istituito col Congresso di Vienna nel 1815, comprendeva tutto il territorio della Repubblica di Venezia, la Lombardia con il Ducato di Mantova, la Valtellina, il contado di Bormio e la Chiavenna. Era uno stato sottoposto al rigido controllo del governo austriaco, i cui codici, entrati in vigore il 1° gennaio del 1816, sostituirono quelli francesi.

Nel 1857 contava 5.187.000 abitanti e la città principale era Milano con circa 190.000 abitanti.

Gli ospedali, sia per malati fisici sia per malati mentali, e le strutture di accoglienza per tutti i soggetti bisognosi (pellegrini, orfani, vedove, anziani, poveri, esposti) dipendevano da istituzioni di beneficenza realizzate da confraternite e corporazioni spesso gestite da enti e ordini religiosi, sottoposti alle leggi di polizia sanitaria. Oltre al controllo da parte di delegazioni provinciali, in ogni comune esisteva una direzione elemosinaria (Savignano, 2012).

Regno di Sardegna

Con capitale Torino, comprendeva il Piemonte, la Liguria, la Savoia, Nizza, il Principato di Monaco e la Sardegna. Era l'unico stato italiano ad avere una costituzione fin dal 1848.

Contava 4.700.000 abitanti. Le città più importanti sulla terra ferma erano Torino con 140.000 abitanti e Genova, mentre le due principali città dell'isola erano Cagliari e Sassari (Carta et al., 1857).

La pubblica beneficenza inclusi gli ospedali era diretta e vigilata da congregazioni o giunte provinciali,

soggette alla Congregazione primaria di carità, istituita nel 1819 con sede a Torino. Responsabile della salute pubblica era invece il magistrato di sanità, figura che presiedeva alla salute pubblica in ciascuna giurisdizione e dal quale dipendevano le giunte e le deputazioni provinciali (Bianchi, 1845).

Stato Pontificio

Comprendeva le regioni di Lazio, Umbria, Marche, la Romagna e una parte dell'Emilia. La popolazione contava 3 milioni di abitanti, la città più popolosa era Roma, capitale, con 170.000 abitanti (Carta, 1857).

Roma e la periferia costituivano 2 aree differenziate e distinte: alcune soluzioni innovative, specie nel settore dell'assistenza, venivano prima introdotte nella periferia e, dopo un periodo di esperimento, potevano essere gradualmente introdotte nella capitale (Savignano, 2012).

Nel 1818 venne emanato un codice sanitario, integrato successivamente dal regolamento del 1831, che prevedeva delle precise disposizioni riguardanti la prevenzione del diffondersi di malattie contagiose. Nel 1834 venne creata la congregazione speciale di sanità (raccolta delle leggi e disposizioni di pubblica amministrazione nello Stato Pontificio, 1835). Esistevano poi all'interno dello Stato varie congregazioni particolari sanitarie.

Con l'emanazione del *motu proprio* "Sopra il regolamento degli ospedali della città di Roma" del 1826, Leone XII ribadì il principio dell'accesso alla carriera ospedaliera esclusivamente attraverso concorsi pubblici e stabili che a prestare assistenza ai malati fossero esclusivamente "due classi... la prima di professori matricolati e in grado di ufficiali, la seconda d'infermieri" (Motu proprio della santità di nostro signore Papa Leone XII, 1826).

Granducato di Toscana

Comprendeva l'attuale regione Toscana eccetto il territorio di Lucca e contava 1.600.000 abitanti. Firenze ne era la capitale con 100.000 abitanti, seguita da altre grandi città quali Siena, Livorno e Pisa (Carta, 1857).

Con il *motu proprio* del 15 novembre 1750, emanato da Francesco di Lorena, si determinò un netto cambiamento di tipo illuministico, che diede il via a forme innovative di assistenza sanitaria. Durante la reggenza di Pietro Leopoldo (1765-1790) gli ospedali del Granducato vennero in parte riformati e dotati di nuovi regolamenti.

Le istruzioni emanate nel 1818 (*Massime e istruzioni da osservarsi generalmente in tutti li spedali degli infermi del Granducato di Toscana approvate*

con *Dispaccio di S.A.I. e R. del 17 febbraio 1818*) divisero gli ospedali in due categorie “regi” e “comunitativi” e i malati in paganti, semipaganti e gratuiti. La caratteristica degli ospedali pubblici granducali, detti regi, consisteva nel fatto che in questi, a eccezione dell’ospedale di Livorno, si insegnava l’arte medica e chirurgica e perché la loro amministrazione, a differenza degli ospedali comunitativi, non dipendeva dalla magistratura comunitativa ma dall’imperiale e reale Segreteria di Stato (Repertorio del Diritto Patrio Toscano, 1838).

Il ruolo dell’infermiere

Le strutture ospedaliere erano, prima dell’unificazione, patrimonio esclusivo delle città e dei singoli stati (Cosmacini, 1987) e di conseguenza erano differenti anche le loro modalità assistenziali, sia in termini normativi sia strutturali (Geddes, 2011). Tale frammentazione geografica delle realtà assistenziali, dovuta alla condizione politica pre unitaria, rende indubbiamente difficoltoso delineare un quadro d’insieme dell’evoluzione delle attività infermieristiche all’interno degli ospedali italiani (Bargoni, 2008).

A rendere maggiormente utile lo svolgimento di indagini su questo periodo storico è il fatto che l’attenzione posta dagli studiosi di storia dell’assistenza infermieristica agli anni antecedenti la diffusione del modello nightingaliano è stato quasi nullo, rafforzando l’idea che solo a partire da Florence Nightingale si possa parlare di infermieristica e che prima fosse presente solo un indefinito insieme di figure “guarda-malati” prive di formazione, motivazione e di una visione del proprio ruolo (Festini et al., 2012).

Sulla base di questi elementi è sorta l’idea di esplorare in modo comparato la figura dell’infermiere presente all’interno delle strutture ospedaliere dei cinque stati più rappresentativi dell’Italia pre unitaria, tramite l’analisi di fonti primarie di tipo scritto, come sono i regolamenti ospedalieri, che verranno descritti nello specifico nella sezione successiva. L’indagine, oltre a delineare un quadro d’insieme del ruolo dell’infermiere negli ospedali analizzando i requisiti di reclutamento, i compiti e la collocazione nell’organizzazione, fornirà elementi utili a comprendere l’influenza in questo ambito avuta dai vari Regni sul nuovo Stato unitario.

MATERIALI E METODI

Considerato che, come dimostrato da una revisione sistematica di Fealy et al. (2013) gli articoli di ricerca storici risultano spesso carenti dal punto di vista del rigore metodologico e che la maggior parte degli

strumenti di analisi e di ricerche storiche si concentra sulla valutazione e la critica delle fonti (Kelly et al., 2014), si è scelto di adottare per l’elaborazione del processo di ricerca il modello “*Steps in doing historical research*” ideato da Lewenson (2015) che include 6 fasi sequenziali (Tabella 1).

Selezione dell’area di interesse

Il disegno di ricerca è stato contestualizzato dal punto di vista geopolitico esclusivamente nella nazione Italia e dal punto di vista temporale nel periodo compreso tra l’inizio della diffusione del pensiero illuministico in Italia e la proclamazione dell’unità nazionale che ebbe luogo nel 1861. Dalla seconda metà del settecento il pensiero illuministico, cominciando dal Granducato di Toscana, ebbe la sua influenza sulle leggi dei vari stati e di conseguenza sulle strutture ospedaliere (Geddes, 2011).

Relativamente al luogo specifico si è scelto di centrare l’attenzione sul personale addetto all’assistenza che operava all’interno delle strutture ospedaliere civili presenti nelle città maggiormente rappresentative dei cinque principali Regni esistenti nell’Italia pre unitaria: Napoli e Palermo (Regno delle Due Sicilie), Milano e Trieste (Regno Lombardo-Veneto), Torino e Cagliari (Regno di Sardegna), Roma e Bologna (Stato Pontificio), Firenze e Siena (Granducato di Toscana).

Definizione delle domande di ricerca

Descrivere i requisiti di reclutamento, i compiti e la collocazione nell’organizzazione ospedaliera dell’infermiere negli stati pre unitari d’Italia.

Sono di seguito riportate alcune variabili specifiche per ogni domanda di ricerca:

1. Quali erano i requisiti di reclutamento per poter lavorare come infermiere nelle strutture ospedaliere? (Per esempio: fede cattolica, saper leggere e scrivere, essere incensurato)
2. Quali erano i compiti dell’infermiere? (Assistenza al medico o al paziente? Quali erano i suoi doveri? Quali i suoi ambiti di intervento?)

Tabella 1. Processo di ricerca adattato da Lewenson 2015

Steps in doing historical research

1. Selezione dell’area di interesse
2. Definizione delle domande di ricerca
3. Formulazione del titolo
4. Ricerca delle fonti
5. Analisi dei dati
6. Illustrazione dei risultati

3. Quale era la collocazione dell'infermiere nell'organizzazione ospedaliera? (Quali erano i rapporti gerarchici con le altre figure sanitarie? Esisteva una gerarchia all'interno del personale infermieristico?)

Formulazione del titolo

Il titolo elaborato: "La figura dell'infermiere nell'Italia pre unitaria. Analisi comparata di regolamenti ospedalieri" descrive nella prima parte il *focus* dello studio, rappresentato dalla figura dell'infermiere nel contesto ospedaliero nel periodo pre unitario. La seconda parte del titolo indica la metodologia adottata per l'analisi dei risultati e il riferimento alla tipologia di fonti primarie identificate per l'indagine.

Ricerca delle fonti

Date le domande di ricerca si è scelto di selezionare fonti documentarie scritte di tipo primario. Considerati tra i più ricchi "oggetti" di studio utili all'approfondimento della storia dell'assistenza infermieristica (Dimonte, 2009; Manzoni, 2016), si è deciso quindi di reperire le informazioni necessarie tramite la consultazione di regolamenti ospedalieri dell'epoca.

La distinzione effettuata tra fonti primarie e secondarie è quella suggerita da Chabod (2012), il quale definisce la fonte primaria "originaria" e la fonte secondaria "derivata".

Il reperimento delle fonti avrà luogo in parte sul campo, consultando il materiale conservato nell'archivio storico dell'Ospedale Cà Granda di Milano e nella Biblioteca Lancisiana, che conserva il patrimonio bibliografico e documentale dell'ospedale Santo Spirito in Sassia di Roma, e in parte previa consultazione di sistemi archivistici e bibliotecari dotati di motori di ricerca digitali utili a identificare l'allocatione dei documenti di interesse. Tali sistemi sono di seguito riportati:

- google books*, motore di ricerca che raccoglie libri di pubblico dominio, ovvero non protetti da *copyright*;
- catalogo SBN (OPAC SBN), il catalogo collettivo delle biblioteche che partecipano al Servizio Bibliotecario Nazionale, ovvero la rete delle biblioteche italiane. Vi aderiscono quasi 4.900 biblioteche statali (2012), di enti locali, universitarie, di istituzioni pubbliche e private, operanti in diversi settori disciplinari;
- Sistema Archivistico Nazionale (SAN), punto di accesso unificato alle risorse archivistiche nazionali, che dispone del Catalogo delle risorse archivistiche (CAT), strumento di coordinamento e di integrazione della descrizione degli archivi italiani. Attraverso il CAT, è possibile sapere quali risorse

archivistiche esistono in Italia, chi le ha prodotte, dove sono conservate e come vi si accede.

L'interrogazione dei sistemi archivistici e bibliotecari avverrà combinando le parole ospedale e regolamento con i vari sinonimi del tempo. L'ospedale nel periodo preso in considerazione veniva identificato con diversi termini: *ospedale/i*, *spedale/i*, *spitale/i*, *ospitale/i*, *istituti spitalieri*, *istituti ospitalieri*, *istituti spedalieri*, *arcispedale*. Relativamente all'insieme delle leggi che regolamentavano le attività ospedaliere venivano utilizzati i seguenti sinonimi: *regole*, *regolamento/i*, *ordinamento/i*, *istruzioni*, *statuto/i*, *leggi* e *decreti*.

Tutti i documenti saranno quindi reperiti presso archivi storici e biblioteche che ne garantiscono l'autenticità. La valutazione dell'autenticità sarà inoltre confermata dall'esame estrinseco delle fonti, volto a valutare la corrispondenza tra la forma esteriore del documento (scrittura, lingua, stile, eccetera) con i caratteri propri e specifici del periodo oggetto di studio e dell'esame intrinseco, avente la finalità di determinare che non vi sia contraddizione con fatti già sicuramente noti, avvalendosi quindi della storia esterna (Manzoni, 2016).

Analisi dei dati

L'analisi dei dati sarà di tipo induttivo partendo dal materiale selezionato e avverrà in 2 fasi.

Fase 1. Selezione e interpretazione dei dati

Come suggerisce Manzoni (2016) per la selezione e l'interpretazione dei dati sarà creata una griglia d'analisi, supportata da definizioni operative (Tabella 2), divisa in 3 sezioni:

- la prima dedicata ai requisiti di reclutamento necessari per essere assunto come infermiere;
- la seconda dedicata ai compiti svolti dall'infermiere;

Tabella 2. Definizioni operative

Requisiti di reclutamento	Insieme di doti, qualità, condizioni necessarie o richieste per un determinato fine (Hoepli, 2015)
Compiti di assistenza infermieristica	Insieme delle attività svolte dal personale addetto all'assistenza nei confronti dei malati, dei medici e dell'istituzione
Organizzazione	Complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e quindi viene realizzato il coordinamento tra tali compiti (Mintzberg, 1985)

- la terza terza sezione dedicata agli aspetti concernenti la collocazione dell'infermiere nell'organizzazione ospedaliera in termini gerarchici e di responsabilità disciplinare.

Fase 2. Analisi comparativa sistematica

I risultati saranno poi analizzati, in maniera congiunta dai tre ricercatori, tramite la metodologia della descrizione comparativa sistematica (Smelser, 1992) definita in genere metodo comparativo, che consiste in un "metodo scientifico basato sul confronto tra fenomeni analoghi appartenenti a zone spazialmente o temporalmente distinte tra loro, con l'obiettivo di interpretare i fenomeni stessi (mostrandone o no l'origine comune) e di ricostruire, da ciò che rimane nel presente, uno stato di cose anteriore" (Dizionario di filosofia, 2009).

Relativamente agli aspetti etici le fonti primarie incluse nello studio costituiscono un insieme di norme nelle quali non sono riportati dati sensibili o riferimenti a singoli individui. Non sono state utilizzate fonti orali, né figurate. Tutti i documenti sono riportati nella bibliografia e conservati presso archivi e biblioteche aperte al pubblico. Tutte le fonti utilizzate, dato il loro periodo di produzione, non richiedono autorizzazioni del *copyright* e rispettano le indicazioni fornite da archivi e biblioteche presso cui sono conservate.

L'identificazione dei dati sulla base di specifiche definizioni operative e la provenienza multidisciplinare degli autori, infermieri e storici, permetteranno una visione globale della figura dell'infermiere, evidenziando le informazioni in base alle diverse competenze disciplinari e riducendo i *bias* connessi al filtro umano del ricercatore.

Illustrazione dei risultati

I risultati saranno illustrati sotto forma di tabelle comparative; saranno analizzate singolarmente le domande di ricerca con le specifiche variabili in relazione al periodo storico di riferimento.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il presente articolo è il primo di un progetto di ricerca storica che intende dare un contributo alla storia dell'assistenza infermieristica ospedaliera italiana prima che il processo di unificazione nazionale iniziasse a omogeneizzare sia l'organizzazione degli ospedali sia i ruoli delle figure che vi operavano, tra cui gli infermieri. Peraltro, il periodo di studio è antecedente alla pubblicazione del libro *Notes on nursing: what it is, and what it is not* di Florence Nightingale (1859), che venne tradotto in lingua italiana da Sibilla Novello l'anno successivo, con il titolo

Cenni sull'assistenza degli ammalati, proprio come contributo in campo assistenziale al processo che stava portando all'unità dell'Italia.

La ricerca farà luce sulla professione durante un periodo storico quasi per nulla analizzato dagli storici, fornendo quindi una panoramica sui requisiti da possedere per essere assunto come infermiere, sul ruolo che l'infermiere ricopriva all'interno degli ospedali e qual era la sua collocazione all'interno delle stesse strutture.

Le analisi riguardanti la professione durante il periodo storico preso in considerazione contribuiranno a costruire un pezzo di storia della professione infermieristica, oggi assente. La ricostruzione di questa tappa contribuirà a comprendere le differenti condizioni con cui ha dovuto fare i conti lo Stato unitario, la cui riforma sanitaria avvenne con un ritardo di circa mezzo secolo rispetto all'Inghilterra, da cui partì il modello di omogeneizzazione e miglioramento dell'assistenza infermieristica proposto da Florence Nightingale (Dimonte, 2007).

Questo contributo propone, nel contempo, un esempio di come applicare un metodo strutturato di ricerca storica all'ambito infermieristico, utile a chi volesse approcciarsi allo studio della storia dell'assistenza infermieristica. Può essere di stimolo per nuove ricerche che possano favorire una migliore comprensione dell'evoluzione dell'assistenza e della professione infermieristica, con un approccio storico contestualizzato e non solo come lettura solo "interna" di questa evoluzione.

La difficoltà nel reperimento delle fonti è uno dei principali limiti delle indagini storiche (Dimonte, 2009), soprattutto per quanto riguarda il materiale storico infermieristico che spesso non è stato conservato negli anni in quanto non ritenuto importante.

Lo studio, attualmente in corso, comprende una selezione di dieci regolamenti (Tabella 3). Tra questi, l'unico a contenere esclusivamente istruzioni per infermieri e serventi è quello emanato dall'Ospedale civico di Trieste, a differenza degli altri regolamenti che riportano norme relative a tutto il personale presente nelle strutture ospedaliere.

I regolamenti del Granducato di Toscana sono i soli a essere stati emanati nel XVIII secolo ma, anche se meno recenti, il regolamento dell'ospedale di S. Maria della Scala, a Siena, restò in vigore fino all'unità nazionale (Archivio di Stato di Siena, 1960) mentre il regolamento dell'ospedale di S. Maria Nuova di Firenze, venne integrato da alcune nuove norme nel 1818 (Disposizioni addizionali al vegliante Regolamento dell'Imperiale e Regio Arcispedale di Santa Maria Nuova), che però non interessarono

Tabella 3. Regolamenti ospedalieri inclusi nello studio

Regno/Stato	Città	Ospedale	Denominazione
Regno delle due Sicilie	Napoli	Incurabili	<i>Statuti per lo Stabilimento degli incurabili e luoghi riuniti</i> (Pappagallo F et al., 1839)
	Palermo	Civico	<i>Statuti per lo servizio interno dello Spedale civico di Palermo</i> (Deputazione dello Spedale Civico, 1843)
Regno Lombardo-Veneto	Milano	Maggiore	<i>Istruzioni diverse pel personale di servizio</i> (Milano, 1855)
	Trieste	Civile	<i>Istruzioni pegli infermieri dell'Ospitale civile di Trieste</i> (Biblioteca civica Attilio Hortis Trieste, 1852)
Regno di Sardegna	Cagliari	Civile	<i>Istruzioni regolamentarie dell'Ospedale civile di Cagliari</i> (Biblioteca dell'Archivio di Stato di Cagliari, 1859)
	Torino	S. Giovanni Battista	<i>Regolamento dell'Ospedale maggiore di S. Giovanni Battista e della città di Torino approvato da sua maestà il di 11 agosto 1842</i> (Biblioteca Civica Centrale Torino)
Stato Pontificio	Roma	Santo Spirito	<i>Decreti e disposizioni sull'assistenza degli infermi e disciplina interna dell'Arcispedale di S. Spirito in Sassia</i> (Biblioteca comunale Mozzi-Borgetti di Macerata, 1858)
	Bologna	Sant'Orsola	<i>Costituzioni e regolamenti disciplinari per lo Spedale di Sant'Orsola approvati, e decretati dalla Congregazione di carità alli 31 marzo 1809</i> (Biblioteca d'arte e di storia di San Giorgio in Poggiale)
Granducato di Toscana	Firenze	S. Maria Nuova	Regolamento dei regi Spedali di S. Maria Nuova e di Bonifazio (Covoni-Girolami, 1789)
	Siena	S. Maria della Scala	Nuovo regolamento del regio Spedale di S. Maria della Scala di Siena (Archivio di Stato di Siena, 1783)

il personale infermieristico.

Dato il periodo storico analizzato le sole tipologie di fonti disponibili sono quelle scritte e figurate.

I documenti a oggi recuperati sono il frutto di modalità di produzione e conservazione differenti tra i vari stati, per cui ci si è trovati di fronte a patrimoni archivistici qualitativamente e quantitativamente diversi. Il campione è altresì rappresentativo solo dei grandi ospedali.

BIBLIOGRAFIA

Bargoni A (2008) *La nascita del nuovo modello ospedaliero a fine ottocento e la formazione professionale degli infermieri*. Minerva Medica, 99(2), 223-30.

Bianchi M (1845) *Geografia politica dell'Italia*. Firenze: Società Editrice Fiorentina.

Carta G, Sacchi G, et al. (1857) *Geografia storica moderna universale*. Milano: Francesco Pagnoni.

Chabod F (2012) *Lezioni di metodo storico*. 18th ed. Milano: Editori Laterza.

Cosmacini G (1987) *Storia della medicina e della sanità in Italia*. 3rd ed. Bari: Editori Laterza.

Costantino E (2011) *Nord e sud prima, durante e dopo l'unità d'Italia*. Assonews. Consultato il 20 giugno 2017, dispo-

nibile all'indirizzo: <http://www.assonews.it/attualita/news/440-nord-e-sud-prima-durante-e-dopo-lunita-ditalia.html>

Della Peruta F (1984) *Storia d'Italia, malattie e medicina, Annali 7*. Torino: Giulio Einaudi Editori.

Dimonte V (1993) *Per una storia dell'assistenza infermieristica e degli infermieri in Italia: indicazioni per la ricerca delle fonti e della bibliografia*. Rivista dell'infermiere, 12(3), 162-8.

Dimonte V (2007) *Da servente a infermiere*. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia. 2nd ed. Torino: Cespi.

Dimonte V (2009) *Alcune riflessioni per una storia dell'assistenza infermieristica*. International nursing perspectives, 9(2), 33-37.

Dizionario di filosofia (2009) Treccani. Consultato il 09 luglio 2017, disponibile all'indirizzo: http://www.treccani.it/enciclopedia/metodo-comparativo_%28Dizionario-di-filosofia%29/

Fealy G, Kelly J, Watson R (2013) *Legitimacy in legacy: historical scholarship published in Journal of Advanced Nursing 1976-2011*. Journal of Advanced Nursing, 69 (8), 1881-1894.

Festini F, Nigro A (2012) *Prima di Florence Nightingale - La*

letteratura infermieristica italiana 1676-1846. Padova: Libreriauniversitaria.it edizioni.

- Frascani P (1992) *L'ospedale fuori l'Italia. Prospettive di ricerca e riflessione (1750-1925)*. In: Betri ML, Bressan E, *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento. Atti del III Congresso italiano di storia ospedaliera*, 11-15.
- Geddes M (2011) *Ospedali d'Italia - Ieri, Oggi, Domani*. Salute internazionale. Consultato il 12 aprile 2017, disponibile all'indirizzo: <http://www.saluteinternazionale.info/2011/03/gli-ospedali-d%E2%80%99italia-ieri-oggi-domani/>
- Grande Dizionario Italiano Hoepli (2015) *Requisito*. Consultato il 12 febbraio 2018, disponibile all'indirizzo: http://www.grandidizionari.it/Dizionario_Italiano/parola/R/requisito.aspx
- Holme A (2015) *Why history matters to nursing*. Nurse Education Today, 35 (5), 635-637.
- Kelly J, Watson R (2014) *Instrument development and validation of a quality scale for historical research papers (QSHRP): a pilot study*. Journal of Advanced Nursing, 70(12), 2964-2967.
- Lewenson SB (2015) *Learning the historical method: step by step*. In De Chesnay M, editor. Nursing research using historical methods. Qualitative designs and methods in nursing. New York: Springer Publishing Company, 1-21.
- Mack Smith D (2008) *Storia d'Italia dal 1861 al 1997*. 6th ed. Bari: Laterza.
- Manzoni E (2016) *Le radici e le foglie. Una visione storico-epistemologica della disciplina infermieristica*. 2nd ed. Rozzano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Mintzberg H, Waters J (1985) *Of strategies, deliberate and emergent*. Strategic management journal, 6(3), 257-272.
- Nightingale F (1859) *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. London: Harrison, 59, Pall Mall, bookseller to the Queen (trad. it. Cenni sull'assistenza degli ammalati, a cura di Sibilla Novello, Torino, 1860).
- Savignano G (2012) *L'Anopheles. L'assistenza sanitaria in Italia dagli Stati pre-unitari al governo Monti*. Milano: Il Sole 24 Ore.
- Scotti A (1984) *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei lumi all'unità*. In Della Peruta F, editor. Storia d'Italia, Malattia e medicina, Annali 7. Torino: Giulio Einaudi Editore, 235-8.
- Sironi C (2012) *L'infermiere in Italia: storia di una professione*. Roma: Carocci Faber.
- Sironi C (2016) *Tornare alle origini dell'assistenza infermieristica*. Professioni infermieristiche, 69(2), 65-67.
- Smelser NJ (1992) *Metodo comparativo*. Treccani. Consultato il 29 luglio 2017, disponibile all'indirizzo: [http://www.treccani.it/enciclopedia/metodo-comparativo_\(Enciclopedia-delle-scienze-sociali\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/metodo-comparativo_(Enciclopedia-delle-scienze-sociali)/)
- Fonti archivistiche**
- Archivio Storico Capitolino Cred. XVIII, T. 85, *Motu Proprio della santità di nostro signore Papa Leone XII. Sopra il Regolamento degli ospedali della città di Roma (1826)*. Roma: Vincenzo Poggioli Stampatore.
- Archivio Storico Comune Portoferraio, C64, Carta 119, Circolari e ordini dal Soprasindaco Provveditore dal 1815 al 1818, *Massime ed istruzioni da osservarsi generalmente in tutti li spedali degli Infermi del Gran-Ducato di Toscana approvate con Dispaccio di S.A.I. e R. de' 17 febbraio 1818*.
- Archivio di Stato di Firenze, Fondo: Ospedale di S. Maria Nuova, 1288-1890, *Disposizioni addizionali al vegliante Regolamento dell'I. e R. Arcispedale di Santa Maria Nuova (1818)*.
- Archivio di Stato di Siena, Fondo, Ospedale di Santa Maria della Scala, Serie: statuti e ordinamenti, Unità archivistica: 5, *Nuovo Regolamento del Regio Spedale di S. Maria della Scala di Siena (1783)*.
- Archivio di Stato di Siena (1960) *Archivio dell'ospedale di S. Maria della Scala 1960*. Inventario, volume primo. Roma.
- Biblioteca Civica Attilio Hortis *Istruzione pegl'Infermieri dell'Ospitale civile di Trieste (1852)*. Trieste: Tipografia Governiale.
- Biblioteca Civica Centrale Torino, *Regolamento dell'ospedale maggiore di S. Giovanni Battista e della città di Torino approvato da sua maestà il di 11 agosto 1842*. Torino: Eredi Botta.
- Biblioteca comunale Mozzoni-Borgetti di Macerata, *Decreti e disposizioni sull'assistenza degl'infermi e disciplina interna dell'Arcispedale di S. Spirito in Sassia*. Roma: Tipografia Menicanti (1858).
- Biblioteca d'arte e di storia di San Giorgio in Poggiale, *Costituzioni e regolamenti disciplinari per lo spedale di Sant'orsola approvati, e decretati dalla Congregazione di carità alli 31 marzo 1809*. Bologna: Tipografia De' Franceschi alla Colomba. Bologna (1809).
- Biblioteca dell'Archivio di Stato di Cagliari, Tipografia Arcivescovile. *Istruzioni regolamentarie dell'ospedale civile di Cagliari (1859)*.
- Covoni-Girolami M (1879) *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio* Google books. Consultato il 4 maggio 2017, disponibile all'indirizzo: <https://books.google.it/books?id=WGwrbf9znHgC>
- Deputazione dello spedale Civico (1843). *Statuti per lo servizio interno dello spedale civico di Palermo*. Google books. Consultato il 19 maggio 2017, disponibile all'indirizzo: <https://books.google.it/books?id=8fvj9Gj8dFIC>
- Granducato di Toscana (1838). *Repertorio del Dritto Patrio Toscano*. Google books. Consultato il 26 maggio 2017, disponibile all'indirizzo: <https://books.google.it/books?id=7J4Q0yhF4V4C>

Milano (1855) *Istruzioni diverse pel personale di servizio. Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano*. Scatola 47 (Piani e regolamenti 1852-1859), Busta 75.

Pappagallo F, De Luca C (1839) *Statuti per lo stabilimento degl'incurabili e luoghi riuniti*. Google books. Consultato il 16 maggio 2017, disponibile all'indirizzo:

<https://books.google.it/books?id=PVpy0VxoeysC>

Stato Pontificio (1835) *Raccolta delle Leggi e Disposizioni di Pubblica Amministrazione nello Stato Pontificio*. Roma: Stamperia della R.C.A. Google books. Consultato il 16 maggio 2017, disponibile all'indirizzo: https://archive.org/details/bub_gb_6NdgAAAACAAJ

La formazione a distanza FNOPI: profilo socio-demografico degli iscritti, adesione e gradimento

Annamaria Ferraresi¹, Giulia Guidarelli², Laura D'Addio³

¹Direttore Distretto ovest – Azienda Usl Ferrara; ²Dipartimento di medicina specialistica, diagnostica e sperimentale, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna; ³Dirigente professioni sanitarie, AOU Careggi, Firenze

Corrispondenza: a.ferraresi@ausl.fe.it

RIASSUNTO

Introduzione La formazione a distanza sul *web* ha guadagnato sempre maggiore importanza come metodologia didattica che sostituisce e integra la formazione tradizionale. Con l'emergere di nuovi bisogni formativi, correlati a contesti sanitari sempre più complessi, diventa necessario sviluppare nuove strategie formative per ampie popolazioni di professionisti, soprattutto nelle aree dove il numero di crediti formativi ECM maturati è inferiore. La Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche da diversi anni promuove la formazione via *web* (*web based learning*). Le tematiche di formazione scelte sono di carattere prevalentemente clinico ma anche organizzativo ed educativo. L'accesso alla piattaforma è gratuito. L'obiettivo principale di questo studio è misurare l'adesione ai corsi FAD della piattaforma nazionale FadInMed nell'anno 2016.

Materiali e metodi E' stata svolta un'analisi retrospettiva di un'ampia casistica di professionisti che hanno frequentato i corsi FAD promossi dalla FNOPI nell'anno 2016. I corsi presi in esame sono: "Gestione dell'incontinenza urinaria e fecale", "Mobilizzazione in ospedale" e "Sedazione terminale palliativa". Il Comitato Centrale FNOPI ha autorizzato l'accesso al sistema informativo di gestione, dal quale sono stati estratti in forma anonima i dati che riguardavano tutti gli iscritti FNOPI alla data del 31 dicembre 2016 e i partecipanti ai corsi FadInMed nell'anno 2016. Questi tre corsi sono stati attivi dall'1 marzo 2016 fino al 31 dicembre 2016.

Risultati La frequenza complessiva ai corsi è risultata pari a 236.008. Gli infermieri che hanno partecipato ad almeno un corso sono 91.924 su 442.054 iscritti a FNOPI. La maggioranza degli infermieri ha frequentato tutti i corsi (71,2%); il corso con adesione maggiore è stato "Sedazione terminale palliativa" (88,8%). Dall'analisi è emerso che gli infermieri più giovani accedono maggiormente alla piattaforma. Dal confronto tra la provincia di iscrizione all'Ordine e il numero di partecipanti si osservano differenze di adesione che oscillano dal 6% al 30%. Tutti i corsi sono stati graditi con valutazioni medie pari a 4 in una scala Likert da 1 a 5.

Conclusioni E' necessario sostenere la formazione *online*, analizzando i fattori che ne favoriscono o ostacolano l'utilizzo. Al contempo sarà necessario attuare percorsi di ricerca per indagare l'apprendimento e l'impatto di tale attività nello sviluppo professionale del professionista e sulla qualità dell'assistenza.

Parole chiave: formazione a distanza, infermieri, educazione continua in medicina (ECM)

FNOPI distance learning: socio-demographic profile of participants, adherence and customer satisfaction

ABSTRACT

Background E-learning has gained increasing importance as a educational methodology that replaces and integrates traditional education. In this phase of new training needs, related to increasingly complex health contexts, developing new training strategies for large populations of professionals is an emerging challenge, especially in areas where the number of ECM credits accrued is lower.

FNOPI promotes e-learning training for several years. The chosen training topics are mainly clinical but also organizational and educational. Access to the platform is free. The main aim of this study is to measure adherence to FadInMed national platform courses in 2016.

Materials and methods A retrospective analysis was carried out of a large series of professionals who attended FAD courses promoted by FNOPI in 2016: management of incontinence, hospital mobilization and palliative sedation.

FNOPI Central Committee authorized access to management information system, from which the data relating to all FNOPI members as of 31 December 2016 and those enrolled in FadInMed courses in 2016 were ex-

tracted anonymously. The three registered courses were activated on 1 March 2016 until 31 December 2016. **Results** Total attendance at courses was 236,008; nurses who attended at least one course were 91,924 on 442,054 FNOPI members. The majority of nurses attended all the courses (71.2%) and the one with the greatest adhesion concerned the palliative end sedation (88.8%). The younger nurses gain more access to the platform. In the comparison between the provincial Order and the number of participants there are differences in adherence ranging from 6% to 30%. All courses were appreciated with an average rating of four on a Likert scale of 1 to 5.

Conclusions It is necessary to continue to support web based learning, analyzing the factors that favor or hinder its use and at the same time it will be extremely necessary to implement research paths to investigate e-learning and the impact of this activity on the professional development and on the quality of care.

Key words: e-learning, nurses, continuing medical education (CME)

INTRODUZIONE

La formazione a distanza (FAD) sul *web* ha guadagnato sempre maggiore importanza come metodologia didattica per gli adulti, che sostituisce e integra la formazione residenziale. Gli approcci tradizionali di insegnamento hanno mostrato alcune limitazioni nell'aggiornamento degli infermieri. Molti fattori, tra cui il gran numero di personale infermieristico, le difficoltà per gli infermieri nella conciliazione tra lavoro e formazione (Horiuchi et al., 2009) e i contenuti di apprendimento sempre più diversi (Jeffries, 2001) rendono ragionevole esplorare strategie formative innovative. La formazione a distanza via *web* è stata considerata una delle possibilità realizzabili (Greenhalgh, 2001; Le, 2001). Con l'emergere di nuovi bisogni formativi, correlati a contesti sanitari sempre più complessi, diventa necessario lo sviluppo di nuove strategie formative per ampie popolazioni di professionisti, soprattutto nelle zone dove il numero di crediti formativi ECM maturati è inferiore.

La formazione a distanza comporta la separazione dell'educatore e dello studente nel tempo e nello spazio e viene utilizzata principalmente per garantire l'accesso e la convenienza per gli studenti (Billings, 2007). L'apprendimento basato su *web* è definito come una strategia didattica "in cui il *web* viene utilizzato per fornire i materiali e le interazioni tra gli studenti e gli insegnanti" (Paulsen, 2003). Gli studenti possono valutare l'apprendimento *web* più conveniente per acquisire conoscenze e aumentare la fiducia nell'utilizzo della tecnologia informatica, sostenendo così l'apprendimento indipendente e a distanza (Hägström et al., 2009).

Il ruolo della formazione a distanza via *web* nelle professioni sanitarie è stato ampiamente discusso, sono state eseguite una serie di revisioni per valutare e tradurre i risultati relativi agli esiti della pratica educativa. Le recenti revisioni (Patterson et al., 2012; Du et al., 2013) hanno rivelato che gli esiti cognitivi (apprendimento dei contenuti, processo di

apprendimento e competenza tecnologica) e i risultati affettivi (crescita personale e professionale, soddisfazione e connessioni) possono essere raggiunti. Finora sono stati attribuiti molti vantaggi alla tecnologia di istruzione *web-based*; molti infermieri hanno espresso il loro atteggiamento positivo verso la formazione a distanza basata sul *web*, apprezzando la flessibilità del tempo, la convenienza e la mancanza di preoccupazioni per il trasporto (Lu et al., 2009; Yu et al., 2006)

Cook ha fornito un quadro concettuale per la diversità della formazione a distanza sul *web*, individuando le variazioni nella configurazione (*tutorial*, gruppi di discussione *online*, pazienti virtuali, eccetera) e nelle metodologie didattiche (domande, casi, simulazioni, modelli interattivi, eccetera). Questi dati confermano che la formazione attraverso il *web* non è un'unica entità.

Ci sono anche alcuni *feedback* negativi. In primo luogo, la scarsa conoscenza dell'informatica può comportare un inadeguato apprendimento (Lu et al., 2009). Un altro disagio è che i discenti possono sentirsi isolati (Adams et al., 2006), la possibile perdita del processo sociale di apprendimento è una delle conseguenze (Mc Allister et al., 2002).

In questo momento la diffusione di soluzioni di *e-learning* è risultata molto meno efficace di quanto originariamente osservato (Bell et al., 2004). Questo paradosso tra la crescente domanda e la mancata implementazione/accettazione ha portato i ricercatori a concentrarsi sulle barriere di tale sistema (Lee et al., 2009). Una recente revisione ha evidenziato diversi fattori predittivi e al contrario barriere all'implementazione. Tale analisi è importante per sostenere lo sviluppo e l'implementazione di questi sistemi.

In ambito italiano il COGeAPS riporta oltre 80 milioni di crediti ECM acquisiti nell'ultimo triennio formativo 2014-2016: oltre 29 milioni con la formazione a distanza e oltre 46 milioni con la formazione residenziale; prevalentemente sostenuta da Ordini,

Collegi, Società scientifiche e Aziende sanitarie. Inoltre, vi sono alcuni studi che hanno sottolineato il gradimento e l'apprendimento attraverso la FAD dei professionisti sanitari nel contesto italiano. Non vi sono però prove sui livelli di diffusione a livello nazionale, sui fattori critici di successo e le barriere alla sua implementazione rivolte ad ampie popolazioni. Non è noto se la popolazione italiana che accede alla FAD abbia caratteristiche diverse da quella generale.

La Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche da diversi anni promuove la formazione FAD (con riconoscimento dei crediti ECM) per i propri iscritti attraverso la piattaforma FadInMed (Provider Nazionale ECM Zadig) alla quale risultavano registrati nel periodo di conduzione dello studio 195.876 infermieri, 2.657 infermieri pediatrici e 2.069 assistenti sanitari.

Le tematiche di formazione scelte sono di carattere prevalentemente clinico ma anche organizzativo ed educativo. L'accesso alla piattaforma è gratuito.

L'adesione da parte degli iscritti FNOPI è progressivamente aumentata; nell'anno 2016 sono stati promossi tre nuovi corsi che hanno avuto complessivamente 226.798 partecipazioni concluse con riconoscimento di crediti ECM. Ogni iscritto FNOPI poteva partecipare a tutti i corsi.

MATERIALI E METODI

L'obiettivo primario dello studio è stato misurare l'adesione e il gradimento dei corsi promossi nell'anno 2016 nel territorio nazionale. L'obiettivo secondario è stato quello di confrontare le caratteristiche socio-demografiche della popolazione degli iscritti all'Ordine con il gruppo che ha utilizzato la piattaforma FadInMed nell'anno 2016.

E' stata svolta un'analisi retrospettiva di un'ampia casistica di professionisti che hanno frequentato i corsi FAD promossi dalla FNOPI nell'anno 2016.

Il Comitato Centrale FNOPI ha autorizzato l'accesso al sistema informativo di gestione, dal quale sono stati estratti in forma anonima i dati che riguardavano tutti gli iscritti FNOPI alla data del 31 dicembre 2016 e i partecipanti ai corsi FadInMed nell'anno 2016. I tre corsi oggetto di rilevazione sono stati attivati dall'1 marzo 2016 fino al 31 dicembre 2016.

Il numero di partecipanti ai singoli corsi è stato calcolato dopo aver eliminato i soggetti con data di nascita dichiarata in piattaforma inferiore al 1900 e superiore al 2000 e dopo aver eliminato gli iscritti con età inferiore ai 21 anni e superiore agli 80 anni. Sono stati analizzati i punteggi relativi al questionario ministeriale di gradimento, le variabili tempo e *sponsor* sono state ricodificate.

Sono state calcolate le statistiche descrittive della popolazione oggetto di indagine e il test chi quadro è stato utilizzato per valutare la presenza di associazione tra le variabili socio-demografiche e l'adesione ai corsi. La significatività è stata calcolata per $p < 0,05$.

RISULTATI

Il totale delle frequenze ai corsi, dopo aver applicato i criteri di esclusione, è risultata pari a 236.008; gli infermieri che hanno partecipato ad almeno un corso erano 91.924 su 442.054 iscritti a FNOPI. Le donne hanno frequentato i corsi FAD in percentuali maggiori rispetto agli uomini (Tabella 1).

Il 29,27% dei partecipanti ai corsi aveva età compresa tra 25 e 29 anni; il livello di adesione si è ridotto progressivamente all'aumentare dell'età passando da circa il 23% per gli utenti tra i 30 fino ai 44 anni e al 20% fino ai 54. Da 55 anni in poi solo il 15% degli infermieri ha partecipato ai corsi (Tabella 2).

Ci sono associazioni significative ($p < 0,000$) tra partecipazione al corso, *range* d'età e genere ($p < 0,05$). Calcolando le differenze a coppie applicando il *pairwise test* per le fasce di età, risultano tutte statisticamente significative a eccezione dei *range* 30-34 vs 35-39, 30-34 vs 40-44, 35-39 vs 40-44, fino a 24 vs 45-49 e 70-74 vs 75+ che non presentano differenze significative.

La maggioranza degli infermieri ha frequentato tutti i corsi, percentuali inferiori hanno scelto due corsi oppure un singolo corso (Tabella 3).

Il corso più frequentato è stato la "Sedazione terminale palliativa" con 81.615 partecipanti (Tabella 4).

I partecipanti che hanno superato il corso "Gestione dell'incontinenza urinaria e fecale" sono stati 72.521, ovvero il 95,3% di tutti i partecipanti al corso e il tempo medio per terminare il corso è stato di 4 giorni; 94 soggetti dei 72.521 che hanno terminato il corso non hanno risposto al questionario di gradimento (0,1%).

Il corso "Mobilizzazione in ospedale" è stato superato da 75.862 infermieri, ovvero il 97,1% dei partecipanti e il tempo medio per terminare il corso è stato di 2,4 giorni; 101 soggetti dei 75.862 che han-

Tabella 1. Caratteristiche dei partecipanti ai corsi (numero e genere)

Genere	Partecipanti (%)	Non partecipanti (%)	Iscritti FNOPI
Donna	72.204 (21,2)	267.641 (78,8)	339.845
Uomo	19.720 (19,3)	82.489 (80,7)	102.209
Totale	91.924 (20,8)	350.130 (79,2)	442.054

Tabella 2. Numero di partecipanti ai corsi suddivisi per classi di età

Fasce d'età	Partecipanti (%)	Non partecipanti (%)	Iscritti FNOPI
Fino a 24	4.835 (20,9)	18.272 (79,1)	23.107
25-29	13.313 (29,27)	32.164 (70,7)	45.477
30-34	8.909 (23,7)	28.664 (76,3)	37.573
35-39	8.539 (23,1)	28.331 (76,8)	36.870
40-44	16.530 (23,3)	54.333 (76,7)	70.863
45-49	17.561 (21,1)	65.571 (78,9)	83.132
50-54	13.259 (19,5)	54.610 (80,5)	67.869
55-59	7.219 (15,9)	38.071 (84,1)	45.290
60-64	1.589 (7,6)	19.289 (92,3)	20.878
65-69	130 (2,1)	6.178 (97,9)	6.308
70-74	24 (0,9)	2.658 (99,1)	2.682
75+	16 (0,8)	1.989 (99,2)	2.005
Totale	91.924	350.130	442.054

Tabella 3. Partecipanti che hanno scelto uno, due o tre corsi

	Solo corso 1	Solo corso 2	Solo corso 3	Corso 1 e 2	Corsi 1-3	Corsi 2 e 3	Corsi 1, 2 e 3
Partecipanti	3.209	3.303	6.986	3.797	3.607	5.533	65.489
Percentuale	3,5%	3,6%	7,6%	4,1%	3,9%	6,0%	71,2%

Tabella 4. Numero di partecipanti per ciascuno dei 3 corsi e percentuali rispetto al totale dei partecipanti

Corso	N (%)
Gestione dell'incontinenza urinaria e fecale	76.102 (82,8)
Mobilizzazione del paziente in ospedale	78.122 (84,9)
Sedazione terminale palliativa	81.615 (88,8)

no terminato il corso non hanno risposto al questionario di gradimento (0,1%).

Il corso "Sedazione terminale palliativa" è stato superato da 78.415, ovvero il 96,1% dei partecipanti e il tempo medio per terminare il corso è stato di 3,2 giorni; 83 soggetti dei 78.415 che hanno terminato il corso non hanno risposto al questionario di gradimento (0,1%).

Poiché il 71,2% di partecipanti ha frequentato tutti i corsi promossi dalla FNOPI non si evidenziano differenze tra i partecipanti ai singoli corsi (Tabella 5 e Tabella 6). Analizzando la partecipazione a ogni singolo corso la classe di età 25-29 anni aderisce con

Tabella 5. Suddivisione dei partecipanti per genere

Genere	Corso 1, N (%)	Corso 2, N (%)	Corso 3, N (%)	Iscritti FNOPI
Donna	59.803 (17,6)	61.120 (18,0)	64.045 (18,8)	339.845
Uomo	16.299 (15,9)	17.002 (16,6)	17.570 (17,2)	102.209
Totale	76.102 (17,2)	78.122 (17,7)	81.615 (18,5)	442.054

Tabella 6. Rapporto tra iscritti a FNOPI e partecipanti ai tre corsi in funzione delle diverse fasce d'età

Fasce d'età	Corso 1 N (%)	Corso 2 N (%)	Corso 3 N (%)	Iscritti FNOPI
Fino a 24	3.782 (16,4)	3.779 (16,3)	4.141 (17,9)	23.107
25-29	10.755 (23,6)	10.860 (23,9)	11.593 (25,5)	45.477
30-34	7.272 (19,3)	7.499 (20,0)	7.846 (20,9)	37.573
35-39	7.057 (19,1)	7.241 (20,1)	7.584 (20,6)	36.870
40-44	13.915 (19,6)	14.267 (20,1)	14.754 (20,8)	70.863
45-49	14.600 (17,6)	15.203 (18,3)	15.742 (18,9)	83.132
50-54	11.094 (16,3)	11.415 (16,8)	11.892 (17,5)	67.869
55-59	6.135 (13,5)	6.311 (13,9)	6.481 (14,3)	45.290
60-64	1.337 (6,4)	1.400 (6,7)	1.430 (6,8)	20.878
65-69	119 (1,9)	113 (1,8)	118 (1,9)	6.308
70-74	24 (0,9)	20 (0,7)	21 (0,7)	2.682
75+	12 (0,6)	14 (0,7)	13 (0,6)	2.005
Totale	76.102 (17,2)	78.122 (17,7)	81.615 (18,5)	442.054

Tabella 7. Suddivisione dei partecipanti nelle 20 regioni di residenza e % partecipanti rispetto agli iscritti FNOPI

Area	Regione	Corso 1 N (%)	Corso 2 N (%)	Corso 3 N (%)	Iscritti FNOPI
Centro	Lazio	5.918 (12,6)	6.184 (13,3)	6.422 (13,7)	46.832
	Marche	2.388 (21,8)	2.429 (22,2)	2.491 (22,8)	10.928
	Toscana	5.890 (21,1)	5.980 (21,4)	6.198 (22,2)	27.915
	Umbria	1.954 (28,8)	1.987 (29,3)	2.061 (30,4)	6.779
Isole	Sardegna	2.055 (17,3)	2.172 (18,3)	2.223 (18,8)	11.856
	Sicilia	5.901 (17,6)	6.057 (18,0)	6.194 (18,4)	33.622
Nord Est	Emilia-Romagna	8.825 (26,9)	9.005 (27,5)	9.513 (29,0)	32.740
	Friuli Venezia Giulia	1.702 (17,1)	1.764 (17,8)	1.850 (18,6)	9.930
	Trentino Alto Adige	1.310 (13,7)	1.337 (14,0)	1.449 (15,2)	9.541
	Veneto	6.874 (18,9)	7.019 (19,3)	7.395 (20,4)	36.325
Nord Ovest	Liguria	2.651 (17,9)	2.776 (18,8)	2.884 (19,5)	14.774
	Lombardia	12.002 (18,9)	12.230 (19,2)	12.961 (20,4)	63.636
	Piemonte	6.542 (20,8)	6.642 (21,1)	7.080 (22,5)	31.463
	Valle d'Aosta	108 (10,7)	111 (11,1)	127 (12,6)	1.004
Sud	Abruzzo	1.766 (16,2)	1.823 (16,7)	1.847 (16,9)	10.929
	Basilicata	810 (16,2)	830 (16,6)	845 (16,9)	5.008
	Calabria	1.979 (13,8)	2.026 (14,1)	2.099 (14,7)	14.312
	Campania	2.414 (6,0)	2.568 (6,4)	2.598 (6,4)	40.292
	Molise	461 (14,4)	494 (15,4)	520 (16,2)	3.198
	Puglia	4.487 (14,5)	4.635 (15)	4.795 (15,5)	30.970
	Totale	76.102* (17,2)	78.122* (17,7)	81.615* (18,5)	442.054

*Corso 1, 65 valori mancanti; Corso 2, 323 valori mancanti; Corso 3, 63 valori mancanti

percentuali maggiori ai corsi promossi da FNOPI. Dal confronto tra la provincia di iscrizione all'Ordine e i partecipanti ai tre corsi si osservano differenze di adesione che oscillano dal 6 al 30% (Tabella 7). Gli infermieri iscritti agli Ordini dell'Emilia Romagna e Umbria aderiscono con percentuali maggiori, mentre in Campania si può osservare l'adesione inferiore (Figura 1).

Tutti i corsi sono stati graditi dai partecipanti che si sono espressi con valutazioni medie pari a 4 in una scala Likert da 1 a 5 (Tabella 8). Le valutazioni positive riguardano efficacia, rilevanza e qualità educativa. Non si osservano differenze tra i corsi, a eccezione di un gradimento, leggermente maggiore per il corso "Sedazione terminale palliativa".

DISCUSSIONE

L'analisi dei dati evidenzia come l'offerta dei corsi di formazione *online* sostenuti dalla FNOPI sia accolta sul territorio nazionale da un numero molto rilevante di infermieri (1 su 5). La sempre maggiore diffusione delle tecnologie informatiche consente di accedere con estrema facilità a nuove conoscenze per l'esercizio della professione, fino ad

alcuni anni fa difficilmente ipotizzabili. La formazione professionale è per sua natura permanente e la rete costituisce un luogo privilegiato di accesso alle informazioni nelle diverse fasi di sviluppo professionale.

La grande adesione a tali corsi sottolinea interesse e motivazione verso la formazione FAD che può essere associata sia all'acquisizione dei crediti ECM sia a un ampio bisogno formativo espresso dalla professione infermieristica. Il raggiungimento di un così alto livello di diffusione è l'esito dell'attività FNOPI sviluppata nel corso degli anni, che ha visto aumentare progressivamente gli iscritti alla piattaforma. In merito alle tematiche selezionate si osserva come la maggioranza degli infermieri abbia frequentato i tre corsi anche se l'interesse maggiore è stato rivolto al corso "Sedazione terminale palliativa". Tale preferenza può essere correlata al minore approfondimento della tematica nella formazione di base, ma anche a un interesse manifestato dagli infermieri alle tematiche di carattere "umanistico" che, di norma, sono meno affrontate nella aziende sanitarie dove prevale la formazione clinica. Vi sono differenze significative in merito all'età in

Figura 1. Mappa dei partecipanti al corso (% rispetto agli iscritti FNOPI)

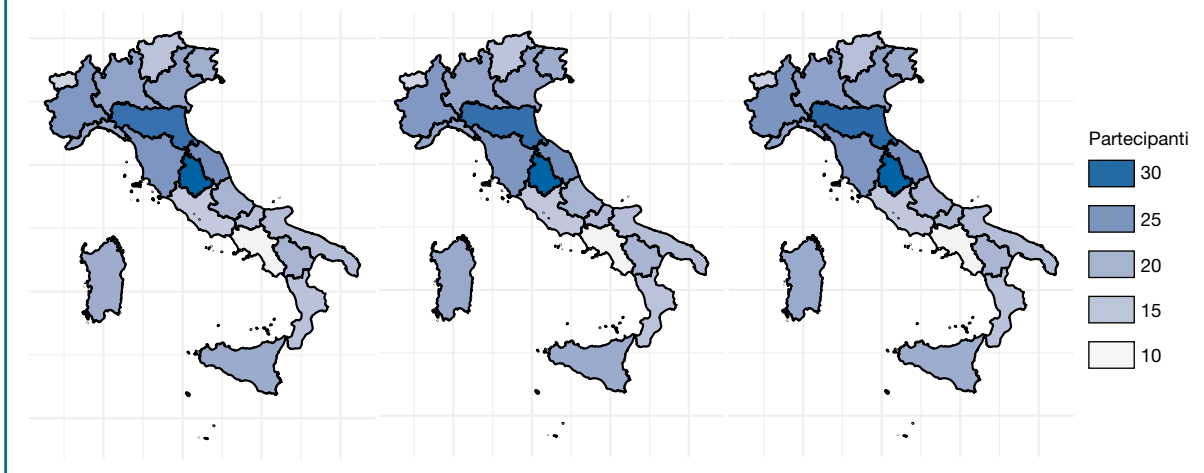


Tabella 8. Punteggio medio alle domande del questionario di gradimento (\pm SD)

Questionario	Corso 1	Corso 2	Corso 3
Rilevanza	4,0 \pm 0,7	4,0 \pm 0,7	4,1 \pm 0,7
Qualità educativa	4,0 \pm 0,7	4,0 \pm 0,7	4,1 \pm 0,7
Efficacia	3,9 \pm 0,8	3,9 \pm 0,8	4,0 \pm 0,8
Tempo	3,1 \pm 1,0	3,1 \pm 1,0	3,1 \pm 1,0
Sponsor	3,5 \pm 0,9	3,5 \pm 0,9	3,5 \pm 0,9

quanto gli infermieri più giovani accedono maggiormente alla rete per aggiornare il proprio patrimonio di conoscenze, l'adesione si riduce fino ai 54 anni dove si osserva un ulteriore calo. Questo dato può essere valutato a fronte della attuale situazione in cui si trovano i giovani professionisti: i *millennials* (o generazione Y, dai 17 ai 37 anni) sono in Italia oltre 11 milioni, di questi circa il 78% è quotidianamente connesso a Internet (ISTAT, 2018). Per questa fascia di popolazione l'approccio tecnico e tipicamente individuale che detta la FAD non costituisce un limite o un ostacolo, ponendo i soggetti in una dimensione per loro abituale. Va inoltre sottolineato che negli infermieri più giovani è maggiore il tasso di disoccupazione e di precariato, che rende più difficile accedere all'offerta aziendale in sede e fuori sede; tale condizione lavorativa può motivare la scelta di accedere ai corsi gratuiti. Le percentuali di adesione ai corsi rispetto agli iscritti FNOPI sulla distribuzione regionale presentano differenze significative che oscillano dal 6 al 30% degli iscritti; l'interpretazione della distribuzione nazionale merita particolare attenzione e le ipotesi esplicative sui diversi fattori associati a tale differenza non possono essere interpretate in modo univoco, tale analisi sarà oggetto di ricerche future. In generale si può commentare che i professionisti del Sud Italia hanno le stesse potenzialità di accesso alla formazione *online* dei colleghi: i dati nazionali attribuiscono alle regioni del Sud Italia una infrastruttura telematica non inferiore e in alcuni casi (Calabria, Campania) maggiore che nelle regioni settentrionali. Il calo di adesione nelle regioni meridionali è invece coerente con il minore uso in queste regioni dei servizi *online* sia pubblici sia privati (*home banking*, informazioni *online*, servizi pubblici, eccetera) e in generale dell'accesso a Internet (ISTAT, 2018). La FAD ha caratteristiche positive come la facile accessibilità e la conciliazione con il tempo lavoro; ma al contrario non sviluppa relazioni sociali nel gruppo e pertanto in talune situazioni non viene preferita dai professionisti. La formazione a distanza offerta dalla FNOPI va valutata all'interno di un contesto in cui sono presenti molte opportunità di formazione offerte agli infermieri, che possono infatti accedere alla formazione offerta da organismi provinciali, associazioni e ovviamente dall'azienda in cui operano. Inoltre, la formazione ECM è solo una delle dimensioni dello sviluppo professionale che può essere attuato utilizzando altre modalità come la formazione universitaria, la docenza, il tutorato e anche l'autoapprendimento. Non deve essere sottovalutata l'importanza della socializzazione organizzativa, ossia l'apprendimento quotidiano nelle realtà operative

attraverso il confronto con i colleghi nei momenti formali o informali.

Il gradimento dei corsi è risultato molto positivo in termini sia di rilevanza sia di efficacia; dalle proposte e suggerimenti emerge che sarebbe preferibile aumentare ulteriormente il grado di interattività. Su questo punto tuttavia va precisato che i corsi FAD-InMed si pongono già l'obiettivo di coinvolgere l'utente con una formazione pratica. Tutti i corsi si basano infatti sul modello del caso, tale modello sostituisce al classico questionario nozionistico un caso di pratica professionale nell'ambito del quale l'utente deve compiere scelte decisionali. In merito allo sviluppo della FAD occorrono ulteriori valutazioni poiché in ambito nazionale non vi sono prove robuste su quanto il contesto organizzativo o le caratteristiche cognitive di personalità siano associate alla scelta di frequentare un corso FAD e quali fattori critici di successo possano essere attuati per migliorare l'apprendimento con tale modalità di formazione. Vi sono alcune esperienze di misurazione di impatto della formazione che devono essere ulteriormente consolidate (Bulgarelli, 2016).

La ricerca conferma la necessità di proseguire nel percorso diretto a sostenere l'accesso alle informazioni cliniche sulla rete, analizzando i fattori che ne favoriscono o ostacolano l'utilizzo e, al contempo, attuare percorsi di ricerca per indagare la qualità dell'apprendimento e l'impatto di tale attività nello sviluppo professionale del professionista e sulla qualità dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Abbritti G, Bertazzi PA, Murgia N, et al. (2011) *Permanent education, updating and accreditation in occupational medicine: the contribution of the Italian Society of Occupational Medicine and Industrial Hygiene (SIMLII) in the first decade of the 21st century*. Med Lav 102(3), 227-42.
- Adams, A, Timmins, F (2006) *Students views of integrating web-based learning technology into the nursing curriculum – a descriptive survey*. Nurse Education in Practice, 6(1), 12-21.
- Billings DM, Rowles CJ (2001) *Development of continuing nursing education offerings for the World Wide Web*. Journal of Continuing Education in Nursing, 32(3), 107-113.
- Du S, Liu Z, Liu S, et al (2013) *Web-based distance learning for nurse education: a systematic review*. Int Nurs Rev 60(2), 167-77
- Bulgarelli AM, Ferraresi A (2016) *Corso FAD sull'interpretazione dell'elettrocardiogramma*. NapoliSana, Campania 1, 20-23.

- Carriero A, Beomonte Zobel B, Bonomo L, et al. (2011) *E-learning in radiology: Italian multicentre experience*. Radiol Med 116, 989-99.
- Greenhalgh T (2001) *Computer assisted learning in undergraduate medical education*. British Medical Journal, 322(7277), 40-44.
- Hägström E, Hofsten A, Wadensten B (2009) *Nurses' opinions about a web-based distance course in a specialist education programme for the care of older people: a questionnaire study*. International Journal of Older People Nursing 4(3), 177-184.
- Horiuchi S, Yaju Y, Koyo M, et al. (2009) *Evaluation of a web-based graduate continuing nursing education program in Japan: a randomized controlled trial*. Nurse Education Today, 29(2), 140-149.
- Jeffries PR (2001) *Computer versus lecture: a comparison of two methods of teaching oral medication administration in a nursing skills laboratory*. The Journal of Nursing Education, 40(7), 323-329.
- Le T, Stein ML (2001) *MS JAMA: medical education and the Internet: this changes everything*. JAMA, 285(6), 809.
- Lu DF, Lin ZC, Li YJ (2009) *Effects of a web-based course on nursing skills and knowledge learning*. The Journal of Nursing Education, 48(2), 70-77.
- McAllister M, Mitchell, M (2002) *Enriching learning using Web and computer technologies: how not to throw caution to the wind*. Nurse Education in Practice, 2(2), 125-132.
- Patterson BJ, Krouse AM, Roy L (2012) *Student outcomes of distance learning in nursing education: an integrative review*. Computers, Informatics, Nursing, 30(9), 475-488.
- Paulsen MF (2003) *On-line education and learning management. Global e-Learning in a Scandinavian Perspective*. NKI, Bekkestua, Denmark.
- Yu S, Yang KF (2006) *Attitudes toward web-based distance learning among public health nurses in Taiwan: a questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies 43(6), 767-774.



CONTRIBUTI

Il primary nursing nella stroke unit: audit sulla progettazione dell'assistenza con schede pre-strutturate

di Emanuela Vezzani (1), Marina Lemmi (2), Daniela Mecugni (3), Sandra Coriani (4), Roberta Riccò (5), Antonio Boccia Zoboli (6), Giovanna Amaducci (7)

(1) Dirigente Infermieristico, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia – Reggio Emilia

(2) Direttore delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma – Parma

(3) Presidente CdL Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia – Sede di Reggio Emilia

(4) Direttore delle Professioni Sanitarie, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia – Reggio Emilia

(5) Dirigente delle Professioni Sanitarie, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia – Reggio Emilia

(6) Dirigente delle Professioni Sanitarie, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia – Reggio Emilia

(7) Tutor CdL Infermieristica, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia – Sede di Reggio Emilia

Corrispondenza: amaducci.giovanna@ausl.re.it

La complessità dei problemi assistenziali che caratterizza gli attuali contesti sanitari richiede di implementare modelli di erogazione dell'assistenza in grado di garantire un approccio sistemico alla presa in carico della persona, una visione globale ed integrata del percorso di cura, dall'accoglienza sino alla dimissione, e, al tempo stesso, permettere all'infermiere di agire a pieno la propria professionalità ed autonomia. Il Primary Nursing (PN), implementato in molti Paesi, permette di dare pratica attuazione ad entrambi gli aspetti (Mattila, Pitkänen, Alanen et al., 2014).

Il PN è un metodo di erogazione dell'assistenza fondato sulla relazione ed orientato ai risultati, che prevede l'assegnazione, chiara ed individualizzata, ad un infermiere di riferimento (Primary Nurse), di uno o più pazienti, dall'ingresso alla dimissione. L'infermiere di riferimento, per il paziente/i, è responsabile, in modo continuativo, 24 ore su 24, delle decisioni assistenziali assunte e dei risultati raggiunti rispetto alle cure erogate. Attraverso l'applicazione e documentazione del processo di assistenza, l'infermiere di riferimento identifica e condivide con paziente e/o familiare i problemi assistenziali, negozia i risultati attesi, sceglie le attività assistenziali per l'attuazione delle quali collabora con infermieri associati e/o personale di supporto o le attua personalmente, valutando l'avanzamento verso i risultati attesi (Mattila, Pitkänen, Alanen et al., 2014; Tiedeman & Lookinland, 2004).

La progettazione dell'assistenza, a fondamento del PN, permette all'infermiere di riferimento di affrontare in modo sistematico i problemi assistenziali e di rendere evidente il processo decisionale che orienta l'agire professionale; al paziente consente di essere protagonista attivo del percorso di cura, conferendogli quel potere decisionale del quale l'infermiere di riferimento diventa garante (*advocacy*) (Manthey, 2008).

Il processo di assistenza è il metodo utilizzato nella pratica infermieristica per la risoluzione dei problemi di propria pertinenza. Come sottolinea Alfaro-LeFevre, si tratta di un metodo logico, sistematico e sequenziale di risoluzione dei problemi assistenziali, nato negli Stati Uniti alla fine degli anni Sessanta e riconosciuto dalla comunità professionale tutta quale metodo di eccellenza per la soluzione dei problemi propri dell'infermieristica. Dagli anni Ottanta importanti organizzazioni internazionali, (Oms, Icn, *Joint Commission* e *United Kingdom Central Council*), hanno riconosciuto il processo di assistenza come metodologia per la documentazione dell'assistenza infermieristica, sostenendo che la documentazione infermieristica basata sulla progettazione dell'assistenza garantisce un'assistenza efficace, in quanto si fonda sull'identificazione dei problemi assistenziali della persona, consente di dare evidenza allo specifico professionale infermieristico e permette di raggiungere i risultati di salute per la persona dei quali l'infermiere è responsabile, rendendo infine esplicito il processo decisionale sotteso alle scelte assistenziali compiute.

Nonostante ciò, anche la più recente letteratura internazionale riporta un basso utilizzo, nella documentazione infermieristica, del processo di assistenza (Ofi, Sowunmi 2012). Una dettagliata revisione della letteratura mette in rilievo che gli infermieri non pianificano l'assistenza, orientandosi piuttosto a riportare complessivamente ciò che è accaduto al paziente; inoltre non danno evidenza al processo decisionale dal quale sono derivati gli interventi assistenziali attuati e non registrano gli esiti ottenuti dal paziente (Jefferies, Johnson & Griffiths 2010). Parecchi studi evidenziano che sono poche le diagnosi infermieristiche ben formulate e che i dettagli degli interventi infermieristici e degli obiettivi assistenziali sono scarsamente documentati (Paans & Müller-Staub, 2015).

In Italia, il Profilo Professionale del 1994 indica esplicitamente che l'infermiere 'utilizza metodologie di progettazione dell'assistenza': dopo oltre 20 anni e ripetute norme, gli infermieri italiani hanno ancora difficoltà a progettare l'assistenza. Si possono identificare tra le concause: mancanza di abilità nella registrazione dell'assistenza secondo il metodo della progettazione, carenze nei linguaggi standardizzati. Gli stessi infermieri italiani sono convinti che la progettazione dell'assistenza sia un esercizio didattico teorico, complesso e difficilmente applicabile negli attuali contesti clinici; asseriscono che il tempo impiegato per la progettazione dell'assistenza è tempo tolto all'assistenza diretta al paziente e non ne percepiscono la rilevanza professionale (Palese et al., 2006).

Autori italiani e stranieri concordano sul fatto che la diffusione, nei contesti clinici, di modelli di erogazione dell'assistenza di tipo funzionale o per piccola equipe non favoriscano l'utilizzo e la tracciabilità della progettazione dell'assistenza orientata ai problemi assistenziali della persona. In tali modelli, infatti, le attività assistenziali sono divise fra tutti gli infermieri, ciascuno ha la responsabilità sullo specifico compito attribuito e solo, di questo, possiede, comunica e documenta le relative informazioni. Manca una visione complessiva del percorso assistenziale del paziente, visione posseduta solo dal coordinatore o capo equipe (Jefferies, Johnson, Griffiths, 2010; Barrelli et al., 2006; Palese et al., 2006; Tiedeman & Lookinland, 2004).

Modelli di erogazione dell'assistenza orientati alla presa in carico della persona supportano favorevolmente la documentazione dell'assistenza in maniera coerente alle fasi della progettazione assistenziale (Jefferies, Johnson, Griffiths, 2010).

La Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS) dell'ex Azienda Ospedaliera – IRCCS - e dell'attuale AUSL di Reggio Emilia hanno riconosciuto nel PN non semplicemente un innovativo metodo di erogazione dell'assistenza, piuttosto un profondo cambiamento culturale, altamente professionalizzante, essenziale per orientarsi alla presa in carico della persona assistita, che coinvolge gli infermieri in prima persona, sia nella relazione con il paziente/familiare che nell'applicazione della metodologia di pianificazione per obiettivi. Nel 2014, in occasione di un incontro tra DPS e coordinatori, è stata lanciata la proposta di sperimentare laboratori di pratica professionalizzanti (White, 2010), fra questi uno dedicato al PN.

La proposta di implementare nell'anno 2015-16 il PN è stata accolta da due unità operative, rispettivamente Medicina Oncologica e Stroke Unit (SU): in questo articolo si descriverà in dettaglio il percorso relativo alla SU (Iemmi et al., 2017) (Tabella 1).

Tabella 1 - Dati di contesto relativi alla Stroke Unit	
	Numero (n°)
Posti Letto	12 con monitor multiparametrico
Infermieri	7 tempo pieno + 1 part time
Operatori Socio Sanitari	5
Ricovero Anno 2016	615
Patologie prevalenti	179 Ischemie cerebrali
	278 Emorragie cerebrali
Degenza Media	5.94 die
Presenza Media Giornaliera	10.03 die

L'implementazione del PN è stata anticipata da una formazione mirata nel periodo Ottobre-Dicembre 2015, finalizzata alla creazione di strumenti per la presa in carico dei pazienti, attraverso l'applicazione della progettazione dell'assistenza: dalla raccolta dati, utilizzando il riferimento teorico dei Modelli Funzionali di Salute (Gordon, 1999) sino all'identificazione dei problemi assistenziali prevalenti attraverso l'uso delle Diagnosi Infermieristiche (DI) e/o dei Rischi di Complicanza/Problemi Collaborativi (RC/PC) con riferimento al modello bifocale (Carpenito, 2015), formulazione degli obiettivi e relativi indicatori di risultato, pianificazione ed attuazione degli interventi. La formazione si è conclusa con l'allestimento di uno strumento di assessment per la presa in carico della persona e l'elaborazione di schede pre-strutturate di progettazione dei problemi assistenziali riconosciuti dal gruppo come quelli specifici e prevalenti dei pazienti del contesto. Per ciascuna DI e RC/PC sono stati identificati obiettivi assistenziali, indicatori di risultato e piano di interventi - fondati su evidenze scientifiche - per la risoluzione del problema. Ciascuna scheda ha uno spazio a testo libero per la registrazione dell'avanzamento verso i risultati programmati. Alla dimissione del paziente l'infermiere di riferimento chiude ciascuna scheda, registrando il risultato assistenziale raggiunto (Figura 1).

Figura 1 - Scheda di progettazione pre-strutturata relativa alla DI Compromissione della mobilità

Diagnosi Infermieristica a cura dell'infermiere		Obiettivo/Indicatore di risultato a cura di infermiere e fisioterapisti	
COMPROMISSIONE DELLA MOBILITÀ evidenziato da <input type="checkbox"/> emiplegia <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> emiparesi <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> ipostenia <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> lateropulsione <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> retropulsione <input type="checkbox"/> _____ dovuto a <input type="checkbox"/> ictus cerebrale <input type="checkbox"/> ictus ischemico <input type="checkbox"/> emorragia <input type="checkbox"/> emorragia subaracnoidea <input type="checkbox"/> dolore _____ <input type="checkbox"/> dissecazione _____ <input type="checkbox"/> stenosi _____		Livello di Mobilità Come indicato da <input type="checkbox"/> passiva nel letto <input type="checkbox"/> mantiene la posizione seduta per 1 ora con appoggio <input type="checkbox"/> controlla il tronco <input type="checkbox"/> mantiene la posizione seduta per 1 ora senza appoggio <input type="checkbox"/> esegue trasferimento letto-carrozzina con 1 operatore <input type="checkbox"/> cammina in autonomia con supervisione ripresa del livello di autonomia come a domicilio DA COMPILARE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA Mobilità <input type="checkbox"/> migliorata <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorata	
Progettazione degli interventi			
Interventi a cura dell'infermiere	Data	Aggiornamenti	Firma
<input type="checkbox"/> Trattamento FKT			
<input type="checkbox"/> Mobilizzare passivamente nel letto			
<input type="checkbox"/> Mobilizzare nel letto in collaborazione con/come da prescrizione del fisioterapista			
<input type="checkbox"/> Posizionare arto/i plegico/i			
<input type="checkbox"/> Posizionare seduto con gambe giù dal letto per 1 ora con appoggio			
<input type="checkbox"/> Verificare il controllo del tronco			
<input type="checkbox"/> Far indossare idonee calzature			
<input type="checkbox"/> Utilizzare ausili come da prescrizione del fisioterapista (roller, tripode, reggibraccio ...)			
<input type="checkbox"/> Mobilizzare in carrozzina con aiuto di 1 operatore			
<input type="checkbox"/> Far camminare in autonomia con supervisione			
<input type="checkbox"/> Far riprendere il livello di autonomia come a domicilio			

L'allestimento di schede di progettazione intende fare fronte alle difficoltà di progettazione dell'assistenza, dotando gli infermieri di uno strumento già pre-strutturato che li guidi e li orienti nella sequenza delle fasi della progettazione e ne agevoli la documentazione (Lee, 2005; Palese, 2006).

Il nostro percorso

Il gruppo infermieristico che ha sperimentato implementato il PN in SU, oltre alla progettazione dell'assistenza con schede pre-strutturate, ha inteso verificare, attraverso uno studio mirato:

- quali sono, fra quelle strutturate, le schede di progettazione pre-strutturate effettivamente utilizzate
- a quali problemi assistenziali fanno riferimento le schede più frequentemente utilizzate
- la compilazione delle schede in relazione alla metodologia di progettazione dell'assistenza.

Sono state revisionate tutte le schede di progettazione contenute nelle cartelle infermieristiche relative al 2° semestre del 2016, al fine di raccogliere i seguenti dati: tipologia di problemi assistenziali (DI o RC/PC), identificazione di caratteristiche definenti (CD) e fattore correlato (FC), selezione dell'indicatore di risultato, pianificazione dell'attività assistenziali, presenza di dati di monitoraggio in itinere e effettuazione della valutazione finale del risultato raggiunto. I dati sono stati registrati su foglio excel ed elaborati con funzioni di statistica descrittiva (frequenza, percentuale e media).

Risultati

Nel corso della formazione d'aula sono state allestite complessivamente 32 schede di progettazione per problemi, di queste 16 relative a DI e 16 a RC/CP. Di tutte le schede di progettazione problemi elaborate nel corso della formazione d'aula, ne sono state effettivamente utilizzate 18/32 (Tabella 2).

Tabella 2 - Schede di progettazione problemi elaborate (Il simbolo * indica le schede di progettazione problemi elaborate ed effettivamente utilizzate nella presa in carico)

DIAGNOSI INFERMIERISTICA (DI)	RISCHIO DI COMPLICANZA (RC)/ PROBLEMA COLLABORATIVO (PC)
DI Compromissione della mobilità*	RC/PC Polmonite ab ingestis
DI Compromissione della deglutizione*	RC/PC Fibrinolisi*
DI Compromessa comunicazione*	RC/PC Ipo/Ipertensione*
DI Rischio di caduta*	RC/PC Iperglicemia*
DI Rischio/Compromissione dell'integrità cutanea*	RC/PC Iperpiressia*
DI Stipsi	RC/PC Dolore/Cefalea*
DI Insonnia	RC/PC Fibrillazione atriale*
DI Confusione mentale acuta*	RC/PC Emorragia cerebrale*
DI Confusione mentale cronica	RC/PC Recidiva di ictus*
DI Deficit di cura di sé*	RC/PC Polmonite da stasi
DI Ansia/Paura*	RC/PC Trombosi venosa profonda*
DI Compromessa eliminazione urinaria	RC/PC Edema polmonare
DI Eminegligenza	RC/PC Effetti avversi della terapia anticoagulante
DI Inefficace liberazione vie aeree	PC/RC Effetti avversi della terapia con _____
DI Percezione sensoriale disturbata: Vista, Udito, Equilibrio (Vertigini)*	PC/RC Scompenso cardiaco congestizio

DI Conoscenze insufficienti sulla gestione del regime terapeutico al domicilio	RC/PC Capacità adattiva intracranica ridotta (Ipertensione endocranica)
TOTALE Schede progettazione problemi identificate nella formazione d'aula	
16 schede DI	16 schede RC/PC
TOTALE Schede di progettazione utilizzate nella presa in carico	
9 schede DI*	9 schede RC/PC*

Complessivamente sono state revisionate 218 schede di progettazione pre-strutturate contenute in 184 cartelle infermieristiche. Sul totale di 184 cartelle infermieristiche, il 13% sono cartelle di pazienti non presi in carico da un infermiere di riferimento, l'87% invece sono di pazienti presi in carico da infermiere di riferimento secondo il PN (Tabella 3).

Tabella 3 - Schede di progettazione problemi contenute nelle cartelle

	N°	%
Cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	160	87
Cartelle pazienti <u>non</u> presi in carico da infermiere di riferimento	24	13
Totale cartelle infermieristiche	184	100
Totale schede di progettazione nelle cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	218	100

In Tabella 4 il dettaglio del numero di schede di progettazione contenute nelle cartelle dei pazienti presi in carico da un infermiere di riferimento. Le cartelle contengono un numero di schede che va da un minimo di 0 ad un massimo di 5. Il numero medio di schede di progettazione aperte sul totale delle cartelle è pari a 1,2; se si considerano, invece, tutte le cartelle dei pazienti presi in carico da un infermiere di riferimento (n. 160), il numero medio di schede aperte è pari a 1,4 (Tabella 4).

Tabella 4 - Dettaglio schede di progettazione problemi

	N°	%
Totale schede di progettazione nelle cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	218	100
UNA scheda di progettazione problema/cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	34	21
DUE schede di progettazione problemi/ cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	47	29
TRE schede di progettazione problemi/ cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	23	14
> TRE schede di progettazione problemi/ cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	5	3
NESSUNA scheda di progettazione problemi/ cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	51	32
Media schede di progettazione problemi per totale cartelle infermieristiche	1,2	
Media schede di progettazione per cartelle pazienti presi in carico da infermiere di riferimento	1,4	

Le 6 schede di progettazione problemi più frequentemente aperte nella presa in carico sono rispettivamente: il 73% relative alla DI *Compromissione della Mobilità*, il 34% relative alla DI *Compromessa Comunicazione*, il 24% relative alla DI *Compromissione della Deglutizione*, il 12% relative alla DI *Rischio di caduta*, l'11% relative alla DI *Percezione sensoriale disturbata* e il 10% relative alla DI *Rischio/Compromissione dell'integrità cutanea*. Relativamente a RC/PC: il 10% sono schede relative rispettivamente a *Ipo/Ipertensione* e *Fibrinolisi*, il 9% sono schede relative a *Dolore/Cefalea* ed il 6% sono schede relative a *Emorragia Cerebrale* (Tabella 5).

Tabella 5 - Percentuale e numerosità delle schede di progettazione problemi (DI e RC/PC) aperte nella presa in carico

	N°	%
DI Compromissione della mobilità	73	33,5
DI Compromessa comunicazione	34	15,6
DI Compromissione della deglutizione	24	11,0
DI Rischio di caduta	12	5,5
DI Percezione sensoriale disturbata	11	5,0
DI Rischio/Compromissione dell'integrità cutanea	10	4,6
RC/PC Ipo/Ipertensione	10	4,6
RC/PC Fibrinolisi	10	4,6
RC/PC Dolore/Cefalea	9	4,1
RC/PC Emorragia cerebrale	6	2,8
DI Confusione mentale acuta	4	1,8
RC/PC Iperpiressia	4	1,8
RC/PC Iperglicemia	3	1,4
RC/PC Fibrillazione atriale	2	0,9
RC/PC Recidiva di ictus	2	0,9
DI Deficit cura di sé	2	0,9
DI Ansia/Paura	1	0,5
RC/PC Trombosi venosa profonda	1	0,5
Totale	218	100%

Relativamente alla completezza delle schede, in coerenza alla metodologia di progettazione dell'assistenza, nel 76,6% delle schede sono barrati sia CD (segni e sintomi) che FC (cause), nel 6,4% solo le CD, nel 3,2% solo i FC, nel restante 13,8% non sono barrate né le CD, né i FC (Figura 2).

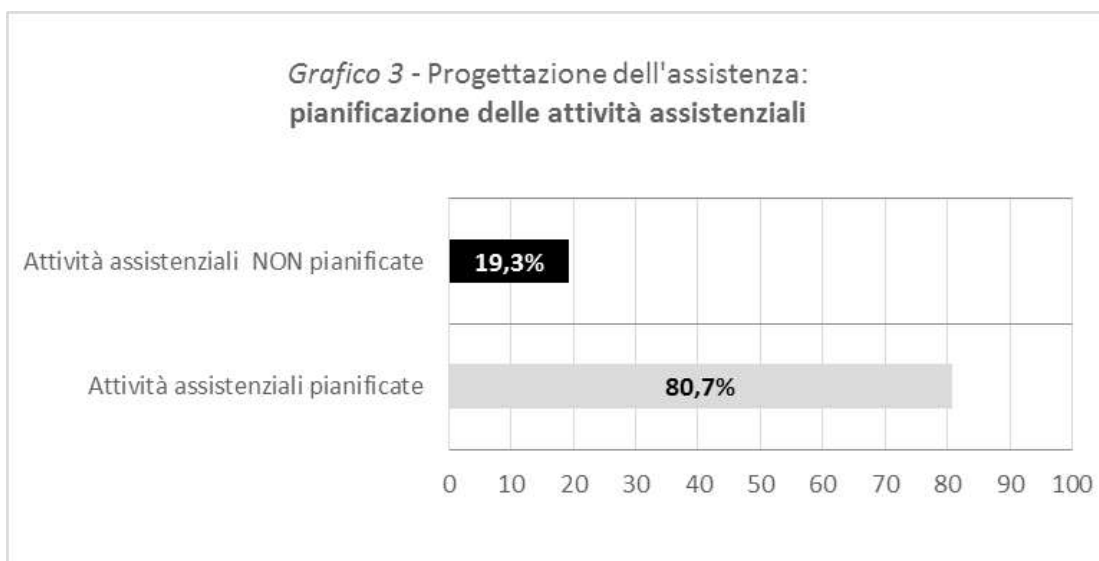
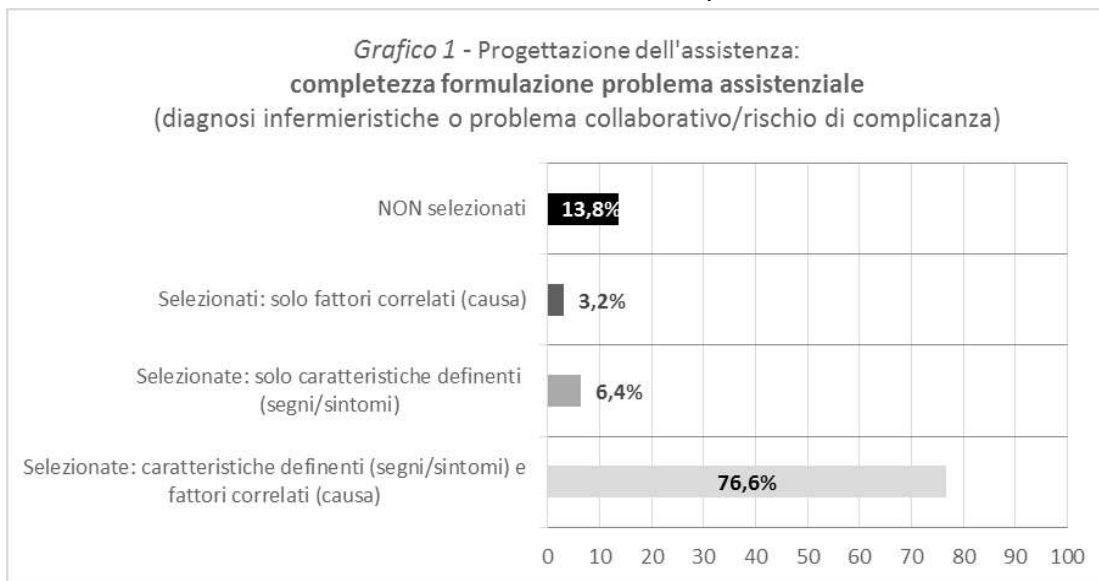
Nella formulazione degli obiettivi assistenziali, gli indicatori di risultato sono stati selezionati nel 56% delle schede, mentre non sono stati selezionati nel restante 44% (Figura 2).

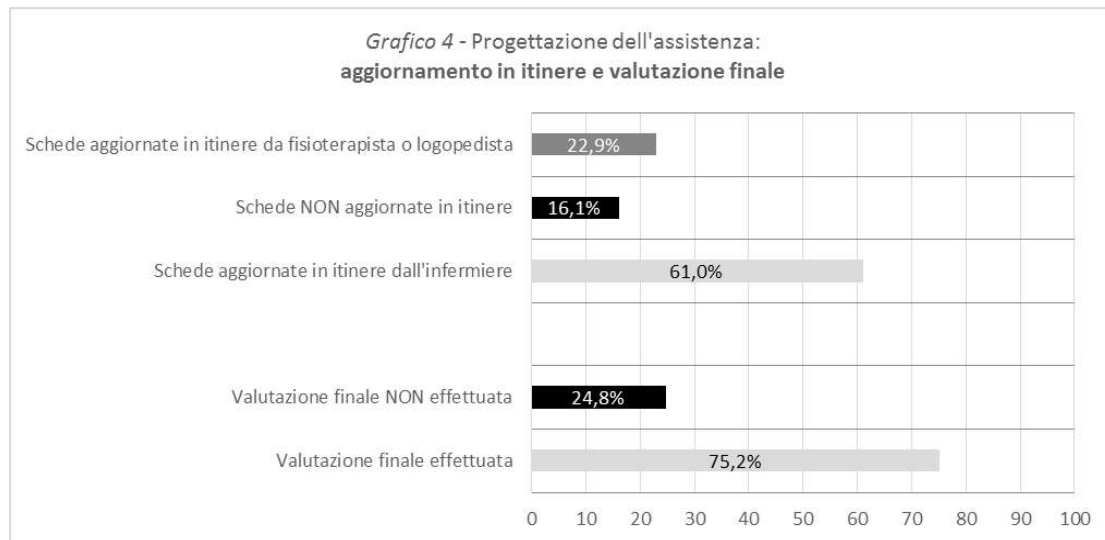
Sono stati pianificati gli interventi assistenziali da attuare nel 80,7% delle schede, mentre non sono stati pianificati nel rimanente 19,3% (Figura 2).

Sono state aggiornate in itinere il 61% delle schede, mentre il 16,1% non sono state aggiornate e il 22,9% sono state aggiornate da altri professionisti, nello specifico fisioterapisti e logopedisti (Figura 2).

La valutazione finale è stata effettuata sul 75,2% delle schede di progettazione, nel rimanente 24,8% non è presente valutazione finale (Figura 2).

Figura 2 - Grafici di sintesi dell'applicazione della progettazione assistenziale con uso di schede pre-strutturate





Discussione

Ad un anno dall'inizio, più dell'80% dei pazienti degenti sono assegnati ad un infermiere di riferimento: secondo quanto sostenuto da Ferrua et al. (2016) ciò fa ritenere il PN pienamente implementato in SU.

Nel corso della formazione d'aula sono state allestite 32 schede di progettazione relative ai problemi assistenziali considerati prevalenti per i pazienti del contesto. Nell'applicazione delle schede, alla presa in carico del paziente, quelle effettivamente utilizzate sono solo la metà. Un tempo più lungo di sperimentazione sarà necessario per verificare se le schede allestite siano davvero rappresentative dei problemi assistenziali prevalenti dei pazienti che afferiscono alla SU, ossia se non siano ridondanti o incomplete. Inoltre l'incremento del tempo di sperimentazione consentirà agli infermieri di meglio familiarizzare con il significato operativo del titolo diagnostico, accrescendo in tal modo la pertinenza delle schede di progettazione utilizzate a partire dai dati raccolti e/o la capacità di utilizzare titoli diagnostici, ad oggi, ancora con una bassa frequenza (es. *Eminegligenza*).

Le schede di progettazione più frequentemente utilizzate evidenziano che, coerentemente al fatto che la SU è un setting che tratta patologie neurologiche acute, i problemi assistenziali prevalenti dei pazienti prevedono sia schede di progettazione relative a DI che schede di progettazione relative a RC/CP. Le schede di progettazione relative a DI fanno riferimento, in parte, a problemi assistenziali riportati anche in altri studi, ma trattandosi di diversi setting assistenziali non è possibile fare confronti (Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002; Muller Staub et al., 2006).

Nel presente studio è stata fatta la scelta di utilizzare *Dolore/Cefalea* e *Iperpiressia* non come titoli diagnostici (Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002; Muller Staub et al., 2006), bensì come problemi collaborativi, in quanto, in relazione alla specificità del contesto, tali sintomi possono essere patognomonici di complicanze della patologia acuta. Allo stesso modo, le peculiarità del contesto rendono le DI *Compromissione della Mobilità*, della *Compromissione della Comunicazione* e *Compromissione della Deglutizione* problemi collaborativi, poiché alla progettazione e risoluzione del problema concorrono, in maniera integrata, ciascuno per il proprio ambito di competenza, infermieri, fisioterapisti e logopedisti. L'implementazione del PN in SU è stata occasione per addivenire alla costruzione, rispetto a tali titoli diagnostici, di schede di progettazione integrate tra infermieri, fisioterapisti e logopedisti.

Le schede di progettazione prevalentemente utilizzate riguardano la dimensione bio-fisiologica della persona e solo una scheda fa riferimento alla dimensione psico-emozionale (*Ansia/Paura*); nessuna scheda alla dimensione valoriale-spirituale e socio-culturale. Relativamente a quest'ultima, la definizione di percorsi standardizzati, a garanzia della continuità assistenziale e pianificazione della dimissione, ancorché sostenuti dalla raccolta di dati, non rendono necessaria l'identificazione di specifici titoli diagnostici. Rispetto la dimensione psico-emozionale, il solo titolo diagnostico identificato ben si addice alla specificità del contesto di SU, pur confermando quanto riportato dalla letteratura circa un prevalente orientamento all'identificazione di problemi che fanno riferimento alla dimensione bio-fisiologica (Paans et al., 2015).

Del totale delle schede di problemi revisionati, il 76,6% contengono la completa formulazione del problema in termini di segni e sintomi e causa del problema. Ciò evidenzia che nonostante l'allestimento di schede di progettazione pre-strutturate, per la compilazione delle quali era richiesta la sola scelta delle opzioni più appropriate per il paziente in carico, in coerenza con i dati dell'assessment, permane ancora una certa difficoltà nel convalidare i dati raccolti sul paziente, attraverso la selezione delle opzioni contenute nella scheda. In realtà la completa formulazione della scheda di progettazione relativa a DI o RC/PC è prerequisito per la pianificazione di appropriati interventi volti al raggiungimento di risultati.

L'identificazione dell'indicatore che permette di misurare il risultato atteso è presente nel 56% delle schede. Ciò sta ad indicare, come riportato da Palese et al. (2006), che gli infermieri, abituati alla registrazione degli interventi effettuati o di prescrizioni mediche, hanno difficoltà a formulare ipotesi circa i tempi di adattamento o di autogestione del paziente, l'evoluzione probabile della patologia e/o del trattamento: definire buoni obiettivi è la prima fase della pianificazione e per farlo occorrono capacità prognostiche o di previsione. Per gli infermieri della SU ciò è reso ancor più complesso dalla casistica dei pazienti trattati, affetti da patologie acute che hanno evoluzioni spesso imprevedibili, per le quali non è ipotizzabile l'esito del trattamento e l'efficacia del piano terapeutico, così come tempi e modi di adattamento della persona agli esiti della patologia.

La selezione, da parte dell'infermiere di riferimento, delle attività assistenziali da attuare, fra quelle pre-definite, è stata effettuata nell'80,7% delle schede. Ciò evidenzia come non tutti gli infermieri abbiano ancora interiorizzato che documentare gli interventi assistenziali effettuati è fondamentale per dimostrarne la loro necessità, che cosa ne ha sostenuto la scelta e la loro efficacia verso il raggiungimento dei risultati. Infatti, poter disporre, ancorché non in tutte le schede, di una selezione di interventi ha consentito un maggior dettaglio nella registrazione degli stessi ed una più specifica correlazione con il problema. Inoltre, nell'ambito del PN, la selezione da parte dell'infermiere di riferimento degli interventi da attuare è ciò che garantisce la continuità del piano di cura ed un'assistenza personalizzata.

Oltre l'80% delle schede di progettazione sono state aggiornate in itinere, prevalentemente dagli infermieri ma anche da altri professionisti, fisioterapisti e logopedisti, relativamente alle schede di progettazione dei problemi alla cui risoluzione concorrono insieme. Disporre di schede pre-strutturate con un orientamento specifico all'obiettivo, nell'ambito delle quali è stato lasciato uno spazio per gli aggiornamenti, ha inteso sensibilizzare gli infermieri, a partire dagli interventi attuati, ad una maggiore attenzione all'accertamento continuo ed alla registrazione in itinere dell'evoluzione del problema aperto.

Schede di progettazione pre strutturate comprensive di obiettivo ed indicatore di risultato atteso, hanno consentito che in oltre il 70% delle schede venisse valutato il risultato ottenuto almeno alla dimissione del paziente e semplicemente nei termini di problema migliorato, invariato peggiorato. Una prima semplice modalità per cominciare a documentare la circolarità del processo assistenziale, dall'identificazione del problema sino all'attuazione degli interventi ed alla valutazione dei risultati raggiunti a conclusione del percorso assistenziale.

Conclusioni

Lo studio ha permesso di iniziare a descrivere, nell'ambito dell'implementazione del PN in SU, quali siano le schede di progettazione problemi prevalentemente utilizzate dagli infermieri nella presa in carico del paziente assegnato. Disporre di schede di progettazione pre-strutturate ha consentito di documentare in modo sistematico e sequenziale la metodologia del processo di assistenza. Ha permesso, inoltre, attraverso la documentazione dei problemi assistenziali prevalenti, degli interventi assistenziali e dei risultati dell'assistenza infermieristica, di rendere evidente il processo decisionale che orienta e supporta l'agire pratico e di identificare l'ambito di autonomia e di collaborazione con medico, fisioterapista e logopedista, dell'infermiere di SU.

Sebbene il tipo di studio non permetta una generalizzazione dei risultati ottenuti, l'implementazione della progettazione dell'assistenza attraverso schede pre-strutturate ha permesso di avviare la valutazione dell'applicabilità della metodologia nella pratica.

Un monitoraggio continuo e costante attraverso audit delle cartelle consentirà di accrescere negli infermieri la capacità di pensiero diagnostico, aumentando l'appropriatezza e la tipologia di schede utilizzate e migliorandone la compilazione, dunque la documentazione del processo di assistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Barrelli P, Pallaoro G, Perli S, Strimmer S, Zattoni ML (2006) Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? *Assist Inferm Ric*, 25(1), 35-41.
- Carpenito-Moyet LJ (2015) *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- D'Addio L, Calamandrei C (1999) I Modelli Funzionali della Salute di Marjory Gordon: un'esperienza applicativa nella formazione infermieristica di base. *Nursing Oggi*, 4, 24-34.
- Ferrau L, Nelson JW, Gatta C, Croso A, Boggio Gilot C, Dal Molin A (2016) The Impact of the Primary Nursing Model on Cultural Improvement: A Mixed-Method Study. *Creative Nursing*, (22) 4, 259-267.
- Lemmi M, Mecugni D, Vezzani E, Amaducci G (2017) Il Primary Nursing un modello applicato, cronaca di un'esperienza di implementazione in due Strutture Complesse ospedaliere. *L'infermiere*, (5), 38-43.
- Jefferies D, Johnson M, Griffiths R (2010) A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int J Nurs Pract*, 16(2), 112-24. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x. Review. PubMed PMID: 20487056.
- Lee TT (2005) Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *J Clin Nurs*, 14(5), 640-7. PubMed PMID:15840079.
- Manthey M (2008) *La pratica del Primary Nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Mattila E, Pitkänen A, Alanen S, Leino K, Luojus K, Rantanen A, Aalto P (2014) The Effects of the Primary Nursing Care Model: A Systematic Review. *J Nurs Care*, 3(6), 1-12.
- Müller-Staub M (2009) Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20(1), 9-15. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x. Review. PubMed PMID: 19207524.
- Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T (2006) Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs*, 56(5), 514-31. Review. PubMed PMID: 17078827.
- Ofi B, Sowunmi O (2012) Nursing documentation: experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *Int J Nurs Pract*, 18(4), 354-62. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02044.x. PubMed PMID: 22845635.

- Paans W, Müller-Staub M (2015) Patients' Care Needs: Documentation Analysis in General Hospitals. *Int J Nurs Knowl*, 26(4), 178-86. doi:10.1111/2047-3095.12063. Epub 2014 Oct 31. PubMed PMID: 25358896.
- Palese A, Cabarcas GR, Dotti R, Riboli O (2006) Documentazione scritta (consegne e piani di assistenza). *Assist Inferm Ric*, 25(2), 109-114. doi 10.1702/143.1592.
- Thoroddsen A, Thorsteinsson HS (2002) Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. *J Adv Nurs*, 37(4), 372-81. PubMed PMID: 11872107.
- White C (2010) A socio-cultural approach to learning in the practice setting. *Nurse Educ Today*, 30(8), 794-7. doi: 10.1016/j.nedt.2010.02.002. PubMed PMID: 20362367.



CONTRIBUTI

Il sentire empatico: prospettive e visioni

di **Maurilio Pallassini**

Responsabile Didattica Professionale CdLM in Scienze Infermieristiche e Ostetriche,
Università degli Studi di Siena

Corrispondenza: pallassini@unisi.it

Simpatia, compassione, empatia. Qualsiasi ragionamento sulle modalità del sentire l'altro necessita di un preliminare inquadramento terminologico. La letteratura infermieristica, da tempo, pare fortemente orientata all'analisi del concetto di compassione e delle sue implicazioni pratiche (Crawford, Brown et al., 2014; Mc Caffrey e Mc Connell, 2015; Blomberg, Griffiths et al., 2016), così come all'esplorazione degli effetti della *compassionate care* su pazienti e operatori (Sacco e Copel, 2018; Coetzee e Laschinger, 2018).

Il termine compassione è concordemente definito come *la consapevolezza della sofferenza altrui unita al desiderio di alleviarla* (Sinclair, Norris et al., 2016). In tal senso è il movimento interiore che dal comprendere genera il desiderio di agire, che distingue la compassione dai sentimenti associati come l'empatia e la simpatia.

Il termine empatia fu introdotto in letteratura dallo psicologo strutturalista Edward Titchener nel tentativo di tradurre il termine tedesco *Einfühlung* (*sentire dentro*), utilizzato dal filosofo Theodor Lipps per spiegare come le persone diventano consapevoli degli altrui stati mentali. La definizione del termine riguarda la capacità di comprendere e condividere i sentimenti e i punti di vista degli altri, nonché l'uso di questa comprensione e delle correlate emozioni, come guida per il comportamento (Jeffrey, 2016a).

La simpatia invece si riferisce a una reazione emotiva di benevolenza verso la sfortuna di un altro, specialmente nei confronti di coloro che sono percepiti come ingiustamente sofferenti (Jeffrey, 2016a). Nel vissuto di simpatia gli aspetti affettivi possono talvolta sovrapporsi a quelli sperimentati nel vissuto di empatia, ma non esiste la preoccupazione di "*sentire dentro*" lo stato emotivo e i sentimenti o di comprendere il punto di vista dell'altro. In tal senso è possibile provare simpatia verso persone sconosciute o anche inesistenti, come i personaggi di un film o di un romanzo. Anche nella compassione non esiste la preoccupazione di "*sentire dentro*" lo stato emotivo, i sentimenti o il punto di vista dell'altro. Si sperimenta compassione, solitamente, quando interagiamo con altri che stanno vivendo situazioni critiche e sfortunate, ma, rispetto alla simpatia, solo laddove le situazioni sono oggettivamente gravi. Come ricorda Jeffrey (2016b) si può provare simpatia per qualcuno che perde un treno, ma certo non compassione.

Per quanto sinora descritto pare possibile distinguere i vissuti di simpatia e compassione da quelli di empatia. Non ci sono dubbi che dal punto di vista applicativo il costrutto di compassione risulta più appropriato, dato che unisce alla semplice consapevolezza interiore la motivazione al "*fare*". Bloom (2017) non ha dubbi: il "*sentire dentro*" empatico è una bella cosa, ma va abbandonato perché è dannoso.

Associato a potenti pregiudizi genera aggressività: focalizzando l'attenzione sul benessere di individui specifici, a cui teniamo, motiva le rappresaglie verso coloro che li hanno fatti soffrire.

O anche, favorisce le espressioni di localismo, razzismo e nazionalismo laddove il “*sentire dentro*” è guidato dall'identificazione in chi più ci è vicino o ci somiglia (pregiudizi ingroup), ovvero quasi sempre. Oppure, in alcuni casi, può favorire i pochi rispetto ai molti: se viene mostrato il nome e l'immagine di un bambino che ha bisogno di una medicina salva-vita, le persone tendono a prodigarsi maggiormente e ad elargire più denaro rispetto ad una semplice comunicazione riguardante dieci generici bambini con lo stesso bisogno (effetto vittima identificabile).

Anche se ben amministrato, il sentire empatico può rilevarsi un motivatore inefficace, in quanto può portare a esaurimento emotivo e burnout. Bloom (2017) consiglia: abbandonate l'empatia e abbracciate la compassione, l'empatia ha un lato oscuro e non serve, può essere sostituita dalla compassione. Le decisioni morali possono essere prese attraverso calcoli utilitaristici dei costi-benefici o facendo appello a principi morali universali. Inoltre, possiamo essere motivati dalla compassione e dalla preoccupazione a prendersi cura del benessere altrui, senza necessariamente “*sentire dentro*” il loro dolore. Detto questo, possiamo abbandonare il costrutto di empatia nella pratica clinica? Non c'è altro di utile da sapere? Che differenza c'è, se c'è, tra il sentire dentro della compassione rispetto a quello dell'empatia? Quali le implicazioni pratiche?

Oltre gli stereotipi e le definizioni strette

Nell'allontanarsi dall'uso di definizioni eccessivamente ristrette, Zaky (2017) ricorda che le teorie più influenti concordano sul fatto che il costrutto di empatia descrive molteplici processi distinti, ma collegati, attraverso i quali le persone rispondono in modo molto diversificato alle emozioni, ai sentimenti ed ai punti di vista degli altri. Questi processi includono:

- una componente affettiva, il *sentire dentro* i sentimenti degli altri
- una componente cognitiva, il ragionamento sulle emozioni degli altri sino alla consapevolezza interiore
- una componente motivazionale, il desiderio di fornire aiuto.

L'uso del costrutto di empatia come termine generico descrittivo di più processi permette l'analisi dell'emozione interpersonale, nello stesso modo in cui il costrutto di memoria riunisce i molteplici processi attraverso i quali il passato influenza le persone. L'empatia così definita può essere controllata. Le persone orientano le loro emozioni verso i fini cognitivi e i valori che già possiedono e cambiano i loro stati emotivi per allinearli a questi. Anche secondo Västfjäll (2017) le emozioni non sono buone o cattive di per sé ma dipendono fortemente da fini e valori personali, nonché dai contesti in cui detti fini e valori si esplicano. È proprio la mancanza di questa consapevolezza sulla controllabilità delle emozioni che spinge all'uso di definizioni ristrette e fuorvianti. L'uso del costrutto di empatia come termine generico permette di non rilevare differenze eclatanti tra empatia e compassione, semplici gradienti di un unico continuum di infinite modalità di percezione degli altri. Detto questo, nei modi di sentire l'altro esiste invece una differenza fondamentale.

Prospettive

Secondo Jeffrey (2016a), nel sentire empatico (quale che sia) possiamo adottare due diverse prospettive.

Nelle prospettive *ego orientate* (orientate al proprio sé) si crede di essersi calati nell'altrui situazione illudendoci che gli altri sentano e pensino come noi, una sorta di identificazione cognitiva. Con la lettura cognitiva non possiamo riuscire a comprendere la reale esperienza dell'altro. Si tratta di una credenza pericolosa che crea una serie di problemi: errori predittivi, false ipotesi e sofferenza esistenziale.

Altro problema di questa prospettiva è che se il sanitario si concentra troppo sulla sofferenza (propria) tenderà ad allontanarsi dall'altro per tentare di alleviarla. Questi operatori sono ad alto rischio di burnout, non distinguono il proprio sentire da quello degli altri.

Al contrario, la prospettiva *etero orientata* (orientata all'altro) permette di evitare le false assunzioni, gli errori di predizione e l'angoscia. L'empatia nella prospettiva etero orientata inizia con la curiosità e l'immaginazione. In questo caso si immagina deliberatamente di essere l'altro e di vivere l'esperienza dell'altro come se fossi l'altro piuttosto che razionalmente pensare cosa (io stesso) sentirei se dovessi (io stesso) vivere l'esperienza dell'altro. L'approccio etero orientato è incredibilmente sofisticato e richiede flessibilità mentale, capacità di regolare le proprie emozioni e capacità di sopprimere la propria personale visione delle cose. In questo modo non c'è identificazione e si mantiene la consapevolezza del confine tra sé e l'altro.

Visioni

Ancora Jeffrey (2016b) propone due visioni del sentire empatico che qui si riassumono. Nella visione ridotta (stretta, ego orientata) l'empatia è considerata una comprensione intellettuale dello stato affettivo dell'altro, una forma di *disinteressata preoccupazione*, può anche essere chiamata empatia cognitiva ed è da considerare come un'espressione delle individuali capacità di mentalizzazione.

Nella visione ampia (etero orientata) l'empatia consiste invece nella condivisione di sentimenti ed emozioni, una vera e propria connessione a livello emotivo. La visione larga dell'empatia richiede l'autoanalisi e la selezione di comportamenti, cognizioni, affettività e atteggiamenti morali che assumeranno differenti configurazioni nelle disparate situazioni cliniche. In questo modo l'empatia può divenire una tipologia di comprensione unica, attraverso la quale sperimentiamo cosa sia *essere l'altro*.

Al centro del modello di Jeffrey si trova la deliberata connessione a livello emotivo (primo passo) che comporta l'assunzione della prospettiva del paziente, il *sentire dentro* l'angoscia del paziente. Laddove l'operatore riesce a sentire l'altro, ad assumerne la prospettiva soggettiva, diviene in grado di riflettere (secondo passo) su quelle stesse emozioni sapendo che originano dall'altro. Punto cruciale del modello è la cognizione (terzo passo), il processo mentale di acquisizione di conoscenza e comprensione attraverso (o mediante) i pensieri, la prospettiva e il vissuto dell'altro. Se l'operatore ricerca attivamente la comprensione di cosa significhi essere quel paziente e proprio quello, se cerca di vedere il mondo dalla sua prospettiva, la ricerca stessa lo protegge dalla sofferenza derivante dalle prospettive ego-orientate che impediscono di comprendere dove finisce il sé ed inizia l'altro. Non c'è confusione. Al contrario, se i professionisti sanitari tentano di sopprimere i loro sentimenti distaccandosi emotivamente dai pazienti, con la *disinteressata preoccupazione*, non possono riuscire ad evitare di avere inconsci atteggiamenti emotivi nei confronti di quegli stessi pazienti.

Tornando al modello, l'approccio empatico in senso largo dipende dalla curiosità o dall'interesse per le preoccupazioni, i sentimenti e l'angoscia del paziente.

La curiosità richiede sempre una sospensione del giudizio, aprendo la strada all'incertezza. L'incertezza inibisce l'ingenua simpatia iniziale, basata sulle sensazioni derivanti dal primo impatto o dal mero aspetto esteriore. L'incertezza previene anche l'instaurarsi di meccanismi proiettivi da parte dell'operatore.

La relazione empatica così instaurata non può che essere dinamica, basata su azioni concrete che manifestano la preoccupazione e la considerazione per l'altro, trasmettendo sensazioni di importanza che sostengono la dignità personale del paziente e la certezza che non sarà mai abbandonato, ovvero, l'assistenza basata sull'empatia, intesa in senso largo, assume una dimensione etica.

La pratica dell'empatia in senso largo necessita di umiltà: non è mai possibile comprendere completamente i pensieri, le convinzioni, i sentimenti di un'altra persona, si tratta di operare continui aggiustamenti e approssimazioni. Questa relazione richiede una continua operatività, che fornisce informazioni di ritorno sull'accuratezza delle cognizioni. Infine la reciprocità: l'empatia in senso largo è una relazione a due vie, consente anche al paziente di immaginare il punto di vista e sentire il vissuto dell'operatore.

Le forme di empatia in senso largo sono molteplici. Varieranno al mutare dell'equilibrio degli elementi del costrutto nei vari contesti clinici. Un appunto da tenere a mente: lo sviluppo di capacità empatiche, in senso largo, non è qualcosa che succede, è una scelta e richiede preoccupazione e sforzo.

Conclusioni

Simpatia, compassione, empatia in senso stretto e largo. In fondo niente di nuovo. Certo non pare possibile abbandonare il generico costrutto di empatia come principio guida della pratica. Da una prospettiva assistenziale le azioni e le prassi adottate dai sanitari sono parte integrante della loro vita morale, ovvero il sentire empatico è un elemento discriminante della qualità assistenziale. In altre parole: il sentire empatico è uno strumento essenziale per lo sviluppo della comprensione degli altri, comprensione profonda che ci consente di decidere quale sia la migliore linea d'azione per quello specifico e unico assistito. L'analisi di questi concetti non dovrebbe essere finalizzata all'individuazione del metodo migliore e assoluto da adottare in ogni relazione, ma fornire indicazioni sull'appropriato approccio per ogni singolo caso, per ogni diversa situazione clinica.

Esistono contesti clinici dove sono richiesti bassi livelli di relazione. Invece, se si opera in contesti dove le interazioni e la contiguità con l'utente sono intense e prolungate nel tempo, dove scompare l'utente e appare la persona che affronta cruciali passaggi di vita, la relazione diviene strumento terapeutico e l'incompetenza relazionale diviene colpa e dolo. L'oncologia, l'hospice, tutta l'area della cronicità e della fine della vita, le residenze sanitarie, le cure domiciliari, l'area psichiatrica e dell'igiene mentale richiedono all'operatore sanitario, oltre alla competente efficienza ed agli efficaci trattamenti, eccellenti capacità terapeutico-relazionali, impossibili da attuare senza la conoscenza dei principi base dell'intimo funzionamento del sentire empatico.

BIBLIOGRAFIA

- Blomberg K, Griffiths P, Wengstrom Y, May C, Bridges J. (2016) Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 137–155.
- Bloom P. (2017) Empathy and Its Discontents. *Trends Cogn Sci*, 21(1), 24-31.

- Coetzee SK, Laschinger HKS. (2018) Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nurs Health Sci*, 20(1), 4-15.
- Crawford P, Brown B, Kvangarsnes M, Gilbert P. (2014) The design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3589–99.
- Jeffrey D. (2016a) Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446–452.
- Jeffrey D. (2016b) Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *Br J Gen Pract*, 66(643), e143-5.
- McCaffrey G, McConnell S. (2015) Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3006–15.
- Sacco TL, Copel LC. (2018) Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing, *Nurs Forum*, 53(1), 76-83.
- Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, Chochinov HM, Hack TF, Hagen NA, McClement S, Bouchal SR. (2016) Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliat Care*, 15,6.
- Västfjäll D, Erlandsson A, Slovic P, Tinghög G. (2017) Commentary: Empathy and its discontents. *Front Psychol*, 18(8),542.
- Zaki J. (2017) Moving beyond Stereotypes of Empathy. *Trends Cogn Sci*, 21(2),59-60.



ESPERIENZE

Il dolore in pronto soccorso: processi di miglioramento continuo, capitalizzazione e diffusione delle good-practice

di **Marida Andreucci (1)**, **Tiziana Traini (2)**, **Mariella Amadio (3)**

(1) Tutor CdL Infermieristica, Università degli Studi Politecnica delle Marche, Polo di Ascoli Piceno – Ascoli Piceno

(2) Tutor CdL Infermieristica, Università degli Studi Politecnica delle Marche, Polo di Ascoli Piceno – Ascoli Piceno

(3) Infermiere Coordinatore, Area Vasta n. 5, Ascoli Piceno – Ascoli Piceno

Corrispondenza: m.andreucci@pm.univpm.it

Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale associata a danno tessutale, in atto o potenziale, o comunque descritta in termini di danno (*International Association for the Study of Pain*, 1979) che quando insorge acutamente costituisce il principale motivo per cui un soggetto si rivolge al Pronto Soccorso.

Il dolore è il disturbo fisico lamentato con un'incidenza che può arrivare fino a più del 70% delle visite in un Pronto Soccorso (Todd KH, et al., 2007).

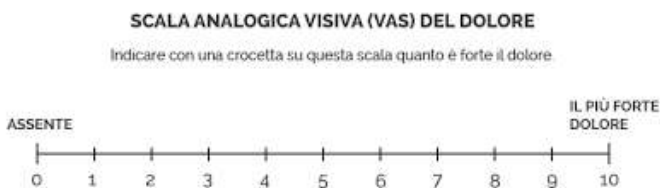
Nel 1992, l'OMS sviluppò delle linee guida per il trattamento del dolore acuto, che includono istruzioni basilari per selezionare un trattamento medico appropriato, in relazione all'intensità del dolore. E' raccomandato l'utilizzo di scale di valutazione del dolore e di un vocabolario capace di descrivere l'effettiva sensazione. Vi sono però gruppi di persone con difficoltà di comunicazione che divengono a rischio di ricevere una scarsa analgesia: si tratta dei neonati e dei bambini; di persone con retroterra culturale sensibilmente differente rispetto a quello dei professionisti sanitari; di soggetti con ritardato sviluppo o con deficit cognitivo o in stato di rilevante stress emozionale o malattie mentali.

I tentativi da parte del paziente di esprimere il dolore in modo inconsueto o non comprensibile, possono essere fraintesi dai professionisti sanitari, determinando una scarsa interazione e una valutazione poco accurata del dolore. Rilevare accuratamente il dolore a fronte delle differenze culturali è un ostacolo difficile, ma decisivo da superare per arrivare ad un adeguato trattamento (Jennings PA, et al., 2009). Il trattamento sintomatico del dolore acuto dovrebbe iniziare nel momento in cui la valutazione diagnostica è ancora in corso. Adottare un valido approccio, integrato e pianificato, per la gestione del dolore acuto permetterà di ottimizzare la soddisfazione sia del paziente che del personale sanitario (Burton- Miner, et al., 2011).

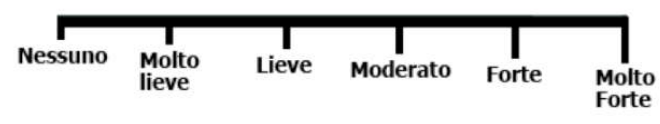
Al giorno d'oggi abbiamo a disposizione un'ampia gamma di scale validate per la valutazione del dolore (Tabella 1).

Tabella 1 - Scale per la misurazione del dolore

SCALA VAS
Strumento unidimensionale che quantifica ciò che il paziente soggettivamente percepisce come dolore



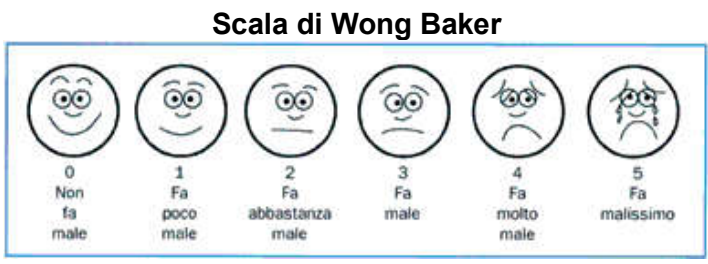
SCALA VDS
Strumento unidimensionale che propone il susseguirsi di aggettivi che quantificano il dolore, dal più lieve al più intenso



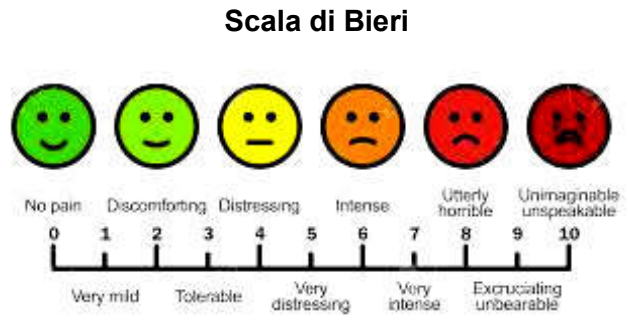
SCALA NRS
E' composta da una scala di numeri che va da 0 a 10. Al paziente viene chiesto di indicare con un numero il grado e l'intensità del suo dolore. E' in generale lo strumento più utilizzato nelle strutture ospedaliere italiane



SCALA WONG BAKER
Viene generalmente utilizzata per i bambini o le persone che hanno difficoltà espressive. Il soggetto deve indicare quale espressione in quel momento rappresenta meglio la sua sensazione dolorosa



SCALA DI BIERI
E' costituita da figure che, in progressione, rappresentano volti con espressioni diverse: da uno neutro ad uno molto corrucciato. Si chiede al bambino di segnalare la foto/figura che meglio corrisponde a ciò che sta provando in quel preciso momento, scegliendo da "nessun dolore/male" a "tanto dolore/male"



SCALA FLACC
Indicata per la fascia pediatrica, nei bambini fino ai 7 anni di età.

Neonato e in età pre-verbale al di sotto dei tre anni

SCALA FLACC

Categoria	Punteggio	0	1	2
Volto	Espressione serena o sorriso	Espressioni occasionali o sopracciglia contratte, espressione distaccata, disinteressata	Da fregerele a contate sgrignolamento della sopracciglia, bocca serrata, insonni frequent	
Corpo	Posizione normale o rilassata	Si agita, è inquieto, teso	Scalcia, o sballotta le gambe	
Attività	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dimanda avanti e indietro, teso	Insercito, rigido o si muove a scatti	
Pianto	Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Gemere o piagnucolo, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequent	
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	E' rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è disteso	Difficile da consolare o confortare	

Ministero della Salute

niente male JUNIOR

SCALA PAINAD

Indicata negli adulti incapaci di comunicare il proprio dolore.

PAINAD

Pain Assessment in Advanced Dementia (Warden, 2003)

TABELLA 1: La scala PAINAD.

INDICATORI	0	1	2
Respirazione	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
Vocalizzazione	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
Espressioni del volto	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione
0-1 Dolore assente	2-4 Dolore lieve	5-7 Dolore moderato	8-10 dolore severo

GCLA in riabilitazione Intensiva

L'ESPERIENZA IN AREA VASTA 5

Il progetto ha coinvolto i Medici e gli Infermieri del Pronto Soccorso dell'Area Vasta 5 della Regione Marche, orientandosi alla presa in carico del paziente che presenta dolore, dalla fase del triage fino alla visita medica di PS. L'obiettivo è stato il miglioramento della rilevazione e gestione del dolore, volto a processi di miglioramento continuo, di capitalizzazione di buone pratiche.

Fase 1

Il team del PS ha deciso di ri-orientare la propria presa in carico del dolore dei pazienti che afferiscono al servizio, definendo un percorso sperimentale mirato per pazienti con dolore lombo sciatalgico e da colica reni-uretrale, allo scopo di ridurre il dolore non necessario, rendere più facile la presa in carico e l'iter clinico dei pazienti che accedono al PS.

Fase 2

Un gruppo di lavoro appositamente costituito, formato da infermieri e medici appartenenti al DEA dell'Area Vasta n. 5 dell'Ospedale Madonna del Soccorso di S. Benedetto del Tronto, ha predisposto un protocollo operativo denominato *Standardizzazione delle procedure e presa in carico del paziente con dolore acuto in Pronto Soccorso*, dedicato ai pazienti con dolore lieve-moderato-severo. Nel 2013 si è conclusa l'elaborazione del protocollo ed è entrato in uso da subito.

Fase 3

Il protocollo prevede che il paziente giunto in PS venga *triagato* dall'infermiere, che provvede quindi ad assegnargli un codice d'ingresso, stabilisce un punteggio attraverso la scala del dolore, raccoglie dati sulla presenza di eventuali allergie, reperisce un accesso venoso e somministra un trattamento iniziale con Paracetamolo 1000 mg EV, trasferendo il paziente in Osservazione Temporanea. Dopo circa 30-45 minuti dalla somministrazione del farmaco, vengono rivalutati i parametri vitali e la sintomatologia e, qualora l'intensità del dolore non sia ancora migliorata, l'infermiere informa il Medico di PS per la rivalutazione. Alla dimissione, al paziente viene programmato un follow-up presso l'ambulatorio della Medicina del dolore, secondo orari e giorni stabiliti.

Fase 4

A distanza di alcuni anni da questa importante conquista, ovvero una presa in carico organizzata, integrata e multidisciplinare del paziente con dolore, il team del PS ha deciso di avanzare un'ulteriore azione di miglioramento. Si è valutata quindi l'introduzione di un nuovo farmaco, oltre al paracetamolo, ad azione più rapida e con possibilità di somministrazione a un numero sempre maggiore di persone: è stata scelta la morfina, individuata come efficace, agevole e a basso costo.

La sperimentazione di questa nuova versione del protocollo è iniziata nel Giugno 2016 e si è protratta fino al Giugno 2017.

Nello studio sono stati inclusi tutti i pazienti che affluivano al PS con il solo sintomo dolore, con età > 14 anni, in buona salute, con dolore lombare acuto o cronico riacutizzato e pazienti con patologie a livello lombare.

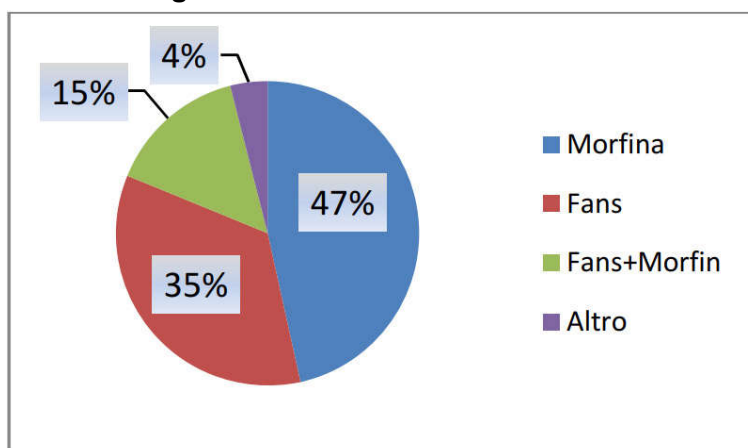
I pazienti con patologia lombare nota sono stati trattati con terapia antalgica in PS e dimessi dopo osservazione temporanea. I pazienti con lombalgia non specifica, inconsapevoli di una qualche patologia a livello radicolare, sono stati sottoposti a degli esami ematici, radiologici o ecografia di 1° livello, eseguita in PS, per essere poi trattati ed inviati al medico di base.

Risultati

Nel percorso di studio sono stati in totale reclutati 414 pazienti. In tutti questi casi l'accesso al PS è stato per dolore lombare. Dal momento del passaggio dal paracetamolo alla morfina, si è evidenziata una differenza significativa in termini di attesa, rispetto al tempo medio registrato negli anni precedenti. Nell'arco temporale di un anno, dall'accesso in PS, alla presa in carico in triage, alla dimissione, il tempo di permanenza dei pazienti in pronto soccorso si è ridotto di circa 50 min/1 h.

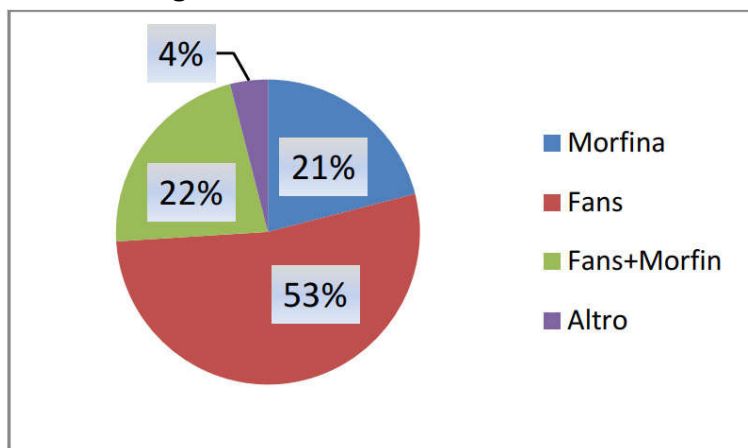
Rispetto al trattamento di questi pazienti, la Figura 1 mostra i farmaci utilizzati nel 2016 per il trattamento del dolore, con l'uso della morfina. Quest'ultima è stata utilizzata come unico farmaco nel 50% dei casi circa e nel 15% dei casi in somministrazione congiunta.

Figura 1 - Farmaci utilizzati nel 2016



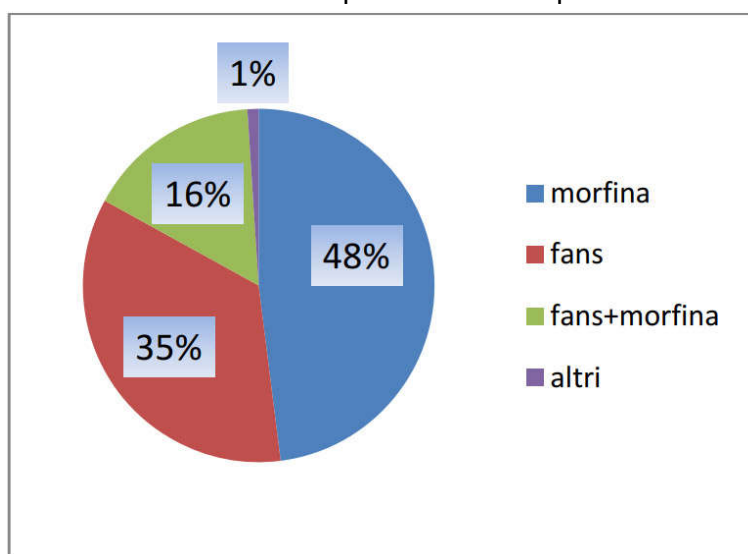
Nel 2017 si è rilevata un'ampia riduzione del consumo di morfina, un aumento di nuovo dei Fans e un aumento del rapporto di consumo morfina/Fans (Figura 2).

Figura 2 - Farmaci utilizzati nel 2017



Successivamente è stato valutato in particolare il tipo di paziente che afferiva al PS, il tempo di permanenza, il farmaco utilizzato per il suo trattamento. In specifico si è voluto valutare se, utilizzando la morfina, il paziente veniva dimesso in un tempo minore rispetto a pazienti che assumevano farmaci differenti. Gli esiti anche qui sono stati significativi: nel 2016 i pazienti che avevano tempi di dimissione dal PS inferiori a 100 minuti erano stati trattati per il 48% con morfina, mentre soltanto il 35% aveva ricevuto i Fans (Figura 3).

Figura 3 - % farmaci utilizzati nel 2016 in pazienti con tempo di dimissione inferiore a 100'



Un quadro simile è stato ottenuto anche per i pazienti con tempi di dimissione inferiori a 220 minuti: infatti è stato registrato che circa il 48% dei pazienti ha utilizzato la morfina e soltanto il 29% ha usufruito dei Fans. Lo scopo dello studio condotto era quello di valutare se l'introduzione della morfina portava a effetti più rapidi per un numero sempre maggiore di persone. Sperimentando l'introduzione di un nuovo farmaco analgesico, come la morfina e/o FANS o morfina + FANS, si sono drasticamente ridotti i tempi di permanenza dei pazienti in PS.

I dati presentati nel lavoro hanno evidenziato un recupero medio che va da 1 ora a 50 minuti nei tempi di dimissione dei pazienti dal PS e un'importante riduzione del consumo di paracetamolo con conseguente aumento del consumo di morfina e FANS. Infine si è riscontrata una significativa riduzione delle risorse economiche impiegate per esami ematici, radiologici e ricoveri impropri.

Conclusioni

Le evidenze scientifiche sul dolore acuto in emergenza mettono in luce una sottostima del dolore. Con l'introduzione di procedure specifiche si può migliorare la presa in carico e la cura di coloro che si rivolgono al PS, come dimostra e conferma la nostra esperienza.

La preoccupazione principale era quella di assemblare un protocollo fruibile, facilmente accettabile dall'utenza che garantisse una rapida risposta alla necessità di trattamento del dolore.

Sono stati ottenuti risultati che probabilmente nessuno si aspettava. Si è evidenziata una marcata riduzione del consumo di Paracetamolo rispetto agli oppiacei, i tempi di attesa sono drasticamente scesi e i costi hanno subito un calo vertiginoso.

Lenire il dolore nel più breve tempo possibile non è soltanto obbligo del personale del PS. Quest'ultimo lavora in sinergia con un gruppo di professionisti che seguono il paziente anche dopo la dimissione.

A tal proposito il protocollo proponeva l'attivazione del servizio di Terapia Antalgica, con l'invio dei pazienti presso gli ambulatori della Medicina del Dolore con rivalutazione programmata post-dimissione.

BIBLIOGRAFIA

- Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al., PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007; 8:460-6.
- Jennings PA, Cameron P, Bernard S. Measuring acute pain in the prehospital setting. *Emerg Med J.* 2009; 26(8):552-5.
- Lord BA, Parsell B. Measurement of pain in the prehospital setting using a visual analogue scale. *Prehosp Disaster Med.* 2003; 18(4):353-8.
- Marco CA, Marco AP, Plewa MC, Buderer N, Bowles J, Lee J. The verbal numeric pain scale: effects of patient education on self-reports of pain. *Acad Emerg Med.* 2006;13(8):853-9.
- Burton John H. e Miner James "Sedazione e terapia del dolore in Emergenza", Verduci Editore, Roma, 2011.

ESPERIENZE

La salute dell'atleta pallanuotista: indagine sulle abitudini alimentari

di **Maria Vittoria Rosanna (1), Virginia Passinetti (2), Elena Colzani (3)**

(1) Infermiera – Busto Arsizio

(2) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Milano – Busto Arsizio

(3) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Milano – Busto Arsizio

Corrispondenza: mariavittoriarosanna@gmail.com

Un adeguato piano nutrizionale è la chiave di volta per il successo in tutte le discipline sportive acquatiche, ed è indispensabile per affrontare l'intensa preparazione atletica (Mountjoy, 2014; Purcell, 2013).

Scorrette abitudini alimentari possono portare lo sportivo ad affrontare gli sforzi con una carenza di energia. Gli studi in merito e l'esperienza clinica dimostrano che il fattore eziologico alla base di un deficit energetico nell'atleta è la presenza di un disequilibrio tra l'energia assunta attraverso l'alimentazione e il dispendio energetico necessario per mantenere l'omeostasi, la salute, per affrontare le attività della vita quotidiana, la crescita e le attività sportive (Mountjoy et al., 2014; Nattiv et al., 2007).

Il termine *Relative Energy Deficiency in Sport* (RED-S) racchiude in sé tutti gli effetti che il deficit di energia può provocare sui sistemi organici e le relative conseguenze a livello di salute e prestazione negli atleti, tra cui stanchezza cronica e aumento del rischio di infezioni, lesioni e malattie (Melin et al., 2014; Pyne et al., 2014). Quando l'apporto calorico giornaliero risulta ridotto e non fornisce all'atleta l'adeguata energia, anche la sintesi proteica può essere alterata, ostacolando la risposta adattiva dell'atleta alla prestazione sportiva (Mountjoy et al., 2014).

La pallanuoto è fra gli sport acquatici maggiormente diffusi in Europa; questa disciplina esiste in tutte le competizioni internazionali della Federazione Internazionale di Nuoto e alle Olimpiadi (FINA, 2015). Non vi sono dati precisi sul numero di atleti italiani che si dedicano alla pallanuoto come attività agonistica. I rapporti del Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI) classificano quelli acquatici, ovvero nuoto, pallanuoto, tuffi, al secondo posto dopo il calcio, con 75 italiani su 100.000 che svolgono tali attività a livello agonistico e che risultano iscritti alla Federazione Italiana Nuoto (Rossi Mori, 2004).

Nonostante la modesta popolarità, questo sport non garantisce, alla maggior parte degli atleti agonisti, un reddito economico in grado di consentire alla persona di praticare questa disciplina quale propria professione. Per questo motivo, contemporaneamente alla pratica sportiva, gli atleti decidono di studiare e/o intraprendere una carriera lavorativa, sottoponendosi così a sforzi fisici intensi, spesso ad orari che non permettono di adottare dei comportamenti alimentari in grado di preservare la salute. La pallanuoto richiede resistenza, forza, potenza, velocità, agilità, tattica, concentrazione, consapevolezza e competenze tecniche specifiche: requisiti fondamentali per far fronte all'intensità che caratterizza questo sport (Cox et al., 2014).

Le linee guida italiane per una corretta alimentazione (INRAN, 2003) affermano che non esiste, né come prodotto naturale né come trasformato, un alimento completo che sia in grado, da solo, di soddisfare le necessità nutritive. Pertanto, il modo più semplice per garantire l'apporto di tutte le sostanze nutritive indispensabili e l'energia necessaria per affrontare gli impegni quotidiani, è quello di variare il più possibile le scelte e di combinare opportunamente i diversi alimenti.

Le indicazioni nutrizionali in merito all'alimentazione di un atleta, in particolare negli sport acquatici, prevedono il consumo di un pasto ricco di carboidrati da 1 a 3 ore prima dell'attività sportiva, con l'aggiunta di proteine in caso di attività fisica prolungata. Durante gli allenamenti, soprattutto se la durata è maggiore di 90 minuti, risulta fondamentale un'adeguata idratazione e l'assunzione di zuccheri; dopo lo sforzo fisico, invece, l'atleta dovrebbe reintegrare carboidrati, proteine e liquidi per ripristinare l'omeostasi (Shaw et al., 2014; Cox et al., 2014; Burke e Mujika, 2014; Mountjoy, 2014; Pyne et al., 2014).

Nella letteratura infermieristica italiana non si riscontrano studi nell'ambito della pallanuoto agonistica, finalizzati a indagare le abitudini alimentari dei giovani atleti e/o la necessità di interventi educativi. E' stata svolta una revisione della letteratura sul tema: la maggior parte dei dati disponibili sono stati ricavati da articoli scientifici dell'*International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism* (Burke, Mujika, 2014; Cox et al., 2014; Melin et al., 2014; Mettler et al., 2014; Pyne et al., 2014; Shaw et al., 2014) e dalle linee guida per una sana alimentazione pubblicate dal Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN, 2003).

La nostra indagine

L'indagine riguardante le abitudini alimentari dell'atleta pallanuotista durante gli allenamenti e le gare sportive e gli eventuali disturbi derivanti da una errata alimentazione è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario redatto ad hoc, tenendo conto delle raccomandazioni presenti in letteratura inerenti l'alimentazione negli sport acquatici. Gli item orientati alla valutazione di disturbi durante l'attività sportiva fanno riferimento al questionario sulla sintomatologia vaga e aspecifica (*Medically Unexplained Symptoms* - MUS), utilizzato in letteratura per indagare la percezione soggettiva degli atleti relativamente al proprio stato di benessere (Lamberti et al., 2008).

Lo studio è stato condotto su un campione di atleti pallanuotisti agonisti, maggiorenni di Società Sportive delle province di Varese e Milano di serie D, C, A2 e Under 20, attraverso un questionario anonimo somministrato in formato cartaceo. Il questionario ha indagato le abitudini alimentari degli atleti prima, durante e dopo l'esercizio fisico, compresi gli orari dei pasti. È stato fornito agli atleti un elenco di alimenti, raggruppati in base al contenuto in principi nutritivi o di preparazione, per facilitarne la scelta. Il questionario ha esplorato anche la partecipazione dell'atleta ad incontri di educazione nutrizionale, eventualmente organizzati dalla propria società sportiva, al fine di verificare il grado di informazione dei singoli atleti e la possibilità di ampliare tali informazioni.

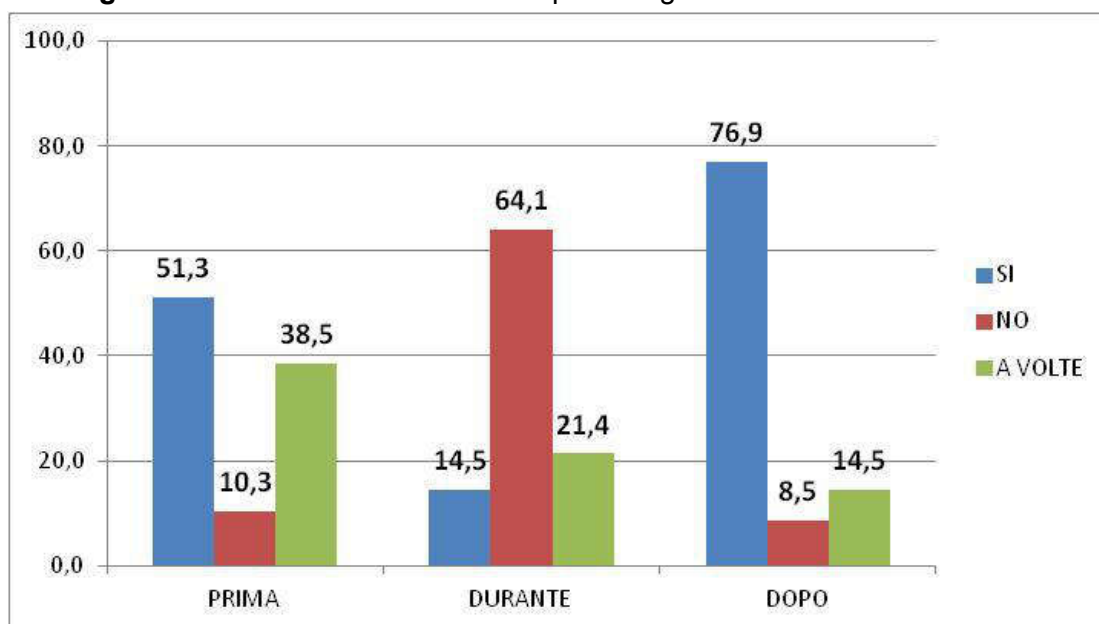
Risultati

Sono stati reclutati 127 atleti, con 117 questionari (92,1%) correttamente compilati e ritenuti validi ai fini dell'elaborazione. Tra i responder la maggioranza sono risultati uomini (70%), la fascia d'età maggiormente rappresentata quella compresa tra i 18 e i 21 anni (48,8%). La maggior parte degli atleti (53%) sono studenti. La media degli anni di carriera pallanuotistica è risultata di 10,8, con un minimo di 2 anni e un massimo di 25 anni.

Mediamente gli atleti hanno dichiarato di essere impegnati nell'attività sportiva per 9,5 mesi/anno, con 3 - 4 allenamenti settimanali (61,5%). L'impegno quotidiano è risultato di almeno due ore al giorno per l'87,2% degli atleti, soprattutto alla sera (88%).

Indagando le modalità con cui gli atleti hanno gestito l'alimentazione prima, durante e dopo un allenamento o una competizione, è emerso che la maggioranza consumava regolarmente alimenti prima (51,3%) e dopo (76,9%) lo sforzo fisico; mentre, un numero minore di sportivi (14,5%) assumeva alimenti durante l'esercizio fisico (Figura 1). La tabella riassume la percentuale degli atleti che consumano alimenti durante l'allenamento o competizione sportiva, secondo le indicazioni nutrizionali per l'alimentazione negli sport acquatici.

Figura 1 - Assunzione di alimenti da parte degli atleti durante l'allenamento



Tra gli atleti che hanno dichiarato di assumere alimenti in modo costante, il consumo di carboidrati e proteine da 1 a 3 ore prima di svolgere attività sportiva è stato dichiarato dal 19% degli sportivi. Dopo l'attività fisica il 40,2% ha dichiarato di reintegrare carboidrati e proteine e durante l'attività fisica, il 7,7% degli atleti ha indicato di assumere liquidi e carboidrati o integratori. Per quanto riguarda l'idratazione in allenamento, il 43,6% degli atleti ha affermato di assumere liquidi prima di iniziare l'esercizio fisico e il 74,4% dopo l'attività fisica, assumendo mediamente 400-600 ml di acqua (Tabella 1). Il pasto consigliato da 1 a 3 ore prima dell'attività è composto da: alimenti ricchi di carboidrati con aggiunta di proteine per sforzi fisici prolungati; durante l'attività liquidi e carboidrati; dopo l'attività liquidi, carboidrati e proteine (Shaw et al., 2014; Cox et al., 2014; Burke e Mujika, 2014; Mountjoy, 2014; Pyne et al., 2014).

Tabella 1 - Abitudini alimentari degli atleti

	Atleti che si alimentano n.(%)	Combinazione di alimenti adeguata (%)	Combinazione di alimenti incompleta (%)
PRIMA	60 (51.3)	19	81
DURANTE	17 (14.5)	7.7	78.6
DOPO	90 (76.9)	40.2	59.8

È stata riscontrata la presenza di disturbi di vario genere, più frequenti nel periodo di attività sportiva, nell' 82,9% degli atleti. In particolare sono stati segnalati affaticamento e dolori muscolari (70,1%), aumento dell'appetito inteso come eccessivo (45,3%), lesioni muscolo-scheletriche (24,8%) e nel 14,5% reflusso gastro-esofageo (Tabella 2). E' stata riscontrata una maggiore presenza di questi disturbi tra gli atleti con una inappropriata scelta di alimenti nel periodo pre-allenamento: questi atleti prediligevano cibi preconfezionati complessi ad alimenti contenenti carboidrati e proteine necessari per lo sforzo fisico.

Tabella 2 - Disturbi riscontrati durante tutto l'anno o solo durante l'attività sportiva

DISTURBI DI VARIO GENERE PRESENTI NEGLI ATLETI	PRESENTE TUTTO L'ANNO (%)	PRESENTE SOLO DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA (%)
Difficoltà digestive	15,4	4,3
Aumento eccessivo dell'appetito	21,4	45,3
Riduzione eccessiva dell'appetito	5,1	7,7
Vomito e/o nausea	4,3	6,0
Dolore allo stomaco	7,7	6,8
Reflusso gastro-esofageo	6,0	14,5
Stitichezza o diarrea	16,2	3,4
Dolori addominali	4,3	6,8
Affaticamento e/o dolori muscolari persistenti	4,3	70,1
Lesioni muscolo-scheletriche	0,9	24,8
Dolori ossei	2,6	8,5
Patologie infiammatorie respiratorie	6,0	8,5
Ansia e/o attacchi di panico	4,3	8,5
Alterazioni del ciclo mestruale	25,7	20

Infine il 48.7% degli atleti intervistati ha dichiarato di aver partecipato ad incontri di educazione nutrizionale organizzati dalle società sportive o da altri enti non ben specificati.

Discussione

Nonostante la maggior parte degli atleti abbia dichiarato di alimentarsi prima dell'attività sportiva, non tutti scelgono alimenti in grado di fornire carboidrati e proteine utili per affrontare lo sforzo fisico con riserve di glicogeno muscolare a livelli normali o addirittura più elevati. Affrontare un allenamento con un deficit delle riserve di glicogeno facilita l'insorgenza della fatica e aumenta il rischio di lesioni e malattie (Shaw et al., 2014; Cox et al., 2014). Prima di un'attività fisica prolungata dovrebbero essere assunte proteine, poiché agiscono come fonte energetica secondaria. Le fibre e i pasti ad alto contenuto di grassi, invece, dovrebbero essere limitati in quanto possono ritardare lo svuotamento gastrico e quindi influenzare negativamente le prestazioni.

L'idratazione prima dell'attività fisica è fondamentale ai fini della performance; un pallanuotista dovrebbe introdurre una quantità di liquidi pari a 400-600 ml prima dell'allenamento (Purcell, 2013), ma per la maggior parte degli atleti intervistati consumare liquidi non è un'abitudine.

Sembra esserci una maggior attenzione nella scelta degli alimenti da consumare dopo l'esercizio fisico. Il consumo adeguato di carboidrati, proteine e liquidi favorisce un rapido recupero. Ogni sessione di allenamento meriterebbe un proprio recupero e il piano nutrizionale può differire a seconda della costituzione corporea dell'atleta, dell'allenamento che si è svolto o della competizione che si andrà ad affrontare (Burke e Mujika, 2014).

Molti sportivi non partecipano ad incontri di educazione nutrizionale (51,3%) e sono poche le società sportive che sembrano promuovere tale iniziativa. Una scarsa informazione ed educazione alimentare in concomitanza con più impegni quotidiani, di lavoro e studio, potrebbero spiegare la difficoltà, da parte di molti pallanuotisti, di scegliere il cibo giusto e il momento più opportuno di consumare gli alimenti.

Non sono dunque sufficienti dedizione e costanza soprattutto se è necessario coniugare studio, lavoro con un'attività sportiva a livello agonistico. Questa tipologia di atleti, che rappresenta la maggior parte degli sportivi che popolano le società di pallanuoto, necessiterebbe della costante presenza di professionisti che possano essere figure di riferimento in grado di educare a stili nutrizionali più salutari.

Conclusioni

Dalla letteratura risulta che in molti Paesi come Inghilterra, Canada, Stati Uniti e Spagna l'infermiere è stato introdotto già da tempo nella medicina dello sport (Fernandez, 2008; Knight et al., 2006; Barnes, 1977; Quedenfeld, 1993). Il Nursing nello sport non è ancora una realtà italiana, ma, considerando che lo sport ha come obiettivo principale l'espressione e il miglioramento della condizione fisica e psichica della persona (Carta Europea dello Sport, 1992) e tenendo conto che la professione infermieristica è finalizzata a preservare, promuovere ed ottimizzare lo stato di salute della persona, non c'è ragione per far restare queste due realtà disgiunte.

L'infermiere potrebbe ricoprire un ruolo fondamentale all'interno delle società sportive, identificando i bisogni dell'atleta e rispondendo ad essi con interventi infermieristici educativi specifici, orientando in casi mirati alla consulenza di professionisti specifici.

BIBLIOGRAFIA

- Barnes C. (1977) The nurse and sports medicine. Canadian Medical Association Journal. 117(6): 646. Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1879834/> (u.c. 20/02/2016).
- Burke L.M., Mujika I. (2014) Nutrition for Recovery in Aquatic Sports. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism. 24(4): 425-436. Disponibile da: <http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem.2014-0022> (u.c. 2/10/2015).
- Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa (1992), Carta Europea dello Sport, disponibile da http://www.coni.it/images/documenti/Carta_europea_dello_Sport.pdf (u.c. 27/07/2018).
- Cox G.R., Mujika I., van den Hoogenband C.R. (2014) Nutritional Recommendations for Water Polo. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism. 24(4): 382-391. Disponibile da: <http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem.2013-0054> (u.c. 2/10/2015).
- Federation International de Natation. Fina & aquatics, a bit of history. disponibile a: <http://www.fina.org/content/fina-aquatics-bit-history> (u.c. 27/07/2018).
- Fernandez G.J. (2008) Nursing care during sporting competitions. Revista de enfermeria. 31(12):8-12. Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19209668> (u.c. 20/02/2016).
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana, disponibile da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_652_allegato.pdf (u.c. 27/07/2018).
- Knight C.S., Badros K.K., Madden C.A., Drewer N., Makuchal P. (2006) Sports Medicine and School Nurses: a growing need for further education and appropriate resources. The Journal of School Health. 76(1):8-11. Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16457679> (u.c. 20/02/2016).
- Lamberti V., Sanson A., Boschiero D. (2008) Nutrizione clinica in medicina dello sport: correlazione tra protocollo nutrizionale ed aumento di performance e benessere dell'atleta. Medicina dello Sport. 61(2): 261-6. Disponibile da: <http://www.fmsi.it/dmdocuments/medicinadellosport/giugno08.pdf> (u.c. 4/01/2016).
- Melin A., Torstveit M.K., Burke L., Marks S., Sundgot-Borgen J. (2014) Disordered Eating and Eating Disorders in Aquatic Sports. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism. 24(4): 450-459. Disponibile da: <http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem.2014-0029> (u.c. 2/10/2015).
- Mettler S., Mannhart C., Colombani P.C. (2009) Development and validation of a food pyramid for Swiss athletes. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism. 19(5): 504-18. Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19910652> (u.c. 2/10/2015).

- Mountjoy M. (2014) Eating for Gold! Nutrition for the Aquatic Sports. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 24(4): 347-348. Disponibile da: <http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem.2014-0184> (u.c. 2/10/2015).
- Mountjoy M., Sundgot-Borgen J., Burke L., Carter S., Constantini N., Lebrun C., Meyer N., Sherman R., Steffen K., Budgett R., Ljungqvist A. (2014) The IOC consensus statement: beyond the Female Athlete Triad-Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). *British Journal of Sports Medicine*. 48(7): 491-497. Disponibile da: <http://bjsm.bmj.com/content/48/7/491.full> (u.c. 4/01/2016).
- Nattiv A., Loucks A.B., Manore M.M., Charlotte F. Sanborn C.F., Sundgot-Borgen J., Warren M.P. (2007) The Female Athlete Triad. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*. 1867-1876. Disponibile da: <http://www.usfsa.org/content/FemaleAthleteTriad.pdf> (u.c. 4/01/2016).
- Pyne D.B., Verhagen E.A., Mountjoy M. (2014) Nutrition, Illness, and Injury in Aquatic Sports. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 24(4): 460-469. Disponibile da: <http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem.2014-0008> (u.c. 2/10/2015).
- Purcell L.K., Canadian Paediatric Society (2013) Sport nutrition for young athletes. *Paediatric Child Health*. 18(4): 200–202. Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805623/> (u.c. 4/10/2015).
- Quedenfeld T. (1993) Sports-related injuries in youths: prevention is the key and nurses can help!. *Pediatric Nursing*. 19(4):333-42. Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8414720> (u.c. 20/02/2016).
- Rossi Mori B. (2014), I praticanti sportivi in Italia. Coni - Osservatori Statistici per lo Sport. Disponibile da: http://www.coni.it/images/documenti/pratsport_1.pdf (u.c. 22/02/2016).
- Shaw G., Boyd K.T., Burke L.M., Koivisto A. (2014) Nutrition for Swimming. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 24(4): 360-372. Disponibile da: <http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem.2013-0054> (u.c. 2/10/2015).

ESPERIENZE

Gli infermieri in missioni umanitarie internazionali: le ripercussioni sul rientro a casa

di *Adriana Bodea (1), Marco Bellagamba (2), Loris Salina (3), Lorenza Garrino (4)*

(1) *Infermiera, Libera professionista - Torino*

(2) *Psicologo clinico, ASL Città di Torino - Torino*

(3) *Infermiera, ASL Città di Torino - Torino*

(4) *Professore Aggregato in Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche, Università degli Studi di Torino - Torino*

Corrispondenza: lorenza.garrino@unito.it

Gli infermieri che effettuano missioni umanitarie con Organizzazioni non Governative (ONG) sono spesso inviati in Paesi colpiti da diversi tipi di emergenze o crisi conseguenti a disastri naturali e guerre, in campi profughi dove le persone colpite vivono gli effetti della fame, delle malattie e della povertà estrema.

Gli operatori umanitari in missione si trovano così ad affrontare sfide fisiche ed emotive ed accumulano un intenso stato di stress interiore. In questi contesti ed in queste condizioni è richiesta all'infermiere una completa e autonoma gestione dell'assistenza alla persona, spesso in condizioni critiche.

Svolgere missioni in zone ad alto rischio di povertà, guerra e fame è molto gratificante a livello personale e professionale. Viteritti (2014) descrive gli operatori sanitari in missione come "angeli senza frontiere", in quanto lavorano in ambienti dove il rischio della vita è costante, dove i mezzi sono precari e la lotta è continua. Dedicano la loro vita a una missione che non ha confini territoriali per amore verso il prossimo e per la passione verso la propria professione. Sono in azione giorno e notte per salvare vite umane. Operare in ambienti colpiti da epidemie, da guerre, da catastrofi, rappresenta una scelta di vita davvero radicale, perché prima di tutto viene il prossimo e poi sé stessi.

Le organizzazioni che operano sul posto effettuano formazione agli infermieri sulle abitudini e sulle culture locali per favorire un'assistenza alla persona rispettosa delle tradizioni etniche. L'obiettivo è lo sviluppo della competenza culturale (Settino, 2013) che si fonda su elementi di decodifica dei simboli, delle pratiche e delle norme legate ad una specifica società, che consentono di fornire cure culturalmente appropriate e competenti (Bressan, Stevanin, 2014). Per una minoranza di operatori sanitari il lavoro in missione può rappresentare una occupazione lavorativa, sostenuta quindi non unicamente da ideali filantropici ed umanitari.

La partecipazione a missioni umanitarie determina nei soggetti cambiamenti profondi dal punto di vista professionale ed umano. Alcuni autori (Selby et al., 2009a, 2009b, 2009c), analizzano il cambiamento di personalità degli operatori umanitari al rientro a casa dalle missioni. I risultati evidenziano che i partecipanti hanno sperimentato perdite multiple simultanee, con manifestazioni quali depressione e ansia.

Dalle loro ricerche emerge come alcuni operatori presentino capacità di resilienza con comportamenti caratterizzati da flessibilità, dalla capacità di ridimensionare la gravità di alcuni fatti, da autodeterminazione e da una buona salute mentale. Per contro altri operatori manifestano differenti condizioni di fragilità: crisi di identità a livello personale, relazionale e di adattamento sono risultate frequenti in operatori con particolari condizioni di fragilità.

Da questi dati della letteratura ha preso avvio la presente indagine, al fine di esplorare le esperienze degli infermieri italiani in missioni umanitarie internazionali a contatto con malattie, guerra e povertà.

L'infermiere nelle missioni umanitarie

Nelle missioni umanitarie l'assegnazione degli infermieri a uno o più reparti in relazione all'intensità delle cure è valutata in base alle specifiche competenze e alle esperienze professionali già acquisite. Il carico di lavoro e la turnazione degli infermieri internazionali sono variabili in funzione delle esigenze e dell'assetto organizzativo dell'ospedale; è previsto un giorno di riposo settimanale. L'assistenza va comunque garantita tutti i giorni della settimana, 24 ore su 24 per le emergenze/urgenze in Pronto Soccorso, in terapia intensiva o altri servizi. Al di là della programmazione dei turni, l'infermiere, per contratto con l'ONG, è disponibile 24 ore su 24.

L'infermiere in missione si occupa dell'organizzazione del lavoro dello staff locale, per la sua area di competenza, in accordo con il Coordinatore Medico del progetto. Inoltre supervisiona, istruisce e affianca i colleghi dello staff nazionale, nella cura e nell'assistenza ai pazienti adulti e pediatrici degenti in un servizio o in Pronto Soccorso; collabora con i colleghi e con il personale medico e tecnico, sia internazionale sia locale, per la più corretta gestione delle attività assistenziali e terapeutiche.

L'infermiere quindi ha sempre come figura di riferimento il Coordinatore Medico del progetto, che ha la responsabilità organizzativa e gestionale. I principali interventi e responsabilità dell'infermiere in missione sono:

- gestione del triage infermieristico di Pronto soccorso, in collaborazione con il personale locale
- assistenza ai pazienti critici su indicazioni del team leader responsabile del protocollo in caso di maxi emergenza (*Mass Casualty Plan*)
- assistenza al paziente chirurgico, anche politraumatizzato, in fase pre e post-operatoria
- assistenza in Terapia Intensiva o sub-intensiva ai pazienti in condizioni critiche
- applicazione e supervisione dei protocolli infermieristici, inclusi quelli di igiene o sterilità
- compilazione della documentazione clinica dei pazienti ricoverati per quanto di pertinenza infermieristica
- ricerca clinica e raccolta della casistica in accordo con i programmi scientifici del settore specialistico della *Medical Division*.

Ad un infermiere possono essere affidate altre prestazioni specifiche identificate con il Coordinatore Medico, sulla base delle esigenze del Centro: per esempio il controllo sul rispetto dei protocolli d'igiene nei locali di servizio dell'ospedale, oppure la gestione della farmacia e degli ordini di consumabili, approvvigionamento di materiale sanitario.

Le attività cliniche e di assistenza al paziente si svolgono sempre in affiancamento e collaborazione con il personale locale, che beneficia così di un programma di formazione sul campo. Sono inoltre previste attività didattiche più specifiche, gestite dagli specialisti internazionali, variabili in accordo con le esigenze di ogni singolo ospedale.

Si segnala un frequente ricambio dello staff nazionale: ne consegue un particolare rilievo da dare nel corso della missione al training di questo personale. Ne consegue che è molto importante garantire la continuità del personale internazionale, in modo da consolidare la formazione e l'addestramento.

Definito questo quadro sulla base della letteratura disponibile, abbiamo individuato l'opportunità di indagare le esperienze vissute e le ripercussioni al rientro a casa di infermieri che hanno effettuato missioni a livello internazionale, in Paesi che necessitano di aiuto umanitario.

Il rientro a casa dalle missioni umanitarie

Sono stati individuati alcuni infermieri che hanno partecipato a missioni umanitarie che hanno comportato contatto con malattie, guerra e povertà. Sono stati selezionati coloro che avevano almeno 3 anni di esperienza lavorativa e che avevano effettuato una o più missioni dal 2012 al 2016. La partecipazione è stata volontaria e gli infermieri sono stati contattati ed informati sia attraverso la posta elettronica, sia personalmente, circa le modalità di conduzione dell'indagine studio e sul rispetto della privacy.

È stata effettuata una intervista di tipo narrativo per facilitare il racconto degli infermieri, in modo che si sentissero liberi di esprimere le proprie esperienze. L'approccio narrativo, attraverso la ricostruzione delle vicende dei partecipanti e dell'intero contesto, obbliga a ricomporre, a integrare in modo critico le esperienze vissute (Garrino 2010, 2012). Come osservano vari autori, tra cui Bruner, il pensiero narrativo si occupa delle intenzioni e delle azioni umane, delle vicissitudini e delle conseguenze che segnano il suo trascorso, consentendo una comprensione più diretta ed immediata dell'esperienza quotidiana degli individui.

È stato inviato, attraverso la posta elettronica, il modulo per la narrazione, strutturato allo stesso modo per tutti. I partecipanti hanno potuto in tal modo prendersi tutto il tempo necessario per raccontare che emozioni hanno suscitato in loro le esperienze a contatto con la guerra, la fame e la povertà.

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato un approccio fenomenologico, con lo scopo di esplorare le esperienze di coloro che le hanno vissute intensamente (Streubert, Speciale, Carpenter, 2005).

I dati sono stati analizzati seguendo il metodo Giorgi per l'analisi dei dati qualitativi (De Castro, 2003; Giorgi, 2005).

Le narrazioni sono state lette più volte, da due ricercatori indipendenti e da un esperto di ricerca qualitativa, esercitando il bracketing durante tutte le fasi, fino al raggiungimento del senso del tutto a proposito del fenomeno studiato. Le categorie identificate derivano direttamente dalle descrizioni dei partecipanti. I temi emersi sono stati posti in relazione gli uni con gli altri e con il senso del tutto. Per ciascuna area sono state riportate nei risultati una selezione delle frasi più significative per consentire al lettore una maggiore immersione nei dati.

L'anonimato è stato garantito durante l'elaborazione e la presentazione dei dati: a tale fine i partecipanti allo studio sono stati codificati con un numero ed è stato specificato il loro grado di parentela rispetto alla persona assistita e il momento in cui è stata raccolta la testimonianza offerta, se alla dimissione o dopo il rientro a domicilio, in modo da offrire al lettore una maggiore comprensione delle dinamiche relazionali riportate.

Risultati

Tra gli infermieri contattati, 6 hanno raccontato la propria esperienza di missione, di cui 2 donne e 4 uomini. Due sono infermieri formatori che svolgono anche funzione di docenza presso un CdL in Infermieristica, uno è un infermiere Sottufficiale dell'Esercito, gli altri sono un coordinatore e due infermieri che operano in contesti clinici. L'ultima missione per ognuno di loro si colloca tra il 2012 e il 2017.

Dall'analisi dei dati sono emersi quattro temi e undici categorie essenziali. I principali temi sono: la sensibilità agli sprechi, il cambiamento di valori, il bisogno di tornare in missione, una forte crisi emotiva (Tabella 1).

Tabella 1 - Temi e categorie emersi nell'analisi

Temi		Categorie essenziali
1	Sensibilità agli sprechi	Senso di disadattamento e non appartenenza
		Riordinare le priorità dei bisogni quotidiani
		Senso di impotenza e di non poter dare abbastanza
2	Cambiamento di valori	Desiderio di eguaglianza dei diritti umani
		Apprezzamento dei valori civili
		Crescita dei valori professionali
3	Bisogno di tornare in missione	Senso di realizzazione ed arricchimento
		Isolamento come impossibilità di essere capiti
4	Forte crisi emotiva	Cambiamento a livello intrapsichico
		Riservatezza relazionale a livello familiare e sociale
		Cambiamenti a livello professionale

Sensibilità agli sprechi

Dopo il rientro a casa, emerge dai racconti una reazione comune di fronte alla discrepanza esistente tra il benessere dei Paesi occidentali in cui viviamo e la ristrettezza delle risorse dei contesti in cui si è operato in missione.

Senso di disadattamento e non appartenenza. Gli infermieri intervistati raccontano di aver provato un forte senso di disadattamento al rientro a casa. Questo a causa della differenza economica che esiste fra i Paesi in cui c'è tanta povertà, guerra, fame e i Paesi che vivono in uno stato di benessere economico. Questa emozione è subentrata in un partecipante dopo una esperienza di sei mesi in un Paese in cui si è visto solo guerra, povertà assoluta, fame e malattia.

Narrazione 4: "Il disadattamento, un forte senso di non appartenere a tutto ciò di cui facevo parte prima della missione. Sono poche le persone con cui, appena rientrato, ho instaurato un rapporto di empatia visto che non avevano idea di quello che provavo e di quello che avevo visto per questi sei mesi, in alcuni momenti mi sentivo solo".

Gli infermieri che hanno effettuato missioni umanitarie sono diventati più ottimisti di fronte ai problemi relativi della vita di tutti i giorni e più sensibili davanti al bisogno di aiuto. Apprezzano di più le cose materiali che possedevano prima da andare in missione e dedicano più tempo all'ascolto delle persone.

Alcuni infermieri si sono dichiarati consapevoli della loro reazione attesa e verificatasi: tornando a vivere nella propria realtà, la sensibilità agli sprechi e il forte desiderio di aiutare il prossimo sono diminuiti gradualmente.

Narrazione 5: "Non nascondo però che ben presto il vortice della routine, spesso, ti risucchia, facendoti commettere gli stessi errori di prima della partenza".

Riordinare le priorità nei bisogni quotidiani. Dopo l'esperienza vissuta in missione, a contatto con persone in grave stato di indigenza che lottano quotidianamente per la propria sopravvivenza, gli infermieri intervistati affermano di aver imparato a dare più importanza ai sentimenti propri e quelli altrui. Amano sé stessi e gli altri nel modo più autentico. Apprezzano di più il contatto con le persone a loro care e riescono a dedicare la giusta attenzione al dialogo con loro. Sentono un forte desiderio di riordinare le priorità della vita.

Narrazione 1: "Dopo aver vissuto la malattia e la scomparsa di mio padre, pensavo di aver correttamente ridistribuito le priorità nella mia vita. Ho imparato a non essere schiava del futile e del superfluo, schiavitù che guardata con gli occhi di oggi mi mette solo tristezza. Il Salam mi ha insegnato ad amarmi così, semplicemente, e ad amare in modo più autentico chi mi circonda.

Il Salam e le persone che vi ho conosciuto mi hanno regalato tutto ciò e molto altro ancora in una spettacolare quanto difficile lezione magistrale. Sono rientrata a casa ricca, ricchissima".

Narrazione 4: "Al ritorno dall'Afghanistan, nel 2007, ho appurato che ero cambiato nei modi di fare e di essere, vedevo il mondo da una prospettiva diversa, ai miei occhi tutto ciò che vedevo attorno a me era superfluo. Le stesse emozioni che ho provato anche dopo la missione in Sudan nel 2012. Ero una persona diversa, con più attenzione ai dispendi materiali e alla relazione con le persone".

Senso di impotenza e di non poter dare abbastanza. I partecipanti manifestano una sofferenza per non poter aiutare di più, per non riuscire ad assicurare supporto necessario al miglioramento della sopravvivenza delle popolazioni in stato di bisogno. Anche il contatto con gli affetti personali al rientro non concorre a stemperare questo intenso vissuto.

Narrazione 2: "Rabbia, dolore, frustrazione e senso di impotenza: sono questi i sentimenti che provo al rientro di ogni missione e il piacere di riabbracciare gli affetti non è sufficiente a sanare queste emozioni".

Dopo un periodo intenso di missione gli infermieri avvertono un senso di vuoto e stanchezza fisica: nonostante gli sforzi e l'impegno profuso, avrebbero voluto aiutare di più le persone bisognose di cure.

Narrazione 6: "Dopo un anno di Sud Sudan mi sono sentita svuotata, (ho donato 7 volte il sangue in un anno di permanenza), stanca dimagrita, non stressata, stanca. Aver cercato di dar tutto e quel tutto non era mai abbastanza".

Cambiamento di valori

I partecipanti al rientro a casa apprezzano maggiormente i rapporti umani con le persone, con una maggiore attenzione alla sfera emotiva e relazionale. Vivono come importante il miglioramento delle condizioni di vita in un più ampio contesto umanitario.

Desiderio di eguaglianza dei diritti umani. Gli intervistati esprimono il desiderio di rendere possibile un miglioramento della qualità di vita delle persone che vivono nei Paesi dove esiste la fame, la guerra, le malattie e la povertà assoluta.

Narrazione 1: “Da anni desidero lo stesso “mondo che vorrei” di cui parlava Gino qualche settimana fa, profondamente convinta che poiché la terra è tonda, poiché poggiamo tutti i piedi sulla stessa terra, tutti abbiamo gli stessi diritti, ovvi, banali, diritti di uomini. Pensavo di aver acquisito la giusta dose di sensibilità al mondo che mi circondava (persone, emozioni, eventi...). Ho sempre pensato di essere fortunata, sì, ma principale artefice della mia fortuna. Presuntuosa”.

Apprezzamento dei valori civili. In alcuni infermieri la partecipazione a missioni umanitarie ha risvegliato l'apprezzamento di qualsiasi forma di vita, qualsiasi gesto di cortesia e di essere contenti delle piccole sorprese che offre la vita.

Narrazione 1: “Provo vergogna per la presunzione di qualche mese fa e spesso mi ripeto quanto fossi sciocca a non guardare ed apprezzare il mondo da questa nuova prospettiva, sciocca a non godere appieno di tutto quello che avevo davanti al naso”.

Al rientro a casa gli infermieri tendono a frequentare persone che hanno fatto la stessa esperienza di missione, che possono capire a fondo quali sono le emozioni provate in questi casi. Riscoprono una maggiore attenzione alle cose semplici della vita di tutti i giorni e sono maggiormente portati a comprendere le problematiche di chiunque incontrino. Chi ha fatto questo tipo di esperienza racconta che è diventato più generoso verso il prossimo, addirittura qualcuno racconta che si è sentito nudo, come se gli avessero tolto anche la pelle.

Un partecipante, dopo una missione a Salam, località del Sudan, esprime le sue emozioni.

Narrazione 1: “La mia sensibilità al mondo esterno non è più la stessa. Il Salam mi ha messa a nudo, di più, carne viva. Oggi ogni emozione la avverto dilatata al punto tale che talvolta risulta dolorosa.

Con il Salam ho imparato ad emozionarmi nel sentire il vento sul mio volto, nel vedere il rosso dei gerani nel terrazzo di mia madre, a partecipare con tutta me stessa all'incontro con persone a cui voglio bene, ad ascoltare la risposta al “come stai?”, a dare il giusto peso ad ogni grazie o prego ricevuti”.

Crescita dei valori professionali. Per gli infermieri che hanno conosciuto un *altro mondo*, la vita lavorativa al ritorno nel proprio contesto professionale è migliorata dal punto di vista dell'accoglienza della persona. Hanno sviluppato una maggiore sensibilità nel trattare la persona con umanità e ospitalità. Dichiarano maggiore interesse per la sfera emotiva e relazionale della persona. In più punti delle narrazioni raccolte viene sottolineato il bisogno di un miglioramento della qualità di vita della persona.

Narrazione 1: “Penso di aver cambiato completamente il mio approccio al paziente, ora incentrato su cosa sia meglio per la persona a prescindere da tutto e tutti.

Non so se ti sei già fatta un'idea tua sul come funzionino le cose qui in Occidente, ma ti garantisco che spesso si strafà per i pazienti, non tanto per il loro benessere effettivo, ma per questioni medico-legali o ancora perché vogliamo a tutti i costi sfruttare al massimo le nostre potenzialità senza renderci conto che alla fin fine stiamo solo arrecando danno al paziente! Parlando apertamente con i pazienti di questo, ho avuto molti consensi, molti di loro mi hanno apprezzato e ringraziato per questo modo di pormi nei loro confronti. alquanto inusuale dalle nostre parti. Questo mi ha fatto molto piacere, mi ha dato e continua a darmi tante soddisfazioni”.

Bisogno di tornare in missione

Nel periodo successivo al rientro a casa, i partecipanti raccontano di avvertire un costante desiderio di ritornare nei luoghi della missione.

Senso di realizzazione ed arricchimento. Gli infermieri, dopo le loro missioni, si considerano persone arricchite da un bagaglio culturale diverso, da emozioni e valori che hanno scoperto e di cui non avevano consapevolezza. Al rientro a casa dopo un'esperienza di lavoro umanitario, là dove le sofferenze traboccano, dove la gente vive in condizioni disumane, dove si è confinati e lontani dai propri cari, a combattere contro la povertà, malattia, guerra e fame, sentono in breve tempo il desiderio ed il richiamo di tornare.

Narrazione 6: “Non torno a casa da parecchio tempo, e l'ultima volta che sono tornata ci sono stata solo due settimane, quindi non ho avuto tempo di pensare al riadattamento, solo la gioia di rivedere le persone importanti per me. Ma dopo due settimane mi manca la vita scalcinata... il mio lavoro... e voglio ritornare tra la polvere, i bambini, le mamme....”.

La popolazione locale ha lasciato loro un ricordo positivo. Nonostante la situazione di povertà in cui si trovano, le persone vivono le loro giornate con serenità, sono piene di forza e lottano per la sopravvivenza, sono dotate di semplicità e non pensano alle cose materiali, per loro sconosciute. Alle cinque del mattino la gente canta per strada e i bambini vanno a scuola allegri e pieni di vita. Questa loro voglia di vivere, nonostante la sorte crudele ed il contesto difficile, trasmette ai volontari positività e voglia di fare di più per la popolazione.

Aver visto persone piene di vita, in missione, evidenzia come la felicità non dipenda dalla ricchezza materiale, ma dalla risorsa interna e dalla dignità. Gli infermieri che hanno partecipato più volte a missioni umanitarie riflettono sul motivo per cui hanno scelto di ripetere la missione.

Narrazione 5 “Vieni accolto da intere popolazioni di villaggi isolati nel nulla, che, pur non conoscendoti, mollano le loro vite per organizzarti una festa con canti e balli tradizionali, facendoti sentire il benvenuto. Altre che danno il tuo nome ad un bambino appena nato solo perché hai assistito al suo parto sotto un cielo stellato in mezzo alla savana, facendoti sentire così la persona più importante del mondo”.

I sorrisi e le carezze ricevute, la gratitudine in cambio dell'assistenza prestata, aiutano gli infermieri a ritrovare una stabilità psicologica. Partiti in missione per riportare il sorriso sul viso delle persone bisognose, gli infermieri vivono come raggiunto il loro obiettivo.

Isolamento per impossibilità di essere capiti. Gli infermieri riferiscono che al ritorno a casa, hanno reagito con l'isolamento: si allontanano dalle persone che non sono a conoscenza della realtà vissuta durante la missione. Tutti gli infermieri hanno condiviso le esperienze vissute in missione con altre persone che conoscono simili realtà, avendole, loro stessi, vissute in altri mandati.

Narrazione 3: "Al mio rientro ho spesso sentito l'esigenza di stare con i miei affetti e dimostrar loro il mio amore. Inoltre ho sentito l'esigenza di incontrare i miei compagni di viaggio e di condividere con i miei colleghi in ospedale questa esperienza, sia scrivendo due articoli sul giornalino dell'ospedale, sia con un incontro in cui spiegavo la mia esperienza e facevo vedere delle foto".

Al rientro a casa, gli infermieri ritrovano le stesse cose e persone che hanno lasciato al momento della loro partenza. Ma dopo aver vissuto queste esperienze e dopo aver incontrato persone meravigliose, dotate di una ricchezza interiore difficile da descrivere, si trovano disadattati e cercano la comprensione degli affetti più vicini a loro per condividere le emozioni con le persone che hanno in comune la stessa esperienza.

Una forte crisi emotiva

Gli infermieri descrivono un insieme di emozioni molto forti, che vengono vissute in maniera diversa da soggetto a soggetto. Si manifestano di più al rientro a casa quando hanno l'impatto con il mondo in cui hanno sempre vissuto.

Il cambiamento a livello intrapsichico. Dopo la missione gli intervistati affermano di vivere con sentimenti ed emozioni molto differenti rispetto al periodo precedente la missione. Alcuni infermieri sono entrati in un conflitto con il proprio modo di vedere le cose e dichiarano di aver acquisito una maggior autoconsapevolezza nella loro vita quotidiana.

Narrazione 1: "Avevo il pianto facile, ero infastidita da tutto ciò che non fosse realmente necessario, dalle parole, ai pensieri, alle cose materiali".

Narrazione 2: "Esiste una patologia che si chiama "stress post missione", molti militari ne soffrono, forse anche solo inconsciamente. Rabbia, dolore, frustrazione e senso di impotenza di fronte a un qualcosa che sembra molto più grande di noi".

Gli infermieri vivono con più intensità, apprezzano le cose semplici come il saluto di una persona o un grazie. Sono consapevoli di aver avuto la fortuna di essere nati in un Paese diverso da quelli in cui c'è guerra, povertà, malattie e fame. Danno meno importanza alle cose che si presentano non così essenziali per la propria esistenza. Accettano la realtà diversamente, sono più sensibili ai sentimenti delle persone. Cercano di essere più autentici possibile, apprezzando le piccole cose. Nel loro racconto gli infermieri dicono di non sapere come hanno superato le crisi emotive, oppure se sono riusciti a superarle.

Narrazione 2 "Sarà impossibile dimenticare gli orrori vissuti; talvolta mi capita di rivivere ad occhi aperti dei momenti, come se fossero dei flash back, che mi riportano a degli istanti che credo rimarranno per sempre nella mia memoria".

Quando raccontano agli amici il loro vissuto nel periodo della missione, hanno dei *flash back* di episodi spiacevoli, di persone colpite da ordigni esplosivi, di incidenti di guerra che coinvolgono più persone insieme, della povertà estrema che hanno toccato con mano.

Riservatezza relazionale a livello familiare e sociale. Gli infermieri, al rientro dalle missioni, cercano di ridurre al minimo gli incontri, manifestano un comportamento schivo. Frequentare gli amici comporta per loro l'obbligo a partecipare a incontri, a feste, e di conseguenza a trovarsi a raccontare l'esperienza vissuta, con il rischio che gli altri non comprendano appieno le emozioni vissute durante la missione. A volte solo il pensiero di andare a mangiare al ristorante con gli amici sembra irrazionale, pensando alla miseria che hanno visto.

Narrazione 1 "Ho dovuto far "violenza" su me stessa per ricominciare ad uscire con gli amici, andare a cena fuori."

Gli infermieri che hanno partecipato ad una missione, vivono il rientro a casa come una sorta di ritiro interiore, poiché hanno bisogno di ritrovare il proprio equilibrio. Passare molto tempo in famiglia è l'unico modo per sentirsi accolti e compresi. Si sentono ascoltati quando sentono il bisogno di parlare, senza l'obbligo di dare spiegazioni sull'entità delle emozioni provate in determinati momenti e senza sentirsi giudicati.

Narrazione 1: "Solo mio marito e mia madre... nemmeno loro però erano in grado di comprendere cosa mi stava accadendo, ma mio marito è stato bravissimo nello starmi accanto senza fare troppe domande"

Cambiamenti a livello professionale. Gli infermieri hanno riferito di aver cambiato la modalità di assistenza e cura, di dedicare più attenzione agli aspetti relazionali, ascoltando di più il volere delle persone assistite. Considerano in modo differente le scelte nei confronti della tecnologia, sia nelle persone che non vogliono eseguire un determinato esame, sia di coloro che non hanno necessità di effettuarlo. Puntano di più sul miglioramento della qualità della vita, sullo sviluppo del benessere dell'essere umano e non sono d'accordo con l'impiego delle prestazioni che allungano la vita, tenendo conto che a volte sono utilizzate in modo improprio. Sono più attenti a fare emergere la dimensione umanistica ed etica nella pratica clinica.

Narrazione 4: "...ho imparato che l'assistenza alla persona deve essere fatta con umanità, bisogna cogliere tutti gli aspetti umani delle persone e ascoltare di più qual è il loro desiderio e cosa vuol dire per loro qualità di vita"

Discussione

Gli infermieri che hanno effettuato missioni umanitarie internazionali hanno raccontato come questa esperienza abbia avuto notevoli ripercussioni su di loro e sul loro modo di essere al rientro a casa. I risultati segnalano un cambiamento del funzionamento intrapsichico, evidenziato a più livelli nella loro vita. La sensibilità agli sprechi è uno dei temi emersi, caratterizzata da un senso di disadattamento alla vita nella nostra società del benessere. Si rendono conto che tutto quello che hanno vissuto prima della missione è imposto da una società abituata a vivere di abbondanza in qualsiasi occasione della vita. Gli infermieri si sentono più motivati a dare priorità alle cose veramente importanti dell'esistenza. L'isolamento è uno dei comportamenti che dichiarano di mettere in atto al loro rientro, perché sentono di fare parte di un altro mondo, che non è quello lasciato prima di andare in missione. Pensano e agiscono con più cautela, cercando di avere contatti con persone che hanno vissuto la loro stessa esperienza, sentendosi così più compresi.

In accordo con Selby et al. (2009a), le esperienze degli intervistati evidenziano la scarsa capacità di riadattamento degli operatori al rientro, ed emerge che la maggior parte di loro si sente esclusa sia dalla propria famiglia, sia dalla società. Questo tipo di esclusione viene vissuto con sentimenti di perdita e dolore.

I partecipanti allo studio sottolineano una fatica notevole nel riprendere la vita che avevano lasciato prima della missione. Gli intervistati cercando di vivere ogni momento della vita quotidiana con semplicità e affermano di sentirsi più autentici nel rapporto con le persone che incontrano. Il loro comportamento all'interno del nucleo familiare cambia, con la necessità di un ritiro interiore e la ricerca di un forte senso di comprensione degli stati d'animo provati da parte dei familiari. Spesso sentono la necessità di un periodo di silenzio per elaborare le forti emozioni provate.

I partecipanti affermano che spesso la famiglia diventa un luogo ed un contesto nel quale, quando sentono il bisogno di parlare, si sentono ascoltati, senza la sensazione di essere giudicati e senza l'obbligo di dare spiegazioni sull'entità delle emozioni provate in determinati momenti.

In accordo con Selby et al. (2009a, 2009b, 2009c) lo studio sottolinea come le persone al rientro dalle missioni presentino un cambiamento della propria personalità, con capacità di resilienza in alcuni, mentre altri manifestano differenti condizioni di fragilità, come la perdita di controllo e la sensazione di non essere accettati.

Il cambiamento nei soggetti al rientro dalle missioni si individua nelle testimonianze anche attraverso il desiderio di eguaglianza dei diritti umani e una motivazione intensa a rendere migliore la vita delle persone che vivono in condizioni di guerra, fame, malattie e povertà assoluta. Le esperienze vissute durante le missioni hanno risvegliato nei partecipanti l'attenzione verso i valori civili e verso un forte senso di rispetto per le cose più semplici della vita, che non hanno un valore materiale, ma semplicemente ti riempiono il cuore di gioia. I partecipanti allo studio affermano che l'esperienza di missione ha migliorato il punto di vista e il comportamento verso le altre persone, sviluppando il senso di altruismo. Alcuni infermieri, appena tornati dalla missione, sentono subito il forte desiderio di ripetere l'esperienza. Solo in missione si sentono bene con loro stessi, vogliono rendersi utili e realizzarsi arricchendo il loro bagaglio di esperienze sia a livello personale, sia a livello professionale.

Conclusioni

Analizzare le narrazioni di infermieri che hanno partecipato a missioni umanitarie ci ha permesso di evidenziare le esperienze vissute durante la missione e le conseguenze sul loro modo di essere al rientro a casa. Le principali ripercussioni nella loro vita personale e professionale si esprimono attraverso una maggiore sensibilità agli sprechi, unitamente al desiderio che tutti i popoli abbiano le stesse opportunità, un cambiamento di valori, una forte crisi emotiva ed il bisogno di tornare in missione per continuare a sentirsi utili.

Gli infermieri al rientro a casa si sentono impotenti di fronte a queste situazioni perché vorrebbero avere nuovamente la possibilità di fornire un aiuto concreto nelle situazioni di bisogno estremo. Emozioni come rabbia e isolamento appaiono frequenti nelle interviste e questo porta i partecipanti a vivere differenti condizioni di fragilità.

I risultati di questo studio suggeriscono l'importanza di avere relazioni favorevoli intorno a sé, che aiutino ad elaborare le forti esperienze vissute. Sembra importante prima della missione la fase di preparazione dal punto di vista conoscitivo circa quello che si incontrerà in missione e quello che si potrà vivere. Successivamente alla missione una sorta di "periodo cuscinetto" per non sentirsi alieni nel proprio mondo e poter condividere il carico emotivo accumulato attraverso la compartecipazione ed il confronto. Questo assume un particolare valore prima e dopo le missioni per ricomporre situazioni e condizioni anche molto differenti tra loro, che possono essere avvicinate e tenute insieme in un mondo di tutti e per tutti.

Si delineano ulteriori percorsi di ricerca utili ad approfondire il senso ed il significato attribuito alle esperienze da coloro che affrontano le missioni umanitarie, anche per poter fornire loro un sostegno ed un aiuto nel delicato momento del rientro a casa e nei loro contesti lavorativi.

BIBLIOGRAFIA

- Antares Foundation (2012), Managing stress in humanitarian workers. Guidelines for good practice.

Disponibile all'indirizzo:

https://www.antaresfoundation.org/filestore/si/1164337/1/1167964/managing_stress_in_humanitarian_aid_workers_guidelines_for_good_practice.pdf?etag=4a88e3afb4f73629c068ee24d9bd30d9 (u.c. 30.08.2018).

- Bressan V., Stevanin S. (2014), La competenza culturale: modelli, standard e strumenti per l'infermiere italiano, in L'infermiere 2/2014. (u.c. 30.08.2017).
- Garrino L. (2010), La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura. Milano, Centro Scientifico Editore.
- Garrino L. (2012), La Medicina narrativa nei percorsi di ricerca e di cura. In Finiguerra I. et al., Narrare la malattia rara. Esperienze e vissuti delle persone assistite e degli operatori. Torino, Edizioni Medico-Scientifiche.
- IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. (2007).. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf (u.c. 22.08.2018).
- Selby S.P. et al. (2009a), Back home: a qualitative study exploring re-entering cross-cultural missionary aid workers' loss and grief. Omega. Vol. 59(1) 19-38.
- Selby S.P. et al. (2009b), Resilience in re-entering missionaries: why do some do well? Mental Health, Religion & Culture. Vol. 12(7) 701-72.
- Selby S.P. et al. (2009c), Special People? An exploratory study into re-entering missionaries' identity and resilience. J ReligHealth. Vol.50(4) 1007-10.
- Settino I., Gradellini C. (2013) Le competenze dell'infermiere in contesto di cooperazione internazionale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-15-articolo-182.htm> (u.c. 30.08.2018).
- Viteritti R. (2014), Gli angeli senza frontiere. Disponibile all'indirizzo: www.tesionline.it (u.c. 28.07.2017).

ESPERIENZE

Valutazione e gestione del dolore in Terapia Intensiva: risultato di un'indagine multicentrica nazionale

di Vincenzo Damico (1), Flavio Cazzaniga (2), Liana Murano (3), Massimiliano Greco (4)

(1) Dottorando di Ricerca, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

(2) Infermiere, ASST Lecco

(3) Infermiere, RSA Madonna della Neve Premana - Lecco

(4) Medico, ASST Lecco

Corrispondenza: v.damico87@libero.it

Nell'85% delle Terapie Intensive (TI) vengono prescritti ai pazienti sedativi, con lo scopo di attenuare il dolore, l'ansia e l'agitazione derivata dalla ventilazione artificiale (Bambi et al., 2015). Una sedazione troppo alta potrebbe indicare una non corretta o superficiale gestione del dolore; una sedazione troppo bassa aumenta il rischio di auto-estubazione, problematiche cardiovascolari e danni fisici (Bambi et al., 2015). I livelli di sedazione dovrebbero variare a seconda delle esigenze di ogni paziente e del suo stato di malattia (Grap et al., 2012; Johansson et al., 2012).

Esistono raccomandazioni internazionali (Barr et al., 2013) che indicano necessario l'accertamento del dolore nel paziente critico incapace di comunicare e raccomandano il monitoraggio e la valutazione delle risposte comportamentali agli stimoli dolorosi. Si raccomanda inoltre l'adozione di strumenti che valutino parametri comportamentali e fisiologici come possibili indicatori di dolore nei pazienti ricoverati in TI, quali: espressione facciale, movimenti del corpo, tensione muscolare e compliance alla ventilazione meccanica (Pudas-Tahka et al., 2009).

Da una revisione sistematica (Pudas-Tahka et al., 2009) è stato evidenziato come solo due strumenti siano validi e affidabili nell'accertamento del dolore in TI: la *Behavioral Pain Scale* (BPS) (Payen et al., 2001) e la *Critical-Care Pain Observation Tool* (C-CPOT) (Gelinias et al., 2004, 2011; Gelinias and Arbour 2009). Le due scale sono validate in Italia già da alcuni anni (Stefani et al., 2011; Falbo et al., 2013).

Per quanto riguarda la gestione del dolore tra i pazienti intensivi, spesso si ricorre alla somministrazione di farmaci quali Paracetamolo e FANS, all'utilizzo dell'anestesia locoregionale, all'analgesia peridurale e all'infusione di oppioidi forti quali Remifentanil o Morfina ad alte dosi, spesso con diverse complicazioni sistemiche (depressione respiratoria, delirium, disturbi emodinamici) (Boom et al., 2012). Anche se la depressione respiratoria indotta da oppioidi può essere invertita rapidamente dall'antagonista del recettore oppioide Naloxone (30 minuti) (Boom et al., 2012), sono di recente sviluppo nuove tecniche di anestesia che vanno a trattare il dolore in modo più localizzato e con impatto più limitato a livello sistemico (Kamiya et al., 2018; Yalamuri et al., 2017; Tsai 2017).

In quest'ottica, i blocchi dei fasci nervosi della parete addominale TAP block (*transversus abdominis plane block*) e pettorale PECS block (*pectoralis and serratus plane blocks*) hanno un grande campo di azione, tenuto conto della frequenza e dell'intensità dei dolori postoperatori (Dubost et al., 2012; Shaker et al., 2017; Yalamuri et al., 2017).

Il *transversus abdominis plane*, o TAP, corrisponde al piano situato tra i muscoli obliquo interno e trasverso. I blocchi riguardano i rami nervosi dei nervi intercostali T9-T12 e della prima radice lombare L1 (Tsai et al., 2017).

Il *pectoralis and serratus plane*, o PECS, corrisponde al piano del muscolo pettorale maggiore, il muscolo pettorale minore, il muscolo dentato anteriore e il muscolo succlavio. I blocchi riguardano per i muscoli pettorali maggiori e minori i nervi pettorali laterali e mediali, per il dentato anteriore il lungo nervo toracico (C5, C6 e C7) e per il succlavio il nervo del tronco superiore del plesso brachiale (C5 e C6) (Blanco, 2011). Queste iniezioni anestetiche interfasciali sono state sviluppate come alternative ai blocchi epidurali, paravertebrali, intercostali e intrapleurici del torace, e per tutta la chirurgia addominale.

Nell'ipotesi che gli strumenti di valutazione del dolore, così come le nuove tecniche di gestione siano ancora poco diffusi, con questo studio si vogliono esplorare i metodi di valutazione e gestione del dolore utilizzati nelle TI afferenti al Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva (GiViTi).

Il nostro percorso

Nel periodo compreso tra Febbraio - Marzo 2018 è stata condotta una survey che ha coinvolto le TI appartenenti al GiViTi.

Per la raccolta dei dati è stato costruito un questionario ad hoc, volto ad esaminare valutazione e gestione del dolore in TI. Prima di procedere con la somministrazione del questionario è stata effettuata una validazione di contenuto ad opera di 2 Infermieri e 2 Medici di Terapia Intensiva esperti nella terapia del dolore.

Il questionario comprendeva:

- 3 domande riguardanti l'analisi di contesto (tipo di TI polivalente o specialistica; posti letto; pazienti ricoverati - adulti, pediatrici o neonati)
- 4 domande riguardanti la valutazione del dolore
- 8 domande riguardanti la gestione del dolore.

In aggiunta è stato chiesto se negli ultimi 12 mesi all'interno della propria Azienda fossero stati organizzati corsi di aggiornamento specifici per il dolore rivolti a Medici e/o Infermieri. Il questionario è stato creato tramite il software *Survio* e diffuso come un link allegato ad una lettera di presentazione, che rendeva esplicito lo scopo dell'indagine.

Risultati

Campione

Ha partecipato alla survey il 37,7% delle 515 T.I. contattate. I dati sono pervenuti da TI polivalenti (85.6%) e specialistiche (14.4%), con mediamente 8 posti letto per unità operativa. I pazienti assistiti presso le singole unità operative sono principalmente soggetti adulti: TI Pediatriche (3.6%), TI Adulti/Pediatriche (8.24%), TI adulti (88.14%).

Il 42% degli intervistati al momento della survey ha dichiarato che negli ultimi 12 mesi all'interno dell'Azienda sono stati organizzati corsi di aggiornamento per il dolore rivolti a Medici e Infermieri.

Valutazione del dolore

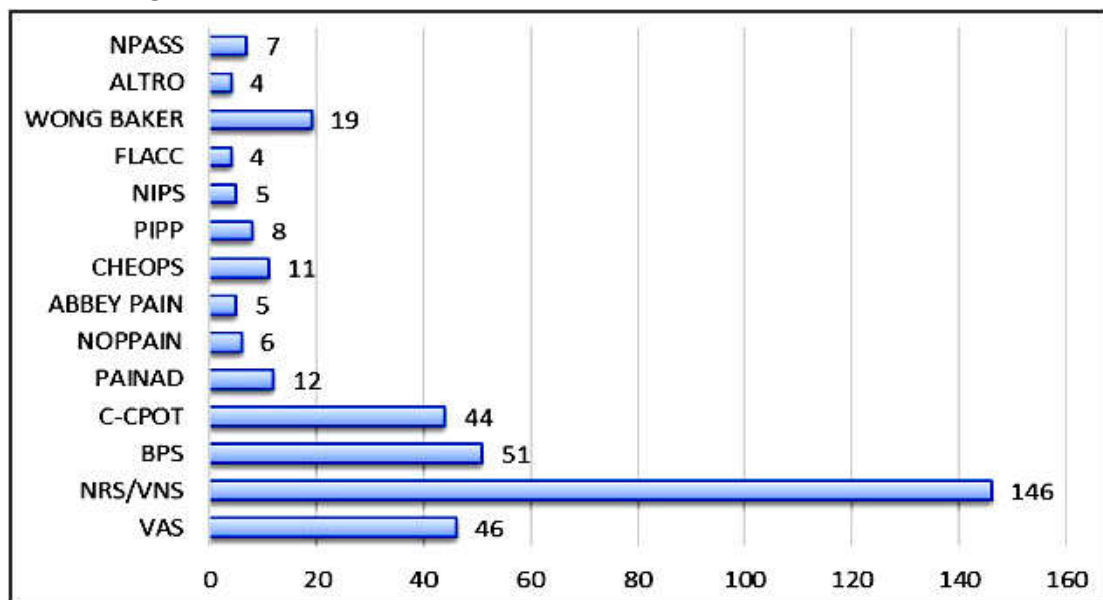
Tra le TI interpellate, il 75,3% delle TI ha affermato di utilizzare nel proprio servizio la *Numerical Rating Scale* (NRS) o la *Verbal Numerical Scale* (VNS) (Figura 1). Tra queste, l'87,7% ha dichiarato di effettuare un qualsiasi intervento antalgico quando NRS o VNS indicano uno score ≥ 4 .

Tra le scale di valutazione specifiche per le aree critiche, la *Behavioural Pain scale* (BPS) è lo strumento più utilizzato (26,3%). Le scale BPS e C-CPOT, specifiche per le aree critiche, sono presenti nel 48,9% delle T.I rispondenti.

All'interno dell'88% delle TI il personale ha riferito di valutare il dolore chiedendo al paziente (quando sveglio e cosciente) o utilizzando uno strumento (scala *BPS*, *CCPOT*, *PAINAD*, altre) se il paziente è incapace di comunicare con lo staff medico-infermieristico.

Escludendo i pazienti curarizzati, profondamente sedati o tetraplegici (da qualsiasi causa), la maggioranza dei servizi (94,8%) ha affermato di valutare il dolore almeno una volta per turno.

Figura 1 - Scale di valutazione del dolore utilizzate nelle T.I. Italiane



VAS = *Visual Analogue Scale*

NRS = *Numerical Rating Scale*

VNS = *Verbal Numerical Scale*

C-CPOT = *critical care pain observation tool*

BPS = *Behavioural Pain Scale*

PAINAD = *Pain Assessment in Advanced Dementia*

NOPPAIN = *Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument*

ABBAY PAIN SCALE

CHEOPS = *Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale*

FLACC = *Face Legs Activity Cry Consolability Scale*

PIPP = *Premature Infant Pain Profile*

NIPS = *Neonatal Infant Pain Scale*

NPASS = *Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale*

WONG BAKER.

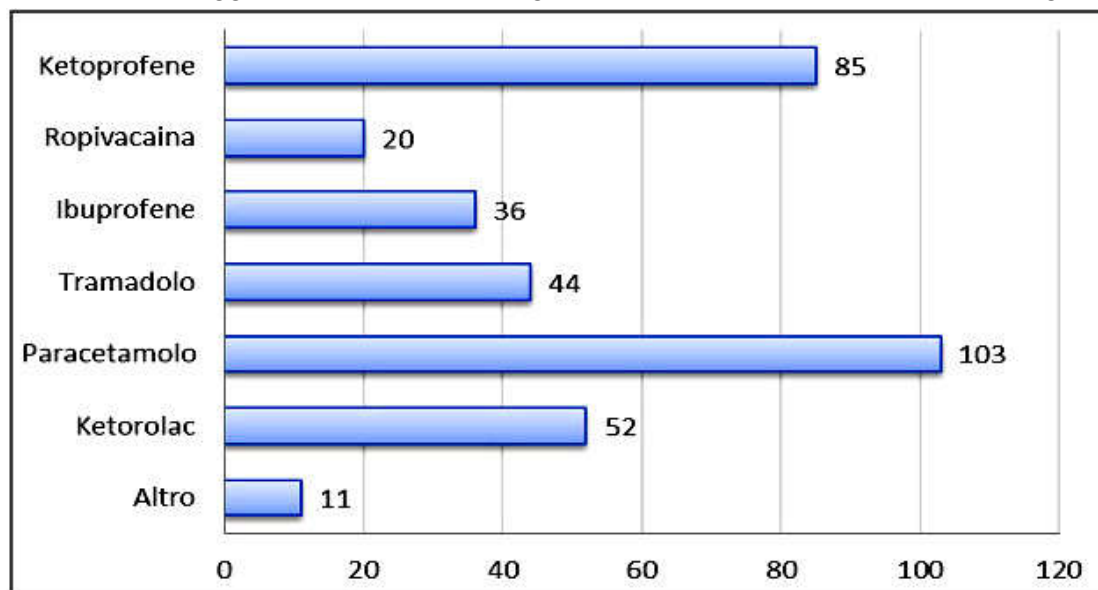
Gestione del dolore

Il 79% dei servizi rispondenti ricorre a sedativi (Propofol, Midazolam, Dexmedetomidina) e oppioidi (Morfina, Remifentanil, Fentanyl) in infusione continua, per il mantenimento della sedo-analgesia durante le prime 72 ore di degenza in T.I.

Considerando l'insieme delle TI intervistate, l'associazione sedo-analgesica più diffusa è Propofol-Morfina (81.4%).

Il farmaco maggiormente utilizzato per gestire il dolore nelle prime 24 ore di degenza è il Paracetamolo insieme al Ketoprofene (33%), solo il Paracetamolo (20.1%), solo il Ketoprofene (10.8%) (Figura 2).

Figura 2 - Farmaci maggiormente utilizzati per gestire il dolore nelle prime 24 ore di degenza in T.I.



Il Paracetamolo 1 grammo ev a scopo analgesico viene somministrato in infusione in meno di 15 minuti (66.5%) o in base alla clinica del paziente (se paziente ipoteso o emodinamicamente instabile) (21.6%). La prescrizione di analgesici o antiinfiammatori ad orari fissi risulta la prescrizione più frequente (63%), piuttosto che la prescrizione al bisogno o sulla base di rilevazioni del dolore.

Tabella 1 - Sedativi e Oppioidi comunemente usati nelle T.I. italiane (prime 72 ore di degenza) come mantenimento della sedo-analgesia in infusione continua

Principio Attivo	Meccanismo d'azione	Dosaggio	Proprietà farmacocinetiche	Effetti avversi
Propofol	GABAA agonista.	La velocità di somministrazione e varia notevolmente tra pazienti, 4 e 12 mg/kg/h per mantenere un'adeguata anestesia. Pazienti pediatrici velocità di 9-15 mg/kg/h.	Dopo infusione EV, l'emivita di eliminazione è variabile tra i 277 e i 403 minuti. La molecola viene escreta dall'organismo principalmente per via urinaria. Meno del 2% via gastroenterica. Metabolizzato da glucuronidazione epatica e idrossilazione.	Vasodilatazione e inotropismo negativo, ipotensione e bradicardia (pressione sistolica e diastolica si riducono di circa il 30%).

Midazolam	GABAA agonista.	Pazienti adulti: Dose di carico: 0,03 – 0,3mg/kg con incrementi di 1 – 2,5 mg. Dose di mantenimento: 0,03 – 0,2 mg/kg/h. Pazienti pediatrici: Dose di carico: 0,05 – 0,2 mg/kg Dose di mantenimento: 0,06 – 0,12 mg/kg/h.	Emivita da 3 a 11 ore. Il metabolita attivo si accumula con l'infusione prolungata; metabolizzato dall'ossidazione epatica, con escrezione renale del metabolita attivo.	Stato confusionale, umore euforico, allucinazioni; bradicardia e ipotensione; nausea, vomito, costipazione, secchezza della bocca; dipendenza.
Dexmedetomidina	Agonista selettivo del recettore alfa-2.	0.2 a 1.5 microgrammi/kg/hr.	La dexmedetomidina per via endovenosa presenta una farmacocinetica lineare con un'emivita di distribuzione rapida di circa 6 minuti e un'emivita di eliminazione terminale di circa 2 ore. Viene metabolizzata dal fegato mediante glucuronidazione ed escreta nelle urine.	Iperensione transitoria, bradicardia, secchezza delle fauci, nausea.
Morfina	Agonista dei recettori μ -oppioidi (con effetti ulteriori da agonista sui recettori κ -oppioidi e δ -oppioidi).	Adulti: 15 mg somministrati per infusione lenta (dose urto): 0,8-80 mg/h (dose di mantenimento). Bambini: 0,05-0,1 mg/kg ogni 4-6 ore (4-6 dosi/die) oppure 5-30 mg/kg/h in infusione continua.	Emivita da 3 a 7 ore. Insorgenza più lenta rispetto al fentanil con minore accumulo; metabolizzato dalla glucuronidazione epatica a morfina-6-glucuronide (10%) e morfina-3-glucuronide (90%), entrambi con escrezione renale.	Nausea, costipazione, depressione respiratoria, rilascio di istamina e conseguente vasodilatazione e ipotensione.
Remifentanil	Agonista dei recettori μ -oppioidi (con effetti ulteriori da agonista sui recettori κ -oppioidi).	0,25-0,5 mcg/kg/min EV; eventuale bolo con 0,5-1 mcg/kg in risposta ad anestesia leggera o a episodi transitori di intenso stress chirurgico e procedurale.	Emivita 3-4 min. Non si accumula con infusione prolungata; metabolizzato dalla esterasi plasmatica, quindi non influenzato dalla funzione degli organi.	Nausea, costipazione, depressione respiratoria, bradicardia.

Fentanyl	Agonista dei recettori μ -oppioidi (con effetti ulteriori da agonista sui recettori k-oppioidi).	0.7–10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{hr}$ infusione continua. Dose abituale di infusione tra 0,7 e 2 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{hr}$. 0.35–0.5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ in boli refratti ogni 30-60 min.	Emivita variabile tra le 3 e le 12 ore. Viene metabolizzato principalmente a livello epatico. Eliminazione avviene prevalentemente per via urinaria, sotto forma di metaboliti e solo un 10% circa come farmaco immodificato.	Nausea, costipazione, depressione respiratoria, rigidità muscolo-scheletrica con alte dosi di bolo.
----------	--	---	---	---

Relativamente alla gestione dei traumi toracici, la tecnica PECS block è stata utilizzata negli ultimi 3 mesi in 16 TI (8.2%) per il trattamento di almeno un paziente, mentre il 78.1% dei servizi gestisce i traumi o politraumi con limitazioni nella mobilizzazione, con oppioidi forti in infusione continua ev. (*Morfina, Remifentanyl, Fentanyl*), più aggiunta di adiuvanti (Paracetamolo o FANS).

Relativamente alla gestione del dolore addominale, la tecnica TAP block è stata usata negli ultimi 3 mesi dal 7.2% delle unità intervistate per il trattamento di almeno un paziente. La gestione avviene principalmente con oppioidi forti in infusione continua ev (*Morfina, Remifentanyl, Fentanyl*), e Paracetamolo (73.2%).

Discussione

Dalla survey è emerso come gli strumenti di valutazione specifica del dolore per le TI siano diffusi nel 49% delle stesse. Le ultime linee guida per le aree critiche sottolineano l'importanza dell'utilizzo di strumenti validati (Barr et al., 2013). I parametri vitali non sono ottimi indicatori della presenza o assenza di dolore; tuttavia la loro variazione può essere utilizzata come dato base per la ricerca di eventuali cause e fonti di dolore (Barr et al., 2013).

Nonostante gli oppioidi non siano sempre esenti da effetti avversi, le informazioni pervenute dall'indagine evidenziano come la maggioranza dei servizi di area critica ricorra all'infusione costante di oppioidi e sedativi per la gestione del dolore, almeno per le prime 72 ore della degenza (Tabella 1).

Nell'ambito di una gestione multimodale, l'utilizzo dell'anestesia locoregionale (ALR) è raccomandata tutte le volte possibili, a complemento delle tecniche di analgesia classica (Dubost et al., 2012). In generale la combinazione di FANS e Paracetamolo, spesso riscontrate nelle varie realtà operative, fornisce una maggiore analgesia rispetto al solo Paracetamolo per il trattamento del dolore acuto nei traumi e dopo chirurgia ortopedica (Ong et al., 2010).

Dai risultati della survey le tecniche PECS e TAP block risultano ancora poco diffuse sul territorio nazionale.

E' importante sottolineare che tra i pazienti sottoposti a chirurgia toracica, la PECS block combinata con l'anestesia generale riduce il fabbisogno di sedazione da Propofol (Kamiya et al., 2018). L'utilizzo di questa tecnica può fornire un'importante opzione non oppioide per la gestione del dolore, in quanto i pazienti vengono svezzati rapidamente dall'ossigeno supplementare grazie al miglioramento dell'analgesia (Yalamuri et al., 2017). Tuttavia non sempre si nota una riduzione di oppioidi forti come il Remifentanil, a causa dell'incapacità dei blocchi nervosi di raggiungere l'area mammaria interna (Kamiya et al., 2018).

Allo stesso tempo, i pazienti di chirurgia addominale vengono trattati con analgesia peridurale o con oppioidi forti, quali Morfina, con diverse complicazioni sistemiche (es. insufficienza respiratoria, delirium, disturbi emodinamici). La tecnica TAP block può essere una valida alternativa.

L'interesse clinico di questa tecnica di anestesia è stata validata da studi clinici, dopo gastrectomia (Ari et al., 2107), colectomia, isterectomia e cesareo (Salaria et al., 2017). Numerosi altri studi e casi clinici suggeriscono l'interesse di questo blocco in tutta la chirurgia addominale (Shacker et al., 2017). L'uso del TAP block è associato a un minor uso parenterale di Morfina equivalente e ad una diminuita incidenza di ipotensione nel primo periodo post-operatorio rispetto all'analgesia epidurale toracica (TEA) (Shacker et al., 2017).

Limiti

Lo studio presenta vari limiti. Lo strumento di indagine (un questionario costruito ad hoc) ha subito un processo di validazione di contenuto da parte di un team di esperti, ma la validazione ha riguardato solo item, istruzioni, codifica delle risposte e coerenza delle domande con il costruito target e nessun indice di concordanza è stato scelto o fissato. Per il raggiungimento delle informazioni è stato scelto a priori un campione di convenienza (TI iscritte all'associazione GiViTi) rapidamente accessibile, che però non rappresenta la totalità delle TI italiane.

Delle 515 unità operative contattate, il 62.3% non ha preso parte all'indagine. Questo espone i nostri risultati ad attrition bias.

Conclusioni

Lo studio intendeva esplorare un campione rappresentativo delle TI italiane al fine di evidenziarne strumenti e metodi di valutazione e gestione del dolore. Il risultato ci porta ad evidenziare come le scale di valutazione specifiche per l'area critica (*BPS* e *C-CPOT*) siano diffuse nel 50% circa dei rispondenti, mentre le tecniche di gestione più recenti quali la TAP o la PECS block sono per lo più assenti. Il Paracetamolo è un farmaco comune, con una prescrizione diffusa, e non vi è dubbio che continuerà ad essere un analgesico utile sia in fase acuta che cronica, da solo o in combinazione con FANS e oppioidi per la sua notevole sicurezza e interazioni minime con altri farmaci (Graham et al., 2013). L'epatotossicità Paracetamolo-correlata, a dosi eccessive, è un chiaro problema, ma le prove che dimostrano la certezza della tossicità per dosi di 4 g/die sono discutibili (Graham et al., 2013).

Nel panorama nazionale emerge una discreta omogeneità nel modo di valutare e gestire il dolore. Ricerche future dovranno valutare l'impatto di strumenti di valutazione specifici per i contesti di area critica (scale *BPS* e *C-CPOT*) sul dolore e sulla sua relativa gestione, valutando l'utilità di training formativi per il personale medico ed infermieristico. Sono in aggiunta auspicabili revisioni sistematiche e meta-analisi riguardo l'efficacia della PECS e TAP block nella gestione del dolore postoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

- Ari DE, Ar AY, Karip CS, Köksal C, Aydın MT, Gazi M, Akgün F (2017) Ultrasound-guided subcostal-posterior transversus abdominis plane block for pain control following laparoscopic sleeve gastrectomy. *Saudi Med J*, 38(12), 1224-1229. doi: 10.15537/smj.2017.12.21133.
- Bambi S, Lumini E, Lucchini A, Rasero L (2015) Unplanned extubations in adult intensive care units: an update. *Assist Inferm Ric*, 34(1), 21-9. doi: 10.1702/1812.19748.

- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gèlinas C, Dasta JF, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Jofe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BRH, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R (2013) Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(1), 53–58. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72.
- Blanco R (2011) The “pecs block”: a novel technique for providing analgesia after breast surgery. *Anaesthesia*, 66, 847–848.
- Boom M, Niesters M, Sarton E, Aarts L, Smith TW, Dahan A (2012) Non-analgesic effects of opioids: opioid-induced respiratory depression. *Curr Pharm*, 18(37), 5994-6004.
- Dubost C, Blot RM, Hèriche C (2012) Transversus abdominis plane block (TAP block). *EMC - Anestesia-Rianimazione*, 17(1), 1-7.
- Falbo L, Terzoni S, Destrebecq A, Bonetti L (2013) Traduzione e validazione in italiano della Behavioral Pain Scale (BPS) per la valutazione del dolore in pazienti incoscienti e sedati. *Scenario*, 4, 18-23.
- Gèlinas C, Arbour C (2009) Behavioral and physiologic indicators during a nociceptive procedures in conscious and unconscious mechanically ventilated adults: Similar or different?. *Journal of Critical Care*, 24, 628.e7–628.e17.
- Gèlinas C, Arbour C, Michaud C, Vaillant F, Desjardins S (2011) Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1495-1504.
- Gèlinas C, Fortier M, Viens C, Fillion L and Puntillo KA (2004) Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *American Journal of Critical Care*, 13, 126-136.
- Graham GG, Davies MJ, Day RO, Mohamudally A, Scott KF (2013) The modern pharmacology of paracetamol: therapeutic actions, mechanism of action, metabolism, toxicity and recent pharmacological findings. *Inflammopharmacology*, 21(3), 201-32. doi: 10.1007/s10787-013-0172-x. Epub 2013 May 30.
- Grap MJ, Munro CL, Wetzel PA, Best AM, Ketchum JM, Hamilton VA, Arief NY, Pickler R, Sessler CN (2012) Sedation in adults receiving mechanical ventilation: physiological and comfort outcomes. *Am J Crit Care*, 21(3), e53-63; quiz e64. doi: 10.4037/ajcc2012301.
- Johansson L, Bergbom I, Waye KP, Ryherd E, Lindahl B (2012) The sound environment in an ICU patient room—a content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive Crit Care Nurs*, 28(5), 269-79. doi: 10.1016/j.iccn.2012.03.004. Epub 2012 Apr 24.
- Kamiya Y, Hasegawa M, Yoshida T, Takamatsu M, Koyama Y (2018) Impact of pectoral nerve block on postoperative pain and quality of recovery in patients undergoing breast cancer surgery: A randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol*, 35(3), 215-223. doi: 10.1097/EJA.0000000000000762.
- Ong CK, Seymour RA, Lirk P, Merry AF (2010) Combining paracetamol (acetaminophen) with nonsteroidal antiinflammatory drugs: a qualitative systematic review of analgesic efficacy for acute postoperative pain. *Anesth Analg*, 110, 1170–1179.
- Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C (2001) Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*, 29(12), 2258-63.
- Pudas-Tahka S.M, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S (2009) Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(5), 946-956.
- Salaria ON, Kannan M, Kerner B, Goldman H (2017) A Rare Complication of a TAP Block Performed after Caesarean Delivery. *Case Rep Anesthesiol*, 2017:1072576. doi: 10.1155/2017/1072576. Epub 2017 Oct 29.
- Shaker TM, Carroll JT, Chung MH, Koehler TJ, Lane BR, Wolf AM, Wright GP (2017) Efficacy and safety of transversus abdominis plane blocks versus thoracic epidural anesthesia in patients undergoing major abdominal oncologic resections: A prospective, randomized controlled trial. *Am J Surg*, S0002-9610(17), 31001-2. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.10.055.
- Stefani F, Nardon G, Bonato R, Modenese A, Novello C, Ferrari R (2011) The validation of C-POT Critical-Care Pain Observation Tool scale: a tool for assessing pain in intensive care patients. *Assist Inferm Ric*, 30(3), 135-43. doi: 10.1702/970.10587.
- Tsai HC, Yoshida T, Chuang TY, Yang SF, Chang CC, Yao HY, Tai YT, Lin JA, Chen KY (2017) Transversus Abdominis Plane Block: An Updated Review of Anatomy and Techniques. *Biomed Res Int*, 2017:8284363. doi: 10.1155/2017/8284363. Epub 2017 Oct 31. Review.
- Yalamuri S, Klinger RY, Bullock WM, Glower DD, Bottiger BA, Gadsden JC (2017) Pectoral Fascial (PECS) I and II Blocks as Rescue Analgesia in a Patient Undergoing Minimally Invasive Cardiac Surgery. *Reg Anesth Pain Med*, 42(6), 764-766. doi: 10.1097/AAP.0000000000000661.

ESPERIENZE

Il team-based learning applicato all'insegnamento dell'infermieristica clinica facilita l'apprendimento

di Annalisa Raso (1), Lorenza Garrino (2), Fulvio Ricceri (3), Valerio Dimonte (4)

(1) Infermiera, Asl Cn1 - Cuneo

(2) Ricamatore, Università degli Studi di Torino - Torino

(3) Statistico, Università degli Studi di Torino - Torino

(4) Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Torino - Torino

Durante gli ultimi quindici anni i docenti hanno prestato particolare attenzione alle modalità di insegnamento, ovvero agli aspetti pedagogici delle Scienze della Salute, al fine di migliorare e facilitare l'apprendimento degli studenti (Morris 2016b; Clark et al., 2008). Conseguentemente, sono nate e si sono sperimentate metodologie didattiche mirate a promuovere la partecipazione attiva alla lezione da parte dello studente.

Uno di questi metodi è il *Team Based Learning* (TBL), ideato, progettato e sperimentato da L. K. Michaelsen, docente di Management presso la *Central Missouri State University*. Il TBL utilizza i meccanismi di apprendimento a piccoli gruppi (circa 5-7 persone) all'interno del grande gruppo (es. 70-100 persone), presidiato da un solo docente (Dunaway, 2005; Tai, Koh, 2008; Pileggi, O'Neill, 2008; Letassy et al., 2008). Dapprima utilizzato in campo economico-manageriale, il TBL si sta ora diffondendo anche nell'insegnamento delle scienze cliniche, in quanto promuove la partecipazione attiva in aula anche in presenza di un grande numero di studenti (Tai, Koh, 2008; Haidet, Teal, 2014).

Il TBL non va confuso con il più conosciuto *Problem-Based Learning* (PBL), sebbene entrambi abbiano l'obiettivo di coinvolgere il discente nel processo di apprendimento, incoraggiando la partecipazione attiva in aula. La distinzione chiave tra le due metodologie è ravvisabile nel fatto che il PBL si utilizza in gruppi poco numerosi. Agli studenti viene presentato un problema prima di analizzare i concetti rilevanti che servono per risolverlo. Si giunge alla soluzione del quesito in più giorni di lezione, durante i quali i docenti forniscono agli studenti le conoscenze necessarie a risolvere il problema. I piccoli gruppi che vengono formati sono tra di loro autonomi e non vi sono momenti di confronto tra i gruppi. Il TBL, invece, viene condotto nell'ambito di grandi gruppi, la classe viene suddivisa in team più piccoli che si riuniscono in momenti di verifica e feedback più volte durante la lezione (Pileggi, O'Neill, 2008).

L'applicazione del TBL si può riassumere in tre fasi principali:

1. il discente studia autonomamente gli argomenti che verranno trattati in aula. Il materiale didattico, fornito dal docente stesso circa una settimana prima della lezione, può comprendere dispense, libri, articoli ecc.

2. in aula il docente verifica quanto gli studenti hanno appreso nella fase 1 attraverso un test individuale a risposta multipla (*individual readiness assurance test, I-RAT*). Successivamente lo stesso test viene nuovamente somministrato agli studenti divisi in piccoli gruppi (*team readiness assurance test, t-RAT*). Il gruppo deve raggiungere l'accordo sulla risposta da dare e può verificarne immediatamente l'esattezza grazie al sistema di *Immediate Feedback – Assessment Technique (IF-AT)*. L'IF-AT è un modello prestampato, acquistabile tramite un sito, che funziona come un "gratta e vinci". Su ogni IF-AT sono presenti i numeri progressivi delle domande con a fianco delle caselle argentate corrispondenti al numero di risposte possibili. Quando il gruppo ha individuato la risposta che ritiene esatta, scopre la casella corrispondente grattando con una moneta. Se la soluzione è corretta appare una stella, altrimenti si può tentare nuovamente dimezzando, però, il valore della risposta.
3. i gruppi devono dare soluzione a più quesiti che hanno ad oggetto dei casi clinici, i quali, per essere risolti, richiedono l'applicazione dei concetti appresi e verificati nelle fasi 1 e 2. Per ogni quesito il docente ha predisposto più soluzioni. Al termine del confronto tra i vari componenti del gruppo, ciascun team contemporaneamente rivela la soluzione individuata al resto della classe e il docente non deve indicare subito quella corretta, al fine di incentivare un confronto tra i team.

Da quando, nel 2000, partirono 10 sperimentazioni pilota presso diversi atenei americani (Conway et al., 2010), gli studi si sono concentrati sull'impatto che il TBL ha sugli studenti, con risultati largamente positivi in termini di motivazione e coinvolgimento (Morris 2016a; Currey et al., 2015). Gli studenti non sentono nostalgia della lezione frontale e ritengono che il confronto coi compagni sia utile per chiarire dubbi rispetto a quanto studiato autonomamente. Inoltre, durante le sessioni di TBL si registra sia un aumento della partecipazione, sia della pertinenza degli interventi (Branney, Priego-Hernández, 2018; Morris, 2016a; Dunaway, 2005). Il test individuale, inoltre, garantisce la preparazione dello studente, mentre il test di gruppo lo responsabilizza nei confronti del team (Branney, Priego-Hernández, 2018; Pileggi, O'Neill, 2008).

Dagli studi emerge, invece, che le maggiori criticità riscontrabili in questo metodo ricadono sul docente. Infatti, oltre all'abilità di condurre la lezione, il TBL richiede un notevole impegno preparatorio: reperire il materiale di studio, scrivere dispense, selezionare gli articoli, ma anche formulare le domande, ideare i problemi per le esercitazioni di gruppo e le relative risposte (Dunaway, 2005). A tal proposito, viene rilevata la difficoltà di formulare quesiti efficaci nei quali la risposta non sia una mera ripetizione di quanto studiato, ma necessiti di un ragionamento da parte degli studenti (Dunaway 2005). Durante la lezione, il compito dell'insegnante, definito dalla letteratura *facilitator* e non *teacher*, non è più quello di trasmettere contenuti ad un uditorio passivo, ma di sfruttare la coesione e la competitività che si sviluppano all'interno del gruppo e tra i gruppi per fissare i contenuti ed incentivare il ragionamento (Letassy et al., 2008; Morris, 2016a). L'impegno preparatorio del docente è, dunque, invisibile agli occhi dei discenti, i quali, come riportano alcuni autori, ritengono che questa metodologia agevoli il formatore richiedendo uno sforzo maggiore da parte degli studenti (Dunaway, 2005; Tai, Koh, 2008; Pileggi, O'Neill, 2008).

Per quanto riguarda l'efficacia della metodologia in termini di conoscenze, l'ideatore Michaelsen ritiene che il TBL possa favorire gli studenti. Infatti la discussione tra pari permette agli studenti di fissare i concetti in modo efficace, mentre l'interazione tra i gruppi aiuta a sviluppare il pensiero critico (Michaelsen et al., 2008).

In letteratura sono presenti svariate sperimentazioni che valutano le ripercussioni del TBL in sede d'esame; alcune hanno l'obiettivo di verificare che il TBL non peggiori le performance rispetto alle lezioni frontali (Conway et al., 2010; Willett et al., 2011), mentre altre mirano a dimostrare che il TBL possa migliorare la valutazione finale (Morris, 2016b; Kim et al., 2016; Thomas et al., 2015). Non tutti gli autori hanno raggiunto questo obiettivo; tuttavia, in tutti i casi si registra comunque una diminuzione di coloro che non superano l'esame e questo suggerirebbe che gli studenti più deboli possano beneficiare maggiormente di questa metodologia (Koles et al., 2005; Nieder et al., 2005).

Alla luce dei risultati della letteratura, questo studio si propone di implementare il TBL all'interno del 1° anno del CdL in Infermieristica di Torino, sostituendo parte delle lezioni frontali, per apprezzare le ripercussioni che questa metodologia ha in sede d'esame.

L'obiettivo primario di questo studio è, pertanto, valutare l'impatto formativo del TBL all'interno del CdL in Infermieristica di Torino.

L'obiettivo secondario consisterà nel verificare l'applicabilità della metodologia da parte del docente e il gradimento da parte degli studenti.

Il nostro percorso

E' stato condotto uno studio pre-post, confrontando le risposte alle domande d'esame relative agli argomenti trattati col TBL con le risposte alle domande dell'anno precedente. L'esame era composto da quesiti a risposta multipla con 5 opzioni; per evitare confondimenti, si è deciso di mantenere gli stessi quesiti presenti nel test di gennaio 2010 relativamente agli argomenti trattati con metodologia TBL.

Il gradimento della metodologia è stato rilevato somministrando agli studenti, al termine della prova d'esame, un questionario con validità interna costituito da 8 affermazioni, riportate nella Tabella 1, rispetto alle quali si doveva esprimere il proprio accordo con un punteggio da 1 (per nulla d'accordo) a 4 (molto d'accordo). Il questionario era già stato utilizzato nella fase pilota dello studio e risultava chiaro e di facile compilazione. Per verificare la fattibilità, è stato chiesto agli assistenti che coadiuvavano il docente di redigere una relazione in cui evidenziare potenzialità e criticità del TBL e indicare se e come utilizzare questa metodologia all'interno del CdL in Infermieristica.

Tabella 1 - Questionario di gradimento

1	Avrei preferito la lezione frontale
2	Mi piacerebbe effettuare altre volte questo tipo di lezione
3	Credo che il gruppo mi abbia aiutato a capire meglio
4	Tutti hanno preso seriamente la lezione
5	Mi sembra un tipo di lezione molto impegnativa per lo studente e poco per l'insegnante
6	Sono state lezioni coinvolgenti
7	Credo di aver risposto correttamente alle domande d'esame riguardanti gli argomenti trattati con il TBL
8	Credo che questa metodologia debba essere estesa a tutto il corso integrato

Intervento didattico

Gli studenti iscritti al 1° anno del CdL in Infermieristica di Torino, nell'a.a. 2010/2011, sono stati divisi in tre Corsi (denominati Canale A, B e C), di circa 60-80 studenti ciascuno. I tre Canali hanno seguito lo stesso programma e gli stessi orari, ma con docenti differenti.

La sperimentazione ha riguardato i Moduli di Infermieristica Clinica I e II, facenti parte del Corso Integrato denominato *Principi di Infermieristica generale e assistenza di base*. Sono stati coinvolti 6 docenti, due per ogni Canale, i quali hanno messo a disposizione il 30% delle loro ore, ovvero 14 ore, e si sono accordati affinché gli argomenti trattati col TBL fossero gli stessi nei 3 Canali (deficit della mobilità, ausili per la mobilizzazione, pressione arteriosa, polso e temperatura corporea). Si sono così potute realizzare 5 sessioni di TBL in ogni Canale. La sperimentazione si è protratta per 3 mesi, da ottobre a dicembre 2010.

Gli studenti sono stati divisi in tre gruppi a seconda della performance:

1. più dell'80% delle risposte esatte
2. tra il 60% e l'80% delle risposte esatte
3. meno del 60% delle risposte esatte.

Il confronto tra i risultati del 2010 e quelli del 2011 è stato effettuato utilizzando il test chi-quadrato. Il calcolo è stata effettuato sia in maniera cumulativa che mantenendo la suddivisione dei Canali, in quanto le domande d'esame variano a seconda del Canale. Più precisamente l'esame del corso integrato consta di 100 quesiti, quelli relativi agli argomenti trattati col TBL sono: 13 nel Canale A, 15 nel Canale B e 14 nel Canale C. Sono stati esclusi dall'analisi gli studenti fuori corso.

Per quanto riguarda la valutazione del gradimento con questionari, nella presentazione dei risultati è stato considerato in disaccordo chi avesse segnato 1 o 2, mentre sono state considerate risposte affermative 3 e 4. Prima di avviare l'implementazione è stata chiesta l'autorizzazione al Coordinatore del CdL in Infermieristica di Torino. Il permesso è stato accordato, a condizione che la metodologia fosse estesa a tutti e tre i Canali e che gli argomenti trattati col TBL fossero gli stessi, per garantire ad ogni studente la stessa offerta formativa. Inoltre, ogni fase del TBL ha generato dei punteggi che sono stati di volta in volta registrati, ma dei quali non si sarebbe potuto tenere conto in sede d'esame, in quanto la sperimentazione non comprendeva tutti i moduli del Corso Integrato. Agli studenti è stata illustrata la metodologia TBL all'inizio dell'anno accademico, spiegando che i punteggi in itinere avevano valore formativo e non certificativo.

Risultati

Effetti del TBL sulle performance d'esame

L'esame è stato sostenuto da 219 studenti nel gennaio 2010 (prima del TBL) e da 206 studenti nel gennaio 2011. Confrontando il campione di studenti del 2010 con quello del 2011 emerge una sostanziale omogeneità per sesso, mentre nel canale C del 2011 era presente un numero significativamente maggiore di studenti la cui lingua era diversa dall'italiano.

Nel canale A hanno sostenuto il test 78 studenti su 88 iscritti al Corso nel gennaio 2010 (88%) e 74 studenti su 86 (86%) l'anno seguente. Per il corso B si sono presentati 75 studenti su 80 (94%) nel gennaio 2010 e tutti gli studenti iscritti al Corso a gennaio 2011 (74), mentre l'esame del canale C'è stato sostenuto da 66 studenti su 77 nel 2010 (86%) e 58 studenti su 79 frequentanti nel Corso della sperimentazione (73%).

A seguito dell'implementazione della metodologia TBL è aumentato in maniera statisticamente significativa il numero di studenti che ha risposto a più dell'80% di risposte corrette (37% nel 2010 vs 50% nel 2011), (Tabella 2) invece, se si considerano i Canali separatamente, la significatività si riscontra solo nel canale A.

Tabella 2 - Confronto performance d'esame

	canale A					canale B					canale C					p value cumulativo
	2010		2011		p value	2010		2011		p value	2010		2011		p value	
	n. 78	%	n. 74	%		n. 75	%	n. 74	%		n. 66	%	n. 58	%		
I (>80% esatto)	18	23	34	46	0,002	30	40	38	51	0,08	34	52	30	52	0,16	
II (60-80% esatto)	42	54	36	48		21	28	24	33		19	29	23	40		
III (<60% esatto)	18	23	5	6		24	32	12	16		13	19	5	8		

Gradimento della metodologia e fattibilità

Il questionario è stato compilato da 199 studenti su 207 (96%). Gli studenti hanno preferito le sessioni di TBL alle lezioni frontali (89%) e più dell'84% vorrebbe affrontare altri argomenti con questa metodologia, che dovrebbe essere estesa a tutto il Corso integrato. Il confronto tra studenti chiarifica i concetti appresi autonomamente (86%), anche se il 30% degli studenti dichiara scarso impegno nella preparazione. Quasi la totalità dei discenti (97%) ritiene che le sessioni TBL siano coinvolgenti e l'84% crede di aver risposto correttamente alle domande d'esame relative agli argomenti trattati con questa metodologia. Il 15% degli studenti sostiene che il TBL sia poco impegnativo per l'insegnante; al contrario, da tutte le relazioni degli assistenti emerge che la preparazione di una sessione è più gravosa rispetto alla lezione frontale, oltre a richiedere un notevole impiego di materiale cartaceo. Dai resoconti degli assistenti si evince, inoltre, che la classe non può essere governata da un solo docente, data la necessità di controllare gli studenti durante i test individuali e di gruppo.

Inoltre, si evidenzia l'impossibilità, da parte di una sola persona, di correggere i test individuali e illustrare i risultati nel corso della stessa lezione. Tuttavia, gli assistenti, che hanno sottolineato il clima ordinato e partecipato in cui si svolgevano le sessioni e l'incremento dei risultati dei test individuali e di gruppo dalla prima all'ultima sessione (Tabella 3), auspicano l'estensione del metodo agli altri moduli del Corso Integrato, con l'obiettivo di dare valore certificativo alla lezione.

Tabella 3 - Risultati delle sessioni

		Sessione I		Sessione II		Sessione III		Sessione IV		Sessione V	
		I-RAT	G-RAT	I-RAT	G-RAT	I-RAT	G-RAT	I-RAT	G-RAT	I-RAT	G-RAT
% risposte esatte	A	74	90	80	93	72	91	92	96	94	99
	B	53	71	68	85	67	91	67	89	71	94
	C	48	80	56	82	63	92	63	92	79	98

Discussione

Il TBL è stato implementato all'interno del CdL in Infermieristica di Torino rispettando la sequenza degli eventi previsti dalla metodologia, diversamente da alcuni autori che parlano di *modified* o *adjusted* TBL (Touchet et al., 2005; Zingone et al., 2010; Tai, Koh, 2008; Elliott, 2014). Complessivamente la sperimentazione ha mostrato che il TBL ha migliorato le performance d'esame degli studenti, relativamente agli argomenti trattati con tale metodologia (Morris, 2016b; Kim et al., 2016; Della Ratta, 2015; Levine et al., 2010).

Considerando separatamente i Canali, questo risultato è visibile solo nel canale A. E' possibile ipotizzare che nel canale C abbia influito la presenza di un maggior numero di studenti la cui madrelingua è diversa dall'italiano. Inoltre il singolo Canale rappresenta un campione piuttosto ridotto in cui è più difficile rilevare differenze statisticamente significative.

Tuttavia, la tabella 3 permette di osservare una sensibile diminuzione della percentuale di coloro che hanno risposto correttamente a meno del 60% delle domande. Tale dato suggerirebbe, in accordo con altri autori (Koles et al., 2005; Nieder et al., 2005), che a beneficiare maggiormente della metodologia TBL sarebbero gli studenti più deboli, anche se la significatività di questo dato andrebbe comprovata statisticamente. È quindi verosimile che la sessione TBL permetta di fissare i concetti nella memoria degli studenti diminuendo la necessità di studio prima dell'esame (Eaton et al., 2017; Michaelsen et al., 2008).

Dai risultati emerge che il TBL è una metodologia fortemente apprezzata dagli studenti, che si sentono più coinvolti rispetto alla tradizionale lezione frontale, come afferma l'89% di questi (Dunaway, 2005; Pileggi, O'Neill 2008; Letassy et al., 2008). Sia gli studenti (84%), sia gli assistenti hanno auspicato l'utilizzo di questa metodologia anche da parte di altri moduli dello stesso insegnamento. In particolare, gli assistenti riterrebbero utile dare valore certificativo alla lezione a garanzia della preparazione dello studente (Michaelsen et al., 2008). Nonostante le sessioni non generassero una valutazione di cui tenere conto in sede d'esame, la tabella 3 permette di osservare un incremento dei punteggi, sia dei test individuali sia dei test di gruppo, tra la I e la V sessione. Inoltre, solo il 30% degli studenti dichiara scarso impegno nello studio a domicilio, mentre l'86% di dichiara che il gruppo ha aiutato a chiarire i concetti appresi autonomamente. Questi dati confermerebbero i benefici della metodologia riportati dalla letteratura: il gruppo responsabilizza lo studente nei confronti di sé e degli altri, generando una competizione sana, positiva e produttiva (Tai, Koh, 2008; Koles et al., 2010).

Anche a seguito di questa sperimentazione si rileva il notevole carico lavorativo del docente per implementare il TBL. Ciò nonostante, una parte degli studenti, seppure contenuta (15%), la ritiene una metodologia poco impegnativa per l'insegnante. Tale criticità veniva già segnalata da Dunaway et al. (2005).

Inoltre, la classe non sarebbe stata gestibile da un solo docente: gli assistenti ritengono che ciò sia difficoltoso anche solo in relazione ai numerosi materiali cartacei che sono di volta in volta da distribuire e raccogliere. Sebbene Letassy et al. (2008) sostengano che il docente debba prendere confidenza con la metodologia per poter condurre agevolmente una sessione e gli osservatori abbiano rilevato un clima ordinato, sembra ora prematuro affermare che un solo docente possa condurre una sessione di TBL autonomamente, in accordo con Koles et al. (2010).

In conclusione, è sufficiente un solo docente per integrare i contenuti e avviare la discussione, ma ha comunque bisogno di essere coadiuvato per garantire il rispetto dei tempi, diversamente da quanto suggerisce parte della letteratura (Letassy et al., 2008; Pileggi & O'Neill 2008).

L'ideatore della metodologia Michaelsen (2008) ritiene che siano necessarie 40 h di TBL per poterla valutare. Trattandosi di una prima sperimentazione non era possibile pensare di raggiungere questo monte ore per più ragioni. Innanzitutto, non si poteva prevedere in anticipo quale impatto avrebbe avuto il TBL sugli studenti. In secondo luogo, la strutturazione del Corso di Laurea in tre Canali e la presenza di sei docenti coadiuvati da un solo esperto di TBL costituiva un limite. Purtroppo, non è stato possibile tenere conto delle votazioni in itinere, perché questa metodologia non era estesa a tutte i moduli del Corso integrato: lo studente si sarebbe presentato all'esame con un voto che aveva significato per alcuni docenti, ma non per altri.

La sperimentazione del TBL presso il CdL in Infermieristica dell'Università di Torino risale a più di 7 anni fa e la modifica del piano di studi non ha permesso l'estensione della metodologia. Tuttavia, alcuni docenti hanno continuato ad utilizzare il TBL per parte delle lezioni, oppure hanno preso spunto dalla metodologia per promuovere la partecipazione degli studenti durante le lezioni in plenaria. Infatti, nel corso di questi anni, si sono sviluppate tecnologie che consentono una più agevole gestione del gruppo da parte di un solo docente, come ad esempio applicazioni per smartphone e tablet che possono sostituire gran quantità di materiale cartaceo, consentendo al docente di formulare quesiti a risposta multipla che lo studente visualizza e a cui risponde tramite il suo dispositivo. L'uso di tecnologie per facilitare il TBL è oggetto di una recente revisione della letteratura (River et al., 2016). Infine, sarebbe stato opportuno raccogliere più dati sui campioni di studenti (es: età e scolarità), di cui tenere conto attraverso un'analisi multivariata per comprendere se queste variabili abbiano effettivamente impattato sulle performance d'esame. Il gradimento degli studenti rilevato attraverso il questionario poteva essere confrontato con il gradimento della didattica relativo all'intero Corso Integrato.

Nonostante i limiti, la divulgazione di questa esperienza passata può essere d'aiuto a chi intenda utilizzare questo metodo che ha sempre maggiore diffusione nell'insegnamento delle Scienze della Salute.

Conclusioni

Il TBL è, ad oggi, l'unica metodologia in grado di promuovere la partecipazione attiva in presenza di un gran numero di studenti in un setting non appropriato come la plenaria. La diffusione del TBL rappresenta un momento importante per l'Infermieristica e per il Corso di Laurea stesso. Alla luce del raggiungimento degli obiettivi dello studio, è possibile affermare che questa metodologia merita di essere implementata, visto l'impatto positivo che ha sia sulle performance d'esame sia sul gradimento degli studenti.

BIBLIOGRAFIA

- Branney, J., Priego-Hernández, J., 2018. A mixed methods evaluation of team-based learning for applied pathophysiology in undergraduate nursing education. *Nurse Educ. Today* 61, 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.014>.
- Clark, M.C., Nguyen, H.T., Bray, C., Levine, R.E., 2008. Team-Based Learning in an Undergraduate Nursing Course. *J. Nurs. Educ.* 47, 111–117. <https://doi.org/10.3928/01484834-20080301-02>.
- Conway, S.E., Johnson, J.L., Ripley, T.L., 2010. Integration of team-based learning strategies into a cardiovascular module. *Am. J. Pharm. Educ.* 74, 35. <https://doi.org/10.5688/aj740235>.

- Currey, J., Eustace, P., Oldland, E., Glanville, D., Story, I., 2015. Developing professional attributes in critical care nurses using Team-Based Learning. *Nurse Educ. Pract.* 15, 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.01.011>.
- Della Ratta, C.B., 2015. Flipping the classroom with team-based learning in undergraduate nursing education. *Nurse Educ.* 40, 71–4. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000112>.
- Dunaway, G.A., 2005. Adaption of team learning to an introductory graduate pharmacology course. *Teach. Learn. Med.* 17, 56–62–8. https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1701_10.
- Eaton, M., deValpine, M., Sanford, J., Lee, J., Trull, L., Smith, K., 2017. Be the Change: An Interprofessional Team-Based Health Advocacy Summit. *Nurse Educ.* 42, 226–230. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000382>.
- Elliott, S., 2014. Using a Modified Team-Based Learning Approach to Teach Community Health Nursing. *Nurs. Educ.* 53, 651–654. <https://doi.org/10.3928/01484834-20141027-01>.
- Haidet, P., Teal, C.R., 2014. Organizing chaos: a conceptual framework for assessing hidden curricula in Medical Education, in: Hafferty, F.W., O'Donnell, J.F. (Eds.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*. Dartmouth College Press, Hanover, NH, pp. 84–95.
- Kim, H.R., Song, Y., Lindquist, R., Kang, H.Y., 2016. Effects of team-based learning on problem-solving, knowledge and clinical performance of Korean nursing students. *Nurse Educ. Today* 38, 115–118. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.003>.
- Koles, P., Nelson, S., Stolfi, A., Parmelee, D., DeStephen, D., 2005. Active learning in a Year 2 pathology curriculum. *Med. Educ.* 39, 1045–1055. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02248.x>.
- Koles, P.G., Stolfi, A., Borges, N.J., Nelson, S., Parmelee, D.X., 2010. The impact of team-based learning on medical students' Academic Performance. *Acad. Med.* 85, 1739–1745. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f52bed>.
- Letassy, N.A., Fugate, S.E., Medina, M.S., Stroup, J.S., Britton, M.L., 2008. Using team-based learning in an endocrine module taught across two campuses. *Am. J. Pharm. Educ.* 72. <https://doi.org/10.5688/aj7205103>.
- Levine, R.E., Boyle, M.O., Haidet, P., Lynn, D.J., Stone, M.M., Dwight, V., Paniagua, F., 2010. Teaching and Learning in Medicine : An International Transforming a Clinical Clerkship with Team Learning Transforming a Clinical Clerkship with Team Learning. *Teach. Learn. Med. An Int. J.* 16, 270–275. <https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1603>.
- Michaelsen, L.K., Parmelee, D., McMahon, K.K., Levine, R.E., 2008. *Team-based Learning for health professions education: a guide to using small groups for improving learning*, 1st ed. Stylus Publishing, Sterling, Virginia.
- Morris, J., 2016a. The use of team-based learning in a second year undergraduate pre-registration nursing course on evidence-informed decision making. *Nurse Educ. Pract.* 21, 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.09.005>.
- Morris, J., 2016b. Implementation of a team-based learning course: Work required and perceptions of the teaching team. *Nurse Educ. Today* 46, 146–150. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.002>.
- Nieder, G.L., Parmelee, D.X., Stolfi, A., Hudes, P.D., 2005. Team-based learning in a medical gross anatomy and embryology course. *Clin. Anat.* 18, 56–63. <https://doi.org/10.1002/ca.20040>.
- Pileggi, R., O'Neill, P.N., 2008. Team-based learning using an audience response system: an innovative method of teaching diagnosis to undergraduate dental students. *J. Dent. Educ.* 72, 1182–8.
- River, J., Currie, J., Crawford, T., Betihavas, V., Randall, S., 2016. A systematic review examining the effectiveness of blending technology with team-based learning. *Nurse Educ. Today* 45, 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.012>.
- Tai, B.C., Koh, W.P., 2008. Does Team Learning Motivate Students' Engagement in an Evidence-based Medicine Course? *Ann. Acad. Med. Singapore* 37, 1019–1023.
- Thomas, J., Jinks, A., Jack, B., 2015. Finessing incivility: The professional socialisation experiences of student nurses' first clinical placement, a grounded theory. *Nurse Educ. Today* 35, e4–e9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.022>.
- Touchet, B.K., Coon, K.A., Ed, D., 2005. Resident Psychodynamic Psychotherapy Education. *Test* 293–296.
- Willett, R.L., Rosevear, G.C., Kim, S., 2011. A trial of team-based versus small-group learning for second-year medical students: Does the size of the small group make a difference? *Teach. Learn. Med.* 23, 28–30. <https://doi.org/10.1080/10401334.2011.536756>.
- Zingone, M.M., Franks, A.S., Guirguis, A.B., George, C.M., Howard-Thompson, A., Heidel, R.E., 2010. Comparing team-based and mixed active-learning methods in an ambulatory care elective course. *Am. J. Pharm. Educ.* 74, 160. <https://doi.org/10.5688/aj7409160>.

SCAFFALE

La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace

di Marco Geddes da Filicaia

Editore: Il pensiero Scientifico Editore, 2018
pagine 180, euro 18,00



Un testo illuminante che non risparmia critiche al Sistema Sanitario Nazionale che smonta pezzo per pezzo le argomentazioni di chi da oltre 20 anni insiste nel voler smantellare uno straordinario diritto acquisito.

Gli Italiani amano criticare ferocemente qualsiasi apparato istituzionale, sanità in testa, dimenticando colpevolmente il valore universale della cosa, l'equità del sistema, la sostanziale gratuità dello stesso.

Valutare, per l'ennesima volta, il tema della prevenzione con un approccio mirato alla salute, con la proiezione verso un futuro di risparmio anche economico, permette di valutare con tranquillità il valore di scelte quali l'educazione alla salute, gli screening ed il calendario vaccinale.

Tutto il testo si rivolge a chi ha le possibilità di mettere in atto scelte etiche e di rispetto della popolazione che sta cambiando.

Un approccio nuovo al paziente anziano cronico, con coinvolgimento diretto dello stesso nell'aiutarsi a garantire una vecchiaia in discreta salute, minando le fondamenta di patologie croniche che possano garantire il proseguimento del percorso di vita, ma con una scarsa qualità della stessa.

Combattere contro la bulimia di prestazioni sanitarie che non garantiscono salute e portare il sistema ad una svolta culturale e cioè all'appropriatezza nel non richiedere esami di laboratorio a pioggia, approfondimenti diagnostici ridondanti, visite specialistiche con una periodicità insensata.

Equità e dignità sono valori che hanno una radice comune e nel percorso sanitario devono poter esprimersi in tutto il loro senso sociale, un sistema equo deve garantire l'accesso per tutti, la presa in carico di tutti, il diritto ad essere curati nel migliore modo possibile per tutti, quindi attenzione a come si presenta il sistema pubblico e come lo stesso tracci i propri utenti senza distinzioni di età.

Diamo grande dignità al paziente anziano, demente o non autosufficiente, o malato multi patologico garantendogli la dignità delle cure e della sua persona.

Ringrazio quindi Marco Geddes per aver riportato alla luce temi che troppo spesso risultano marginali nella discussione sul mantenimento di un sistema pubblico, in alcuni casi, così virtuoso.

Claudio Vagnini
Direttore generale Azienda USL Ferrara

SCAFFALE

La valutazione del paziente con ulcere croniche

di Claudia Caola, Alberto Apostoli, Angela Libardi, Emilia Lo Palo

Editore: Maggioli – collana "infermiere e la sua professione"
pagine 282, euro 32,00



*“Dedicato a tutti gli infermieri
pieni di se
e non di sé.”*

La dedica e il sotto titolo del libro sono d’impatto e molto eloquenti sul taglio e l’impostazione che gli autori hanno voluto dare al testo.

Si percepisce immediatamente un’intensa volontà di guidare il lettore al ragionamento e ad una presa in carico globale della persona assistita ponendo molta attenzione ad un approccio scientifico, molto curato nelle citazioni ed i lavori scelti per dare supporto alla teoria di fondo di guardare oltre la ferita.

Il passaggio dal *Wound Care* Versus *Wound Management* è assolutamente centrale e punto cardine sull’approccio centrato sulla persona, “non esistono ferite difficili, ma pazienti difficili, ossia complessi, fragili, affetti da pluripatologie croniche, spesso con problematiche socioeconomiche” (pag. 14). La citazione pone l’attenzione dell’operatore, che approccia alla persona con lesioni, su tutti gli ambiti in cui il paziente è incastonato. Non si può iniziare alcun trattamento senza una accurata valutazione e successiva progettualità da parte dell’operatore su come gestire l’intero sistema *persona assistita* comprensivo della rete familiare, sociale ed economica.

L’attenzione a sviluppare un pensiero critico dell’operatore, efficace, vitale e prezioso per gli assistiti emerge in tutto il testo. È molto apprezzabile anche il valore che viene dato al professionista infermiere in grado di mettersi in discussione e di interrogarsi sulla propria pratica clinica tarando l’agire in funzione della letteratura scientifica di riferimento accuratamente ricercata e utilizzata nel percorso di cambiamento culturale al quale tutti dovremmo auspicare.

La struttura del testo permette un inquadramento immediato dell’argomento. A supporto di tale struttura sono molto utili le tabelle e le figure riassuntive che orientano e sintetizzano concetti più specifici e complessi. Molto funzionale il “Glossario” posto al termine dei capitoli, permette di focalizzare i termini più importanti rispetto all’argomento trattato.

Ogni “Parte” del testo ha uno specchietto riassuntivo sugli argomenti che i capitoli si propongono di affrontare e sui riferimenti che verranno messi in evidenza.

Si dà grande valore, inoltre, agli aspetti demografici, epidemiologici ed economici con particolari confronti internazionali che mettono in relazione i vari approcci utilizzati a livello mondiale nell'affrontare il “problema” lesioni croniche ed acute.

Per ogni tipologia di lesione, in base all'etiopatogenesi, gli autori danno informazioni su: “dimensioni del problema (nazionale ed internazionale), come si formano (meccanismo eziopatogenico), quali sono le caratteristiche del paziente ed in fine quali sono le caratteristiche della lesione”.

Il linguaggio tecnico utilizzato è supportato da elementi pratici e di immediata comprensione, la letteratura supporta percorsi snelli come le tecniche applicate in sanità dalla metodologia del *Lean Thinking* (pensiero snello). Es. percorso a tappe descritto nel capitolo 7 (pag. 129).

L'impatto delle lesioni sulle attività di vita del paziente e della sua rete familiare e/o sociale è descritto ed approfondito nel capitolo 12. Notevole l'attenzione che viene posta a tutte le dimensioni del malato: fisica, psicologica, sociale ed economica.

Non da meno è affrontato il problema della gestione del dolore e di tutti gli stati d'animo correlati ad una persona che prova del dolore, soprattutto se per un tempo assai prolungato.

Le scale scelte (cap. 13) per la valutazione delle lesioni permettono, anche all'infermiere che approccia per la prima volta alla valutazione del paziente con lesioni, di strutturare un ragionamento clinico e critico oggettivo configurante lo stato della lesione. Gli score inseriti permettono un linguaggio univoco ed inconfutabile che guida e consente un'informazione assolutamente il più verosimile e aderente alla realtà della ferita stessa.

Sicuramente in modo intensionale gli autori ci lasciano con suspense su la fatidica domanda: “*E quindi cosa ci metto sopra?*”. Per chi si occupa di lesioni sappiamo benissimo come i nostri smartphone siano infarciti di lesioni di tutti i tipi e di svariate commistioni tra il tragico, il personale e il professionale. Sono certa che tutti, insieme alle foto dei nostri figli, paesaggi e piatti luculliani, abbiamo interessanti immagini di “decubiti” che qualcuno ci ha inviato per decidere come trattarli.

Resta la mia curiosità su come verrà impostato il testo n° 2 con i piani di trattamento e i prodotti esistenti in commercio. Attendo fiduciosa ed auspico agli autori di intraprendere tale iniziativa.

Antonella Ferracci
Wound Specialist
Policlinico Tor Vergata – Roma
Coordinatore Clinico
Dipartimento di Chirurgia

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@cert.fnopi.it