

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXIII

2

ISSN 2038-0712

**MARZO-APRILE
2019**



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Organo ufficiale della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)

INDICE

● EDITORIALE

**Il futuro dell'assistenza sul territorio è l'infermiere di famiglia e comunità:
le Regioni confermano**

di Barbara Mangiacavalli

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Il counseling come strumento d'elezione per il benessere: revisione della letteratura

*di Stefano Masci, Valentina Zeffiro, Ercole Vellone, Mathieu Biot, Charlotte Costantini,
Cristina Gottardo, Francesca La Pignola, Sabrina Lowd, Marilena Mancuso, Arianna Orrù,
Vittoria Pirozzi, Cristina Ruggini, Antonella Santamaria Ferraro, Simona Sinistri, Rosaria Alvaro,
Gennaro Rocco*

Gestione infermieristica del breakthrough cancer pain: uno studio trasversale multicentrico

*di Elisabetta Zanotti Fragonara, Pier Luigi Ingrassia, Fabrizio Colombo, Barbara Suardi,
Gaetano Auletta*

● CONTRIBUTI

Educare alla prevenzione: il ruolo dell'infermiere di famiglia

di Glenda Campolunghi

Contatto e affettività nelle relazioni di cura "Caring Massage"[®]

di Marsaglia Caterina, Resta Daniela, Galizio Maddalena

L'infermiere di ricerca: un point of view

di Elena Brioni

● ESPERIENZE

L'efficacia del guss test nello screening della disfagia nei pazienti con ictus in fase acuta

di Erica Giroto, Moira Barison, Chiara Stoppa

**Quanto, come e perché si associano più medicazioni nel trattamento delle lesioni cutanee:
risultati di un'indagine**

di Alberto Apostoli, Fabio Bellini, Cecilia Fracassi, Arianna Lach, Annalisa Poli

Healthcare staffing: dalle mansioni alle competenze

di Regina Benedetti, Stefania Ceradini, Alessandra Corazza, Lorenza Guarino

Contenere la contenzione: un possibile percorso di audit

*di Angela Peghetti, Stefano Casciato, Silvia Sferrazza, Roberto Accettone, Alessandro Cinque,
Gabriele Caggianelli, Pampoorickel Kusumam, Antonio Coscarella, Emanuella Colelli,
Giuseppe Marchesani*

Percorso Assistenziale per la gestione del paziente emodializzato con lesioni vascolari agli arti

di Enrico Baruzzo, Giuseppe Comunian, Franco Martinello, Andrea Bruttocao, Lorenzo A. Calò

Il percorso di certificazione delle competenze dell'infermiere di neonatologia

*di Monica Miari, Annamaria Bagnasco, Marina Lemmi, Cinzia Gradellini, Patrizia Beltrami,
Loredana Sasso*

● SCAFFALE

Le trame della cura

di Alfredo Zuppioli

Il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative

di Gianluca Catania



EDITORIALE

Il futuro dell'assistenza sul territorio è l'infermiere di famiglia e comunità: le Regioni confermano

di Barbara Mangiacavalli

Presidente Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI)

Il territorio è il maggior ambiente di sviluppo dell'assistenza. Non solo per gli infermieri che ormai da tempo puntano ai servizi di prossimità, anzi, di più, a quelli addirittura domiciliari, ma anche delle stesse Regioni.

La conferma maggiore l'abbiamo avuta alla tavola rotonda durante l'XI Conferenza nazionale sulle politiche della professione infermieristica che si è svolta da poco a Firenze, dove sono state proprio le Regioni che possono considerarsi benchmark per l'organizzazione dell'assistenza e l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza – Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Liguria e Piemonte – a confermare che lo sviluppo dell'assistenza è sul territorio e proprio con l'infermiere di famiglia.

Le affermazioni dei direttori degli assessorati alla sanità di queste Regioni hanno confermato pienamente ciò che la Federazione dice e porta avanti ormai da anni:

- l'infermiere di famiglia e di comunità è una grande sfida e rappresenta un passo necessario nonostante i problemi e i vincoli di spesa, per dare ai cittadini quel livello di servizio che ormai può crescere solo con la crescita delle professioni sanitarie;
- la collaborazione tra professionisti – e la collocazione che FNOPI dà all'infermiere di famiglia è in team con il medico di medicina generale - è un'innovazione che ha avuto in alcuni territori come effetto una riduzione della mortalità per una serie di patologie croniche, dimostrando che la strada è quella giusta e che la soluzione è in nuove competenze e nuove aree da dedicare alla professione infermieristica, con un modello non più ospedalocentrico, ma indirizzato ai servizi territoriali secondo il Chronic Care Model, per il miglioramento della condizione dei malati cronici grazie a un approccio 'proattivo' tra personale sanitario e medicina di iniziativa;
- la presa in carico del paziente fragile e la continuità assistenziale sono obiettivi che possono essere realizzati solo con un'organizzazione multidisciplinare e multiprofessionale, senza corporativismi e il mondo infermieristico ha dimostrato di avere la maggiore capacità di aprirsi all'idea di prendersi cura della persona all'interno di un processo multidisciplinare; chi lo ha realizzato ha avuto risultati eccellenti che descrivono da soli importanza e ruolo della multidisciplinarietà e dell'infermiere di famiglia.

Ma c'è chi si è anche spinto oltre. Come il Piemonte ad esempio che ha sottolineato che qualcuno strumentalizza l'assistenza per creare divario tra professionisti invece che coesione e multiprofessionalità e lo fa in particolare in settori come l'emergenza, sottolineando che il modello attuale è consolidato quasi uguale in tutte le Regioni presenti all'incontro, ha dato e dà risultati tangibili e i migliori possibili dal punto di vista degli effetti positivi sui cittadini perché è un buon modello e funziona e per questo deve restare così com'è.

Anzi, in Piemonte si è sviluppato anche il primary nursing negli ospedali che si fonda sull'attribuzione, dall'ingresso alla dimissione, di uno o più pazienti a un infermiere: una presa in carico analoga tra ospedale e territorio.

O anche la Liguria che il suo 29% di anziani ha affermato senza alcuna esitazione di aver bisogno di utilizzare il Chronic Care model e l'infermiere di famiglia è una delle direzioni verso cui andare per realizzare e rendere davvero efficace il nuovo modello.

Il messaggio quindi è chiaro: i percorsi vanno disegnati insieme. Bisogna costruire processi, modelli, percorsi e progettazioni e chi si occupa di formazione deve dare un continuum a tutti i professionisti, perché management (più o meno complesso) e clinica (anche con le specializzazioni infermieristiche), non siano disgiunti e perché il percorso sia aderente al panorama epidemiologico e di salute in cui oggi e nei prossimi anni ci troviamo e ci troveremo.

Nei prossimi dieci anni 8 milioni di anziani avranno almeno una malattia cronica grave. Nel 2030, potrebbero arrivare a 4 milioni e mezzo gli ultra 65enni che vivranno da soli, e di questi, 1 milione e 200mila avrà più di 85 anni.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della residenzialità fondata sulla rete territoriale di presidi sociosanitari e socioassistenziali, oggi ancora privilegio per pochi con forti disomogeneità a livello regionale, non è più procrastinabile anche in funzione di equilibri sociali destinati a scomparire, con la progressiva riduzione di persone giovani all'interno dei nuclei familiari.

Se oggi ci sono 35 anziani ogni 100 persone in età lavorativa, nel 2050 ce ne saranno quasi il doppio: 63.

L'obiettivo è mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. Oggetto dell'assistenza dell'Infermiere di famiglia è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base. In tal senso l'infermiere di famiglia svolge il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e sociosanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione.

Quindi un infermiere che lavori in équipe col medico, un infermiere "di famiglia" accanto e a fianco del medico di famiglia, vere e proprie "micro-équipe" sul territorio che siano davvero a fianco del paziente, senza soluzioni pericolose e che dia a ciascuno il suo ruolo nel rispetto delle singole professionalità.

L'infermiere di famiglia può gestire i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento e opera in collaborazione con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'équipe multiprofessionale per aiutare individuo e famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

Si tratta di un professionista che svolge il proprio ruolo nella comunità in maniera reattiva e/o proattiva, in rete con tutti i servizi sociosanitari già offerti e le Regioni lo hanno compreso.

Ora spetta alla politica la mossa successiva, quella che consentirà di allargare su tutto il territorio, strutturandola, questa innovazione che rappresenta anche uno dei possibili ambiti di specializzazione degli infermieri a cui la professione deve puntare e sta puntando.

In più, la nuova figura rientra nella garanzia, valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali, tenendo conto dei livelli della formazione acquisita, in coerenza con quanto previsto nei Contratti collettivi nazionali di settore.

E la Federazione sta portando avanti il progetto. Da un lato promuovendo e stimolando disegni di legge ad hoc, dall'altro facendo in modo che l'infermiere di famiglia e di comunità diventi una figura attiva del nuovo Patto per la salute.

Il counseling come strumento d'elezione per il benessere: revisione della letteratura

Stefano Masci¹, Valentina Zeffiro², Ercole Vellone³, Mathieu Biot⁴, Charlotte Costantini⁴, Cristina Gottardo⁴, Francesca La Pignola⁴, Sabrina Lowd⁴, Marilena Mancuso⁵, Arianna Orrù⁴, Vittoria Pirozzi⁴, Cristina Ruggini⁴, Antonella Santamaria Ferraro⁴, Simona Sinistri⁴, Rosaria Alvaro⁶, Gennaro Rocco⁷

¹ Direttore Scuola di Counseling CIPA, Università Tor Vergata, Roma

² Dottoranda di ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, Università Tor Vergata, Roma

³ Monza Ricercatore in Scienze Infermieristiche, Università Tor Vergata, Roma

⁴ Counselor presso Scuola di Counseling CIPA, Università Tor Vergata, Roma

⁵ Infermiera presso Reparto di Cardiologia dell'Ospedale S. Spirito, Roma

⁶ Professore Ordinario in Scienze infermieristiche, Università Tor Vergata, Roma

⁷ Direttore Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, Roma

Corrispondenza: valentina.zeffiro@uniroma2.eu

RIASSUNTO

Introduzione Il raggiungimento del benessere individuale orienta i comportamenti di tutti gli esseri umani. Il counseling nel corso degli anni ha mostrato di essere uno strumento di elezione a supporto di tale processo.

Tuttavia, data la complessità e la multidimensionalità del benessere, diviene necessaria l'identificazione delle dimensioni che lo compongono prima di una pianificazione degli interventi. L'obiettivo della presente revisione è stato quello di identificare le dimensioni del benessere su cui sia possibile effettuare interventi di counseling.

Materiali e metodi Le banche dati scientifiche consultate sono state PubMed e CINAHL insieme ad altre fonti. A seguito della selezione degli articoli è stata effettuata la valutazione qualitativa degli studi finali individuati.

Risultati Sono stati inclusi nei risultati 21 studi, dai quali è stato possibile identificare tra le più comuni dimensioni del benessere quelle correlate al contesto sociale, all'individualità delle persone, alle emozioni e allo stato di salute. Inoltre alcuni studi hanno mostrato l'efficacia del miglioramento del benessere tramite interventi che mirano allo sviluppo dei punti di forza degli individui, come avviene in un processo di counseling.

Discussione Il counselor, nella relazione d'aiuto, prende in esame le dimensioni individuali del benessere, facilita il cliente nell'assunzione di consapevolezza rispetto alle dimensioni correlate alle emozioni e promuove, quando necessario, cambiamenti comportamentali rispetto alle dimensioni sociali.

Conclusioni Il miglioramento del benessere individuale è un obiettivo fondamentale del counseling, per tale motivo l'individuazione delle dimensioni che lo compongono può essere d'aiuto per definire interventi finalizzati alla modificazione di quei comportamenti individuali correlati alle dimensioni stesse.

Parole chiave: counseling, salute, benessere, felicità, dimensioni, questionario

Counseling as a first choice tool for well-being: a literature review

ABSTRACT

Introduction Human behavior is usually led by the achievement of personal well-being. Over the years, counseling proved its potentiality as first choice tool for supporting this process. However, given the complexity and multidimensionality of well-being, it becomes imperative to identify its constituent features before planning interventions. The aim of this review was to identify the dimensions of well-being on which counselling interventions can be carried out.

Methods The scientific databases PubMed and CINAHL were reviewed along with others sources. Subsequent to the selection of the articles, a qualitative evaluation of the identified studies was carried out.

Results Twenty-one studies were included in the review. The most common dimensions of well-being were related to social context, people' individuality, emotions and health status. Moreover, a number of studies showed the effectiveness of improving well-being through interventions aimed at developing the strengths of individuals, as in a counseling process.

Discussion In a helping relationship, the counselor analyses the individual dimensions of well-being, facilitates the client in his becoming aware of the emotion-related elements and fosters, when appropriate, behavioral changes with respect to the social dimensions.

Conclusions The improvement of individual well-being is a core objective of counseling. Therefore, the identification of the constituent traits of well-being can be of assistance in defining interventions aimed at changing those individual behaviors related to the traits themselves.

Key words: counseling, health, well-being, happiness, dimensions, questionnaire

INTRODUZIONE

Il concetto di benessere è ampiamente ritenuto dalla comunità scientifica come un costrutto multidimensionale e complesso, talvolta controverso, riguardante i livelli ottimali di esperienza e di funzionamento personale (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001).

Tale complessità si manifesta tutt'oggi sia con la mancanza di una definizione in grado di affermare in modo chiaro e definitivo il significato esatto del termine (Dodge, Daly, Huyton, & Sanders, 2012), sia con la grande numerosità di strumenti utilizzati per la sua misurazione. Quanto affermato è supportato da due recenti revisioni della letteratura nelle quali sono stati identificati 99 (Linton, Dieppe, & Medina-Lara, 2016) e 60 (Lindert, Bain, Kubzansky, & Stein, 2015) diversi strumenti di misurazione del benessere, dai quali è stato possibile estrarre rispettivamente 196 e 25 dimensioni che vanno ad identificare il benessere stesso.

Il raggiungimento prima e il mantenimento poi del benessere individuale sono obiettivi a cui tutti gli esseri umani tendono. Uno degli strumenti di elezione per il miglioramento del benessere individuale è il counseling. È stato dimostrato come un intervento di counseling sia importante per affrontare problematiche correlate allo stato di salute (es. mancanza di attività fisica, cattiva alimentazione, comportamenti sessuali a rischio, uso di tabacco, alcol e droghe ecc.) (Whitlock, Orleans, Pender, & Allan, 2002), alla vita professionale (Ray, 2007), alla vita familiare (Johnston & Goldman, 2010; Silverman, 1978) e alla vita sociale (Smart & Smart, 1995).

Dati i diversi contesti in cui l'individuo opera e data la complessità di definizione del concetto di benessere, risulta importante l'identificazione delle diverse dimensioni che lo compongono ai fini di un suo miglioramento. Secondo Chambers (1999) le dimensioni del benessere si sovrappongono in misura significativa con le informazioni, fornite dal cliente, che modellano gli obiettivi di trattamento e motivano la scelta degli interventi di counseling. Nonostante i numerosi progressi effettuati nella ricerca del benessere sia psicologico che soggettivo, fino ad ora vi è stato un impatto minimo dei risultati ottenuti sulla pratica di counseling (Lent, 2004).

Non sono stati trovati in letteratura studi focalizzati esclusivamente sulle dimensioni del benessere analizzate da un punto di vista del counseling, ovvero

il cui intento fosse quello di individuare le dimensioni del benessere su cui il counseling può intervenire o che correlasse tali dimensioni a dei possibili interventi. Ciò nonostante molti studi hanno evidenziato come il miglioramento del benessere possa essere legato ad un intervento di counseling (Cocodia, 2013; Fordyce, 1983; Fulmer, 2015).

Riferimenti teorici di benessere per il counseling

Diversi sono i modelli teorici di benessere sviluppati nel corso degli anni dai padri fondatori del counseling, Carl Rogers (Rogers, 1978, 2007) e Rollo May (May, 1991), fino ad arrivare alle varie applicazioni delle competenze di counseling in diversi ambiti, come ad esempio in quello sanitario (Masterson Creber et al., 2016; Vellone et al., 2017). Uno dei primi studiosi della psicologia positiva è stato lo psicologo americano Michael Fordyce (1944-2011). Fordyce ha dimostrato che la felicità e il benessere possono essere statisticamente misurati e incrementati attraverso la modificazione dei comportamenti e degli schemi di pensiero causa o effetto di questi. La sua ricerca è basata sull'ipotesi che modificando alcune azioni, alcuni pensieri o variando lo stile di vita quotidiano, si possa migliorare la risposta emotiva dei singoli individui e quindi la felicità percepita. L'autore ha elaborato un programma, denominato i 14 fondamentali della felicità, in grado di incidere sulla felicità stessa.

Quest'ultima è determinata non solo da fattori oggettivi (es. benessere economico, livello istituzionale, livello di istruzione, efficienza dei servizi sanitari) ma soprattutto da fattori soggettivi (es. essere orientati sul presente, curare rapporti intimi, essere se stessi). Fordyce inoltre riteneva che il benessere soggettivo percepito fosse dato dall'unione di due fattori: l'aspetto cognitivo-razionale (come giudico la mia vita) e quello emotivo (come mi sento nella mia vita), dimostrando che si può agire su entrambi (Fordyce, 1983).

Un altro sviluppatore della teoria della psicologia positiva è stato Martin Seligman (1942-), famoso psicologo americano, secondo cui la felicità autentica consiste nel provare emozioni positive riguardo al passato e al futuro, nell'assaporare sensazioni positive derivanti dai tanti piaceri dell'esistenza, nel trarre abbondante gratificazione dalle proprie potenzialità personali e nell'usare tali potenzialità al servizio di qualcosa di più grande per ottenere senso.

Il livello di felicità di una persona è dato dalla somma di alcuni fattori quali felicità costituzionale, circostanze della nostra vita, essere religiosi, avere un matrimonio e una rete sociale sana e gratificante, la valutazione che facciamo del passato, il nostro ottimismo verso il futuro e la nostra felicità nel presente (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Anche le concezioni dello psicologo americano Carl Rogers (1092-1987), considerato il padre della psicologia umanistica e del counseling, risultano essere un opportuno riferimento teorico per lo sviluppo del benessere individuale. Il counseling rogersiano lavora principalmente sugli aspetti relazionali ed emozionali, intervenendo sulle motivazioni al cambiamento e riducendo così le innate resistenze e accompagnando l'individuo nella transizione. Il counselor interviene comprendendo quali siano i meccanismi bloccanti, migliorando la comunicazione ed evidenziando i comportamenti automatici e ripetitivi che impediscono alla persona di sperimentare soluzioni alternative (Rogers, 1978, 2007).

Alla luce dei modelli teorici sopra descritti, è possibile affermare che il counselor sia l'operatore del cambiamento, il trainer che educa, informa, forma e accompagna nella ricerca del benessere individuale. Inoltre le forti affinità che in particolare ha la ricerca di Fordyce con il pensiero di Rogers, rafforzano l'idea che il counseling possa essere uno strumento d'elezione per incrementare il benessere percepito dagli individui. Per tali motivi diviene importante che il counselor identifichi in modo chiaro le dimensioni che compongono il benessere stesso.

Obiettivo della revisione è identificare le dimensioni del benessere, misurate tramite scale di valutazione validate, su cui sia possibile effettuare un intervento di counseling.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione della letteratura consultando i database scientifici PubMed e CINAHL insieme ad altre fonti quali Google Scholar, il sistema Bibliotecario BIXY dell'Università La Sapienza di Roma e Researchgate, aggiornati al 4 Novembre 2017. Una ricerca preliminare, nei database di Cochrane e Prospero, ha permesso di verificare che non fossero state pubblicate o che non fossero in preparazione revisioni con lo stesso intento.

Le parole chiave utilizzate sono state counseling, health, well-being, happiness, dimensions and questionnaire, considerando per ciascun termine anche i rispettivi sinonimi. Non sono stati imposti limiti alla ricerca.

Processo di reperimento e selezione degli articoli

In un primo momento col fine di comprendere quanto

sia considerato e discusso il tema del benessere e individuare le parole chiave più idonee, due revisori (MM, CR) hanno svolto una ricerca avvalendosi di Google e Google Scholar.

In seguito i database scientifici e le altre fonti sono stati visionati da tre revisori (CC, VP, MB), i quali hanno poi effettuato la selezione degli articoli in base al titolo e all'abstract, identificando così gli studi potenzialmente rilevanti e reperendo i relativi full-text. La lettura di questi ultimi e la conseguente individuazione degli studi pertinenti è stata svolta da altri due revisori (CG, ASF) in modo indipendente, eventuali divergenze di giudizio sono state risolte tramite confronto e discussione. Nei casi in cui non si è raggiunto un consenso, è stato consultato un autore senior (SM) fino al raggiungimento di un accordo.

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati presi in considerazione articoli di riviste, protocolli di studio, atti di convegni, sezioni di libri, tesi di laurea e di dottorato che avessero come oggetto di studio principale il benessere considerato in qualsiasi ambito della vita sociale e che utilizzassero strumenti validati per misurarlo.

Si è scelto di includere anche gli studi di validazione di uno strumento in quanto anch'essi possono contribuire all'individuazione delle dimensioni del benessere.

Di contro, sono stati esclusi i lavori che trattavano il tema del benessere nei bambini (età 0 – 12), che utilizzavano scale di misurazione correlate a patologie particolari (es. obesità, malattie polmonari, diabete ecc.) e studi con questionari che misuravano la qualità di vita e non il benessere. Concetti a volte confusi ma, come alcuni autori affermano, tra loro correlabili (Camfield & Skevington, 2008), pertanto di per sé differenti.

Analisi degli studi inclusi

Un'analisi descrittiva ha permesso di estrapolare da ciascun articolo le seguenti informazioni: primo autore ed anno della pubblicazione, paese, disegno di studio, obiettivo, setting, durata dello studio, partecipanti e loro numerosità, strumenti utilizzati, dimensioni del benessere, risultati principali. Inoltre sono stati evidenziati tra i risultati, in particolar modo, la concezione di benessere considerata e discussa dagli autori e i relativi strumenti più comunemente utilizzati per la sua misurazione.

Valutazione qualitativa degli studi inclusi

La valutazione della qualità degli studi è avvenuta utilizzando diverse linee guida a seconda dei disegni di ricerca:

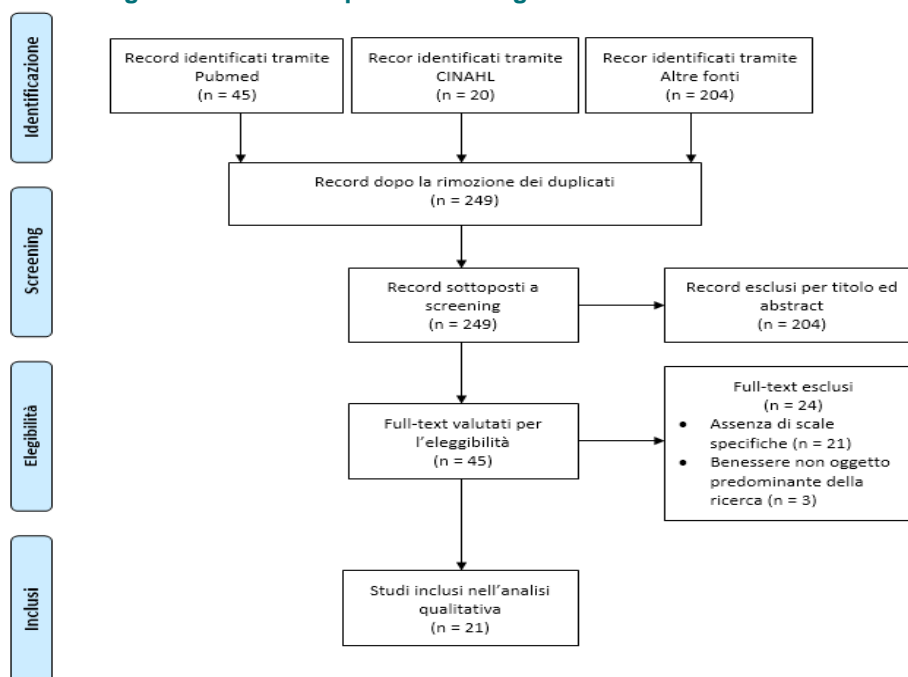
- per gli studi osservazionali sia descrittivi che trasversali è stato utilizzato un adattamento della Newcastle Ottawa Scale (NOS) (Modesti et al., 2016). Un punteggio totale compreso tra 0 e 6 è stato considerato indice di bassa qualità dello studio, al contrario un punteggio totale compreso tra 7 e 10 indicava un livello qualitativo alto;
- per gli studi di validazione di uno strumento è stata applicata la COnsensus-based Standards for the Selection of health status Measurement INstruments (COSMIN) checklist con scala di valutazione a 4 punti, la quale ha permesso di dare un giudizio qualitativo (eccellente, buono, discreto, insufficiente) per ognuna delle diverse proprietà di misurazione dello strumento (Terwee et al., 2012). A ciascuno dei 4 livelli di giudizio è stato assegnato rispettivamente un punteggio di 3, 2, 1 e 0 e calcolata così la media per ognuna delle sezioni della checklist. Questa media è stata poi trasformata nel giudizio qualitativo più prossimo (es. media di 2.1 = buono; media di 2.9 = eccellente ecc.) col fine di calcolare le frequenze e percentuali per la realizzazione del grafico di sintesi;
- gli studi quasi-sperimentali sono stati valutati tramite la Joanna Briggs Institute (JBI) checklist (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell, & Hopp, 2017);
- essendo il Trial Clinico Randomizzato (RCT) un protocollo di ricerca e non uno studio vero e proprio, non è stata effettuata la valutazione della qualità;
- Per la meta-analisi di RCT non è stata effettuata alcuna valutazione in quanto nello studio stesso, secondo i criteri della Cochrane, è stata valutata la qualità di ciascun articolo incluso.

RISULTATI

Dei 249 studi inizialmente individuati ne sono stati inclusi nella presente revisione, a seguito del processo di selezione, 21 (Figura 1). Compresi in questi ultimi, oltre ad articoli pubblicati in riviste, vi sono una tesi di laurea magistrale (Rump, 2015), una tesi di dottorato (Di Sarno, 2012), due studi pubblicati in sezioni di libri (Diener, Kahneman, Arora, Harter, & Tov, 2009; Diener, Wirtz, et al., 2009) e un protocollo di ricerca (Weiss, Westerhof, & Bohlmeijer, 2013).

Dieci dei lavori inclusi hanno un disegno di ricerca osservazionale (descrittivo o trasversale), 7 sono studi che validano uno strumento per la raccolta dati, 2 sono studi quasi-sperimentali, 1 protocollo per l'attuazione di un RCT e 1 meta-analisi di RCT. La Tabella 1 fornisce una visione d'insieme degli studi considerati e documenta la varietà di indicatori e strumenti utilizzati per la valutazione del benessere in diverse popolazioni e in diversi contesti.

Figura 1. Selezione quantitativa degli studi inclusi nella revisione



Da: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Tabella 1. Sinossi degli studi inclusi nella revisione

Primo autore /anno	Paese	Studio				Partecipanti		Strumenti utilizzati	Dimensioni del benessere considerate nello studio	Risultati principali
		Disegno	Obiettivo	Setting	Durata	Ruolo	N			
Bojanowska A. / 2016	Polonia	Studio osservazionale	Comprendere aspetti di vita che le persone associano alla felicità ed esplorare le connessioni tra queste associazioni e il benessere nei diversi periodi della vita	Scuola e luogo di lavoro	1 settimana	Adolescenti e adulti	785	- Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al., 1988) - Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985)	Salute mentale e fisica, relazioni, beni materiali, livello di conoscenza e comprensione, lavoro, libertà, auto determinazione	I partecipanti hanno associato la felicità principalmente alla salute e alle relazioni. Coloro che hanno associato la felicità al lavoro e alla conoscenza (adulti) avevano dei livelli di sentimenti positivi più alti. Invece coloro che hanno associato la felicità alle relazioni avevano una soddisfazione di vita più alta.
Di Sarno V. / 2011	Italia	Studio osservazionale	Indagare l'influenza che variabili individuali (socio demografiche e accademiche) e variabili contestuali (partecipazione sociale universitaria) hanno sul benessere psicologico e sui livelli di auto efficacia di studenti universitari disabili, confrontati con studenti universitari non disabili	Roma	n.d.	Studenti universitari disabili e non disabili	140	- Scala di autoefficacia sociale percepita (Caprara, 2001) - Psychological Well-Being Scale (PWBS) (Ryff, 1989)	Relazioni, autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, scopo nella vita, auto accettazione	L'autoefficacia risulta correlata al livello di benessere psicologico percepito. Inoltre la condizione abitativa influisce sul benessere dell'individuo sia con che senza disabilità.
Diener E. (a) / 2009	132 società (I parte) 78 paesi (II parte)	Studio trasversale longitudinale	Determinare se le misure di benessere sono separabili. Esaminare se alcuni fattori (es. reddito) sono correlati più al giudizio o alla dimensione affettiva del benessere. Determinare se le distribuzioni delle varie misure di benessere sono simili. Determinare se l'utilità marginale delle entrate mostra lo stesso schema in tutte le forme di benessere	n.d.	Dalla fine del 2005 al 2006 (I parte), n.d. (II parte)	n.d.	141.741 (I parte) 84.225 (II parte)	- Cantril's Ladder of Life Scale (Cantril, 1965) - Affect Balance score appositamente creato - Life Satisfaction score appositamente creato (quanto si è soddisfatti della propria vita su una scala da 0 a 10) - World database of happiness scores (https://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/index.html) - Domande sul benessere appositamente create (es. riportare se si è	Soddisfazione di vita, giudizio, felicità	Le misure di giudizio sono maggiormente associate al reddito, invece i sentimenti hanno una bassa correlazione con lo stesso. La felicità e la soddisfazione di vita sembrano essere influenzate sia dai giudizi che dai sentimenti. I giudizi e i sentimenti mostrano modelli molto simili di utilità marginale in declino con l'aumento del reddito.
								sperimentato determinati sentimenti elencati nel giorno precedente)		
Diener E. (b) / 2009	Stati Uniti e Singapore	Studio di validazione di strumenti	Presentare nuove scale di valutazione del benessere	Università dell'Illinois, college del New Jersey, università di Singapore, università della California East Bay, università della California East	n.d.	Studenti universitari	573	- Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985) - Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) (Diener & Biswas-Diener, 2009) - Psychological Well-Being (PWB) Scale (Diener & Biswas-Diener, 2009) - Positive Thinking Scale (PTS) (Diener et al., 2009)	Sentimenti negativi, sentimenti positivi, soddisfazione di vita, pensiero positivo, pensiero negativo, auto percezione, relazioni, autostima, scopo e significato, ottimismo	La scala PWB è correlata con altre scale per il benessere psicologico, ma è più breve e fornisce un unico punteggio generale. La SPANE produce un punteggio per esperienza e sentimenti positivi e un punteggio per esperienza e sentimenti negativi. La PTS misura il pensiero positivo.
Diener E. / 1985	Stati Uniti	Studio di validazione di uno strumento	Sviluppare e validare una scala per la misurazione della soddisfazione di vita globale	Università dell'Illinois (studio 1-2) area urbana e di campagna (studio 3)	2 mesi (studio 1) n.d. (studio 2)	Studenti universitari (studio 1-2) Persone anziane (studio 3)	176 (studio 1) 163 (studio 2) 53 (studio 3)	- Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985) - Cantril's Ladder of Life Scale (Cantril, 1965) - Gurin's survey (Gurin et al., 1960) - Delighted-Terrible (DT) Scale (Andrews & Withey, 1976) - Fordyce's single item of happiness (Fordyce, 1978) - Fordyce's percent of time happy question (Fordyce, 1978) - Semantic Differential-like Scale (Campbell et al., 1976) - Affect Balance Scale (Bradburn, 1969) - Well-being subscale of Differential Personality Questionnaire (Tellegen, 1979) - Affect Intensity Measure (AIM) (Larsen, 1983) - Life Satisfaction Index (Adams, 1969)	Soddisfazione di vita, autostima, nevrosi, emotività, socievolezza, impulsività	La SWLS ha dimostrato di avere proprietà psicometriche favorevoli: alta consistenza interna e alta affidabilità temporale.
Disabato D.J. / 2016	109 diversi	Studio trasversale	Testare la validità discriminante tra il	Luogo di lavoro,	Da marzo 2009 a	Adolescenti (>15 anni) e	7.617	- The Satisfaction With Life Scale (Diener et	Curiosità, gratitudine,	Una correlazione latente di .96 presenta

	paesi		benessere adonico ed eudaimonico. Valutare il grado in cui correlazioni conosciute di benessere differiscono con i fattori separati di edonia ed eudaimonia. Valutare il benessere a livello globale	università, organizzazioni caritatevoli, forum online	Marzo 2013 la raccolta dati	adulti		al., 1985) - Subjective Happiness Scale (SHS) (Lyubomirsky & Lepper, 1999) - Center for the Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977) - Psychological Well-Being Scale (PWBS) (Ryff, 1989) - Presence subscale of the Meaning in Life Questionnaire (Steger et al., 2006) - Orientations to Happiness Scale (Peterson et al., 2005) - Adult Hope Scale (Snyder et al., 1991) - Gratitude Survey-Six-Item Form (McCullough et al., 2002) - Curiosity and Exploration Inventory-II (Kashdan et al., 2009) - The Grit Scale (Duckworth et al., 2007) - Search subscale of the Meaning in Life Questionnaire (Steger et al., 2006) - 6-item Rumination Scale (Nolen-Hoeksema, 1991) - Three-Item Loneliness Scale (Hughes et al., 2004)	speranza, grinta, riflessione, solitudine, orientamento al piacere, significato nella vita, orientamento al fidanzamento	una prova trascurabile della validità discriminante tra il modello di benessere soggettivo di Diener (1984) e il modello di benessere psicologico di Ryud (1989). Confrontate con note correlazioni di benessere (ad es., curiosità, gratitudine), l'eudaimonia e l'edonia hanno mostrato relazioni molto simili. Analisi in sotto campioni di 7 regioni geografiche del mondo hanno rivelato risultati simili in tutto il mondo. Un singolo costrutto riflette in modo più accurato l'edonia e l'eudaimonia quando viene misurata come un benessere soggettivo e psicologico autoriferito. Le misure di eudaimonia possono contenere aspetti significativi di edonia.
Furnham A. / 2000	Gran Bretagna	Studio osservazionale	Ricercare i vari tipi di credenze sulle cause della felicità nelle persone in generale. Attraverso l'analisi fattoriale, esaminare la struttura di queste credenze. Esaminare la relazione tra teorie laiche e felicità misurata da scale psicometriche	Scuole e college	n.d.	Studenti (>15 anni)	230	- Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) (Eysenck et al., 1985) - Rosenberg Self Esteem Scale (Rosenberg, 1965) - Oxford Happiness Inventory (OHI) (Argyle et al., 1989) - Causes of Happiness Questionnaire	Resistenza mentale, personalità, vantaggi personali, realizzazione e libertà nella vita e nel lavoro, supporto sociale, autostima, sicurezza, ottimismo, contentezza	Lo studio ha mostrato 6 fattori che le persone credevano essere causa di felicità per se stessi e per gli altri. Quattro dei sei fattori erano modestamente correlati ai punteggi dell'OHI. L'autostima, l'estroversione e il nevroticismo erano
			validare					appositamente creato		preditori diretti di felicità solo nelle teorie laiche sull'ottimismo e la contentezza.
Gigantesco A. / 2004	Italia	Studio di validazione di uno strumento	Validare e applicare un questionario auto compilato per valutare il benessere	Ospedale pubblico	n.d.	Operatori sanitari	45 (per riproducibilità) 502 (per validità fattoriale)	Condizioni di salute e benessere (CSB) (Gigantesco et al., 2004)	Vissuto di benessere, senso di utilità ed efficienza, rapporti interpersonali, sostegno sociale	Il CSB è riproducibile, presenta una struttura fattoriale coerente, con quattro fattori di elevata coerenza interna e copre tutti gli aspetti considerati rilevanti per il benessere.
Gremigni P. / 2011	Italia	Studio di validazione di uno strumento	Validare in italiano una scala che misura diversi aspetti della salute mentale positiva	Nord-est Italia	1 anno	Popolazione generale	345 (per validità) 52 (per test-retest)	- Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) italiana (Gremigni & Stewart-Brown, 2011) - Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) italiana (Terracino et al., 2003) - Psychological Well-Being Scale (PWBS) italiana (Ruini et al., 2003) - Satisfaction with Life Scale (SWLS) italiana (Di Fabio & Busolini, 2009) - Psychological General Well-Being Index (PGWBI) italiana (Grossi et al., 2005) - 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) italiana (Politi et al., 1994) - World Health Organization Well-Being Index (WHO-5) (Bech, 2004) - 9 item Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSD-9) italiana (Manganelli et al., 2000)	Dimensioni affettive, cognitive, relazionali, relative al funzionamento psicologico e alla realizzazione di sé	La WEMWBS italiana mostra buone qualità psicometriche. Come scala breve, appare uno strumento adeguato per valutare la percezione di salute mentale a livello della popolazione generale.
Hajmizalian T. / 2015	Iran	Studio quasi-sperimentale	Investigare e confrontare l'efficacia del metodo di Lyubomirsky	Centro di counseling a Isfahan	n.d.	Persone che frequentavano il centro di	50	- Oxford Happiness Inventory (OHI) (Argyle et al., 1989) - Satisfaction with Life	Felicità, soddisfazione di vita	Il grado di felicità e soddisfazione di vita sembrava maggiore nei gruppi sperimentali

			nell'aumentare il grado di felicità e soddisfazione di vita			counseling		Scale (SWLS) (Diener et al., 1985)		rispetto a quello dei gruppi di controllo.
Hone L.C. / 2014	Nuova Zelanda	Revisione della letteratura e studio osservazionale	Revisionare la letteratura attuale sulle più apprezzate valutazioni psicometriche del flourishing e indagare l'impatto delle definizioni operative sulla prevalenza del flourishing	Partecipanti estratti dal Sovereign Wellbeing Index (database)	n.d.	Adulti	10.009	- 14-item Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) (Keyes, 2005) - 8-item Flourishing Scale (Diener et al., 2010) - European Social Survey (ESS) (Huppert & So, 2013) - PERMA-Profilier (Seligman, 2011) - Sovereign Well-being Index (Jarden et al., 2013)	Sentimenti positivi, soddisfazione di vita, contributo sociale, integrazione sociale, crescita sociale, accettazione sociale, coerenza sociale, auto accettazione, padronanza ambientale, relazioni positive, crescita personale, autonomia, scopo nella vita, competenze, stabilità emozionale, fidanzamento, significato nella vita, ottimismo, resilienza, vitalità, autostima, realizzazione	C'era una differenza sostanziale nei tassi di prevalenza di flourishing a seconda della operazionalizzazione impiegata.
Iani L. / 2014	Italia	Studio di validazione di uno strumento	Valutare le proprietà psicometriche della versione italiana della SHS	Diverse regioni d'Italia	n.d.	Adulti	993	- Subjective Happiness Scale (SHS) italiana (Iani et al., 2014) - questions from the national "multipurpose survey on households" (ISTAT, 2010) - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) italiana (Costantini et al., 1999)	Tempo libero, salute, relazioni familiari, relazioni amicali, situazione economica, situazione ambientale, lavoro, soddisfazione di vita, auto percezione della salute, ansia depressione, distress psicologico, limitazioni fisiche, presenza malattie croniche	La traduzione italiana del SHS è uno strumento affidabile e valido.
Linley P.A. / 2009	Inghilterra	Studio osservazionale	Esaminare la struttura dei fattori di ordine superiore del benessere soggettivo e psicologico	British university, comunità locali	n.d.	Studenti del college e persone generali della comunità	2.593	- Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985) - Positive and Negative Affect Scales (PANAS) (Watson et al., 1988) - Psychological Well-being Scale (PWBS) (Ryff & Keyes, 1995)	Soddisfazione di vita, relazioni positive, autonomia, padronanza ambientale, auto accettazione, scopo nella vita, crescita personale, sentimenti negativi, sentimenti positivi	Il benessere soggettivo e il benessere psicologico venivano associati separatamente su due fattori indipendenti ma correlati, coerenti con le ricerche precedenti. Inoltre, queste associazioni non variano in base al genere, all'età o all'etnia, fornendo ulteriore supporto per la robustezza di questa struttura di fattori di ordine superiore.
Meyers M.C. / 2016	Olanda	Studio quasi-sperimentale	Esplorare l'uso degli interventi di forza, definiti come attività e processi che mirano all'identificazione, allo sviluppo e all'uso dei singoli punti di forza, come uno strumento organizzativo per aumentare il benessere	n.d.	1 mese	Lavoratori impiegati	116	- 10-item Positive Affect subscale of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson et al., 1988) - New General Self-efficacy Scale (Chen et al. 2001) - Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985) - Life Orientation Test (LOT-R) measuring optimism (Scheier et al. 1994) - State Hope Scale (Snyder et al. 1996) - Brief Resilience Scale (Smith et al. 2008) - Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) (Schaufeli et al. 2006) - Utrechtse Burnout Scale (UBOS-A) (Schaufeli & van Dierendonck, 2000)	Soddisfazione di vita, lavoro, burnout, capitale psicologico, sentimenti positivi, speranza, ottimismo	Partecipare a un intervento di forza crea aumenti a breve termine dei sentimenti positivi dei dipendenti e aumenti a breve e lungo termine del capitale psicologico.
Ruini C. / 2003	Italia	Studio di validazione di uno strumento	Analizzare le proprietà psicometriche della versione italiana della PWBS	3 città dell'Emilia Romagna	n.d.	Adolescenti ed adulti	415	- Psychological Well-Being Scale (PWBS) italiana (Ruini, 2003)	Auto accettazione, autonomia, controllo ambientale, crescita personale, scopo nella vita, relazioni positive	La PWBS ha dimostrato di avere buone proprietà psicometriche e può quindi essere utilizzato anche in Italia in quanto fornisce una valutazione completa ed approfondita del benessere psicologico.
Rump S. / 2015	Olanda	Studio di validazione di uno strumento	Esaminare e validare la Flourishing Scale in diversi modi	Compilazione online	Tra gli anni 2012 e 2014	Adolescenti ed adulti	423	- Flourishing Scale (Diener et al., 2010) - Mental Health	Autonomia, competenza, relazionalità,	La Flourishing Scale è emersa come una scala unidimensionale

								Snait, 1983) - Medical Outcomes Study 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) (Ware & Sherbourne, 1992) - Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S) (Gagné, 2003)		
Stolarski M. / 2015	Polonia	Studio osservazionale	Verificare il ruolo potenziale del Balanced Time Perspective (BTP) nella relazione tra consapevolezza e soddisfazione della vita	Compilazioni e online	n.d.	Studenti universitari (studio 1) Adulti (studio 2-3)	219 (studio 1) 191 (studio 2) 124 (studio 3)	- Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Jankowski, 2015; Steverink et al., 2001) - Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Jankowski, 2014) - Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) (Radoń, 2014) - Five Facet Mindfulness Questionnaire — Short Form (FFMQ—SF) (Bohlsmeijer et al., 2011) - Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) (Kozak & Mazewski, 2007; Vowinkel, 2012) - Deviation from the Balanced Time Perspective (DBTP) (Stolarski et al., 2011)	Soddisfazione di vita, passato negativo, presente edonico, futuro, passato positivo, presente fatalista, consapevolezza	I risultati hanno mostrato che il BTP potrebbe mediare la relazione tra consapevolezza e soddisfazione della vita.
Wakefield J.R.H. / 2016	Scozia e Italia	Studio trasversale	Investigare il legame tra l'identificazione in un gruppo e la SWLS, esaminare se la relazione è moderata dalla nazionalità, considerare se la SWL	Ambulatori medici	n.d.	Pazienti adulti senza malattie terminali o con demenza o Alzheimer	3.829	- Group Identification Scale (GIS) (Sani et al. 2015a) - Satisfaction with Life scale (SWLS) (Diener et al., 1985)	Soddisfazione di vita, identificazione nel gruppo	Un'identificazione alta con ciascun gruppo prediceva una SWL più alta. La nazionalità era un moderatore marginale della relazione tra l'identificazione nel
			migliora se ci si identifica contemporaneamente in più gruppi							gruppo familiare e la SWL, con una relazione più forte per i partecipanti italiani che per i partecipanti scozzesi. C'è stato anche un effetto additivo dell'identificazione di gruppo con una relazione positiva tra il numero di gruppi in cui i partecipanti si identificano e la loro SWL.
Waldinger R.J. / 2010	Stati Uniti	Studio osservazionale	Esaminare le relazioni tra salute percepita e felicità e tra tempo trascorso con gli altri e felicità	Casa dei partecipanti	8 giorni	Persone anziane	47 coppie	- Short Marital Adjustment Test (Locke & Wallace, 1959) - 1 item per misurare la felicità (Diener, 2000; Sandvik, Diener, & Seidlitz, 1993) - 2 item per misurare il tempo trascorso da solo o con gli, appositamente creato - un adattamento della Brief Pain Inventory (Cleeland, 1989) - 1 item sulle limitazioni fisiche, appositamente creato	Proporzione del tempo trascorso con gli altri ogni giorno, dolore percepito, grado percepito di limitazioni fisiche, soddisfazione coniugale, felicità	Lo studio fornisce supporto per il ruolo della soddisfazione coniugale nel proteggere la felicità degli anziani dalle fluttuazioni quotidiane della salute fisica percepita e per l'influenza delle connessioni sociali nel promuovere la felicità nella vita degli anziani.
Weiss L.A. / 2013	Paesi Bassi	RCT multicentrico con follow-up	Valutare l'efficacia del progetto "Happiness Route"	Settore dell'assistenza sanitaria e del lavoro sociale in 9 comuni in Olanda	n.d.	Adulti socialmente isolati, con problemi di salute e basso status socio-economico	256	- Loneliness Scale (De Jong & van Tilburg, 1999) - per le limitazioni di salute EuroQol (Brooks, 1996) - Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) (Lamers et al., 2011) - Center for Epidemiology	Solitudine, depressione, utilizzo delle cure sanitarie, scopo nella vita, resilienza, partecipazione sociale, qualità di vita relativa alla salute	n.d. (Protocollo di studio)

								Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1997; Bouma et al., 1995) - Item dal Trimbo/IMTA questionnaire per costi associati con la Psychiatric Illness (TIC-P) (Hakkaart-van Rooijen et al., 2002) - Purpose in Life Scale (Ryff, 1989) - Brief Resilience Scale (Smith et al., 2008) - item da altri survey		
Weiss L.A. /2016	-	Meta-analisi di RCT	Esaminare se il benessere può essere modificato in funzione di interventi comportamentali	-	-	RCT	27	- Psychological Well-Being Scales (PWBS) (Ryff, 1989) - Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF) (Keyes, 2005)	Autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo nella vita, auto accettazione, benessere psicologico	Sembra possibile migliorare il benessere psicologico con interventi comportamentali. Offrire gli interventi faccia a faccia sembra essere l'opzione più promettente.

Note. n.d. = non dichiarato; RCT = Trial Clinico Randomizzato.

Il 61.9% degli studi analizzati sono stati condotti in Europa, 5 di questi esclusivamente in Italia (Di Sarno, 2012; Gigantesco, Mirabella, Bonaviri, & Morosini, 2004; Gremigni & Stewart-Brown, 2011; Iani, Lauriola, Layous, & Sirigatti, 2014; Ruini, Ottolini, Rafanelli, Ryff, & Fava, 2003). In 2 casi il lavoro ha coinvolto due paesi differenti (Diener, Wirtz, et al., 2009; Wakefield et al., 2016), mentre altri 2 sono stati condotti ad un livello internazionale (Diener, Kahneman, et al., 2009; Disabato, Goodman, Kashdan, Short, & Jarden, 2016). Il benessere è stato valutato in diverse categorie di soggetti come lavoratori, operatori sanitari, adolescenti e anziani. Tuttavia i più rappresentati erano gli studenti soprattutto universitari, inclusi nel campionamento di 6 dei 21 studi. Un'ampia numerosità campionaria ha caratterizzato quasi tutte le indagini, per tale motivo i questionari non sono sempre stati somministrati direttamente ai partecipanti allo studio, ma sono stati anche inviati e compilati in formato elettronico (Rump, 2015; Stolarski, Vowinckel, Jankowski, & Zajenkowski, 2015) o somministrati telefonicamente (Diener, Kahneman, et al., 2009). Solamente uno degli studi inclusi (Hajimirzalian, Atashpour, Abedi, & Jafari, 2015) è stato svolto in un centro di counseling.

Concezioni del benessere

Nella maggior parte degli studi è stata effettuata una distinzione generale tra benessere psicologico e benessere soggettivo, talvolta identificati rispettivamente come eudaimonico ed edonico (Di Sarno, 2012; Disabato et al., 2016; Gremigni & Stewart-Brown, 2011; Iani et al., 2014; Linley, Maltby, Wood, Osborne, & Hurling, 2009). Sebbene da un

punto di vista teorico queste due visioni di benessere siano ben distinte, studi empirici hanno dimostrato che in larga parte trattano costrutti sovrapponibili (Iani et al., 2014).

Per quanto riguarda l'aspetto del benessere psicologico, definito anche come mentale, emotivo e sociale (Weiss et al., 2013), vi è crescente interesse in letteratura in termini di outcome degli interventi volti al suo miglioramento. Infatti Weiss, Westerhof, and Bohlmeijer (2016), nella loro meta-analisi, hanno sottolineato che sembra possibile migliorare il benessere psicologico attuando interventi volti al cambiamento dei comportamenti. Inoltre il benessere psicologico ha mostrato di avere molti effetti positivi su diversi aspetti della vita come la salute, la longevità e il funzionamento personale (es. produttività) (Weiss et al., 2013) con evidente impatto sociale e sanitario positivo.

Invece il benessere soggettivo, anch'esso ampiamente studiato in ambito scientifico, consta di tre componenti principali: sentimento positivo, sentimento negativo e soddisfazione di vita. Le prime due componenti si riferiscono all'aspetto emozionale del costrutto, mentre l'ultima a quello cognitivo-critico (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). È l'equilibrio tra le componenti a garantire il benessere (Linley et al., 2009). Anche in questo caso è possibile migliorare il benessere attuando particolari interventi, come il metodo Lyubomirsky (Hajimirzalian et al., 2015) o i processi che mirano all'identificazione e allo sviluppo dei singoli punti di forza degli individui (Meyers & van Woerkom, 2017).

In due degli studi inclusi nella revisione (Hone, Jarden, Schofield, & Duncan, 2014; Rump, 2015), il

concetto di alto livello di benessere soggettivo viene identificato con il termine flourishing.

Tale stato di benessere è ritenuto da una considerevole parte della letteratura scientifica come uno stato auspicabile non solo per i singoli cittadini, ma anche per le comunità, le organizzazioni e i governi.

Altri due articoli invece hanno approfondito le teorie laiche conosciute sul tema in questione, affermando che gli elementi universali delle concezioni di felicità sono in parte congruenti con i concetti di benessere eudaimonico ed edonico (Bojanowska & Zalewska, 2016). In generale gli studi sulle teorie laiche del benessere tendono maggiormente a concentrarsi sulle malattie mentali, sulla terapia e sui problemi psicologici. Concetti completamente opposti a questi, come il benessere mentale e la felicità, sono stati raramente inclusi in tali teorie. Tuttavia non è ancora chiaro perché l'accezione positiva del benessere venga meno considerata in ambito teorico (Furnham

& Cheng, 2000).

Dimensioni e strumenti di misurazione del benessere
A livello europeo sono state identificate le seguenti dimensioni come connesse al concetto di benessere: salute, relazioni, autonomia, lavoro, conoscenza e beni materiali (Bojanowska & Zalewska, 2016). Tuttavia alcuni autori ne prendono in considerazione pure altre come la padronanza ambientale, la crescita personale, lo scopo nella vita e l'auto accettazione (Di Sarno, 2012; Linley et al., 2009). Altri ancora hanno considerato dimensioni prettamente sociali come contributo sociale, integrazione sociale, accettazione sociale e coerenza sociale (Hone et al., 2014). Le dimensioni di benessere considerate dagli autori sono state classificate in quattro categorie (Tabella 2) in base al loro significato. Queste categorie sono: dimensioni sociali, dimensioni individuali, dimensioni correlate alle emozioni dell'individuo e dimensioni correlate allo stato di salute.

Tabella 2. Dimensioni del benessere considerate dagli studi inclusi			
Dimensioni sociali	Dimensioni individuali	Dimensioni correlate alle emozioni dell'individuo	Dimensioni correlate allo stato di salute
Accettazione sociale	Auto accettazione	Ansia	Auto percezione della qualità di vita relativa alla salute
Beni materiali	Auto determinazione	Contentezza	Auto percezione della salute
Burnout	Autonomia	Curiosità	Dolore percepito
Coerenza sociale	Autostima	Depressione	Limitazioni fisiche
Contributo sociale	Capitale psicologico	Emotività	Presenza di malattie croniche
Crescita sociale	Consapevolezza	Felicità	Salute fisica
Funzionamento psicosociale	Crescita personale	Gioia	Salute mentale
Identificazione nel gruppo	Distress psicologico	Gratitudine	Utilizzo delle cure sanitarie
Integrazione sociale	Giudizio	Grinta	
Lavoro	Impulsività	Ottimismo	
Libertà nel lavoro	Interessi	Sentimenti negativi	
Padronanza ambientale	Libertà nella vita	Sentimenti positivi	
Partecipazione sociale	Livello di comprensione	Stabilità emotionale	
Relazioni amicali	Livello di conoscenza	Speranza	
Relazioni familiari	Livello di consapevolezza	Vitalità	
Relazioni interpersonali	Nevrosi		
Situazione ambientale	Orientamento al fidanzamento		
Situazione economica	Orientamento al piacere		
Socievolezza	Passato negativo		
Supporto sociale	Passato positivo		
Tempo trascorso con gli altri	Pensiero negativo		
	Pensiero positivo		
	Personalità		

	Presente edonico		
	Presente fatalista		
	Realizzazione nella vita		
	Resistenza mentale		
	Riflessione		
	Scopo nella vita		
	Senso di efficienza		
	Senso di utilità		
	Sicurezza		
	Significato nella vita		
	Soddisfazione coniugale		
	Solitudine		
	Soddisfazione della propria vita		
	Tempo libero		
	Vantaggi personali		
	Vissuto di benessere		

Le dimensioni individuali risultano essere le più numerose, mentre tra le più citate dagli autori vi è quella delle relazioni interpersonali, sia con un'accezione generale (Di Sarno, 2012; Ruini et al., 2003), sia con la particolare distinzione tra relazioni amicali e familiari (Iani et al., 2014). In alcuni degli studi inclusi le dimensioni del benessere non vengono esplicitate dagli autori, tuttavia possono essere estrapolate dalle diverse scale di misurazione

utilizzate.

Dati i diversi modi di definizione di benessere psicologico e soggettivo, sono stati attuati vari approcci di misurazione nell'arco degli anni (Linley et al., 2009). Molti autori si sono avvalsi di più di un questionario per la misurazione del benessere nel loro studio (Tabella 1). La Tabella 3 mostra gli strumenti più utilizzati dagli autori dei 21 studi considerati.

Tabella 3. Strumenti più frequentemente utilizzati per misurare le dimensioni del benessere dagli studi inclusi

Primo autore/anno	Satisfaction with Life Scale (SWLS)	Psychological Well-Being Scales (PWBS)	Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)	Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	Subjective Happiness Scale (SHS)	Oxford Happiness Inventory (OHI)	La Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)	Cantril's Ladder of Life Scale	Flourishing Scale	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Brief Resilience Scale
	(Diener et al., 1985)	(Ryff, 1989)	(Keyes, 2005)	(Watson et al., 1988)	(Lyubomirsky & Lepper 1999)	(Argyle et al., 1989)	(Tennant et al., 2007)	(Cantril, 1965)	(Diener et al., 2010)	(Zigmond & Snaith, 1983)	(Smith et al. 2008)
Bojanowska A. /2016	X			X							
Di Sarno V. / 2011		X									
Diener E. (a)/ 2009								X			
Diener E. (b)/ 2009	X										
Diener E. / 1985	X							X			
Disabato D.J. / 2016	X	X			X						
Furnham A. / 2000						X					
Gigantesco A. /2004											
Gremigni P. / 2011	X ^a	X ^a		X ^a			X ^a				
Hajimirzalian T. /2015	X					X					
Hone L.C. / 2014			X					X			
Iani L. / 2014					X ^a					X ^a	
Linley P.A. / 2009	X	X ^a		X							
Meyers M.C. / 2016	X			X							X
Ruini C. / 2003		X ^a									
Rump S. / 2015			X ^a				X		X	X	
Stolarski M. / 2015	X ^a										
Wakefield J.R.H. /2016	X										
Waldinger R.J. /2010											
Weiss L.A. / 2013			X ^b								X
Weiss L.A. /2016		X	X								

Note. ^a = lo strumento utilizzato è adattato linguisticamente al contesto; ^b = lo strumento utilizzato è un aggiornamento della versione originale.

Qualità degli studi inclusi

La valutazione della qualità degli studi osservazionali ha mostrato un livello alto in otto casi e basso per i restanti due (Tabella 4). Gli articoli di Diener,

Kahneman, et al. (2009) e Wakefield et al. (2016) sono stati ritenuti qualitativamente i migliori.

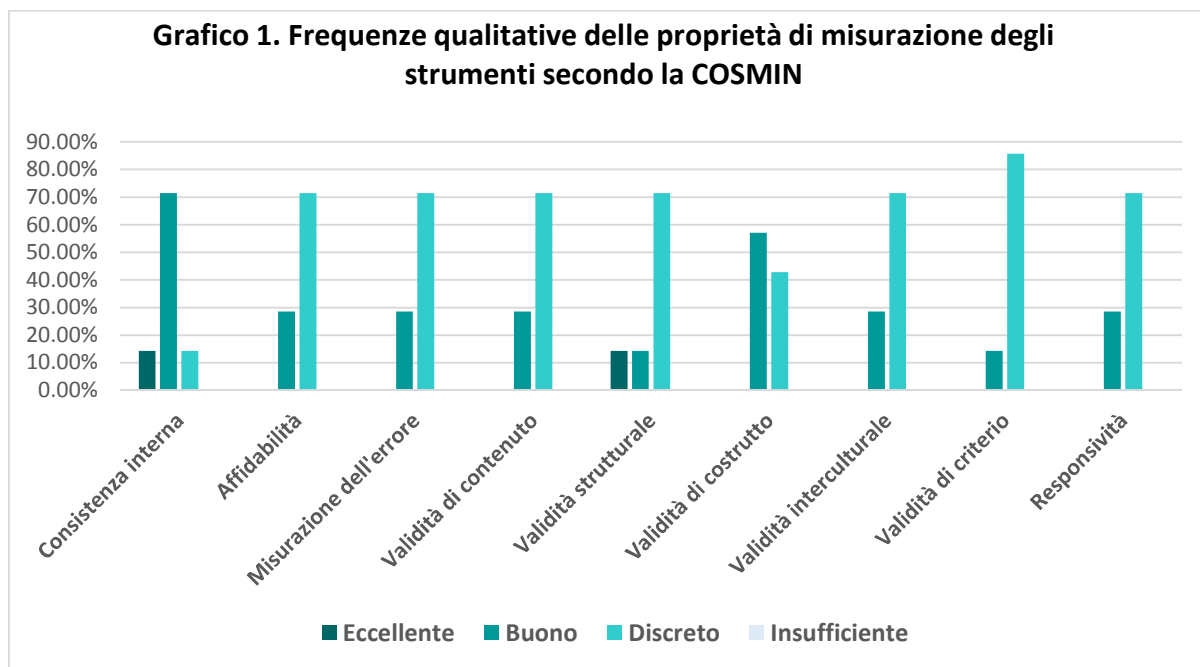
Tabella 4. Valutazione qualitativa degli studi osservazionali secondo la NOS

Primo autore /anno	SELEZIONE				COMPARABILITÀ I soggetti in diversi gruppi di outcome sono comparabili sulla base del disegno o dell'analisi dello studio. I fattori di confondimento sono controllati	OUTCOME		TOTALE
	Rappresentatività del campione	Numerosità campionaria	Non rispondenti	Accertamento dell'esposizione		Valutazione dell'outcome	Test statistico	
Bojanowska A. /2016				**		**	*	5 ^b
Di Sarno V. /2011				**	**	**	*	7 ^a
Diener E. (a) /2009	*	*	*	**	**	**	*	10 ^a
Disabato D.J. /2016	*	*		**	*	**	*	8 ^a
Furnham A. /2000			*	**	**	**	*	8 ^a
Hone L.C. /2014	*	*		**	*	*	*	7 ^a
Linley P.A. /2009	*	*		**	**	**	*	9 ^a
Stolarski M. /2015				**	**	**	*	7 ^a
Wakefield J.R.H. /2016	*	*	*	**	**	**	*	10 ^a
Waldinger R.J. /2010			*	**	*	*	*	6 ^b

Note. NOS = Newcastle Ottawa Scale; ^a = studi con un livello qualitativo alto; ^b = studi con un livello qualitativo basso.

Invece per ciò che concerne gli studi di validazione, si è visto in generale un livello qualitativo per lo più discreto in quasi tutti gli aspetti valutati dalla COSMIN checklist, ad eccezione della consistenza interna e della validità di costrutto dove prevale un livello qualitativo buono. In nessun degli aspetti valutati si è

visto un livello medio insufficiente (Grafico 1). Lo studio della validazione italiana della Subjective Happiness Scale (Iani et al., 2014) è quello che ha raggiunto una valutazione qualitativa globale migliore.



Note. COSMIN = Consensus-based Standards for the Selection of health status Measurement Instruments.

Invece entrambi gli studi quasi-sperimentali (Hajimirzalian et al., 2015; Meyers & van Woerkom, 2017) hanno ricevuto una valutazione complessiva adeguata, tuttavia in nessuno dei due casi è stato specificato se le caratteristiche del gruppo sperimentale e quelle del gruppo di controllo fossero simili.

DISCUSSIONE

Dalla revisione effettuata emerge come le dimensioni del benessere siano aspetti di pertinenza del counseling su cui pertanto sia possibile attuare degli interventi, col fine di migliorare il benessere stesso. Quest'ultimo, nel contesto della letteratura scientifica, è stato largamente studiato e discusso, i diversi approcci di ricerca (osservazionali, di intervento, di validazione) emersi dai 21 studi inclusi hanno mostrato la volontà di comprensione del benessere non solo da un punto di vista generale, ma anche in base alle sue varie componenti. Inoltre, la scelta di alcuni autori (Diener, Kahneman, et al., 2009; Diener, Wirtz, et al., 2009; Disabato et al., 2016; Wakefield et al., 2016) di coinvolgere più paesi nel loro studio ha mostrato la grande rilevanza sociale del tema considerato.

Tant'è che vi sono nazioni e organizzazioni internazionali che utilizzano o stanno per istituire delle misure di benessere come indicatori sociali (Diener, Kesebir, & Lucas, 2008). Più della metà (61.9%) degli studi inclusi è stato condotto esclusivamente in Europa, ciò riflette quanto emerso nel lavoro di Peng et al. (2016), i quali analizzando la felicità attraverso una prospettiva spazio-temporale globale riportano i dati di 29 paesi, anche in questo caso per la maggior parte europei.

Ad oggi sono numerosi gli studi effettuati che hanno indagato il benessere in Europa sia in termini di capacità dei paesi nel promuoverlo (Huppert et al., 2009), sia in termini di fattori in grado di influenzarlo, come il governo nazionale, la legislazione, la banca centrale europea (Hudson, 2006), la disoccupazione (Blanchflower, 2001) e gli orari di lavoro (Costa et al., 2004); anche il benessere economico percepito ha destato interesse negli ultimi anni (Hayo & Seifert, 2003).

Tuttavia non risulta chiaro come mai i contributi extraeuropei su un così discusso argomento (Blanchflower & Oswald, 2004; Hermalin, 2002; Oswald & Wu, 2011), se pur presenti, siano meno rappresentati in letteratura. Come ulteriore conseguenza della rilevanza sociale del benessere, una grande numerosità campionaria per lo più di adulti, adolescenti e studenti universitari, ha caratterizzato la maggior parte dei lavori (Tabella 1), probabilmente nel tentativo di non trascurare almeno le principali, tra le numerose, variabili coinvolte nel

raggiungimento del benessere individuale.

Dall'approfondimento delle concezioni del benessere sono emersi due rami di indagine, i quali rimandano chiaramente ai due grandi filoni di studio presenti nella letteratura generale, ovvero lo studio sul benessere psicologico (eudaimonico) e quello sul benessere soggettivo (edonico) (Bhullar, Schutte, & Malouff, 2013; Ryan & Deci, 2001), entrambi necessari per il raggiungimento di un benessere più grande (Huta & Ryan, 2010).

Il benessere può essere definito in base alle sue varie dimensioni, viste anche come i principali fattori che lo favoriscono (Ryan & Deci, 2000). Sono numerose le dimensioni del benessere emerse dai 21 studi, si è scelto di raggrupparle (Tabella 2) in base alle 4 sfere di azione principali dell'individuo (individuale, emozionale, sociale e la sfera della salute) poiché gli interventi di counseling possono essere volti al miglioramento del benessere in questi ambiti. La dimensione più citata dagli studi inclusi è stata quella delle relazioni interpersonali, come nella revisione sistematica di Lindert et al. (2015), elemento cardine e di lavoro negli interventi di counseling. Invece in altre circostanze (Linton et al., 2016) la depressione è stata la dimensione maggiormente presa in considerazione.

Potendo essere identificate le dimensioni del benessere dal punto di vista del counseling come i punti di forza e potenziali positivi dei clienti, secondo Lent (2004), potrebbe essere utile mettere in relazione il concetto di benessere e le sue diverse definizioni con il processo di counseling, in particolare con le ragioni per cui le persone decidono di iniziare un percorso di questo tipo.

Sebbene i clienti dei counselor inizino un percorso di counseling solitamente per risolvere una vasta gamma di problemi, molte delle motivazioni dei clienti possono essere classificate, dal punto di vista delle concezioni del benessere, in due grandi categorie: (a) benessere edonistico – desiderio di sollievo dai sintomi e il ripristino della soddisfazione della vita (il cliente infelice), (b) benessere eudaimonico – desiderio di crescita, apprendimento, cambiamento o comprensione (il cliente che si auto realizza) (Lent, 2004). Inoltre per quanto riguarda il processo di counseling, potrebbe essere utile identificare le dimensioni principali del benessere per il cliente e porre domande che si riferiscono ad attività ed esperienze correlate a queste dimensioni. In questo modo diventa possibile avvicinarsi al benessere con gli strumenti che gli individui hanno a disposizione per raggiungerlo.

Tale approccio, secondo Nieboer, Lindenberg, Boomsma, and Bruggen (2005), ha l'ulteriore vantaggio di avere una migliore comprensione delle circostanze che influiscono sul benessere stesso.

Dalla Tabella 2 si può dedurre che è possibile effettuare interventi di counseling su tutte le dimensioni sociali citate ad eccezione dei beni materiali e della situazione economica. Per quanto riguarda invece le dimensioni individuali, un counselor nella sua attività professionale prende in esame tutti gli elementi evidenziati; mentre non opera, o solo marginalmente, sulle dimensioni correlate allo stato di salute (auto percezione della salute; auto percezione della qualità di vita relativa alla salute).

La varietà di strumenti utilizzati per la misurazione del benessere (Lindert et al., 2015; Linton et al., 2016) ha evidenziato la complessità di rendere quantificabile un concetto estremamente soggettivo e personale. Tuttavia i tentativi di standardizzazione hanno facilitato sia lo studio dei fattori che potrebbero influenzare il benessere, sia un confronto e scambio dei dati tra i diversi paesi.

Anche in Italia, negli ultimi anni, vi è stato un sempre più crescente interesse sul tema in questione, ciò lo dimostra il fatto che quattro degli studi inclusi nella revisione avevano come obiettivo principale la validazione di scale per la misurazione del benessere nella popolazione italiana:

Condizioni di salute e benessere (CSB) (Gigantesco et al., 2004), Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (Gremigni & Stewart-Brown, 2011), Subjective Happiness Scale (SHS) (Iani et al., 2014), Psychological Well-being Scales (PWB) (Ruini et al., 2003).

Il limite della presente revisione è il non aver consultato il database scientifico di PsycINFO, anche se molti degli articoli estrapolati da altre fonti erano studi indicizzati in questo database.

CONCLUSIONI

Dalla letteratura è emersa una grande mole di lavoro, tutt'oggi in corso, sullo studio delle misure di benessere e sull'adattamento di queste alle esigenze culturali dei relativi paesi. Anche nel contesto italiano, già da qualche anno, ha avuto inizio il riconoscimento del benessere come aspetto particolarmente rilevante nella vita delle persone, in quanto correlato sia a fattori soggettivi che di carattere sociale. Tale rilevanza sociale ha fatto sì che la felicità percepita dall'individuo, ovvero l'insieme delle elaborazioni dei dati della realtà (risposta cognitiva) e delle emozioni associate (risposta emotiva) a ciò che accade, fosse studiata anche dal punto di vista del processo con cui si verifica. È grazie alla consapevolizzazione di tale processo (stimolo-risposta) che diviene possibile intervenire migliorando il comportamento agli eventi della vita.

Il miglioramento del benessere individuale è uno degli obiettivi fondamentali del counseling. Per tale motivo, la misurazione del benessere e

l'individuazione delle sue dimensioni potrebbero essere d'aiuto nel definire un modello di intervento finalizzato alla modificazione di quei comportamenti assunti dall'individuo che risultano correlati alle diverse dimensioni.

La sfida più grande al momento sembra sia riuscire a definire linee guida per l'attuazione di interventi volti al miglioramento del benessere individuale che poi abbiano delle ripercussioni positive sul miglioramento del benessere nel posto dove maggiormente l'individuo opera, ovvero il luogo di lavoro, con conseguente riduzione dello stress lavoro correlato, della conflittualità e del burnout.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Bhullar, N., Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2013). *The nature of well-being: the roles of hedonic and eudaimonic processes and trait emotional intelligence*. *J Psychol*, 147(1), 1-16. doi: 10.1080/00223980.2012.667016.
- Blanchflower, D. G. (2001). *Unemployment, well-being, and wage curves in Eastern and Central Europe*. *Journal of the Japanese and International Economies*, 15(4), 364-402.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). *Well-being over time in Britain and the USA*. *Journal of public economics*, 88(7-8), 1359-1386.
- Camfield, L., & Skevington, S. M. (2008). *On subjective well-being and quality of life*. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764-775.
- Chambers, C. J. (1999). *Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research*. *Journal of Counseling & Development*, 77(2), 141-152.
- Cocodia, E. A. (2013). *On happiness in counselling practice*. *Counselling Australia Journal*, 14(4).
- Costa, G., Åkerstedt, T., Nachreiner, F., Baltieri, F., Carvalhais, J., Folkard, S., Silvério, J. (2004). *Flexible Working Hours, Health, and Well-Being in Europe: Some Considerations from a SALTSA Project*. *Chronobiology International*, 21(6), 831-844. doi: 10.1081/CBI-200035935.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). *Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction*. *Journal of happiness studies*, 9(1), 1-11.
- Di Sarno, V. (2012). *Benessere psicologico, vita universitaria e disabilità: un'indagine sugli studenti universitari della Sapienza*. Sapienza Università di Roma.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*. *J Pers Assess*, 49(1), 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., Kahneman, D., Arora, R., Harter, J., & Tov, W. (2009). *Income's Differential Influence on Judgments of Life Versus Affective Well-Being*. *Assessing Well-Being* (pp. 233-246): Springer.
- Diener, E., Kesebir, P., & Lucas, R. (2008). *Benefits of Accounts of Well-Being—For Societies and for Psychological Science*. *Applied Psychology*, 57(s1), 37-53.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., & Oishi, S. (2009). *New measures of well-being*. *Assessing well-being* (pp. 247-266): Springer.
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). *Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being*. *Psychol Assess*, 28(5), 471-482. doi: 10.1037/pas0000209.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). *The challenge of defining wellbeing*. *International journal of wellbeing*, 2(3).
- Fordyce, M. W. (1983). *A program to increase happiness: Further studies*. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 483.
- Fulmer, R. (2015). *A history of happiness: The roots of positive psychology, insight, and clinical applications from 2005 to 2015*. Ideas and Research You Can Use: VISTAS 2015.
- Furnham, A., & Cheng, H. (2000). *Lay theories of happiness*. *Journal of happiness studies*, 1(2), 227-246.
- Gigantesco, A., Mirabella, F., Bonaviri, G., & Morosini, P. (2004). *Il benessere psicologico in popolazioni del settore sanitario*. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 10, 315-321.
- Gremigni, P., & Stewart-Brown, S. (2011). *Una misura del benessere mentale: validazione italiana della Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)*. *Giornale Italiano di Psicologia*, 38(2).
- Hajimirzalian, T., Atashpour, S. H., Abedi, M., & Jafari, M. D. (2015). *An assessment of the Lyubomirsky happiness teaching effectiveness in increasing happiness and life satisfaction in individuals attending Isfahan counseling centers*. *European Journal of Psychology and Educational Studies*, 2(1), 7.
- Hayo, B., & Seifert, W. (2003). *Subjective economic well-being in Eastern Europe*. *Journal of Economic Psychology*, 24(3), 329-348.
- Hermalin, A. I. (2002). *The well-being of the elderly in Asia: A four-country comparative study*. University of Michigan Press.
- Hone, L. C., Jarden, A., Schofield, G. M., & Duncan, S. (2014). *Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing*. *International journal of wellbeing*, 4(1).
- Hudson, J. (2006). *Institutional trust and subjective well-being across the EU*. *Kyklos*, 59(1), 43-62.
- Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., & Wahrendorf, M. (2009). *Measuring well-being across Europe: Description of the ESS well-being module and preliminary findings*. *Social Indicators Research*, 91(3), 301-315.
- Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). *Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives*. *Journal of happiness studies*, 11(6), 735-762.
- Iani, L., Lauriola, M., Layous, K., & Sirigatti, S. (2014). *Happiness in Italy: translation, factorial structure and norming of the subjective happiness scale in a large community sample*. *Social Indicators Research*, 118(3), 953-967.
- Johnston, J. R., & Goldman, J. R. (2010). *Outcomes of family counseling interventions with children who resist visitation: An addendum to Friedlander and Walters (2010)*. *Family Court Review*, 48(1), 112-115.
- Lent, R. W. (2004). *Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment*. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482.
- Lindert, J., Bain, P. A., Kubzansky, L. D., & Stein, C. (2015). *Well-being measurement and the WHO health policy Health 2010: systematic review of measurement scales*. *Eur J Public Health*, 25(4), 731-740. doi: 10.1093/eurpub/cku193.
- Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). *Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures*. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 878-884.
- Linton, M. J., Dieppe, P., & Medina-Lara, A. (2016). *Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time*. *BMJ Open*, 6(7), e010641. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010641.
- Masterson Creber, R., Patey, M., Lee, C. S., Kuan, A., Jurgens, C., & Riegel, B. (2016). *Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial*. *Patient Educ Couns*, 99(2), 256-264. doi: 10.1016/j.pec.2015.08.031.
- May, R. (1991). *L'arte del counseling. Il consiglio, la guida, la supervisione*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Meyers, M. C., & van Woerkom, M. (2017). *Effects of a strengths intervention on general and work-related well-being: The mediating role of positive affect*. *Journal of happiness studies*, 18(3), 671-689.
- Modesti, P. A., Reboldi, G., Cappuccio, F. P., Agyemang, C., Remuzzi, G., Rapi, S., Parati, G. (2016). *Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS One*, 11(1), e0147601. doi: 10.1371/journal.pone.0147601.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement*. PLoS Med, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Bruggen, A. C. V. (2005). *Dimensions of well-being and their measurement: the SPF-IL scale*. Social Indicators Research, 73(3), 313-353.
- Oswald, A. J., & Wu, S. (2011). *Well-being across America*. Review of Economics and Statistics, 93(4), 1118-1134.
- Peng, Y. F., Tang, J. H., Fu, Y. C., Fan, I. C., Hor, M. K., & Chan, T. C. (2016). *Analyzing Personal Happiness from Global Survey and Weather Data: A Geospatial Approach*. PLoS One, 11(4), e0153638. doi: 10.1371/journal.pone.0153638.
- Ray, D. (2007). *Two counseling interventions to reduce teacher-child relationship stress*. Professional School Counseling, 10(4), 428-440.
- Rogers, C. (1978). *Potere personale: la forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Rogers, C. (2007). *Terapia centrata sul cliente*. Molfetta (BA): edizioni la meridiana.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C., & Fava, G. A. (2003). *La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB)*. Rivista di psichiatria, 38(3), 117-130.
- Rump, S. (2015). *The flourishing scale in comparison with other well-being scales: the examination and validation of a new measure*. University of Twente.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. American Psychologist, 55(1), 68.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. Annual review of psychology, 52(1), 141-166.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5.
- Silverman, D. C. (1978). *Sharing the crisis of rape: counseling the mates and families of victims*. Am J Orthopsychiatry, 48(1), 166-173. doi: 10.1111/j.1939-0025.1978.tb01298.x.
- Smart, J. F., & Smart, D. W. (1995). *Acculturative stress of Hispanics: Loss and challenge*. Journal of Counseling & Development, 73(4), 390-396.
- Stolarski, M., Vowinckel, J., Jankowski, K. S., & Zajenkowski, M. (2015). *Mind the balance, be contented: Balanced time perspective mediates the relationship between mindfulness and life satisfaction*. Personality and Individual Differences, 93, 27-31.
- Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2012). *Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist*. Qual Life Res, 21(4), 651-657. doi: 10.1007/s11136-011-9960-1.
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (E. Aromataris & Z. Munn Eds.): The Joanna Briggs Institute.
- Vellone, E., Paturzo, M., D'Agostino, F., Petruzzo, A., Masci, S., Ausili, D., Riegel, B. (2017). *MOTIVational interviewing to improve self-care in Heart Failure patients (MOTIVATE-HF): Study protocol of a three-arm multicenter randomized controlled trial*. Contemp Clin Trials, 55, 34-38. doi: 10.1016/j.cct.2017.02.003.
- Wakefield, J. R. H., Sani, F., Madhok, V., Norbury, M., Dugard, P., Gabbanelli, C., Poggesi, F. (2016). *The relationship between group identification and satisfaction with life in a cross-cultural community sample*. Journal of happiness studies, 18(3), 785-807. doi: 10.1007/s10902-016-9735-z.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). *Nudging socially isolated people towards well-being with the 'Happiness Route': design of a randomized controlled trial for the evaluation of a happiness-based intervention*. Health Qual Life Outcomes, 11, 159. doi: 10.1186/1477-7525-11-159.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). *Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. PLoS One, 11(6), e0158092. doi: 10.1371/journal.pone.0158092.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). *Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach*. Am J Prev Med, 22(4), 267-284.

Gestione infermieristica del breakthrough cancer pain: uno studio trasversale multicentrico

Elisabetta Zanotti Fragonara¹, Pier Luigi Ingrassia¹, Fabrizio Colombo², Barbara Suardi³, Gaetano Auletta³

¹Centro SIMNOVA, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara

²ASST Monza Ospedale San Gerardo, Monza

³Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara

Corrispondenza: elisabetta.zanotti@uniupo.it

RIASSUNTO

Introduzione Il Breakthrough Cancer Pain (BtCP) rappresenta un'esacerbazione transitoria di dolore che insorge nei pazienti oncologici con dolore di base controllato. È importante riconoscerlo e gestirlo perché, se non trattato adeguatamente, si associa al peggioramento della qualità di vita del paziente. L'obiettivo di questo studio è di descrivere le modalità di approccio infermieristico al BtCP, negli Hospice dell'area del Piemonte Nord Orientale, in termini di definizione, valutazione e gestione, per far emergere eventuali necessità di specifici interventi formativi.

Materiali e metodi È stato condotto uno studio trasversale multicentrico, presso gli Hospice dell'area selezionata. È stato utilizzato un questionario a risposta multipla, fornito agli infermieri che hanno accettato di partecipare allo studio. I dati sono stati elaborati con il software di elaborazioni statistiche STATA 13.

Risultati Cinque centri su sei e il 97% degli infermieri in possesso dei requisiti richiesti hanno accettato di partecipare. L'80% di essi ha frequentato corsi di formazione sul dolore, ma avverte la necessità di approfondire la formazione sul BtCP. I professionisti con esperienza ≥ 5 anni in cure palliative e coloro che hanno partecipato a corsi di formazione sul dolore hanno dimostrato di avere una migliore preparazione riguardo il problema.

Conclusioni Rispetto alle precedenti evidenze, appaiono migliorate le conoscenze riguardo il BtCP ma permane disparità nell'approccio ad esso. Emerge un desiderio di maggiore formazione a riguardo per aumentare la sicurezza nella pratica clinica e rendere più omogenee le capacità gestionali e valutative del BtCP, con le conseguenti ricadute positive sulla qualità dell'assistenza infermieristica.

Parole chiave: Breakthrough Cancer Pain, dolore, cure palliative, gestione infermieristica, formazione infermieristica

Breakthrough cancer pain's nursing management: a multi-center cross-sectional study

ABSTRACT

Introduction Breakthrough Cancer Pain (BtCP) is a transient exacerbation of pain that occurs in cancer patients with controlled basic pain. It is important to recognize and manage it because, if not properly treated, it is associated with a deterioration in the patient's quality of life. The aim of this study is to describe the nursing approach to BtCP, in the Hospices of the north-east Piedmont area, in terms of definition, evaluation and management, to highlight any need for specific training interventions.

Methods A multi-center cross-sectional descriptive study was performed at the Hospices of the selected area. A multiple-choice questionnaire was used and provided to the nurses who accepted to participate in the study. Data were processed with the statistical processing software STATA 13.

Results Five out of six centres and 97% of eligible nurses agreed to participate. 80% of them were already trained on pain management, but they felt the need for targeted training on BtCP. Professionals with experience ≥5 years in palliative care and those who had received pain training courses proved to be better equipped to deal with the problem.

Conclusions Compared to previous evidence, the nurses' knowledge about BtCP showed improved but disparities in the approach still persisted.

The study showed a demand for more training in this field in order to increase the nurses' confidence in clinical practice and make the management and assessing skills of BtCP more homogeneous, with subsequent positive outcomes on the quality of nursing care.

Key words: Breakthrough Cancer Pain, palliative care, nursing, assessment, nursing management, nursing education

INTRODUZIONE

Il dolore oncologico rappresenta un importante problema di assistenza sanitaria, presente in più del 70% dei pazienti con malignità avanzata (Soden et al. 2013).

L'infermiere ha un ruolo fondamentale nella sua identificazione, valutazione e gestione, così da privare i volti dei malati dai segni non solo fisici ma soprattutto psicologici e spirituali che la malattia può lasciare perché, seppur essa faccia parte del naturale ciclo vitale, non deve diventare esperienza mortificante e avvilente per la dignità di ogni creatura umana (FNOPI, 2009, Filippini, Campanelli 2011).

I pazienti con cancro, solitamente, fanno esperienza di due differenti tipi di dolore: il dolore di base, di tipo cronico/continuo, e il Breakthrough Pain (BtCP), un'esacerbazione transitoria di dolore che insorge nonostante il dolore cronico sia ben controllato dalla terapia (Soden et al. 2013). Viene, infatti, definito breakthrough (breccia) proprio perché interrompe bruscamente il sollievo procurato dai farmaci.

Dal punto di vista clinico, dolore cronico e BtCP sono considerati entità diverse, che richiedono una valutazione individuale, specifica e distinta (Portenoy, Hagen 1990, Davies et al. 2009).

Non esiste, ad oggi, una definizione universalmente accettata di BtCP (Mercadante et al. 2016). La più accreditata, lo identifica come "un episodio di dolore transitorio, che si verifica anche spontaneamente, o in relazione ad uno specifico innesco prevedibile o non prevedibile, nonostante la relativa stabilità e l'adeguato controllo del background pain/dolore di base" (Davies et al. 2009).

Diversi studi epidemiologici, indicano una prevalenza del BtCP tra i pazienti oncologici in fase avanzata di malattia tra il 40 e l'80% (Soden et al. 2013, Deandrea et al. 2014). Nel contesto italiano i dati disponibili indicano una situazione diversificata, con una prevalenza tra il 40 – 50% (Greco, Corli 2011, Gatti, Mediatì 2012) e il 70% (Saini, Tucci 2013). Questi ampi range dipendono da una serie di fattori quali l'ottimizzazione della terapia del dolore di base, la capacità degli operatori di accertare correttamente il BtCP o il mancato utilizzo di strumenti specifici (Soden et al. 2013).

Risulta fondamentale riconoscere e gestire il BtCP perché, se non trattato adeguatamente, è fortemente associato al peggioramento di attività funzionali, ad aumento di ansia, depressione ed insoddisfazione

complessiva per le terapie antidolorifiche, nonché ad esiti clinici scadenti (American Pain Foundation 2011).

Una valutazione efficace comprende la determinazione dell'eziologia e della fisiopatologia del BtCP, così come in qualsiasi tipo di dolore, e i fattori che possono indicare o contro-indicare interventi specifici (Davies et al. 2009).

Ad oggi, nonostante siano diffusi diversi strumenti di valutazione del BtCP validati, non è ancora stata definita quale sia la metodica migliore da applicare alla pratica clinica (Webber et al. 2015, Mercadante et al. 2016, Vellucci et al. 2017). Inoltre, nessuno dei suddetti strumenti risulta essere stato tradotto in italiano.

Studi recenti mostrano una variabilità sostanziale nelle modalità di trattamento tra professionisti, strutture e Paesi (Caraceni et al. 2012, Bedard et al. 2013, Fitch et al. 2013a, Fitch et al. 2013b, Mercadante et al. 2016).

Il BtCP ha guadagnato maggiore risalto negli ultimi anni, in particolare come risultato dello sviluppo di specifici trattamenti farmacologici per il suo controllo (Davies et al. 2018, Mercadante et al. 2016). Una crescente gamma di nuove formulazioni di oppioidi (inclusi quelli somministrati per via intra-mucosale) sono disponibili per un sollievo rapido dal dolore. L'uso e il successo di queste nuove formulazioni potrebbero essere limitati dalla possibilità dei pazienti di venire a contatto con professionisti sanitari non sufficientemente formati riguardo la valutazione e il trattamento del BtCP (Davies et al. 2018).

Secondo i risultati di un altro studio, l'85% dei pazienti ritiene che il BtCP influenzi negativamente la loro qualità di vita e il 91% pensa che questa situazione potrebbe essere notevolmente migliorata con una più efficace gestione delle terapie (Gatti, Mediatì 2012, Campagna et al. 2018).

Ai pazienti riceventi cure palliative, sono spesso prescritti un'ampia varietà di antidolorifici da somministrare al bisogno. Il personale infermieristico deve necessariamente essere in grado di differenziare un BtCP da un dolore cronico mal controllato, per poter essere in grado di mettere in atto le prescrizioni mediche e far fronte alle situazioni specifiche in maniera adeguata (Wengström et al. 2014).

Proprio per questi motivi, l'EONS (European Oncology Nursing Society), nel 2014, ha redatto

delle linee guida sull'argomento, nelle quali si evidenzia l'importanza di una solida formazione degli infermieri nell'identificare, valutare questo tipo di dolore e saper decidere di conseguenza quale tipologia di interventi attuare per gestirlo nel migliore dei modi (Wengström et al. 2014).

Nello stesso anno è stato inoltre condotto in Inghilterra uno studio, che esplorava le conoscenze e le modalità di valutazione e gestione degli infermieri di cure palliative del BtCP (Soden et al. 2013). È emerso che, nonostante la terminologia eterogenea utilizzata per definire il BtCP e la mancanza di un univoco strumento di valutazione, le modalità di gestione di questa problematica da parte degli infermieri corrispondevano a grandi linee con le linee guida redatte in quel periodo (Wengström et al. 2014). Gli infermieri, tuttavia, sentivano la necessità di incrementare le loro conoscenze a riguardo, con ulteriori corsi di formazione specifici, per acquisire maggiore consapevolezza e sicurezza nella loro pratica clinica (Soden et al. 2013). Dai risultati di quest'ultimo, è nata l'idea di condurre un'indagine nell'area del Piemonte Nord Orientale, così da poter mettere in luce criticità ed eventuali bisogni formativi del personale infermieristico. Obiettivo di questo studio è di descrivere le modalità di approccio infermieristico al BtCP, negli Hospice dell'area del Piemonte Nord Orientale, in termini di definizione, valutazione e gestione, per far emergere eventuali necessità di specifici interventi formativi.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

È stato condotto uno studio trasversale multicentrico, con metodologia descrittiva, presso le strutture residenziali di cure palliative dell'area del Piemonte Nord Orientale. È stata svolta una ricerca bibliografica mirata all'identificazione di studi che riguardassero il Breakthrough Cancer Pain e, in particolare, le prospettive infermieristiche relativamente a tali problematiche. Ciò ha permesso di verificare la mancanza di condivisione univoca relativamente alla definizione di BtCP e lo scarso utilizzo del termine nella pratica clinica. Inoltre, l'analisi della letteratura non ha evidenziato progetti condotti nel contesto nazionale italiano o nello specifico del contesto piemontese. Quest'osservazione ha ulteriormente giustificato l'ipotesi della conduzione di uno studio in tale ambito.

Dall'analisi della letteratura è emerso, in particolare, uno studio condotto in Inghilterra che si è deciso di utilizzare come spunto per condurre un'indagine nell'area del Piemonte Nord Orientale

(Soden et al. 2013).

Popolazione

La popolazione target è costituita dagli infermieri in servizio nelle strutture residenziali specializzate di cure palliative e Hospice dell'area del Piemonte Nord Orientale. Acquisite le necessarie autorizzazioni allo svolgimento dello studio da parte delle strutture coinvolte, è stato attribuito un numero casuale da 1 a 5 ad ogni centro.

Campionamento

Il campionamento è stato di tipo propositivo.

Criteri di inclusione

Sono stati dichiarati eleggibili gli infermieri in servizio presso i centri che hanno accettato di partecipare allo studio e che rispettavano i seguenti criteri di inclusione:

- profilo Infermiere;
- esperienza lavorativa ≥ 6 mesi in ambito di Cure Palliative;
- consenso a partecipare allo studio.

Strumenti di raccolta dati

Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario sviluppato da un gruppo di infermieri esperti, con percorsi formativi e competenze cliniche avanzate in ambito di cure palliative. Lo strumento così costruito è stato sottoposto ad un ulteriore gruppo di infermieri esperti, i quali hanno offerto un giudizio di appropriatezza delle domande rispetto al costruito che si intendeva valutare (Soden et al. 2013).

Lo strumento era composto da:

- presentazione informativa: che riportava le informazioni essenziali sullo studio a cui veniva chiesto di partecipare;
- scheda di raccolta dati: per l'indagine delle caratteristiche socio-anagrafiche, dell'esperienza, della formazione e delle modalità di valutazione del dolore;
- questionario: a risposta multipla con 4 possibilità di risposta e 1 sola risposta corretta. Alle risposte corrette è stato assegnato un punteggio di 1, alle risposte errate 0. Le domande da 1 a 4 indagavano rispettivamente: definizione, caratteristiche, valutazione e trattamento del Breakthrough Cancer Pain. Le domande da 5 a 10, a coppie di 2 domande (5-6; 7-8; 9-10) si riferivano ai casi clinici presentati (Tabella 1), mutuati dall'esperienza inglese citata in precedenza (Soden et al. 2013). Il cut-off di sufficienza è stato fissato per un punteggio ≥ 6 corrispondente al 60% delle risposte corrette.

Tabella 1. I casi clinici

CASO 1 – BTCP
<i>Mario. 68 anni. Tumore alla prostata con metastasi multiple ossee al bacino e al femore sinistro. Ha un dolore completamente controllato a riposo con cerotto a rilascio modificato di Fentanil 25 mcg/h. Vorrebbe essere in grado di camminare fino al bagno autonomamente. Il fisioterapista pensa che lui sia in grado di farlo ma che non riesca a causa del dolore che sente alla gamba sinistra quando sta in piedi. Il dolore è tagliente e acuto. Scompare dopo 10 minuti che si è seduto. È in attesa di radioterapia in questa zona ed è in trattamento con Paracetamolo 1 g x4/die e Diclofenac 50 mg x3/die in aggiunta al bisogno al Fentanil.</i>
CASO 2 – DOLORE CRONICO
<i>Clara. 57 anni. Tumore al polmone metastatizzato a T6-T7-T8 che ha causato compressione del midollo spinale e conseguente paraplegia. Allettata. È in terapia con cerotto di Fentanil 50 mg a rilascio modificato ma continua ad avere male alla parete toracica. Sta assumendo in aggiunta 3 dosi/die di Ossicodone cp da 20 mg con buon effetto e minimi effetti collaterali. È in terapia regolarmente con Gabapentin 600 mg x3/die e Paracetamolo 1 g x4/die: non può assumere antinfiammatori per una significativa storia di indigestione.</i>
CASO 3 – DOLORE PROCEDURALE
<i>Luigi. 62 anni. In anamnesi adenocarcinoma polmonare, diabete e cardiopatia ischemica. Ha di recente sviluppato una vasculopatia periferica e ha grosse ulcere arteriose nella sua gamba sinistra. È stato visitato dal chirurgo vascolare e non ci sono possibilità di intervento chirurgico. Ora si trova in Hospice e ha un dolore severo quando gli vengono rinnovate le medicazioni. È in terapia con cerotto di Fentanil 30 mg a rilascio modificato. Ogni incremento di essa in passato lo ha fatto divenire molto soporoso e preferisce quindi evitarlo se possibile. Ha in prescrizione Morfina cloridrato 10 mg per via sottocutanea al bisogno, ma non ne ha richiesta nessuna negli ultimi 2 giorni.</i>

Metodo di raccolta dati

Previo incontro informativo con i coordinatori dei centri, per condividere gli obiettivi, i metodi di conduzione dello studio e per omogeneizzare la procedura di raccolta dei dati, i questionari sono stati forniti ai coordinatori delle strutture, i quali hanno provveduto a consegnarlo agli infermieri che hanno accettato di compilarlo.

La procedura di raccolta dati si è svolta da febbraio ad Aprile 2018. I dati raccolti sono stati analizzati con il software di elaborazioni statistiche Stata 13.

Le variabili continue sono state descritte con media e deviazione standard. Ciascun centro arruolato è stato considerato come un gruppo ed i confronti tra i gruppi sono stati eseguiti utilizzando il test di Kruskal-Wallis ed è stato tenuto conto delle correzioni di Bonferroni in confronti tra coppie di centri. Nell'utilizzo dei test statistici, valori di $p \leq 0,05$ sono stati ritenuti statisticamente significativi.

Autorizzazioni e considerazioni etiche

I dati sono stati raccolti in forma anonima, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali e sono stati elaborati in forma aggregata senza alcuna possibilità di diffusione nominativa. La restituzione del questionario compilato è stata considerata come implicita accettazione dell'utilizzo dei dati per l'obiettivo citato.

RISULTATI

Lo studio è stato condotto nell'area del Piemonte Nord Orientale su cui insistono 6 centri residenziali specializzati in cure palliative (Hospice): di questi, 5 hanno aderito al progetto mentre un centro ha declinato l'invito a partecipare allo studio.

Erano in possesso dei requisiti richiesti e quindi idonei alla partecipazione allo studio 36 infermieri sui 41 operanti nelle strutture di interesse. 35 infermieri hanno accettato di partecipare allo studio.

Gli infermieri arruolati avevano un'età media di 44 aa \pm SD 7,26 e il 74% di essi erano donne. Il 54% dei partecipanti era abilitato all'esercizio della professione da più di 20 anni e tutti avevano esperienza ≥ 1 anno.

Il 74% del campione aveva un'esperienza in cure palliative compresa tra 1 – 10 anni. Il 60% aveva conseguito una formazione infermieristica pre-universitaria.

Il 53% dei partecipanti ha dichiarato di aver ottenuto una formazione post-base ma, solo il 14% aveva conseguito un Master di I° livello specifico in Cure palliative e/o in Terapia del dolore. Nessuno degli infermieri arruolati aveva, invece, conseguito una Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, un PhD o un Master di II° livello (Tabella 2).

Tabella 2. Le caratteristiche del campione

CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI		RANGE	SD	MEAN
ETÀ		25-56	7,26	44
		N		%
GENERE				
M		9		26%
F		26		74%
PARTECIPANTI PER CENTRO				
1		8		23%
2		6		17%
3		9		26%
4		6		17%
5		6		17%
ANNI DI ABILITAZIONE INFERMIERISTICA				
<1		0		0
1-5		2		6%
6-10		3		9%
11-20		11		31%
>20		19		54%
ANNI ESPERIENZA IN CURE PALLIATIVE				
<1		2		6%
1-5		15		43%
6-10		11		31%
11-20		7		20%
FORMAZIONE DI BASE				
Diploma Scuola Regionale		21		60%
Diploma Universitario		4		11%
Laurea in Infermieristica		10		29%
FORMAZIONE POST BASE				
Laurea magistrale SCIO		0		0
Master I Livello Cure Pall.		5		14%
Master I Livello Altro		10		29%
Master II Livello		0		0
Dottorato di Ricerca		0		0
Nessuna		2		57%

Formazione specifica sul dolore

L'80% dei partecipanti ha dichiarato di aver partecipato a corsi di formazione sul dolore. Di essi il 68% vi ha partecipato negli ultimi 3 anni. In questi corsi gli infermieri hanno dichiarato che si è discusso di BtCP nell'82% dei casi. Il 20% dei partecipanti ha invece dichiarato di non aver mai partecipato a corsi sul dolore: il 29% perché ritiene che nell'area del Piemonte Orientale in cui lavora ne vengano organizzati pochi e il 71% per altri motivi (nello specifico il 90% perché non vengono organizzati dall'azienda in cui lavora).

L'80% degli infermieri partecipanti ha, inoltre, dichiarato di sentire il bisogno di ricevere una maggiore formazione riguardo il Breakthrough Cancer Pain.

Valutazione del dolore

Gli strumenti di valutazione del dolore, utilizzati abitualmente dai partecipanti nella propria pratica clinica, sono nell'ordine: la scala numerica NRS (80%) e la scala visiva VAS (60%). Un numero ridotto di partecipanti utilizza la scala verbale VRS (26%) e la PAINAD (3%). Un partecipante ha dichiarato di non utilizzare strumenti di valutazione del dolore nella propria pratica clinica.

È stato poi chiesto agli infermieri di indicare quali tra gli elementi proposti ritenessero d'aiuto per la valutazione del dolore di un paziente: la maggior parte di essi ha evidenziato la considerazione dell'intensità, della durata, della frequenza, della qualità (tipo), della localizzazione e dell'esordio del

dolore.

Si è infine indagato se nella pratica clinica dei partecipanti venisse utilizzato il termine Breakthrough Cancer Pain e quali fattori ritenessero influenzare maggiormente la valutazione di un paziente con questo tipo di dolore. La metà degli infermieri ha risposto che nella propria pratica clinica viene fatto uso abitualmente del termine BtCP.

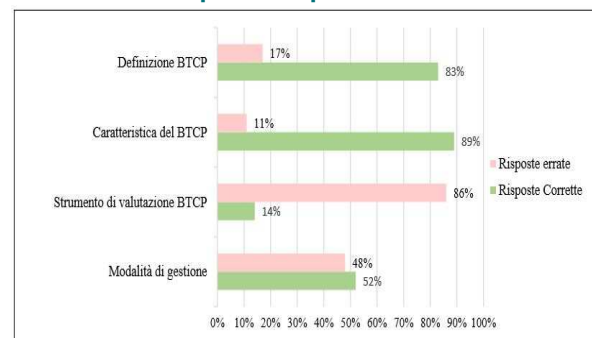
Il 70% dei partecipanti ha indicato tra i principali fattori che influenzano la valutazione di un paziente con BtCP il linguaggio non verbale, il 57% la propria esperienza clinica e il 45% le aspettative del paziente.

Risultati dei questionari

Nella prima parte del questionario si sono indagate la conoscenza dei partecipanti circa la definizione di BtCP, le caratteristiche di questo tipo di dolore, la sua modalità di gestione e di valutazione.

Com'è possibile vedere nella tabella 3, l'83% degli infermieri ha dimostrato di conoscere la definizione del BtCP rispondendo correttamente alla prima domanda. L'89% dei partecipanti ha identificato esattamente tra le opzioni proposte il verificarsi in uno scenario in cui vi è un adeguato controllo del dolore di base come caratteristica appartenente al BtCP. Solo il 14% dei partecipanti è a conoscenza della mancanza di uno strumento di valutazione del BtCP riconosciuto come "gold-standard" da utilizzare nella pratica clinica. Il 52% dei partecipanti ha correttamente risposto che la migliore modalità per gestire il BtCP risulta essere la via transmurale in aggiunta alla terapia antidolorifica di base.

Tabella 3. Le risposte al questionario



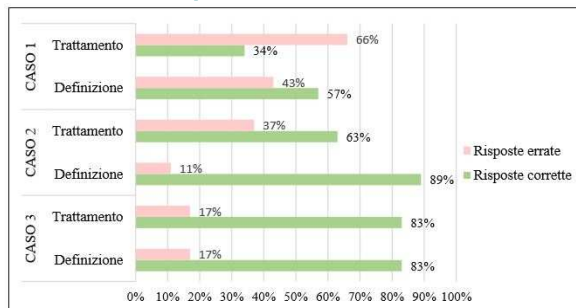
Casi clinici

Nella seconda parte del questionario, sono stati proposti 3 casi clinici. Riguardo ciascun caso presentato, veniva chiesto ai partecipanti di individuare quale tipo di dolore fosse descritto e come l'avrebbe gestito (Tabella 4).

Nel caso 1 è stato descritto un BtCP: il 57% dei partecipanti ha correttamente individuato la tipologia di dolore che presentava il Signor Mario.

Il 34% avrebbe correttamente gestito il dolore presentato somministrando un oppioide per via transmucosale, mentre il 66% dei partecipanti ha risposto erroneamente riguardo a quale modalità di gestione ritenesse fosse la migliore.

Tabella 4. Le risposte ai casi clinici



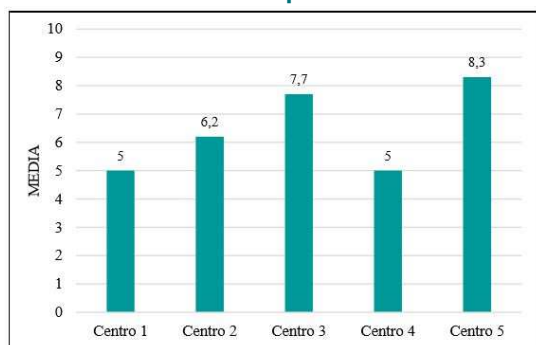
Nel caso 2 è stato presentato un dolore di base incontrollato: l'89% dei partecipanti ha correttamente definito il dolore della signora Clara. Il 63% ha ritenuto che la migliore opzione per gestire il dolore presentato, fosse aumentare il dosaggio del cerotto di Ossicodone rispetto a quello usato nelle ultime 24h: risposta che risulta essere corretta, secondo le ultime linee guida. Il 37% ha risposto erroneamente riguardo la modalità di gestione di questo tipo di dolore.

Nel caso 3 l'83% dei partecipanti ha individuato il dolore procedurale come migliore termine per definire il dolore del Signor Luigi, risposta che risulta essere esatta, e ha inoltre correttamente selezionato come migliore opzione per gestire questo tipo di dolore la somministrazione di Morfina cloridrato mezz'ora prima del cambio della medicazione per via sottocutanea.

Correlazioni statistiche

In media i partecipanti hanno ottenuto un punteggio totale (qtot) di 6,4 punti. Il punteggio massimo totalizzato è stato 10 e il punteggio minimo è stato 1 (Tabella 5). Due centri (centro 1 e centro 4) hanno totalizzato un qtot medio inferiore rispetto alla soglia di sufficienza stabilita (qtot medio=5).

Tabella 5. Il Qtot medio per centro



Analizzando le medie di qtot ottenute dai vari centri tramite i test di Kruskal-Wallis e Bonferroni, nonostante il numero esiguo del campione, sono emerse alcune differenze statisticamente significative: i centri 3 e 5 hanno totalizzato delle medie migliori rispetto al centro 1 (p=0,010 e p=0,003) e al centro 4 (p=0,022 e p=0,006).

È stato poi correlato il risultato medio ottenuto con alcune variabili, per evidenziare eventuali differenze di conoscenza del BtCP in base a determinate caratteristiche possedute dai partecipanti.

Prendendo in considerazione il genere degli infermieri, non sono emerse differenze: maschi e femmine hanno ottenuto un qtot medio di 6,4 e quindi superiore al livello di sufficienza stabilito (6/10).

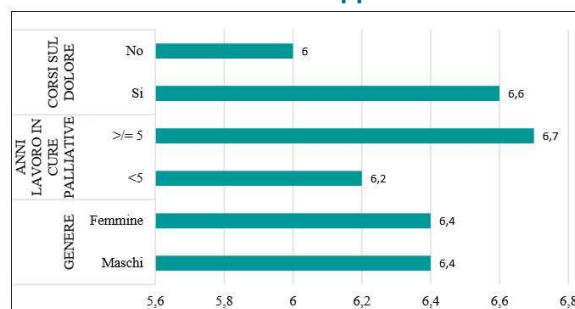
Relativamente agli anni di esperienza in cure palliative, anche se non sono emerse differenze statisticamente significative (p=0,34), si è rilevato che i partecipanti con un'esperienza in questo ambito ≥ 5 anni in cure palliative hanno dimostrato di avere una migliore preparazione riguardo questo problema (qtot medio= 6,7) rispetto a quelli con esperienza < 5 anni (qtot medio = 6,2).

Considerando la partecipazione a corsi di formazione sul dolore, nonostante non sono emerse differenze con significatività statistica (p=0,29), si è evidenziato che gli infermieri che vi hanno preso parte hanno ottenuto una media più alta (qtot medio= 6,7) rispetto a coloro che non ne hanno svolti (qtot medio= 6).

Non risultano esserci significative differenze tra le medie ottenute dai partecipanti relativamente alla formazione di base, alla formazione post base e all'età dei partecipanti.

In tabella 6 è possibile vedere la variabilità del qtot medio in rapporto a genere, anni di lavoro in cure palliative e partecipazione a corsi di formazione sul dolore dei partecipanti.

Tabella 6. Il Qtot medio in rapporto a variabili



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo studio condotto ha permesso di avere una panoramica sulle modalità di approccio infermieristico al Breakthrough Cancer Pain nelle strutture residenziali specializzate in cure palliative dell'area del Piemonte Nord Orientale.

È stata riscontrata un'ottima adesione da parte dei centri selezionati e degli infermieri che vi lavoravano: l'alta partecipazione offre delle possibilità di confronto che rappresentano un punto focale per lo sviluppo della professione.

In linea generale, nonostante il numero esiguo del campione, è emerso che gli infermieri che hanno svolto corsi sul dolore o che hanno un'esperienza maggiore di 5 anni in ambito di cure palliative hanno ottenuto un punteggio nel questionario migliore rispetto agli altri: questo dato è sicuramente stimolante, perché conferma l'efficacia di una formazione continua a riguardo.

È stato riscontrato, analogamente ad altri dati provenienti dalla letteratura (Soden et al. 2010, Soden et al. 2013), che nonostante la maggioranza degli infermieri sappia definire correttamente il BtCP, solo metà dei partecipanti è a conoscenza di quale sia la migliore modalità di gestione di questa tipologia di manifestazione dolorosa riconosciuta dalle ultime evidenze scientifiche (Brant et al. 2017, Davies et al. 2018).

Le conoscenze degli infermieri, riguardo le tre tipologie di dolore descritte nei casi presentati nella seconda parte del questionario, presentano grosse disparità: in particolare sono emerse capacità di individuazione e gestione del dolore cronico e del dolore procedurale nettamente migliori rispetto al BtCP.

In media, i partecipanti hanno dimostrato di possedere una sufficiente conoscenza dell'argomento. Nonostante ciò, due centri su cinque non hanno raggiunto il cut-off di sufficienza di risposte esatte fissato: è emersa, infatti, una notevole variabilità delle conoscenze possedute dai vari centri riguardo il BtCP. Quest'ultima caratteristica corrisponde a quanto già evidenziato in uno studio condotto sul medesimo argomento nei centri di cure palliative di 12 Paesi Europei (Rustøen et al. 2013).

Un numero ristretto di partecipanti ha conseguito un Master di 1° livello specifico in Cure palliative e/o in Terapia del dolore: come già riscontrato in altri report di carattere internazionale, questo fattore potrebbe essere ricondotto ad una bassa reperibilità di questi moduli sul territorio (Soden et al. 2013).

A conferma di quanto emerso negli studi analizzati (Soden et al. 2013, Fitch et al. 2013a, Rustøen et al. 2013, Soden et al. 2010), gli infermieri sentono la necessità di approfondire le proprie conoscenze riguardo il BtCP, nonostante la maggior parte di essi abbia partecipato, negli ultimi 3 anni, a corsi di formazione sul dolore dove se ne sia parlato. Questo dato depone a favore dell'utilità di costruire percorsi di formazione specifici, che si concentrino sul BtCP, in quanto risulta non essere sufficiente dedicare solamente un piccolo spazio a questo argomento durante corsi generici sul dolore.

La terminologia utilizzata dagli infermieri nell'identificazione delle varie tipologie di dolore sembra essere adeguata. A differenza dei precedenti studi svolti in altre realtà straniere (Soden et al. 2010, Soden et al. 2013, Fitch et al. 2013a, Rustøen et al. 2013), sembra essersi maggiormente diffuso, negli ultimi anni, l'utilizzo del termine BtCP nella pratica clinica abituale, forse anche grazie alla recente pubblicazione di linee guida a riguardo (Wengström et al. 2014).

In linea generale, si è confermata l'attitudine degli infermieri ad utilizzare un approccio olistico nella valutazione del dolore. È emerso che la maggior parte dei professionisti utilizza la scala NRS e vi associa un'indagine delle caratteristiche principali quali la durata, la frequenza, la qualità (tipo), la localizzazione e l'esordio del dolore. Questo dato risulta in contrasto con un recente contributo italiano, secondo il quale molti infermieri, oltre ad essere poco formati, conducono un accertamento aspecifico del dolore, limitandosi a riportare anche nelle cartelle infermieristiche solo la NRS (Campagna, Dimonte 2017).

Dallo studio, tuttavia, emerge un dato poco lusinghiero, anche se, fortunatamente, limitato a pochi casi: alcuni infermieri riferiscono di non utilizzare nessuno strumento specifico nella valutazione del dolore. Si è deciso di riportare il dato come monito, nonostante la mancanza di un approfondimento a tal proposito, circa la modalità di valutazione del sintomo in mancanza di qualsiasi riferimento.

Lo studio ha ottenuto un ottimo risultato in termini di partecipazione infermieristica.

In linea generale, presenta alcuni limiti essenzialmente legati all'utilizzo di uno strumento per la raccolta dei dati non validato in precedenza e all'esiguità del campione, che riduce la possibilità di generalizzare i risultati.

La valutazione e la gestione del BtCP dovrebbero essere considerate uno standard di cura e di assistenza, un elemento chiave non solo nel controllo dei sintomi ma anche come aspetto necessario in una cura complessiva del cancro.

Permane la disparità nell'approccio al BtCP: in particolare si evidenziano lacune in termini di valutazione e modalità di gestione di questo tipo di dolore. Tuttavia, rispetto ai precedenti riscontri, sembrano migliorate le conoscenze a riguardo, probabilmente anche grazie alla pubblicazione delle recenti linee guida da parte dell'European Oncology Nursing Society.

Lo studio riflette un forte ed esplicito desiderio di miglioramento da parte degli infermieri: una maggiore formazione a riguardo, potrebbe quindi far aumentare la sicurezza dei professionisti nella

pratica clinica e rendere più omogenee le loro capacità gestionali e valutative del BtCP, con le conseguenti ricadute positive sulla qualità dell'assistenza infermieristica.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori tutti, dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico

BIBLIOGRAFIA

- Bedard G, Hawley P et al. (2013) *A survey of Canadian cancer patients' perspectives on the characteristics and treatment of breakthrough pain*. Support Care Cancer. 21(9):2557-63.
- Brant JM, Rodgers BB et al. (2017) *Breakthrough cancer pain: a systematic review of pharmacologic management*. Clin J Oncol Nurs. 21(3):71-80.
- Campagna S, Dimonte V (2017) *Un contributo per migliorare la comprensione e il trattamento del dolore da cancro: il breakthrough pain. Semplice dolore, sintomo specifico, o altro ancora?* Ass. Inferm. Ric. 36: 158-164.
- Campagna S, Sperlinga R et al. (2018) *The Circadian Rhythm of Breakthrough Pain Episodes in Terminally-ill Cancer Patients*. Cancers (Basel). 11(1).
- Caraceni A, Bertetto O et al. (2012) *Episodic (breakthrough) pain prevalence in a population of cancer pain patients. Comparison of clinical diagnoses with the QUDEI-Italian questionnaire for intense episodic pain*. J Pain Symptom Manage. 43(5):833-41.
- Davies AN, Dickman A et al. (2009) *The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland*. Eur J Pain. 13 (4):331-8.
- Davies AN, Elsner F et al. (2018) *Breakthrough cancer pain (BTcP) management: A review of international and national guidelines*. BMJ Support. Palliat. Care. 8:241-249.
- Deandrea S, Corli O et al. (2014) *Prevalence of breakthrough cancer pain: A systematic review and a pooled analysis of published literature*. J. Pain Symptom. Manag; 47:57-76.
- Filippini M, Campanelli MM (2011) *Cronaca di una legge che ci difende dal dolore. La Legge 38/10, la più evoluta d'Europa*. Il Sole 24 Ore.
- Fitch MI, McAndrew A et al. (2013a) *Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the management of breakthrough pain in cancer (BTPc)*. Can Oncol Nurs J. 23(1):28-43.
- Fitch MI, McAndrew A et al. (2013b) *Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer*. Can Oncol Nurs J. 23(2):85-99.
- FNOPI (2009) *Codice Deontologico dell'Infermiere*. (2):85-99.
- Gatti A, Mediati RD et al. (2012) *Breakthrough pain in patients referred to pain clinics: the Italian pain network retrospective study*. Adv Ther. 29:464-72.
- Greco MT, Corli O et al. (2011) *Epidemiology and pattern of care of breakthrough cancer pain in a longitudinal sample of cancer patients: results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group*. Clin J Pain. 27:9-18.
- Mercadante S, Portenoy RK et al. (2016) *Breakthrough cancer pain: twenty-five years of study*. 157(12):2657-2663.
- Portenoy R.K., Hagen N.A. (1990) *Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics*. Pain. 41(3):273-81.
- Rustøen T, Geerling JI et al. (2013) *How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives –results of a European survey*. Eur J Oncol Nurs. 17(4):402-7.
- Saini A, Tucci M et al. (2013) *Circadian variation of breakthrough pain in cancer patients*. Eur J Pain. 17:264-70.
- Soden K, Ali S et al. (2010) *How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study*. Palliat Med. 24(3):294-8.
- Soden K., Ali S., Alloway L. et al. (2013) *How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicenter study*. Int J Palliat Nurs. 19(11):528-34.
- Vellucci R, Mediati RD et al. (2017) *Assessment and treatment of breakthrough cancer pain: from theory to clinical practice*. J Pain Res. 10:2147-2155.
- Webber K, Davies AN et al. (2015) *Accuracy of a diagnostic algorithm to diagnose breakthrough cancer pain as compared with clinical assessment*. J Pain Symptom Manage. 50(4):495-500.
- Wengström Y, Geerling J et al. (2014) *European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines*. Eur J Oncol Nurs. 18(2):127-31.



CONTRIBUTI

Educare alla prevenzione: il ruolo dell'infermiere di famiglia

di *Glenda Campolunghi*

Infermiere punto ADI ASST Melegnano e della Martesana

Negli ultimi anni il cittadino ha un ruolo sempre più attivo nei processi decisionali in ambito sanitario per quanto riguarda il mantenimento dello stato di salute e la gestione delle sue patologie anche grazie all'abbandono di una visione paternalistica della medicina e all'innalzamento del livello culturale della popolazione che richiede sempre maggiori informazioni riguardo i temi della salute. Tuttavia, non sempre le persone dispongono di tali competenze e conoscenze, ma hanno bisogno di una guida che permetta loro di avere un ruolo più attivo nella gestione del proprio benessere.

Questo interesse s'inserisce in un panorama di progressivo invecchiamento della popolazione che va di pari passo con l'aumento di patologie croniche e comorbidità.

Le malattie croniche sono causa di morte per 40 milioni di persone ogni anno.

Nella maggioranza dei casi, i fattori di rischio delle malattie croniche sono pochi, conosciuti e prevenibili. Tre dei più importanti sono una dieta poco sana, l'inattività fisica e il consumo di tabacco. Globalmente, questi fattori di rischio stanno aumentando.

L'educazione alla salute ha anche motivazioni di tipo economico, infatti, i costi legati al recupero della salute sono elevati a fronte di una disponibilità limitata di risorse, a differenza di quelli preventivi e di promozione della salute che sono meno onerosi (Scalorbi, 2012).

L'infermiere di famiglia

Dalla pubblicazione nel 1998 del documento "Salute 21" dalla sede europea dell'OMS, si è iniziato a dibattere in maniera diffusa circa la figura dell'infermiere di famiglia (Menarello e Bidone et al., 2016).

Per implementare l'assistenza sanitaria nelle cure primarie dovrebbe essere inserito un infermiere di famiglia adeguatamente formato, in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia, servizi di assistenza domiciliare e sostegno attivo all'autocura. Tale approccio svilupperebbe significativamente la prevenzione dalle malattie e delle lesioni e assicurerebbe il trattamento precoce ed efficace di tutti quei pazienti che non necessitano di assistenza ospedaliera.

L'infermiere di famiglia è, quindi, un professionista sanitario che progetta, attua, valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione. È chi si occupa dell'assistenza infermieristica all'individuo e alla collettività lungo tutto l'arco della vita, non solo di determinate fasce d'età (anziani, bambini) e lungo l'intero continuum salute-malattia grazie a una buona presa in carico; sostiene interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità e in ambito familiare, promuovendo azioni educative e preventive oltre che curative.

Informare le famiglie sui fattori di rischio legati agli stili di vita e individuare precocemente i problemi sanitari fa sì che questi siano affrontati a uno stadio iniziale, soprattutto grazie a una buona relazione di fiducia tra le parti (Scalorbi, 2012).

Le aree di maggiore interesse dovrebbero essere:

- prevenzione primaria. Ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie, attraverso interventi di promozione della salute.
- prevenzione secondaria. Rappresenta un intervento di secondo livello che mediante la diagnosi precoce di malattie, in fase asintomatica (programmi di screening), consente l'identificazione di una malattia o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interromperne o rallentarne il decorso.
- prevenzione terziaria. Fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibile, e ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti. Con prevenzione terziaria s'intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali a uno stato patologico o disfunzionale. Si realizza attraverso misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo del malato, e all'aumento della qualità della vita.
- La prevenzione terziaria deve essere in grado di progettare dei percorsi di cura che possano ridurre il peso delle complicanze e in particolare della non autosufficienza.
- interventi di assistenza infermieristica diretta in caso di necessità, ad esempio contestuali alla visita programmata (Menarello e Bidone et al., 2016).

Ruolo preventivo nelle cure primarie

L'invecchiamento della popolazione vede prevalere patologie cronico-degenerative che se non adeguatamente prese in carico possono esitare in stati più o meno gravi di non autosufficienza. È qui che appare evidente il valore del ruolo della prevenzione terziaria che è chiamata a intervenire all'interno dei processi assistenziali al fine di garantire la continuità ospedale-territorio e l'integrazione degli interventi socio-sanitari (Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012). Prevenire e guarire fanno parte della cura, tuttavia le pratiche curative hanno spesso occultato i successi della prevenzione, forse perché guarire una malattia è più spettacolare che impedirne la comparsa. Si è progressivamente passati da una prevenzione in funzione della visibilità immediata di un pericolo a una prevenzione dei rischi quotidiani per evitare ulteriormente la comparsa di malattie (D'Ivernois e Gagnayre, 2009).

La Prevenzione rientra nei LEA, ovvero tra le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione. La sua attuazione si esplica tramite l'educazione sanitaria che fornisce le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute e a responsabilizzare gli individui ed i gruppi sociali nelle scelte comportamentali che hanno effetti diretti o indiretti sulla salute fisica e psichica dei singoli o della collettività.

La prevenzione delle malattie e l'educazione sanitaria, insieme all'assistenza dei malati e dei disabili, sono le principali funzioni dell'infermiere (Profilo professionale DM 739/94) che quindi promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute, anche attraverso l'informazione e l'educazione; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Il Codice Deontologico sottolinea che l'assistenza infermieristica è al servizio della persona e della collettività e si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. L'infermiere di famiglia deve conoscere la comunità in cui opera e la rete dei servizi territoriali (servizi sociali comunali, misure a favore della fragilità, associazioni di volontariato, ecc) per poter orientare al meglio i cittadini che ne abbiano bisogno e per una migliore integrazione socio-sanitaria (Rocco e Marcadelli et al., 2017).

La necessità di ampliamento di questa figura sul territorio è sentita anche dai cittadini, infatti, un cittadino su due ritiene che il numero di infermieri sia insufficiente a garantire sia in ospedale che sul territorio e sono in tanti a chiedere soluzioni che promuovano la figura del professionista nella realtà quotidiana.

Dalle indagini svolte con i MMG risulta complesso per gli operatori documentarsi rispetto all'evoluzione di scenario e di ruoli, così come sono scarsi i momenti di confronto su possibili sviluppi futuri (Pandiani, 2016. Obbia, 2015. Pedrazzini, 2017).

L'infermiere di famiglia rappresenta un'evoluzione del ruolo infermieristico con competenze avanzate e una possibilità di utilizzo soprattutto nell'ambito delle cure primarie, ma non c'è una chiara percezione e conoscenza delle sue potenzialità (Calamassi e Rossi et al., 2011).

Paesi come l'Inghilterra contemplano già da tempo questa figura, ovvero il Public Health Nurse, che presta servizio in grandi comunità e si occupa degli aspetti relazionali e pratici che riguardano il mantenimento e il supporto della salute della popolazione.

Simile è il contesto degli USA con il Family Nurse Practitioner che, se necessario sotto la supervisione del medico di famiglia, pone le basi per l'educazione della famiglia e fa attività di supporto nell'assistenza sanitaria.

Il modello di cure primarie attuato in Spagna prevede che i cittadini scelgano il proprio medico di famiglia e il proprio infermiere di famiglia, che in genere ha in carico circa 1500 utenti. L'investimento in promozione della salute ed educazione a livello individuale e di gruppo è molto alto.

In Italia sono stati fatti diversi tentativi d'inserimento di questa figura professionale nel SSN, ma attualmente sono attive solo sperimentazioni. La legittimazione contrattuale e di riconoscimento deve ancora avvenire compiutamente.

Dal punto di vista formativo la situazione in Italia è a macchia di leopardo; molte università italiane hanno attivato master di primo livello per infermiere di famiglia, ma le esperienze che sono nate sul territorio nazionale non sono molte e sono diversificate tra loro. Gli infermieri che hanno seguito un percorso professionalizzante non hanno avuto un riconoscimento formale né sul piano organizzativo né su quello contrattuale (Rocco e Marcadelli et al., 2017).

L'infermiere educatore

L'educazione terapeutica rappresenta l'educazione fornita da professionisti della salute formati che mira a rendere l'assistito capace di gestire i trattamenti e prevenire le complicanze, mantenendo o migliorando la qualità di vita.

L'educazione dei malati cronici è continua sia perché possono emergere esigenze specifiche sia perché la medicina è in continua evoluzione; se si realizzano "incidenti" significativi si deve verificare se essi siano stati provocati da un apprendimento inefficace (Scalorbi, 2012).

L'applicazione di comportamenti di salute può ritardare le complicanze derivanti dalla malattia e ridurre la dipendenza della persona.

Lo sviluppo in interventi atti a promuovere la partecipazione del paziente si rivela ancora più necessario quando l'esperienza di cura prevede un percorso lungo e con rilevanti conseguenze nella vita quotidiana della persona, come accade per le patologie croniche (Fogliano e Bravi et al., 2015).

L'educazione terapeutica si situa a livello della prevenzione secondaria e terziaria e consiste in un vero e proprio transfert, pianificato e organizzato, di competenze dal curante al paziente e si iscrive in una prospettiva in cui la dipendenza del malato cede il posto alla sua responsabilizzazione (D'Ivernois e Gagnayre, 2009).

L'infermiere può agire positivamente sulla promozione del self care e sull'aderenza alla terapia farmacologica. È ampiamente dimostrata in letteratura la relazione tra buoni livelli di self care ed esiti di salute nella persona assistita (Ausili e Masotto et al., 2014).

La capacità di prendersi cura di sé da parte del malato cronico e dei suoi famigliari dipende in larga misura dalla qualità dell'assistenza infermieristica ricevuta.

È un processo che comprende attività rivolte alla cura personale quotidiana, ma anche relative alla cura terapeutica, effettuate dalla persona stessa oppure svolte da altri, caregiver formali o informali e può potenziare la qualità di vita in modo significativo attraverso la capacità di gestire i sintomi, il trattamento, le conseguenze fisiche e psicologiche e i cambiamenti dello stile di vita insito nel vivere con una malattia acuta, cronica o una disabilità. (Allievi e Re, 2017).

L'infermiere di famiglia, promuovendo il self care e l'educazione terapeutica, contribuisce a ridurre i costi a carico del SSR, ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso e a migliorare i risultati di salute per gli assistiti.

Molti studi segnalano che l'educazione è più efficace quando è assicurata da personale che ha ricevuto una formazione specifica e l'efficacia dipende anche dalla qualità delle strategie pedagogiche. L'infermiere deve quindi ricoprire anche il ruolo di educatore (D'Ivernois e Gagnayre, 2009).

Una buona relazione terapeutica può aumentare la soddisfazione del paziente per le cure ricevute e migliorare gli esiti di cura.

La partecipazione dell'assistito alla relazione è vincolata al coinvolgimento di questo nel processo decisionale sulle possibili alternative terapeutiche (Cavallo e Lusignani, 2013). Nella comunicazione devono essere applicati i principi del counseling e dell'ascolto attivo per migliorare la conoscenza non solo della malattia, ma anche della sfera psicosociale e di come la condizione fisica del paziente sta incidendo sulla sua vita personale e familiare (Ciaccio e Valentini, 2011).

Viene spesso sottolineata l'importanza di un maggiore coinvolgimento dei pazienti per aumentare l'aderenza alle indicazioni terapeutiche o nelle modifiche degli stili di vita.

È stato dimostrato come un maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione del paziente e dei caregiver possa ridurre le prescrizioni "inappropriate", aumentare la soddisfazione, l'adesione alla terapia e la capacità di fronteggiare la malattia con effetti positivi sugli esiti di salute e di qualità di vita.

Non si può parlare di aderenza terapeutica senza presupporre la presenza della partecipazione attiva da parte del paziente al processo di cura, in un rapporto di collaborazione con il personale sanitario basato sulla comunicazione e sulla condivisione degli obiettivi di salute.

Si parla quindi di shared decision making. Ciò è favorito dal processo di empowerment del paziente.

Questi pazienti hanno la consapevolezza e le conoscenze tali da poter influenzare e modificare positivamente le proprie azioni e la propria vita.

Conclusioni

La popolazione ha sempre più la necessità di una figura di riferimento che prenda in carico la persona in tutti i suoi bisogni e che sia in grado di orientare le famiglie ai molteplici servizi presenti sul territorio. È fondamentale la presenza di una persona chiave per la comunità che dovrebbe operare in stretta collaborazione con i medici curanti, ognuno con la propria autonomia.

La soddisfazione e una buona qualità della vita del paziente dovrebbero essere i principali obiettivi dell'infermiere, indipendentemente dal suo luogo di lavoro, ma la salute della comunità dovrebbe essere il principale dell'infermiere di famiglia.

In questo ruolo l'infermiere è meno tecnico e diventa un educatore e un comunicatore che sa adattare la comunicazione all'età e al livello culturale di chi ha davanti.

L'importanza di questa figura non viene rivendicata solo dagli infermieri che hanno deciso di formarsi, perché già lavorano sul territorio, ma anche dai medici curanti e dai pazienti stessi che vogliono essere i protagonisti della propria salute e che avvertono l'abbandono di una medicina paternalistica in favore di una medicina centrata sul paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Allievi A, Re L (2017) L'implementazione del concetto di self-care sugli anziani fragili. *Italian Journal of Nursing*, 21, 30-41.
- Ausili D, Masotto M, Dall'ora C, Salvini L, Di Mauro S (2014) A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. *Professioni Infermieristiche*, 3, 180-9.
- Calamassi D, Rossi C, Bussotti A, Saffi E, Giustini, Roti L (2011) Cure primarie: medici di medicina generale e infermieri insieme. Una sfida da raccogliere. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 2, 3-6.
- Cavallo D, Re L, Lusignani M (2013) Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura. *L'infermiere*, 6, 99-109.
- Ciaccio S, Valentini U (2011) Il ruolo dell'educazione terapeutica nella cronicità. *MeDia*, 11, 139-144.
- Codice Deontologico.
- D' Ivernois JF – Gagnayre R (2009) Educare il paziente - Un approccio pedagogico. Ed McGraw-Hill 3°edizione, Milano.
- Foglino S, Bravi F, Marcon A, Angelastro A, Fantini MP, Carradori T (2015) La partecipazione della persona al percorso di cura. Nuove prospettive in oncologia. *Recenti progressi in medicina*, 5, 203-7.
- Menarello G, Bidone S (2016) L'Infermiere di famiglia e di comunità: la formazione di questa nuova figura presso l'Università di Torino e l'Università del Piemonte Orientale (UPO). *L'Infermiere*, 3, 16-9.
- Obbia P, Tamburini L, Giovannetti G, Ongaro M, Calamassi D (2015) Infermieristica di famiglia e di comunità: una survey tra infermieri e medici di medicina generale. *L'infermiere*, 1, 19-23.
- Pandiani S, Zagari A, Villa C E (2016) L'infermiere di famiglia: una nuova prospettiva professionale (indagine descrittiva). *Italian Journal of Nursing*, 16, 10-2.

- Pedrazzini A (2017) La percezione della figura e del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'ambito delle cure primarie tra i medici di medicina generale dell'ATS città metropolitana di Milano. *Italian Journal of Nursing*, 22, 38-42.
- Piano nazionale della prevenzione 2010-2012.
- DM 739/94 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
- Rocco G, Marcadelli S, Stievano A, Cipolla C (2017) *Infermiere di famiglia e di comunità: proposte di policy per un nuovo welfare*. Ed. Franco Angeli.
- Scalorbi S (2012) *Infermieristica preventiva e di comunità*. Ed. Mc Graw Hill, 2012.
- http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/newsletter/news_009_infermieri_di_famiglia.pdf.
- http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/oms_prevenire.asp.
- <http://old.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2473&tipo=77>.
- <http://www.salute.gov.it>.
- <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2018-06-06/aaa-cercasi-infermiere-famiglia-ma-anche-scuole-e-farmacia-proposte-cittadinanzattiva-fnopi--112525.php?uuid=AE8eoO1E&cmpid=nlqf>.



CONTRIBUTI

Contatto e affettività nelle relazioni di cura "Caring Massage"[®]

di Marsaglia Caterina (1), Resta Daniela (2), Galizio Maddalena (3)

(1) Infermiera, docente Scuola Contatto e affettività nelle relazioni di cura – Caring Massage[®]
Associazione CESPI – Torino

(2) Infermiera, docente Scuola Contatto e affettività nelle relazioni di cura – Caring Massage[®]
Associazione CESPI – Torino

(3) Infermiera, docente, Scuola Contatto e affettività nelle relazioni di cura – Caring Massage[®]
Associazione CESPI - Torino

Introduzione

Nel loro agire quotidiano gli infermieri si confrontano con il corpo, con il suo sentire, con i suoi vissuti, con ciò che esprime e produce. I gesti dell'aver cura sono mediati dal contatto, ma non sempre questi gesti sono agiti dall'infermiere nella ricerca dell'incontro con l'altro.

Trasformare la gestualità quotidiana dell'assistenza in occasione di cura autentica ed incontro, ingentilire i gesti, tramutandoli da gesti di presa in gesti di invito, amorevoli e teneri, rappresenta la base su cui costruire una modalità di *aver cura* in cui corporeità ed affettività non sono negate, ma riconosciute e valorizzate^[1].

Un lungo percorso di formazione personale condotto in Italia ed all'estero, seguito da una sintesi condivisa delle diverse esperienze, ha guidato Maddalena Galizio e Caterina Marsaglia nella definizione di modalità di *caring* che già dai primi anni '90 venivano proposte in programmi di formazione permanente dall'Associazione CESPI (Centro Studi delle Professioni Sanitarie) di Torino. Sul finire poi degli anni '90 e fino al 2010, CESPI organizzava, su mandato della Regione Piemonte, corsi di formazione per infermieri nell'ambito delle diverse aree specialistiche: geriatrica, psichiatrica, oncologica, infermieristica di famiglia, cure palliative. Accanto allo sviluppo di temi relativi alla competenza clinica e tecnica, veniva affrontato, trasversalmente a tutti i corsi, il tema della relazione, attraverso metodologie didattiche innovative "a mediazione corporea". La definizione degli obiettivi formativi privilegiava l'acquisizione di un'attitudine attenta alla gestualità e al proprio mondo emotivo, secondo l'assunto per cui la possibilità di raggiungere l'altro nella relazione d'aiuto, passa sì attraverso la parola, ma soprattutto attraverso l'abitare con consapevolezza il proprio corpo e attraverso la vicinanza emotiva, mettendo in gioco emozioni e sentimenti, in contatto con il qui ed ora. Attitudine che discende da una postura della mente e del sentire, nella dolcezza e nella tenerezza dove il gesto si riempie di direzionalità fisica ed emotiva rendendo possibile l'incontro con l'altro.

Accanto alle curatrici della formazione, come detto "innovativa" per quegli anni, via via altri colleghi si sono affiancati nel lavoro di studio, ricerca e prassi fino ad approdare alla costruzione di un vero e proprio *movimento* di intenti, tale da *contaminare* l'agire di gruppi di professionisti in aree della cura di realtà ospedaliere e territoriali non solo piemontesi. Allo scopo di dare struttura al movimento nel luglio 2014, è stata fondata la Scuola di Contatto e Affettività nelle Relazioni di cura - *Caring Massage*[®].

La scuola riconosce una duplice finalità:

- guidare gli infermieri nel trasformare la gestualità del quotidiano agire in gesti consapevoli e intenzionali attraverso i quali l'affettività, il mondo delle emozioni e dei sentimenti non sia negato ma riconosciuto e valorizzato;
- offrire alle persone di cui ci si prende cura un setting specifico di relazione d'aiuto definito *Caring-Massage*[®].

Il Caring Massage[®]

Il *Caring Massage*[®] è un con-tatto intenzionale e consapevole. Riconosce le sue radici nel sapere innato della madre che massaggia il suo bambino, lo accarezza per tranquillizzarlo, rassicurarlo, consolarlo, rilassarlo o stimolarlo utilizzando il linguaggio pre-verbale ossia il linguaggio sensoriale^[2]. Il con-tatto che si realizza nel *Caring Massage*[®] poggia su una visione filosofica dell'uomo e della cura che è quella fenomenologica e su conoscenze psicosociali e anatomiche.

Il con-tatto non è toccare. Il con-tatto è un atto intenzionale, volto a confermare la persona nel suo essere. Chi si incontra non è mai un corpo-cosa (*Korper*), ma un corpo vivente e vissuto (*Leib*) con tutta la sua biografia, tutto il suo sentire. Corpo, luogo di memoria, di sensibilità, di comunicazione. Corpo attraverso cui l'anima respira^[3], carne in cui si "sente" la sofferenza e non importa che la sofferenza muova dalla pelle o da un'immagine mentale. Il con-tatto ci introduce alla reciprocità del tocco, alla possibilità di un incontro intimo, aperto e trasparente, dove si sperimenta vicinanza emotiva e fisica, senso profondo del *caring*, rispetto per chi ci sta consegnando, scritta sulla sua pelle, la propria storia presente e passata.

Nel *Caring Massage*[®], si realizza l'idea di cure ristrutturanti: cure che hanno come obiettivo di riunificare ciò che per effetto della malattia è frantumato: il rapporto con il corpo, con l'immagine corporea, con l'immagine di sé. La persona è stimolata a sperimentare un vissuto di interesse, di autostima, in un clima di accettazione incondizionata, benevola e di non giudizio. Parte integrante della relazione d'aiuto, è un'occasione di approfondimento della relazione basata sulla fiducia, è un mezzo per contenere l'angoscia, per stare con chi sembra non esserci più, per accompagnare la vita dal suo affacciarsi al mondo e per accompagnare alla fine della vita.

Il *Caring Massage*[®] non segue i dettami di una tecnica, ma quelli della *presenza* per l'altro. Nel *Caring Massage*[®] possiamo prendere coscienza che un corpo giovane, tonico, bello, integro o un corpo rigido, tremolante, vecchio, goffo, incontinente, è ugualmente vivo e recettivo. Andare all'incontro della persona e non del corpo, serve anche ad addolcire la nostra paura di essere quel corpo, di diventare quel corpo. Il con-tatto non è con la giovinezza, la vecchiaia, la malattia, ma con la Persona, con il Buono della Persona, con il Bello della Persona^[4].

Il *Caring Massage*[®] può essere un aiuto per ridurre la sofferenza morale, il sentimento di solitudine, le difficoltà di comunicare. Concorre a sviluppare nel bambino la sicurezza di base; risponde al bisogno naturale (ma spesso rifuggito) dell'anziano di essere ancora "toccato e toccabile"; può rappresentare la porta di accesso alla comunicazione verbale; permette di calmare, rassicurare, dare fiducia; consente di mantenere e sostenere il legame con la vita; può contribuire a modificare la risposta al dolore, agendo anche sulla cassa di risonanza del dolore rappresentata dall'ansia e dalla tensione muscolare; attraverso il rilassamento, facilita l'induzione del sonno. Rappresenta inoltre un mezzo per sostenere i caregivers (familiari e non) ad essere presenti nella tenerezza e nella dolcezza.

Formazione al Caring Massage®

Abitare il gesto significa essere aperti e presenti con tutta le nostre facoltà percettive che sono come antenne, strumento per attualizzare l'essere-con. La percezione è sempre un "movimento-verso" che presuppone quello che Levinas chiama "intenzionalità del sentire", dove viene richiesta disponibilità e apertura. La percezione si allena, si affina. Diventare antenne sensibili si impara nei laboratori a mediazione corporea che hanno un ruolo di crescente interesse nella formazione di base e permanente degli operatori. Nei laboratori vengono costruiti setting dove è data la possibilità di mettersi in gioco per vivere sulla propria pelle come le mani, da strumento/utensile che rispondono alla muscolatura striata, possano diventare emanazione della nostra presenza per l'altro, vero "orecchio tattile", mani estetiche e sensibili. L'obiettivo di fondo è portare gli infermieri ad ingentilire il gesto, qualunque gesto della cura, che può così affinarsi all'infinito caratterizzando un vero e proprio stile relazionale nell'essere-con, in cui diventa centrale la gratuità tipica dell'agire donativo. Lo stile qui inteso è il modo in cui esprimiamo accoglienza, comprensione empatica e contenimento, soprattutto attraverso la comunicazione con il corpo e la sua espressione più esplicita che è la gestualità.

Obiettivo avanzato è costruire percorsi specificamente intesi come cure ristrutturanti, ristabilendo il dialogo spesso interrotto fra corpo fisico e mondo emotivo in un clima di accettazione incondizionata. Entriamo qui nel terreno di relazioni molto *intime* in cui la persona ci consegna (non ci racconta!) la propria storia presente e passata.

Nei laboratori l'attenzione è posta alla consapevolezza corporea non già come elemento metafisico, ma come attenzione a categorie quali il peso, il tono, la forma, la distanza, la vicinanza, l'occupazione dello spazio, la velocità, la lentezza, il volume, la direzione, tutti elementi prossimi all'*abitare*. Queste categorie ospitano contenuti affettivi che rimandano con sorprendente immediatezza al loro contenuto simbolico:

- la *prudenza*: richiama all'obbligo di ottenere il permesso ad avvicinare lo spazio intimo del malato; invita a misurare l'intensità del peso delle mani, a sostare su un indumento prima di denudare una parte del corpo, a scegliere con pudore il gesto e la parola. Diventa linguaggio di presentazione e saluto;
- la *trasparenza*: richiama la direzione del movimento, il peso, la forma, al fine di rendere il con-tatto chiaro, non equivocabile soprattutto nel massaggio;
- la *presenza*: qualità imprescindibile dell'essere-con scolpisce la gestualità in forme concave, rotonde, dolci e tenere. Contestualmente alla lentezza rimanda al sentimento "che mi prendo del tempo per..."^[5].

Tutti i laboratori utilizzano il movimento come fatto psico-emozionale e come dimensione simbolica attraverso cui è possibile esperire la stretta correlazione esistente tra movimento ed emozione. Il corpo esprime le emozioni attraverso la motricità, le proprie posture, i gesti. Il laboratorio si fa luogo per poterle osservare, riconoscere, crea un'area *transizionale* in cui i vissuti possono essere ritualizzati e simbolizzati. L'integrazione tra corpo-soma e movimento, l'incontro con l'altro, all'interno di un gruppo accogliente e protettivo, rendono possibile la costruzione di climi e relazioni positivi e fiduciosi, con il recupero di uno sguardo più benevolo nei confronti di se stessi, dell'altro e del gruppo.

Prendersi cura di sé, per potersi curare, ancora, dell'altro. Essere-per-gli altri e stare-presso-di-sé.

Le attività della Scuola sono finalizzate alla diffusione della gestualità affettiva e del *Caring Massage*® all'interno dei luoghi di cura; si articolano negli ambiti della formazione, della ricerca e della progettazione/attuazione di interventi di miglioramento dell'assistenza.

Nel corso degli anni, sono state avviate collaborazioni con aziende sanitarie, strutture ospedaliere ed Università che hanno visto i docenti della Scuola impegnati nell'organizzazione di eventi formativi. Importanti sono state le esperienze formative svolte presso la USL di Reggio Emilia, Policlinico Tor Vergata di Roma, l'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo, la USL Toscana Sud- Est, il Pio Albergo Trivulzio di Milano. Sempre nell'ambito delle attività formative promosse dalla Scuola sono da ricordare i corsi "Contatto e affettività nelle relazioni di cura - *Caring Massage*[®]" (livello base e livello avanzato) rivolti a tutti i professionisti della cura. Corsi dedicati sono stati rivolti a fisioterapisti dell'USL di Reggio Emilia.

La sensibilizzazione al tema della gestualità e del *Caring Massage*[®] è stata inserita nelle attività offerte agli studenti dei corsi di Laurea in Infermieristica dell'Università di Reggio Emilia e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore – Cottolengo di Torino, oltre ad essere presente nell'ambito di Master in Cure Palliative organizzati presso l'Università di Parma, di Reggio Emilia, di Bologna, di Verona. Iniziative di sensibilizzazione al tema della gestualità sono inoltre state dedicate a Operatori Socio Sanitari in diverse strutture sanitarie.

Il programma formativo annuale offerto dal Policlinico di Tor Vergata (Roma) ai propri infermieri comprende corsi dedicati al *Caring Massage*[®] fin dal 2006. Il *Caring Massage*[®] è compreso fra le attività di consulenza infermieristica che i servizi del Policlinico possono richiedere per le persone ricoverate. Tale attività è svolta da infermieri formati, costantemente supervisionati e coordinati da docenti della *Scuola Contatto e affettività nelle relazioni di cura - Caring Massage*[®] Associazione CESPI - Torino.

Sempre a Roma, nell'aprile del 2016, si è tenuto il primo convegno dedicato al *Caring Massage*[®] come approccio integrato al *care*.

Nello stesso anno è stato avviato un progetto di formazione-intervento presso la struttura di Medicina d'Urgenza dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino. Il progetto persegue, quale risultato finale, la riduzione del *discomfort delle persone sottoposte a NIV e dei* fattori che ne contrastano l'aderenza attraverso l'approccio relazionale *del caring massage*.

Nell'anno 2016 è stato avviato un progetto di formazione-intervento presso l'ospedale Misericordia di Grosseto nelle strutture di medicina e terapia intensiva. Il progetto persegue la finalità di realizzare, come già avvenuto al Policlinico di Tor Vergata, il riconoscimento del *Caring Massage* come pratica infermieristica.

Conclusione

Percorrere i territori del contatto e dell'affettività nelle relazioni di cura ci conduce come curanti a riflettere su ciò che ci ha motivato alla scelta di un lavoro di cura; a ritornare all'essenza di quella scelta e di ciò che rappresenta oggi, in un mondo dove tecnologie avanzate, se pur necessarie, spesso allontanano anziché avvicinare alla persona e al suo esistere nella vulnerabilità a cui è esposta.

Riferimenti bibliografici

- [1] Marsaglia C, Galizio M, Il *Caring Massage*, Materiale Scuola Contatto e Affettività nelle relazioni di cura.
- [2] Marsaglia C, Galizio M, Prandi C, Il silenzio della parola: raccontare e raccontarsi a partire dal corpo in C. Prandi, a cura di. *Infermieristica in cure palliative*, Edra, 2015, cap.18, pag. 224.
- [3] Damasio A, *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano, 1994.

[4] Marsaglia C, Galizio M, I gesti della cura: oltre le mani, Materiale Scuola Contatto e Affettività nelle relazioni di cura.

[5] Marsaglia C, Galizio M, Prandi C, Il silenzio della parola: raccontare e raccontarsi a partire dal corpo in C. Prandi, a cura di. Infermieristica in cure palliative, Edra, 2015, cap.12, pag. 163.



CONTRIBUTI

L'infermiere di ricerca: un point of view*di Elena Brioni**Infermiera, IRCCS Ospedale San Raffaele - Milano*Corrispondenza: brioni.elena@hsr.it

La ricerca clinica comporta un grande sforzo, che coinvolge investigatori e professionisti di una vasta gamma di discipline che lavorano per la cura della malattia, con l'obiettivo di individuare, testare e valutare nuovi trattamenti (Bevans, Hastings et al., 2011).

L'introduzione delle *Good Clinical Practice* (GCP) ha fornito le indispensabili indicazioni operative ed organizzative per l'ottenimento di adeguati standard di qualità degli studi, anche attraverso la definizione di ruoli e responsabilità di alcune figure rilevanti e dedicate alla conduzione degli studi clinici (ICH, 1996).

La ricerca clinica infermieristica nasce negli Stati Uniti intorno agli anni Sessanta, quando piccole unità specializzate hanno fornito una formazione alle infermiere sulle abilità necessarie ai percorsi di ricerca, come l'osservazione intensa per identificare i segni precoci degli eventi avversi, la puntualità nella registrazione dei dati da raccogliere, la precisa preparazione e raccolta dei campioni e infine la conformità alle complesse normative che devono essere soddisfatte affinché la ricerca possa ottenere i risultati previsti (Eckardt, Hammer, 2017).

La definizione del ruolo degli infermieri nella cura della ricerca clinica risale invece ai primi anni Ottanta, sempre negli Stati Uniti, nell'ambito degli studi oncologici, dove l'infermiere si occupava essenzialmente di eseguire le procedure infermieristiche richieste dallo studio clinico (prelievi ematici, raccolta campioni biologici, rilevamento parametri, altro) (Hubbard, 1982). E in questo periodo storico che la figura infermieristica inizia a subire una profonda trasformazione: da esclusivo esecutore e collettore di dati, al riconoscimento ufficiale dell'infermiere come membro essenziale del gruppo di ricerca con un ruolo poliedrico. Questo cambiamento è stato influenzato dallo sviluppo della pratica infermieristica oncologica, dai progressi scientifici e tecnologici, dai fattori sociali relativi alla percezione del cancro come malattia, ma soprattutto dall'evoluzione della nostra professione (Dee McEvoy, Cannon, 1991). L'*American Nephrology Nurses Association* - IACRN definisce l'infermieristica di ricerca clinica come un ambito specialistico della professione infermieristica, focalizzata sul mantenimento dell'equilibrio tra cura del partecipante alla ricerca e fedeltà al protocollo di ricerca. Questa pratica specifica incorpora la protezione dei soggetti umani, coordinamento e continuità dell'assistenza, contributo alla scienza e alla pratica clinica; si occupa inoltre di coadiuvare i ruoli professionali all'interno del team di ricerca nel rispetto di quanto previsto dal protocollo di ricerca (IACRN, 2012).

Il coinvolgimento degli infermieri negli studi clinici comprende una varietà di abilità e ruoli: educatore, informatore e caregiver (Cooper, Lomax, 1989; Cassidy, Macfarlane, 1991).

I *clinical research nurses* (CRN) hanno autonomia e sono coinvolti nel processo decisionale diretto alla cura del paziente (Cronenwett, 1986; Johnson, 1986).

Uno studio americano sulla definizione del ruolo dell'infermiere di ricerca mostra che le attività segnalate come più frequenti per questi sono quelle riferite alla cosiddetta *clinical practice*, fornendo assistenza infermieristica diretta ai pazienti arruolati negli studi clinici (Micklos, 2016). L'assistenza infermieristica assicurata ai partecipanti alla ricerca è specifica e guidata dai requisiti dello studio, dagli obiettivi della ricerca e dalle indicazioni cliniche. La valutazione del paziente e la raccolta di dati clinici possono includere osservazioni cliniche, misurazioni cliniche, raccolta e preparazione dei campioni e documentazione dei risultati riportati dai partecipanti alla ricerca. Gli interventi e le procedure di studio possono includere la somministrazione di farmaci sperimentali, l'esecuzione di una procedura chirurgica o radiologica sperimentale, fino ad una dettagliata valutazione clinica o fenotipizzazione per caratterizzare la storia naturale e l'eziologia di una malattia, o la valutazione di un intervento psicosociale (Heastings, Fisher et al., 2012).

In relazione allo stretto legame che sussiste tra cura e ricerca, i CRN devono continuamente bilanciare i requisiti dello studio con le esigenze cliniche dei singoli partecipanti (Castro, Bevans, 2011; Spilsbury, Petherick et al., 2008). Questo equilibrio tra priorità cliniche e di ricerca è essenziale per l'implementazione etica degli studi clinici, nonché per la coerenza, l'accuratezza e l'efficienza della raccolta dei dati. In definitiva, raggiungere e mantenere questo equilibrio può essere un fattore significativo nella percezione da parte del partecipante dell'integrità dell'intera ricerca clinica.

Oltre a garantire l'assistenza infermieristica, gli infermieri di ricerca hanno un ruolo centrale nel garantire la sicurezza dei partecipanti, assicurando il mantenimento del consenso informato durante tutta la durata dello studio, creando così un rapporto di fiducia reciproca con il paziente. Il CRN, nell'ambito di uno studio clinico, diventa anche responsabile dell'organizzazione e del coordinamento delle attività del team di ricerca, dirigendo le reti di comunicazione tra gli organi competenti come lo Sponsor ed il Comitato Etico e garantendo, attraverso strategie infermieristiche decisionali, la cura dei pazienti arruolati negli studi (Hill, MacArthur, 2006).

Il CRN utilizza competenze avanzate di valutazione, aventi come obiettivo quello di identificare i problemi di cura delle persone assistite, quando la pianificazione infermieristica è parallela al processo di implementazione dello studio clinico. Questa pianificazione infermieristica può permettere lo sviluppo di nuove procedure e protocolli di cura, oppure può promuovere interventi mirati a scoprire o verificare gli effetti dei trattamenti sperimentali rivolti ad esempio ad accertarne la sicurezza o l'efficacia. Il CRN possiede inoltre spiccate abilità comunicative analitiche e critiche, che gli permettono di impiegare i risultati delle prove di efficacia, sulle quali oggi trova il proprio fondamento la medicina basata sulle evidenze (Sackett, Rosenberg, 1996).

Le competenze specialistiche nella metodologia della ricerca, oltre al supporto e alla formazione multidisciplinare del team, aiutano a colmare il divario storico tra infermieristica e medicina, con la consapevolezza che la ricerca che si sta conducendo avrà probabilmente un beneficio positivo per i pazienti sia nel momento attuale che nel futuro (UK Clinical Research Collaboration, 2007).

Tuttavia il ruolo infermieristico nella ricerca clinica è attualmente sottovalutato e deve ancora stabilire una chiara identità e posizionamento all'interno della ricerca clinica e dell'infermieristica. La ricerca clinica deve infatti essere considerata come un processo interdisciplinare, dove il contributo dell'infermiere comprende il coordinamento della ricerca, l'assistenza ai soggetti arruolati, rappresentando dunque l'interfaccia tra infermieristica e scienza, entrambe finalizzate all'ottimizzazione di una strategia terapeutica per la cura di una patologia.

Il Codice deontologico dell'Infermiere recita all'art. 1 "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati." (Federazione Collegi Ipasvi, 2009). L'infermiere di ricerca specializzato nella conduzione degli studi clinici diviene più sensibile allo sviluppo di proposte di ricerca infermieristica che mettano gli infermieri in grado di basare la loro pratica su conoscenze scientifiche, estendendo la collaborazione con altri professionisti.

C'è oggi molta confusione in merito alle competenze dell'infermiere di ricerca e a livello legislativo non sussiste alcun riconoscimento in vari Paesi, come invece si rintraccia negli Stati Uniti, dove nel 2016 l'*American Nurses Association* (ANA) ha formalmente riconosciuto l'assistenza infermieristica applicata negli studi clinici come una specialità infermieristica. Gli infermieri di ricerca clinica sono infermieri specializzati, responsabili della salvaguardia dei soggetti coinvolti, garantendo il rispetto del protocollo di ricerca in ambito ambulatoriale, ospedaliero o domiciliare per i soggetti affetti da patologie acute o croniche (McCabe, Lawrence, 2007). L'infermiere di ricerca clinica svolge un ruolo vitale, essendo sia un esperto gestore di assistenza infermieristica, sia membro del team scientifico che conduce lo studio.

Pertanto è indispensabile stabilire un potenziamento di infermieri esperti e dedicati alla ricerca clinica, fondamentali per mantenere la sicurezza e il rispetto dei requisiti stabiliti dal protocollo, assicurando al tempo stesso il permanere dei soggetti coinvolti nello studio, attraverso un'eccellente assistenza e il sostegno alla volontarietà negli studi di ricerca.

Conclusioni

I CRN aiutano a sviluppare la coesione tra infermieristica, medicina e scienza.

Gli IRCCS, i Centri di Ricerca e tutti i centri che svolgono attività assistenziale dovrebbero avere a disposizione figure professionali specializzate come i CRN, a disposizione dei ricercatori impiegati all'interno di studi clinici, con l'obiettivo di essere promotori e collaboratori nella ricerca clinica arricchendo in questo modo anche la nostra professionalità.

A tale scopo diviene fondamentale:

- definire una job description specifica per l'infermiere di ricerca;
- individuare un riconoscimento giuridico-istituzionale;
- promuovere percorsi formativi per una preparazione specialistica e per l'aggiornamento dell'infermiere di ricerca;
- promuovere la partecipazione a programmi di studio e di ricerca, nazionali ed internazionali, che coinvolgano anche gli infermieri e non esclusivamente i medici;
- utilizzare le competenze degli infermieri di ricerca per sviluppare progetti di ricerca infermieristica e costituire board di ricerca infermieristici.

Mentre il numero e la complessità delle sperimentazioni cliniche si espandono, sussiste una notevole carenza di figure professionali destinate alla ricerca clinica, conseguente a complesse e molteplici difficoltà, tra cui la persistenza di un approccio culturale prevalente che vede la ricerca clinica come una spesa e non un investimento in grado di generare valore scientifico, assistenziale e economico.

E' importante chiarire il divario presente tra obiettivi e metodi della ricerca clinica, che comprendono una serie di attività progettate per rispondere a una domanda, al fine di generare conoscenze utili al benessere dei futuri pazienti e della società e l'assistenza clinica che comprende una serie di attività volte a promuovere il benessere del paziente. Entrambe devono essere considerati fondamenti per contribuire ad implementare le nostre conoscenze scientifiche professionali al fine di prevenire, diagnosticare e curare le malattie.

BIBLIOGRAFIA

- Bevans M., Hastings C., Wehrle L., Cusack G., Matlock A.A., Miller-Davis C., Tondreau L., Walsh D., Wallen G.R.(2011) Defining Clinical Research Nursing Practice: Results of a Role Delineation Study. *Clinical and Translation Science*, 4(6),421-27.
- Cassidy J.,Macfarlane D.K. (1991) The role of the nurse in clinical cancer research. *Cancer Nursing*, 14(3),124–131.
- Castro K., Bevans M., Miller-Davis C., Cusack G.,Loscalzo F., Matlock H., Tondreau L,Walsh D,Hasting C(2011).Validating the clinical research nursing domain of practice. *Oncol Nurs Forum*,38 (2),E72-80.
- Cronenwett L.R. (1986) The research role of the clinical nurse specialist. *Journal of Nursing Administration*, 16(4),10–11.
- Federazione Nazionale Collegi Ispasvi (2009). Codice deontologico dell'Infermiere.
- Cooper J.,Lomax J. (1989) The role of the research nurse in clinical trials. *British Journal of Clinical Practice*, 43(5), 167–168.
- Dee McEvoy M, Cannon L, Lou Mac Dermott M,(1991) The professional role for nurses in clinical trials. *Seminars in Oncology Nursing*,7(4),268-274.
- Eckardt P., Hammer M.J., Barton-Burke M., McCabe M., Kovner C.T., Behrens L., Reens H., Coller B. (2017). All nurses need to be research nurses. *J Clin Transl Sci*,1(5), 269–270.
- Heastings CE, Fisher CA, McCabe MA (2012). *Clinical Research Nursing: A Critical Resource in the National Research Enterprise*.*Nurs Outlook*,69(3),149-156.
- Hill G., MacArthur J. (2006). Professional issues associated with the role of the research nurse. *Nursing Standard*,20(39),41-47.
- Hubbard SM. (1982). Cancer treatment research: the role of the nurse in clinical trials of cancer therapy. *Nursing Clinics North America*,17(4),763-783. IACRN (2012) - Roles within the Clinical Research Nurse Specialty. 4th Annual IACRN Conference International Harmonization (ICH).
- ICH Tripartite Guideline for Good Clinical Practices E6 (R1), 10th June 1996. Disponibile all'indirizzo: http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6/E6_R1_Guideline.pdf (u.c. 14/09/2015).
- Johnson J.M. (1986). Clinical trials: new responsibilities and roles for nurses. *Nursing Outlook*,34(3),149–153.
- McCabe M and Lawrence CA (2007). The clinical research nurse. *American Journal of Nursing*,107(9),13.
- Micklos L. (2016). The nephrology clinical research nurse role: potential role conflicts. *Nephrology Nursing Journal*, 43(3),257.
- Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A.,Haynes R.B., Richardson W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*,312(7023),71-72.
- Spilsbury K., Petherick E., Cullum N., Nelson A., Nixon J., Mason S. (2008). The role and potential contribution of clinical research nurses to clinical trials. *J Clin Nurs*,17(4), 549-57.
- UK Clinical Research Collaboration (2007). Developing the best research professionals. Report of the UKCRC Subcommittee for Nurses in Clinical Research (Workforce). London, UKCRC.

ESPERIENZE

L'efficacia del guss test nello screening della disfagia nei pazienti con ictus in fase acuta

di Erica Girotto (1), Moira Barison (2), Chiara Stoppa (3)

(1) Responsabile Sviluppo Professionale e Ricerca, Azienda Ulss 5 Polesana - Rovigo

(2) Infermiera, Azienda Ulss 5 Polesana - Rovigo

(3) Infermiera - Rovigo

Corrispondenza: erica.girotto1@gmail.com

L'ottava edizione delle linee guida *Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion* - SPREAD dedicate all'ictus cerebrale definiscono la sua prevenzione e il suo trattamento, confermandolo come la terza causa di disabilità a livello mondiale e la prima causa di disabilità negli anziani. Il 35% dei pazienti colpiti da ictus presenta una disabilità grave (SPREAD, 2017).

Dal punto di vista assistenziale le principali complicanze dell'ictus sono le infezioni urinarie, le lesioni da pressione, le infezioni polmonari e la disfagia. Quest'ultima si presenta come un importante deficit motorio che influisce negativamente sulla qualità di vita dei soggetti interessati, compromettendo in alcuni casi l'alimentazione naturale per via orale, e comunque aumentando il carico assistenziale. La carente valutazione del grado di deglutizione porta ad un inappropriato inserimento del SNG, con disagio e ritardo al ritorno ad un'alimentazione orale.

La disfagia si manifesta con:

- difficoltà nel gestire le secrezioni orali, perdita di saliva o di cibo dalla bocca;
- tosse assente o debole;
- deglutizione volontaria assente;
- cambiamenti nel tono e nella qualità della voce;
- riduzione dei movimenti della bocca e della lingua;
- protrusione della lingua, riflessi orali primitivi;
- schiarimenti della gola frequenti;
- perdita di peso o disidratazione;
- frequenti infezioni toraciche (Joanna Briggs, 2010).

I pazienti disfagici richiedono un'attenta osservazione per eccessi di tosse, perdita di cibo da un lato della bocca o accumulo di cibo nel cavo orale, ritenzione di cibo per lunghi periodi nella bocca o rigurgito dal naso durante la deglutizione di liquidi (Smeltzer, 2015).

I principali test diagnostici e strumentali della disfagia sono:

- test di deglutizione dell'acqua o *Water Swallow test*;
- *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) test;
- test di Daniels;
- *Toronto Bedside Swallowing Test* (TOR-BSST);
- endoscopia diretta con fibra ottica flessibile (FEES);
- videofluoroscopia (VFS).

Le complicanze della disfagia sono:

- aspirazione tracheobronchiale;
- malnutrizione - in presenza di disfagia severa generalmente si ricorre al posizionamento del SNG nelle prime 2-3 settimane dall'evento, mentre si confeziona una gastrostomia percutanea endoscopica (PEG) nei pazienti che presentano disfagia severa post-ictus che supera le 4-6 settimane (SPREAD, 2017). In relazione al grado di disfagia si possono somministrare diete di consistenza progressiva: semiliquida omogenea, semisolida omogenea, morbida e/o tritata e normale senza doppie consistenze. La supervisione durante i pasti da parte del personale infermieristico deve essere costante per prevenire aspirazione e stilare quotidianamente il bilancio nutrizionale del paziente;
- disidratazione - si raccomanda di effettuare il bilancio idrico giornaliero, monitorando ogni entrata e ogni uscita e integrando, se necessario, con soluzioni endovena di liquidi ed elettroliti.

Nella valutazione della disfagia, il *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) test è da anni uno degli strumenti di screening, validato anche in italiano e facilmente rintracciabile sui principali motori di ricerca. Risulta valido e affidabile per identificare i pazienti che presentano disfagia e sono a rischio di aspirazione (Trapl, 2007). Il test si compone di due parti: una prima parte di valutazione indiretta della funzione deglutitoria dell'assistito, una seconda che prevede le prove di deglutizione diretta di sostanze di consistenza prima semisolida, poi liquida e in ultima analisi solida, sommate ad una fase di controllo dopo la rimozione del SNG. La prima sezione del test prevede la compilazione di una lista da completare entro le prime 24 ore dall'ammissione nel servizio e/o in una rivalutazione entro le 48 ore (Trapl, 2007).

L'effettiva valutazione della disfagia richiede l'approccio di un team multidisciplinare, di cui l'infermiere è membro integrante (Joanna Briggs, 2010).

Dalla nostra esperienza abbiamo derivato che l'infermiere può contribuire alla riduzione della nutrizione inappropriata, sin dall'ingresso nel servizio, per il paziente con compromissione neurologica acuta, migliorando gli esiti clinici ed assistenziali, considerata la capacità predittiva del GUSS test per identificazione delle complicanze della disfagia, in particolare il rischio di aspirazione con conseguente polmonite *ab ingestis*.

La valutazione della disfagia da parte del personale infermieristico non sostituisce la valutazione di altri professionisti, piuttosto contribuisce alla definizione precoce dei pazienti a rischio, consentendo un riconoscimento del problema e di conseguenza un intervento mirato.

Il nostro percorso

Presso il servizio di Neurologia/Stroke dell'Azienda Ulss 5 Polesana dell'Ospedale di Rovigo, al fine di rilevare precocemente la disfagia nei pazienti affetti da ictus ischemico, si utilizza dal 2009 il test *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) per lo screening della disfagia nei pazienti con ictus in fase acuta. L'infermiere, all'ingresso del paziente, effettua l'accertamento infermieristico secondo i Modelli Funzionali di Gordon e riporta la presenza o meno di disfagia e il suo livello di severità. Il grado di disfagia riscontrato è fondamentale per stabilire quale dieta il paziente potrà assumere durante la fase acuta e di quale assistenza necessiterà durante i pasti.

Al momento della sua adozione si è proceduto alla condivisione dello strumento con il personale infermieristico e ad un percorso di formazione rivolto a medici e infermieri, per verificare poi due anni dopo la ricaduta di questa adozione.

In un primo studio del 2011, nel quale si era riscontrato il GUSS test in 550 pazienti degenti in stroke, si è rilevato che l'8% dei pazienti presentava disfagia, il 77% ha ripreso l'alimentazione naturale, al 16% è stato inserito un SNG, mentre non si erano verificati episodi di *ab ingestis*.

I risultati di questo primo studio hanno permesso di implementare nel nostro servizio una metodologia di valutazione condivisa e omogenea della disfagia per il paziente con ictus in fase acuta. L'introduzione del test ha consentito di pianificare l'attività infermieristica relativamente all'alimentazione, riducendo il ricorso al posizionamento del SNG nelle prime ore della degenza ed evitando problemi rilevanti quali il rischio di aspirazione.

Ad alcuni anni di distanza, ovvero nel 2016-2017, si è proceduto ad un nuovo studio retrospettivo su pazienti con diagnosi di ictus ischemico degenti presso la UOC Neurologia/Stroke dell'Ospedale di Rovigo.

Risultati

Nel periodo gennaio 2016 - luglio 2017 sono state selezionate 265 cartelle cliniche, relative a pazienti affetti da ictus ischemico. Di queste il 64,5% è relativo a pazienti di sesso maschile, con età media di 70,9 anni. Il 33,2% dei soggetti selezionati ha intrapreso terapia fibrinolitica sistemica con r-tPA.

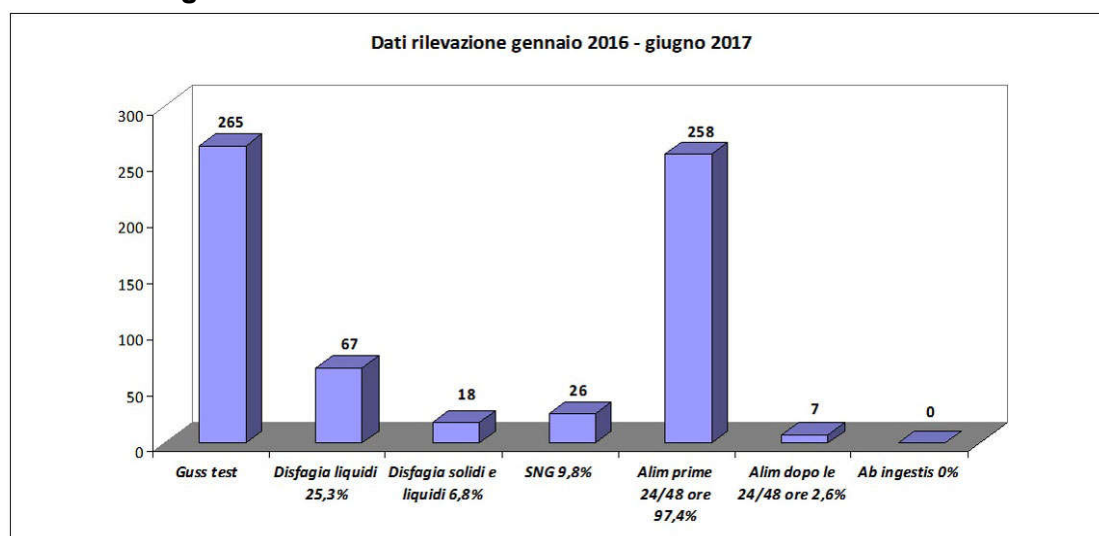
Il GUSS test è stato somministrato a tutti i 265 pazienti: il 25,3% ha presentato disfagia ai liquidi, il 6,8% a solidi e liquidi, complessivamente il 25,3% dei soggetti è risultato disfagico.

Il 97,4% dei soggetti si è alimentato nelle prime 12/24 ore dell'ammissione in ospedale, mentre il 2,6% dopo le prime 24 ore. Il posizionamento del SNG è avvenuto nel 9,8% dei soggetti.

Su 265 pazienti, il 76,6% ha presentato un referto Rx torace negativo per polmonite al primo controllo, 29 (10,9%) con esito positivo mentre per 33 (12,5%) non è stato possibile visualizzare il referto. Dei 29 individui con polmonite, 3 non hanno mostrato infezione al secondo controllo radiografico, 11 hanno continuato a presentare l'infezione, mentre per i restanti 15 non è stato possibile visionare il secondo referto di controllo.

Nessuna delle 29 polmoniti diagnosticate era da *ab ingestis* (Figura 1).

Figura 1 - Efficacia del GUSS test nella rilevazione 2016-2017



Conclusioni

Confrontando i dati ottenuti dallo studio attuale con la precedente indagine del 2011, si può affermare come il GUSS test continui ad essere uno strumento utile all'infermiere per l'identificazione precoce della disfagia e per la pianificazione degli interventi assistenziali.

Nello studio attuale il 25,3% dei pazienti è risultato disfagico, mentre in quello precedente l'8%: si può notare un incremento della presenza della disfagia in questa tipologia di pazienti.

Nonostante i soggetti disfagici siano più numerosi, il numero di SNG posizionati durante la degenza è diminuito. Nel 2011 al 16% dei pazienti veniva posizionato il SNG, mentre ad oggi si riscontra nel 9,8%. L'utilizzo del GUSS test ha permesso agli infermieri di acquisire maggior esperienza nella rilevazione della disfagia, soprattutto nella prevenzione delle complicanze e nella gestione dell'alimentazione.

Un dato che rimane invariato è l'assenza di polmoniti *ab ingestis*. Questo importante esito sembra correlarsi al fatto che il GUSS test sia efficace per individuare precocemente la disfagia e prevenire episodi di aspirazione.

Si può affermare che il Guss test si confermi come strumento efficace nello screening della disfagia nei pazienti con ictus ischemico in fase acuta, grazie alla sua semplicità e affidabilità. Permette di pianificare l'assistenza infermieristica relativamente all'alimentazione, riducendo il rischio di aspirazione, la polmonite *ab ingestis*, la malnutrizione, la disidratazione e l'inappropriato inserimento del SNG.

BIBLIOGRAFIA

- SPREAD - Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (2017). Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento, VII edizione, 2017.
- Joanna Briggs Institute, Best Practice, (2000) Gestione della disfagia da compromissione neurologica, 4(2).
- Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K (2015) Infermieristica medico-chirurgica. Brunner-Suddarth 2015, Milano CEA.
- Giroto E., Tarozzo M., Migliorini E. et al. (2012) Screening della disfagia nei pazienti con stroke acuto: l'introduzione sistematica del GUSS test. Evidence, 4(5).
- Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. (2007) Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke, 38:2948-52.

ESPERIENZE

Quanto, come e perché si associano più medicazioni nel trattamento delle lesioni cutanee: risultati di un'indagine

di Alberto Apostoli (1), Fabio Bellini (2), Cecilia Fracassi (3), Arianna Lach (4), Annalisa Poli (5)

(1) Infermiere esperto/specialista in Wound Care, ASST Spedali Civili di Brescia

(2) Infermiere esperto/specialista in Wound Care, Libero professionista

(3) Infermiere esperto/specialista in Wound Care, ASST Spedali Civili di Brescia

(4) Infermiere esperto/specialista in Wound Care, ASST Monza - Ospedale San Gerardo

(5) Infermiere esperto/specialista in Wound Care, ASST Spedali Civili di Brescia

Introduzione

Assistere un paziente con lesioni cutanee è un'attività frequente e trasversale nel quotidiano degli infermieri. Benché le conoscenze e le competenze in questo ambito siano aumentate nel corso degli ultimi 20 anni, l'avvento dell'EBM (*Evidence Based Medicine*) ha influenzato marginalmente la pratica clinica, ancora spesso basata sulle opinioni dei clinici, sulle singole esperienze, sul razionale fisiopatologico, sui suggerimenti degli informatori scientifici, lasciando vuoti colmati dalla creatività. In letteratura l'uso combinato di più medicazioni è un fenomeno non descritto che dovrebbe essere oggetto di ricerca per supportare con prove di efficacia l'appropriatezza delle scelte.

La nostra indagine

Lo scopo

Il presente studio si propone di investigare il fenomeno dell'associazione tra più medicazioni indagando sulle motivazioni, frequenza e modalità di abbinamento confrontando i risultati con la letteratura scientifica disponibile.

L'obiettivo

L'obiettivo dell'indagine è valutare l'effettiva pratica di associare più medicazioni nel trattamento locale delle ulcere cutanee; indagare la frequenza, modalità e motivazione degli abbinamenti; verificare la consapevolezza degli operatori nel scegliere una possibile combinazione.

Il metodo

Per effettuare questo studio descrittivo, il gruppo di lavoro ha deciso di utilizzare come strumento di raccolta dati un questionario. Una revisione della letteratura ha dimostrato l'indisponibilità di strumenti validati; a tale scopo ed è stato quindi necessario elaborarne uno. Il questionario è costituito da 9 domande riguardanti: l'età anagrafica, l'esperienza lavorativa, la frequenza di associazione, le motivazioni, le opinioni su combinazioni proposte di diversi prodotti e le medicazioni più frequentemente abbinare.

Le associazioni indicate nello strumento derivano da un confronto tra gli autori e da una ricerca bibliografica.

Prima di procedere all'utilizzo su larga scala dello strumento di indagine ottenuto, si è ritenuto opportuno testarlo su un piccolo campione, così da poter valutare la chiarezza delle domande ed i tempi di somministrazione, per apportare qualora necessarie, le opportune modifiche.

Una fase pilota è stata quindi realizzata somministrando il questionario agli studenti del Master di I livello in Wound Care dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca (A.A.2016/17); sono state così apportate modifiche fino all'elaborazione della versione definitiva del questionario.

In una seconda fase il questionario è stato distribuito ai partecipanti, prevalentemente infermieri, alla IV Giornata di Studio A.I.S.Le.C. (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) tenutasi a Matera il 18 novembre 2017.

I risultati

Sono stati somministrati 400 questionari: restituiti 237.

Esclusi 16 poiché non compilati e 45 in quanto compilati da infermieri che dichiarano di non assistere pazienti con ulcere cutanee.

Analizzati 176 questionari ritenuti validi.

I risultati sono riportati nelle 7 tabelle seguenti.

Tabella 1 - Età anagrafica degli infermieri	
Età anagrafica	n. risposte
20 – 30 anni	17
31 – 40 anni	45
41 – 50 anni	76
>50 anni	38

Tabella 2 - Anni di esperienza lavorativa		
Età lavorativa	n. risposte	%
0-5 anni	18	10,2
6 -10 anni	24	13,6
11 -15 anni	23	13,1
16 – 20 anni	42	23,9
>20 anni	69	39,2

Tabella 3 - Assistenza a pazienti con lesioni cutanee		
In media quanti pazienti con ulcere cutanee assisti durante la settimana:	n. risposte	% sul tot
Molto raramente	32	18
Pochi (circa da 1 a 6)	68	39
Qualche volta (circa da 7 a 20)	43	24
Spesso (oltre i 20)	33	19

Tabella 4 - Frequenza nell'associazione di più medicazioni

Nella tua pratica, con quale frequenza associ o combini due o più medicazioni per la gestione di una lesione?	n. risposte	% risposte
raramente	33	19
occasionalmente	60	34
spesso	66	38
quasi sempre	17	10

Tabella 5 - Principali motivazioni delle associazioni

Quali sono nella tua pratica le principali motivazioni per le quali associ due o più medicazioni? (max 4 risposte)	n. risposte	%
Quando il fondo della lesione è misto (presenza di tessuto di granulazione, necrosi, ecc)	88	50
Per controllare la quantità dell'essudato non gestibili da una singola medicazione	88	50
Ho necessità di ridurre la frequenza dei cambi di medicazione	60	34,1
Ci sono comprovate prove scientifiche sulle associazioni tra medicazioni che utilizzo	53	30,1
Per controllare l'odore non gestibile da una singola medicazione	46	26,1
Ho esperienza personale su questo tipo di associazione	35	19,9
C'è la prescrizione di un medico	33	18,8
È prevista da un protocollo/procedura interna	30	17,0
Per controllare il dolore non gestibili da una singola medicazione	26	14,8
Mi garantisce una combinazione di medicazioni che è disponibile sul mercato, ma non nella mia realtà lavorativa	15	8,5
Altro	5	2,8

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Aspetti demografici e lavorativi

Il campione che ha risposto al questionario è costituito da infermieri con un'esperienza lavorativa consolidata (63% > di 15 anni). Gli infermieri che assistono pazienti con ulcere con una certa frequenza (da 7 a oltre 20 alla settimana) non raggiungono la metà del campione facendo desumere che la provenienza dei compilatori sia eterogenea.

La pratica dell'associare più medicazioni è molto diffusa e questo conferma che il fenomeno è reale; non ci sono ad oggi dati di confronto a riguardo.

Principali motivazioni per cui si associano più medicazioni

Sono 88 gli infermieri associano più medicazioni per trattare il fondo della lesione misto, ad esempio compresenza di tessuto di granulazione e tessuto non vitale; è ormai consolidato il principio di trattare localmente il tessuto necrotico prima di quello di granulazione (CRDM, 2016; Bates-Jensen and Thomas E. Serena, 2012). Le associazioni, in questi casi vanno fatte per favorire la rimozione del tessuto necrotico prima e poi di gestire il tessuto di granulazione e non per trattare contemporaneamente entrambi.

Tabella 6 - Associazioni proposte considerate corrette		
Quali tra queste associazioni tra medicazioni ritieni corretta?	Sì	No
Idrogel + film poliuretano	87	50
Idrogel + schiuma di poliuretano	105	38
Idrogel + idrocolloide	75	53
Idrogel + alginato/idrofibra	50	77
Idrogel + pomata con enzimi proteolitici	38	84
Alginato + film semipermeabile/idrocolloide	61	56
Idrofibra + garza in cotone	63	62
Alginato + schiuma di poliuretano	105	29
Schiume di poliuretano cavitare + medicazione assorbente	103	13
Garza grassa + idrofibra	35	78
Medicazione in silicone + schiuma di poliuretano	53	59
Garza iodoformica + idrocolloide/film di poliuretano	20	102
Pomate a base di collagenasi + garza vasellinata + garza in cotone	69	51

Tabella 7 - Associazioni tra medicazioni a base di antisettici e antibiotici considerate corrette		
Quali tra queste associazioni ritieni corretta	Sì	No
Antibiotico topico + idrocolloide	40	93
Antibiotico topico + alginato	31	97
Medicazione a base di clorexidina + iodopovidone	9	127
Medicazione con garza grassa + medicazione all'Ag	47	87
Alginato all'Ag + schiuma in poliuretano all'Ag	89	48
Medicazione antisettica (con Ag/iodio) con garza asciutta	104	36
Mercurocromo + iodopovidone pomata	12	131
Iodopovidone pomata + schiuma di poliuretano	46	84
Medicazione a base di clorexidina + medicazione a base di iodopovidone	16	109

(Nelle tabelle 6 e 7 sono riportate solo le risposte affermative e negative e sono state omesse le opzioni di non risposta).

La necessità di migliorare o aumentare il controllo dell'essudato è un'altra motivazione per cui si associano medicazioni (88 risposte). Una medicazione satura di essudato dovrebbe essere sostituita e non ricoperta da un'altra in quanto solo parzialmente l'essudato in eccesso viene assorbito dalla medicazione secondaria. In caso di essudato fuori controllo è necessario indagare i motivi di produzione eccessiva (infezione, edema, scelta errata del prodotto, ecc) e, in contemporanea utilizzare una medicazione maggiormente assorbente o aumentare la frequenza delle sostituzioni (Rolstad, 2015).

La riduzione dei cambi di medicazione è un'altra risposta frequente (60 risposte): una medicazione va sostituita quando mostra segni di saturazione o non è più integra (Peate, 2015) quindi una medicazione secondaria non dovrebbe essere utilizzata per allungare i tempi di sostituzione della primaria.

Un altro aspetto clinico all'origine dell'associazione di più medicazioni è il controllo dell'odore (46 risposte). In commercio esistono diversi tipi di medicazioni specifiche che possono essere utilizzate a contatto con il letto della lesione, come quelle al carbone che si inattivano quando diventano umide (Bates-Jensen and John Williams, 2012; Fleck, 2006). Sostituire le medicazioni quando sono sature e quindi hanno esaurito la loro efficacia, senza ricorrere alla stratificazione con altri prodotti per contenere essudato ed odore incontenibili, rappresenta un modo per non perdere la fiducia del paziente, evitare senso di insicurezza e garantire il comfort in caso di lesioni maleodoranti (Benbow, 2000).

Un altro motivo per cui gli infermieri associano più medicazioni è il dolore (26 risposte). A tal proposito è utile ricordare che il dolore correlato al cambio della medicazione risulta essere uno degli aspetti maggiormente sottostimati nel wound care (Upton, 2015); esistono medicazioni con un'aderenza molto ridotta al letto della ferita e necessitano spesso di una medicazione secondaria (LeBlanc, 2015).

Circa le conoscenze a sostegno delle combinazioni adottate, 53 infermieri ritengono che vi siano "comprovate evidenze scientifiche" relative alle associazioni. Se la ricerca clinica riguardante le singole medicazioni è di scadente livello (Ashby, 2010), le prove di efficacia sulle associazioni non provengono da studi clinici sperimentali bensì sono basate sull'opinione di autori, sulle schede tecniche, sulle indicazioni delle ditte produttrici, sull'incompatibilità dei componenti e sono talora controverse: "raccomandazioni", quindi ben lontane dal rappresentare solide prove di efficacia.

Altre motivazioni riportate nella tabella 5 riguardano l'esperienza personale relativa a un tipo di associazione (35 risposte), la prescrizione medica dell'associazione (33 risposte), la combinazione prevista da una procedura o da un protocollo locale (31 risposte) e "il fai da te" quando non sono disponibili nella propria realtà lavorativa alcune tipologie di prodotti (15 risposte).

Il razionale alla base della corretta/scorretta associazione di medicazioni: confronto con la letteratura

L'idrogel disponibile in tubetto, in placca, in spray o in garze impregnate esige una medicazione secondaria per contenere gli spandimenti e per il fissaggio.

Un protocollo inglese (LCHS, 2017) distingue tra idrogel amorfo, che richiederebbe una medicazione secondaria occlusiva, e idrogel in placca, in cui la medicazione secondaria non sarebbe necessariamente occlusiva. Il film di poliuretano associato a idrogel (49% del campione ritiene l'associazione corretta; 28% non corretta; 23% si astiene) è proposto da due autori (Bennet-Marsden, 2010; Sussman G, 2012), ma Queen e Harding (2013) ritengono che tale associazione provochi macerazione dei margini della lesione; meglio quindi una combinazione tra idrogel e idrocolloide (con un cambio da 2 a 4 giorni in rapporto al livello di saturazione (AMW, 2014; NHS 2013). Un'altra autrice (Sussman C, 2012) propone una serie di medicazioni secondarie per l'idrogel, come i film di poliuretano, le garze in cotone, gli idrocolloidi, sostenendo che la medicazione secondaria migliore sia la schiuma di poliuretano (il 60% ritiene l'associazione corretta; il 22% non corretta; il 18% si astiene). La stessa indicazione si trova in alcuni protocolli locali inglesi (AMW, 2014; NHS 2013). Di parere opposto Flanagan (2013) e Bennet-Marsden (2010) secondo cui la schiuma sovrapposta all'idrogel assorbe la frazione acquosa e disidrata il letto della lesione.

Evitare l'associazione tra idrogel e alginato o tra idrogel e idrofibra (il 28% ritiene l'associazione corretta; il 44% non corretta; il 28% si astiene) in quanto le medicazioni assorbenti richiamano la parte liquida dell'idrogel rendendolo poco attivo sul fondo necrotico della lesione che si desidera sbrigliare (Benbow M, 2000; Benbow M, 2004; NHS 2013; Bennett-Marsden M, 2010; Young T, 1997)^[1].

L'associazione tra idrogel ed enzimi proteolitici risulta essere la meno appropriata (il 22% ritiene l'associazione corretta; il 48% non corretta; il 30% si astiene), poiché l'acqua contenuta nell'idrogel diluisce il principio attivo (collagenasi o altro) contenuto nella pomata/unguento; inoltre le collagenasi vanno sostituite una o due volte al giorno (Strohal, 2013) invece dei tre giorni dell'idrogel (AMW 2014). Polignano (2013) in una serie di casi ha comunque utilizzato l'associazione tra idrogel e collagenasi con la copertura di idrocolloide e la sostituzione tre volte la settimana.

L'alginato necessita di una medicazione secondaria di fissaggio: questa può essere rappresentata dalla schiuma di poliuretano (LCHS, 2017; NHS, 2013; Rolstad, 2015; Sussman C 2012; Carmel, 2012) e il 60% del campione ritiene l'associazione corretta, il 16% non corretta e il 24% si astiene. Un'Atrice (Bryant, 2015) ritiene che la schiuma di poliuretano sovrapposta all'alginato ne aumenti la capacità di assorbimento, mentre Sussman G (2012) sostiene che l'associazione tra alginato e garze in cotone non consenta di sfruttare al meglio le capacità dell'alginato; un'altra possibile scelta potrebbe essere un film di poliuretano (Flanagan, 2013) o un idrocolloide extrasottile (Peate, 2015). Il 35% del campione ritiene l'associazione corretta; il 32% non corretta; il 33% si astiene. L'osservazione della medicazione e del suo grado di saturazione è importante: un alginato saturo a cui viene sovrapposta un'altra medicazione macera i bordi della lesione anche se parte dell'essudato in eccesso viene assorbito dalla medicazione secondaria (Queen e Harding, 2013; Flanagan, 2013). Altre alternative come medicazione secondaria sono la garza in cotone o il pad assorbente (CRDM, 2016; LCHS, 2017).

L'idrofibra può invece essere utilizzata come medicazione primaria associando una garza in cotone come secondaria (il 36% ritiene l'associazione corretta; il 35% non corretta; il 29% si astiene); secondo Sussman C (2012) questa associazione riduce le potenzialità di assorbimento. L'idrofibra può essere coperta con un idrocolloide (CRDM, 2016) o un pad assorbente (Naylor, 2013).

Nelle lesioni profonde/cavitarie l'associazione di una medicazione primaria assorbente (alginato a nastro, idrofibra a nastro, schiuma di poliuretano sagomata) e di un film di poliuretano come medicazione secondaria è controversa: consigliata in un protocollo inglese (NHS, 2013), mentre Sussman C (2012) sconsiglia l'utilizzo nelle lesioni cavitari per la potenziale alta carica microbica; un ambiente eccessivamente occlusivo potrebbe essere controindicato.

L'associazione tra garza grassa e idrofibra viene sconsigliata da Benbow (2000). Tale combinazione (il 20% ritiene l'associazione corretta; il 44% non corretta; il 36% si astiene) risulta inopportuna in quanto le medicazioni con paraffina necessitano una frequente sostituzione, pena l'adesione al letto della ferita, mentre l'idrofibra rimane in sede più giorni (Flanagan, 2013).

La medicazione in silicone associata alla schiuma di poliuretano (il 30% ritiene l'associazione corretta; il 33% non corretta; il 37% si astiene) è un abbinamento appropriato (Rolstad, 2015; LCHS, 2017); un'alternativa potrebbe essere rappresentata da una garza in cotone, un pad assorbente o l'alginato (NHS, 2013).

La garza iodoformica associata a film di poliuretano o ad idrocolloide (il 11% ritiene l'associazione corretta; il 58% non corretta; il 31% si astiene) è un abbinamento da non utilizzare: la garza iodata è in cotone rigido e dovrebbe essere sostituita ad intervalli frequenti (almeno quotidiani) per una ridotta capacità di assorbimento (Scalise A, 2015), mentre l'idrocolloide o il film in poliuretano dovrebbero rimanere in sede per diversi giorni (Founder, 2008). Inoltre, se la garza iodoformica viene utilizzata senza un razionale univoco e documentato, poiché viene applicata in caso di lesioni infette, l'associazione con un prodotto occlusivo o semi-occlusivo come film o idrocollodi in queste condizioni cliniche risulta essere controindicata (Sussman C, 2012).

La collagenasi necessita di medicazione secondaria (Rolstad, 2015) che dovrebbe essere scelta tra quelle che hanno lo stesso intervallo di sostituzione (Ramundo, 2015); l'associazione con garza vaselinata e garza in cotone è corretta (il 39% ritiene l'associazione corretta; 29% non corretta; il 32% si astiene) se sostituita una o due volte al giorno (Bates-Jensen and John Williams, 2012).

Il razionale alla base della corretta/scorretta associazione di antibiotici e antisettici: confronto con la letteratura

Benché l'antibioticoterapia sistemica sia considerata il gold standard del trattamento delle lesioni infette (CRDM, 2016; Pan, 2010), l'uso topico è a tutt'oggi molto diffuso e rappresenta uno dei temi più controversi nell'ambito del wound care. L'associazione di antibiotico topico con idrocolloide non è corretta (il 23% del campione ritiene l'associazione corretta; 53% non corretta; 24% si astiene): l'antibiotico locale, se e quando prescritto, ha necessità di cambi frequenti, in base all'emivita e l'idrocolloide è una medicazione destinata a rimanere più giorni in sede; inoltre, come già accennato, l'idrocolloide non va utilizzato in caso di lesioni infette (Sussman C, 2012).

Quest'associazione risulta essere non corretta così come l'associazione di antibiotico con alginato (il 18% ritiene l'associazione corretta; 55% non corretta; il 27% si astiene).

L'associazione di medicazioni a base antisettici, come clorexidina abbinate con iodopovidone sia in pomata che nelle forme a rilascio prolungato, sono da evitare (il 5-9% ritiene l'associazione corretta; il 62-72% non corretta; il 23-29% si astiene) poiché non vi sono studi sul loro potenziamento, mentre è dimostrato che i componenti chimici reagiscono tra loro con interferenza di azione (Benbow, 2000; CRDM, 2016).

La garza grassa (o paraffinata) con una medicazione all'Ag è una associazione non corretta (il 27% le associa; il 49% ritiene l'associazione non corretta; il 24% si astiene) in quanto la paraffina e le sostanze grasse interferiscono con i meccanismi d'azione chimici o fisici delle medicazioni stesse (CRDM, 2016; RCH, 2012).

L'alginato con Ag associato ad una schiuma di poliuretano con Ag risulta inutile (il 51% ritiene l'associazione corretta; il 27% non corretta; il 22% si astiene) in quanto, per poter agire, un antisettico deve essere a contatto con il letto della ferita ed è quindi inutile una medicazione secondaria antisettica (CRDM, 2016).

La medicazione antisettica all'Ag è associabile a una semplice garza in cotone come medicazione secondaria (il 59% ritiene l'associazione corretta; il 20% non corretta; il 21% si astiene).

Il mercurocromo e lo iodopovidone pomata sono incompatibili (AIFA, 2016) quindi è controindicato associarli (il 9% lo associa; il 74% ritiene l'associazione non corretta; il 19% si astiene).

L'associazione tra iodopovidone pomata e schiuma di poliuretano rappresenta una scelta inefficace in quanto risponde a principi di trattamento inconciliabili (il 26% del campione ritiene l'associazione corretta; il 48% non corretta; il 26% si astiene): il gel a base di iodio va rinnovato 2 volte al giorno (AIFA, 2016) mentre le schiume di poliuretano possono essere rinnovate fino a 7 giorni se il grado di saturazione lo permette (Sussman G, 2012).

Cosa non dice la letteratura

Se la ricerca sperimentale nel settore delle medicazioni è considerata di basso livello (NICE, 2016), quella riguardante l'associazione tra medicazioni risulta essere praticamente inesistente, escludendo pochi case-report. Le indicazioni si basano su suggerimenti di Autori esperti, talora in contrasto. Altri riferimenti sono le schede tecniche dei prodotti. Benché molti protocolli, manuali, articoli, dichiarino esplicitamente la necessità di una medicazione secondaria, nella maggior parte dei casi ci si limita a un'indicazione generica "*necessita di medicazione secondaria*" lasciando al singolo professionista la scelta. Alcuni autori indicano possibili interazioni e incompatibilità, anche qui a volte contrastanti.

Limiti dell'indagine

Il questionario non è stato validato. Le combinazioni proposte nel questionario erano tra due soli prodotti, mentre nella pratica si riscontrano facilmente associazioni di 3 e anche 4 medicazioni assieme. Considerando la disponibilità di circa 3000 presidi diversi sul mercato (Apostoli, 2016) le possibilità di combinazioni sarebbero infinite e non facilmente valutabili.

Il campione è modesto e non è stato effettuato il calcolo della potenza dello studio. La popolazione indagata è quella infermieristica e non comprende altre figure sanitarie coinvolte nel fenomeno.

Conclusioni

L'indagine ha confermato che la pratica dell'associare più prodotti per medicare una lesione è diffusa. Le motivazioni sono principalmente di carattere clinico e organizzativo. Diversi infermieri sostengono che ci sono solide prove di efficacia a sostegno delle loro scelte, ma la ricerca in questo particolare argomento è praticamente assente e si basa su indicazioni di singoli autori, talora contrastanti; mancano tutt'oggi studi relativi agli esiti ottenibili dall'associazione tra medicazioni.

Le scelte del campione testato sono parzialmente adeguate alle attuali indicazioni reperibili in letteratura e, per quasi tutti gli item riguardanti gli abbinamenti, il 30% del campione esprime incertezza nell'esprimere la propria opinione sulla correttezza dell'associazione.

Il crescente e incalcolabile numero di prodotti di medicazione presenti sul mercato può portare ad associare le medicazioni nel tentativo di compensare la carenza di prodotti o di creare in casa la "medicazione ideale" (Young T, 1997). Potrebbe essere utile e consigliabile evitare le associazioni, o limitarle, ad esempio alle sole medicazioni che richiedono un fissaggio, in attesa di valide prove di efficacia. È indispensabile che la ricerca si attivi in uno dei tanti settori "orfani" del Wound Care.

[1] Più in generale, le associazioni tra pomate e idrofibra/alginato/schiume sono ritenute non appropriate in quanto i tempi di sostituzione sono diversi (Benbow M, 2004) e la componente grassa delle pomate impedisce l'assorbimento degli essudati da parte delle schiume.

BIBLIOGRAFIA

- Adis Medical Writers. (2014). Select appropriate wound dressings by matching the properties of the dressing to the type of wound. *Drugs&TherapyPerspectives*, 30, 213-217.
- AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) (2016) Betadine: Scheda tecnica. consultato il 20 maggio 2018 Disponibile all'indirizzo: https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer_000020_023907_RCP.pdf&retry=0&sys=m0b113.
- Apostoli A. (2016) Il mondo delle medicazioni: un mercato polverizzato, un operatore disorientato. Consultato il 10 giugno 2018. Disponibile all'indirizzo: <http://nonsolomedicazioni.altervista.org/index.php/notizie/13-il-settore-delle-medicazioni-un-mercato-polverizzato-un-operatore-disorientato.html> ultimo accesso il 20 maggio 2018.
- Ashby, R., Bland, J. M., Cullum, N., Dumville, J., Hall, J., Kang'ombe, A., ... & Watson, J. (2010). Reflections on the recommendations of the EWMA Patient Outcome Group document. *Journal of wound care*, 19(7), 282-285.
- Bates-Jensen BM and Williams J. (2012) Management of acute surgical wounds. In Sussman, Carrie, and Barbara M. Bates-Jensen. *Wound care: a collaborative practice manual*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 215-229.
- Bates-Jensen BM and Serena TE. (2012) Management of necrotic and nonviable tissue. In Sussman, Carrie, and Barbara M. Bates-Jensen. *Wound care: a collaborative practice manual*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 433-456.
- Benbow, M. (2004). Mixing dressings-a clinical governance issue?. *Journal of community nursing*, 18(3), 26-31.
- Benbow, M. (2000) Mixing and matching dressing products. *Nursing Standard* 14 (49): 56-62.
- Bennett-Marsden, M. (2010). How to select a wound dressing. *Clin Pharm*, 2, 363-365.
- Rolstad BS, Bryant RA, and Nix DP. (2012) Topical management. In Bryant, Ruth, and Denise Nix. *Acute and Chronic Wounds*. St Louis: Elsevier Health Sciences. 289-3026.
- Carmel J.E. (2012) Venous ulcers. In Bryant, Ruth, and Denise Nix. *Acute and Chronic Wounds*. St Louis: Elsevier Health Sciences. 194-213.
- Commissione Regionale Dispositivi Medici (2016) Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 5: protocollo di trattamento delle lesioni vascolari dell'arto inferiore. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici. Consultato il 10 giugno 2018; disponibile all'indirizzo: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/farmaci/dispositivi-medici>.
- Fleck, CA. (2006). Palliative dilemmas: wound odour. *Wound Care Canada*, 4(3), 10-13.
- Ramundo JM. (2012) Wound Debridement In Bryant, Ruth, and Denise Nix. *Acute and Chronic Wounds*. St Louis: Elsevier Health Sciences, 279-288.
- LeBlanc, K., Baranoski, S., Christensen, D., Langemo, D., Edwards, K., Holloway, S., ... & Woo, K. Y. (2016). The art of dressing selection: a consensus statement on skin tears and best practice. *Advances in skin & wound care*, 29(1), 32-46.
- Flanagan M (2013) Principles of Wound Management In: Flanagan M. *Wound healing and skin integrity: principles and practice*. Oxford: John Wiley & Sons, 66-86.
- NHS HIGHLAND WOUND MANAGEMENT GUIDELINES AND FORMULARY (2014) consultato il 10 giugno 2018, disponibile all'indirizzo: <http://www.nshighland.scot.nhs.uk/Publications/Documents/Guidelines/Wound%20Formulary/NHS%20Highland%20Wound%20Management%20Guidelines%20and%20Formulary.pdf>.
- Ian P, and Wyn G (2015) *Wound care at a glance*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Queen D and Harding K. (2013) Dressing: the healing revolution (in) Flanagan M. *Wound healing and skin integrity: principles and practice*. Oxford: John Wiley & Sons, 66-86.
- Bryant RA. Types of Skin Damage and Differential Diagnosis (2012) In Bryant, Ruth, and Denise Nix. *Acute and Chronic Wounds*. St Louis: Elsevier Health Sciences, 83-107.
- Scalise A. (2015) *Lesioni cutanee croniche*. Milano: EdraEdizioni.
- Strohal, R., Dissemond, J., Jordan O'Brien, J., Piaggese, A., Rimdeika, R., Young, T., &Apelqvist, J. (2013). EWMA Document: Debridement: An updated overview and clarification of the principle role of debridement. *Journal of wound care*, 22(Sup1), S1-S49.
- Sussman C. (2012) Assessment of the patient, skin and wound. In Sussman, Carrie, and Barbara M. Bates-Jensen. *Wound care: a collaborative practice manual*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 73-109.
- Sussman G. (2012) Management of the Wound Environment with Dressings and Topical Agents In Sussman, Carrie, and Barbara M. Bates-Jensen. *Wound care: a collaborative practice manual*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 73-109.
- The Royal Children's Hospital Melbourne (2012) Dressing choice table. Consultato il 10 giugno 2018; disponibile all'indirizzo https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/rchcpg/Dressing_Choices.pdf.

- Upton, D., & Upton, P. (2015). Psychology of wounds and wound care in clinical practice. Springer International Publishing.
- Wayne N.(2013) Malignant Wounds In:Flanagan, Madeleine. Wound healing and skin integrity: principles and practice. Oxford: John Wiley & Sons, 193-205.
- Young, T. (1997) Dressing selection: use of combinations of wound dressings.British Journal of Nursing 6(17), 999-1004.
- Fonder MA, et al. (2008): "Treating the chronic wound: a practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings." Journal of the American Academy of Dermatology 58(2), 185-206.
- Wicks, G., & Lead, N. C. T. V. Wound Dressing Formulary and Guidance 2017/18. NICE (2016) Chronic wounds: advanced wound dressings and antimicrobial dressings Evidence summary. Consultato il 10 giugno 2018, disponibile all'indirizzo nice.org.uk/guidance/esmpb2.
- Lincolnshire Community Health Service (2017) Formulary of Wound Management Products consultato il 9 giugno 2018, disponibile in https://www.lincolnshirecommunityhealthservices.nhs.uk/application/files/5715/0697/1167/P_CS_26_Wound_Management_Formulary.pdf.
- Pan, A., Cauda, R., Concia, E., Esposito, S., Sganga, G., Stefani, S., ... & Ippolito, G. (2010). Consensus document on controversial issues in the treatment of complicated skin and skin-structure infections. International Journal of Infectious Diseases, 14, S39-S53.
- Roberto Polignano (2013) Uso combinato di Collagenasi e Idrogel in ulcere croniche degli arti inferiori: descrizione di casi clinici. Consultato il 29 giugno 2018; disponibile in https://www.researchgate.net/profile/Roberto_Polignano/publication/289137887_Combined_use_of_collagenase_and_hydrogel_in_chronic_leg_ulcers_Description_of_clinical_cases/links/57dc74c808aeea195935ccbb/Combined-use-of-collagenase-and-hydrogel-in-chronic-leg-ulcers-Description-of-clinical-cases.

Allegato - Poster presentato al congresso nazionale aislec 2018



Quanto, come e perché si associano più medicazioni per trattare le lesioni cutanee: risultati di un'indagine

Alberto Apostoli^{1,2}, Fabio Bellini^{1,3}, Cecilia Fracassi^{1,2}, Arianna Lach^{1,4}, Annalisa Poli^{1,2}

¹Infermiere esperto/specialista in Wound Care ²ASST Speciali Civili di Brescia ³Libero professionista ⁴ASST Monza - Ospedale San Gerardo

Nel trattamento delle ulcere cutanee abbinare più medicazioni sembra essere una pratica diffusa per quanto poco descritta. La scelta dovrebbe essere supportata da evidenze scientifiche che, ad oggi, non sono ancora oggetto di ricerca in merito all'appropriatezza, agli esiti e alla sostenibilità dei costi.

Obiettivi dell'indagine: rilevare l'effettiva pratica di associare più medicazioni nel trattamento locale delle ulcere cutanee; indagare la frequenza, modalità e motivazione degli abbinamenti; verificare la consapevolezza degli operatori nello scegliere una possibile combinazione confrontando i risultati con la letteratura scientifica disponibile.



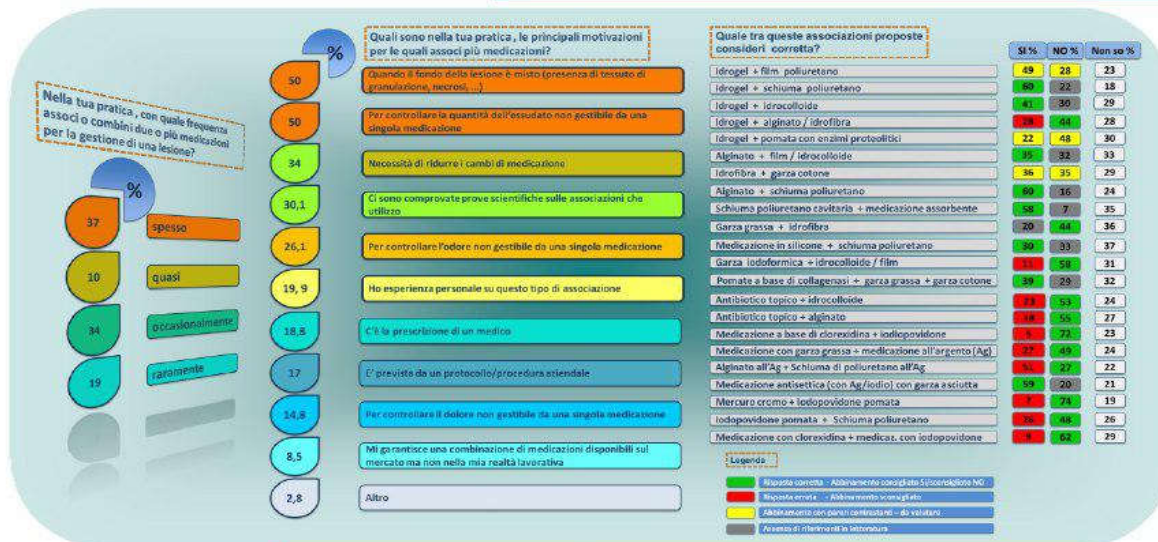
Questionario



L'indagine è stata condotta nel 2017 durante la IV Giornata di Studio A.I.S.L.E.C. a Matera attraverso la somministrazione di un questionario elaborato dagli autori selezionando gli abbinamenti citati nella letteratura precedentemente reperita. Sono stati analizzati 176 questionari su 237 raccolti.

Il campione indagato è composto da infermieri che dichiarano di assistere pazienti con ulcere cutanee.

Risultati



Conclusioni

Nel campione preso in esame, associare più medicazioni risulta essere una pratica frequente. Le motivazioni sono principalmente di carattere clinico e organizzativo. La ricerca su questo particolare argomento è praticamente assente e si basa su indicazioni di singoli Autori, talora contrastanti. Mancano studi relativi agli esiti ottenibili dall'associazione tra medicazioni. L'orientamento del campione risulta parzialmente adeguato alle attuali indicazioni reperibili in letteratura. È necessario che studi di ricerca, vengano condotti per sostenere scelte appropriate ed evitare inutili sprechi.

Bibliografia: Benbow M. (2004) Mixing dressings a clinical governance issue? Journal of community nursing 18(3), 26-31. - Benbow M. (2009) Mixing and matching dressing products. Nursing Standard 14 (4/9), 56-62 - Bennett-Marsden, M. (2013). How to select a wound dressing. Clin Pharm, 2, 363-365 - Roestad ES, Bryant RA, and Nix DP. (2012) Topical management. In Bryant, Ruth, and Denise Nix. Acute and Chronic Wounds. St Louis: Elsevier Health Sciences, 281-302 - Ashby R et al. Journal of wound care 2010, 19(7), 282-295. Roestad ES, et al. Elsevier Health Sciences 2012: 289-302 - Ramundo JM. (2012) Wound Debridement in Bryant, Ruth, and Denise Nix. Acute and Chronic Wounds. St Louis: Elsevier Health Sciences, 279-288 - LaBlanc K, Baranski S, Christensen D, Langemo D, Edwards K, Holloway S, S Voo K Y (2016). The art of dressing selection: a consensus statement on skin tears and best practice. Advances in skin & wound care 29(1), 32-46. Rangan M (2013) Principles of Wound Management in Wound healing and skin integrity: principles and practice. Oxford: John Wiley & Sons, 66-86. NHS Highland Wound Management Guidelines and Formulary (2014)

ESPERIENZE

Healthcare staffing: dalle mansioni alle competenze

di Regina Benedetti (1), Stefania Ceradini (2), Alessandra Corazza (3),
Lorenza Guarino (4)

(1) Dirigente Professioni Sanitarie, I.R.C.C.S. "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar - Verona

(2) Infermiera, I.R.C.C.S. "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar - Verona

(3) Infermiera, I.R.C.C.S. "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar - Verona

(4) Infermiera, I.R.C.C.S. "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar - Verona

Corrispondenza: regina.benedetti@sacrocuore.it

Nell'attuale contesto sanitario caratterizzato da una continua evoluzione e ridefinizione degli assetti organizzativi, strutturali e gestionali, ma anche da una carenza di risorse, la sopravvivenza delle organizzazioni sanitarie è sempre più legata al loro livello di flessibilità e di capacità adattiva, intendendo con quest'ultima soprattutto l'affinamento delle capacità e abilità esistenti nell'individuo, nell'ottica dello sviluppo delle potenzialità (Civelli, Manara, 2002).

Oggi i profili professionali sono sempre più articolati e si chiede ai professionisti responsabilità, autonomia e discrezionalità operativa; accanto a quelle specialistiche, si richiedono competenze trasversali quali flessibilità, applicazione del *decision making*, contestualizzazione delle prestazioni alla problematica specifica, gestione di situazioni critiche, coordinamento e interazione con gli altri professionisti dell'equipe interdisciplinare (Civelli, Manara, 2002).

In tale contesto la gestione delle dotazioni organiche va ripensata, spostando il focus dalle prestazioni e posizioni organizzative (strutture rigide che male si adattano alla variabilità delle richieste assistenziali) alle *competenze*, costruito che consente di utilizzare e, al tempo stesso, valorizzare le qualità del singolo professionista e dei gruppi di lavoro (Ceradini, 2009).

Esistono in letteratura diversi approcci alle competenze ed in particolare alcuni che danno rilevanza al rapporto situazionale, contingente alla capacità delle persone di rispondere adeguatamente alle esigenze assistenziali in situazioni specifiche (Spencer, Spencer, 1995). Assumono pertanto importanza i processi relativi all'acquisizione del sapere mediante un rapporto diretto con il contesto di riferimento, caratterizzato da colleghi, capi, clienti, attrezzature, artefatti e prodotti, ovvero l'apprendimento situato (Mortari, 2003).

Nell'odierno scenario sanitario vi è la grande necessità di costruire un modello delle competenze che possa essere utilizzato nel campo dell'operatività professionale e questo nuovo modello non può che partire dallo sviluppo delle capacità di autovalutazione delle competenze contestuali del personale esperto rispetto alla buona pratica clinica, alla normativa vigente che regola l'esercizio della professione infermieristica e tecnica (Fraccaroli, 2007).

La *Nurse Competence Scale* (NCS) è uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche sviluppato in Finlandia tra il 1997 e il 2003. Lo strumento ha mostrato di essere valido e affidabile ed è stato sperimentato in numerosi Paesi tra cui Stati Uniti, Australia, Regno Unito, Giappone e Germania (Bahreini, Mortari et al., 2011; Bahreini, Shahamat et al., 2011; Cowan, Wilson-Barnett et al., 2008; Martin, Frei et al., 2010; Takase, Teraoka, 2011). In Italia la NCS è stata tradotta e testata per la prima volta nel 2009 ed è stata sottoposta ad adattamento linguistico e culturale allo scopo di assicurarne l'equivalenza semantica con la versione originale e di testarne le performance psicometriche nel contesto italiano (Dellai, Mortari et al., 2009; Finotto, Cantarelli, 2009). La traduzione italiana della NCS risulta essere di facile utilizzo, gli indicatori di competenza sono chiari e comprensibili e la NCS può essere considerata uno strumento utile per fornire indicazioni sul livello e sugli ambiti di competenza degli infermieri italiani (Dellai, Mortari et al., 2009; Finotto, Cantarelli, 2009).

La scala è suddivisa in 7 classi di competenza, riferite al quadro concettuale sviluppato da P. Benner (Benner, 1982, 1984, 1996, 2003). Ciascuna di queste classi prevede una serie di competenze più specifiche per un totale di 73 indicatori (Meretoja, 2004).

Un professionista della salute competente applica le sue abilità per garantire cure ottimali, gestisce correttamente i regimi terapeutici, diagnostici o riabilitativi, valuta e risponde con efficacia alla rapida evoluzione delle condizioni cliniche, sviluppa e gestisce piani assistenziali ottimali per raggiungere gli obiettivi attesi sul paziente e collabora nella programmazione e gestione dei piani di dimissione protetta (Ääri, Suominen et al., 2008). Ciò che fa la differenza sul livello di performance competente è l'esperienza clinica, che in accordo con Benner (1984) si sviluppa nel corso del tempo su un *continuum* che conduce il professionista neofita alla condizione di esperto (Dellai, Mortari et al., 2009): numerosi studi dimostrano che gli infermieri con competenze cliniche specialistiche, ovvero gli infermieri esperti, migliorano le condizioni di salute dei pazienti e aumentano il livello di soddisfazione lavorativa (Needleman, Buerhaus et al., 2002; Aiken, Clarke et al., 2003).

Il forte dibattito presente in letteratura sulla tematica delle competenze si riflette sul management e sulla pratica quotidiana degli infermieri (e degli altri professionisti della salute), la cui gestione, come ad esempio il trasferimento da un servizio ad altro o la sostituzione di un'unità per carenza improvvisa, avviene talvolta senza considerare la competenza clinica necessaria. Nell'attuale scenario sanitario, l'opportunità di potersi confrontare con un set esplicito di indicatori che esprimano le competenze necessarie alla gestione di pazienti con problemi specifici potrebbe potenziare le capacità del personale nel definire il proprio progetto di sviluppo professionale, nel presidiare e pianificare il proprio inserimento lavorativo e nel migliorare le proprie performance assistenziali. Ciò permetterebbe anche ai coordinatori e ai dirigenti infermieristici di valutare le competenze del singolo professionista e del gruppo di lavoro (Palese, Spangaro et al., 2005).

Il framework dei 7 domini di competenza di Benner (2003) (Tabella 1), all'interno dei quali sono stati distribuiti i 73 indicatori di competenza contenuti nella *Nurse Competence Scale* di Meretoja (2004) (Tabella 2), è stato utilizzato come documento base di partenza da tutti i gruppi di lavoro del nostro ospedale; ciascun gruppo di lavoro era costituito dal coordinatore e da 4-6 professionisti esperti con esperienza media lavorativa nel contesto di appartenenza maggiore di 10 anni.

Tabella 1 - I 7 domini di competenza di P.Benner

1	Relazionale/ruolo di aiuto
2	Insegnamento/coaching
3	Diagnosi e monitoraggio
4	Gestione di situazioni cliniche esposte a rapida evoluzione
5	Attuazione e monitoraggio di interventi assistenziali e di regimi terapeutici
6	Assicurazione e monitoraggio della qualità assistenziale
7	Competenze organizzative e relative al ruolo professionale

Tabella 2 - Indicatori di competenza - *Nurse Competence Scale* di Meretoja

SEZIONE 1: COMPETENZE DI PRESA IN CARICO
- pianificare l'assistenza infermieristica in riferimento ai bisogni del singolo paziente
- modificare il piano assistenziale in riferimento ai bisogni del singolo paziente
- supportare le strategie di adattamento alla malattia del paziente
- valutare criticamente la propria filosofia di nursing, la sua congruenza con i bisogni degli utenti e la sua applicazione nella pratica quotidiana
- utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti
- migliorare la cultura della presa in carico nell'unità operativa
- fondare la presa di decisioni su valori etici
SEZIONE 2: COMPETENZE DI EDUCAZIONE
- riconoscere i bisogni di educazione del paziente
- individuare il momento ottimale per attuare interventi educativi rivolti al paziente
- padroneggiare i contenuti degli interventi educativi rivolti al paziente
- fornire un'educazione personalizzata per ogni paziente
- gestire il processo educativo del paziente
- riconoscere i bisogni educativi dei famigliari
- agire autonomamente nell'educare i famigliari
- tenere conto del livello di abilità posseduto dagli studenti infermieri durante il tirocinio clinico
- supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi dell'educazione al paziente con il paziente stesso
- valutare i risultati dell'educazione al paziente con i famigliari
- valutare i risultati dell'educazione al paziente con l'equipe assistenziale
- attivarsi per mantenere e migliorare le proprie abilità professionali

- sviluppare il processo educativo nei confronti del paziente all'interno dell'unità operativa
- incoraggiare gli altri ad assumersi le proprie responsabilità
- Contribuire a sviluppare percorsi di inserimento nell'unità operativa per gli infermieri neo-assunti
SEZIONE 3: COMPETENZE DIAGNOSTICHE
- analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici
- accertare i bisogni psicologici del paziente
- accertare i bisogni psicologici dei famigliari
- organizzare per il paziente la consulenza di un esperto (infermieristico e non)
- concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'equipe l'osservazione del paziente
- concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'equipe l'uso di strumenti diagnostici (es. scale di valutazione)
- gestire e migliorare la documentazione del paziente assistito
SEZIONE 4: COMPETENZE DI GESTIONE DELLE SITUAZIONI
- riconoscere precocemente situazioni critiche per la vita del paziente
- ridefinire le priorità delle attività in funzione del modificarsi delle situazioni
- agire appropriatamente in situazioni di pericolo di vita del paziente (emergenza)
- concorrere ad individuare momenti di confronto con l'equipe su casi assistenziali quando necessario
- sostenere i membri dell'equipe a gestire le situazioni di cambiamento
- pianificare l'assistenza tenendo conto delle risorse disponibili
- mantenere le attrezzature in buone condizioni
- cooperare, mostrando flessibilità, in situazioni che cambiano rapidamente
SEZIONE 5: INTERVENTI TERAPEUTICI
- pianificare le proprie attività in relazione alla situazione clinica del paziente
- prendere decisioni riguardo all'assistenza personalizzandola per ogni paziente
- coordinare le proprie attività assistenziali con quelle degli altri membri dell'equipe multidisciplinare
- coordinare le proprie attività assistenziali con quelle dell'equipe infermieristica
- aggiornare protocolli/linee guida
- esprimere il proprio punto di vista, all'interno dell'equipe, su problemi assistenziali
- utilizzare i risultati della ricerca per attuare interventi appropriati
- valutare sistematicamente i risultati dell'assistenza al paziente
- possedere conoscenze approfondite per erogare assistenza di qualità
- contribuire a sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari
SEZIONE 6: ASSICURARE QUALITA'
- ispirarsi, durante la pratica, al modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica
- identificare aree di approfondimento e di ricerca nell'assistenza al paziente
- contribuire all'identificazione di criticità nel modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica

- valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del paziente per l'assistenza erogata
- utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell'assistenza infermieristica
- proporre problemi da approfondire con la ricerca
SEZIONE 7: RUOLO RICOPERTO
- riconoscere i bisogni di supporto e di aiuto dei colleghi
- essere consapevole dei propri limiti
- riconoscere l'identità professionale come una risorsa per la professione infermieristica
- dimostrare responsabilità nell'utilizzo (spreco) delle risorse
- coordinarsi con i membri dell'equipe in merito alla distribuzione delle attività
- svolgere il tutoraggio degli studenti presenti nell'unità operativa
- svolgere l'affiancamento per i neo-assunti
- arricchire l'equipe assistenziale con le proprie competenze
- agire autonomamente
- attribuire attività al personale di supporto
- migliorare l'assistenza attraverso l'apporto di nuove conoscenze
- assicurare il procedere di un'assistenza priva di pericoli attraverso la delega di compiti
- mettere in atto strategie per evitare lo stress eccessivo (controllare le proprie emozioni)
- utilizzare le tecnologie informatiche nel lavoro
- coordinare l'assistenza al paziente nella sua globalità
- gestire completamente le situazioni che gli si presentano innanzi
- dare feedback costruttivi relativamente all'attività dei colleghi
- sviluppare l'assistenza al paziente all'interno di un'equipe multidisciplinare
- contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro

FONTE: Nurse Competence Scale (NCS) versione validata in Italia da S.Finotto e W.Cantarelli nel 2009.

L'ospedale dispone di 508 posti letto, con uno staff così strutturato:

- 345 medici;
- 611 infermieri;
- 186 professionisti (tecnici, fisioterapisti, ostetriche);
- 554 tra Operatori Socio-Sanitari e personale ausiliario.

Gli obiettivi di questo progetto di mappatura delle competenze sono stati finalizzati a:

- utilizzare la letteratura e la teoria delle competenze ed applicarle all'ambito infermieristico, tecnico e riabilitativo;
- realizzare la mappatura delle competenze specifiche del personale esperto in relazione alla specifica Unità Operativa/Servizio di appartenenza, mediante l'utilizzo della NCS inserita nelle 7 aree assistenziali o domini proposti da Benner (2003) e adattata alla pratica professionale del personale tecnico e riabilitativo;

- valorizzare l'esperienza clinica del personale sanitario esperto quale contributo indispensabile a descrivere ed elencare le competenze richieste e attese in ogni contesto assistenziale;
- costruire mediante la tecnica di consenso degli esperti (processo induttivo) il profilo diversificato delle competenze distintive di infermieri, ostetriche, TSLB, TSRM e fisioterapisti nelle aree di appartenenza;
- creare le basi per implementare un progetto di inserimento e di sviluppo professionale per il personale neoassunto o trasferito in altro servizio;
- creare le basi per implementare in futuro un sistema di valutazione annuale (mantenimento e sviluppo delle competenze) del personale sanitario, che consenta anche di identificare le aree di intervento in cui sviluppare azioni formative mirate.

Lo studio ha coinvolto il personale infermieristico, tecnico, ostetrico e riabilitativo esperto. Il progetto è iniziato nel gennaio 2018 mediante il coinvolgimento di una degenza pilota, in particolare di Terapia Intensiva, ed è terminato nel giugno dello stesso anno. Sono stati utilizzati i 7 domini di Benner all'interno dei quali sono stati inseriti gli indicatori della competenza infermieristica contenuti nella NCS di Meretoja (2004), validata a livello internazionale e in Italia nel 2009, per la quale è stato richiesto preventivamente il consenso di utilizzo agli autori.

Questo importante ed indispensabile materiale, tuttavia generico, è stato presentato in 2 incontri organizzati *ad hoc* con il Coordinatore e con 4 Infermieri esperti (esperienza media lavorativa nel contesto > 10 anni), ai quali è stata concessa piena facoltà di modificare la forma, come pure integrare o eliminare gli indicatori che non rispecchiavano la propria pratica assistenziale quotidiana. Il gruppo di lavoro ha avuto anche la facoltà di creare *ex novo*, oltre il *format* generico fornito, indicatori di competenza assistenziale ascrivibili allo specifico contesto assistenziale.

Il Servizio per le Professioni Sanitarie ha supervisionato in itinere il gruppo di lavoro, fornendo supporto metodologico alla realizzazione del profilo di competenza dell'infermiere esperto atteso nell'Unità di Terapia Intensiva.

La stessa metodologia descritta sopra è stata applicata a partire da metà gennaio 2018 fino a giugno 2018 in tutti i servizi del presidio ospedaliero, estendendola anche al personale ostetrico, tecnico e riabilitativo esperto.

In primis sono stati coinvolti tutti i 38 coordinatori dell'area sanitaria mediante 2 incontri propedeutici e un seminario specifico sulla mappatura delle competenze contestuali dell'infermiere esperto organizzati dal Servizio per le Professioni Sanitarie.

Ogni coordinatore sanitario ha coinvolto il proprio personale esperto (4-5 per ogni team) con una esperienza lavorativa media nel contesto specifico > 10 anni; assieme hanno affrontato uno ad uno i domini e gli indicatori di competenza del *format* generico proposto, al fine di adattarli al loro linguaggio comune, alla loro necessità di maggior dettaglio, integrazione, modificazione o creazione *ex novo*.

In estrema sintesi è come aver fornito ai gruppi di lavoro del personale esperto una sorta di format base sul quale ciascun gruppo ha lavorato mediante il confronto diretto con la reale pratica assistenziale quotidiana e sulla base dell'esperienza clinica, fino a giungere ad un profilo delle competenze distintive agite e attese in ogni specifica realtà assistenziale.

In un secondo momento è stato chiesto ai gruppi di lavoro di temporizzare gli indicatori di competenza a seconda che fossero raggiungibili entro 6 mesi, entro 1 anno o entro 3 anni.

La definizione del profilo di competenza dell'infermiere esperto nelle diverse aree assistenziali e negli specifici servizi è stata ottenuta nel pieno rispetto dei riferimenti normativi per l'esercizio delle professioni infermieristica e tecniche in Italia, dei codici deontologici nonché dei fini istituzionali dell'Ospedale S. Cuore - Don Calabria di Negrar.

Risultati

L'adesione al progetto è risultata del 100%. Il progetto è stato realizzato da 190 professionisti esperti, così suddivisi:

- 26 coordinatori infermieristici;
- 12 coordinatori delle aree tecnica e riabilitativa;
- 152 professionisti sanitari esperti.

Complessivamente, rispetto al format iniziale proposto, è emersa una conferma e/o individuazione *ex novo* e diversificazione degli indicatori delle competenze contesto-specifiche, che hanno determinato in ogni servizio un proprio profilo di competenza in relazione alle caratteristiche dei pazienti o dell'utenza e alla complessità assistenziale.

A titolo esemplificativo, viene proposto il profilo contesto-specifico dell'infermiere esperto della Terapia Intensiva con gli specifici indicatori di competenza temporizzati e raggiungibili entro 6 mesi, 1 anno e 3 anni (Tabella 3).

Tabella 3 - Temporizzazione delle competenze						
DOMINIO 1 - RELAZIONALE/RUOLO DI AIUTO						
<u>MACROCOMPETENZA</u>						
Agire e sostenere una relazione orientata ai bisogni del paziente critico e dei suoi familiari/caregiver analizzando anche il proprio vissuto e la propria emotività.						
				Competenza raggiungibile con i seguenti tempi		
N°	Indicatori per il paziente cosciente			6 mesi	1 anno	3 anni
1	Sostenere emotivamente la persona.				<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Motivare al paziente ogni intervento assistenziale.			<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Aiutare il paziente ad esprimere ciò che avverte sostenendolo nel fronteggiare l'angoscia e la preoccupazione per il suo stato di salute.				<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Fornire alla persona chiarimenti e informazioni condivise con l'equipe medica (es. paziente con I.M.A.).				<input checked="" type="checkbox"/>	

5	Comunicare sostegno al paziente anche attraverso il contatto fisico.	<input checked="" type="checkbox"/>		
N°	Indicatori per i familiari/caregiver	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Riconoscere i bisogni della famiglia.			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Sostenere emotivamente i familiari.		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Agire autonomamente nella guida e nel supporto dei familiari.		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Dimostrare alla famiglia di essere un sicuro punto di riferimento.			<input checked="" type="checkbox"/>
5	Fornire ai familiari indicazioni e notizie chiare e precise e condivise con l'equipe medica.			<input checked="" type="checkbox"/>
N°	Indicatori per l'infermiere	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Sostenere la relazione con il paziente, i familiari e gli operatori sanitari controllando la propria emotività.			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Gestire la fatica emotiva e le condizioni di stress correlate al continuo confronto con situazioni critiche complesse.		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Mantenere fermezza nelle situazioni critiche e drammatiche evitando di farsi coinvolgere emotivamente.		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Garantire la dignità e il rispetto della persona umana in ogni attività assistenziale.	<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Rispettare la persona riducendo la nudità e l'esposizione del corpo quando possibile.	<input checked="" type="checkbox"/>		
6	Sostenere emotivamente il confronto con i medici durante i trattamenti di fine vita.			<input checked="" type="checkbox"/>
7	Sostenere il confronto nell'equipe infermieristica rispetto alle decisioni nel trattamento di fine vita.			<input checked="" type="checkbox"/>
8	Garantire la dignità della persona umana in ogni fase delle cure di fine vita.		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Totale competenze per periodo	4	8	6

DOMINIO 2 - INSEGNAMENTO/COACHING

MACROCOMPETENZA

Fornire consulenza e sostegno ai colleghi meno esperti aiutandoli a raggiungere elevati standard assistenziali per garantire continuità delle cure al paziente critico.

		Competenza raggiungibile con i seguenti tempi		
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Proporsi come modello di riferimento per i colleghi meno esperti.			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Supportare il neo-inserito nell'acquisizione delle abilità tecniche e relazionali richieste.			<input checked="" type="checkbox"/>
3	Aiutare il neo-inserito a saper essere parte integrante dell'equipe ("uno per tutti e tutti per uno", sintonia di gruppo e lavoro di squadra).		<input checked="" type="checkbox"/>	

4	Aiutare il neo-inserito a raggiungere gli obiettivi e i risultati assistenziali attesi dall'Organizzazione.			<input checked="" type="checkbox"/>
5	Fornire feedback ai colleghi meno esperti.			<input checked="" type="checkbox"/>
6	Trasferire le proprie conoscenze e il proprio metodo di lavoro ai neofiti.			<input checked="" type="checkbox"/>
7	Fornire consulenza ai colleghi meno esperti su situazioni assistenziali complesse e sull'uso della tecnologia avanzata.			<input checked="" type="checkbox"/>
8	Supportare i colleghi nella gestione delle situazioni di urgenza/emergenza.		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Condurre il neo-inserito alla riflessione durante e dopo la gestione degli interventi assistenziali complessi.			<input checked="" type="checkbox"/>
10	Allenare ed aiutare il neo-inserito all'osservazione attenta del paziente.		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Promuovere con i colleghi la discussione e riflessione su casi assistenziali complessi o dopo la gestione di una situazione critica per apprendere.		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Chiedere aiuto ai colleghi esperti nelle situazioni clinico-assistenziali complesse.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Totale competenze per periodo		1	4	7

DOMINIO 3 - DIAGNOSI E MONITORAGGIO

MACROCOMPETENZA

Attuare un rapido, mirato ed accurato accertamento clinico al fine di rilevare i problemi prioritari di salute e garantire la presa in carico della persona assistita in Terapia Intensiva.

		Competenza raggiungibile con i seguenti tempi		
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Mantenere una visione globale della persona (essere umano, patologia, familiari, ecc.).		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Eseguire un efficace accertamento e monitoraggio della funzione cardiaca, respiratoria, dello stato neurologico, dei referti ematochimici e strumentali.	<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Cogliere rapidamente le modificazioni significative e comunicarle per la presa di decisioni tempestive.	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Controllare e supervisionare il paziente mediante il corretto utilizzo dei sistemi di monitoraggio clinico (monitor, ventilatore polmonare, emogasanalizzatore, ecc.).	<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Documentare con precisione i dati sulla documentazione sanitaria.	<input checked="" type="checkbox"/>		
6	Rilevare lo stato di alterazione della coscienza.	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Utilizzare correttamente le scale di valutazione neurologica e riportare oggettivamente i dati rivalutandoli nel tempo.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Totale competenze per periodo		6	1	0

DOMINIO 4 - GESTIONE DI SITUAZIONI CLINICHE ESPOSTE A RAPIDA EVOLUZIONE				
MACROCOMPETENZA				
Attuare interventi di monitoraggio per identificare precocemente il peggioramento della situazione clinica e gestire con efficacia l'evoluzione delle condizioni del paziente critico.				
				Competenza raggiungibile con i seguenti tempi
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Riconoscere precocemente le alterazioni dei parametri vitali al fine di prevenire l'insorgenza di complicanze.		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Riconoscere precocemente quando il paziente necessita di supporto ventilatorio o di intubazione endo-tracheale.		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Formulare ipotesi di possibile evoluzione e consolidare o escludere la propria intuizione mediante dati oggettivi.			<input checked="" type="checkbox"/>
4	Agire prontamente per ritardare possibili complicanze.		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Modificare il piano assistenziale in relazione all'evoluzione delle condizioni cliniche.		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Agire secondo priorità nel rispetto di protocolli, procedure e linee guida in uso.	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Agire tempestivamente nelle situazioni di instabilità clinica.		<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Cogliere rapidamente il/i problema/i e le prestazioni appropriate da eseguire.		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Gestire correttamente gli accessi vascolari deputati al trattamento terapeutico e al monitoraggio clinico.	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	Somministrare i farmaci in modo efficace e sicuro (somministrazione controllata con pompe infusionali, diluizioni protocollate, rispetto dei tempi di somministrazione) e monitorarne l'effetto nel tempo.	<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Gestire efficacemente le condizioni di urgenza/emergenza in attesa del medico (es. BLS-D).		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Promuovere la collaborazione all'interno del team nell'affrontare e gestire le condizioni cliniche soggette a rapida evoluzione.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Totale competenze per periodo		3	8	1

DOMINIO 5 - ATTUAZIONE E MONITORAGGIO DI INTERVENTI ASSISTENZIALI E DI REGIMI TERAPEUTICI				
MACROCOMPETENZA 1				
Attuare prontamente gli interventi assistenziali e monitorare nel tempo gli stessi per garantire una gestione sicura ed efficace del paziente critico				
			Competenza raggiungibile con i seguenti tempi	
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Realizzare le attività assistenziali in relazione alle condizioni cliniche del paziente.		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Adattare, con flessibilità, l'attività assistenziale in relazione alle variabili contingenti dell'U.O. e alle richieste in regime di urgenza/emergenza (urgenze interne ed esterne all'U.O., trasporti, TAC, RMN, Scintigrafia, ecc).			<input checked="" type="checkbox"/>
3	Agire in modo coordinato nelle attività assistenziali multiprofessionali.		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Assicurare comfort al paziente, in particolare la cura del corpo, l'igiene del cavo orale, il ri-posizionamento frequente.	<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Assumere un comportamento professionale caratterizzato da fermezza ed efficienza anche quando le informazioni e le istruzioni vengono date in modo veloce e concitato.		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Dare istruzioni precise agli operatori a cui si delegano interventi specifici (OSS).	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Dare istruzioni precise al collega di turno.		<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Preparare rapidamente tutti i presidi e i farmaci necessari alla gestione dell'urgenza/emergenza.	<input checked="" type="checkbox"/>		
9	Organizzare farmaci, presidi e apparecchiature in modo da garantire sempre efficienza e pronta disponibilità.	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	Somministrare i farmaci in modo preciso e sicuro monitorando i possibili effetti collaterali e/o eventi avversi.	<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Gestire i presidi correlati alla terapia farmacologia endovenosa nel rispetto delle linee guida in uso (es. C.D.C. di Atlanta).	<input checked="" type="checkbox"/>		
12	Gestire la nutrizione entrale.	<input checked="" type="checkbox"/>		
13	Gestire la nutrizione parenterale.	<input checked="" type="checkbox"/>		
14	Gestire i sistemi di drenaggio di liquidi biologici.	<input checked="" type="checkbox"/>		
15	Gestire le medicazioni.	<input checked="" type="checkbox"/>		
16	Promuovere la cicatrizzazione delle ferite, il drenaggio posturale.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Totale competenze per periodo		11	4	1

MACROCOMPETENZA 2				
Attuare interventi assistenziali rapidi per garantire una corretta gestione delle vie respiratorie ed una ventilazione ottimale del paziente critico.				
		Competenza raggiungibile con i seguenti tempi		
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Garantire la pervietà delle vie aeree (rimozione di corpi estranei, posizionamento di cannula oro-faringea, aspirazione oro-faringea ed endo-tracheale, ecc.).	<input checked="" type="checkbox"/>		
2	Ossigenare efficacemente il paziente mediante l'utilizzo del pallone auto-espandibile tipo "Ambu" e maschera facciale, unità respiratoria manuale ("va e vieni"), C.P.A.P., ecc.		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Collaborare con il medico rianimatore durante le manovre di intubazione naso e oro-tracheale predisponendo tutto il materiale necessario.	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Agire efficacemente e prontamente nei casi di intubazione difficile predisponendo tutti i presidi necessari (maschera laringea, introduttore tracheale di Frova, fibroscopio, Kit Fastrach, ecc.).		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Assistere il paziente intubato e ventilato meccanicamente e avere conoscenza specifica delle principali modalità di ventilazione.		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Assistere il paziente intubato in respiro spontaneo.	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Assistere il paziente in ventilazione non invasiva (es. C.P.A.P.).		<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Gestire il paziente tracheostomizzato.	<input checked="" type="checkbox"/>		
9	Monitorare i parametri respiratori e segnalare tempestivamente eventuali anomalie.	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	Eseguire la puntura arteriosa per l'emogasanalisi.	<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Interpretare i valori dell'emogasanalisi (quadro di acidosi o alcalosi respiratoria e/o metabolica e quadri misti).		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Preparare il materiale necessario e collaborare con il medico durante il posizionamento di drenaggi di liquidi biologici (es. toracentesi, paracentesi, ...).	<input checked="" type="checkbox"/>		
13	Collaborare nel team fino alla stabilizzazione del quadro respiratorio.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Totale competenze per periodo		8	5	0

MACROCOMPETENZA 3				
Attuare interventi assistenziali rapidi ed efficaci per garantire condizioni di circolo ottimali.				
		Competenza raggiungibile con i seguenti tempi		
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Assistere il paziente emodinamicamente instabile.		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Rilevare tempestivamente le principali aritmie cardiache.		<input checked="" type="checkbox"/>	

3	Riconoscere le aritmie cardiache letali ed allertare il medico e i colleghi.	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Installare i sistemi di monitoraggio emodinamico invasivo avanzato (es. catetere di Swan-Ganz, PICCO, defibrillatore, ecc.).	<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Gestire i sistemi di monitoraggio emodinamico invasivo avanzato (es. catetere di Swan-Ganz, PICCO, defibrillatore, ecc).		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Eseguire efficacemente il massaggio cardiaco esterno.	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Preparare i presidi necessari e collaborare con il medico durante il posizionamento del Catetere Venoso Centrale.	<input checked="" type="checkbox"/>		
8	Utilizzare correttamente la tecnologia presente per la gestione della terapia infusione continua.	<input checked="" type="checkbox"/>		
9	Gestire il bilancio idro-elettrolitico.	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	Installare l'emofiltrazione e l'emodialisi (es.CVVH, SCUF).	<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Gestire l'emofiltrazione e l'emodialisi (es.CVVH, SCUF) e le specifiche variazioni emodinamiche.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Totale competenze per periodo		7	4	0

MACROCOMPETENZA 4

Attuare e monitorare interventi assistenziali mirati all'accertamento ed alla gestione del dolore nel paziente critico

		Competenza raggiungibile con i seguenti tempi		
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Utilizzare sistematicamente le specifiche scale di accertamento per il paziente cosciente (es. Numeric Rate Scale, Visual Analogic Scale) e per il paziente non cosciente (es. Behavioural Pain Scale, Non Verbal Pain Scale).	<input checked="" type="checkbox"/>		
2	Utilizzare il self-report nel paziente cosciente e credere a ciò che esprime.	<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Registrare e documentare correttamente la valutazione del dolore.	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Rivalutare il dolore ad intervalli regolari in base al tipo, all'intensità e alla via di somministrazione del farmaco antalgico (es. dopo 15-30 minuti dalla somministrazione ev o dopo 4 ore per analgesici a rilascio ritardato o trans dermici).		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Somministrare correttamente la terapia antalgica attraverso la via meno invasiva (ev, sl, trans dermica) e valutarne l'effetto nel tempo.	<input checked="" type="checkbox"/>		
6	Accertare il corretto posizionamento e l'appropriatezza dei presidi utilizzati per la terapia antalgica (es. sondino perdurale, elastomero, CVP, ecc).	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Educare il paziente chirurgico a contenere il dolore (es. tenere le mani sull'addome durante i colpi di tosse)	<input checked="" type="checkbox"/>		

8	Prevenire il dolore ischemico da pressione mediante il frequente cambio di posizione.	<input checked="" type="checkbox"/>		
9	Trasferire e condividere con l'equipe assistenziale l'esito della terapia antalgica.	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	Discutere nell'equipe multidisciplinare l'eventuale necessità di modifica del trattamento analgesico.		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Prevedere il dolore procedurale somministrando i farmaci in anticipo in relazione alla bio disponibilità e all'emivita del farmaco.		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Attuare proposte di miglioramento per la prevenzione del dolore procedurale (es. somministrazione di Fentanyl prima della broncoaspirazione o della rimozione di drenaggi, lidocaina sc prima della puntura arteriosa).			<input checked="" type="checkbox"/>
13	Gestire con padronanza la terapia antalgica al bisogno mirata al trattamento del dolore acuto.			<input checked="" type="checkbox"/>
Totale competenze per periodo		8	3	2

MACROCOMPETENZA 5

Attuare interventi assistenziali appropriati che garantiscano comfort e sicurezza al paziente critico nelle fasi di mobilizzazione e trasporto.

		Competenza raggiungibile con i seguenti tempi		
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Effettuare in sicurezza le manovre di mobilizzazione del paziente con particolare attenzione ai pazienti sedati e curarizzati.	<input checked="" type="checkbox"/>		
2	Mobilizzare ed immobilizzare il paziente utilizzando i presidi più adeguati in relazione alle condizioni cliniche.	<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Garantire il comfort del paziente durante le manovre di mobilizzazione e di trasporto.	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Effettuare un appropriato monitoraggio clinico e garantire la disponibilità farmacologica della terapia in corso durante il trasporto del paziente nei vari servizi di diagnosi e cura.	<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Predisporre farmaci, presidi ed apparecchiature elettromedicali necessarie alla gestione dell'emergenza durante i trasporti/trasferimenti del paziente.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Totale competenze per periodo		5	0	0

DOMINIO 6 - ASSICURAZIONE E MONITORAGGIO DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE				
<u>MACROCOMPETENZA</u>				
Adottare buone pratiche assistenziali basate sulle migliori evidenze e sulla presa in carico della persona per garantire elevati standard di sicurezza al paziente critico.				
				Competenza raggiungibile con i seguenti tempi
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Prendere decisioni e scegliere interventi di dimostrata efficacia.			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Mantenere aggiornate le proprie conoscenze e abilità tecniche e relazionali.	<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Segnalare le tematiche da approfondire o le aree di pratica in cui ci sono dubbi o controversie.	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Effettuare proposte di miglioramento e di sviluppo della pratica assistenziale.		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Documentarsi per trovare risposte sempre più aggiornate ai propri dubbi.	<input checked="" type="checkbox"/>		
6	Agire nel rispetto dei sistemi operativi interni (linee guida, procedure, protocolli, ecc.).	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Documentare l'assistenza registrando i dati sensibili alle cure infermieristiche e utili alla valutazione degli esiti sul paziente.	<input checked="" type="checkbox"/>		
8	Garantire la prevenzione delle infezioni in Terapia Intensiva nel corso di tutte le manovre cliniche ed assistenziali (invasive e non) mediante il rispetto delle precauzioni standard e di isolamento (1°- lavaggio delle mani, gestione cateteri venosi e arteriosi, catetere vescicale, broncoaspirazione, ecc.).	<input checked="" type="checkbox"/>		
Totale competenze per periodo		6	1	1

DOMINIO 7 - COMPETENZE ORGANIZZATIVE E RELATIVE AL RUOLO PROFESSIONALE				
MACROCOMPETENZA				
Garantire interventi coordinati con il team multiprofessionale				
				Competenza raggiungibile con i seguenti tempi
N°	Indicatori	6 mesi	1 anno	3 anni
1	Pianificare ed attuare interventi assistenziali personalizzati.			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Fornire consulenza esperta nel gruppo di lavoro.			<input checked="" type="checkbox"/>
3	Attribuire al personale di supporto, se presente, attività appropriate al loro profilo e al loro livello di competenza, garantendo supervisione costante.		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Confrontarsi con il medico e garantire le prescrizioni diagnostiche terapeutiche.		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Collaborare con altri professionisti che intervengono per specifiche prestazioni (es. fisioterapista, radiologo...).		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Costruire/mantenere un clima lavorativo di collaborazione e rispetto.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Totale competenze per periodo		1	3	2

Non è stato possibile confrontare la mappatura delle competenze contestuali dei professionisti sanitari coinvolti con altre realtà che hanno effettuato e/o pubblicato un lavoro simile di classificazione e descrizione delle capacità, abilità e conoscenze attese nei vari setting assistenziali.

Discussione

Le realtà ospedaliere italiane si stanno sempre più caratterizzando per la tendenza ad articolarsi in aree funzionali specialistiche o dipartimenti, al fine di facilitarne la razionalizzazione organizzativa e gestionale. Le competenze attese in ambito sanitario ed il loro livello di diversificazione variano a seconda del servizio in cui il professionista sanitario è inserito, quindi la definizione e lo sviluppo di competenze esperte è contesto-specifico.

La mappatura delle competenze, ovvero la loro definizione e misurazione, è necessaria per identificare oggettivamente i comportamenti che il personale infermieristico, ostetrico, tecnico e riabilitativo deve garantire in ogni specifico contesto operativo per lavorare bene (benessere lavorativo), nonché per garantire un'assistenza di qualità basata sulle migliori evidenze scientifiche.

La mappatura delle competenze può essere realizzata con diversi sistemi, ma quello condiviso e agito nell'Ospedale "Sacro Cuore – Don Calabria" è stato quello induttivo, che ha valorizzato fortemente l'esperienza dei professionisti coinvolti. Si è trattato di una sorta di percorso a ritroso di costruzione delle competenze che è partito dal professionista esperto per arrivare al neoassunto/neoinserito con le indispensabili integrazioni degli aspetti strategici, della mission e della vision della struttura.

Conclusioni

Il professionista esperto possiede un ampio bagaglio di conoscenze e di competenze, costruite con l'esperienza e la formazione continua; quindi vi è evidenza che formazione ed apprendimento sono attività profondamente ancorate al contesto sociale ed organizzativo.

La costruzione dei profili di competenza situati e diversificati è la condizione migliore per creare buoni percorsi di inserimento del personale neoassunto o neoinserito, per implementare concreti processi di valutazione, di sviluppo professionale, di aggiornamento e di adattamento alla continua evoluzione del sistema sanitario. La mappatura delle competenze e l'individuazione delle giuste strategie per il loro monitoraggio, mantenimento e sviluppo dovrebbe rappresentare un grande punto di forza per ogni azienda sanitaria e per ogni professionista coinvolto nei processi di diagnosi e cura degli assistiti.

L'analisi delle competenze e l'individuazione delle corrette strategie per il loro sviluppo dovrebbe rappresentare un punto di forza per ogni organizzazione sanitaria e per ogni professionista della salute, ma non può prescindere da un profondo e costante monitoraggio della propria professionalità, indipendentemente dal ruolo rivestito.

Il modello di mappatura delle competenze contestuali è anche la base indispensabile per creare le condizioni di un sistema di certificazione, che permetta al singolo professionista di intraprendere un percorso di sviluppo delle competenze, allo scopo di implementare la propria formazione con nuove competenze tecnico-professionali e garantire in questo modo elevati standard nelle prestazioni assistenziali. Oggi, sempre più, sviluppare le competenze significa valorizzare le potenzialità esplicite e tacite di cui ciascun professionista della salute è portatore, grazie all'aiuto di persone esperte nella gestione delle risorse umane, al fine di rendere ogni sanitario capace di elaborare autonomamente un bilancio delle proprie competenze ed un piano formativo individuale che sia il più possibile in armonia con il Piano Formativo Aziendale.

BIBLIOGRAFIA

- Auteri E. (2004), Management delle risorse umane. Fondamenti professionali, Milano, Guerini.
- Benner P. (2003), L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza, Milano, McGraw-Hill.
- Calamandrei C. (2009), La dirigenza infermieristica, Milano, McGraw-Hill.
- Civelli F., Manara D. (2002), Lavorare con le competenze. Riconoscerle, gestirle, valorizzarle. Milano, Guerini e Associati.
- Fraccaroli F. (2007), Apprendimento e formazione nelle organizzazioni, Milano, Il Mulino.
- Goleman D. (2004), Lavorare con intelligenza emotiva, Bergamo, Bur.
- Guilbert J.J. (2002), Guida pedagogica per il personale sanitario, Dal Sud, Bar.
- Lave J., Wenger E. (2006), L'apprendimento situato, Trento, Ericksoni.
- Levati W., Sarà MV. (2003), Il modello delle competenze, Milano, FrancoAngeli.
- Lusa A (2008), Le competenze degli infermieri in sala operatoria, Milano, FrancoAngeli.
- Mortari L. (2003), Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione, Roma, Carocci.
- Saiani L., Brugnolli A. (2011), Trattato di cure infermieristiche, Napoli, Idelson Gnocchi.
- Sarchielli G. (2008), Psicologia del lavoro, Bologna, il Mulino.
- Spencer L.M., Spencer S.M. (1995), Competenze nel lavoro, Milano, FrancoAngeli.
- Aiken L.H., Clarke S.P., Cheung R.B., Sloane D.M., Silber J.H. (2003) Educational levels of hospital nurses and surgical patients. *Journal of American Medical Association*, 209:1617-1623.
- Bernardi M.T., Masiero M.P. (2005) L'analisi delle competenze nella selezione, nell'orientamento e nello sviluppo del personale. *Management Infermieristico*, 11(1):18-25.
- Blum C.A. (2010) Using the Benner intuitive-humanistic decision making model in action: A case study. *Nurse Education in Practice*, 10:303-307.

- Byrton A.J. (2003) Reflection: nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing*, 31(5):1009-1017.
- Christensen M., Hewitt-Taylor J. (2006) Defining the expert ICU nurse. *Intensive and Critical care Nursing*, 22:301-307.
- Dellai M., Rocco M., Roat O., Dallapé F. (2006) La competenza infermieristica superiore/avanzata (advanced). *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 25 (2):92-97.
- Dunn S.V., Lawson D., Robertson S., Undergood M., Clark R., Valentine T., Walker N., Wilson-Row C., Crowder K. & Herewane D. (2000) The development of competency standard for specialist critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2):339-346.
- Ferro M. (2008), Percorso per l'inserimento dell'infermiere neoassunto in Pronto Soccorso. *Scenario*, 25(4):25:29.
- Finotto S., Cantarelli W. (2009) Gli indicatori della competenza infermieristica: validazione linguistica e culturale della Nurse Competence Scale. *Professioni Infermieristiche*, 62 (1):41-48.
- Ged W., Shelley S., Alberto L. (2006) Consensus Forum: Worldwide Guidelines on Critical Care Nursing. Workforce and Education Standards. *Critical Care Clinics*, 22:393-406.
- Hanley E., Higgins A. (2005) Assessment of clinical practice in intensive care: a review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21:268-275.
- Meretoja R., Erikson E., Leino-Kilpi H. (2002) Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 10:95-102.
- Meretoja R., Leino-Kilpi H. (2003) Comparison of competence assessments made by nurse managers and practising nurses. *Journal of Nursing Management*, 11:404-409.
- Meretoja R., Isoaho H., Leino-Kilpi H. (2004) Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2):124-133.
- Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M, Zelevinsky K. (2002) Nurse Staffing Level and the quality of care in Hospital. *New England Journal Medicine*. 346(22):1715-1722.
- Palese A., Spangaro S., Venier A. (2005) Gli indicatori della competenza infermieristica in area critica: studio esplorativo. *Nursing Oggi*, 10(4):45-51.
- Peplau H. (2003) Specialization in professional nursing. *Clinical Nurse Specialist*, 17(1):3-9.
- Saiani L., Palese A. (2002) Guida per pianificare lo sviluppo professionale e documentare le competenze. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, suppl al n° 2(21):1-58.
- Salomen A.H., Kaunonen M., Meretoja R., Tarkka M.T. (2007) Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency setting. *Journal of Nursing Management*, 15:792-800.
- Watson R., Stimpson A., Topping A. (2002) Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5):421-431.
- Ajello A.M. (2004) Apprendimento e competenza: un nodo attuale, in: <http://www.edscuola.com/archivio/antologia/scuolacitta/ajello.pdf> (Access: 10.10.2017).
- Ambel M. (2004) Percorsi di ricerca sulle competenze, in: <http://www.memorialia.it/competenze/sitografiaok.htm> (Access: 05.08.2017).
- Cipolla C., Artioli G. (2003) La professionalità del care infermieristico, in: https://books.google.it/books?id=JK3p_KYuSKsC (Access: 03.01.2018).
- Cecchini F. (2009) L'eccellenza nella pratica clinica degli infermieri, in: www.ipasvigorizia.it/allegatiFeedback/feedback22009.pdf (Access: 10.10.2017).
- Delia E. (2003) Learning Organization: una risposta ai cambiamenti, alla complessità e all'incertezza, in: <http://www.tnet.it> (Access: 11.07.2017).
- Del Bono M. (2003) Valorizzare le competenze, in: <http://www.univirtual.it/SSIS/quaderni/qua26.pdf> (Access: 13.07.2017).
- Integrated care career and competence framework for registered nurses (2009) Royal College of Nursing, in: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/.../pub-003053> (Access: 12.11.2017).
- Lupi R., 2009. L'acquisizione delle competenze da principiante a guru. Medmedia in: <http://www.medmediagroup.it> (Access: 10.11.2017).
- Mortari L. (2009) Comunità di Pratiche e Apprendimento dall'Esperienza. Atti del convegno: promuovere e sviluppare comunità di pratica e di apprendimento nelle organizzazioni sanitarie. Nuove prospettive per la Formazione Continua in Sanità. Regione Piemonte in: <http://www.psychomedia.it/pm-proc/regione-piemonte09/regione-piemonte-atti.pdf> (Access: 10.01.2017).
- Quagliano G.P. a cura di (2005) Glossario di base per l'orientamento. In: www.fisica.uniud.it/.../11-S3_Glossario_di_base_per_lorientamento.pdf (Access: 05.10.2017).
- Rasero L. (2005) L'infermiere "generalista", "esperto", "avanzato" in area critica: cosa, come, perché. Congresso Nazionale Aniarti 2005, in: oldsite.aniarti.it/documentazione/intervento.php?eventkey... (Access: 10.08.2017).

- Rossi F. (2006) Dalle competenze individuali alle reti di competenze: un percorso teorico, in: www.officinaemilia.unimore.it/site/.../documento98007641.html (Access: 15.06.2017).
- Sponton A., Zoppini L. et al. (2013) Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della Nursing Competence Scale in: <https://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/392/mappare-le...per-lo.../abstract> (Access 23.10.2017).
- Tavani L., Lichtner E. (2004) L'approccio per competenze in Italia: esperienze a confronto, in: <http://www.psicologiadellavoro.com/content/view/293/48/> (Access: 13.11.2017).

ESPERIENZE

Contenere la contenzione: un possibile percorso di audit

di Angela Peghetti (1), Stefano Casciato (2), Silvia Sferrazza (3), Roberto Accettone (4), Alessandro Cinque (3), Gabriele Caggianelli (3), Pampoorickel Kusumam (5), Antonio Coscarella (3), Emanuella Colelli (6), Giuseppe Marchesani (6)

(1) Infermiera, AOU Sant'Orsola-Malpighi - Bologna

(2) Coordinatore infermieristico ASL Roma1 - Roma

(3) Infermiera, AO San Giovanni Addolorata - Roma

(4) Infermiere, ARES 118 Roma

(5) Direttore Amministrativo, Casa di Cura Mater Misericordiae - Roma

(6) Coordinatore Infermieristico, AO San Giovanni Addolorata - Roma

Corrispondenza: silvia.sferrazza@email.it

L'audit clinico è uno strumento che permette di applicare nella realtà clinico/assistenziale le migliori evidenze scientifiche, col fine di migliorare, attraverso specifici interventi, eventuali punti di debolezza nella pratica applicata. Tra questi punti di debolezza ricordiamo: scarsa formazione, ridotta conoscenza della normativa e delle direttive giurisprudenziali in tema di contenzione, non conformità nella registrazione sulla documentazione clinica, mancato monitoraggio per la prevenzione ed eventuali danni diretti e indiretti al paziente contenuto, mancanza di idonei dispositivi contenitivi.

Si definisce *contenzione fisica* ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto, che non può facilmente essere rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo (*Health Care Financing Administration*, 1992). I presidi utilizzati per la contenzione riducono o controllano i movimenti: possono essere presidi posizionati sulla persona, oppure inseriti come barriere nell'ambiente.

Nonostante la scarsità degli studi in merito, varie indicazioni emergono dalla ricerca disponibile circa le variabili che più incidono sul ricorso alla contenzione: la cultura, l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento degli operatori rivestono un ruolo decisivo, più della gravità dei pazienti e del loro profilo psicopatologico (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015). Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone: l'esperienza di servizi che hanno scelto di non applicare la contenzione e il successo di programmi tesi a monitorare e ridurre questa pratica confermano questa indicazione (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015).

E' chiaro che il ricorso alla contenzione solleva vari problemi, di ordine etico, deontologico, giuridico, medico-legale, tecnico, clinico, organizzativo. In particolare va evidenziata la diffusione della contenzione come pratica d'emergenza, sia pure con notevole variabilità nella frequenza e nella durata.

La *White Paper of the Council of Europe* dichiara che l'uso della contenzione fisica per brevi periodi (blocco fisico non prolungato) dovrebbe tener conto del rapporto rischi/benefici e la contenzione meccanica dovrebbe essere utilizzata solo come ultima risorsa e solo in casi eccezionali per periodi prolungati (Ferioli, 2013).

Vi sono scarse ricerche che valutano i programmi volti a minimizzare la contenzione nei servizi di degenza per acuti. L'obiettivo principale di una rivalutazione della pratica della contenzione è quello di ridurre il ricorso: ciò non si prospetta né immediato né facile, poiché richiede uno sforzo non indifferente e la modifica degli atteggiamenti culturali, organizzativi e professionali che coinvolgono tutta l'organizzazione.

In letteratura sono riportati alcuni esempi di assistenza senza contenzione all'interno di contesti residenziali, mentre vi sono poche informazioni rispetto ai servizi per acuti (Evans et al., 2002). In riferimento ai risultati emersi da due revisioni sistematiche condotte dal *Joanna Briggs Institute* (2002) vengono identificate alcune raccomandazioni per la pratica, dalle quali si evince che i programmi di formazione relativi alla contenzione, accompagnati da un consulto clinico con un esperto, o unicamente con l'educazione alla contenzione, può ridurre l'uso della contenzione fisica nei servizi residenziali (Livello di Evidenza II - *Joanna Briggs Institute*).

In ambito infermieristico ulteriori raccomandazioni (RNAO, 2012) con Livello di Evidenza IIa, IIb e IV, indicano che gli infermieri in collaborazione con il team interprofessionale:

- oltre che col paziente/famiglia, dovrebbero creare un piano individualizzato di assistenza che si concentri su approcci alternativi all'uso della contenzione fisica (IIb);
- dovrebbero attuare strategie di interventi multipli per prevenire l'adozione della contenzione fisica (IIa);
- dovrebbero attuare tecniche di de-escalation e gestione della crisi, mobilitando le risorse adeguate per promuovere la sicurezza e ridurre i rischi di danno per tutti in presenza di crescenti comportamenti reattivi (IIb);
- dovrebbero impegnarsi in prestazioni che riducano al minimo i rischi per la sicurezza del cliente e del benessere per tutta la durata di ogni contenzione (IV).

Nel Piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti della Regione Lazio (2016) si evince che dovrebbe essere raccolto il consenso del paziente, qualora capace di intendere e di volere; in caso contrario, va informato il familiare e/o amministratore di sostegno di riferimento.

L'intervento sanitario senza il consenso dell'interessato (o di chi lo rappresenta) è giustificato soltanto dallo stato di necessità (art. 54 C.P.); in tal caso le motivazioni all'origine di questa contenzione devono essere adeguatamente documentate riportando le condizioni di pericolo per sé e/o per gli altri.

Il ricorso ai mezzi di contenzione è subordinato a un atto medico prescrittivo e deve essere seguito dal monitoraggio infermieristico per la prevenzione di eventuali danni iatrogeni da contenzione. In alcune circostanze eccezionali, qualora sussistano situazioni di immediato pericolo per la sicurezza della persona e di chi la assiste, la contenzione può rendersi necessaria, tenendo sempre presente che questa va utilizzata solo in caso di effettiva necessità e che vi si ricorre in maniera appropriata, qualora mezzi alternativi meno restrittivi si siano dimostrati inefficaci o insufficienti allo scopo e solo nell'esclusivo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine.

L'uso inappropriato o prolungato dei mezzi di contenzione può avere ripercussioni e rischi sia sul piano psicologico della persona sottoposta a contenzione e dei suoi familiari, sia sul piano fisico, come emerge da diversi studi e revisioni presenti in letteratura.

L'audit clinico è stato appunto l'occasione per affrontare una serie di criticità correlate alla contenzione in un'Azienda sanitaria romana, con la successiva implementazione di buone pratiche.

Obiettivo primario dell'audit è stato migliorare le pratiche assistenziali contenendo il ricorso alla contenzione che dovrebbe essere usata soltanto come *extrema ratio* e soltanto quando i potenziali benefici sono più grandi del danno potenziale. La riduzione della contenzione fisica richiede dunque un approccio sistematico fondato su due elementi indispensabili: la consapevolezza della sua inefficacia e degli effetti negativi su coloro che vi sono sottoposti, nonché l'orientamento e l'implementazione di gradualità percorsi di riduzione della contenzione, supportati da tutta l'organizzazione (Zanetti et al., 2012).

Ci siamo posti come obiettivi secondari:

- fornire raccomandazioni per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi e auto o etero lesivi per il superamento della contenzione;
- fornire soluzioni organizzative e metodiche alternative alla contenzione per ridurre il rischio di danni diretti e indiretti al paziente contenuto;
- informare-formare il personale infermieristico per la corretta applicazione della prescrizione, la gestione e il monitoraggio degli interventi contenitivi.

Il nostro percorso

Lo studio era finalizzato a valutare il miglioramento dei comportamenti e delle pratiche assistenziali, a implementare azioni correttive e a monitorare nel tempo gli effetti e le ricadute di questi interventi nell'assistenza ai pazienti a rischio di essere contenuti.

L'audit prospettico è stato condotto nel periodo febbraio - ottobre 2017. Il setting preso in considerazione è stato quello per acuti. Le Unità Operative coinvolte nel progetto di implementazione sono state quelle di Medicina d'urgenza, Geriatria, UTIC e Sub-UTIC, Breve osservazione, Ortopedia e Neurochirurgia.

Si è progettato e implementato un audit per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, limitando il ricorso alla contenzione e i rischi da danni diretti e indiretti al paziente contenuto. Il progetto è stato condotto su commissione del CECRI - Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, sviluppato/coordinato da un gruppo di lavoro costituito da 4 infermieri e da 2 coordinatori infermieristici, coadiuvati da un tutor e con la supervisione di un auditor EBP (Evidence Best Practice).

L'audit ha consentito di rilevare le criticità presenti in un'Azienda sanitaria romana e di misurarle attraverso la costruzione di indicatori di struttura, di processo ed esito.

L'analisi prospettica prevedeva due momenti di raccolta dati:

- la fase del preaudit (20 aprile - 25 maggio 2017);
- la fase di audit (20 agosto - 25 settembre 2017) attraverso la somministrazione di una check list che ha consentito di rilevare i punti di debolezza nella pratica assistenziale. La somministrazione di un questionario, validato a livello internazionale, strutturato in 45 item, è servita a raccogliere dati sulle conoscenze/prassi e sull'atteggiamento del personale infermieristico nei confronti dei pazienti contenuti.

Le azioni intraprese per modificare le criticità esistenti sono state:

- la conduzione del pre-audit, che ha permesso di 'fotografare' la realtà aziendale e di strutturare gli interventi per modificare i comportamenti esistenti;
- la revisione dell'informativa per la contenzione in ospedale, presente dal 2015, attraverso l'elaborazione del protocollo sulla prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, in recepimento a quanto previsto dalla raccomandazione n.13 del ministero della Salute;
- la progettazione e realizzazione di un percorso formativo dedicato al personale sanitario (giugno - dicembre 2017);
- la conduzione del re-audit, che prevede una seconda somministrazione della stessa check list e del questionario per valutare l'efficacia degli interventi.

Nell'Azienda era presente un solo documento denominato "Informativa sulla contenzione", redatto nel 2015. A integrazione di quanto già in essere è stata elaborata una scheda monitoraggio della contenzione, inserita come Allegato del protocollo sulla prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, in recepimento a quanto previsto dalla raccomandazione n.13 del ministero della Salute.

Per ognuno degli indicatori sono stati costruiti i rispettivi target di accettabilità ed eccellenza allo scopo di misurare il gap tra pratica corrente e performance attesa. Il primo indicatore di struttura è stato elaborato per valutare l'esistenza di un'informativa aziendale sulla contenzione, il secondo per la presenza di una scheda di monitoraggio, il terzo per la disponibilità di adeguati dispositivi contenitivi aziendali.

Nella pratica corrente gli indicatori di processo misuravano rispettivamente:

- indicatore 1 - l'utilizzo della contenzione fisica deve essere ridotta al minimo e rivalutata ogni 24 ore;
- indicatore 2 - l'utilizzo della contenzione fisica deve essere ridotto al minimo per i pazienti a rischio di procurarsi danni;
- indicatore 3 - l'applicazione dei mezzi contenitivi deve avvenire in collaborazione con il cliente, la famiglia o legali rappresentanti;
- indicatore 4 - durante il periodo di contenzione l'infermiere garantisce la mobilitazione del paziente ogni 2 ore;
- indicatore 5 - durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato ogni 4 ore;
- indicatore 6 - i mezzi di contenzione applicati sul paziente devono essere quelli prescritti;
- indicatore 7 - gli infermieri eseguono la contenzione fisica, documentando la procedura sulla scheda dedicata di gestione degli interventi contenitivi.

Gli indicatori di esito 8,9,10,11 sono stati elaborati per misurare eventuali LdP, edemi, ematomi ed ecchimosi e la documentazione di tali complicanze da parte degli infermieri.

L'indicatore di esito 12 è stato realizzato per stimare la partecipazione al corso formativo da parte del personale coinvolto nel progetto e per valutare le conoscenze al momento della somministrazione del pre-test e nella fase del post-test (indicatore 13).

L'analisi ha previsto una comparazione tra i dati raccolti nella fase del pre-audit con quelli relativi al post audit, per comprendere l'efficacia degli interventi correttivi messi in atto, quali la formazione, la revisione dell'informativa aziendale, la scheda di monitoraggio sulla contenzione.

Risultati

L'implementazione delle raccomandazioni relative alla prevenzione ha portato un importante miglioramento degli indicatori di struttura successivamente all'applicazione dell'audit clinico in oggetto (Tabella 1).

L'individuazione della presenza dei primi due indicatori è stata rilevata mediante la verifica della documentazione presente nelle UU.OO oggetto di audit: la documentazione era presente in tutte. Il terzo indicatore è stato rilevato confrontando la delibera aziendale di acquisto di presidi di contenzione con i presidi realmente presenti nelle degenze: ne è scaturita una presenza parziale di questi nel pre-audit (solo bracciali per polsi e caviglie monouso e poliuso) e nel post audit è stata indetta una gara per l'acquisto dei citati in delibera, ancora non presenti nei reparti.

Tabella 1 - Indicatori di struttura		
Indicatore	Pre Audit	Audit
Miglioramento della Performance: è presente nella U.O. l'informativa di gestione degli interventi contenitivi	Si	Si
Miglioramento della Performance: è presente nella U.O. la scheda di monitoraggio dei pazienti contenuti	No	Si
Miglioramento della Performance: sono presenti nella U.O. i mezzi di contenzione previsti nell'informativa aziendale	Parziale	Si (in attuazione)

La raccolta dei dati relativi all'audit è avvenuta su 909 cartelle relative a 70 giornate di degenza.

Gli indicatori di processo rilevabili, individuati mediante l'osservazione della documentazione clinica, hanno mostrato un sostanziale miglioramento (Tabella 2), sebbene non sempre si sia superato il target di accettabilità, come nel caso dell'utilizzo della contenzione per meno di 24 ore e del controllo del paziente ogni 2 ore. Si è passati da un target di non accettabilità nel pre-audit a uno di accettabilità nel post-audit per quanto concerne il controllo del paziente ogni 4 ore e sull'applicazione dei mezzi di contenzione realmente prescritti. L'unico indicatore rimasto stabile riguarda la collaborazione con la famiglia e i legali rappresentanti. Nessun indicatore ha raggiunto il target di eccellenza. Attualmente non è ancora documentata sulla scheda di rilevazione la procedura di contenzione e le eventuali complicanze che questa causa ai pazienti. Non è inoltre valutabile una riduzione della contenzione al minimo per i pazienti a rischio di procurarsi danni, in quanto tutti questi pazienti sono attualmente contenuti.

Tabella 2 - Indicatori di processo					
Indicatore	Pre Audit	Audit	Delta	Target Accettabilità	Target Eccellenza
L'utilizzo della contenzione fisica deve essere ridotto al minimo e rivalutato ogni 24 ore	15.77	34.99	19.22	75	90
L'utilizzo della contenzione fisica deve essere ridotto al minimo per i pazienti a rischio di procurarsi danni	Non Valutabile			25	10
L'applicazione dei mezzi contenitivi deve avvenire in collaborazione con il cliente, la famiglia o legali rappresentanti	3.85	2.98	-0.87	75	90
Durante il periodo di contenzione l'infermiere garantisce la mobilitazione del paziente ogni 2 h	20.69	58.35	37.39	75	90
Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato ogni 4h	70.71	76.05	5.34	75	90
I mezzi di contenzione applicati sul paziente devono essere quelli prescritti	52.58	83.37	30.79	75	90
Gli infermieri eseguono la contenzione fisica, documentando la procedura sulla scheda dedicata di gestione degli interventi contenitivi	Attualmente Non Documentato			75	90
I pazienti contenuti non dovrebbero sviluppare ldp, edemi, ematomi ed ecchimosi	Attualmente Non Documentato			5	0

Un miglioramento che ha raggiunto target di eccellenza si è rilevato negli indicatori di esito, nello specifico la partecipazione al corso formativo da parte del personale infermieristico coinvolto nel progetto: ha infatti raggiunto il 94.6%. La valutazione delle conoscenze post-corso è risultata positiva nel 86.75% dei casi, dato che rappresenta un target accettabile.

Discussione

Data la rilevanza dell'argomento, le istituzioni aziendali hanno partecipato attivamente nella realizzazione e nella diffusione del progetto, promuovendo e attivando corsi di formazione specifici inerenti la riduzione della contenzione in ambito ospedaliero.

L'obiettivo di formare il personale coinvolto in tale pratica è stato raggiunto: sono stati formati quasi tutti i soggetti interessati e i risultati del questionario mostrano un livello di accettabilità.

Ciò si è reso evidente nel periodo immediatamente successivo allo svolgimento dell'audit, dove si è potuto osservare come, a livello istituzionale, l'argomento sia stato trattato con molta sensibilità: all'interno delle unità operative l'informativa riguardante la gestione degli interventi contenitivi, unico documento presente prima dell'audit, è stata integrata con la scheda per il monitoraggio dei pazienti contenuti. Inoltre è stata garantita l'acquisizione nel breve periodo (mediante attuazione di una delibera già presente) dei dispositivi di contenzione non presenti in Azienda.

Nel corso del periodo di osservazione si è evidenziata una riduzione della contenzione, sebbene questa sia ancora lontana da livelli di accettabilità: ciò è dato soprattutto dal fatto che si contengono tutti i pazienti a rischio di procurarsi danni. Rimane ancora a livelli bassi la collaborazione con la famiglia.

Netti miglioramenti si notano invece dal punto di vista infermieristico per l'applicazione del presidio prescritto, controllo e mobilitazione del paziente in accordo con tempistiche e modalità descritte dalle Linee Guida Regionali (2016). L'accettabilità non è raggiunta in alcuna di queste tre situazioni, ma ci si avvicina notevolmente per quanto riguarda l'applicazione del giusto presidio e il controllo del paziente ogni 4 ore. La mobilitazione del paziente ogni 2 ore è ancora lontana da livelli accettabili, ma va osservato come questo sia l'indicatore che ha avuto il miglioramento più evidente: se prima dell'audit in poche situazioni il paziente veniva mobilitato con una tempistica corretta, dopo l'audit più della metà dei pazienti contenuti sono mobilitati ogni due ore.

L'integrazione delle schede di contenzione in data successiva all'audit ha comportato una compilazione ancora parziale di questo strumento e quindi l'impossibilità di valutare la documentazione della procedura da parte degli infermieri e l'insorgenza di lesioni secondarie.

Conclusioni

Il processo di miglioramento clinico su un tema delicato come la contenzione fisica in ambiente sanitario ha messo a dura prova tutta l'equipe di studio. Gli ostacoli per questo audit sono stati molti e dalle molte sfaccettature, ma si è comunque giunti a risultati grazie alla grande energia che è stata spesa per questo progetto da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Il titolo dato a questo Audit #contenerelacontenzione è stato generato quasi da subito, fin dalle primissime fasi, quando nel preparare e reperire il materiale di studio è stato evidente come ogni informazione tendesse a superare la contenzione.

Il nostro obiettivo è stato quello di fotografare la realtà e, attraverso diversi strumenti, migliorarla: così ci siamo addentrati nei riferimenti normativi, abbiamo cercato nelle linee guida, siamo stati a stretto contatto con gli operatori coinvolti nell'indagine e ciò ha permesso di costruire passo dopo passo un percorso ancora non battuto.

Attraverso l'analisi del nostro panorama sanitario siamo stati in grado di individuare punti critici e sviluppare soluzioni, quali lo svolgimento di corsi di aggiornamento, coinvolgendo diverse figure sanitarie esperte e infine elaborando materiale informativo e una scheda di monitoraggio aziendale.

Risulta evidente che questo audit, anche se con i suoi limiti, pone le basi per un lavoro necessario a migliorare il servizio sanitario per tutti gli operatori, ma ancor di più per gli utenti.

BIBLIOGRAFIA

- Ang, S. Y., Aloweni, F. A. B., Perera, K., Wee, S. L., Manickam, A., Lee, J. H. M., ... Chan, J. K. (2015). Physical restraints among the elderly in the acute care setting: Prevalence, complications and its association with patients' characteristics. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 24(3), 137-143. doi: 10.1177/2010105815596092.
- Comitato Nazionale per la Bioetica. (2015). *La Contenzione: problemi bioetici* (pp. 4-20). Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Cosper, P., Morelock, V., & Provine, B. (2015). Please Release Me. *Journal Of Nursing Care Quality*, 30(1), 16-23. doi: 10.1097/ncq.0000000000000074.
- Degan, M., Iannotta, M., Genova, V., Opportuni, I., Chiusso, G., & Bonso, O. (2004). The use of physical restraints in an acute care hospital. *Assist Inferm Ric*, 23(2), 68-75.
- Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 616-625.
- Joanna Briggs Institute. (2002). *Physical Restraint – Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Best Practice*, 6(3), 1-6.
- Joanna Briggs Institute. (2002). *Physical Restraint – Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Best Practice*, 6(4), 1-6.
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L., Gómez-Cantorna, C., & Capezuti, E. (2014). Perception of Spanish Nursing Staff on the Use of Physical Restraints. *Journal Of Nursing Scholarship*, 46(5), 322-330. doi: 10.1111/jnu.12087.
- Ferioli, V. (2013). Contenzione: Aspetti clinici, giuridici e psicodinamici. *Psichiatria E Psicoterapia*, 32(1), 29-44.
- Health Care Financing Administration (1992). Proposed changes to the long term care facility (SNF and NF) requirements. *Federal Register* 57 (24), 4517.
- Krüger, C., Mayer, H., Haastert, B., & Meyer, G. (2013). Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 50(12), 1599-1606. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.005.
- Maga, L. (2015). *La contenzione nell'anziano. Studio osservazionale trasversale su epidemiologia, conoscenze e prassi infermieristiche.* (Laurea triennale). Università degli studi di Padova.
- *Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della Caduta del paziente nelle strutture sanitarie.* (2011). Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf.
- Rakhmatullina, M., Taub, A., & Jacob, T. (2013). Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints. *Psychiatric Quarterly*, 84(4), 499-512. doi: 10.1007/s11126-013-9262-6.
- Regione Lazio Direzione salute e politiche sociali. (2017). *Piano Regionale per la Prevenzione delle cadute dei pazienti* (pp. 13-15). Regione Lazio.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints.* Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Zanetti, E., Castaldo, A., Miceli, R., Mariani, L., Gazzola, M., & Gobbi, P. et al. (2012). L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. *Rivista L'infermiere*, (2), 29-38.

ESPERIENZE

Percorso Assistenziale per la gestione del paziente emodializzato con lesioni vascolari agli arti

di **Enrico Baruzzo (1)**, **Giuseppe Comunian (1)**, **Franco Martinello (1)**,
Andrea Bruttocao (2), **Lorenzo A. Calò (1)**

(1) *Nefrologia-Dialisi-Trapianto, Azienda Ospedaliera Padova-Università di Padova*

(2) *Malattie del Metabolismo, Azienda Ospedaliera Padova-Università di Padova*

Corrispondenza: renzcalo@unipd.it

Nella Malattia Renale Cronica (MRC) i reni non sono in grado di assicurare una corretta eliminazione delle sostanze di scarto del metabolismo, con conseguente accumulo di tali sostanze nell'organismo compreso l'aumento dei loro livelli nel sangue. La MRC è classificata sulla base dell'entità del filtrato glomerulare in cinque stadi di crescente gravità, dove lo stadio 5, che corrisponde all'uremia terminale e necessita di trattamento sostitutivo con emodialisi o dialisi peritoneale, presenta la maggiore complessità clinica, assistenziale e sociale.

La MRC viene definita un problema di salute pubblica su scala mondiale in considerazione della diffusione della patologia e della prevalenza crescente nella popolazione generale. I motivi di questo incremento sono:

- l'invecchiamento della popolazione che contribuisce come conseguenza fisiologica all'"invecchiamento del rene";
- l'aumentata prevalenza nella popolazione generale di condizioni cliniche caratterizzate da un elevato rischio di manifestare un danno renale come il diabete mellito di tipo II e l'ipertensione arteriosa;
- la mortalità competitiva legata all'aumento della vita media e a terapie salva vita che risolvono situazioni critiche (Ministero della Salute, 2014).

La prevalenza di MRC in Italia è del 7,5% negli uomini e del 6,5% nelle donne (De Nicola, 2011). Il Registro Veneto di Dialisi e Trapianto indica nel 2015 una prevalenza effettiva dei pazienti veneti in terapia renale sostitutiva (dialisi e trapianto) di 4.816 soggetti. Il tipo di terapia sostitutiva cui i pazienti sono sottoposti è nel 47% dei casi l'emodialisi, 42% trapianto e 11% la dialisi peritoneale (Registro Veneto Dialisi e Trapianto, 2015).

La dialisi sostituisce il rene nelle seguenti principali funzioni:

1. la depurazione dalle sostanze di scarto e tossiche dall'organismo;
2. il mantenimento dell'equilibrio elettrolitico;
3. il mantenimento dell'equilibrio acido-base;
4. la rimozione dei liquidi in eccesso.

L'insorgenza di lesioni cutanee agli arti, soprattutto gli arti inferiori, è un'altra importante caratteristica dei pazienti emodializzati. Queste lesioni sono dovute principalmente alle associazioni di più patologie:

- le **alterazioni biochimiche del metabolismo minerale e osseo** si manifestano precocemente nel corso della malattia renale, progrediscono con il declino della funzionalità renale e possono interessare calcificazioni extrascheletriche a livello vascolare;
- l'**arteriopatia obliterante periferica**, per suo il coinvolgimento in senso stenotico, occlusivo o aneurismatico dell'aorta addominale e dei suoi segmenti arteriosi, generato principalmente da un processo aterosclerotico. Ha una prevalenza del 4-12% nella popolazione generale, mentre nei pazienti emodializzati è variabile dal 23 al 45.9% (Rajagopalan, 2006);
- il **diabete mellito** che per le sue complicanze micro e macrovascolari è una importante causa di ulcerazioni e amputazione del piede. Il trattamento dialitico è segnalato come un fattore di rischio indipendente nei pazienti diabetici: la probabilità di sviluppare ulcere è del 20% durante il primo anno dopo l'inizio della dialisi e il tasso di amputazione è del 4% per ogni anno di dialisi (Doria, 2016).

Vista la complessità e gravità dell'associazione ulcere e dialisi è fortemente consigliato adottare un approccio in team multidisciplinare per l'erogazione di assistenza ad un paziente con lesioni cutanee. Inoltre è oggetto di raccomandazione che le cure rivolte ai pazienti con lesioni cutanee e degli arti inferiori siano guidate e/o supervisionate da un professionista esperto in Wound Care. Le indicazioni presenti in letteratura raccomandano che tutto il personale medico e infermieristico dedicato al paziente con questa patologia riceva adeguata formazione e addestramento, oltre che cicli di retraining per il mantenimento del livello delle competenze acquisite.

Contestualizzazione

Nel nostro centro di emodialisi l'U.O.C Nefrologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, abbiamo riscontrato negli anni tra i nostri pazienti un aumento delle lesioni agli arti, in particolar modo agli arti inferiori. Nei briefing infermieristici sui casi clinici emergeva una chiara disomogeneità delle conoscenze sull'eziopatogenesi delle lesioni e gestione delle medicazioni.

Obiettivi

Per migliorare la presa in carico del paziente affetto da lesioni agli arti si è reso necessario:

- uniformare le conoscenze teoriche;
- omogeneizzare dei comportamenti clinico-assistenziali;
- migliorare nella tempistica di rilevazione e della diagnosi;
- garantire al paziente la continuità delle cure ricevute.

Risultati

In collaborazione con i referenti aziendali di Wound Care si sono sviluppati dei percorsi formativi accreditati ECM che hanno approfondito dall'eziopatogenesi delle lesioni fino al loro trattamento, con il seguente programma:

- nel 2014 *Gestione del paziente con piede diabetico*;
- nel 2015 *Gestione del paziente con lesioni vascolari*;
- nel 2016 *Trattamento e medicazione delle lesioni*.

Durante lo svolgimento del progetto sono stati selezionati 4 infermieri del reparto per fare da punto di riferimento interno. Questi hanno ricevuto una formazione approfondita con un successivo periodico retraining dagli esperti di Wound Care.

E' stato istituito con cadenza mensile un controllo visivo degli arti per intercettare il più precocemente possibile eventuali segni prodromici e/o lesioni perché i pazienti, in particolar modo gli anziani e i diabetici hanno difficoltà a notarle, preparando per questo scopo una scheda (Tabella 1) nella quale segnalare la rilevazione.

Tabella 1 - Scheda rilevamento delle lesioni vascolari

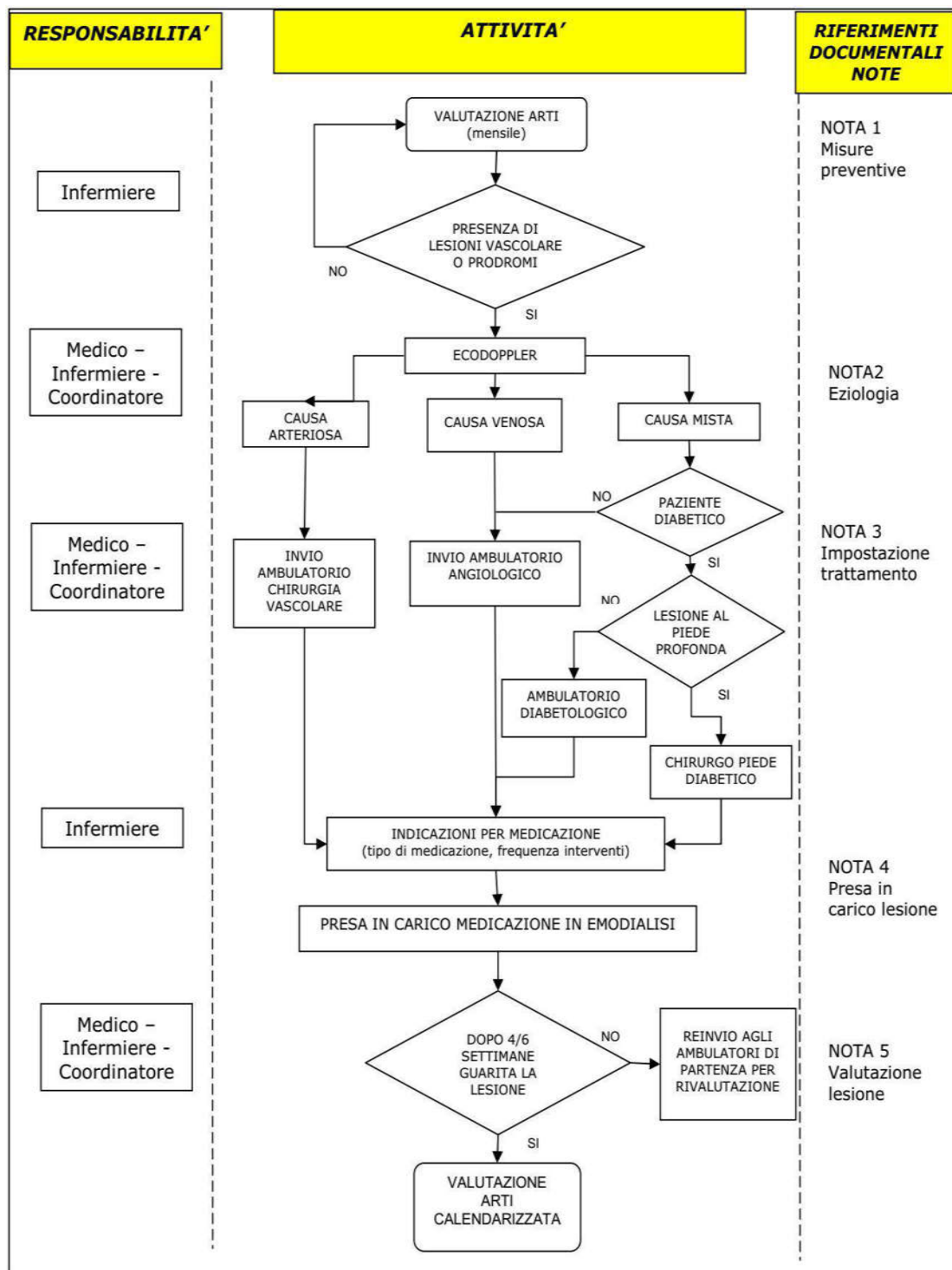
DATA/...../.....											
RILEVAZIONE MENSILE LESIONI ARTI SUPERIORI E INFERIORI (segnare anche i pz. che non presentano lesioni).											
	NOME E COGNOME	P.D.	LESIONI		A.SUP. NUM.		A. INF. NUM.		M.D	M.R	VARIE
			SI	NO	DX	SIN	DX	SX	SI	SI	
1											
2											
3											
...											
...											
LEGENDA: P.D.=PAZIENTE DIABETICO - A. SUP NUM = NUMERO TOT. DELLE LESIONI ARTI SUPERIORI A.INF NUM = NUMERO TOT. DELLE LESIONI ARTI INFERIORI - M.D = MED. DOMICILIARI - M.R.= MED. REPARTO											
TOT. PAZ.											
TOT. PAZ. DIABETICI											
TOT. NUMERO LESIONI											
TOT. NUMERO LESIONI ARTI SUP											
TOT. NUMERO LESIONI ARTI INF											
N° PAZIENTI MEDICATI IN REPARTO											
N° PAZIENTI MEDICATI A DOMICILIO											
TOT. PAZ. CON LESIONI											

I dializzati sono notoriamente immunodepressi con uno stato di infiammazione cronico per i quali il quadro clinico può peggiorare rapidamente allungando i tempi di guarigione con conseguente persistenza di dolore, importanti limitazioni funzionali e peggioramento della qualità di vita. In quest'ottica è stata attivata una corsia preferenziale per le visite specialistiche che ha permesso una notevole riduzione dei tempi di attesa nei servizi di:

- angiologia;
- chirurgia vascolare;
- diabetologia;
- ambulatorio del piede diabetico.

E' stato creato un *Percorso Assistenziale per la gestione del paziente emodializzato con le lesioni vascolari agli arti* al fine di ottenere un approccio strutturato ed articolato in sequenza a partire dai primi segnali fino alla corretta esecuzione della terapia (Figura 1). Con la presa in carico del paziente le medicazioni vengono eseguite durante le sedute dialitiche, riducendo al minimo gli spostamenti nei vari ambulatori.

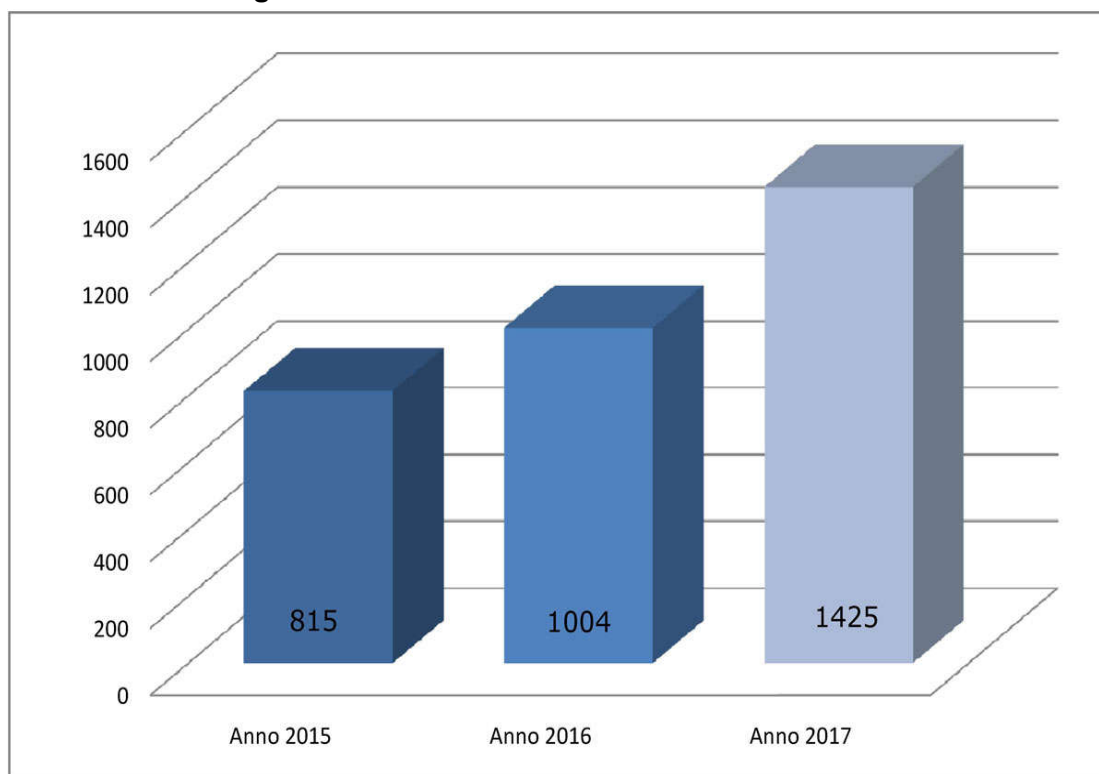
Figura 1 - Diagramma di flusso del Percorso Assistenziale per la gestione del paziente dializzato con lesione agli arti



Nel nostro reparto mensilmente si effettua una registrazione e scarico delle prestazioni dal quale possiamo quantificare le medicazioni eseguite.

Osservando il trend nel triennio 2015-2017 si nota un netto aumento delle medicazioni (Figura 2), frutto dell'acquisizione di una particolare expertise del personale che permette una miglior sorveglianza e gestione delle lesioni, con conseguente decorso clinico più breve.

Figura 2 - Rilevamento delle medicazioni effettuate



Conclusioni

Le lesioni agli arti sono una problematica dolorosa e invalidante, di lunga e non sempre sicura guarigione, in particolar modo per i pazienti in dialisi.

La possibilità di intervenire precocemente con un team multidisciplinare per impostare un trattamento in tempi brevi porta certamente a migliori risultati. Fondamentale è risultata la sensibilizzazione degli infermieri che operano in dialisi, che con la loro attenzione e accurata gestione delle lesioni hanno permesso di ottenere importanti vantaggi nel trattamento di questa patologia. La creazione del percorso assistenziale per questa patologia ha permesso una maggiore attenzione che favorisce un decorso più breve e con minori complicanze.

I vantaggi acquisiti dall'aumento dell'expertise del personale infermieristico e l'adozione del percorso assistenziale hanno portato ad un miglioramento della qualità di vita del paziente dializzato con tali lesioni e miglioramento della sintomatologia dolorosa in conseguenza di una guarigione più rapida.

La possibilità di poter eseguire le medicazioni nello stesso ambiente dove viene eseguita la dialisi ha ridotto gli accessi ai vari ambulatori, con conseguente guadagno di tempo disponibile e minor impatto sociale per la famiglia e caregivers.

La minor durata delle lesioni ha avuto come ricaduta positiva la riduzione della presenza di sintomatologia dolorosa e delle limitazioni di funzionalità degli arti interessati.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute "Documento di indirizzo per la malattia renale cronica", Accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Rep. Atti n. 101/CSR 5/8/2014. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2244_allegato.pdf.
- L. De Nicola, C. Donfrancesco, R. Minutolo e al. Epidemiologia della malattia renale cronica in Italia: stato dell'arte e contributo dello studio CARHES. Giornale Italiano di Nefrologia 2011; 28 (4): 401-407.
- Registro Veneto Dialisi e Trapianto (RVDT): https://www.ser-veneto.it/public/File/documents/rapporti/report15_RVDT_finale_sito.pdf.
- M. Dòria, V. Rosado, L. Pacheco et al. Prevalence of Diabetic Foot Disease in Patients with Diabetes Mellitus under Renal Replacement Therapy in Lleida. Biomed Res Int. 2016;2016:7217586.
- Rajagopalan S, Dellegrottaglie S, Furniss AL et al. Peripheral arterial disease in patients with end-stage renal disease: observations from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Circulation 2006 Oct 31;114(18):1914-22.
- Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 5: Protocollo di trattamento delle lesioni vascolari dell'arto inferiore. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici, Novembre 2016. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/farmaci/dispositivi-medici>.
- Gruppo di lavoro multidisciplinare sui farmaci di uso nefrologico Regione Emilia-Romagna. I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osseo associate alla Malattia Renale Cronica (MRC) nell'adulto. Linee guida terapeutiche n. 263. Assessorato Cura della persona, Salute e Welfare Regione Emilia Romagna, luglio 2016.

ESPERIENZE

Il percorso di certificazione delle competenze dell'infermiere di neonatologia

di **Monica Miari (1)**, **Annamaria Bagnasco (2)**, **Marina Lemmi (3)**, **Cinzia Gradellini (4)**, **Patrizia Beltrami (5)**, **Loredana Sasso (6)**

(1) Infermiera, IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova, Azienda USL di Reggio Emilia - Reggio Emilia

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

(3) Direttore del Servizio Assistenziale Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Parma

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

(5) Infermiere Coordinatore, IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova, Azienda USL di Reggio Emilia - Reggio Emilia

(6) Professore associato, Università degli Studi di Genova - Genova

Corrispondenza: monica.miari@ipasvi.legalmail.it; monica.miari@ausl.re.it

Le normative di riferimento alla professione descrivono l'infermiere come il professionista responsabile dell'assistenza che agisce identificando e gestendo i problemi di salute, valutando poi l'intervento in termini di efficienza ed efficacia.

Se per competenza si intende il prodotto della combinazione di conoscenze, comportamenti e capacità (Levati & Saraò, 2003; Spencer & Spencer, 1993; Boyatzis, 1982; Klemp, 1980), ovvero il sapere, il saper essere e il saper fare, è evidente che nella responsabilità di cui sopra il livello di competenza deve essere elevato. Quella competenza professionale che viene riconosciuta come un sapere in azione (Levati & Saraò, 2003) deve essere costruita su/dal singolo professionista e dal suo relativo portfolio, ma deve anche rispondere a standard di qualità, a garanzia della qualità stessa, sia nella scelta e nell'attuazione della *performance* assistenziale, sia nella trasmissione della competenza ai nuovi colleghi (saper far fare).

Considerando tali elementi, le componenti intercambiabili che caratterizzano la competenza risultano: attitudine, capacità, conoscenze, esperienza e motivazione (Shon, 1993). Un professionista si dimostra competente quando è in grado di attuare comportamenti osservabili, per un lungo periodo e in uno specifico contesto lavorativo, oltre che in grado di portare la *performance* a un livello superiore (Sasso et al., 2012). Si parla di competenza acquisita quando un professionista diventa capace di agire a un determinato livello, integrando conoscenze, abilità e capacità di giudizio e quando risulta in grado di risolvere un problema, per il quale non c'è soluzione standard, con successo (Benner, 2003).

Lavorare sulla definizione delle competenze richiede che si parta dalla definizione degli *outcome* sia professionali, sia di salute sensibili all'assistenza infermieristica (*Nursing Sensitive Outcome*, NSO) (Doran, 2011). Tale passaggio risulta necessario per ciò che si definisce *accountability*, ovvero la consapevolezza della responsabilità che focalizza il professionista sugli esiti del proprio agire (*Ibidem*).

Quando l'infermiere è consapevole, i costi si riducono, poiché è in grado di governare gli esiti assistenziali (Kilpatrick et al., 2013).

Il modello utilizzato per correlare gli *outcome* alle competenze di riferimento, identifica *outcome* principali oggettivi/professionali e soggettivi/del paziente (Goodlin et al., 2007), declinati su tre livelli: *Beginner*, *Competent*, *Expert*. Gli *outcome* principali oggettivi declinati sono: accertamento infermieristico, gestione di segni e sintomi, gestione degli eventi avversi, sicurezza del paziente, mortalità, sofferenza psicologica. Gli *outcome* principali soggettivi sono: qualità della vita, soddisfazione, sofferenza psicologica, autocura (Doran, 2011).

In riferimento al contesto neonatale, dalla letteratura emergono pochi studi sulle competenze specifiche, sebbene venga sottolineato che il riconoscimento di tali competenze, a dimostrazione di una qualificazione nella specializzazione, debba essere un diritto per l'utenza (WSNA, 2010). Da tale riflessione deriva la necessità, per un infermiere che si occupa di assistenza neonatale, di dimostrare tale qualificazione in termini di conoscenze, abilità e attitudine, a partire dalla definizione di uno standard di competenze specialistiche (Petty, 2013).

Se, come precedentemente riportato, il lavoro di definizione delle competenze specifiche deve partire dagli *outcome* positivi per il paziente, tale percorso ha bisogno di un modello formativo con obiettivi specifici che preveda percorsi personalizzati, volti a stabilire degli standard assistenziali.

Presentazione del contesto

All'interno di un progetto aziendale di un ospedale-IRCCS del Nord Italia si è costituita una *task-force* di infermieri di diverse strutture complesse, per l'identificazione delle specifiche competenze *core*. Per quanto riguarda la struttura di neonatologia, terapia intensiva neonatale e nido, il progetto ha identificato cinque referenti come figure ponte tra il gruppo aziendale e il gruppo infermieristico di struttura. Il progetto complessivamente è durato due anni.

In letteratura è stata riscontrata una scala di misurazione delle competenze infermieristiche, la *Nurse Competence Scale* tradotta in italiano e successivamente validata (Finotto & Cantarelli, 2009). Tale strumento è stato sottoposto al gruppo di infermieri di struttura, per valutarne l'efficacia relativamente alla misurazione della competenza acquisita in contesto neonatale. Poiché la scala presenta indicatori molto ampi e generici, riferiti all'adulto, è stata ritenuta poco adatta: la maggior parte degli infermieri esperti, infatti, ha sottovalutato il proprio livello di competenza nel processo di autovalutazione. Questo elemento ha confermato la necessità di uno strumento specifico e completo di competenze infermieristiche.

Il percorso di creazione del profilo di competenza

Il primo *step* del gruppo di lavoro è stato definire un portfolio di competenze, necessario alla garanzia di sicurezza sulla persona. Tale portfolio è uno strumento di autovalutazione, in continua evoluzione, che racchiude le macro-funzioni del professionista (Doran, 2011).

Il gruppo infermieristico di struttura, coordinato dai referenti, ha identificato una matrice di macro-funzioni, comune a tutti i contesti assistenziali, successivamente declinata nelle specifiche di contesto.

La matrice è stata raffigurata come un albero, in cui le radici rappresentano etica e relazione, quali elementi fondanti la professione; i rami rappresentano formazione, ricerca, gestione, governo clinico, educazione, assistenza; i ramoscelli autovalutazione e consapevolezza; le foglie risultano le micro-funzioni, ovvero le specifiche competenze di contesto, in continua evoluzione, poiché cambia la complessità della persona, le tecnologie, le evidenze scientifiche e il contesto stesso. La chioma, risultato dell'efficacia delle foglie/micro-funzioni, rappresenta la sicurezza come *outcome* per il paziente.

La parte più complessa è stata la definizione delle quasi duecento micro-funzioni, identificate dagli infermieri di struttura in un arco temporale di due mesi di lavoro. L'elenco delle micro-funzioni ha portato alla realizzazione di due bozze di strumenti di autovalutazione nominati *Bilancio Personale delle Competenze: Assistenza al Neonato e alla Famiglia in Neonatologia* (BPCN), utilizzabili sia dall'infermiere esperto, sia dal novizio per il monitoraggio delle proprie competenze sul campo.

Tale bilancio è suddiviso in sei macro-aree che includono micro-aree:

1. assistenza - accertare, pianificare, realizzare interventi assistenziali e garantire l'applicazione di prescrizioni terapeutiche, assistere il neonato prima e dopo l'intervento chirurgico, prevenire e affrontare situazioni critiche, assistere il neonato e la famiglia nella fase legata al fine vita;
2. gestione e governo clinico - gestione del lavoro e gestione del rischio clinico;
3. educazione alla salute;
4. educazione terapeutica;
5. formazione - per altri operatori e autoformazione;
6. ricerca.

Le micro-aree sono caratterizzate da specifici indicatori variabili che corrispondono ad attività infermieristiche di accertamento, pianificazione, attuazione e valutazione. La prima bozza (BPCN_G) utilizza, come scala di valutazione dell'acquisizione della competenza il modello Guilbert (Guilbert, 2002) che identifica una scala likert in cinque livelli, da nessuna padronanza (livello 0), a padronanza totale (livello 5).

La seconda bozza (BPCN_D) utilizza il modello Dreyfuss (Dreyfuss, 1980) che identifica una scala likert in cinque livelli, da novizio (livello 1) a esperto (livello 5).

Le due scale sono state sottoposte a tutti gli infermieri di struttura (per un totale di 32 operatori), con modalità on-line, a garanzia di anonimato.

Agli infermieri è stato richiesto di utilizzare il questionario, rispetto a un'autovalutazione delle competenze, ed esprimere successivamente una preferenza rispetto al modello di valutazione proposto (Guilbert vs. Dreyfuss). Il 60% degli infermieri che hanno partecipato allo studio ha espresso una preferenza sul modello Dreyfuss. L'utilizzo successivo in via sperimentale del nuovo strumento ha evidenziato una difficoltà, da parte dei neo-assunti, relativamente alla misurazione della *performance*/competenza acquisita, nei livelli stabiliti.

Il caso prototipico come modello di classificazione delle competenze in riferimento agli esiti

I *Nursing Sensitive Outcome* (NSO) sono quegli esiti dell'assistenza infermieristica per i quali esistono prove di efficacia che evidenziano la relazione tra l'assistenza e i risultati sul paziente.

In altre parole, essi rappresentano gli effetti degli interventi assistenziali sul cambiamento dello stato di salute, del comportamento, della percezione del paziente e/o sulla risoluzione del problema (Doran, 2011). Un'ulteriore definizione li descrive come elementi dell'esperienza, del comportamento e dello stato di salute determinati dall'assistenza infermieristica, in relazione alla qualità e alla quantità dell'assistenza stessa (Griffiths et al., 2008). Dal punto di vista della valutazione delle competenze, parlare di *nursing outcome* significa accettare l'esistenza di esiti misurabili dell'azione del professionista sull'assistenza (Palese, 2010), passaggio che risulta fondamentale nella valutazione globale delle competenze specifiche di un contesto assistenziale.

Per includere tali esiti, nella valutazione della competenza del professionista che diventa variabile del sistema assistenziale (*Ibidem*), dalla letteratura emergono esempi di integrazione delle competenze infermieristiche agli NSO, strutturati su specifiche patologie e identificati come casi prototipici (Goodlin et al., 2007).

Lo *step* successivo è stato creare casi prototipici specifici di nido, neonatologia, TIN. Sulla base delle schede nosologiche sono stati identificati rispettivamente i casi prevalenti: allattamento del tardo pre-termine (dopo la 35° settimana di gestazione), bronchiolite nel lattante, neonato pretermine (sotto la 32° settimana di gestazione/peso compreso tra gr. 500 e gr. 1.500) (Cedap, 2015). Per ogni specifico caso sono stati identificati i problemi del neonato e della famiglia; in riferimento a tali problemi, sono stati identificati i *nursing outcome* e le specifiche competenze infermieristiche.

Il modello di riferimento (Doran, 2011) suggerisce uno strumento suddiviso in due aree: professionista e paziente/famiglia. Ogni area identifica: gli *outcome* principali, i livelli di competenza, la competenza principale, gli *outcome* specifici e lo strumento di valutazione utilizzato per la misurazione degli *outcome* stessi. Gli *outcome* principali del professionista sono: *dataset* minimi infermieristici (*assessment*), gestione dei sintomi, gestione degli eventi avversi, sicurezza del paziente, mortalità, sofferenza psicologica. Gli *outcome* del paziente/famiglia sono: qualità della vita, soddisfazione, sofferenza psicologica e autocura.

Ad esempio, per quanto riguarda la gestione degli eventi avversi del grave prematuro, gli *outcome* specifici risultano: infezioni, enterocolite necrotizzante, emorragia intraventricolare, polmonite *ab-ingestis*, pneumotorace, retinopatia, alterazioni dello sviluppo sensoriale, lesioni da pressione, lesioni da stravasamento, lesioni cutanee, plagiocefalia, ritardi dello sviluppo neuromotorio. Le competenze di riferimento per prevenire gli esiti sono: la conoscenza delle complicanze, la corretta gestione dei presidi, la conoscenza e gestione dei sistemi di monitoraggio e allarme (che include la conoscenza dei *range* parametri per età).

Un esempio di strumento di valutazione è la *Infiltration Scale* che misura il grado di stravasamento, come strumento validato, ma possono essere presenti anche strumenti specifici della struttura non validati (es. procedure). La competenza di riferimento viene misurata in livelli: novizio, competente, esperto. Nello specifico della gestione del rischio, la gestione degli allarmi deve essere già acquisita anche dal novizio, mentre la gestione dei dispositivi è richiesta all'esperto.

Conclusioni

Il caso prototipico, specifico per la struttura, permette la misurazione delle competenze specifiche dell'infermiere, considerando i tre livelli sopra menzionati.

Al momento il gruppo di infermieri della struttura (considerando un'anzianità di almeno due anni) sta lavorando sui casi prototipici relativi a ittero neonatale e distress respiratorio.

Il passaggio successivo sarà trasformare i casi in una scheda di valutazione per il neo-assunto e neo-inserito che preveda i tre *setting* assistenziali: nido, neonatologia e terapia intensiva neonatale.

BIBLIOGRAFIA

- Benner P. (2003). L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza. Milano: McGraw Hill.
- Boyatzis RE. (1982). The competent manager: a model for effective performance. New York: Wiley and Sons.
- Doran DM. (2011). Nursing Outcome, gli esiti sensibili delle cure infermieristiche. Milano: Mondadori.
- Dreyfus SE, Dreyfus HL, A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research, Feb 1980 University of California et Berkeley operations research center, 1980.
- Finotto S, Cantarelli W. (2009). Nurse's competence indicators: linguistic and cultural validation of the Nurse Competence Scale. Professioni Infermieristiche, Jan-Mar;62(1):41-8.
- Giunta Regionale, Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, La nascita in Emilia – Romagna, 13° Rapporto sui dati del certificato di assistenza al Parto. Cedap,2015.
- Goodlin SJ, Trupp R, Bernhardt P, Grady KL, Dracup K (2007). Development and evaluation of the "advanced heart failure clinical competence survey". Patient Education and Counseling; 67:3-10.
- Griffiths P, Maben J, Murrell T. State of the art metrics: a rapid appraisal. (2008). Londra: Kings' College.
- Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Lamothe L, Ritchie JA, Doran D. (2013). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. Journal of Advanced Nursing Jan;69(1):205-17.
- Klemp GO. (1980). The assesment of occupational competence, report to the National Institute of Education. Washington DC.
- Levat W, Sarao MW (2003). Il modello delle competenze: un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane. Milano: Franco Angeli.
- Palese A, et al. (2008). Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura. Assistenza Infermieristica e Ricerca; 27(1):33-42.
- Palasciano G, Lotti A (a cura di). (2002). Guilbert JJ. La guida pedagogica del personale sanitario. IV Edizione. Bari: Edizioni Dal Sud.
- Petty J. (2014). A global view of competency in neonatal care. Journal of Neonatal Nursing, 20:3-10.
- Sasso L, Bagnasco A, Rocco G, Zappini L. (2012). Portfolio delle competenze delle professioni sanitarie. Milano: McGraw Hill.
- Shon DA. (1993). The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books.
- Spencer LM, Spencer SM. (1993). Competenza nel lavoro, modelli per una performance superiore. Milano: Franco Angeli.
- Washington State Nurses Association (WSNA) (2010). Continuing Competence in Nursing Position Paper. Seattle: WSNA.

SCAFFALE

Le trame della cura

di **Alfredo Zuppiroli**

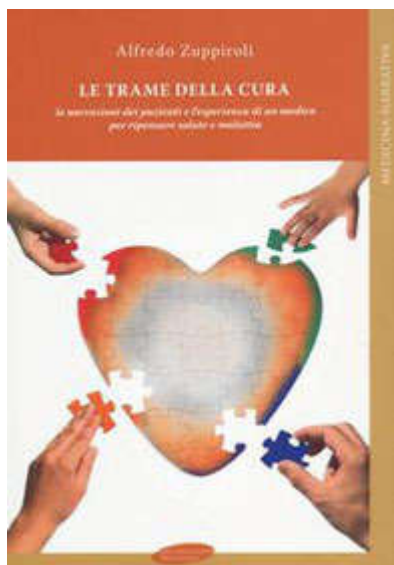
Editore: *Maria Margherita Bulgarini*

Collana: *Medicina narrativa*

Anno prima edizione: *2014*

Anno prima edizione: *2015*

pagine *143*, euro *14,00*



Alfredo Zuppiroli, medico cardiologo, ha lavorato per oltre trentacinque anni negli ospedali fiorentini: si è occupato oltre che dell'attività clinica anche di ricerca scientifica, ricoprendo anche ruoli di responsabilità organizzativa. Ha sviluppato anche un particolare interesse per i temi etici in medicina: la sua esperienza di medico lo ha portato ad entrare in relazione con tante persone e questo testo rappresenta appunto una summa delle tante storie e anime incontrate e non solo di ammalati. Queste storie lo hanno aiutato a ripensare il senso di salute, malattia e cura.

Le storie, la biografia delle persone sono elementi fondamentali per attribuire significati personali alle cause naturali delle malattie: in ciò questo volume entra a pieno titolo nella collana della "Medicina narrativa". Le storie dei pazienti, le loro rappresentazioni, percezioni e preferenze offrono un punto di vista unico e insostituibile e rendono possibile una reale personalizzazione del percorso di cura,

clinico-assistenziale o educativo, che la biologia da sola non riuscirebbe ad offrire. Per esempio talvolta si assiste a delle evoluzioni della malattia che, dal punto di vista biologico, non sarebbero comprensibili se non affrontate e inquadrare più olisticamente.

Questo volume è indirizzato, in modo particolare, a tutti quei professionisti che si occupano della cura delle persone, ma anche a tutti coloro che direttamente o indirettamente hanno avuto, o che hanno, contatti con la malattia, gli ospedali, le politiche sanitarie.

L'autore, nei vari capitoli, accompagna il lettore a riflettere, attraverso alcune storie di persone che ha incontrato nella sua attività di medico, su come la società si sia trasformata in questi ultimi decenni e su come l'organizzazione abbia sempre un peso maggiore nella relazione medico-paziente.

Il focus di questo volume sta nelle parole del medico canadese William Osler: *È molto più importante sapere che tipo di paziente ha quella malattia, piuttosto che sapere che tipo di malattia ha quel paziente.* Per questo la capacità di porsi in ascolto, da parte degli operatori e professionisti che si occupano della cura, è fondamentale per capire gli aspetti che hanno determinato la manifestazione della malattia, per comprendere la scala dei valori della persona, per aiutarla ad autodeterminare il proprio percorso di cura e restituirle la sua storia, per aiutare l'ammalato a capire meglio la sua malattia e saperla controllare.

Autodeterminazione dell'ammalato, secondo Zuppiroli, non deve far sfociare in un *decidi da solo*, piuttosto in un cammino che medico e paziente devono percorrere insieme, per annullare le distanze. L'autore ci ricorda che gli studi sui determinanti della salute ci dimostrano che la condizione socio-economica e il grado di istruzione sono quelli che influiscono maggiormente sullo stato individuale di salute, per poi passare agli stili di vita, mentre gli investimenti economici vanno maggiormente nella direzione dell'espressione clinica della malattia. Invita quindi tutti gli attori della cura, politici compresi, a fermarsi e a cambiare direzione.

Mara Fadanelli

SCAFFALE

Il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative



Gli infermieri di cure palliative svolgono un ruolo cruciale nel fornire assistenza di qualità alle persone affette da malattie inguaribili, potenzialmente letali e/o croniche progressive. Date le complesse esigenze di assistenza sanitaria nell'area delle cure palliative, una conoscenza approfondita, un impegno ad alto livello con i team interprofessionali, l'autoriflessione, il pensiero critico e le competenze cliniche sono essenziali per garantire l'erogazione sicura di cure infermieristiche di alta qualità anche in questo ambito sanitario.

È noto come gli infermieri posseggano quelle competenze richieste per fornire interventi sicuri ed efficaci alle persone affette da malattie inguaribili in tutta la traiettoria della malattia, incluse le cure di fine vita. Tuttavia, la continua evoluzione scientifica richiede che, anche in questo ambito, gli infermieri raggiungano e mantengano un livello di competenza elevato per prendersi cura in modo adeguato e

sicuro delle persone con bisogni di cure palliative e delle loro famiglie.

In quest'ottica, il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative pubblicato dalla Società Italiana di Cure Palliative, redatto da infermieri esperti di formazione infermieristica del settore, fornisce un quadro per garantire risultati assistenziali di qualità. Più precisamente gli autori, al fine di promuovere un'assistenza di elevata qualità alle persone con bisogni di cure palliative e alle loro famiglie, stimolano il lettore ad acquisire le competenze necessarie richieste in questi contesti assistenziali sia che si tratti di infermieri novizi, o di infermieri esperti provenienti da altre specialità.

Il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative declina cinque fondamentali ordini di competenze: etiche, cliniche, comunicativo-relazionali, psicosociali, e il lavoro in équipe. Esse sono sviluppate in obiettivi espressi in termini di conoscenze, abilità e atteggiamenti formulati sulla base della letteratura internazionale; in particolare il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative è stato declinato sulla base dei riferimenti forniti per lo sviluppo delle competenze dal *Tuning Educational Structures in Europe* attraverso una riformulazione delle competenze core infermieristiche ridefinite sui problemi di salute delle persone affette da malattie inguaribili e dalle loro famiglie.

A rendere maggiormente rigoroso e internazionale il documento, è doveroso sottolineare la volontà degli autori di attenersi alle produzioni condotte negli ultimi anni dalle associazioni internazionali infermieristiche in cure palliative; questo ha permesso di generare un Core Competence coerente con il contesto europeo, con obiettivi formativi fondati su sette curricula internazionali, il codice deontologico, e costruito sul modello teorico del Nursing Umanistico di Paterson e Zderad i quali affermano che l'assistenza non può essere considerata al di fuori di un'analisi del contesto esperienziale dell'uomo stesso.

Il Core Competence si presta quindi ad essere integrato negli ordinamenti didattici dei corsi di laurea base in infermieristica e può essere applicato a vari contesti di pratica, tra cui il ricovero, il domicilio, e l'ambulatorio.

Tutti gli stakeholder infermieristici, in particolare quelli che ricoprono ruoli dirigenziali, sono professionalmente responsabili della condivisione e dell'uso del Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative per delineare il ruolo e le attività degli infermieri di cure palliative. La valutazione, inoltre, è necessaria per misurare la competenza e, in alcuni casi, questa deve essere condotta con regolarità per tentare di ridurre il divario tra competenze percepite e attese. Gli autori, a tal fine, hanno sviluppato e validato una scala per l'autovalutazione delle competenze infermieristiche in cure palliative coerente con i contenuti del Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative.

Il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative permette un'ampia applicabilità in molteplici contesti di pratica: infermieri esperti nuovi per le cure palliative, infermieri novizi agli inizi della loro carriera nelle cure palliative, e nel progressivo avanzamento che definirà il ruolo dell'infermieristica in cure palliative nel prossimo futuro. Le core competence possono essere utilizzate dagli infermieri di cure palliative in vari modi, incluso sviluppare di corsi di formazione basati sulle competenze, definire parametri di riferimento - *benchmarking* - per valutare le prestazioni e le attività erogate, identificare potenziali leader e sviluppare *checklist* di competenze, promuovere l'apprendimento continuo.

Ancora, gli infermieri di cure palliative potranno utilizzare le core competence per valutare e pianificare il loro sviluppo personale e professionale avendo come riferimento uno strumento robusto che li assista nel passaggio da principianti ad esperti.

Il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative è uno strumento prezioso per valutare, indirizzare, misurare e documentare la pratica clinica competente per gli infermieri "alle prime armi", novizi nelle cure palliative. Le organizzazioni dispongono ora di uno strumento che sviluppi indicatori interni per la misurazione della performance dell'infermiere di cure palliative nel proprio ruolo; infatti, dimostrare una forte competenza nella pratica infermieristica è cruciale per molte istituzioni che cercano l'accreditamento istituzionale. Inoltre, soddisfare i bisogni assistenziali della persona è fondamentale e il progredire delle conoscenze scientifiche richiede infermieri competenti in grado di fornire assistenza sicura e di qualità, sia in hospice che in cure domiciliari. Il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative permetterà ad ogni persona con bisogni di cure palliative e alla sua famiglia di ricevere assistenza da infermieri competenti in modo coerente tra i diversi contesti assistenziali.

Gianluca Catania, PhD, RN

*Ricercatore, Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi di Genova - Italia
Senior Fellow, Center for Health Outcomes and Policy Research - School of Nursing -
University of Pennsylvania-Philadelphia (PA) - USA*

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, Annamaria Ferraresi, 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