INFERMIERE oggi

Periodico di idee, informazioni e cultura del Collegio IPASVI di Roma

N°2

EDITORIALE
Bando alle chiacchiere I cittadini ci reclamano

FOCUS
Giornata dell'Infermiere celebrata in tutto il Lazio

L'EVENTO
Cecri, board internazionale al Ministero della Salute

Anno XXVI - N. 2 - aprile/giugno 2017 - Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro. Poste italiane SpA - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in. L. 27/02/2004 n°46) art.1. comma2. DCB Roma

ISSN 2037-4364

INFERMIERE oggi

Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana
Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXVI - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2017
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione
Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

Direttore responsabile
Ausilia Pulimeno

Segreteria di redazione
Stefano Casciato, Claudia Lorenzetti, Matilde Napolano,
Alessandro Stievano, Carlo Turci

Comitato di redazione
Simonetta Bartolucci, Marinella Carnevale, Girolamo De Andreis,
Maurizio Fiorda, Emanuele Lisanti, Roberta Marchini, Natascia Mazzitelli,
Ilma Molinaro, Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Cinzia Puleio,
Francesco Scerbo, Marco Tosini, Maurizio Zega

Coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

Stampa
Artigrafiche Boccia SpA
Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno
e-mail: info@artigraficheboccia.com
Progetto grafico: EDS Roma
Impaginazione: Madì Studio di D. Cirillo - Salerno
Copertina: Ennio De Santis

Finito di stampare: giugno 2017

Tiratura: 34.242 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in. L. 27/02/2004 n 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.
Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.
Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.
Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.
Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.
Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE
1 **Bando alle chiacchiere. I cittadini ci reclamano**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS
3 **Giornata internazionale dell'Infermiere 2017**

DICONO DI NOI
9 **Il pasticcio dei concorsi e i vuoti in organico lasciano l'amaro in bocca**

NOTIZIE DALL'ITALIA
12 **Gli italiani apprezzano gli infermieri, ma crisi e carenze mettono a rischio ospedale e territorio**

NOTIZIE DALLA REGIONE
14 **Al Ministero della Salute, board internazionale per discutere del sistema salute attraverso la specializzazione infermieristica. "Per andare avanti va recuperato l'afflato comune che ci ha sostenuti in passato"**
17 **Collegio Ipasvi e Cecri presentano i risultati di uno studio sul *"Nursing Sensitive Outcome"***

NOTIZIE DAL COLLEGIO
19 **Osteoporosi, una giornata all'Università Tor Vergata per parlare di una malattia silente che colpisce milioni di italiani**
21 **Evento Ait all'Università Tor Vergata per discutere di violenza di genere**
22 **In ricordo di Angela Beatrice Cosseta**
23 **Premio Petrini 2017**

CONTRIBUTI
24 **Efficacia del lavaggio vescicale nella cateterizzazione urinaria a lungo termine nella popolazione adulta**
di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese

26 **La contenzione nei reparti di medicina, indagine conoscitiva rivolta agli infermieri**
di Carlo Turci, Deborah Bellotti, Valentina Pizziconi

35 **Efficacia delle metodiche di *telenursing* nella riduzione dei ricoveri e delle complicanze e nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da Bpco rispetto alle cure classiche *face to face***
di Marco Di Nitto, Eva La Penna, Tina Zerulo

43 **Il benessere organizzativo sanitario in Italia. Una revisione della letteratura**
di Fiorenza Misale, Alessandra Falcioni

49 **Studio osservazionale retrospettivo sull'efficacia della terapia a compressione pneumatica intermittente sequenziale graduata sull'edema degli arti inferiori**
di Elena Toma

55 **L'assistenza al malato terminale tra mito e realtà**
Le riflessioni di una giovane infermiera
di Caterina Sparvieri

LETTO PER VOI
59 **La professione alle soglie del XXI secolo**
Un libro di storia per capire il presente
60 **Somministrazione dei farmaci endovenosi: un manuale per studenti e professionisti**
61 **Tre "manuali" per affrontare al meglio le sfide della vita da adulto e bambino**

L'AVVOCATO DICE
62 **La responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie alla luce della recente approvazione della legge n. 24/2017**

64 LA VIGNETTA DEL MESE

EDITORIALE

Bando alle chiacchiere I cittadini ci reclamano

di Ausilia M.L. Pulimeno

C'è bisogno di più infermieri. E a tutti i livelli: sul territorio, nei reparti, nelle università. Ognuno con le sue competenze e abilità. Servono per ricucire la sfilacciata rete sanitaria pubblica prima che si rompa del tutto.

Se fossimo solo noi a dirlo potremmo essere tacciati di autoreferenzialità. Ma sono i cittadini a farlo, come sottolinea la ricerca del Censis sulle prestazioni richieste agli infermieri e sulla percezione che la comunità ha di questi professionisti. Un report che parla chiaro e che pubblichiamo in questo numero.

I cittadini vogliono più infermieri per affidarsi a loro, per sfruttarne a pieno le competenze che in questi anni hanno proiettato la nostra professione fino alla docenza universitaria e con un ruolo di primo piano nella ricerca infermieristica mondiale.

La gente ha capito chi siamo, conosce il nostro impegno, ci apprezza per capacità e disponibilità, sa che solo avendoci al suo fianco può ottenere la protezione che cerca e di cui ha bisogno. In tutti gli ambiti, appunto: per superare le malattie e per prevenirle.

Un ruolo a 360 gradi che rende la nostra professione protagonista assoluta dell'assistenza e che forse proprio per questo dà fastidio a chi ancora si prodiga per tarparle le ali, mosso dalla gelosia o per difendere vecchi privilegi corporativi.

La politica ci segue poco e male su questo piano. Tanti impegni, ma pochi atti concreti. Per di più a passo lento, troppo lento al cospetto dell'urgenza che la questione impone. Eppure il futuro è a portata di mano e con esso l'unica salvezza possibile per un sistema sanitario universalistico e solidale come il nostro. Che non vogliamo assolutamente perdere.

Lo dobbiamo a una popolazione sempre più anziana e fragile segnata da multipatologie complesse da gestire, alla crescente quota di cittadini che non riesce a pagarsi le spese mediche e che rinuncia alle cure, a quanti affrontano con coraggio ma senza mezzi malattie croniche, invalidanti, disabilità. Lo dobbiamo alla tenuta di un sistema che, dopo anni di crisi e di tagli, minaccia di crollare travolgendo tutto e tutti. Non possiamo permetterlo!

Come fare? Puntando davvero sugli infermieri, al di là delle dichiarazioni d'intenti che finiscono per non materializzarsi mai. E in questo frangente, il fattore tempo ha un peso determinante.

Ce lo riconosce il mondo intero: gli infermieri italiani sono oggi un esempio di crescita ammirato dai colleghi di tutti i Paesi a sanità avanzata. Lo hanno confermato a Roma il 23 maggio scorso intervenendo alla giornata organizzata dal nostro Collegio personalità di primissimo piano della scienza e della ricerca infermieristica internazionale. A cominciare da Franklin Shaffer, direttore generale della Commissione Usa per le lauree infermieristiche nel mondo, dalle statunitensi Joyce Fitzpatrick, Teresa Sakraida ed Elisabeth Brooks Ford, dalla britannica Janet Scammel. Grandi autorità nel nostro campo che sono venute a dirci quanto siamo diventati bravi e quanto ci ammirano.

Non ci siamo mai fermati e questa è la nostra forza. Abbiamo inseguito e infine conquistato una formazione di alto livello per esprimere tutto il nostro potenziale e metterlo al servizio della collettività. Non ci siamo accontentati di una formazione di primo livello, con la laurea triennale, che resta comunque alla base delle nostre competenze. Ci siamo battuti per il perfezionamento clinico e gestionale, poi più su con l'infermiere esperto clinico, fino al livello formativo più avanzato di specialista e ricercatore.

Non vogliamo fermarci e siamo determinati a rivendicare spazi e opportunità che ancora ci vengono negati. Vogliamo che le

nostre conquiste siano realmente trasferite ai cittadini che assistiamo ogni giorno. Per questo chiediamo rinforzi e maggiori spazi di manovra. La nostra formazione avanzata va pienamente riconosciuta e tradotta in realtà senza ulteriori indugi.

Lo si può fare integrando gli organici e liberando le nostre competenze cliniche e gestionali. Farebbe bene alla comunità e anche alle disastrate casse del nostro servizio sanitario. Le resistenze, però, sono sempre molte e tenaci. Come quelle che ritardano ancora il varo di una norma organica sul riconoscimento pieno dell'infermiere esperto clinico, sotto il profilo della responsabilità ma anche del ruolo e della retribuzione.

Gli infermieri hanno tracciato chiaramente in questi anni il percorso lungo il quale sviluppare la propria professionalità, con sacrifici e attraverso specifiche esperienze formative. È il nostro modo più efficace di sostenere la qualità delle cure e la loro più ampia accessibilità, all'insegna dell'equità sociale e della solidarietà che dovrebbero ispirare ogni decisione in campo sanitario. Tuttavia il nostro sforzo non può bastare. Serve uno scatto a livello decisionale e organizzativo, il coraggio di cambiare che invochiamo da tempo e che non scorgiamo ancora se non nelle mere dichiarazioni di principio.

Accade per gli impegni assunti sul potenziamento della rete territoriale dei servizi sanitari e per arginare gli effetti devastanti del perdurante blocco del turn over che ha falcidiato gli organici infermieristici di tutte le strutture, grandi e piccole, pubbliche e private.

Utilizzare su larga scala figure come quella dell'infermiere di famiglia o di comunità significa controllare preventivamente la popolazione e se occorre accompagnarla nel percorso più efficace e rapido di cura. E ciò dove il cittadino chiede di essere assistito: a casa sua, nel suo quartiere, dove vive, lavora o studia.

Significa anche liberare i Pronto soccorso dall'assalto dei pazienti privi di altri punti di riferimento e trattare le cronicità fuori dall'ambito ospedaliero. Significa fare educazione e prevenzione sanitaria per ridurre l'incidenza delle nuove patologie di massa legate all'invecchiamento, ai tumori, alle malattie degenerative. Significa più salute per tutti a costi sostenibili per il servizio sanitario.

Lo ripetiamo su tutti i tavoli di confronto ormai da anni. E riceviamo sempre le stesse rassicurazioni: tutti d'accordo, si parte. Poi, però, immancabilmente il passaggio dal dire al fare s'inceppa. Come per i paurosi vuoti che segnano gli organici infermieristici dei grandi ospedali romani, nessuno escluso. Una carenza che schiaccia sempre di più la strenua resistenza dei pochi colleghi rimasti in servizio che si sobbarcano turni ripetuti e massacranti pur di tenere in vita reparti e servizi. E che sono esausti.

Sull'urgentissimo reclutamento di infermieri abbiamo incassato tante rassicurazioni. In effetti, dopo anni, qualcosa si è mosso. Il caso del policlinico Umberto I, quello che a Roma chiamano "il concorsone", ripropone però la potenza nefasta della burocrazia che finisce per bloccare le agognate assunzioni a colpi di intoppi, imprevisti, ricorsi e controricorsi, sospensioni e retromarce. Problemi e ostacoli che impediscono di procedere speditamente anche con la selezione dei dirigenti e con il bando per la mobilità del personale.

Siamo finalmente sulla buona strada ma la percorriamo con troppa lentezza e fatica. Lo sanno bene migliaia di colleghi inquadrati con contratti precari (se non scandalosi) che attendono ancora la promessa stabilizzazione. Professionisti che, nonostante tutto, garantiscono con il loro lavoro e malgrado le difficoltà la tenuta dei servizi territoriali e dei reparti ospedalieri di Roma e di tutto il Lazio. Non meritano perciò di doversi accontentare dei timidi passi compiuti in questi ultimi mesi.

Bisogna accelerare e pretendere che le aziende sanitarie e ospedaliere si adeguino a quanto stabilito dalla stessa Regione nel suo piano di rilancio della rete sanitaria pubblica. Servono più infermieri e servono subito. È una priorità per tutti, sulla salute dei cittadini non si può cincischiare.

focus

Giornata internazionale dell'Infermiere 2017

Collegio Provinciale IPASVI di Roma

SI RAFFORZA IL PATTO TRA INFERMIERI E CITTADINI IN OCCASIONE DELLA GIORNATA INTERNAZIONALE DELLA PROFESSIONE, CELEBRATA IL 12 MAGGIO

I "Gazebo della salute" Ipasvi conquistano Roma e provincia

Il Collegio Ipasvi di Roma ha celebrato la "Giornata Internazionale dell'Infermiere" nelle maggiori piazze della Capitale e della provincia, all'insegna della salute e della prevenzione sanitaria.
Cittadini ed autorità si sono dati appuntamento presso i "Gazebo della salute", facendo registrare una partecipazione record agli eventi organizzati dai vari comitati distribuiti nel Lazio.
In migliaia hanno risposto all'invito degli infermieri romani e, per l'intera giornata, donne e uomini di ogni età (tanti giovani), famiglie e anche turisti hanno partecipato alla campagna di promozione sanitaria realizzata con i punti "della salute" allestiti dal Collegio in piazza del Popolo e nelle piazze centrali di Frascati, Anzio, Nettuno, Civitavecchia, Bracciano, Tivoli, Subiaco e con i punti di ascolto aperti al Policlinico Tor Vergata, all'ospedale San Camillo Forlanini e nel presidio territoriale Nuovo Regina Margherita.
Qui, tutti hanno ricevuto informazioni e dépliant sui corretti stili di vita e sulla prevenzione delle principali malattie, sottoponendosi anche al controllo della pressione arteriosa.
Tra questi, alcuni "pazienti" d'eccezione: il presidente del Consiglio regionale del Lazio, **Daniele Leodori**; il presidente della Commissione Politiche Sociali del Consiglio Regionale del Lazio, **Rodolfo Lena**; e la presidente della Federazione nazionale IPASVI, **Barbara Mangiacavalli**.
In azione anche il Gruppo Cives di Roma

(Coordinamento Infermieri Volontari per l'Emergenza) con dimostrazioni pratiche delle manovre di primo soccorso.
Tanti gli studenti di Infermieristica impegnati presso i gazebo, ma soprattutto decisivo il loro apporto nella preparazione dell'evento, attraverso la redazione di utili brochure distribuite nel corso della giornata per fornire preziose informazioni su stili di vita corretti e salutari.
A questo lavoro abbiamo voluto dedicare la copertina di questo numero.
Ecco, nel dettaglio, i titoli e gli autori.

LE CADUTE SONO EVENTI EVITABILI

Invecchiare è un privilegio, una meta e quindi una sfida della nostra società
Elaborato a cura degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma sede Policlinico Agostino Gemelli.

CASA SICURA PER IL VOSTRO BAMBINO... IN 5 PASSI!

Elaborato a cura degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica dell'Università degli studi Roma Tor Vergata, sede Bambino Gesù.

IL SALE: AMICO O NEMICO DELLA SALUTE?

Elaborato a cura degli studenti del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata, sede di Tivoli.

NON TI SERVE LO ZUCCHERO PER ESSERE DOLCE!

Elaborato a cura degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata, sede di Ostia.

DONARE, DONARSI

Elaborato a cura degli studenti del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli studi La Sapienza, sede Forlanini.

IGIENE DELLE MANI, UN SEMPLICE GESTO PER PREVENIRE LE COMPLICANZE!

Elaborato a cura degli studenti del corso di laurea in Infermieristica dell'Università Campus Bio-Medico di Roma

MANGIARE BENE PER VIVERE MEGLIO

Elaborato a cura degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma sede Figlie di San Camillo.

"INFERMIERE. PROTAGONISTA NELLA VITA VERA"

Elaborato a cura degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi Roma Tor Vergata sede di Tivoli, Università Campus Biomedico di Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma sede Figlie di San Camillo.

Foto di gruppo a piazza del Popolo a Roma

focus

Infermieri in piazza ad Anzio

Infermieri in piazza a Civitavecchia

Il punto di ascolto attivato al San Camillo- Forlanini

Infermieri in piazza a Bracciano

All'ospedale Nuovo Regina Margherita

In piazza a Nettuno

All'Ospedale di Tor Vergata

In piazza a Frascati

Il gazebo Ipasvi a Tivoli

All'ospedale Angelucci di Subiaco

Con la presidente nazionale Ipasvi, Barbara Mangiacavalli

I partecipanti al gazebo della salute in piazza del Popolo con il presidente della commissione Salute della Regione, Rodolfo Lena

Il Direttore generale Fabrizio D'Alba e il Direttore Ditra Lucia Mitello con l'attrice Greta Scarano, madrina della Giornata dell'Infermiere al San Camillo-Forlanini

Il presidente del Consiglio regionale, Leodori, al Gazebo della Salute di piazza del Popolo

Un selfie dello staff

Il pasticcio dei concorsi e i vuoti in organico lasciano l'amaro in bocca

La primavera si apre con un caso mai risolto, che scuote le coscienze di tutti i professionisti sanitari: quello dell'eutanasia. La vicenda umana è quella del dj Fabo - al secolo Fabiano Antoniani - 39 anni, che ha cercato e trovato la morte assistita in Svizzera.

Ma il dibattito pubblico non distoglie gli infermieri romani dai problemi di ogni giorno, a cominciare dai paurosi vuoti negli organici di reparti e servizi. Il nodo delle assunzioni e delle stabilizzazioni continua a tenere banco, tra annunci, assicurazioni, rinvii e delusioni.

La Repubblica (2/3/17) titola: "Sanità, scontro Regione-ministero: "Faremo subito 2.000 assunzioni". *"La Regione* - si legge nel servizio - *andrà avanti comunque. E lo farà nonostante il ministero della Salute abbia messo in dubbio il piano del Lazio per le assunzioni nella sanità pubblica da fare entro fine anno. Oltre 1.940 tra nuove entrate e stabilizzazione di precari di medici, infermieri e tecnici e solo sul nostro territorio".* In attesa di una chiamata che non arriva, tantissimi colleghi si "tuffano" nella bolgia del concorsone dell'Umberto I.

La Repubblica (2/3/17) titola: "Fra i ventimila a caccia di un posto da infermiere". E scrive: *"Uno su mille ce la fa. Le parole di Gianni Morandi suonano profetiche nella giungla dei concorsi, una riffa piena di speranze e povera di vincitori. L'ultima storia chiama in causa il Policlinico Umberto I che domani avvierà le procedure di selezione per 40 posti da infermiere. Un appello che assomiglia a un'adunata, perché a rispondere sono stati 19mila volenterosi, chiamati a presentarsi, nell'arco di sei giornate, presso la Scuola di formazione professionale della polizia penitenziaria di Roma in via di Brava".*

Intanto, gli ospedali romani rischiano di andare in tilt per carenza di personale.

Il Tempo (3/03/17) titola: "Manca il personale. Ospedali al collasso". Il servizio riferisce: *"Allarme dei sindacati che scrivono al ministro Lorenzin e alla Regione. Fino al 2018 previste 300 assunzioni. Ma ne servirebbero 3.500".*

Il concorsone dell'Umberto I continua a tenere banco sui giornali.

La Repubblica (10/3/17) annuncia: "Domande copiate al concorsone per 40 infermieri". Si legge: *"Telefonini che squillano, candidati che parlano tra di loro indisturbati, elaborati fotografati con il cellulare e fatti circolare su internet. E come se non bastasse domande sempre sugli stessi temi e tutte piuttosto uguali. Tanto che chi si trova ad affrontare la prova per ultimo ha vantaggi enormi rispetto a chi l'ha preceduto. Questo il quadro che stanno dipingendo numerosi infermieri che hanno preso parte alla preselezione del concorso per 40 posti di lavoro al policlinico Umberto I di Roma. Il rischio che tutto finisca con una valanga di ricorsi si sta facendo così concreto".*

Sul fronte dei precari, sempre **La Repubblica** (15/03/17) titola: "Zingaretti ai precari: assunti o mi dimetto. Ormai è un braccio di ferro". *«Ho visto le bandiere dei sindacati all'ingresso, voglio rassicurarli, la firma su quel decreto non la ritirerò mai, piuttosto mi dimetto io»,* ha detto chiaramente il governatore del Lazio al San Filippo Neri, dov'era per firmare un protocollo che servirà a realizzare un centro per malformazioni cranio-maxillo facciali. Per lui: *«i precari saranno assunti. Il decreto di cui parla è quello firmato lo scorso dicembre e che prevede, entro il 2018, l'assunzione di 3.500 lavoratori della sanità, di cui oltre 1.700 solo quest'anno. Si tratta di medici, infermieri, tecnici, molti dei quali precari».*

E a Roma si chiude la lunga attesa dello storico ospedale Fatebenefratelli in tema di accreditamento. Tirano così un sospiro di sollievo i suoi operatori sanitari. **Il Messaggero** (15/03/17) scrive: "Fatebenefratelli, accredito definitivo". E spiega: *"Accreditato in modo definitivo con il sistema sanitario regionale del Lazio l'ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina. Il decreto è stato firmato dal presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti. 'Si tratta di un fatto storico - osserva la Regione - perché, dopo decenni di accreditamento provvisorio, mette m regola su elevati standard qualitativi e assistenziali il celebre nosocomio romano'. Il decreto accredita 255 posti letto complessivi, di questi 22 sono di day hospital. L'ospedale è inserito nel circuito dell'emergenza in quanto sede di Dipartimento di primo livello".*

I vuoti negli organici infermieristici non sono una prerogativa romana.

Lo scrive **Il Sole24Ore** (28/03/17) riferendo del fabbisogno formativo stimato dalla Federazione Ipasvi. "Mancano 18.516 infermieri" è il titolo del servizio. Che spiega: *"Per il prossimo anno accademico servirebbero 18.516 iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica. È questa la proposta al rialzo sostenuta dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi all'incontro tecnico che si è svolto la scorsa settimana al ministero della Salute in vista dell'accordo sui fabbisogni formativi relativi alle professioni sanitarie. Sul fonte del nursing è previsto un aumento nei prossimi 13 anni della domanda di infermieri da 370mila a 440mila nei servizi pubblici. Un incremento legato ai maggiori bisogni sul territorio dovuti all'invecchiamento della popolazione, alla sempre maggiore inci-*

denza della non autosufficienza e delle cronicità, alla richiesta in crescita di assistenza domiciliare anche per dare continuità assistenziale alle fasi post ricovero. In questo contesto, va però considerata anche la variabile dell'orario di lavoro europeo. Se le nuove norme fossero effettivamente applicate come dovrebbero, gli infermieri oggi in esubero (circa 16mila disoccupati) sarebbero infatti rapidamente riassorbiti assieme ai circa 7mila precari".

IL TEMPO A proposito di assunzioni, aprile porta importanti novità. Lo annuncia **Il Tempo** (6/04/17) con il titolo: "Le Asl possono riassumere in libertà". Si legge: *"Il Consiglio regionale del Lazio ha abrogato all'unanimità la legge regionale del 2008 che obbligava ogni Asl ad avere una autorizzazione preventiva da parte della Regione per assumere anche un solo dipendente. 'È un passaggio fondamentale che segna la chiusura di una fase storica che ha relegato una generazione di medici, tecnici e infermieri del Lazio al precariato e senza certezze sul proprio futuro, a seguito dei disastri nella gestione finanziaria e il grande deficit di bilancio', scrive in una nota la Regione Lazio".*

E menomale che nel critico bailamme della sanità romana spunta Papa Francesco, con un gesto che infonde speranza e fiducia. La visita a una struttura d'eccellenza della sanità capitolina: l'ospedale pediatrico Bambino Gesù.

LEGGO **Leggo** (12/04/17) titola: "Papa Francesco incontra i piccoli pazienti". E racconta: *"Nel pomeriggio di domenica Papa Francesco ha incontrato un gruppo di bambini e ragazzi ricoverati all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, accompagnati dai loro genitori e dai medici che li hanno in cura. I ragazzi - dai 5 ai 18 anni - sono i protagonisti della serie televisiva della Rai 'I Ragazzi del Bambino Gesù'".* Dopo le presentazioni e le foto, il Papa ha letto un biglietto che gli è stato consegnato dai ragazzi: *"Caro Francesco, grazie di averci incontrato, siamo contenti di essere qui, perché ci dai speranza e coraggio per il domani".* Ringraziando, Francesco ha sottolineato che: *«Ognuno di voi è una storia. Non solo i bambini ammalati, ma anche i medici, gli infermieri, quelli che visitano, le famiglie. Perché, più che un ospedale, questo è una famiglia».*

Le vicissitudini del concorsone del policlinico Umberto I non finiscono.

IL TEMPO **Il Tempo** (15/04/17) annuncia: "Rinviato il concorsone dell`Umberto I". E aggiunge: *"L'azienda ospedaliera farà correggere, per la prima volta, in diretta streaming gli esami dei candidati".* Spiegando: *"Una maxi-selezione (43 aspiranti per ciascun posto) che i candidati, dopo la prova scritta (doveva svolgersi ieri, ma è stata rinviata a data da destinarsi a seguito di tre ricorsi al Tar presentati da alcuni degli originari 19mila partecipanti alla prova preselettiva del concorsone: la trattazione collegiale in camera di consiglio si terrà il prossimo 9 maggio), potranno infatti seguire incollati ai loro computer, tablet o smartphone pur di 'controllare' i 'controllori' della loro prestazione. Una sorta di 'prova televisiva', proprio come nel campionato di calcio, per determinare i ben 1.710 da 'squalificare' senza troppe polemiche".*

Spaventosi vuoti negli organici, ospedali e ambulatori sull'orlo del crac, sacrifici abnormi da parte dei pochi infermieri in servizio per garantire la tenuta di reparti e servizi. Eppure la domanda di assistenza infermieristica esplode anno dopo anno. Non senza problemi di abusivismo professionale.

LA STAMPA **La Stampa** (12/05/17) pubblica un interessante speciale sulla questione: "Uno su cinque paga per l'infermiere". *"Quando l'assistenza domiciliare latita* – si legge – *ci pensa l'infermiere. A pagamento. Come se non bastassero i 25 miliardi spesi in visite mediche e accertamenti per aggirare le liste d'attesa, 12,6 milioni di italiani hanno sborsato lo scorso anno altri 6 miliardi e 200 milioni per farsi assistere da un infermiere. E la metà di loro non ha potuto nemmeno contare sulla detrazione in denuncia dei redditi visto che anche qui il 'nero' è una cattiva abitudine dura a morire. Magari perché così si risparmia. Meno comunque di quel ben più nutrito esercito di oltre 24 milioni di pazienti che una prestazione infermieristica l'hanno richiesta a chi infermiere non è. Così, ecco badanti che armeggiano con cateteri, salvo poi vedere la fila di anziani con infezioni alle vie urinarie in pronto soccorso. O familiari e amici che si danno da fare con siringhe e flebo a tutto rischio di chi espone glutei e avambracci. È un altro spaccato di una sanità pubblica oramai allo stremo, che cede sempre più terreno al privato quello mostrato dal Censis in un'indagine condotta per conto dell'Ipasvi, la Federazione dei Collegi infermieristici. Un mercato destinato a crescere nel tempo, con l'aumentare dei malati cronici, che, più dell'ospedale, hanno bisogno di assistenza nel territorio".*

Ma, malgrado i problemi, il 12 maggio è un giorno di festa per tutti gli infermieri.

E, quest'anno, quelli romani hanno celebrato il nome e l'esempio di Florence Nightingale, fondatrice della professione, a strettissimo contatto con i cittadini.

Il sito del **Collegio Ipasvi di Roma** annuncia con soddisfazione il grande successo dei suoi gazebo nelle piazze: "Infermieri e cittadini, il patto si rafforza". *"Il Collegio nelle piazze della capitale e della provincia con i 'Gazebo della salute'. Partecipazione record agli eventi organizzati per la Giornata Internazionale dell'Infermiere"* (vedi servizio nelle pagine precedenti).

Si torna alla quotidianità con l'ennesimo allarme, stavolta legato all'anomala diffusione del morbillo. Un tema che coinvolge direttamente gli infermieri.

la Repubblica **La Repubblica** (14/05/17) titola: "Allerta alle Asl dalla Regione: "Vaccini a medici e infermieri". Il servizio spiega: *"Il morbillo non risparmia neppure medici e operatori sanitari. Ventisette, su 312, quelli contagiati da inizio anno a metà marzo. E i numeri in generale, nel frattempo sono aumentati. Cosi, quella che era partita oltre un mese fa come una raccomandazione del Servizio regionale per la sorveglianza delle malattie infettive (Seremi) è diventata un'esortazione a controllare chi, tra camici bianchi e tecnici*

delle aziende sanitarie, non è vaccinato contro l'infezione. Uno screening a tappeto (anche se la definizione non è ufficiale) tra i camici bianchi e gli operatori che lavorano nei reparti ospedalieri e quindi a contatto diretto con i pazienti per individuare chi, tra loro, non è immune all'infezione".

Da un allarme all'altro, l'estate s'annuncia ancora più bollente: nonostante anni di tagli alla spesa e restrizioni, alcuni tra i maggiori ospedali della capitale rischiano il tracollo finanziario.

Il Messaggero (1/06/17) scrive: "Sei ospedali con i conti in rosso: «Faremo più visite e interventi». *"Dal San Camillo all'Umberto I, via a tagli e aumento di produttività* – si legge nell'articolo – *I sei grandi ospedali romani, per migliorare i conti, puntano ad aumentare la produzione, che in sanità suona strano perché significa più interventi e visite poi rimborsate dalla Regione. Sommando il disavanzo delle aziende ospedaliere si supera quota 550 milioni di euro. Il record, consolidato negli anni, spetta al San Camillo, che viaggia sopra i 150 milioni di euro, ma anche il San Giovanni supera i 112 milioni. I direttori generali hanno presentato i piani di rientro e in questi giorni è atteso il via libera definitivo della Regione. I piani di riduzione del deficit hanno una valenza di tre anni, saranno soggetti a una verifica costante e in caso di flop i direttori possono essere licenziati".*

L'entrata in vigore della legge Gelli Associazioni professionali riunite a Roma

Sabato 24 giugno, presso l'aula Montalcini dell'ospedale Sant'Eugenio di Roma, Aniarti (Associazione nazionale Infermieri di area critica) ha tenuto un convegno dal titolo: "L'entrata in vigore della legge Gelli - Le associazioni professionali infermieristiche insieme per discutere di sicurezza delle cure, responsabilità professionale e linee guida".

L'evento è stato patrocinato dal Collegio Ipasvi di Roma e ha registrato la partecipazione di circa cento professionisti.

La relazione introduttiva, sulla sicurezza delle cure, è stata affidata a **Maria Grazia Proietti**, segretaria Ipasvi Roma. A seguire, una decina di relatori di assoluta autorevolezza, tra cui: l'avvocato **Giovanna Marzo**, esperta giurista da Torino; i presidenti di molte Associazioni Professionali e Società scientifiche quali AICO, ANIPIO, AISLEC, AIURO, AIT, LIC, ANIARTI, AIUC, una rappresentanza del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica e dell'Università di Tor Vergata. Alla tavola rotonda che ha chiuso l'evento, anche **Gennaro Rocco**, per Enpapi.

Tutti d'accordo sul fatto che non si ottengono risultati senza interventi culturali e formativi che partano già dalla formazione di base e post-base, senza una maggiore ed auspicata collaborazione professionale tra colleghi che passa attraverso una chiara appartenenza al gruppo professionale, ed infine senza una apertura interprofessionale anche con quella classe medica, che pare distante, ma con la quale occorre aprirsi al dialogo e al confronto sicuri delle proprie posizioni future rispetto ai decreti che individueranno le Società scientifiche accreditate e le modalità con cui elaborare e pubblicare linee guida cliniche a seguito della valutazione dell'Iss e dell'Agenas. "La nuova legge – ha detto **Gaetano Romigi**, del direttivo nazionale Aniarti – apre anche altri capitoli degni di essere approfonditi anche in future iniziative, come ad esempio quello dell'assicurazione obbligatoria per gli esercenti le Professioni Sanitarie".

Infine, tutti vogliono proseguire i lavori della Consulta delle Associazioni infermieristiche, attivata dalla Federazione nazionale Ipasvi il 21 maggio scorso a Roma, proprio allo scopo di coagulare le istanze di un organismo che, altrimenti, non avrebbe voce se non supportato dall'apparato messo a disposizione dal massimo organo di rappresentanza istituzionale e riconosciuto.

Gli italiani apprezzano gli infermieri, ma crisi e carenze mettono a rischio ospedale e territorio

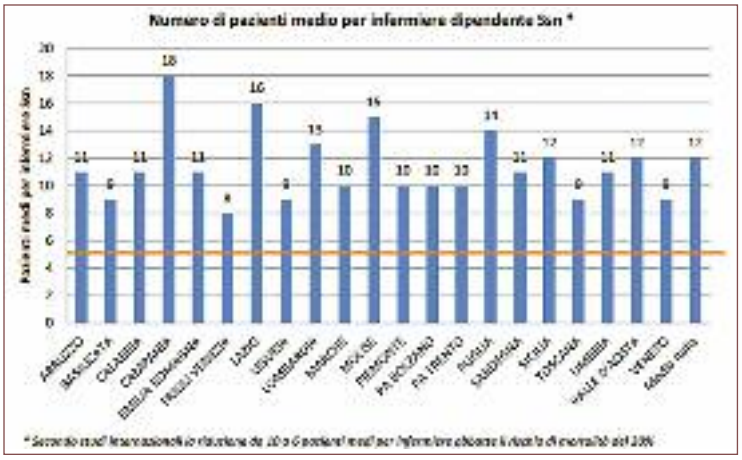
Gli italiani apprezzano gli infermieri: l'84,7% dei cittadini dichiara di fidarsi di loro. Ad avere più fiducia sono gli ultrasessantacinquenni (90,1%), i residenti al Nord-Est (87,3%), le persone che vivono sole (89%), le famiglie con ultrasettantenni (84,7%), le famiglie con minori (82%).
Presentati a Roma, presso la sede Enpapi, i risultati di un'indagine Censis sulle prestazioni richieste agli infermieri sul territorio e dell'analisi della Rilevazione delle forze di lavoro Istat, grazie alla partnership Ipasvi-Istat, per comprendere dove lavorano gli infermieri, chi fa cosa e quali problemi ci sono nei vari settori.
Moderati dal giornalista **Francesco Giorgino**, sono intervenuti: **Barbara Mangiacavalli**, presidente nazionale Federazione Ipasvi; **Mario Schiavon**, presidente Enpapi; **Francesco Maietta**, responsabile Politiche Sociali Censis e **Fabrizio Carmignani**, sociologo e esperto del mercato e delle statistiche del lavoro.
Si fidano e si affidano agli infermieri soprattutto quando fuori dell'ospedale hanno bisogno di assistenza: chi ha avuto difficoltà in questi anni ad avere continuità assistenziale sul territorio e a domicilio tramite il Servizio sanitario, e la possibilità di avere accesso tempestivo al momento del bisogno ad alcune prestazioni sanitarie, tra le quali quelle infermieristiche, senza passare dall'ospedale o da complicati meccanismi di accesso al pubblico, indica nel 53,8% dei casi come priorità quella di istituire la figura dell'infermiere convenzionato sul territorio, analoga a quella del medico di medicina generale, oppure dell'infermiere di famiglia organizzato dalla stessa azienda sanitaria locale. Il 38,5% vorrebbe l'incardinamento della figura dell'infermiere nelle farmacie, il 19,8% l'abolizione del numero chiuso per l'accesso alle facoltà infermieristiche per aumentare l'offerta sui territori e il 16,3% l'inserimento di prestazioni infermieristiche in pacchetti assicurativi con buoni incentivi fiscali.
Gli italiani quindi chiedono di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio per i canali del Servizio sanitario e supportare le famiglie nell'acquisto privato, ad esempio tramite i meccanismi della mutualità e assicurativi.
Nel 2016, oltre 12,6 milioni di italiani si sono rivolti a un infermiere privatamente pagando di tasca propria: 7,8 milioni per una prestazione una tantum, 2,3 milioni per avere assistenza prolungata nel tempo, 2,5 milioni per avere sia assistenza prolungata nel tempo sia prestazioni una tantum. Un mercato destinato a crescere per ragioni diverse quali la cronicità in aumento, i deficit del Servizio sanitario nell'assistenza territoriale e a domicilio.

Fabbisogno attuale di infermieri

Regioni	Popolazione da assistere (pesata)	Infermieri sul territorio (1/500)	Infermieri necessari per orario di lavoro Ue	Totale fabbisogno infermieri
Abruzzo	359.310	831	589	1.420
Basilicata	155.985	296	185	481
Calabria	514.032	1.071	718	1.789
Campania	1.449.314	2.912	2.160	5.072
Emilia Romagna	1.295.527	2.004	1.194	3.198
Friuli V.G.	346.302	621	738	1.359
Lazio	1.899.611	3.632	3.035	6.767
Liguria	471.123	928	591	1.519
Lombardia	2.615.363	3.907	2.512	6.419
Marche	396.279	654	315	969
Molise	85.872	299	187	486
Piemonte	1.231.317	2.415	1.085	3.500
Puglia	1.056.983	2.355	1.708	4.062
Sardegna	446.708	753	548	1.301
Sicilia	1.269.863	2.529	1.873	4.402
Toscana	1.035.642	1.733	964	2.697
Trentino AA	265.098	590	418	1.008
Umbria	248.570	410	337	747
Valle d'Aosta	34.675	81	73	154
Veneto	1.307.574	2.221	1.256	3.477
ITALIA	16.949.269	28.141	20.088	48.280

Fabbisogno - Centro Studi Ipasvi

Si sono rivolti privatamente a un infermiere pagando di tasca propria il 24,7% dei cittadini del Nord-ovest, il 16,9% del Nord-Est, il 19,2% del Centro ed il 32,8% del Sud-isole. Alta la domanda di prestazioni infermieristiche proveniente da famiglie con un non autosufficiente (920 mila), ma molto consistente quella pediatrica con 2,5 milioni di famiglie con minori di cui 720 mila con bimbi fino a tre anni. Molto articolata la tipologia di prestazioni richieste: prelievi (31,5%), iniezioni (23,5%), assistenza in generale (15,4%), misurazione e registrazione di parametri e valori vitali (14,3%), medicazioni e bendaggi (13,5%), flebo, infusioni, perfusioni (13,4%), assistenza notturna (4,3%).
Il valore delle prestazioni infermieristiche erogate in un anno da infermieri è pari a 6,2 miliardi di euro. Per area geografica: 2,9 miliardi al Nord, 500 milioni al Centro e 2,8 miliardi al Sud-Isole.
Ma c'è anche un rovescio della medaglia. È cresciuto il sommerso nel *welfare* in generale, perché l'acquisto di servizi e prestazioni sanitarie, sociosanitarie, formative, sociali in senso ampio si è moltiplicato per effetto dei tagli all'offerta pubblica e anche nel mercato infermieristico si registra un sommerso rilevante e crescente: 6,3 milioni di italiani hanno acquistato prestazioni al nero, senza fattura, di questi 4,7 milioni in toto e 1,6 milioni in parte. La spesa privata al nero vale 1,4 miliardi, di cui 455 milioni al Nord, 150 milioni al Centro e 820 milioni al Sud-isole. Il 49,8% degli acquirenti di prestazioni infermieristiche dichiara di averle pagate al nero (il 37,2% in toto e il 13% in parte), con una oscillazione tra il 40,4% al Nord, il 47,5% al Centro ed



il 58,8% al Sud-Isole. È importante capire, sottolinea il Censis, la non eccezionalità del sommerso dell'infermieristico, che è una variante del nuovo sommerso molto centrato in servizi e *welfare.*

E ancora per risparmiare, 24,2 milioni di italiani hanno ricevuto almeno una prestazione infermieristica da una persona che non è infermiere. È l'area della inappropriatezza, amplissima e coperta da figure diversificate che si improvvisano infermieri per una o più prestazioni. 10,7 milioni di persone hanno fatto ricorso ai non infermieri al Nord, 5,3 milioni al Centro e 8,3 milioni al Sud-isole. Durante l'ultimo anno, ha ricevuto almeno una prestazione infermieristica da parente/conoscente il 31,1% dei cittadini, da Oss il 16,1% e da personale infermieristico non qualificato (es. badante) il 14% degli italiani.

Fin qui la ricerca Censis. Il Centro studi della Federazione degli infermieri ha anche condotto un'ulteriore analisi in base ai dati Istat della rilevazione delle forze di lavoro, grazie alla partnership Ipasvi-Istat, per comprendere dove lavorano gli infermieri, chi fa cosa e quali problemi ci sono nei vari settori. I dati più recenti dicono che gli "attivi" sono 371mila circa, i disoccupati poco più di 16mila. Chi lavora lo fa soprattutto negli ospedali (288mila), poi negli studi medici (31mila) e nelle strutture di assistenza residenziale (30mila). Circa 14mila infermieri lavorano in altri servizi di assistenza sanitaria, 4mila in strutture non residenziali e altri 4mila in altre attività economiche diverse dalla sanità.

Oltre il 96% degli attivi è dipendente, poco meno del 5% autonomo. La maggior parte (280mila) sono donne e il 66% degli attivi ha un'età compresa tra 35 e 54 anni, con il 36,5% che si concentra tra i 45 e i 54 anni.

Gli infermieri sono meno "precari" di altre professioni: il 6,1% contro il 15,9%, ma l'occupazione femminile che prevale su quella maschile è anche decisamente più precaria. Nelle altre professioni le differenze nella quota di lavoro precario tra uomini e donne sono invece molto contenute.

E che la disoccupazione e la precarietà colpisca soprattutto i giovani, soprattutto per colpa dei blocchi del turn over nei servizi pubblici e per la difficoltà attuale ad accedere a una libera professione strutturata e organizzata, lo dimostrano le età medie degli infermieri: circa 45,5 anni per quelli "stabili" (ma nel Ssn l'età media aumenta a 49 anni e in alcune Regioni del Sud e in piano di rientro dove i blocchi al personale sono più rigidi, le differenze raggiungono anche 8 anni di età superando i 50), 31 anni per i precari.

Per i dipendenti la soluzione è quella ormai nota da anni: sblocco del *turn over*, stabilizzazione dei precari e riapertura delle assunzioni.

Per i liberi-professionisti le proposte emergono dalla ricerca Censis, con soluzioni che consentano agli infermieri, in particolare i più giovani, di fronteggiare l'erosione dell'occupabilità della professione cogliendo le opportunità di mercati in espansione, senza cadere nella subordinazione nei confronti di operatori dell'intermediazione tra domanda e offerta.

Occorre quindi un'intermediazione amica: o espressione del protagonismo di infermieri e/o soggetti del mondo infermieristico, o evoluta nel puntare non solo sul *low cost* tariffario, ma sulla qualità e personalizzazione delle prestazioni. Non è un mercato per infermieri singoli, per il lavoro autonomo individuale, per la microimprenditorialità personale, che non può che far capo ai soggetti dell'intermediazione capaci di far incontrare domanda e offerta, di contenere le tariffe col gioco dei grandi volumi, di ridurre i costi amministrativi e di marketing essenziali per posizionarsi sul mercato. A poco servirà secondo il Censis promuovere la cultura imprenditoriale e del lavoro autonomo tra gli infermieri, senza soluzioni virtuose sul tema dell'intermediazione.

L'intermediazione è ben vista dai cittadini perché è una risposta efficace alle difficoltà generate dall'estrema frammentazione di domanda e offerta che rende non facile l'incontro tra le due lame della forbice sul mercato e, soprattutto, rende non facile avere soluzioni tempestive, just in time, quando il bisogno del paziente è impellente.

Dalla ricerca emerge, infine, che le soluzioni dovranno avere almeno due aspetti: un protagonismo di cultura e professione infermieristica, cioè niente subalternità con altri e un intelligente utilizzo del digitale come strumento che scardina l'intermediazione tradizionale.

Al Ministero della Salute, board internazionale per discutere del sistema salute attraverso la specializzazione infermieristica. "Per andare avanti va recuperato l'afflato comune che ci ha sostenuti in passato"

Al Ministero della Salute, con il patrocinio della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, della Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS), della Florida Atlantic University e dello stesso Ministero si è svolto l'evento: "Avanzare il sistema salute attraverso la specializzazione infermieristica".

Una giornata per "recuperare" il gap fra teoria e pratica infermieristica, illustrando il dottorato in *nursing practice* presente in alcuni Paesi. É sulle competenze cliniche, infatti, che l'infermieristica si deve sviluppare anche in Italia, visto che è proprio la clinica il core dei processi assistenziali.

Gli infermieri con competenze avanzate sostengono la qualità e l'eccellenza delle cure.

In Italia, il processo formativo dello studente infermiere inizia con la laurea triennale, da cui originano i successivi livelli di approfondimento con il perfezionamento clinico o gestionale. Ma è proprio l'infermiere specialista con laurea magistrale specifica con orientamento clinico a cui potrebbe seguire un dottorato in pratica clinica avanzata che costituirà il futuro sviluppo della professione.

La giornata ha visto susseguirsi le esperienze di illustri esperti nazionali e internazionali della materia, che hanno chiarito sia le conoscenze degli infermieri con competenze specialistiche negli Usa che lo sviluppo dell'infermiere esperto clinico in Italia. **Joyce Fitzpatrick**, con il suo contributo su *"Il dottorato in pratica avanzata negli Stati Uniti. L'esperienza della Frances Payne Bolton School of Nursing a Cleveland"* ha sottolineato la necessità dello sviluppo di infermieri con competenze cliniche per una migliore assistenza al cittadino. "Ovunque continua ad esserci carenza di professionisti sanitari adeguatamente formati – ha detto –. Ma gli infermieri, e in special modo quelli con competenze specialistiche cliniche, hanno dalla loro parte la fiducia delle persone assistite".

Quindi, è stato il turno di **Teresa J. Sakraida**, professore associato di Nursing alla Florida Atlantic University, con *"I curricula per l'infermiere esperto clinico e la riforma del sistema sanitario negli Stati Uniti"*, dove ha illustrato il cambio di testimone alla guida degli USA (da Obama a Trump). E, poi, **Franklin Shaffer**, direttore generale della Commissione per le lauree infermieristiche nel mondo verso gli Usa (CGFNS), una delle più importanti personalità nel campo dell'infermieristica internazionale che ha trattato la "Mobilità infermieristica: Il riconoscimento delle competenze avanzate". Il Dott. Shaffer ha sottolineato quanto istruzione e formazione siano la vera chiave del futuro della professione e quanto questa sia interconnessa ai flussi migratori. Gli standard per la nuova forza-lavoro sanitaria devono essere elevati perché solo chi è maggiormente formato può trovare maggiore e più facile inserimento nel mondo del lavoro, potendosi spostare con facilità. Un infermiere laureato e, addirittura, con una laurea specialistica può prendere decisioni autonome sui suoi campi di competenza e negli Stati Uniti alcune ricer-

che hanno dimostrato che, tra le cure ricevute da medici e quelle da infermieri di pratica avanzata, anche in ambito pediatrico, non vi sono grosse differenze se si guarda agli *outcome* di salute. Ciò non significa che le due figure si sovrappongono, ma che, sicuramente, l'infermieristica avanzata ha numerosi orizzonti ancora da esplorare. "Un infermiere con laurea specialistica clinica – ha spiegato – può prendere decisioni complesse e sarà capace di confrontarsi anche con altri, forte della sua preparazione. Non scoraggiatevi: andate avanti lungo la strada già tracciata, che è la più giusta!".

Parola, quindi, all'Inghilterra con **Janet Scammell**, presidente Phi Mu Chapter della Sigma Theta Tau Honour Society of Nursing-Bournemouth University e il suo intervento: "Dirigere il potenziale della Sigma Theta Tau per l'avanzamento dell'eccellenza nel *nursing* nella *leadership* e nell'educazione: esperienze condivise dal Regno Unito".

Gennaro Rocco, a proposito del *"Futuro del Nursing: l'infermiere esperto clinico in Italia"* ha ricordato le tante battaglie passate della categoria, quando, nell'altalenante clima legato alle specializzazioni, si arrivò a dire che, addirittura fossero inutili. "Poi, per fortuna non è stato così – ha detto il direttore scientifico del Cecri –. Il Paese ha capito che avere infermieri esperti è un vanto, un motivo d'orgoglio e che non si trattava di una mera rivendicazione corporativa. Riconoscere la figura dell'infermiere specialista, significa rappresentare al meglio gli interessi delle persone. La gente si fida di noi e, forse, dovremmo per primi credere di più nelle nostre potenzialità".

La tavola rotonda, moderata dal giornalista **Paolo Romano**, ha riunito tutti i relatori, concludendo la prima sessione di lavori, quella del mattino.

Vi hanno preso parte: **Alessandro Stievano**, ricercatore Cecri; **Rosaria Alvaro**, professore associato di Nursing all'Università Tor Vergata di Roma; **Joyce Fitzpatrick**, Elizabeth Brooks Ford professor of Nursing Frances Payne Bolton School of Nursing, Cleveland, Usa; **Adele Schirru**, vice presidente della Federazione nazionale Collegi IPASVI; **Ausilia Pulimeno**, presidente IPASVI Roma, **Gennaro Rocco** direttore CECRI e **Franklin Shaffer** presidente CGFNS.

"Lo sviluppo dell'infermiere esperto clinico per avanzare il sistema salute e per una sua maggiore sostenibilità" ha fatto emergere la sostanziale necessità che anche a livello legislativo, ergo di contratti lavorativi, avvenga il pieno riconoscimento dell'infermiere specialista clinico. "La Federazione nazionale Ipasvi sta lavorando su una normativa per tali competenze – ha spiegato Schirru –. Una normativa che, benché approvata dallo stesso ministro Beatrice Lorenzin, non riesce ad arrivare al tavolo Stato-Regioni, specie per l'opposizione di altre categorie sanitarie, in primis quella dei medici. Va capito che in questi anni i bisogni della popolazione sono cambiati e la nostra professione cerca di orientarsi in tale direzione. La sua formazione, quindi, non può esservi disgiunta. Noi dobbiamo utilizzare al meglio le risorse disponibili, non possiamo restare vittime di declinazioni su cose fare e cosa non fare, altrimenti rischiamo di 'ingessare' la professione. L'infermieristica, oggi, ad ogni latitudine mondiale, è matura per fare un salto in avanti: maggiori competenze, significano maggiori responsabilità, ma dovrebbero significare pure maggiori riconoscimenti e retribuzioni".

In Italia, abbiamo un ottimo livello di istruzione universitaria (dalla laurea triennale al dottorato di ricerca), come ha tenuto a precisare la professoressa Alvaro, bisognerebbe solo fare maggiore luce sull'ordinamento didattico e prendere coscienza che gli infermieri hanno un potere enorme, specie per il rapporto privilegiato che hanno con i malati, con le famiglie e con i *caregiver.*

Agli infermieri compete una presa in carico olistica del paziente,

diversa da quella medica, che effettua la diagnosi e detta la cura. In futuro, bisognerà stabilire maggiori connessioni con altri professionisti sanitari e, in special modo con la politica. Bisognerà cercare maggiore visibilità e, soprattutto, restare il più uniti possibile.

Cosa fare per migliorare il livello delle nostre competenze avanzate? Qualche suggerimento dagli esperti è emerso: "Credo che abbiate già fatto tanto per la pratica infermieristica in Italia - ha precisato Joyce Fitzpatrick – e, a livello di istruzione di base, siete tra i più avanti al mondo. Credo che andrebbero cercate maggiori alleanze con la popolazione e, assieme a questa, fare più pressione sui politici, in modo che supportino di più la professione". "Gli infermieri hanno 'poteri enormi' perché entrano in contatto con tantissime persone che, a loro volta, hanno famiglie e conoscenti – le ha fatto eco Shaffer – e possono influenzare la società. La loro assistenza è disponibile 24 ore al giorno, ma devono imparare ad amare di più il loro lavoro; imparare ad uscire di più allo scoperto; pubblicare più studi; scrivere sui giornali. Il vostro livello d'istruzione è ottimo, ma bisogna restare aggiornati, cercare partnership e sponsor anche privati".

Per la presidente Ipasvi Roma, Ausilia Pulimeno: "In un momento così delicato dobbiamo restare uniti ed intervenire nell'organizzazione generale del lavoro. Sviluppare la ricerca come 'antidoto' alla crisi generale e guardare con orgoglio al plauso che la comunità internazionale tributa alla preparazione professionale degli infermieri italiani. Dobbiamo andare oltre i limiti di categoria, appropriarci delle migliori esperienze da altri Paesi". "E credere nel progresso – ha aggiunto il *past president* del Collegio Ipasvi capitolino, Gennaro Rocco –. Abbiamo fatto passi da gigante. Qualche decennio fa, la comunità professionale voleva cambiare e ci è riuscita. Ora siamo più preparati e più coscienti, ma pure più divisi: bisogna ritrovare l'afflato comune che ci ha sostenuto in passato".

Il pomeriggio è stato affidato alle esperienze sul campo, con una sessione dedicata all': "L'infermiere con competenze specialistiche: gli studi italiani", con gli approfondimenti di **Ercole Vellone** e **Marco Paturzo** con "L'infermiere con competenze specialistiche nello scompenso cardiaco", o sempre **Ercole Vellone** e **Gianluca Pucciarelli** con "L'infermiere con competenze specialistiche nelle ischemie cerebrali"; **Maria Matarese**, **Marco Clari**, **Dhurata Ivziku** con "L'infermiere con competenze specialistiche nelle malattie respiratorie croniche"; **Michela Piredda** e **Maria Grazia De Marinis** con "L'infermiere con competenze specialistiche nelle cure palliative: studio sulla dipendenza dei pazienti dalle cure infermieristiche"; **Marco Di Muzio** e **Daniela Tartaglini** con un' "Indagine su conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive. Uno studio multicentrico italiano" e **Immacolata Dall'Oglio** e **Patrizia Amadio** con "Assistenza centrata sulla famiglia e allattamento materno nelle Terapie Intensive Neonatali Italiane. I risultati di uno studio multicentrico".

La Giornata al Ministero è stata anche l'occasione della presentazione della Fondazione "Insieme per dare vita agli anni" a cura di Gennaro Rocco.

Tiziana Mercurio

Collegio Ipasvi e Cecri presentano i risultati di uno studio sul *"Nursing Sensitive Outcome"*

Il 12 aprile scorso, all'auditorium Biagio d'Alba del Ministero della Salute, con il patrocinio della Federazione nazionale; il Collegio Ipasvi di Roma e il Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (Cecri), si è svolta una giornata di studio dal titolo: *"Nursing Sensitive Outcome.* Studio Multicentrico nazionale: presentazione dei risultati". Un evento accreditato Ecm e aperto a 250 partecipanti che ha trattato l'importanza della valutazione di esito delle cure sanitarie che trova spazio sempre più ampio nella letteratura internazionale e un ruolo sempre più forte nel nostro Ssn.

La valutazione sistematica di esito, attraverso programmi nazionali o regionali, fornisce informazioni utili per intraprendere le azioni di tipo organizzativo e cliniche finalizzate al miglioramento della qualità ed equità delle cure.

Le motivazioni che hanno generato la valutazione degli Esiti Sensibili alle cure Infermieristiche (Esi) hanno portato alla conduzione di uno studio multicentrico e risiedono nell'*accountability,* intesa come la responsabilità diretta degli operatori sanitari di rendere conto dell'efficacia delle cure.

In quest'ottica, la valutazione degli *outcome* relativi alle cure ed all'assistenza rappresenta un elemento importante per tutti gli attori coinvolti nei processi, siano essi organizzatori, pazienti e professionisti sanitari.

Per l'occasione, sono stati presentati i risultati di uno studio multicentrico nazionale che ha riguardato tre esiti sensibili alle cure infermieristiche (lesioni da pressione, cadute e contenzione), coinvolgendo 27.065 pazienti, 3.214 infermieri e 189 coordinatori dell'assistenza.

Dato che anche il Policlinico Tor Vergata e l'ospedale Pertini di Roma hanno partecipato e contribuito allo studio multicentrico illustrato in precedenza, è importante divulgare e presentare i dati a tutti gli iscritti del Collegio di Roma attraverso tale evento formativo.

Ciò allo scopo di: presentare i risultati dello studio nazionale multicentrico sugli Esi: lesioni da pressione, cadute e contenzione; discutere delle ricadute dei *Nursing Sensitive Outcome* sul piano economico e delle prospettive future sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche.

La valutazione, oggi, trova sempre più ampio spazio nella letteratura internazionale e, attraverso programmi nazionali o regionali, fornisce informazioni utili per intraprendere le azioni di tipo organizzativo e clinico per migliorare la qualità e l'equità delle cure.

La presidente Ipasvi Roma, **Ausilia Pulimeno**, prima, e la presidente Ipasvi nazionale, **Barbara Mangiacavalli**, dopo, hanno sottolineato la necessità di valorizzare la ricerca e la valutazione delle ricadute sulla pratica clinica, invitando a dimostrare a chi non conosce, né frequenta, l'universo infermieristico quanto altro di importante ci sia, ben oltre i vecchi sistemi di misurazione (lo spettro del minutaggio assistenziale appare, a singhiozzo, anche sui tavoli tecnici Stato/Regioni).

"Per fotografare l'impegno professionale della nostra categoria – ha spiegato Mangiacavalli – bisogna far riferimento a diversi indicatori. Il mio impegno sarà dare impulso alla ricerca, affinchè diventi il nostro 'pane quotidiano'. Assieme, dobbiamo avviare una riorganizzazione del sistema, ampliando la rete di ricerche multicentriche, appoggiando il lavoro dei Centri di eccellenza, come questo del Collegio Ipasvi di Roma, che le praticano per il miglioramento dell'assistenza. Anzi, in futuro, bisognerà prevedere un network di Centri che interagiscano fra loro e aiutino gli infermieri ad essere più rappresentativi che mai. Intanto, mi impegno pure per l'inserimento della dirigenza infermieristica e i professori negli atenei e nelle realtà aziendali, perchè Università e ricerca devono procedere di pari passo". Questo, senza dimenticare che: "Anche i 400mila infermieri italiani devono imparare a confrontarsi con la ricerca. Ciò, partendo dalla pratica clinica e nel merito di un approccio ad un'assistenza multiprofessionale, che vede l'apporto di un'equipe di cui l'infermiere è parte attiva", ha concluso la presidente.

"Dobbiamo lottare ancora per uscire allo scoperto – ha detto la presidente Pulimeno – e per attivare tutte le nostre risorse. La ricerca è un passo fondamentale per farlo e, malgrado i costi elevati, deve avere maggiore appeal sulla comunità scientifica. Il Collegio di Roma si è reso conto da tempo di dover investire in progetti che producano risultati utili alla nostra collettività. Malgrado il difficile periodo che stiamo attraversando, specie sotto il profilo occupazionale, il Cecri vuole continuare ad essere uno sprone e un punto di riferimento per tutti".

La presidente Pulimeno, coadiuvata da **Alessandro Sili**, ha moderato gli interventi previsti, a partire da quello affidato alla professoressa **Loredana Sasso**, dell'università di Genova: "Esiti sensibili alle cure infermieristiche: cosa dice la letteratura". Alla professoressa va il merito di aver riportato, realisticamente, la necessità di cure infermieristiche con riferimento al progetto RN4Cast e all'importanza del finanziamento dei progetti di ricerca per il progresso della professione. "In Italia si parla poco di ricerca? La colpa è soprattutto della mancanza di fondi, di finanziamenti, di sponsor. Questo non accade in Paesi come gli

Usa. Ma qui, è una questione che, da anni, tarpa le ali alle speranze di molti". Non c'è progresso della professione senza ricerca, senza la formazione, senza la consapevolezza del proprio ruolo e di quanto, di esso, non si debba demandare ad altri (il concetto del *Missed Nursing Care).* "Bisogna conservare la nostra autonomia, senza dimenticare le competenze che ci appartengono, perchè un vuoto lasciato sarà subito riempito da altri. I dati che otteniamo dalle nostre ricerche vanno 'usati' anche per capire dove stiamo andando", ha chiosato Ausilia Pulimeno. La presentazione dei risultati dello studio multicentrico ESI è stata invece affidata alla relazione di **Maria Mongardi** (Regione Emilia Romagna). Quindi, un approfondimento sui risultati ottenuti nei due ospedali laziali, a cura di **Lorenzo Sciolino** (Regione Emilia Romagna) e, ancora: "I Programmi di valutazione di esito: quali punti di contatto con Esi" con **Danilo Fusco** (Asl Roma 1); "Il monitoraggio degli esiti clinici e assistenziali: aspetti economici" di **Federico Spandonaro** (professore aggregato all'università Tor Vergata): "L'Italia è partita dopo altri Paesi nella ricerca – ha detto – ma le sue condizioni non erano disperate. Rispetto ad altri non ha avuto la stessa crescita nella spesa sanitaria e non sono previste, a breve, maggiori assegnazioni in merito. Ma, intanto, va capito che, se non si hanno, e non si danno dati, si resta invisibili, non 'si esiste', specie politicamente. La ricerca, inoltre, aiuta tutti ad avere maggiori informazioni sulla professione in sé, ed è per questo che sarebbe auspicabile, per il futuro, un sistema strutturato di ricerche che guardino a *end point* diversi dalla sola 'mortalità', per esempio".

Per tirare le fila del discorso, consueta tavola rotonda, moderata dal giornalista **Paolo Del Bufalo**, a cui hanno preso parte: il presidente Cid, **Nicola Barbato**; il direttore generale del policlinico Tor Vergata di Roma, **Tiziana Frittelli**, la presidente nazionale dei Collegi Ipasvi, **Barbara Mangiacavalli**, la presidente del Collegio Ipasvi Roma, Ausilia Pulimeno e il direttore infermieristico del Policlinico Umberto I di Roma, **Laura Tibaldi**.

Tiziana Mercurio

Osteoporosi, una giornata all'Università Tor Vergata per parlare di una malattia silente che colpisce milioni di italiani

Il 23 marzo 2017, l'aula Fleming dell'Università degli Studi di Roma-Tor Vergata ha ospitato una giornata di studi dal titolo: "L'infermiere e l'osteoporosi. Il valore dell'aderenza terapeutica", organizzata dal Collegio Ipasvi di Roma e dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri), con il patrocinio di Enpapi e della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi.

L'osteoporosi è una patologia sistemica dello scheletro caratterizzata da una diminuzione della massa ossea, con conseguente aumento della fragilità scheletrica e predisposizione alle fratture. Ogni anno, si stima che ci siano circa 9 milioni di nuove fratture da fragilità e, in prevalenza, si tratta di donne.

Pertanto, è fondamentale integrare, nella pratica clinica, l'educazione alla prevenzione e al trattamento dell'osteoporosi, per ridurre il rischio di fratture, di recidiva e fornire le migliori strategie di autogestione della patologia cronica. Questo, con lo sguardo attento alle ricadute sui costi sanitari.

L'infermiere è la figura professionale a cui è affidato l'intervento educativo specifico rivolto alle donne affette da osteoporosi, fornendo suggerimenti pratici relativi a: gestione della terapia farmacologica e non (adeguata assunzione di calcio e vitamina D nella dieta), promozione di un corretto stile di vita attraverso regolare attività fisica, correzione dei fattori di rischio, quali il fumo, l'eccessiva assunzione di alcolici e la riduzione del rischio di cadute.

"L'infermiere moderno, opportunamente formato – ha spiegato in apertura dei lavori la presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Ausilia Pulimeno** – si inserisce sempre di più nel percorso di cura delle malattie croniche. Il nostro ruolo si sta finalmente incamminando su percorsi sanitari articolati, ma per farlo bene è necessario adeguare le competenze infermieristiche a *setting* assistenziali desueti, com'è appunto quello di cui si parlerà in quest'occasione".

Nella sessione mattutina, moderata dalla presidente Pulimeno e da **Rosaria Alvaro** (anima del progetto "Guardian Angel"), dopo i saluti istituzionali del vice preside della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'ateneo romano, **Massimo Federici** ("Questi momenti di confronto fra le professioni dell'area sanitaria sono necessari, perchè consentono di fare il punto su malattie silenti e croniche, che, più di altre, possono influire sul benessere della persona e sui costi dell'intero Sistema Sanitario nazionale", ha detto), **Gennaro Rocco**, direttore scientifico del Cecri: "Il progetto di cui presentiamo i risultati – ha detto – è nato un po' di tempo fa e, oggi, risulta quanto mai attuale, perchè le aspettative di vita sono sempre più alte e l'invecchiamento della popolazione è un dato di fatto con cui tutti dobbiamo fare i conti. Il nostro progetto, sostenuto dal Centro di Eccellenza e dalla cassa di previdenza, Enpapi, ha investito soprattutto sui giovani di Tor Vergata: segno che la professione è in continua evoluzione".

I dati raccolti hanno mosso i passi dal commento dei: "Risultati di uno studio sulle conoscenze infermieristiche sull'osteoporosi" a cura di Rosaria Alvaro, professore associato in Scienze Infermieristiche all'Università di Roma-Tor Vergata, nonché direttore della Scuola di dottorato in Infermieristica più grande d'Italia. "L'Ateneo che qui rappresento – ha detto – ha investito in progetti come 'Guardian Angel', dando prova di grande sensibilità. Il questionario somministrato ai laureandi e a quanti stavano per conseguire un dottorato o una laurea magistrale interrogava le conoscenze base a proposito di osteoporosi eppure, nello sconcerto generale, ci si è accorti che, in larga parte, le risposte erano inadeguate. Da qui, la riflessione sul potenziare l'istruzione degli studenti infermieri, mettendo il ruolo educativo in primo piano".

Il progetto di formazione sul campo "Guardian Angel", nato nel 2013, vuole costruire un percorso innovativo per l'infermiere che, così, può lavorare attivamente, e con una chiara specificità, nella prevenzione delle fratture da fragilità ossea e nella gestione del paziente fratturato.

Ciò, anche perchè, come ha sottolineato Pulimeno: "Siamo troppo formati all'approccio alle malattie, cosiddette, classiche, ma poco verso quelle che incidono silenziosamente sulla qualità delle vita della gente e sui costi sanitari. Pronti ad intervenire nelle emergenze, ma ancora inadeguati quando c'è da far fronte a patologie meno note. È necessario puntare, in futuro, sull'educazione sanitaria; sulle linee dottorali fondate di più sulla pratica clinica, definendo bene i concetti di autonomia e responsabilità del professionista infermiere. Se, negli anni scorsi, si è guardato di più al Management, ora è il momento della ricerca, di raccogliere dati".

Annalisa Pennini con i: "Risultati di un'esperienza di formazione sul campo: nuove prospettive tra vantaggi e criticità" ha spiegato: "La formazione continua dei professionisti infermieri è un'opportunità, ed è fondamentale per tutti. Come fare per promuovere *outcome* diversi dai soliti? Puntando su una formazione nuova, che valuti gli esiti prima e dopo quella di base: quelli di chi già lavora, per esempio".

Entrare nel merito della patologia dell'osteoporosi, invece, è toccato al dottor **Umberto Tarantino**, professore ordinario delle Malattie Apparato Locomotore-Tor Vergata, con: "Definizione di osteoporosi e di fratture da fragilità: terapia e importanza dell'aderenza terapeutica", che, spaziando dalla dieta mediterranea all'attività fisica; dalle cure alla prevenzione, ha risposto alla domanda: "Le nostre ossa dureranno quanto la nostra vita?", che esemplifica e riassume il problema.

"I morbi come l'osteoporosi sono costantemente sottostimati, eppure i dati degli istituti di ricerca e degli ospedali sono allarmanti. Sia chiaro: una loro mancata osservazione e cura porterà a non farle considerare per le malattie sociali quali sono, con conseguente diminuzione del benessere della popolazione e l'alzamento dell'impatto sui costi sanitari in generale", ha detto.

Una discussione che ha trascinato la platea, ponendo alla sua attenzione la conoscenza delle linee-guida della Società Ortopedica Italiana, di recente stesura, sulla "Osteoporosi e la fragilità ossea" a cura, tra gli altri, della stessa professoressa Alvaro.

La *Fracture liaison service* è un modello assistenziale in cui il ruolo dell'infermiere è parecchio in evidenza: nella fattispecie, può gestire il malato dalla presa in carico alle dimissioni; nella tempistica dell'aderenza alle cure; quando è tornato a casa, o è affidato ad un caregiver. Il fatto che continui a curarsi, e bene, è determinante per la riduzione dei costi a carico del Ssn.

Il progetto "Guardian Angel" che vuole "formare" paziente e *caregiver,* avrà una naturale risoluzione nella "costruzioine" del *Bone care nurse.*

Entrambi argomenti dell'intervento a cura di **Luca Cipriani**, infermiere aderente al progetto dell'Unità di Ortopedia e Traumatologia-Ausl 12 di Viareggio: "Le nuove competenze infermieristiche nell'osteoporosi: *bone care nurse* e *fracture liaison service*". "Tutto il team assistenziale lavora per il paziente, pertanto è necessario che, dall'ospedale ai medici di base, si sia tutti d'accordo. L'aderenza terapeutica è necessaria per ristabilirne la salute. L'infermiere è un facilitatore, istruisce il malato sugli stili di vita da seguire e sulle terapie; è il 'collante' fra presidio pubblico e territorio. Migliorare il rapporto fra ospedale e territorio, pertanto, resta fondamentale". "Nella Asl in cui lavoro è stato redatto un protocollo operativo per la Gestione Integrata del paziente fratturato con osteoporosi. Questo, in accordo con gli intenti della Regione Toscana, che ha elaborato un progetto pluriennale per assicurare un adeguato e duraturo trattamento antifratturativo in pazienti over 65: il 'Progetto target'".

Noemi Cittadini (dottoranda in Scienze Infermieristiche a Tor Vergata) prima e **Michelina Belardo** (infermiere aderente al "Guardian Angel" Asl Napoli 1-Centro Traumatologia-Loreto Mare di Napoli), poi, rispettivamente, con: "L'aderenza terapeutica e allo stile di vita: il contributo infermieristico" e "Storia di 4 anni di ricerca e di formazione infermieristica sul campo" sono entrate nel merito di un'esperienza che coinvolge, ora, centinaia di professionisti in tutt'Italia e che sta ponendo le basi, da un lato, di una formazione "in progress" degli infermieri, e, dall'altro, di un'educazione sanitaria assistenziale pianificata per chi ne necessita.

La sessione pomeridiana, moderata da **Stefano Casciato** e **Alessandro Stievano** (rispettivamente: direttore del Polo per l'*Evidence based Practice* e ricercatore del Cecri), invece, si è addentrata nel vivo delle esperienze sul campo, con la visione di filmati e discussione in plenaria.

Aiutati da **Stefano Masci**, direttore della Scuola di Counseling integrato ed approccio relazionale (Cipa) presso la facoltà di Medicina di Tor Vergata, e a cura di Rosaria Alvaro, Noemi Cittadini e Cinzia Cervoni, direttore del CdL magistrale in Scienze infermieristiche a Tor Vergata, sono passati sullo schermo: "Colloquio motivazionale" e "Vivere con l'osteoporosi".

Chiusura dei lavori e test di valutazione Ecm come da programma.

Per chi fosse interessato a seguire i lavori del progetto "Guardian Angel", l'indirizzo web è: www.guardian-angel.it

Tiziana Mercurio

Evento Ait all'Università Tor Vergata per discutere di violenza di genere

Il 27 aprile 2017, l'Ait, Associazione infermieristica transculturale, con il patrocinio del Cecri, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, e la collaborazione del Collegio Ipasvi di Roma, ha dato vita ad un evento dal titolo: "Violenza contro le donne: una priorità della sanità pubblica".

Presso l'Università degli Studi di Roma, Tor Vergata, numerosi esperti si sono incontrati per un corso volto a sensibilizzare i professionisti sanitari sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne.

L'articolo 1 della dichiarazione dell'Onu sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993) definisce la stessa come: *"ogni atto di violenza fondato sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà"*.

A conferma di ciò va ricordato quanto emerso nel corso della I Conferenza internazionale sulla violenza contro le donne nell'ambito della Presidenza Italiana del G8 nel 2009.

In quella sede è stata affermata la necessità di educare tutte le società ai valori dell'uguaglianza, senza alcuna distinzione, creando una grande alleanza tra tutti i Governi e le società civili, per porre fine a ogni forma di violenza contro le donne.

In Italia, con la legge n.109 del 15 ottobre 2013, in materia di contrasto alla violenza di genere, vengono perseguiti tre obiettivi principali: prevenire i reati, punire i colpevoli, proteggere le vittime.

La normativa rientra interamente nel quadro delineato dalla Convenzione di Istanbul (2011), che riconosce la violenza sulle donne come forma di violazione dei diritti umani e di discriminazione.

Si tratta di un problema globale che deve essere affrontato strategicamente ed in maniera programmatica attraverso le agende dei Governi, affinché ci sia un'assunzione di responsabilità da parte di tutte le istituzioni.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, considera la violenza di genere come una priorità per la sanità pubblica e una violazione dei diritti umani: un problema troppo spesso ignorato, e che non tiene nel giusto conto una delle forme più comuni di violenza sulle donne: quella domestica, tra le mura di casa proprio e ad opera di familiari e conoscenti.

È proprio in tale quadro teorico/normativo che si è inserito il percorso formativo della giornata voluta dall'Ait, nella speranza di portare alla luce un fenomeno troppo spesso taciuto, e, per questo, sottostimato.

Dopo i saluti della professoressa **Rosaria Alvaro**, docente di Nursing presso l'Università ospite; della presidente IPASVI Roma, **Ausilia Pulimeno**, e del presidente AIT, **Alessandro Stievano**, il programma ha previsto due sessioni.

La prima, moderata dalle consigliere **Claudia Lorenzetti** e **Cinzia Puleio**, durante la quale si sono avvicendati gli interventi di: **Sonia Minchella**, infermiera - URP A.O. San Camillo-Roma (con "Introduzione, analisi del fenomeno, quadro normativo ed epidemiologico"); **Roberta Delle Fratte** e **Veronica Mazzone**, rispettivamente, coordinatore-Pronto Soccorso A.O. San Camillo di Roma e infermiera presso il Pronto Soccorso dello stesso presidio; **Irina Kassymova** che ha illustrato "La presa in carico multidisciplinare e l'autodeterminazione della donna. L'esperienza del PTV" e **Maura Cossutta** con "L'implementazione di una procedura multidisciplinare per le donne e i minori vittima di violenza in emergenza. L'esperienza del San Camillo".

E la seconda, moderata dai consiglieri **Girolamo De Andreis** e **Francesco Scerbo**, iniziata con **Oria Gargano**, presidente Cooperativa Sociale "Befree", responsabile Sportello Donna-Pronto Soccorso A.O. San Camillo di Roma (con "L'importanza dello sportello antiviolenza nei Pronto Soccorso"), poi **Melissa Sipala**, Comandante Compagnia Carabinieri Frascati (con "Il lavoro di rete, le strategie e l'intervento nei diversi ambiti professionali. L'ascolto e l'accoglienza") ed è terminata con **Franca Compagnoni**, psicologa, responsabile SER.D. Carcere di Rebibbia-A.S.L. Roma/2 (con "Progettualità futura: esperienze ed attività verso i Sex-offenders").

In ricordo di Angela Beatrice Cosseta

Ha guidato la Federazione nazionale Ipasvi dal 1985 al 1988 ed è stata una figura di riferimento per l'intera comunità professionale.
Angela Beatrice Cosseta si è spenta, a maggio scorso, nel suo paese natale, Tonco d'Asti. Diplomatasi infermiera professionale nel 1951, ha poi percorso tutte le fasi successive di perfezionamento professionale fino al diploma di dirigente dell'assistenza infermieristica presso l'Università degli studi di Roma.
Si è laureata in Scienze Politiche e, dal 1979, è stata funzionario del Ministero della Sanità, con funzioni di coordinamento per quanto attiene l'area sanitaria infermieristica e tecnica. Negli anni '70, ha svolto un'intensa attività sindacale a tutela delle categorie infermieristiche e tecno-sanitarie del Parastato.
È stata docente di Organizzazione professionale infermieristica in italia e all'estero presso la Scuola per dirigenti dell'assistenza infermieristica dell'Università la Sapienza di Roma e la Scuola per infermieri professionali "E.V.Agnelli" della Cri. Dal 1986 è stata membro effettivo della Commissione Consultiva per la formazione dell'infermiere costituita nell'ambito della CEE, a Bruxelles.

Ha pubblicato il primo testo sulle Organizzazioni professionali infermieristiche e numerosi articoli su riviste specializzate. Sua la firma sul volume "Professione Infermiere", libro di testo usato, per anni, in tantissimi atenei e sul quale si sono formate generazioni di professionisti sanitari.
Iscritta al Collegio di Roma, la presidente capitolina, Ausilia Pulimeno, l'ha ricordata come: "Una mente brillante, una donna energica e una professionista impeccabile che ha lasciato il segno in quanti l'hanno seguita".
Il Comitato Centrale della Federazione e il Collegio Ipasvi di Roma esprimono il proprio cordoglio ai familiari, ricordando con affetto e ammirazione la carriera della D.ssa Angela B.Cosseta.

AVVISO IMPORTANTE

Gentile Collega,
il Collegio IPASVI di Roma, al fine di ridurre i costi e i tempi di invio dei PIN e dei CERTIFICATI DI ISCRIZIONE tramite Posta Prioritaria, ha implementato un nuovo servizio informatizzato gratuito per gli iscritti.
Già dal mese di marzo 2017 è disponibile il servizio di invio dei CERTIFICATI DI ISCRIZIONE a tutti gli iscritti tramite il Portale dei Servizi web: basta avere un account abilitato per accedere al servizio, loggarsi e, una volta eseguito l'accesso, richiedere online il Certificato, che in poche ore viene recapitato sulla PEC personale.
Ovviamente il servizio di recapito del certificato richiede che l'iscritto abbia una PEC attiva e che questa sia stata registrata sul gestionale del Collegio IPASVI di Roma.
Se questo non è stato fatto, una e-mail avverte che non c'è una PEC collegata e invia le istruzioni per attivare una PEC o comunicare la propria PEC personale al Collegio IPASVI di Roma.
Se non hai ancora una PEC, ti ricordo che la puoi richiedere allo sportello del Collegio IPASVI di Roma in Viale Giulio Cesare 78, oppure, più semplicemente, seguendo le istruzioni on line sul nostro sito internet, sempre gratuitamente.
Questa, come altre iniziative volte a ridurre i costi di gestione, è decisiva per sostenere la riduzione della tassa di iscrizione al Collegio IPASVI di Roma.

Cordialmente
La Presidente
Ausilia Pulimeno

Premio Petrini 2017

Il 7 giugno è stato un giorno importante per i neo laureati del Corso in Infermieristica, sede di Ostia.
In una sala di Cineland, infatti, si è svolta la cerimonia di premiazione per le tre migliori tesi di laurea dei neo-infermieri che hanno conseguito il titolo accademico nell'A.A. 2016/2017, presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata-sede di Ostia, intitolata alla memoria di Dino e Oddo Petrini, coppia di imprenditori pionieri del litorale romano.
"Questo, non solo per mantenere viva la memoria dei propri cari - ha spiegato Carlo Racani, in rappresentanza della famiglia - ma anche per stimolare ed incoraggiare i giovani talenti in campo infermieristico, per scommettere sulla forza della motivazione e delle competenze individuali".
Il significato di questo premio, giunto alla sua seconda edizione, rappresenta, in sintesi, la possibilità di incoraggiare validi percorsi di formazione professionale e contribuisce a sostenere quell'azione culturale che rappresenta per tutti i neolaureati, e le rispettive famiglie, il completamento di tanti anni di sacrifici e dedizione allo studio.
Due rappresentanti della famiglia Petrini, Benedetta Petrini e Carlo Racani, hanno consegnato il premio alla vincitrice, **Chiara Giammaria**, alla presenza del presidente CdL triennale in Infermieristica, la professoressa Rosaria Alvaro; del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno; del direttore del Cecri, Gennaro Rocco, e del direttore della sede del CdL in Infermieristica di Ostia, Università di Roma Tor Vergata, Loriana Lattanzi.
Alla cerimonia di premiazione erano presenti anche: le più alte cariche dell'azienda ASL RM/3, il Commissario straordinario, Giuseppe Legato; il Direttore Sanitario, Daniela Sgroi; la dirigente della U.O.S. Formazione Permanente, Antonella Grassitelli, che hanno dimostrato attenzione e sensibilità alle tematiche della formazione infermieristica.
Anche il Ministro Beatrice Lorenzin non ha voluto far mancare i suoi saluti ai giovani aspiranti al premio, attraverso un breve ed intenso messaggio augurale, letto dal suo consulente politico, Lorenzo Pallotta.
La professoressa Alvaro ha sottolineato l'importanza di quest'evento perché incoraggianogli studenti – quindi, i futuri - a migliorarsi per essere pronti ad assumere centrale nel panorama della sanità nazionale.
Significativo è stato l'intervento del professor Francesco Romeo, dell'Università di Tor Vergata, che ha sottolineato come tali iniziative incoraggino i giovani, premiandone il merito.
Le tre tesi selezionate per la partecipazione al premio sono state: "Il fenomeno dei social network nella comunità infermieristica" di Tiziano Bellu; "Narrative Based Nursing: le emozioni, le sensazioni e le percezioni dei pazienti narrate durante l'esperienza del ricovero possono contribuire al miglioramento dell'assistenza?" di Chiara Giammaria e "Il tutor come risorsa per una formazione centrata sullo studente: indagine conoscitiva sulla qualità percepita in tirocinio dagli studenti infermieri" di Laura Limardo.
Il premio di 1000 euro è andato a Chiara Giammaria; al secondo e terzo classificato ne è stato assegnato uno di 500 euro.
Ai tre dottori in Infermieristica è stata data anche una targa e la possibilità di iscriversi gratuitamente ad un Master universitario di area infermieristica dell'Università di Tor Vergata.
L'appuntamento per tutti è per il prossimo anno, per la terza edizione del premio Dino e Oddo Petrini.

Efficacia del lavaggio vescicale nella cateterizzazione urinaria a lungo termine nella popolazione adulta

di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese

Summary della revisione di Shepherd A.J, Mackay W.G, Hagen S, "Washout policies in long-term indwelling urinary catheterisation in adults". Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD004012. DOI: 10.1002/14651858.CD004012.pub5.

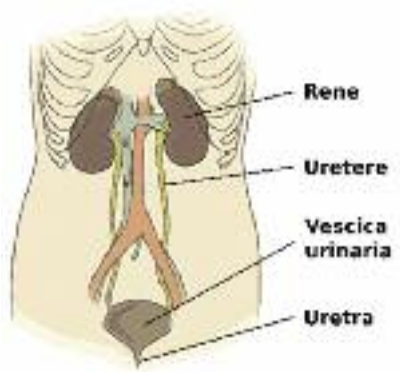
INTRODUZIONE

La cateterizzazione vescicale a lungo termine può essere necessaria per una serie di ragioni, come, ad esempio, in caso di ritenzione urinaria causata da iperplasia prostatica benigna o tumore della prostata o per diminuzione della contrattilità della vescica o incontinenza urinaria; mentre, in situazioni patologiche (come la sclerosi multipla, la demenza, l'ictus, la spina bifida e le lesioni del midollo spinale) può essere necessaria una cateterizzazione intermittente.

Il numero di persone che presentano un catetere urinario a lungo termine è difficile da stimare. Eppure, nella maggior parte dei casi, coloro che utilizzano cateteri vescicali a lungo termine sperimentano complicanze come infezioni, ostruzione del catetere e la fuoriuscita dello stesso.

In un'indagine di prevalenza sulle infezione associate alla cateterizzazione a lungo termine effettuata in Europa nel 2013, nelle 1181 strutture che hanno partecipato all'indagine, la prevalenza d'infezione nei pazienti con cateterizzazione a lungo termine è stata del 6,3%, mentre nelle persone che ricevevano assistenza domiciliare la prevalenza di infezione da catetere vescicale è stata del 5,4%.

L'aumento del livello di batteriuria può esporre ad un aumento del rischio di complicanze infettive, tra cui l'infezione delle vie urinarie associate a catetere



(Cauti), batteriemia secondaria e infezione in altri siti, come le articolazioni.

Il rischio di infezione aumenta con l'aumentare dei giorni di cateterizzazione.

Fino al 30% di persone con catetere a lungo termine l'infezione può essere sintomatica e richiedere, addirittura, un intervento.

I microrganismi più frequentemente isolati sono il Proteus mirabilis e la Candida: il primo può causare depositi di cristalli come il fosfato di calcio e il fosfato di ammonio di magnesio; il secondo è considerato la seconda causa di Cauti o colonizzazione asintomatica in persone cateterizzate.

La candidosi è generalmente asintomatica, ma può presentare complicanze, anche se rare, come formazioni fungine nella vescica o nel bacino renale, infezione renale e candidosi disseminata.

Un altro problema comune nei soggetti con catetere vescicale a lungo termine è la formazione di incrostazioni sulle superfici interne ed esterne del catetere con conseguente blocco del passaggio delle urine.

Per ridurre il rischio di infezione e prevenire la formazione di incrostazioni è pratica comune ricorrere al lavaggio del catetere vescicale con soluzioni e modalità diversificate.

Questa pratica è realmente efficace? Esistono soluzioni che permettono risultati migliori? Quale dovrebbe essere la frequenza di lavaggio?

Comporta delle complicanze e qual è il rapporto costo-benefico?

Queste sono le domande a cui hanno voluto rispondere Shepherd e collaboratori con la presente revisione.

OBIETTIVI

Gli autori della revisione Cochrane hanno voluto determinare i metodi di lavaggio vescicale più efficaci, accettabili, e con minori complicanze e valutare criticamente, riassumendo i risultati di analisi economico-sanitarie per la gestione della cateterizzazione urinaria a lungo termine negli adulti.

METODI DI RICERCA PER L'IDENTIFICAZIONE DEGLI STUDI

I revisori hanno consultato le seguenti banche dati ricercando articoli pubblicati fino al 2016: Registro Centrale delle prove controllate (Central), Medline, Cinahl, ClinicalTrials.gov, Who Ictrp, UK Clinical Research Network Portfolio.

L'ultima ricerca è stata effettuata il 23

maggio 2016.
Non sono stati imposti limiti relativi alla lingua o altre limitazioni; inoltre sono stati contattati gli autori di tutti gli studi in corso per richiedere eventuali risultati disponibili.

Criteri di inclusione degli studi

Tipi di studi

Sono stati inclusi gli studi clinici controllati randomizzati (Rct) o non randomizzati (nRCT).

Tipi di partecipanti

Sono stati inclusi studi che consideravano adulti di età superiore ai 16 anni, in qualsiasi contesto (ospedale, residenze, territorio) con catetere uretrale e sovrapubico, mantenuto in situ per più di 28 giorni.
Gli adulti in cui la cateterizzazione intermittente è stata combinata con la cateterizzazione permanente sono stati inclusi solo se il catetere era rimasto in situ per più di 28 giorni al momento della raccolta dei dati.

Tipi di interventi

È stato considerato il lavaggio del catetere effettuato con soluzione salina, antisettica, acida, antimicrobica o antibiotica.
Sono stati considerati studi che hanno confrontato:

- lavaggi con controlli che non hanno ricevuto nessun lavaggio;
- diversi tipi di soluzione di lavaggio;
- diversi metodi di lavaggio a diversi intervalli di tempo;
- diversi regimi di lavaggio, cioè con frequenza, durata, volume, concentrazione, metodo di somministrazione differente.

OUTCOME

Gli *outcome* primari considerati sono stati: le infezione delle vie urinarie associate a catetere vescicale (sintomatiche e asintomatiche) e l'ostruzione del catetere vescicale.
Gli *outcome* secondari sono stati: la soddisfazione del paziente per l'esito del lavaggio, la facilità d'uso dei programmi di lavaggio per pazienti, assistenti e operatori sanitari, la qualità di vita e il benessere psicologico, complicanze o effetti negativi dei lavaggi, e valutazioni economico-sanitarie.

RISULTATI

Gli autori della revisione hanno reperito 686 studi: di questi, solo 23 sono stati considerati eleggibili e solo sette sono stati inclusi nella revisione.
Tre studi sono stati condotti negli Stati Uniti (Muncie et al., 1989; Waites et al., 2006; Linsenmeyer et al., 2014), due in Inghilterra (Kennedy et al., 1992; McNicoll et a., 2003), uno in Canada (Moore et al., 2009) e uno in Finlandia (Airaksinen et al., 1979).
Tre studi hanno confrontato il lavaggio con soluzione salina e / o acida all'assenza di lavaggio (Airaksinen et al., 1979; Moore et al., 2009; Muncie et al., 1989).
Altri tre hanno confrontato diversi tipi di soluzione di lavaggio (Kennedy et al., 1992; Linsenmeyer et al., 2014; Waites et al., 2006), Kennedy et al. (1992) hanno confrontato composizioni alternative di una soluzione acida e Linsenmeyer et al. (2014) hanno confrontato una soluzione antimicrobica con soluzione salina. McNicoll et al. (20039 hanno confrontato l'utilizzo del lavaggio con la rimozione del catetere.

Effetti degli interventi sugli *outcome*

I revisori non hanno potuto effettuare una metanalisi, visto che gli studi presentavano un'alta eterogeneità in termini di misurazione dei risultati.
La maggior parte di questi ha valutato la batteriuria, la fuoriuscita del catetere o l'ostruzione da incrostazioni, anche se i metodi per farlo e le definizioni utilizzate variavano notevolmente tra i vari studi inclusi.
Alcuni limiti metodologici sono stati individuati dai revisori che rendevano i risultati degli studi non attendibili.
Inoltre, le informazioni statistiche (quali: denominatori per percentuali, statistiche di sintesi (quali: deviazioni standard e dettagli di test statistici) sono stati considerati inadeguati.
Ciò ha reso difficile interpretare i risultati e poter analizzare gli effetti degli interventi sugli *outcome.*
Gli autori concludono la revisione indicando che, attualmente, ci sono ancora prove insufficienti per guidare la pratica clinica in merito all'uso del lavaggio dei cateteri vescicali a lungo termine.
Ulteriori Rct ben disegnati e con campioni più ampi si rendono necessari prima di suggerire la diffusione della pratica del lavaggio del catetere a lungo termine.

AUTORI:
Lucia Mauro, infermiera AO S. Camillo Forlanini, Polo Pratica Clinica del Cecri;
Claudia Lorenzetti, coordinatrice infermieristica AO S. Camillo Forlanini, Polo Pratica Clinica del Cecri;
Stefano Casciato, coordinatore Infermieristico, direttore Polo Pratica Clinica del Cecri;
Angela Peghetti, dirigente Ufficio infermieristico Casa di Cura Polispecialistica Solatrix, Rovereto, Componente Polo Pratica Clinica del Cecri;
Maria Matarese, professore associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, componente Polo Pratica Clinica del Cecri.

La contenzione nei reparti di medicina, indagine conoscitiva rivolta agli infermieri

di Carlo Turci, Deborah Bellotti, Valentina Pizziconi

"Nel nostro mestiere la finalità è quella di affrontare, – trovare la maniera di affrontare la contraddizione che noi siamo: oppressori ed oppressi, e che dinanzi a noi abbiamo una persona che si vorrebbe opprimere.
Bisogna fare in modo che questo non avvenga.
L'uomo ha sempre questo impulso, di dominare l'altro; è naturale che sia così. […]
Noi rifiutiamo questo discorso.
Noi diciamo di affrontare la vita, perché la vita contiene salute e malattia, e affrontando la vita noi pensiamo di fare la prevenzione.
Pensiamo di fare il nostro mestiere: di infermieri, di sanitari, di medici".
(da 'Lezione con gli infermieri nel congedo da Trieste', 1979, Franco Basaglia)

L'obiettivo della professione infermieristica non è quello di costringere e di contenere i pazienti, bensì quello di promuoverne il bene mediante un agire adeguato non solo alla salute, ma all'intero essere del paziente, considerato per il valore che gli è proprio, così che il solo criterio di riferimento sia il paziente in quanto persona.
Per questi motivi, la contenzione dovrebbe essere eliminata e, ove questo non fosse possibile, cercare di ridurre al minimo tale pratica.
Avere e sviluppare una visione critica del modo di concepire il modello dell'assistenza infermieristica, che promuove il rispetto verso i diritti di libertà dell'individuo, soprattutto delle persone fragili come gli anziani, è lo scopo intrinseco della professione: ovvero, dimostrare che **l'infermiere mette al centro dell'assistenza la persona e soprattutto i suoi diritti umani, sociali e individuali.**
Non vi è libertà nell'essere legato, non vi è libertà nell'essere sedato, non vi è libertà nell'essere isolato, non vi è libertà nell'essere sottomesso e nella mancanza di comunicazione terapeutica reale e non formale, non vi è, quindi, libertà nell'evitare di riconoscere la volontà della persona durante il percorso di cura.
Pertanto, prima di applicare la contenzione bisognerebbe pensare all'utilizzo di metodi alternativi, con l'obiettivo di instaurare un rapporto di collaborazione e partecipazione dei pazienti e delle famiglie, attuando un'assistenza personalizzata e olistica.
Il presente studio si propone di indagare le conoscenze, le opinioni, gli atteggiamenti e le competenze infermieristiche basandosi sulla letteratura, con l'obiettivo di standardizzare tale pratica nel momento in cui se ne necessita l'applicazione.

INTRODUZIONE

La libertà è un concetto che racchiude in sé molteplici significati.
Nel corso dei secoli, si è combattuto molto in nome della libertà e, dal secondo dopoguerra, inizia ad essere garantito e tutelato come concetto a livello internazionale.
In Italia, la libertà è uno dei diritti fondamentali dell'uomo, sancito nel 1948 con la pubblicazione della Costituzione della Repubblica, in cui sono enunciate le fonti del diritto della popolazione.
Questi diritti vengono definiti "inviolabili", nel senso che non possono essere modificati dal legislatore. Con riguardo al nostro tema trovano specificazione nell'Articolo 13 della Costituzione della Repubblica Italiana che enuncia: *"…La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, d'ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge…".*
Nonostante questo diritto sia ampiamente tutelato e garantito, c'è chi deve lottare per ottenere la libertà come i "matti" e i "vecchi"[1], che spesso vengono definiti, rispettivamente, i pazienti con patologie psichiatriche e gli anziani, poiché

esistono delle realtà in alcune strutture (ospedaliere, residenziali, domiciliari)[2] in cui vengono negati i diritti fondamentali dell'uomo, dove sono applicate delle cattive pratiche come la contenzione (molto spesso impossibile definire come pratica appropriata[3]).

Con il termine "contenzione" s'intende quell'atto sanitario-assistenziale che prevede l'utilizzo dei mezzi chimici, fisici, ambientali e psicologici con il quale si possa avere un tipo di costrizione fisica, di libertà e di movimento della persona o del normale accesso al proprio corpo.[4]

Il diritto di potersi muovere liberamente, inteso come libertà del proprio corpo, è qualcosa di più forte di un diritto: è una condizione necessaria alla vita umana stessa.

Ma una malattia, l'età avanzata, la compromissione della mobilità, la dipendenza dovuta all'inabilità a eseguire autonomamente le attività di vita quotidiana, la presenza di deficit cognitivi e il rischio di cadute sono alcuni tra i fattori che predicono un maggior ricorso alla contenzione.[5]

La contenzione fisica di tipo meccanico è conseguenza dell'applicazione di quei presidi sulla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che riducono o controllano i movimenti. Questi sono definiti come mezzi di contenzione e possono essere per: il letto (sponde, reti, cinture di sicurezza); la sedia, (corpetto, cintura per carrozzina o sedia, sedia geriatrica con piano d'appoggio fisso); segmenti corporei (polsiere, cavigliere, corpetti e cintola pelvica); postura obbligata (cuscini anatomici). La contenzione chimica si ottiene con la somministrazione di farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi; la contenzione ambientale comprende cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti; la contenzione psicologica relazionale o emotiva attraverso l'ascolto e osservazione empatica che riducono l'aggressività del soggetto affinché si senta rassicurato.

Ripercussioni legislative in Italia

Una parte fondamentale dell'applicazione della contenzione sono le conseguenze in ambito legislativo nelle quali un operatore può incorrere.[6]

Innanzitutto, è necessario considerare le disposizioni normative, della Costituzione della Repubblica Italiana negli art. 13 e 32, che sanciscono, rispettivamente, il diritto della libertà personale e che alcuni trattamenti sanitari possono essere obbligatori.

Infatti, nell'art. 32 della Costituzione, la tutela della salute viene considerata come un diritto fondamentale dell'individuo, garantendo cure gratuite agli indigenti e sostiene che nessun individuo può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge.

Si deduce che l'unica eccezione a questo diritto riguarda i Trattamenti Sanitari Obbligatori: in questi casi, per preservare l'interesse della comunità alla salute il soggetto non ha il diritto bensì un dovere alla salute.

La tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana è definita come un dovere del medico[7] ed è responsabilità dell'infermiere assistere, curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà.[8]

Perciò, l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia un "evento straordinario", che deve essere sostenuto da prescrizione medica e, inoltre, saranno documentate tutte le valutazioni d'assistenza che sono effettuate durante il periodo di restrizione.[9] Ovviamente, la prescrizione medica e i trattamenti devono essere aggiornate e sperimentate secondo le evidenze scientifiche, tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse, perseguendo sempre il benessere del paziente.[10]

A volte, i trattamenti contenitivi che comportano, quindi, una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato e, una riduzione della libertà di movimento della persona, possono essere attuati solo per procurare un concreto stato di benessere clinico al malato.[11] Per questo motivo, secondo lo stato di necessità,[12] l'operatore sanitario ha il dovere di intervenire anche in assenza di un esplicito consenso, e quindi non è punibile se ricorrere alla contenzione, perché stato costretto dalla necessità di dover salvare sé o altri da un pericolo grave e altrimenti non evitabile, basta che sussista il principio di equità, ossia che il trattamento che si sta facendo è proporzionale alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi.

Legare il paziente al letto, sedarlo, isolarlo, contenerlo emotivamente sarebbe, dunque, giustificato dalla scriminante dell'adempimento di un dovere giuridico (art. 51 Codice Penale), escluso che ciò che è dovere sia, al contempo, considerato reato.

Talvolta, però, se si abusa dei mezzi di contenzione o di disciplina, a danno di una persona sottoposta all'autorità dell'operatore sanitario o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, è punibile, in base all'articolo 571 del Codice Penale, se da ciò deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente. Inoltre, nell'art. 610 del Codice Penale è scritto che "l'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza oppure di sequestro di persona", come nell'art. 605 del Codice Penale, in quanto un operatore, attraverso l'uso della contenzione, priva della libertà personale del soggetto contenuto.

Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, come viene definito nell'art. 33 del Codice Deontologico dell'Infermiere.

Aspetti etici

La questione della contenzione è stata ripetutamente affrontata, soprattutto, negli ultimi 20 anni, riguardo a una sensibilità culturale e deontologica intanto maturata nelle professioni sanitarie.[13]

Si può notare che la pratica di legare i pazienti e le pazienti contro la loro volontà risulta essere tutt'oggi applicata, in forma non eccezionale, senza che vi sia un'attenzione adeguata alla gravità del problema, né da parte dell'opinione pubblica, né delle istituzioni.[14]

L'infermiere può avvalersi della clausola

di coscienza nel caso in cui dovesse ritrovarsi nella condizione di dover praticare un'attività assistenziale, come la contenzione, che vada contro i propri valori, e, se si assiste alla nascita di conflitti determinati da diverse visioni etiche, **l'infermiere s'impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.**[15]

La contenzione, come già detto, rappresenta una violazione dei diritti fondamentali della persona.

Anche il Comitato nazionale per la Bioetica (Cnb) definisce che, in situazioni del tutto eccezionali, i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione, ciò però non toglie forza alla regola della non-contenzione e non modifica i fondamenti del discorso etico.[16]

Inoltre, già nel 2006, il Cnb definisce il rispetto dell'integrità dell'anziano e la non maleficenza. Attraverso cui sono considerate tutte quelle questioni bioetiche inerenti il rispetto dell'integrità corporea e morale dell'anziano, focalizzando la propria attenzione su maltrattamento, abuso e abbandono, sino alla vera e propria violenza. A tal riguardo, occorre porre l'accento come la maleficenza verso l'anziano possa corrispondere alla contenzione.

La contenzione è assolutamente riprovevole allorché sia applicata senza un più che giustificato motivo e soltanto ai fini della tutela dell'incolumità della persona. Identico giudizio negativo vale per un ingiustificato isolamento.[17]

Sul tema specifico della contenzione, la Risoluzione Bowis[18] considera che *"vada evitata qualsiasi forma di restrizione della libertà personale, in particolar modo le contenzioni, per le quali sono necessari il monitoraggio, il controllo e la vigilanza delle istituzioni democratiche, a garanzia dei diritti della persona"*[19]. E ancora giudica *"che il ricorso alla forza sia controproducente, così come la somministrazione coatta dei farmaci"*, raccomandando che l'eventuale somministrazione coatta debba avvenire con la convalida dell'autorità civile.[20]

In conclusione il Cnb dichiara che *"la contenzione e l'isolamento devono essere drasticamente ridotti e praticati solo in casi eccezionali in mancanza di alternative o in stato di urgenza e devono altresì essere limitati nel tempo"*.[21]

BACKGROUND

La contenzione (fisica, chimica, ambientale e psicologica) è molto utilizzata in alcuni ospedali e nelle case di cura, molto più nelle persone anziane che nei bambini e adolescenti.[22]

Infatti, spesso vengono applicate le sponde del letto o cinture in letti/sedie, o l'utilizzo di farmaci che modificano il comportamento dei pazienti, o modifiche ambientali per controllare i movimenti o ancora interventi di ascolto e comunicazione per ridurre l'aggressività.

Tali procedure pongono il personale e i pazienti a gravi danni[23]. Ridurre al minimo l'utilizzo di dispositivi contenitivi aumenta la sicurezza del paziente e diminuisce il rischio di lesioni.[24]

La sequenza di questi eventi nei vari reparti, spesso si verifica nel periodo notturno o durante i turni composti da infermieri con minor esperienza o ancora come sostituto per il personale insufficiente o valutazione medica incompleta.[25]

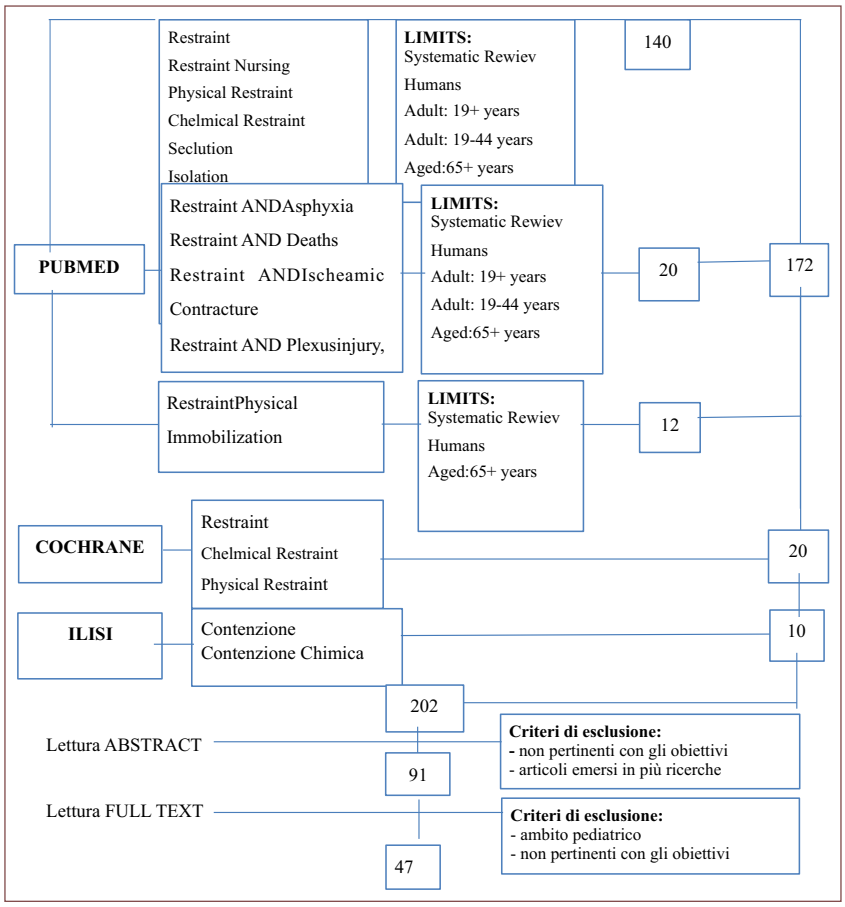
Le linee-guida, le raccomandazioni per la pratica clinica ed altri documenti definiscono un modo di affrontare la contenzione, cercando anche di ridurre al minimo tale pratiche, poiché la contenzione è una tecnica che può portare malcontento sia ai pazienti (sottoposti a restrizione), che ai familiari, che allo stesso operatore sanitario che sta attuando la contenzione.

La contenzione, quindi, deve essere applicata ad un numero limitato e necessario di persone, cercando sempre di eseguire trattamenti non coercitivi.

Obiettivi della revisione

Questa revisione ha come obiettivo la valutazione delle conoscenze e competenze degli infermieri riguardo la pratica della contenzione, mettendo in relazione le varie esperienze di ospedali italiani, europei e internazionali, essendo la contenzione un problema di sanità pubblica mondiale.

Inoltre, con questa revisione, si cerca di identificare quali sono i metodi alternativi



Flow Chart: strategia di ricerca

alla contenzione.

Strategia di ricerca

La ricerca bibliografica è avvenuta da maggio a novembre 2016.

Le banche dati consultate sono state: PubMed, Cochrane e ILISI.

Sono emersi 202 articoli che potevano essere pertinenti allo studio, ma attraverso la lettura degli *abstract* e dei *full text* si è notato che molti erano in ambito pediatrico, ergo non pertinenti agli obiettivi proposti.

Ne sono stati selezionati, perciò, solo 47.

Parole-chiave, combinate tra di loro attraverso MeSH e operatori boleani: *restraint, seclution, immobilization,nursing, chelmical restraint, physical restraint, emotional restraint, enviromental seclution, isolation, environmental isolation.*

DISCUSSIONE

Dall'analisi degli articoli inclusi nella revisione emergono diversi aspetti della contenzione.

Generalmente, ci si trova davanti alla poca conoscenza da parte degli operatori sanitari dei motivi per cui si stanno applicando le restrizioni ad un paziente, e risalta anche che si ha poca conoscenza dei metodi alternativi.

Gli articoli e gli studi presi in considerazione, come si può notare, non sono stati limitati ad un singolo continente, poiché la contenzione è un trattamento che accomuna tutto il mondo. I dati così ottenuti assumono, quindi, maggiore validità, in considerazione del fatto che i campioni selezionati negli studi provengano da aree geografiche eterogenee.

Gli articoli verranno discussi di seguito, rispetto agli obiettivi proposti per la revisione:

1. conoscenze sui diversi tipi di contenzione e sulle motivazioni per cui si attua tale pratica;
2. conoscenze di metodi alternativi alla contenzione.

Conoscenze sui diversi tipi di contenzione e sulle motivazioni per cui la si attua

Negli articoli presenti vengono definite ampiamente due tipi di contenzione: quella fisica e quella chimica.

Non sono stati trovati articoli riguardo la contenzione psicologica e ambientale.

Nella revisione vengono specificati diverse motivazioni per cui si ricorre alla contenzione, come ad esempio: la sicurezza del paziente come la prevenzione del rischio di caduta e il trasporto in barella, o ancora, per la presenza di disturbi comportamentali[26], il disorientamento, la diminuzione della mobilità del paziente.[27]

Spesso la contenzione viene applicata per mantenere un ambiente sociale confortevole e tranquillo, per evitare le interferenze del paziente con la somministrazione delle terapie quando si ha carenza del personale[28] per ridurre il carico di lavoro degli infermieri.[29]

Quando la contenzione viene applicata per evitare il rischio di caduta, dallo studio di Arbesman M.C e Wright C, si evince che non sempre porta ad un minor rischio, anzi, alle volte, può essere considerata come un fattore che aumenta le cadute. Infatti, secondo questo studio chi è stato sottoposto a contenzione ha un rischio più alto di cadere.

La contenzione, quindi, oscilla tra trattamento[30] terapeutico e l'abuso di trattamento, proprio perché viene applicata troppo spesso e non per i casi prettamente necessari.

Tale procedura è applicata maggiormente agli anziani, piuttosto che agli altri pazienti, come ad esempio gli adolescenti. Senza considerare che proprio questa categoria di pazienti è soggetta a complicanze, a causa della fragilità e del deterioramento fisiologico.

Quando si applica la contenzione bisogna valutare la risposta dei pazienti che, generalmente, mostrano rabbia, disagio, resistenza, paura e aggressività. È per questo che spesso viene considerata come *badpractive*.[31]

Perciò, prima di applicarla bisogna considerare vari fattori, come le conseguenze negative, l'etica, la documentazione e le misure alternative.[32]

Conoscenze di metodi alternativi alla contenzione

La scarsa consapevolezza, da parte degli infermieri, dell'esistenza di forme alternative alla contenzione, può essere colmata da un'adeguata educazione e formazione sia del paziente che dell'infermiere stesso.

Fondamentale, per evitare di contenere una persona, è determinare l'origine dei comportamenti e utilizzare dei modelli assistenziali per migliorare la sua presa in carico, aiutandosi anche con un attenta osservazione e valutazione.[33]

I programmi di formazione possono proporre contenuti molto diversi, ma è importante che mirino a promuovere l'adozione di interventi e strategie alternative. Da questo si evince che una buona formazione con la gestione dei problemi di comportamento[34], insieme alle consulenze di personale esperto, diminuiscono e quasi eliminano la pratica della contenzione.[35]

Per cui, per evitare l'attuazione di tale pratica bisogna eliminare le barriere che si sovrappongono alla minimizzazione della contenzione (come le risorse limitate, la paura di lesioni del paziente e del personale), la mancanza di educazione, la politica, i vincoli ambientali, le aspettative (della famiglia, del paziente e degli operatori), barriere di comunicazione, e l'informazione sui mezzi alternativi alla coercizione.[36]

OBIETTIVO

Lo scopo dell'indagine è di indagare sulle criticità che si presentano in merito alle conoscenze e competenze degli infermieri per la pratica della contenzione.

Il luogo dove sono state eseguite le osservazioni e la raccolta dei dati indispensabili allo studio è un ospedale di Roma, i questionari sono stati somministrati agli infermieri di vari reparti del suddetto Ospedale: Medicina, Oncologia/Osservazione Breve, Cardiologia/Neurologia, Chirurgia e Ortopedia, nelle giornate comprese tra settembre e ottobre 2016.

Questo periodo è stato indispensabile per poter arruolare la quasi totalità degli infermieri presenti nelle Unità Operative, tenendo conto dei turni lavorativi degli infermieri. Comunque ci sono stati dei criteri di esclusione dallo studio dovuti alla decisione da parte degli infermieri di non voler partecipare all'indagine.

MATERIALI E METODI

Per attuare l'indagine è stato somministrato un questionario, riportato come al-

legato 1, che è suddiviso in due parti: la prima riguarda l'anagrafica, che resterà in forma anonima, ma dalla quale vengono definite delle informazioni di carattere generale (sesso, età, anni d'esperienza lavorativa: quest'ultimi due dati, poi, verranno raggruppati in dei *range*, in modo da avere lo stesso numero di operatori per ogni raggruppamento), l'unità operativa e la sede ospedaliera (questi invece, sono stati introdotti poiché si supponeva di dover somministrare i questionari a diversi ospedali romani).
La seconda, invece, è composta da 25 domande a risposta multipla dove si valutano le conoscenze, le competenze e le opinioni degli infermieri coinvolti. Le domande sono state prese da alcuni questionari già utilizzati e li ritroviamo principalmente in:

- Ipasvi. Quando serve la contenzione. Reperibile presso: http://www.ipasvi.it/print/click-salute/7.htm
- Damini C. Report di sintesi- La contenzione degli anziani. Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento. Ausl Parma 2013.
- Muttillo G. La contenzione fisica: quali implicazioni etiche e deontologiche. Corso Ecm Responsabilità e Deontologia Infermieristica 2014, 10 (2). 29-34.

Le domande non presenti in questi articoli sono state definite attraverso lo studio della revisione sistematica effettuato. Alcune domande possono contenere più di una risposta, come anche specificato all'interno del questionario.
Dopo l'autorizzazione della Direzione Sanitaria, il questionario è stato accompagnato da una lettera di presentazione nella quale sono state spiegate le motivazioni della somministrazione dello stesso e viene specificato che la partecipazione allo studio è volontaria e in forma anonima.

Rilevazione e analisi dei dati

La raccolta dei dati è stata eseguita attraverso la formazione di un questionario cartaceo specifico sulla contenzione stampato su formato A4.
Il questionario è stato somministrato a mano, in modo tale da dare delle indicazioni di massima per la compilazione (senza suggerire le possibili risposte). Ogni intervistato, ha compilato in modo completamente anonimo e volontario la scheda e l'ha riconsegnata inserendola in un contenitore.
In un secondo tempo, è stato realizzato e utilizzato un questionario elettronico gestito mediante Microsoft Office Excel per raccogliere tutte le risposte, attraverso il quale sono state effettuate delle valutazioni attraverso dei grafici.

RISULTATI

La partecipazione allo studio è stata del 76%: ciò significa che la maggior parte degli infermieri, a cui è stato richiesto, ha accettato di far parte dello studio.
Di seguito, per ogni sezione del questionario verranno riportati risultati più rilevanti ottenuti mediante l'utilizzo di tabelle o grafici.
La seconda parte sarà suddivisa in tre: una riguardante le conoscenze, una le competenze e una le opinioni.

COMPETENZE

Come si evince dal grafico 2 sono diver-

Parte anagrafica

	Risposte	%
Sesso	Femmine	62
	Maschi	38
Età	24-30 anni	17
	31-39 anni	19
	40-45 anni	17
	46-50 anni	23
	51-63 anni	24
Titolo di studio	Formazione di base	91
	Formazione post-base	6
	Formazione Specifica	0
Anni di servizio	1-7	19
	8-15	24
	16-24	19
	25-29	19
	30-40	19
U.O. Chirurgia		9
Neurologia/Cardiologia		23
Oncologia/Osservazione Breve		23
Ortopedia		11
Medicina		34

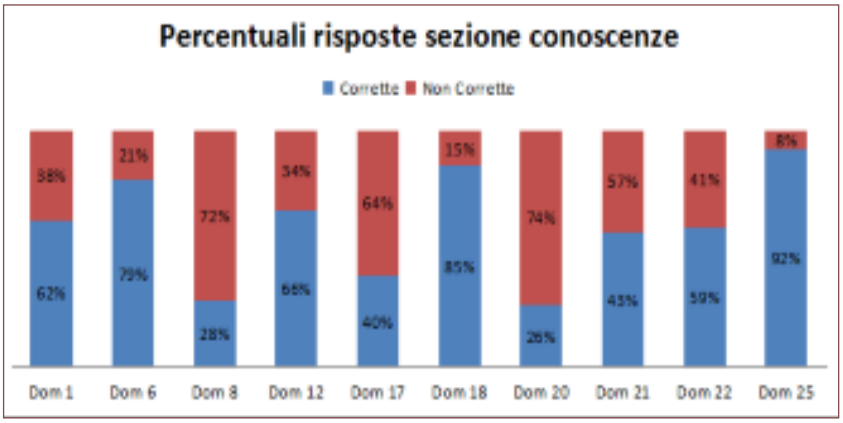


Grafico 1

Legenda grafico 1:
Domanda 1: Come viene definita la contenzione?
Domanda 6: La contenzione deve avere una prescrizione medica?
Domanda 8: Ritiene ci sia il bisogno di firmare il consenso informato per attuare tale procedura?
Domanda 12: Ci sono soluzioni alternative alla contenzione?
Domanda 17: Quanti operatori sanitari, secondo la letteratura, servono per contenere una persona?
Domanda 18: Durante il periodo di contenzione è importante garantire al paziente la possibilità di movimento per consentirgli di bere, mangiare e andare al bagno
Domanda 20: Ogni quanto tempo va rivalutato il paziente sottoposto a contenzione?
Domanda 21: La contenzione qualora necessaria può essere imposta anche a lungo termine?
Domanda 22: L'uso della contenzione può causare la morte del paziente?
Domanda 25: Il Codice Deontologico del 2009 prevede che l'infermiere…

se le domande che presentano delle criticità. Più nello specifico:
la domanda 20: "Ogni quanto tempo va rivalutato il paziente sottoposto a contenzione?" Il 26% del campione ha risposto correttamente, ritenendo che gli infermieri debbano valutare il paziente ogni 15 minuti. Inoltre dalla letteratura si evidenzia che la valutazione medica e infermieristica deve essere scritta sulla prescrizione medica.
La domanda 8: "Ritiene ci sia il bisogno di firmare il consenso informato per attuare tale procedura?" Gli operatori, per il 28%, hanno definito che è fondamentale, prima di poter procedere con la contenzione, richiedere il consenso informato al paziente o alla famiglia.
La domanda 17: Quanti operatori sanitari, secondo la letteratura, servono per contenere una persona? Molti di loro credono che servano due operatori (23%), si nota che, tra questi, a pensarla così sono principalmente coloro che hanno un'esperienza di almeno 25 anni. Mentre chi sostiene che ci sia bisogno di tre operatori (27%) sono quelli che hanno un esperienza che va dagli 8 ai 15 anni. Infine, chi definisce che si necessita di cinque o sei operatori (rispettivamente, il 9% e il 2%), sono quelli che hanno tra i 16 e i 24 anni di esperienza. (Grafico 3)
Altre due domande che hanno ottenuto poco più del 50% delle risposte esatte sono: la domanda 21, "La contenzione qualora necessaria può essere imposta anche a lungo termine?". Il 43% degli infermieri sostiene che la contenzione può essere imposta per lunghi periodi solo in alcune eccezioni che vengono valutate dal medico insieme al team di cura, come afferma anche la letteratura, la contenzione, oltre a queste eccezioni deve essere limitata a 12 ore.
La domanda 22: "L'uso della contenzione può causare la morte del paziente?" Il 59% del campione ha riportato che la contenzione può causare la morte del soggetto, ad esempio può rimanere incastrato tra il letto e il mezzo di contenzione e venire quindi soffocato. An-che le spondine del letto possono aumentare il rischio di morte. Per tale motivo, è importante tenere sotto stretto controllo i soggetti sottoposti a contenzione.

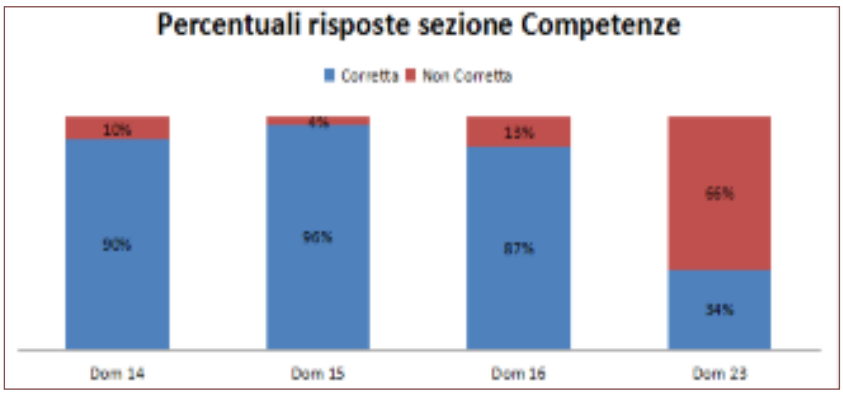


Grafico 2

Legenda grafico 2:
Domanda 14: È vero che la disponibilità all'ascolto da parte degli operatori sanitari o dei familiari può ridurre l'uso della contenzione?
Domanda 15: I familiari possono aiutare gli operatori sanitari a limitare l'uso della contenzione?
Domanda 16: Una maggiore consapevolezza degli operatori sanitari sui rischi della contenzione può limitarne l'uso?
Domanda 23: L'uso della contenzione riduce il rischio di cadute?

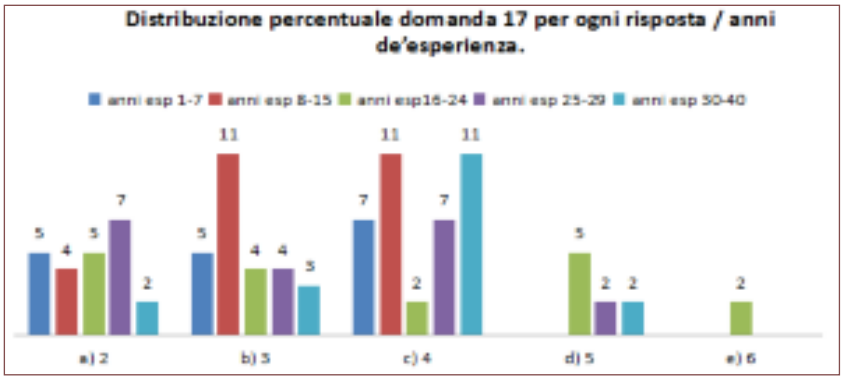


Grafico 3

Grafico
Nella sessione delle competenze, la maggiore criticità la troviamo sul rapporto tra la contenzione e il rischio di cadute (domanda 23): solo il 34% ha dato la risposta corretta, affermando che l'uso della contenzione non riduce il rischio di cadere, anzi la letteratura indica che, a volte, potrebbe aumentarne il rischio.
Opinioni dal grafico
Alla domanda 3: "Ha mai praticato la contenzione?", il 77% degli infermieri ha risposto di aver praticato la contenzione, il 23% ha risposto di no. A risposta positiva, veniva declinata un'ulteriore domanda relativa al tipo di contenzione praticata. Si è rilevato che la contenzione

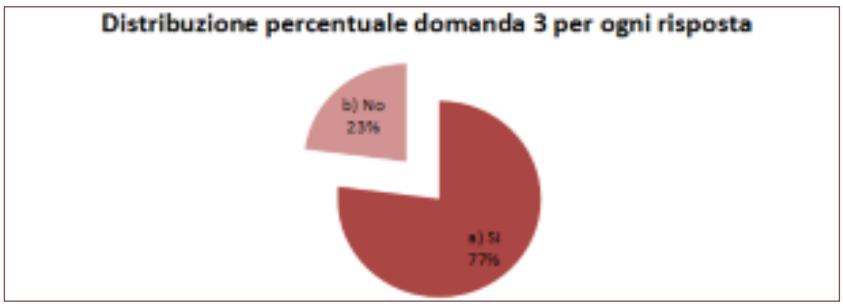


Grafico 4

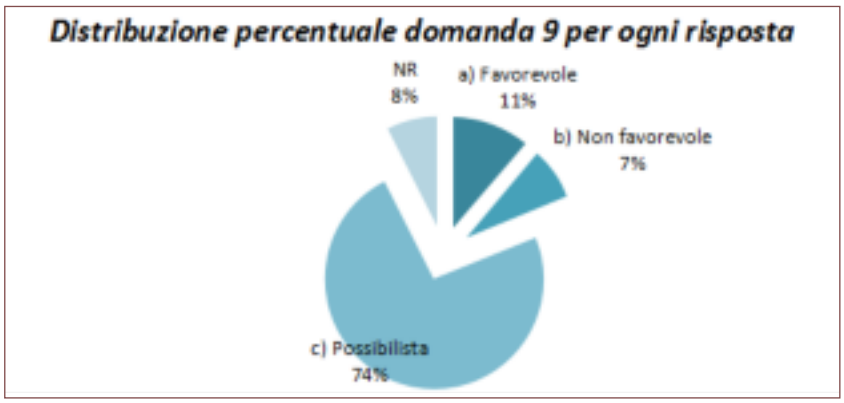


Grafico 5

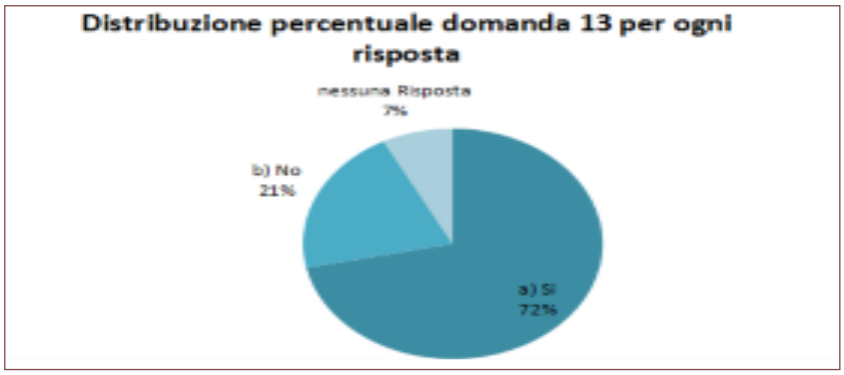


Grafico 6

fisica è quella più applicata (70,2%), seguita dalla chimica (19,1%), quella meccanica (4,3%), ambientale (4,3%) e, infine, ortopedica (2,1%).

Alcuni hanno specificato di aver praticato la contenzione non nei reparti di riferimento, ma in quelli in cui hanno lavorato precedentemente.

"Come si pone di fronte all'utilizzo della contenzione?"

La maggioranza del campione esprime la propria opinione mediante la categoria "possibilista" (74%), ossia che non si schiera nella categorie estremiste che ottengono per quella "favorevole" un 11%, mentre per i "non favorevoli" il 7%. Inoltre, molto significativa è la percentuale degli astenuti (l'8%).

"Pensa che l'uso della contenzione debba essere ridotto?"

Quasi tutti gli infermieri (72%) sostengono che l'uso della contenzione vada ridotto. Il 7% si è astenuto.

DISCUSSIONE

Dai dati ricavati dalla somministrazione dei questionari, sono state analizzate le conoscenze, competenze e opinioni degli infermieri dei reparti di Medicina, Ortopedia, Chirurgia, Oncologia/Osservazione Breve e Neurologia/Cardiologia dell'Ospedale FateBeneFratelli-Isola Tiberina di Roma, in merito alla contenzione.

Il campione che ha aderito allo studio è composto da 53 infermieri: 33 donne e 20 uomini. Sono stati classificati attraverso l'età e gli anni d'esperienza, in modo tale da avere dati statisticamente significativi.

Si evidenzia, dalla parte anagrafica, che gli infermieri hanno avuto formazione di base nel 91%, mentre il restante 9% ha continuato gli studi con delle specializzazioni. Nessuno si è concentrato nel campo della contenzione.

Il 74% del campione si reputa "possibilista" all'applicazione della contenzione quando necessaria. Principalmente, viene applicata la contenzione fisica e chimica. È emerso che ci sono diverse incertezze e criticità soprattutto nelle conoscenze procedurali: infatti, gli infermieri non ritengono necessaria la prescrizione medica (21%) o il consenso informato del paziente o *caregiver* (72%). Questo si riflette anche nella domanda se la contenzione può causare la morte del paziente, in cui il 41% ha risposto di no. Inoltre, è emerso che il 74% del campione non ha conoscenze adeguate dei tempi di controllo e rivalutazione del paziente. Problematico è anche il dato relativo al numero di operatori necessari per la contenzione fisica (64% ha risposto non correttamente) e questo può comportare varie conseguenze sia agli operatori che al paziente, poiché quest'ultimo, in un momento di agitazio-ne e aggressività, potrebbe procurare danni a volte anche gravi alle varie figure interessate.

Da ciò si evince che è necessaria e non prorogabile un'educazione e formazione specifica degli infermieri su tale trattamento che prestano il loro operato nei reparti indagati.

Un'appropriata conoscenza e competenza porterebbe a minori problematiche e a una maggiore consapevolezza e, non ultimo, all'implementazione di metodi alternativi che si potrebbero utilizzare senza arrivare alla coercizione del paziente. L'utilizzo di questi ultimi comporterebbe una maggiore fiducia nei pazienti nei confronti degli operatori sanitari.

Dallo studio è emerso che la contenzione non provoca solo lesioni fisiche, ma anche emotivo/psicologiche, instillando nel paziente un senso di paura, depressione, disagio e sfiducia nei confronti dei professionisti della salute.

CONCLUSIONI

Nel corso degli ultimi decenni, la contenzione è stato il tema di molte discussioni, soprattutto sull'applicazione del trattamento e sui metodi alternativi.

Dalla revisione della letteratura, è emerso che la contenzione è una tecnica molto utilizzata soprattutto nei pazienti agitati, aggressivi, con comportamenti autolesionanti e per chi necessita di Trattamenti Sanitari Obbligatori, ma la contenzione viene anche applicata in modo inappropriato, come quando si ha carenza di personale e, talvolta, viene utilizzata per semplificare il lavoro del team ospedaliero. Tutto questo può comportare numerose conseguenze, talvolta gravi, come la morte della persona sottoposta al trattamento.

Il presente studio ha evidenziato che la contenzione può provocare molte complicanze che si possono suddividere in lesioni dirette o indirette. Le prime sono quelle che derivano dalla pressione esterna dei dispositivi utilizzati, le seconde sono quei danni che derivano dall'immobilità forzata.
Ciò nonostante, gran parte delle complicanze si riscontrano nella sfera psicologica. Inoltre, la persona contenuta può assumere degli atteggiamenti come, ad esempio, la paura nei confronti degli operatori sanitari, l'umiliazione, lo stress e la depressione. Queste attitudini si riscontrano sia nei pazienti ma anche negli infermieri che praticano la contenzione.
Gli infermieri sono responsabili di molti aspetti della contenzione e, per questo, è stato stilato un Protocollo strutturato sulla base della revisione della letteratura e dei risultati emersi dallo studio osservazionale trasversale, nel quale si evidenziano le varie caratteristiche dei diversi tipi di contenzione e quali sono le strategie da usare come alternativa alla stessa.
Nel protocollo, in primo luogo, sono state realizzate delle tabelle riassuntive dei tipi di contenzione e le relative complicanze. Sono poi riportate le varie attività che gli infermieri devono attuare per l'utilizzo della stessa e come poter ridurre tale pratica attraverso l'implementazione di strategie alternative, infine, sono riportati i vari riferimenti legislativi.
I risultati dello studio mostrano che le conoscenze degli infermieri, presi in esame in merito alla contenzione, sono accettabili, ma ciò nonostante ci sono ancora molti punti critici che riguardano le complicanze del trattamento, i periodi di valutazione del paziente sottoposto a coercizione, il numero di operatori necessari per contenere una persona, la necessità di ottenere il consenso informato e se la contenzione riduce il rischio di cadute.
Nel questionario, inoltre, emergono le risposte dalle seguenti domande, la contenzione deve essere ridotta? Esistono dei metodi alternativi? In cui, alla prima per il 72% degli infermieri presi in esame ritiene che sia necessaria una riduzione di tale pratica. Mentre, riguardo alla seconda domanda, il 66% crede che esistano dei metodi alternativi.
L'Organizzazione Mondiale della Salute, l'Ipasvi e il Comitato nazionale per la Bioetica ritengono che la contenzione debba essere ridotta e che si devono applicare metodi alternativi, derivanti da una corretta formazione del personale sui rischi e problemi che potrebbero conseguire al trattamento; una valutazione iniziale del paziente adeguata per poter definire il rischio di contenzione; instaurare una relazione paziente-infermiere tale da ridurre aggressività, paura e ansia del paziente, predisporre un gruppo di lavoro tra infermieri e familiari e infine, stabilire un'assistenza personalizzata e adeguata per la persona.
L'auspicio è che la revisione e questo studio possano contribuire a ridurre la contenzione, cercando di poter ottimizzare l'erogazione dell'assistenza infermieristica specifica e di qualità e che il

Protocollo strutturato, possa essere utilizzato nelle realtà cliniche con l'obiettivo ultimo di standardizzare e migliorare la qualità dell'assistenza clinica.

AUTORI:
Carlo Turci, dirigente professioni sanitarie Irccs Ifo;
Deborah Bellotti, infermiera;
Valentina Pizziconi, tutor universitario del polo Didattico Pier Giorgio Frassati.

BIBLIOGRAFIA

1 Semeria N. Non è stata follia liberare i matti, non è follia liberare i vecchi. In Mislej M, Bicego L. Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche. Roma: Carocci Faber; 2007; 59-66.
2 Cester A. La contenzione fisica in geriatria esiste ancora? L'infermiere 2009; 53 (4): 54-55.
3 Sironi F. Legato, sedato e infine ucciso. L'assurda morte di Giuseppe Casu per trattamento sanitario obbligatorio. L'espresso 28 marzo 2014.
4 Ipasvi. La contenzione. Reperibile presso:http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/la-contenzione-id7.htm Accesso: Maggio 20, 2016.
5 Zanetti1 E, Castaldo A, Miceli R, Magri M, Mariani L, Gazzola M, Gobbi P, Carnie G, Capodiferro N, Muttillo G. L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. L'infermiere 2012; 56 (2): e 29-e38.
6 Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M, Chiari P. La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo. Centro Studi EBN Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi 2008.
7 Art. 3 Codice di Deontologia Medica. 2014.
8 Art. 3 Codice Deontologico dell'Infermiere. 2009.
9 Art. 30 Codice Deontologico dell'Infermiere. 2009.
10 Art. 13 Codice di Deontologia Medica. 2014.
11 Art. 15 Codice di Deontologia Medica. 2014.
12 Art. 54 Codice Penale.
13 Cester A. La contenzione fisica in geriatria esiste ancora? L'infermiere 2009; 53 (4): 54-55.
14 Comitato Nazionale per la Bioetica. La contenzione: problemi bioetici. Presidenza del Consiglio dei Ministri. 23 Aprile 2015.
15 Art. 8 Codice Deontologico dell'Infermiere. 2009.
16 Comitato Nazionale per la Bioetica. La contenzione: problemi bioetici. Presidenza del Consiglio dei Ministri. 23 Aprile 2015.
17 Comitato Nazionale per la Bioetica. Bioetica e diritti degli anziani. Presidenza del Consiglio dei Ministri. 2006.
18 Bowis J. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea (Risoluzione Bowis). 2006/2058.
19 Risolizione Bowis, punto 34.
20 Risoluzione Bowis, punto 33.
21 Comitato Nazionale per la Bioetica. Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del CNB sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici. Presidenza del Consiglio dei Ministr
22 Park M, Tang JH. Changing the practice of physical restraint use in acute care. J GerontolNurs 2007 Feb; 33 (2): 9-16.i 1999.
23 Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment in psychiatric wards. Journal of Psychiatry and Mental Health 2014 Aug; 21 (6): 507.
24 Chang LC, Liu PF, Huang YL, Yang SS, Chang WY. Risk factors associated with unplanned endotracheal self-extubation of hospitalized intubated patients: a 3-year retrospective case-control study. Applied Nursing Research (APPL NURS RES) 2011 Aug; 24 (3): 188-192.
25 Covert AB, Rodrigues T, Solomon K. The use of mechanical and chemical restraints in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1977 Feb; 25 (2): 85-9.
26 Cioce M, Lopardo A, Rega ML. La contenzione chimica e fisica nelle terapie intensive: un uso più razionale. L'infermiereOggi 2008; 18 (2): 14-21.
27 Kwok T, Mao F, Chien WT, Tam E. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS) 2006 May; 15(5): 581-587.
28 Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. International Journal of Nursing Studies 2002 Sep; 39 (7): 735-43.
29 Lane C, Harrington A. The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. International Journal of Nursing Practice (INT J NURS PRACT) 2011 Apr; 17 (2): 195-204.
30 Cuggiani A. Riflessioni sulla contenzione. [l'avvocato dice]. Infermiere Oggi 2009; 19 (3): 60-62.
31 Strumpf NE, Evans LK. Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. Nursing Research (NURS RES) 1988 May-Jun; 37 (3): 132-137.
32 Chien W. The use of physical restraints to psycho geriatric patients in Hong Kong. Mental Health Nursing (ISSUES MENT HEALTH NURS) 1999 Nov; 20 (6): 571-586.
33 Park M, Tang JH. Changing the practice of physical restraint use in acute care. J GerontolNurs 2007 Feb; 33 (2): 9-16.
34 Yeh SH, Lin LW, Wang SY, Wu SZ, Lin JH, Tsai FM. The outcomes of restraint reduction program in nursing homes. Hu Li Yan Jiu 2001 Apr; 9 (2): 183-93.
35 Evans D, Wood J, Lambert L. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. J AdvNurs 2002 Dec; 40 (6): 616-25.
36 Moore K, Haralambous B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. J AdvNurs 2007 Jun; 58 (6): 532-40.

Efficacia delle metodiche di *telenursing* nella riduzione dei ricoveri e delle complicanze e nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da Bpco rispetto alle cure classiche *face to face*

di Marco Di Nitto, Eva La Penna, Tina Zerulo

ABSTRACT

La Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (Bpco; in inglese Copd) è una delle patologie croniche con più alta mortalità e la sua incidenza è in aumento nel mondo (Berkhof, 2015), visto il suo continuo evolversi.

Dal 2001, la *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (Gold) ha stilato un piano per la diagnosi e la gestione di questa patologia. Non solo: si calcola che, dal 2020, questa patologia sarà la quinta per carico assistenziale e la terza per mortalità (Vestbo, 2013) in tutto il Pianeta.

Tale aumento di incidenza pone nuovi interrogativi sul tipo di assistenza più adatta e funzionale che possa portare un miglioramento nei pazienti.

A tal scopo, sono state effettuate numerose ricerche per individuare la migliore assistenza, e tra queste, negli ultimi anni, si sta studiando molto l'effetto della "telemedicina". Come ci descrive Korb (2010), questa è intesa come: *"l'assistenza sanitaria effettuata con tecnologie di comunicazione"*.

Queste tecnologie stanno migliorando la trasmissione di valide informazioni per la diagnosi, la terapia e la prevenzione delle malattie, anche se la distanza rappresenta un fattore critico.

La telemedicina ha il grande potenziale di migliorare la continuità assistenziale, di migliorare la qualità di vita e prevenire il deterioramento dello stato fisico, anche se la sua reale efficacia è ancora oggetto di dibattito (Berkhof, 2015).

Di pari passo, il *"telenursing"* è definito come *"l'assistenza infermieristica effettuata attraverso le tecnologie di comunicazione"* (Schlachta-Fairchild, 2008, p. 135).

In generale, questi due termini sono racchiusi nel più generico *"telehealth"*.

Va considerato come, ad oggi, la telemedicina non abbia una vera e propria linea guida a cui gli operatori possano fare riferimento per la gestione dei pazienti.

Ciò può portare a risultati negativi e sono svariati i fattori che possono causarli: errori di comunicazione; incomprensione del piano terapeutico o del trattamento; spiegazione di un trattamento che il paziente non comprenderebbe se non con una guida specifica (Schlachta-Fairchild, 2008, p. 135).

Tra gli aspetti positivi che vengono considerati, invece, si annoverano soprattutto un miglioramento della qualità di vita con una riduzione delle ri-ospedalizzazioni e, conseguentemente, del costo per la sanità (Korb, 2010).

MATERIALI E METODI

Si è deciso di indagare gli aspetti che la telemedicina propone di risolvere in pazienti affetti da Bpco.

Il seguente studio è volto a valutarne la validità, essendo ancora un argomento fortemente dibattuto e, tuttora, dall'efficacia controversa.

Per meglio comprenderne l'efficacia, verrà confrontata con l'assistenza classica consistente nella visita del team assistenziale (generalmente definita *"face to face"*).

La ricerca condotta ha tentato di identificare tutti gli studi più rilevanti.

A tal fine, sono stati consultati quattro database: PubMed, The Cochrane Library, Scopus e Cinahl.

Per PubMed è stato utilizzato il vocabolario controllato thesaurus MeSH (Medical Subject Headings) per la ricerca di parole di testo libero, applicando anche la funzione di troncamento.

Trattandosi di una ricerca bibliografica sensibile e specifica, parole chiave e relativi sinonimi sono state combinate tra-

POPULATION	INTERVENTION	COMPARISON	OUTCOME	METHOD
Pazienti affetti da Bpco (Broncopneumopatia cronico ostruttiva)	*Telenursing*	Assistenza classica	Miglioramento della qualità di vita, riduzione dei ricoveri, riduzione delle complicanze nei pazienti trattati con telenursing	*Revisioni della letteratura, meta-analisi, studi controllati randomizzati (Rct), singoli studi*
"Pulmonary Disease, Chronic Obstructive", "chronic obstructive pulmonary disease", "chronic obstructive airway* disease", "chronic obstructive airway disease", "Lung Diseases, Obstructive", "Chronic Obstructive Lung Disease"	Telenursing, tele-nursing, "Proactive integrated care", telehealth, telecare, tele-care, mhealth, m-health, telehomecare, telehealthcare, telemonitoring, ele-monitoring.	Usual Care	Improving quality of life, reducing hospital readmission, reducing complicantions	*Revisioni della letteratura, meta-analisi, studi controllati randomizzati (Rct), singoli studi*

Tabella 1. Metodo Picom

mite gli operatori booleani *"and"* e *"or"* in tutte le banche dati elettroniche.
Per rendere la ricerca ancora più accurata, si è deciso di iniziare la ricerca consultando la banca dati "Cochrane", per evidenziare metanalisi o revisioni sistematiche che consentissero di effettuare una ricerca più accurata.
Inoltre, dopo la selezione della revisione sistematica è stato possibile individuare un limite temporale per la ricerca degli altri articoli sulle rimanenti banche dati utili ai fini della ricerca. (Tabella 1)

Banche dati

Volendo evidenziare gli ultimi articoli pubblicati attinenti al problema di ricerca, sono state consultate le seguenti banche dati:
- The Cochrane Library, http://www.cochranelibrary.com/
- Cinahl, https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete
- Scopus, http://www.scopus.com/
- PubMed, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Quest'elenco rispecchia l'ordine di consultazione durante la ricerca.
Di seguito, i termini di ricerca in inglese, utilizzati per PubMed e sulle altre banche dati esaminate.
Pubmed history:
Scopus history:
Altre banche dati *history:*
(telehealth OR telecare OR tele-care OR telenursing OR tele-nursing OR mhealth OR m-health OR telehomecare OR telehealthcare OR telemonitoring OR telemonitoring) AND ("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive" OR "chronic obstructive pulmonary disease" OR "chronic obstructive airway* disease" OR "chronic obstructive airway disease" OR "Lung Diseases, Obstructive" OR "Chronic Obstructive Lung Disease").
Limiti imposti alla ricerca:
- Search fields: title/abstract
- limite temporale: studi dal gennaio 2010 a dicembre 2016

All'interno della ricerca sono stati inclusi tutti gli studi riguardanti il trattamento con *telenursing* rispetto alle cure classiche effettuate a domicilio (Rct, *Sistematic Review* e studi retrospettivi).
Per valutare le riammissioni ospedaliere, la riduzione delle complicanze ed il miglioramento della qualità di vita, sono stati esclusi tutti gli studi che non effettuano il confronto tra l'assistenza effettuata con *telenursing* e con cure classiche.
Sono stati esclusi, inoltre, gli studi che effettuano tale confronto all'interno della struttura ospedaliera, in quanto non soddisfano gli *outcome* prefissati.
Un altro criterio di esclusione attuato riguarda gli Rct non completi e che, quindi, non riportano gli *outcome* considerati.
Esclusi anche tutti gli studi in lingua diversa da quella inglese.
I *full text* sono stati reperiti tramite la Biblioteca biomedica dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

Risultati della revisione della letteratura

Di seguito, i risultati per ogni singola banca dati, secondo i criteri di inclusione ed esclusione sopra citati.
Successivamente, i dati relativi ai singoli studi sono stati inseriti all'interno di una tabella bibliografica.
Cochrane: un articolo trovato, un articolo selezionato.
Cinahl: 20 articoli trovati, 12 selezionati dopo la visione dell'*abstract* (sette scartati perché non congruenti con la ricerca, uno perché in lingua giapponese).
Scopus: 180 articoli trovati, 16 selezionati tramite lettura dell'*abstract*, 12 selezionati dopo la lettura del *full-text* (due scartati in quanto non soddisfacevano gli outcome ricercati, due scartati in quanto già selezionati da altro database).
Pubmed: 44 articoli trovati, 11 selezionati dopo la lettura dell'*abstract*, tre selezionati dopo la visione del *full-text* (sette articoli scartati in quanto già selezionati da altro database, uno scartato in quanto non congruo con gli *outcome* previsti).

TITOLO/ BANCA DATI	AUTORE/ANNO	METODOLOGIA	CAMPIONE	STRUMENTI RACCOLTA DATI	RISULTATI
A home telehealth program for patients with severe COPD: The PROMETE study PUBMED	Calvo, G. S., Gómez-Suárez, C., Soriano, J. B., Zamora, E., Gónzalez-Gamarra, A., González-Béjar, Jordán A, Tadeo E, Sebastián A, Fernández G, M., Ancochea, J. (2013)	RCT	60 pazienti con un'età media di 73.8 anni e non fumatori selezionati in base alla loro diagnosi di BPCO, di cui 30 inseriti nel gruppo sperimentale (telemedicina) e 30 nel gruppo di controllo (visite a domicilio).	Short Form-12 questionnaire (SF-12), EuroQol, St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), COPD Assessment Test (CAT), Barthel Index, Goldberg questionnaire for anxiety and depression.	Lo studio evidenzia come le riammissioni ospedaliere siano significativamente diminuite nel gruppo sperimentale rispetto ai controlli (P=0,015). Un dato interessante riguarda anche la diminuzione delle ammissioni in pronto soccorso (P=0,0001). Inoltre anche il numero di complicanze diminuisce significativamente (P=0,003) insieme al miglioramento della qualità di vita dovuto soprattutto all'utilizzo di ventilazione non invasiva, assente nel gruppo sperimentale (P<0,0001)
The effect of real-time teleconsultations between hospital-based nurses and patients with severe COPD discharged after an exacerbation PUBMED	DichmannSorknaes A, Bech M, Madsen H, Titlestad I L, Hounsgaard L, Hansen-Nord M, Jest P, Olesen F, Lauridsen J, Østergaard B, (2013)	RCT	266 pazienti con un'età media di 72 anni selezionati in base alla loro dimissione ospedaliera dopo una riacutizzazione, di cui 132 inseriti nel gruppo sperimentale (telemedicina) e 134 nel gruppo di controllo (visite a domicilio o in ambulatorio).	Spirometria, saturazione di ossigeno, BMI, MRC dyspnoea scale, Short Form-36 questionnaire (SF-36).	Le riammissioni ospedaliere a distanza di 26 settimane non hanno dimostrato una differenza significativa tra i due gruppi (P=0,62), anche se c'è una tendenza da parte del gruppo sperimentale verso una diminuzione dei ricoveri ospedalieri. Non vengono valutati i dati relativi alla qualità di vita e alla riduzione delle complicanze, anche se a seguito del trattamento le morti nei due gruppi sono pressoché identiche.
Telemedicine, the effect of nurse-initiated telephone follow up, on health status and health-care utilization in COPD patients: A randomized trial PUBMED	Berkhof, Van Den Berg, UilKerstjens. (2015)	RCT	101 pazienti selezionati, di cui 52 inseriti nel gruppo sperimentale (telemedicina) e 49 nel gruppo di controllo (visite a domicilio).	Clinical COPD Questionnaire (CCQ), St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), Short Form-36 questionnaire (SF-36).	I risultati mostrano un deterioramento dello stato di salute maggiore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo (P=0,03). È stato notato anche un numero maggiore di complicanze e di riospedalizzazioni, anche se non significativi. In generale la telemedicina è stata inefficace nel trattamento di pazienti con BPCO.
Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial SCOPUS	Henderson, C., Knapp, M., Fernández, J. -., Beecham, J., Hirani, S. P., Cartwright, M., Rixon L., Rogers A., Bower P., Doll H., Fitzpatrick R., Steventon A., Bardsley., Hendy J., Newman, S. P. (2013)	RCT	3230 pazienti selezionati, di cui 845 inseriti nel gruppo sperimentale (telemedicina) e 728 nel gruppo di controllo (visite a domicilio).	Whole System Demonstrator questionnaire (WSD).	A distanza di 12 mesi dall'inizio della ricerca vengono analizzati i risultati che si focalizzano principalmente sul costo del sistema sanitario e sulla qualità di vita. C'è una differenza significativa (P=0,012) tra gruppo sperimentale e controlli per quanto riguarda i costi. Anche la qualità di vita migliora nel gruppo sperimentale sebbene non venga analizzata in maniera sistematica. Non vengono analizzate riospedalizzazione e riduzione delle complicanze.
Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial SCOPUS	Cartwright M. Hirani, S.P., Rixon, L., Beynon, M., Doll, H., Bower, P., Bardsley, M., Steventon, A., Knapp, M., Henderson, C., Rogers, A., Sanders, C., Fitzpatrick, R., Barlow, J., Newman, S.P. (2013)	RCT	3230 pazienti selezionati, di cui 845 inseriti nel gruppo sperimentale (telemedicina) e 728 nel gruppo di controllo (visite a domicilio).	Short Form-12 questionnaire (SF-12), Whole System Demonstrator questionnaire (WSD).	Questo studio è un'integrazione dei risultati del precedente studio analizzato in tabella. I risultati della ricerca non mostrano differenze significative nel miglioramento della qualità di vita e nelle riospedalizzazioni.
Combined interventions for COPD admissions within an urban setting SCOPUS	Ghosh, S., O'Kelly, N., Roberts, E. -., Barker, C., & Swift, J. (2016)	Studio retrospettivo	54 pazienti selezionati che hanno ricevuto interrventi di telemedicina, per cui vengono analizzate le riammissioni ospedaliere	/	I risultati mostrano come le ri-ospedalizzazioni diminuiscono in 12 mesi nei soggetti da 222 a 74 (P>0,001). Si ha anche una riduzione non significativa dei costi per il sistema sanitario.
The Effects of a Telehealth Coping Skills Intervention on Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Primary Results from the INSPIRE-II Study SCOPUS	Blumenthal JA, Emery CF, Smith PJ, Keefe FJ, Welty-Wolf K, Mabe S., Martinu, T., Johnson, J.J., Babyak, M.A., O'Hayer, V.F., Diaz, P.T., Durheim, M., Baucom, D., Palmer, S.M. (2014)	RCT	326 pazienti selezionati con età compresa dai 38 agli 81 anni, di cui 164 inseriti nel gruppo sperimentale (telemedicina) e 164 inseriti nel gruppo di controllo (visite a domicilio, COPD education).	Beck Depression Inventory II (BDI-II), State-Trait Anxiety Inventory-State (STAI), Short Form-36 Health Survey (SF-36), Pulmonary Quality of Life Scale (PQLS), UCSD Shortness of Breath Questionnaire (SOBQ), Brief Fatigue Inventory (BFI), St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).	I risultati di questo studio mostrano come ci sia un miglioramento significativo della qualità di vita nel gruppo sperimentale (P=0,001), soprattutto una riduzione della depressione e dell'ansia. Non si hanno tuttavia delle riduzioni significative di riospedalizzazioni e complicanze (P=0,430).
Comparing the costs of home telemonitoring and usual care of chronic obstructive pulmonary disease patients: A randomized controlled trial SCOPUS	Paré, G., Poba-Nzaou, P., Sicotte, C., Beaupré, A., Lefrançois, E., Nault, D., & Saint-Jules, D. (2013)	RCT prospettivo e retrospettivo	120 pazienti selezionati, di cui 60 inseriti nel gruppo sperimentale (telemedicina) e 60 nel gruppo di controllo (visite a domicilio).	/	La ricerca pone in risalto come siano diminuite significativamente il numero di accessi in pronto soccorso (P=0,02) e il numero di ri-ospedalizzazioni (il 38% in meno, P=0,014). È inoltre presente una riduzione non significativa delle complicanze.
A randomised clinical trial of the effectiveness of home-based health care with telemonitoring in patients with COPD SCOPUS	McDowell, J. E., McClean, S., FitzGibbon, F., & Tate, S. (2015)	RCT	100 pazienti selezionati, di cui 48 inseriti nel gruppo sperimentale (telemedicina) e 52 nel gruppo di controllo (visite a domicilio). Follow-up a 6 mesi dall'inizio dello studio	St George's Respiratory Questionnaire for COPD patients (SGRQ-C), Euro Qol-five-dimension questionnaire (EQ-5D).	Lo studio mostra un miglioramento significativo della qualità di vita nei pazienti nel gruppo sperimentale (P=0,001), ma nessuna differenza significativa nelle ri-ospedalizzazioni e nella riduzione delle complicanze (rispettivamente P=0,40 e P=0,22).

TITOLO/ BANCA DATI	AUTORE/ANNO	METODOLOGIA	CAMPIONE	STRUMENTI RACCOLTA DATI	RISULTATI
A pilot randomised controlled trial of a Telehealth intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease: challenges of clinician-led data collection SCOPUS	Claire L Bentley, Gail A Mountain, Jill Thompson, Deborah A Fitzsimmons, Kinga Lowrie, Stuart G Parker and Mark S Hawley (2014)	RCT	pazienti affetti da BPCO. N= 63 Di cui N= 32 nel tele-healthgroup N= 31 nel gruppo di controllo. 15 partecipanti sono stati esclusi dall'analisi a causa del completamento inadeguato dei dati o di ritiro volontario dal programma di ricerca.	SecondaryUses Service: database che fornisce i dati riguardanti le riammissioni ospedaliere; SGRQ completato dai partecipanti a tempo 0 e dopo 8 settimane, compilato dal personale infermieristico al momento della visita e a 8 mesi, cioè 6 mesi dopo l'esecuzione dell'intervento, questa volta però compilato dai pazienti; EQ-5D-3L (the eurogol 5 Dimensions questionnaire); diario di registrazione del medico di medicina generale.	Un'analisi descrittiva ha mostrato una percentuale più bassa di ri-ospedalizzazioni e una qualità di vita migliore del gruppo di controllo rispetto a quello sperimentale (sottoposto a Telehealth).
Tele-monitoring reduces exacerbation of COPD in the context of climate change–a randomized controlled trial SCOPUS	Melissa Jehn, Gavin Donaldson, Bahar Kiran, Uta Liebers, Klaus Mueller, Dieter Scherer, Wilfried Endlicher and Christian Witt (2013)	RCT	pazienti affetti da BPCO (GOLD II-IV). N= 62 Di cui N= 32 nel tele-monitoringgroup N= 30 nel gruppo di controllo	SGRQ, MMRC (modified medical research council dyspnoea scale), spirometria, CAT, Numero di passi effettuato in 6 minuti (valutato tramite 6MWT). Giornalmente sono stati valutati CAT (COPD Assessment Test), spirometria; settimanalmente si eseguiva la valutazione con 6MWT. La mattina, entro una finestra di 2 ore, dopo l'inalazione dei bronco-dilatatori, i pazienti erano inviatati a compilare tutte le misurazioni dello studio (dopo adeguato addestramento e con il supporto, su richiesta, di un infermiere disponibile 5 ore al giorno).	I risultati hanno tenuto conto anche dello stress termico a cui sono stati sottoposti i pz (in quanto lo studio, della durata complessiva di 9 mesi, è stato condotto in parte nel periodi estivo: 32 giorni con stress da calore (29,0 2,5 C) confrontati con i risultati ottenuti in 32 giorni comfort termico (21,0 2,9 C). Durante lo stress termico, il TG (telemonitoring group) ha mostrato una significativa riduzione della funzione polmonare di capacità di esercizio fisico 5,0%; p<0.001 e le prestazioni valutate con 6MWT: 452 85 vs 600 76 passi (P<0.001) e l'aumento dei punteggi CAT (19,2 7,9 vs 16,2 7,2; p <0.001). Comunque durante questo stress termico, un numero significativamente inferiore di pazienti nel gruppo sperimentale ha sofferto esacerbazione di BPCO rispetto ai pazienti. Nel corso dell'intero studio il gruppo TG aveva meno riacutizzazioni rispetto al Control Group (7 contro 22; P=0.012), una più breve permanenza in ospedale e il 43% in meno di visite specialistiche.
A telehealth program for self-management of COPD exacerbations and promotion of an active lifestyle: a pilot randomized controlled trial SCOPUS	Monique Tabak, Marjolein Brusse-Keizer Paul van der Valk, Hermie Hermens, Miriam Vollenbroek-Hutten, (2014))	RCT	pazienti affetti da BPCO (STADIO II). N= 29 Di cui N= 15 nel tele-monitoring group N= 14 nel gruppo di controllo	A entrambi i gruppi sono stati somministrati i questionari a T0 (ammissione), T1 (1 mese), T2 (3 mesi), T4 (9 mesi). È stato utilizzato un diario, uno schema di esercizi; Client Satisfaction Questionnaire; IMA (time integral of the modulus of accelerometer output); Baecke Physical Activity Questionnaire; 6MWT (6 minute walk test); Multidimensional Fatigue Inventory; Clinical COPD Questionnai-re; Medical Research Council scale; EuroQol – 5D.	Il gruppo di telemedicina ha avuto un totale di quattro ricoveri per BPCO con una durata media di 5,5 giorni, mentre il gruppo di controllo ha avuto un totale di cinque ricoveri per BPCO con una durata media di 7,0 giorni. Il programma di telemedicina con il supporto decisionale ha mostrato una buona soddisfazione (media 26.4, punteggio massimo 32). Il programma è stato consultato sull'86% dei giorni di trattamento, in particolare il metodo più studiato è stato il diario del paziente. L'aderenza del paziente con il regime di esercizio è stata bassa (21%). Gli operatori sanitari sembrano giocare un ruolo importante circa l'aderenza dei pazienti alla telemedicina rispetto alla consueta cura.
Effect of tele health care on exacerbations and hospital admissions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial SCOPUS	Thomas Ringbæk, Allan Green Lars Christian Laursen, Ejvind Frausing Eva Brøndum Charlotte Suppli Ulrik (2015)	RCT	pazienti affetti da BPCO grave, con alto rischio di ricadute. N= 281 Di cui N= 141 nel telemonitoring group N= 140 nel gruppo di controllo	MRC dysnea score; Charlson Comorbidity Index Score; Registro dei pazienti nazionale danese per informazioni circa le malattie concomitanti.	Nessuna differenza nel tasso di mortalità è stata trovata tra i gruppi. Per quanto riguarda l'outcome primario, nessuna differenza significativa è stata trovata in ricoveri per BPCO tra i gruppi (P=0,74), e allo stesso modo, nessuna differenza è stata trovata per quanto riguarda le cause di ricoveri ospedalieri. Rispetto al gruppo di controllo, i pazienti del gruppo TM ha presentato riacutizzazioni più moderate (vale a dire, trattata con antibiotici/corticosteroidi, ma che non richiedono il ricovero ospedaliero; (P= 0.001), mentre il gruppo di controllo si è sottoposto a più visite ambulatoriali (P= 0.001).
Effectiveness of Telemonitoring in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Taiwan-A Randomized Controlled Trial SCOPUS	Te-Wei Ho, Chun-Ta Huang, Herng-Chia Chiu, Sheng-Yuan Ruan, Yi-Ju Tsai, Chong-Jen Yu, Feipei Lai & The HINT Study Group (2015)	RCT	pazienti affetti da BPCO. N= 106 Di cui N= 53 nel telemonitoring group N= 53 nel gruppo di controllo	Diario elettronico usato quotidianamente dai pz del gruppo sperimentale.	L'outcome primario era il tempo intercorso tra l'intervento e la prima riammissione per BPCO per riacutizzazione dei sintomi. Durante il periodo di follow-up questo è risultato significativamente aumentato nel gruppo di telemonitoraggio rispetto al gruppo con usual care (p=0,026). Il Telemonitoraggio è stato anche associato a un numero ridotto di tutte le cause di riammissioni (0.23 vs 0.68/paziente; p = 0,002) e visite al pronto soccorso (0,36 vs 0,91 / paziente; p=0.006).

TITOLO/ BANCA DATI	AUTORE/ ANNO	METODOLOGIA	CAMPIONE	STRUMENTI RACCOLTA DATI	RISULTATI
What influences withdrawal because of_rejection of telehealth the whole systems demonstraton evaluation CINAHL	Lorna Rixon, Shashivadan P. Hirani, Martin Cartwright, Michel- le Beynon, Abi Selva, Caroline Sanders Santon P. Newman (2013)	RCT	Pazienti affetti da malattie croniche come insufficienza cardiaca e BPCO	Monitoraggio dei PV da parte dei pazienti raccolti tramite linea telefonica.	Molti pazienti si ritireranno dall'intervento di telehealth (TH) anche dopo averlo installato nella loro casa e aver guadagnato una certa esperienza dal servizio. Questi risultati suggeriscono che incoraggiare le informazioni utili sul TH ridurrà al minimo il rifiuto e lo spreco di risorse.
Effectiveness and cost-effectiveness of telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: study protocol for a cluster randomized controlled trial CINAHL	Flemming Witt Udsen, Pernille Heyckendorff Lilholt, Ole Hejlesen, Lars HolgerEhlers (2013)	RCT	Sono stati selezionati tutti i cittadini di 11 comuni del nord della Danimarca con BPCO > 40 anni di età. I pazienti sono poi stati randomizzati 1:1. N=circa 800 pazienti	Il telenursing è stato messo in atto utilizzando un tablet contenente informazioni sulla gestione della BPCO e il software che indica automaticamente il paziente nella gestione di BPCO durante le riacutizzazioni. Il dispositivo può anche raccogliere e trasmettere in modalità wireless i dati rilevanti malattie specifiche indicativi dello stato di salute del paziente: PA, FC, FR, Kg. Il dispositivo contiene un allarme che suonerà quando è il momento di prendere di nuovo i PV. I pazienti e i loro parenti possono accedere ai dati tramite un portale web.	Il piano d'azione nazionale danese per la diffusione della telemedicina ha stabilito che se la soluzione telehealthcare si rivela redditizia, può servire come standard nazionale danese per una piattaforma tecnologica e un modello di implementazione per telehealthcare per questo gruppo di pazienti. Lo studio è tuttora in fase di svolgimento e il follow-up dei pazienti è stato stabilito in un range di 12 mesi.
Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use CINAHL	Iñaki Martín-Lesende, Estibalitz Orruño, Amaia Bilbao, Itziar Vergara, Mª Carmen Cairo, Juan Carlos Bayón, Eva Reviriego, María Isabel Romo, Jesús Larrañaga, José Asua, Roberto Abad and ElizabeteRecalde (2013)	RCT	Sono stati selezionati per lo studio 58 pazienti con un'età media di 81 anni suddivisi in gruppo sperimentale (28) e gruppo di controllo (30).	I dati sono stati raccolti tramite telemonitoraggio, che consisteva in trasmissioni giornaliere dalle abitazioni dei pazienti dei parametri clinici misurati con un assistente intelligente "phone digital assistant (PDA)", con l'aiuto degli operatori sanitari.	Nello studio non c'è stata una differenza significativa delle visite a domicilio da parte degli infermieri (p=0.169). Tuttavia si è visto come la ri-ospedalizzazione sia un evento meno presente nel gruppo sperimentale rispetto ai controlli (RR= 0.66, p=0.033). si è anche visto come non sia presente una differenza significativa nell'insorgenza di complicanze, sebbene risulti significativo il maggior uso del telefono per la risoluzione di tali problemi (p<0.001). In conclusione il telemonitoraggio domiciliare può costituire un modo alternativo benefico di assistenza sanitaria per i pazienti anziani clinicamente instabili.
Implementation of a telehealth programme for patients with severe chronic obstructive pulmonary deseas treated whit long term oxygen therapy CINAHL	Francisco Jodar-Sanchez, Francisco Ortega, Carlos Parra, Cristina Gomez-Suarez, Ana Jordan, Pablo Perez, Patricia Bonachela, Sandra Leal and Emilia Barrot (2012)	RCT	Pazienti affetti da BPCO N=45 Di cui Gruppo controllo = 21 Gruppo studio =24	I pazienti misurano i loro segni vitali dal Lunedì al Venerdì. I PV sono stati acquisiti 20 minuti dopo l'assunzione della terapia inalatoria prescritta, seduti e a riposo, e durante la terapia con l'ossigeno. All'inizio dello studio il personale infermieristico installa le apparecchiature a casa del paziente educandoli all'utilizzo.	Il programma di telemedicina per i pazienti con BPCO molto grave è risultato essere tecnicamente fattibile. Il modello olistico è stato efficace nel rilevare complicanze e l'emissione di una risposta clinica pronta e nel ridurre le entrate in pronto soccorso (P=0.25). Ci sono state differenze clinicamente importanti nel migliorare la qualità della vita in entrambi i gruppi (P=0.53). Non è stata osservato un netto miglioramento nell'utilizzo delle risorse sanitarie e nella qualità di vita, ma c'è stata una riduzione significativa delle visite a reparto. Nel complesso, c'era un alto livello di soddisfazione sia per i pazienti che per gli operatori sanitari con il programma di telemedicina.
Efficacy of multiparametric telemonitoring on respiratory outcomes in elderly people with COPD: a randomized controlled trial CINAHL	Claudio Pedone, Domenica Chiurco, Simone Scarlata, Raffaele Antonelli Incalzi (2013)	RCT	Pazienti affetti da BPCO >65 anni di età 99 pazienti Di cui N 49= Gruppo di controllo N 50= gruppo sperimentale	Software con sistema di monitoraggio in tempo reale. Il sistema di monitoraggio è presente sul web e vi si accede attraverso un sistema sicuro. La registrazione dei PV del paziente è per lo più automatica: i pazienti devono solo indossare il braccialetto e accenderlo, mantenendo il cellulare nella gamma della trasmissione bluetooth.	I dati suggeriscono che, rispetto alle cure standard, un sistema di monitoraggio remoto multi-parametrico può ridurre le riacutizzazioni di BPCO diminuendo i ricoveri correlati, infatti grazie al TH Il tasso di incidenza di eventi respiratori era il 28% nel gruppo di telemonitoraggio vs.42% nel gruppo di controllo rapporto tasso di incidenza: 0.67,95% CI:0,32-1,3. Le cifre corrispondenti per i ricoveri ospedalieri erano13% vs 20%, rispettivamente (IRR: 0.66,95% CI:0,21-1,86). Questa esperienza favorevole deve essere replicata in grandi popolazioni per ottenere una potenza statistica sufficiente. Si evidenziano meno sforzi economici dedicati alla farmacologia, e più per l'innovazione tecnologica. Questo studio aggiunge ulteriori prove al fatto che il telemonitoraggio può essere utilizzato come componente della cura della BPCO.
Home Telecare Study for Patients with Chronic Lung Disease in the Sydney West Area Health Service CINAHL	Tal Shany, Michael Hession, David Pryce, RowenaGalangb, Mary Roberts, Nigel Lovella, and Jim Basilakisa. (2010)	RCT	Pazienti affetti da BPCO N=42 pazienti randomizzati	Utilizzo di un programma computerizzato che è stato progettato per stratificare i pazienti in tre sottogruppi in base alla loro durata nel programma CCR-Plus (nuovo, a medio termine, e lungo termine). Utilizzo di un diario elettronico, ai vari pazienti vengono consegnati questionari sul monitor per valutare i loro sintomi, i segni e il benessere generale.	Sulla base dei risultati intermedi di questo studio, utilizzando telemonitoraggio domiciliare per gestire pazienti affetti da BPCO sembra che vi sia un numero medio significativamente inferiore di contatti al giorno nel gruppo di controllo rispetto al gruppo di intervento (0,08 0,04 vs 0,15 0,08, rispettivamente; p <0.01). Ciò è direttamente attribuito ad un aumento significativo del numero medio di chiamate al giorno nel gruppo di intervento. Risulta esserci una scarsa accettazione da parte del personale sanitario di tale metodica ed un'alta accettazione da parte del paziente. L'outcome negativo nel personale è dovuto principalmente alla poca chiarezza utilizzata nello spiegare le procedure da utilizzare. Nonostante la dimensione del campione relativamente piccolo, più di 30mila misurazioni sono state ricevute da pazienti per quasi un anno, fornendo una quantità di dati che è potenzialmente disponibile per migliorare la gestione clinica remota del paziente.

TITOLO/ BANCA DATI	AUTORE/ANNO	METODOLOGIA	CAMPIONE	STRUMENTI RACCOLTA DATI	RISULTATI
Impact of telehealth on general practice contacts: findings from the whole systems demonstrator cluster randomised trial CINAHL	Martin Bardsley, Adam Steventon e Helen Doll (2013)	RCT	Pazienti affetti da BPCO e altre patologie N = 2317 Di cui N 1098= Gruppo di controllo N 1219= Gruppo di intervento	Monitoraggio dei PV da parte dei pazienti raccolti tramite questionario presente sul web della piattaforma di Telenursing.	In questo studio, l'uso della telemedicina per le persone con malattie croniche non sembra associato a cambiamenti nella frequenza con cui le persone hanno contattato i medici generici e gli infermieri (p=0.465). Questo suggerisce il timore diffuso che con un uso maggiore di questa tecnologia possa aumentare il carico di lavoro primario. Al contrario, non sono state individuate prove che la telemedicina ha portato ad una significativa riduzione del carico di lavoro.
Telhealthcare for chronic obstructive pulmonary disease COCHRANE	McLean S, Nurmatov U, Liu JLY, Pagliari C, Car J, Sheikh A (2011)	Revision sistematica	Studi condotti su pazienti affetti da BPCO, senza esclusione per età, sesso, etnia, lingua parlata. Sono stati esclusi gli studi condotti su pazienti affetti solo da asma.		Il Telehealthcare è stato associato ad un aumento clinicamente significativo della qualità della vita in due studi con 253 partecipanti (differenza media -6,57 (95% intervallo di confidenza (CI) -13,62 a 0,48); minima differenza clinica significativa. Il Telehealthcare ha mostrato una significativa riduzione del numero di pazienti con uno o più accessi in dipartimento di emergenza nell'arco di 12 mesi; odds ratio (OR) 0.27 Non vi era alcuna differenza significativa negli studi condotti in sala operatoria, per quanto riguarda le morti nei 12 mesi posteriori all'intervento, tra il gruppo telehealthcare rispetto al gruppo di cure convenzionali

CONCLUSIONI

Esaminando il progresso tecnologico nel campo della medicina, emerge sempre più rafforzato uno degli obiettivi principali dell'attività medica: il miglioramento della qualità di vita.

Proprio le applicazioni telematiche possono portare innumerevoli vantaggi, tutti riferibili all'obiettivo di rendere migliore la vita delle persone.

Telemedicina e tele-assistenza, secondo il documento, sono quindi un possente veicolo d'innovazione globale del settore sociosanitario, in quanto incidono sulla gestione e razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse umane, nonché sulla qualità delle cure, perché rendono possibile un più intenso interscambio tra operatori sanitari (specialisti e medici di Medicina Generale) e tra questi ed i pazienti.

Inoltre, riducono il costo sociale delle patologie, potenziano la gestione delle cure e dell'assistenza da parte dei pazienti stessi per aspetti che possono trattare autonomamente.

Con la telemedicina, infatti, vi è un annullamento delle distanze spazio-temporali, tempestività delle diagnosi e, di conseguenza, delle terapie, una riduzione dei costi, possibilità per il paziente di essere seguito da un'equipe altamente specializzata (Korb, 2010).

La telemedicina, perciò, concepita per

migliorare la qualità della vita, è da considerarsi eticamente valida proprio perché orientata verso il paziente, considerato prima di tutto una persona.
Certamente, essa non si pone in alternativa alla medicina tradizionale, ma ne diventa un valido supporto, grazie all'enorme contributo e alle facilitazioni che offre al lavoro del personale sanitario.
La telemedicina, quindi, si pone come supporto alla riorganizzazione del Sistema Sanitario nazionale, contribuendo all'abbattimento dei costi e alla riduzione dei disservizi delle strutture nelle quali si è verificano carenze di personale; come supporto all'attività professionale degli operatori sanitari, diventando garanzia di continuità di cura del paziente, grazie alla cooperazione tra le diverse strutture dislocate sul territorio; come supporto ai cittadini che acquistano la possibilità di partecipare in maniera più attiva alla scelta delle proprie cure, oltre che una maggiore responsabilità nei confronti della propria salute.
Tuttavia, se la telemedicina non verrà adeguatamente accompagnata da una revisione globale delle organizzazioni sanitarie coinvolte (comprese quelle che continuano a svolgere pratiche tradizionali), tale applicazione rischierà di tramutarsi in un costo aggiuntivo, oltre che sfociare in un fallimento dal punto di vista clinico (Bardsley, 2013).
Dalla revisione della letteratura appena effettuata emergono risultati controversi. Alcune volte, la telemedicina risulta essere efficace nel ridurre ri-ospedalizzazioni e migliorare la qualità di vita, altre, invece, mostra gli stessi risultati delle cure abituali o addirittura peggiori.
Studi evidenziano come le riammissioni ospedaliere siano significativamente diminuite nel gruppo sperimentale rispetto ai controlli. Inoltre, anche il numero di complicanze diminuisce significativamente insieme al miglioramento della qualità di vita (Calvo, 2013; Blumenthal 2014; McLean, 2011).
Tuttavia, alcuni autori sostengono che la telemedicina non possa portare benefici scientificamente rilevanti (Bardsley, 2013; Ringbæk, 2015; Steventon, 2016). Soprattutto, ritengono che un problema fondamentale sia il maggior carico di lavoro che i medici e gli infermieri si troverebbero ad accusare dovuta alla mancanza di conoscenze da parte dei malati. Non è stato notata, inoltre, una differenza significativa per quanto riguarda riospedalizzazioni e riduzione delle complicanze.
È importante approfondire gli studi clinici randomizzati su un più ampio campione di pazienti per poter dimostrare la fattibilità, il gradimento ed anche la tendenza ad un contenimento dei costi della telemedicina, in quanto la maggior parte dei trial analizzati non presenta un campione sufficientemente vasto.
Infatti, nonostante buoni risultati, sia in termini clinici che economici, siano riportati in letteratura, soltanto attraverso studi clinici randomizzati e controllati su adeguati campioni di pazienti sarà possibile fornire indicazioni precise e valide (Pedone, 2013).

AUTORI:
Marco Di Nitto, studente CdL magistrale in Infermieristica, Università di Tor Vergata, Roma;
Eva La Penna; studente CdL magistrale in Infermieristica, Università di Tor Vergata, Roma;
Tina Zerulo, studente CdL magistrale in Infermieristica, Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Bardsley M, Stevenson A, Doll H, *Impact of telehealth on general practice contacts: findings from the whole systems demonstrator cluster randomised trial.* Health Services Research 2013, 13:118; 2013.
Bentley C. L, Mountain G. A, Thompson J, Fitzsimmons D. A, Lowrie K, Parker S. G. & Hawley M.S, *A pilot randomised controlled trial of a Telehealthintervention in patients with chronic obstructivepulmonary disease: challenges of clinician-leddata collection.* Bentley et al. Trials 15:313; 2014.
Berkhof F.F, Van Den Berg J.W. K, Uil S.M & Kerstjens H.A.M, *Telemedicine, the effect of nurse-initiated telephone follow up, on health status and health-care utilization in Copd patients: a randomized trial.* Respirology. 20(2), 279-285; 2015.
Blumenthal J. A, Emery C.F, Smith P.J, Keefe F.J, Welty-Wolf K, Mabe S. & Palmer S. M, *The effects of a telehealth coping skills intervention on outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: Primary results from the INSPIRE-II study.* Psychosom Med. 76(8), 581-592; 2014.
Calvo G.S, Gómez-Suárez C, Soriano J.B, Zamora E, Gónzalez-Gamarra A, González-Béjar M. & Ancochea J, *A home telehealth program for patients with severe Copd: The PROMETE study Respiratory Medicine.* 108(3), 453-462; 2014.
Cartwright M, Hirani S.P, Rixon L, Beynon M, Doll H, Bower P & Newman S.P, *Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (whole systems demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial.* BMJ (Online). 346(7897), f653; 2013.
Chun Chau J, Tze-Fan Lee D, Sau-Fung Yu D, Yeung-Ming Chow A, Wai-Cho Y, Sek-Ying C, S.F.Lai A, Yuk-Ling Chick, *A feasibility study to investigate the acceptability and potential effectiveness of a telecare service for older people whit chronic obstructive pulmonary disease.* International journal of medical informatics 81 (2012) 674-68; 2012.
Fairbrother P, Pinnock H, Hanlet J, McCloughan L, Shekh A, Pagliari C, MCKinstry B, *Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease.* Patient education and counseling 93 403-410; 2013.
Flemming Witt Udsen, Heyckendorff Lilholt P, Hejlesen O, Holger Ehlers L, *Effectiveness and cost-effectiveness of telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: study protocol for a cluster randomized controlled trial.* Clinicaltrials.gov, NCT01984840, november 14, 2013.
Ghosh S, O'Kelly N, Roberts E, Barker C & Swift J, *Combined interventions for Copd admissions within an urban setting.* British Journal of Health Care Management. 22(3), 123-131; 2016.

Henderson C, Knapp M, Fernández J, Beecham J, Hirani S.P, Cartwright M & Newman S.P, *Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (whole systems demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial.* BMJ (on line). 346(7902), f1305; 2013.
Jehn M, Donaldson G, Kiran G, Liebers U, Mueller K, Scherer D, Endlicher W & Witt C, *Tele-monitoring reduces exacerbation of Copd in the context of climate change–a randomized controlled trial.* Jehn et al. Environmental Health; 2013.
Jo F, Sanchez D, Ortega F, Parra C, Gomez C, Suaez, Jordan A, Perez P, Bonachela P, Leal S & Barrot E, *Implementation of a telehealth programme for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease treated with long-term oxygen therapy.* Journal Telemed Telecare 2013 19:1; 2013.
Keir e Lewis, Annandale J.A, Warm D, Lewis M, Lewis L, *Home telemonitoring and quality of life in stable optimized chronic obstructive pulmonary disease.* Journal of Telemedicine and Telecare 2010; 16: 253–25; 2010.
Korb H, Denz M.D, Nerlich M&Wessel K.F, *Telemedicine-Its state and perspectives in consideration of the humanontogenetic principle based upon the unity of complexity and space.* Human _ ontogenetics4(1), 31-42; 2010.
Martín-Lesende, I., EstibalitzOrruño, Amaia Bilbao, ItziarVergara, Mª Carmen Cairo, Juan Carlos Bayón, Eva Reviriego, María Isabel Romo, Jesús Larrañaga1, José Asua, Abad R, Recalde E, *Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use.* Health Services Research 2013, 13:395; 2013.
McDowell J.E, McClean S, FitzGibbon F&Tate S, *A randomised clinical trial of the effectiveness of home-based health care with telemonitoring in patients with Copd.* J Telemed Telecare. 21(2), 80-87; 2015.
McLean S, Nurmatov U, Liu J.L.Y, Pagliari C, Car J & Sheikh A, *Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease (review).* The Cochrane Collaboration; 2011.
Paré G, Poba-Nzaou P, Sicotte C, Beaupré A, Lefrançois É, Nault D & Saint-Jules D, *Comparing the costs of home telemonitoring and usual care of chronic obstructive pulmonary disease patients: a randomized controlled trial.* Eur Res Telemedicine. 2(2), 35-47; 2013.
Pedone C, Chiurco D, Scarlata S, Antonelli Incalzi R, *Efficacy of multiparametrictelemonitoring on respiratory outcomes in elderly people with Copd: a randomized controlled trial.* Health Services Research 2013, 13:82; 2013.
Ringbæk T, Green A, Laursen L.C, Frausing E, Brøndum E.&U, S.C, *Effect of telehealth care on exacerbations and hospital admissions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial.* International Journal of Copd, 2015.
Rixon L, Shashivadan P. Hirani, Cartwright M, Beynon M, Selva A, Sanders Santon C, Newman P, *What influences withdrawal because of rejection of telehealth the whole systems demonstraton evaluation.* Journal of Assistive Technologie 7:219-227; 2013.
Hughes R.G, *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; Robert Wood Johnson Foundation. p. 135-145, 2008.
Sorknaes A.D, Bech M, Madsen H, Titlestad I.L, Hounsgaard L, Hansen-Nord M. & Østergaard B, *The effect of real-time teleconsultations between hospital-based nurses and patients with severe Copd discharged after an exacerbation.* Journal of Telemedicine and Telecare. 19(8), 466-474. 2013.
Steventon A, Ariti C, Fisher E, Bardsley M, *Effect of telehealth on hospitalutilisation and mortality in routineclinical practice: a matched controlcohort study in an early adopter site.* BMJOpen 6:e009221. 2016.
Tabak M, Brusse-Keizer M, Van der Valk P, Hermens H. & Vollenbroek-Hutten M, *A telehealth program for self-management of Copd exacerbations and promotion of an active lifestyle: a pilot randomized controlled trial.* International Journal of Copd, 2014.
Talshany M.H, Pryce D, Galangb R, Roberts M, Lovella N, Basilakisa J, *Home Telecare study for patients with Chronic Lung Disease in the Sydney west area health service.* Global Telehealth 10.3233/978-1-60750-659-1-13.
Te-Wei H, Chun-Ta H, Herng-Chia C, Sheng-Yuan R, Yi-Ju T, Chong-Jen Y & Feipei L, *Effectiveness of Telemonitoring in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Taiwan-ARandomized Controlled Trial.* Scientific Reports I 6:23797 I DOI: 10.1038/srep23797; 2016.
Venter A, Burns R, Hefford M, Ehrenber N, *Results of a telehealth-enabled chronic care management service to support people whit long condition at home.* Journal of Telemedicine and Telecare 2012; 18: 172–17; 2012.
Vestbo J, Hurd S.S, Agustí A.G, Jones P. W, Vogelmeier C, Anzueto A & Rodriguez-Roisin R, *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.* GOLD executive summary 187(4), 347–365; 2013.
Walters J.A. E, Cameron-Tucker H, Courtney-Pratt H, Nelson M, Robinson A, Scott J, Turner P, Haydn E.W, Wood-Baker R, *Supporting health behaviour change in chronic obstructive pulmonary desease whit telephon healt mentoring: insights from a qualitative study.* BMC Family Practice 201; 2012.

Il benessere organizzativo sanitario in Italia

Una revisione della letteratura

di Fiorenza Misale, Alessandra Falcioni

ABSTRACT

Il benessere organizzativo è l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative (1).

Lo scopo di questo studio è stato di valutare il benessere organizzativo confrontando diverse realtà lavorative sanitarie nel panorama italiano.

È stata condotta una revisione della letteratura nel periodo tra il dicembre 2016 e il febbraio 2017 su banche dati quali Pubmed, ILISI e siti governativi, relativa agli ultimi dieci anni e rispetto a tale argomento.

La ricerca bibliografica ha individuato un totale di 1047 articoli scientifici, di cui 15 pertinenti allo scopo della nostra revisione. Da quelli analizzati si evince come il benessere organizzativo sia influenzato da una pluralità di fattori e di variabili spesso concomitanti tra loro che influenzano la percezione del rischio lavorativo, aumentando così l'incidenza di infortuni in ambito lavorativo.

Si è potuto notare che le organizzazioni che investono sulla salute ed il benessere mantengono un basso tasso di assenteismo, riducono il numero dei contenziosi legati alle malattie e alle lesioni, riescono a far emergere i talenti migliori e a conservare le persone più competenti.

L'impegno del *management*, la comunicazione efficace, la formazione del personale e il coinvolgimento di esperti, rappresentano i predittori di efficacia individuati al fine di realizzare il coinvolgimento attivo di tutti i lavoratori.

Parole-chiave: salute organizzativa, benessere organizzativo, infermieri, Italia, revisione

INTRODUZIONE

La valutazione dei rischi, con l'adozione del D. Lgv n.81 del 9 aprile 2008 ha allargato i suoi confini della tutela dei lavoratori al benessere psichico e sociale prevedendo anche lo stress lavoro correlato; e ha fatto sì che, accanto agli aspetti più propriamente tecnici anche quelli organizzativi devono essere analizzati, per individuare i principali determinanti in grado di indurre insoddisfazione e stress nell'ambiente di lavoro (2).

Il concetto di salute si emancipa dal semplice tema della sicurezza nel momento in cui vengono posti come centrali anche gli aspetti psicologici dello stare a lavoro (3). Da un'indagine condotta in Italia da Inail e Istat sulla percezione dei rischi sui luoghi di lavoro, è emerso che per il 16,2% lo stress, la depressione e l'ansietà rappresentano una fonte di disagio per chi pratica o ha svolto un'attività lavorativa (4).

Infatti, il benessere organizzativo, la salute e la qualità della vita negli ambienti di lavoro sono diventati temi importanti nel *management* sanitario (5, 6).

Per il fatto di appartenere ad un'organizzazione o di essere parte di un gruppo, si condividono una sensibilità, un clima, delle prassi che contengono un potenziale più o meno alto di rischio e tutti i gruppi di lavoro hanno bisogno di una organizzazione per poter funzionare, hanno bisogno di sinergie in grado di orientare l'operato al fine di raggiungere la meta e garantire la sopravvivenza, cosicchè l'organizzazione diviene quindi un elemento imprescindibile della vita sociale dell'uomo, un artifizio importante che si modella e si adatta alle esigenze del gruppo e del contesto in cui questo opera (7, 8).

Lo scopo di questa revisione della letteratura è di valutare il benessere organizzativo in ambito sanitario confrontando le diverse realtà lavorative nel panorama italiano.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione della letteratura nel periodo tra il dicembre 2016 e il febbraio 2017 su banche dati quali Pubmed, ILISI, CINAHL e siti governativi, re-

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Articoli in lingua italiana e inglese	Articoli in altre lingue
Articoli che trattano di clima organizzativo e benessere	Articoli che trattano di organizzazione
Articoli che trattano della sindrome di *burn-out*	Articoli che trattano il *mobbing*
Articoli che indagano lo stato di salute organizzativa sanitaria	Articoli che analizzano ambito non sanitario
Articoli svolti in ambito Italiano	Articoli in ambito extra europeo
articoli pubblicati posteriormente l'anno 2006	Articoli pubblicati precedentemente l'anno 2006

Tabella 1. Criteri di eleggibilità

BANCHE DATI	QUERIES DI RICERCA
Pubmed Consultato il 12/02/2017	"nurse job satisfaction" AND "Italy" "wellbeing health AND stress" "wellbeing" AND "job satisfaction"
ILISI - Consultato il 2/12/2016	"Benessere organizzativo"
CINAHL - Consultato il 10/01/2017	"job satisfaction AND nurses"

Tabella 2. Quesiti della ricerca bibliografica

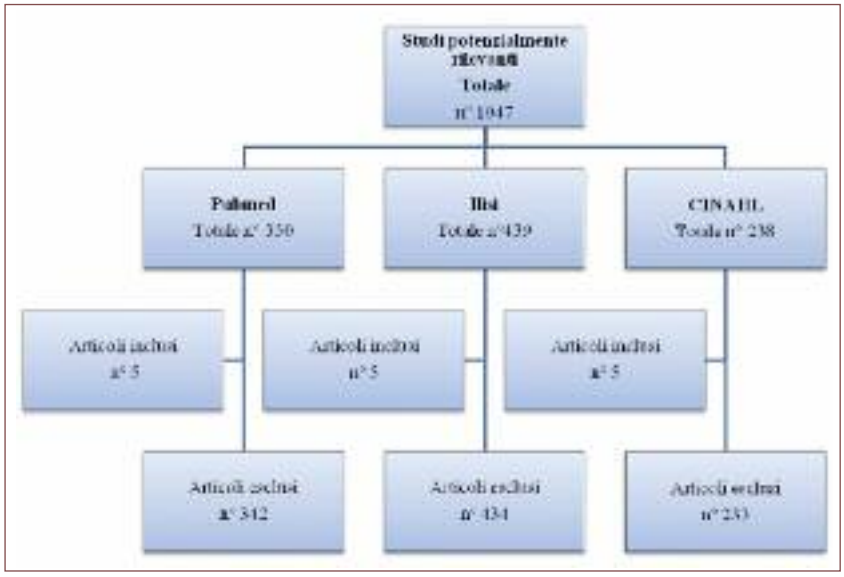


Figura 1. *Flow-chart* del processo di ricerca bibliografica

lativa agli ultimi dieci anni.
Le parole-chiave utilizzate, sia in lingua italiana che inglese, per la costruzione dei quesiti di ricerca sono state: benessere organizzativo, *nurse job satisfaction, wellbeing health, stress, wellbeing, nurses e Italy* insieme agli operatore booleani "and" e "or" e/o allargare per restringere il campo della ricerca.
I criteri di eleggibilità che rappresentano i criteri di inclusione ed esclusione degli articoli sono stati descritti in tabella 1.
I quesiti di ricerca bibliografica adottati, invece, sono stati illustrati nella tabella 2.

RISULTATI

La ricerca bibliografica ha individuato un totale di 1047 articoli scientifici, di cui 15 pertinenti allo scopo della nostra revisione.
Il processo di ricerca bibliografica è stato rappresentato in una *flow-chart* come illustrato nella figura 1.
Dalla valutazione degli articoli è emerso che la numerosità campionaria è compresa da 20 a 4751 unità.
Gli studi sono sia qualitativi che quantitativi per indagare meglio tutti gli aspetti che possono incidere sul benessere organizzativo.
I campioni degli studi sono, per la maggior parte, in ambito sanitario riferiti a infermieri.
Gli strumenti utilizzati sono essenzialmente questionari e *focus group.*
Il contesto della revisione riguarda il panorama italiano, in particolare nelle regioni: Lazio, Puglia, Sicilia, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Piemonte e in minoranza non specificate.
I risultati sono sintetizzati nella tabella 4.
Dagli articoli analizzati si evince come il benessere organizzativo sia influenzato da una pluralità di fattori, molto spesso concomitanti, che inoltre influenzano la percezione del rischio lavorativo e aumentano l'incidenza di infortuni in ambito lavorativo quali: carico lavorativo (9; 11; 14; 15; 16; 19; 22; 23); valorizzazione ruolo (9; 10; 11, 14; 16; 17; 18; 19; 23); soddisfazione e/o *burn-out* (9; 10; 14; 15; 19; 20; 21; 22; 23); tipologia di struttura d'appartenenza lavorativa (12; 20); rapporto con i colleghi (16; 18; 20), mentre tra le variabili: sesso (13; 19), età e anzianità lavorativa (17; 18), unità di appartenenza (13; 15) appartenenza culturale (15), condizione psicologica (9; 10; 11; 12; 15; 18; 22; 23).

DISCUSSIONE

La letteratura scientifica in materia di stress lavoro correlato, costituisce uno dei filoni di indagine più consistente della psicologia di salute in termini di lavoro (24). In un'indagine promossa dalla Fondazione europea per il Miglioramento di Vita e di Lavoro, risulta essere la condizione maggior percepita in associazione con il deterioramento della salute (25).
Le organizzazioni che investono sulla salute ed il benessere mantengono un basso tasso di assenteismo, riducono il numero dei contenziosi legati alle malattie e alle lesioni, riescono a far emergere i talenti migliori e a conservare le persone più competenti (26), dato che gli individui con un alto livello di auto-efficacia (ovvero, *self-efficacy*), in situazioni di stress tendono a concentrarsi sul problema, sicuri di poter intervenire per risolverlo, mentre coloro che hanno un basso livello di auto-efficacia si fanno influenzare soprattutto dalle emozioni anziché reagire agli stressor che hanno determinato il problema (27).
I lavoratori assumono un ruolo centrale nella valutazione della qualità in ambito del benessere organizzativo espressa in termini di percezione e di esperienza: fondamentale, a tal riguardo, è l'attenzio-

ANNO	AUTORI	DISEGNO DI RICERCA	NUMEROSITÀ CAMPIONARIA	STRUMENTI	LUOGO	RISULTATI	CONCLUSIONI
Non noto (9)	Cosentino L, Caldararo C, Fiordiso D, Cosentino C	Studio quantitativo descrittivo	n. 211 infermieri	Questionario multidimensionale (MOHQ)	Lecce Ospedali, Asl	Percezione negativa dello stato di salute organizzativa (cut-off al di sotto valore soglia 2,6%). Le sei dimensioni critiche (percezione dei dirigenti, percezione di equità organizzativa, percezione del conflitto e dello stress, percezione del conflitto e dell'isolamento) indicano l'assenza/carenza di una sana convivenza organizzativa. Condizione di frustrazione ed affaticamento.	Necessità di miglioramento nella salute organizzativa nelle singole realtà, tenendo conto delle proposte formulate dai lavoratori e riferite alle aree più sensibili dal loro punto di vista.
2006 (10)	Tabolli S, Ianni A, Renzi C, Di Pietro C, Puddu P	Studio quantitativo comparativo	n. 545 infermieri	Questionario MBI e GHQ-12	Roma IDI sanità	La maggiore durata d'impiego è significativamente correlata all'esaurimento emotivo (OR =2.9; IC 95% =1.0-8.8; p=0,047) mentre l maggiore soddisfazione emotiva sembra proteggere dalla condizione. L'analisi della soddisfazione lavorativa è stato espresso un punteggio globale medio di 6.2. Il giudizio sulla gestione della propria UO, opportunità di crescita professionale, chiarezza e appropriatezza delle responsabilità, giudizio su spazio e materiali sono i quattro fattori sono responsabili del 61% della varianza. Il personale esprime totale livelli medi moderatamente alti di *burn-out* nelle sottoscale dell'esaurimento emotivo. La soddisfazione lavorativa costituisce un fattore protettivo per l'ansia e la depressione.	Il riscontro che più di un terzo degli infermieri coinvolto nello studio abbia un esaurimento emotivo e che più di un terzo abbia ansia e depressione pone le Direzioni sanitarie ad programmare interventi specifici opportuni.
2007 (11)	Alvaro R, Sili A	Studio comparativo	n. 965 infermieri	Questionario	Roma Az. Osp. Tor Vergata Pol. Sant. Andrea, Az. Osp. Pertini, Az. Osp. Fatebenefratelli	Il lavoro è particolarmente stressante e nella maggior parte dei casi ritengono di non avere né appropriata conoscenza e né capacità tecniche per alcune funzioni assistenziali, poca possibilità di carriera o impensabile, poca chiarezza nella comunicazione dei cambiamenti organizzativi, fatica fisica mentale e sovraccarico di lavoro.	Esigenza di attivare una relazione migliore tra infermiere ed organizzazione per evitare un accettazione passiva delle regole organizzative. Lo stato di disagio e di diffidenza di tipo *top down* rischiano di fallire se non adeguatamente valutati. È necessaria un rimodellamento delle strutture, funzioni e competenze per evitare che si renda più precario il senso di appartenenza, l'identità sociale e professionale dell'infermiere. Esigenza di considerare gli infermieri come soggetti di cui prendersi cura al pari degli utenti.
2008 (12)	Di Nuovo S, Zanchi S	Studio quantitativo e quantitativo	n. 136 infermieri	Scheda rilevazione funzionali delle aziende	Catania settore pubblico e privato (varie aziende tra cui sanitarie)	Il maggiore stress emotivo si manifesta nei lavoratori che rivestono maggiori responsabilità. I lavoratori di aziende Private rispetto a quelli pubblici attribuiscono livelli di salute significativamente più alti alle organizzazione di cui appartengono. La soddisfazione lavorativa è connessa significativamente con gli aspetti emotivi e con il clima delle organizzazioni.	È fondamentale la partecipazione del lavoratore alla *mission* aziendale che passa attraverso la percezione del clima emotivo dell'organizzazione e al grado di identificazione della struttura. Nel settore privato, oltre ad una maggiore percezione della salute dell'azienda, si manifesta una maggiore attenzione sia ai problemi dell'utenza e sia a quanto può favorire ed incrementare l'azienda stessa, profitto incluso.
2008 (13)	Argentero P, Setti I	Studio quantitativo comparativo	n. 298 operatori Di cui n. 83 personale ambulanze, n. 42 del 118, n. 112 vigili del fuoco n. 62 forze dell'ordine	Questionario versione italiana (OCS)	Pavia	Gli operatori del 118 presentano i punteggi (test ANOVA) più bassi in relazione sia all'energia (M =1.98) impiegata sul lavoro sia al coinvolgimento (M=1.68) dimostrato rispetto alla struttura d'appartenenza, scarso controllo (M=3.11) sulle attività svolte e di integrazione sociale nel team lavorativo I soggetti di sesso maschile (M= 3.26) sono più integrati nel team di lavoro rispetto alle donne (M=3.03). Il carico di lavoro è percepito in maniera minore nei soggetti con esperienza nel settore di media e lunga durata, compresa tra 6 e12 anni (M=3.19) e tra 13 e 20 (M. =3.15).	I risultati saranno utili per impostare interventi preventivi di carattere formativo, organizzativo e gestionale nel settore dell'emergenza, con lo scopo di raggiungere una maggiore consapevolezza nei soggetti dei rischi psicologici legati al loro lavoro e alle strategie di *coping* da adottare per farvi fronte; incrementando così la qualità della vita lavorativa, fornendo agli operatori le competenze e gli strumenti necessari per affrontare nella maniera più efficace le attività lavorative quotidiane.
2008 (14)	Cappitella C	Studio quali-quantitativo	n.71 infermieri	Focus group questionari	Roma Policlinico Tor Vergata	Dallo studio con il focus group per quanto riguarda il livello organizzativo-strutturale: sovraccarico lavorativo, difficoltà nel processo di accoglienza, nel processo amministrativo, logistica. Le criticità emerse per quanto riguarda il livello individuale e relazionale sono: valorizzazione del ruolo dell'infermiere, la comunicazione, la formazione professionale e specifica.	Dall'analisi del contesto organizzativo la percezione del ruolo dell'infermiere e della mancanza di comunicazione con altre figure professionali sono gli elementi critici. L'obiettivo di un manager dovrebbe essere quello di creare al lavoratore un ambiente dove egli possa esprimere le proprie abilità, capacità, attitudini. Importanza della comunicazione tra singolo lavoratore e l'azienda per favorire il senso di appartenenza e di integrazione.

Tabella 4. Risultati dei campioni di studio

ANNO	AUTORI	DISEGNO DI RICERCA	NUMEROSITÀ CAMPIONARIA	STRUMENTI	LUOGO	RISULTATI	CONCLUSIONI
2009 (15)	Violante S, Benso PG, Violante B	Studio quantitativo	n. 137 infermieri	Questionario	n. 8 reparti Azienda Ospedaliera Di S. Croce e carle Cuneo	Per quanto concerne l'auto-percezione di soddisfazione personale: 94 soggetti si ritengono soddisfatti e 43 insoddisfatti. Rispetto all'intero campione hanno presentato elevati livelli di burn-out il 27,8% dei soggetti nella scala EE, il 19,7% nella scala DP, e il 43,1% nella scala RP. La percezione negativa della componente psicosociale è stata osservata per le variabili: carico di lavoro in generale, attenzione, sostegno sociale del capo. Le caratteristiche associate alle condizione di insoddisfazione sono state: provenienza da paese extra comunitario, assistenza a pazienti domiciliari, assunzione cronica di farmaci per natura psichica, stato di ansietà.	È necessario approfondire l'analisi dei fattori che favoriscono il disagio professionale dei lavoratori. Si dovrebbero predisporre ulteriori sopralluoghi nell'ambiente di lavoro, coinvolgimento dei lavoratori e dei responsabili tramite la formazione. Un impegno maggiore nella crescita culturale-organizzativa.
2010 (16)	Argentero P et al.	Studio quali-quantitativo	n. 20 operatori n. 150 operatori socio sanitari	Questionari self report Focus group Metodo OSFA	Dipendenti Salute Mentale nord d'Italia	Dallo studio di tipo soggettivo emerge che la presenza di percezione degli operatori è complessivamente positiva. I risultati mostrano la presenza di buoni livelli di benessere lavorativo e un basso rischio di sviluppare *burn-out.* È stata rilevata una buona auto-percezione fisica e psicologica i grado di fronteggiare gli *stressor* lavorativi in modo efficace. Le valutazioni critiche riguardano: relazione con altre persone, clima e struttura organizzativa, ruolo manageriale, carriera, interfaccia casa-lavoro, carico di lavoro, equità. La dirigenza ha un migliore rapporto con il proprio lavoro e un maggiore senso di identificazione con esso. Nella dirigenza è superiore la leadership. Mentre dallo studio con approccio oggettivo emerge che dalle quattro aree esaminate (aspetti organizzativi, sociali, correlati alla sicurezza, e gestionali) i punteggi risultano piuttosto bassi i ciascuna area. Per quanto riguarda l'area relativa agli aspetti di sicurezza c'è una forte concentrazione e vigilanza nello svolgimento delle mansioni.	Dal confronto dei due approcci, emerge come quello soggettivo possa presentare una serie di limiti, derivante dal fatto che fornisce una misura dello stress "percepito", al contrario l'approccio obiettivo permette di effettuare un analisi delle condizioni di lavoro identificando i particolari aspetti lavorativi su cui intervenire per eliminare o ridurre le fonti di stress presenti nel luogo di lavoro. Risulta opportuno sviluppare un programma di intervento nell'area di sicurezza, pianificare un intervento mirato all'area degli aspetti gestionali attraverso un sistema di comunicazione della valutazione delle prestazioni.
2011 (17)	Di Donato B	Studio quantitativo	n. 127 infermieri	Questionario	Roma Az. Osp. Fatebene-fratelli	La soddisfazione lavorativa confrontata con l'età ha riscontrato che il 92% degli intervistati è soddisfatto (tra i 23-34 anni), il 77% tra i 45 anni e 59 anni) è gratificato dal proprio lavoro. I lavoratori che hanno uno e quattordici anni di carriera professionale si ritengono soddisfatti sul lavoro. Sul valore della formazione sono risultati più soddisfatti quelli con laurea universitaria di 1 livello (89%). L'89, 8% degli intervistati riferisce che esiste una scarsa possibilità di promozione ed è sorta un alta insoddisfazione in merito alle effettive possibilità di carriera (75,7%). Il 77% sono soddisfatti delle indennità percepite (sistema premiante). Il fattore "premi di base" per il 50% il lavoro svolto non è apprezzato.	L'indagine condotta rappresenta un nuovo modo di concepire la professione infermieristica, centrata sulla promozione e formazione che porterebbero al raggiungimento di livelli totali di soddisfazione lavorativa da parte dei dipendenti.
2012 (18)	Martini M, Converso D	Studio osservazionale trasversale	n. 307 infermieri e personale ausiliario	Questionario	Piemonte Presidi ospedalieri	Il 34,9% del campione ha un valore alto di realizzazione professionale (nel campione normativo italiano è >37) il 30% medio e il 30,9% basso. Esaurimento emotivo il 32.2% valore alto, 28% medio, il 39,1% basso. Depersonalizzazione 18% valore alto, 29% medio e 50,5% basso. La depersonalizzazione ha una relazione significativa di segno positivo di EE con il job demand con l'anzianità lavorativa, le ore di lavoro settimanale, le aspettative espresse dai pazienti, il conflitto lavoro-famiglia. Mentre una relazione inversa con il supporto dei superiori e dei colleghi, con la gratificazione espressa dai pazienti e con l'arricchimento lavoro-famiglia. La realizzazione professionale ha una relazione significativa di segno positivo con il job control, il job demand, con la gratitudine espressa dai pazienti, il supporto dei superiori e dei colleghi e dell'arricchimento del lavoro-famiglia, ha invece una relazione di segno negativo con il conflitto lavoro-famiglia.	Le positive ricadute della gratitudine evidenziano inoltre, a ulteriore conferma della reciprocità del rapporto tra benessere degli operatori e soddisfazione per l'assistenza ricevuta da parte dei pazienti e della virtuosità di tale reciproco rapporto, l'opportunità di investire sulla qualità della vita organizzativa in questi ambienti al fine di alimentare la qualità del servizio offerto.
2012 (19)	Colombo L, Zito M, Ghislieri C	Studio quantitativo	n. 541 personale medico-sanitario e tecnico-amministrativo	Questionario	Un'organizzazione sanitaria del nord-ovest d'Italia	Il personale medico-sanitario, nel confronto con il sottogruppo del personale tecnico-amministrativo, ha presentato punteggi più elevati di soddisfazione lavorativa e di supporto familiare emotivo. Il punteggio medio di supporto fornito dai colleghi alle problematiche di conciliazione è invece maggiore nel personale tecnico-amministrativo che dichiara in media anche un maggiore carico di compiti di cura rispetto al personale medico-sanitario. La Dirigenza dichiara una maggiore soddisfazione Lavorativa. Passando al genere, con riferimento all'intero campione emerge una differenza di genere per quanto riguarda la percezione di supporto familiare concreto: maggiore per gli uomini e minore per le donne. Gli uomini, inoltre, dichiarano un minor carico di compiti di cura rispetto alle donne.	Dallo studio risulta fondamentale il sostegno tra colleghi, potenziare rafforzando anche il lavoro d'équipe: l'ascolto, la comprensione dei problemi lavorativi e familiari, la possibilità di confronto e di sostegno da parte dei colleghi potrebbero contribuire positivamente al benessere lavorativo per il personale medico-sanitario. Sarebbe necessario approfondire l'analisi del carico di cura al fine di individuare soluzioni mirate con riferimento alle donne e al personale tecnico-amministrativo. Sarebbe opportuno comprendere, quindi, quali sono le determinanti del benessere al lavoro distinte per categoria lavorativa risulta essere di fondamentale importanza per attivare programmi davvero efficaci a sostegno del benessere lavorativo: consolidando una cultura organizzativa sensibile al tema del benessere e un'attenta e mirata analisi dei bisogni.

Tabella 4. Risultati dei campioni di studio

ANNO	AUTORI	DISEGNO DI RICERCA	NUMEROSITÀ CAMPIONARIA	STRUMENTI	LUOGO	RISULTATI	CONCLUSIONI
2013 (20)	Turci C et al	Studio quantitativo descrittivo multicentrico	n. 4.751 Infermieri	Questionario (QUISO)	Roma ASL, Policlinici universitari, strutture private accreditate di Roma	Tutte le tipologie di strutture hanno ottenuto un punteggio sopra soglia (cut-off 2,6%) indice della presenza di stress e la fatica in ambito lavorativo benessere organizzativo. Il policlinico universitario ha ottenuto il punteggio maggiore. La presenza di pettegolezzo, la sensazione di non essere valutati adeguatamente, risentimento verso l'organizzazione e la sensazione di fare cose inutili, nelle Asl e policlinici sono indicatori negativi del benessere organizzativo. Il confort e la sicurezza sono risultati presenti solo nelle strutture sanitarie private accreditate.	È necessario che tutti gli operatori abbiano una buona salute organizzativa, ciò si ottiene predisponendo degli ambienti confortevoli e sicuri, garantendo ruoli più ricchi di spazio decisionali più ampi, preoccupandosi di contenere stress e fatica attraverso una buona pianificazione dei *turn over.*
2014 (21)	Caricati L, La Sala R et al	Studio osservazionale trasversale	n. 576 infermieri	Questionario	Parma	La soddisfazione lavorativa degli infermieri è influenzata da variabili personali quali clima lavorativo, impegno professionale.	La gestione infermieristica deve prestare attenzione a mantenere il contesto di lavoro all'atteggiamento degli individui. Il miglioramento del clima di lavoro può avere un effetto positivo sulla soddisfazione sul lavoro, ma il suo effetto può essere migliorata favorendo un forte impegno professionale e promuovendo valori intrinseci di lavoro più che estrinseca.
2015 (22)	Pisanti et al	Studio osservazionale trasversale	n. 1.479 infermieri	Questionari: Leiden quality of Work Life Questionnaire versione italiana (LQWLQ-N) Occupational coping self-efficacy scale for Nurses (OCSE)	Roma	Esigenze di lavoro più elevate, minore controllo è associato ad alti livelli di esaurimento emotivo, depersonalizzazione, stress psicologico, complicanze somatiche. Il minore controllo è dannoso solo per gli infermieri con basso OCSE.	È importante la valutazione del contesto lavorativo, e il supporto dal punto di vista emotivo. Quindi sarebbe opportuno adottare una formazione sulla gestione dello stress, che si concentra sulle opinioni degli infermieri migliorando il loro potenziale coping appropriato alle circostanze.
2016 (23)	Sansoni et al.	Studio di convenienza	n. 1.304 infermieri	Questionario		Un basso livello di soddisfazione lavorativa (IWS= 11.5, JSS=126.4). I partecipanti sono in generale soddisfatti del loro lavoro e considerano l'autonomia e lo stipendio importanti fattori per la soddisfazione lavorativa.	Gli infermieri intervistati non si sentono stressati ma si sentono ottimi e hanno dimostrato di essere ottimisti in generale. insoddisfazione nelle richieste del compito, le politiche organizzative e nell'avanzamento di carriera.

Tabella 4. Risultati dei campioni di studio

ne alla differenza di genere in maniera tale di individuare un modello di prevenzione adeguato (28).

Importantissima è la valorizzazione professionale da parte della dirigenza infermieristica, affinchè si realizzi l'implementazione del coinvolgimento degli infermieri sotto l'aspetto della comunicazione nello sviluppo di progetti e in lavori di gruppo (29).

In Sanità sono stati individuati i seguenti predittori di efficacia: impegno del management, comunicazione, formazione e coinvolgimento di sindacati e di esperti, che si possono realizzare attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i lavoratori (30, 31).

L'attenzione e gli studi sul clima e sul benessere organizzativo sono volti a migliorare non solo l'ambiente sociale e umano, ma ad incrementare la percezione del rischio lavorativo negli operatori sanitari e non, tenendo conto che, nelle strutture sanitarie i rischi psico-sociali assumono una dimensione maggiormente complessa, perché il personale risulta esposto a pericoli per la salute che comprendono non solo agenti chimici, fisici e biologici, ma anche emotivi quali, appunto, lo stress che sorge dalla tensione legata alla natura del lavoro e all'organizzazione dell'orario dello stesso (32).

CONCLUSIONI

Nel panorama italiano, il benessere organizzativo in tema di sicurezza sul lavoro è un problema di rilevante interesse soprattutto per la tutela della qualità di vita dei lavoratori, sul piano fisico e mentale.

Gli aspetti legati alle mutate condizioni sociali, anche dal punto di vista interculturale, ma soprattutto alla complessa articolazione della nostra realtà sanitaria, con differenze nelle diverse regioni, rendono necessario approfondire l'analisi dei fattori che favoriscono il disagio professionale dei lavoratori per poter attuare strategie di miglioramento del contesto e/o individuazione e rimozione delle potenziali cause.

L'uso dei questionari per valutare il clima organizzativo dei lavoratori è uno strumento limitativo.

Si dovrebbero predisporre metodi alternativi o integrativi come il coinvolgimento dei lavoratori a tutti i livelli di responsabilità, attraverso eventi formativi, valutazioni periodiche dello stato psichico e sociale attraverso interviste individuali e se necessario collettive e affrontare tematiche sanitarie tramite i *focus group.*

Inoltre, si potrebbe garantire un sempre maggiore impegno ad incentivare la crescita culturale ed organizzativa investendo su relazioni interne più salde e capaci di produrre significati e valori condivisi.

AUTORI:
Fiorenza Misale, infermiere presso l'ospedale Santo Spirito in Saxia, Roma; dottoranda di ricerca in Teoria Educativa e sociale, Università Roma Tre, Roma;
Alessandra Falcioni, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche, infermiere, Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Avallone F, Pablomatas A, *Salute organizzativa.* Milano: Raffaello Cortina Editore. 2005.

INAIL, *Tecno stress lavoro correlato: la nuova frontiera della malattia professionale. Sovrintendenza Sanitaria Centrale. Settore III.* Settore e sicurezza sui luoghi di lavoro. Ricerca. 2015. http://www.aifos.org/inst/aifos/public/data/general/files/materiali_convegni/14_15_maggio_anagni/Innocenzi_Anagni_15%20maggio.pdf ultimo accesso16/01/2017.

Fele A, Romano D.F, *Il clima e il benessere nelle organizzazioni: il caso della Biblioteca di Ateneo.* Tesi di laurea specialistica in Psicologia delle Organizzazioni e dei Comportamenti di Consumo. 2008.

Indagine ISTAT-INAIL. Rapporto Annuale. Analisi dell'andamento infortunistico 2008, 2009. Salute e sicurezza sul lavoro, in INAIL. http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/Documents/RappAnnuale2008.pdf ultimo accesso 16/01/2017.

Camerino D, Conway P.M, Lusignani M, *Condizioni di lavoro infermieristico e intensione di cambiare: risultati dello studio europeo Next in Italia.* Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche, 2005.1, 6-11.

Converso D, *Benessere Organizzativo e qualità sociale. Relazione presentata alla Giornata di Studio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino: "Disagio psico-sociale, benessere organizzativo e qualità dei servizi in Sanità".* 2005.Torino.

Bisio C, *Psicologia sulla sicurezza sul lavoro.* Firenze: Giunti. 2009.

Cordaro E, *L'analisi del benessere e del clima organizzativo per la promozione e lo sviluppo del capitale umano.* Relazione convegno "Nuove patologie professionali: il mobbing". 2004.

Cosentino L, Caldararo C, Fiordiso D, Cosentino C, Indagine sullo stato di salute organizzativa percepita dagli infemieri di area critica asl Lecce. TuttoSanità.it http://www.tuttosanita.it/ArchivioDocumenti/Interventi/Indagine%20sullo%20stato%20di%20salute.pdf ultimo accesso 16/01/2017.

Tabolli S, Ianni A, Renzi C, Di Pietro C, Puddu P, *Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infemrieristico: indagine in due ospedali di Roma.* Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia, 49-52. 2006.

Alvaro R, Sili A, *Il benessere organizzativo: la percezione degli ospedali italiani.* Professioni infermieristiche, 60(3), 139-47. 2007.

Di Nuovo S, Zanchi S, *Benessere lavorativo: una ricerca sulla soddisfazione e le emozioni positive della mansione.* Giornale di Psicologia. 2 (1-2), 7-10 ISSN 1971-9558. 2008.

Argentero P, Setti I, *Percezione del lavoro, contesti professionali e burnout negli operatori dell'emergenza.* Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia. 30 (1), 64-70 ISSN 0391-9889. 2008.

Cappitella C, *Lavoro e benessere: dall'analisi del clima alle strategie migliorative.* Il caso Tor Vergata. Infermiere oggi,19 (1), 19-21. 2009.

Violante S, Benso P.G, Gerbauto L, Violante B, *Correlazione tta soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burn-out e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari.* Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia, 31 (1), 36-44 ISSN 1592-7830. 2009.

Argentero P, Bruni A, Fiabbane E, Scafa F, Candura S, *La valutazione del rischio stress negli operatori sanitari: inquadramento del problema ed esperienze applicative.* Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia. 32 (3) 326-32. 2010.

Di Donato B, *Indagine conoscitiva sulla soddisfazione degli infermieri in un ospedale romano.* Infermiere oggi, 21(1),17-24. 2011.

Martini M, Converso D, *Lo studio del burnout in sanità: rapporto con i pazienti e relazione lavoro-famiglia come richieste e risorse.* Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia. 1, 41- 50 ISSN 1592-7830. 2012.

Colombo L, Zito M & Ghislieri C, *Influenza lavoro-famiglia e supporti sociali: La soddisfazione lavorativa in un'azienda sanitaria del Nord Italia. Differenze tra personale sanitario e amministrativo.* Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento di Psicologia Applicata alla Medicina del Lavoro e della Riabilitazione, 2012.34, A25-A33.

Turci C et al, *La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della provincia.* L'infemiere, 50 (6), 89-98. 2013.

Caricati L, La Sala R, Marletta G, Pelosi G, Ampollini M, Fabbri A, Ricchi A, Scardino M, Artioli G, Mancini T, *Work climate, work values and professional commitment a predictors of job satisfaction in nurses.* Journal Nursing Management (22), 984-994. DOI: 10.1111/jonm.12079. 2014.

Pisanti R, Van der doef M, Stan M, Lombardo C, Lazzari D, Violani C, *Occupational coping self- efficacy explains distress and well being in nurse beyond psychosocial job charactheristics.* Frontiers of psychology. (6), 2-14. 2015.

Sansoni J et al, *Nurses' job satisfaction: an italian study.* Ann Ig.Jan-Feb;28(1):58-69. 2016.

Colì E, Giachi L, Giuffrida S, Ippoliti O, Micollitti T, Rissotto E, *Il benessere, il clima e la cultura delle organizzazioni:significati ed evoluzioni in letteratura.* Indagine sul benessere organizzativo nel CNR, Roma. 2012.

Magrin M.E, *Dalla resistenza alla resilienza: promuovere benessere nei luoghi di lavoro.* Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia. 1(30), 11-19. 2008.

Cusumano S, Gucciardo S, Montalbano G, *Il benessere organizzativo: uno studio svolto presso la provincia regionale di Agrigento.* 1-43 http://www.provincia.agrigento.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/0%252Ff%252F1%252FD.71c0f8307a166d03f16f/P/BLOB%3AID%3D7896 ultimo accesso 16/01/2017. 2010.

Arcuri F.P, Caciolli S, *Gestione del personale, qualità della vita di lavoro e stress lavoro correlato.* ISS. 2011.Rapporti ISTISAN 12/19. http://www.iss.it/binary/publ/cont/12_19_web.pdf ultimo accesso16/01/2017

Ninci A, *Le differenze di genere e l'impatto su salute e sicurezza in ambito lavorativo: alcune riflessioni all'indomani della presentazione del Rapporto annuale INAIL 2008 sull'andamento infortunistico.* Adapt. Associazione per gli studi e comparati suldiitto del lavoro e sulle relazioni industriali. 922-11, 2009.

Cappitella C, *La valutazione del progetto "Lavoro e benessere" quale percorso di condivisione del clima organizzativo. L'esperienza del Policlinico Tor Vergata.* Infermiere oggi,18(4):30-33. 2008.

Bulgarelli K, *Il clima organizzativo.* NEU formazione.(4), 13-20. 2010.

Bauer F.G, *Ricerca sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro: sfide, stato attuale e direzioni future.* ESPS. 31 (2), 212-326. 2008.

Perillo D, *Analisi del benessere organizzativo, come prospettiva di cambiamento. Il clima percepito dagli infermieri dell'Azienda Ospedaliera di Treviglio.* Adapt.. Associazione per gli studi internazionali comparativi sul diritto del lavoro e sulle relazioni industriali.121. 2011. http://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/4812/mod_resource/content/1/13949wp_11_121.pdf ultimo accesso16/01/2016.

Studio osservazionale retrospettivo sull'efficacia della terapia a compressione pneumatica intermittente sequenziale graduata sull'edema degli arti inferiori

di Elena Toma

ABSTRACT

L'edema è genericamente definito come *"un accumulo di liquidi nello spazio interstiziale dell'organismo, che, a livello cutaneo, si manifesta come un turgore/gonfiore palpabile e comprimibile"*.
La prima condizione perché possa formarsi è un'alterazione dell'emodinamica capillare che favorisce lo spostamento di liquido dallo spazio vascolare all'interstizio. Può essere localizzato in qualsiasi parte del corpo, ma è più frequente al livello degli arti.
La sua comparsa può essere dovuta a patologie sistemiche non trattate (cardiologiche o renali), a insufficienza circolatoria (venosa e/o linfatica), a traumi, a presenza di lesioni cutanee, in seguito a interventi di chirurgici (ortopedia-protesi ginocchio o anca, linfoadenectomia, etc.).
La sintomatologia dovuta alla presenza dell'edema e le complicanze come la linfangite e la comparsa delle lesioni cutanee sono insidiose per il paziente ed il trattamento richiede tempi lunghi e notevoli risorse materiali e professionali.
È importante dunque, se possibile, prevenirlo e gestirlo in modo appropriato, immediatamente dopo la sua comparsa, senza attendere una spontanea regressione che, nei casi complessi e nei pazienti in età avanzata, non avviene, utilizzando tutte le tecnologie a disposizione.
L'obiettivo di questo studio è valutare l'efficacia della terapia a compressione pneumatica intermittente sequenziale graduata (Cpisg) sull'edema degli arti inferiori, indipendentemente della sua eziologia.

MATERIALI E METODI

Osservazione e analisi retrospettiva delle cartelle dei pazienti che avevano richiesto la terapia Cpisg (304) nell'arco di un mese presso il Servizio Wound Care (Swc) dedicato di una struttura ambulatoriale*.
È stato arruolato un campione di 90 persone, con valutazione in seguito alla prima, terza e quinta seduta di terapia bilaterale della durata di un'ora, con gambale polpaccio più coscia.
Criteri di inclusione: presenza di edema almeno ad un arto, indipendentemente dall'eziologia, presenza di entrambi i sintomi (dolore e sensazione di pesantezza o stanchezza dell'arto), non utilizzo di bendaggi o calze/gambaletti elastici, disponibilità dei dati completi riguardo il monitoraggio dell'entità dell'edema.
Criteri di esclusione: scompenso cardiaco grave, trombosi venosa in atto, lesioni infette, fibrillazione atriale non controllata da terapia, pressione sistolica maggiore a 170 all'inizio del trattamento.
Considerati parametri di miglioramento: la diminuzione delle circonferenze dell'arto in almeno due punti di misurazione tra piede, caviglia, polpaccio; la scomparsa di almeno uno dei sintomi (dolore e sensazione di "gambe stanche"); miglioramento della mobilità.
Terapia erogata da un sistema**, costituito da pompa collegata con tubi individuali a due tutori polpaccio più coscia. Erogata compressione pneumatica graduata in camera d'aria a forma alata con ciclo sequenziale in tre scomparti a livello del polpaccio e due a livello della coscia, a una pressione di 45mmHg, con cicli di gonfiaggio alternati intermittenti. Tempo di gonfiaggio 12", tempo di sgonfiaggio 48".
Utilizzati tutori corrispondenti alla taglia dell'arto riconosciuti in automatico dal sistema senza intervento dell'operatore.

Parole-chiave: edema, oedema, lymphedema, lymphedema, pneumatic compression therapy, lymph drainage venous symptoms, chronic venous disease, venous insufficiency.

* Unione Sanitaria Internazionale - U.S.I. Spa Roma
** Flowtron ACS 900

RISULTATI

Su un campione di 90 pazienti, composto da 95,6% donne e 4,4% uomini con edema degli arti inferiori di stadio 1 in 37,8%, stadio 2 in 43,3%, stadio 3 in 15,6% e stadio 4 in 3,3%, si è riscontrato un esito positivo della terapia già dalla prima seduta. Diminuzione delle circonferenze >di 3mm in almeno due punti di misurazione, tra piede, caviglia, polpaccio, con una media per entrambi arti su una percentuale di: 77,75% dopo la prima seduta, 90% dopo la terza seduta, 90% dopo la quinta seduta. Scomparsa del dolore alla fine della seduta su: 85,6% dopo la prima, 100% dopo la terza e rispettivamente la quinta. Scomparsa della sensazione di "gambe stanche" di 100% alla fine delle sedute.

Negli edemi di stadio 3 e 4 si è osservato, complessivamente, un miglioramento della mobilità su 58,9% alla fine della prima seduta e su 100% in seguito alla terza e quinta seduta.

Buona *compliance* nei pazienti che hanno rifiutato il linfodrenaggio manuale; buona applicabilità in pazienti con criticità (come dermatoporosi e fragilità capillare) e in pazienti bariatrici. Edema sottovalutato dal paziente: solo 21% tra quelli con edema di stadio 2 l'hanno riconosciuto come problema clinico.

INTRODUZIONE

All'Swc di gestione infermieristica della struttura, oltre ai pazienti portatori di lesioni croniche e/o di difficile guarigione, accedono anche pazienti con edemi degli arti inferiori e superiori per terapie dedicate. (Foto 1-4).

I trattamenti sono personalizzati, impostati dopo un'attenta valutazione clinica globale e specifica dell'edema (1-7).

La richiesta che accomuna questa categoria di pazienti è *"di alleviamento di sintomi come dolore e sensazione di gambe stanche o pesanti"* e di miglioramento funzionale dell'arto in caso di edemi di entità rilevante.

Uno dei fattori che contribuiscono al peggioramento della sintomatologia e della condizione specifica è l'aumento della temperatura ambientale nei periodi estivi e pre-estivi, che portano anche alla minore *compliance* all'applicazione di bendaggi o dispositivi terapeutici compressivi come calze, gambaletti, manicotti.

Si osserva, inoltre, una generale sottovalutazione dell'edema da parte del paziente che non lo percepisce come problema clinico.

Spesso, più che altro in caso di edema cronico, anche in presenza di sintomi evidenti ma sopportabili, il paziente ci convive tranquillamente, senza considerare la causa o le conseguenze, e senza rivolgersi ad un sanitario per la valutazione.

In pochi ritengono sia un fattore di rischio per la comparsa di lesioni cutanee; le donne in giovane età sono più preoccupate dell'aspetto estetico dell'arto.

È spesso abusata la diagnosi di linfedema, però: la maggior parte di quelli che la riportano, a parte i pazienti oncologici o alcuni con insufficienza venosa cronica (Ivc), non ha mai eseguito la linfoscintigrafia, ossia l'esame strumentale gold-standard per la diagnosi1.

Nella gestione dell'edema, una maggiore criticità si presenta nei casi di pazienti con dermatoporosi: per la loro fragilità cutanea, spesso rifiutano le calze terapeutiche o il linfodrenaggio manuale. Inoltre, presentano spesso dolore al contatto, rifiutando anche la pressoterapia classica.

La Cpisg è stata, inizialmente, utilizzata dal Swc come terapia coadiuvante per la riduzione dell'edema nel trattamento delle lesioni cutanee.

Vista la buona *compliance* dei pazienti e gli ottimi risultati ottenuti, considerando gli esiti riportati dalla letteratura (8-19), (29-32) riguardo l'uso su pazienti con Ivc, in seguito alla linfoadenectomia, sul miglioramento del *claudicatio intermittens* e la prognosi in pazienti con disturbi arteriosi periferici, è stata estesa, in seguito, a tutti i pazienti richiedenti portatori di edema che non riportavano controindicazioni, a prescindere dalla sua eziologia.

È stata scelta una pompa** provvista di gambali con ampia scelta di taglie, dotati di una camera d'aria alata che lavora sul circolo venoso, migliorandone il flusso attraverso lo svuotamento sequenziale delle vene profonde, senza imprimere una spinta pressoria aggressiva alla massa di liquido spostabile, con effetto strizzamento. Questo ha permesso anche l'inclusione di pazienti con criticità come presenza di dermatoporosi, fragilità capillare e pazienti bariatrici.

L'applicazione della pressione sulla parte posteriore dell'arto ha portato ad una buona *compliance* dei pazienti con dolore sulla cresta tibiale.

Foto 1-4. Edemi degli arti inferiori

STUDIO

Sono state analizzate, retrospettivamente, le cartelle dei pazienti che hanno richiesto e usufruito della terapia Cpisg presso Swc, nell'arco di un mese, per valutare la sua efficacia sull'edema degli arti inferiori, indipendentemente dalla sua eziologia.

Dal 1 al 30 maggio 2016, le condizioni ambientali del periodo, con temperature sopra la media, ha portato ad un maggior afflusso di pazienti con edemi degli arti.

Campione arruolato

La terapia è stata richiesta da un totale di 304 persone per il trattamento dell'edema di arti inferiori e superiori.

Di queste, 256 hanno eseguito la terapia per arti inferiori. Delle rimanenti 48 persone, 10 hanno chiesto la terapia per l'arto superiore e 38 sono stati valutati come "non idonei" (per presenza di lesioni infette, presenza di fibrillazione atriale non controllata da terapia, ipertensione con Pa sistolica >170 al momento della valutazione, trombosi venosa in atto).

Su 256, tre si sono ritirati dopo la terza seduta, riferendo una sensazione di formicolio al livello del piede e/o polpaccio che subentrava in seguito al trattamento e si prolungava per alcune ore. Non c'è stato modo di stabilire se tale manifestazione fosse dovuta o meno al trattamento.

All'inizio della terapia si richiede, di prassi, la disponibilità dei pazienti al monitoraggio dell'edema attraverso la misurazione del diametro dell'arto nel punto di maggior ingrossamento a livello di piede, caviglia, polpaccio, sotto al ginocchio, sopra al ginocchio, coscia, sia prima che dopo l'erogazione della terapia.

Alla prima e all'ultima seduta la misurazione è imposta: non tutti accettano la doppia misurazione, preferendo solo quella finale, per poter usufruire qualche minuto in più del trattamento.

Eseguire la misurazione volumetrica dell'arto richiederebbe più tempo, diventando gravosa per lo svolgimento dell'attività, vista la specificità del servizio.

Si è scelta, dunque, la misurazione delle circonferenze come parametro valutativo.

Sono state selezionate le cartelle delle persone che avevano registrato tutte le misurazioni alla prima, terza e quinta seduta, escludendo i pazienti che utilizzavano altri presidi dedicati alla riduzione dell'edema (come calze elastiche o bendaggio), con presenza di entrambi i sintomi: dolore e sensazione di "gambe stanche".

È risultato un campione d'indagine di 35 persone con cinque sedute, 35 persone con tre sedute, 20 persone con una sola.

Erogazione della prestazione

La misurazione con centimetro flessibile a nastro è stata possibile in punti contrassegnati con matita dermatologica per permettere la rilevazione del valore nello stesso punto. Le maggiori criticità sono state riscontrate nei punti intorno al ginocchio e alla coscia: non sempre è stata possibile la rilevazione precisa, per presenza di deformazioni artrosiche, o depositi di adiposi, che non permettevano la perfetta aderenza dello strumento all'arto.

Dunque, sono stati presi in considerazione, per l'elaborazione dei dati, le misurazioni a livello del piede, caviglia e polpaccio che non hanno presentato difficoltà nella misurazione.

Rispetto ai tempi di misurazione, si è stabilito, prima della seduta, un TEMPO A e, dopo la seduta, un TEMPO B.

La terapia è durata un'ora. L'apparecchio utilizzato: un sistema** costituito da pompa collegata con tubi individuali ad una vasta gamma di tutori. Tutori utilizzati due: tutori gamba intera (polpaccio più coscia), corrispondente alla dimensione dell'arto. La terapia erogata: contemporanea a tutti e due gli arti (anche se in presenza di edema ad un arto solo).

Erogata compressione pneumatica graduata in camera d'aria a forma alata, con ciclo sequenziale in tre scomparti a livello del polpaccio e due a livello della coscia, a una pressione di 45mmHg, con cicli di gonfiaggio alternati intermittenti. Tempo di gonfiaggio 12", tempo di sgonfiaggio 48".

Utilizzati tutori corrispondenti alla taglia dell'arto riconosciuti in automatico dal sistema senza intervento dell'operatore.

Valutazione all'ingresso e raccolta dati

Prima dell'inizio terapia, ad ogni paziente è stata eseguita una valutazione globale, secondo il modello di Gordon, ed avviato un piano educativo-gestionale personalizzato, in cui il paziente è stato coinvolto attivamente (20-29).

A fine di elaborazione, sono stati estrapolati i dati riguardo sesso, età, motivazione, richiedente, tipo di edema, stadio dell'edema, utilizzo di prodotti topici, numero di sedute.

Per la valutazione di esito dell'efficacia di trattamento, sono stati analizzati i dati riguardo: diminuzione delle circonferenze alla fine delle sedute, mantenimento dei risultati ottenuti trauma seduta e l'altra, diminuzione/scomparsa dei sintomi, miglioramento funzionale.

Composizione campione

Sul totale di 90 pazienti coinvolti: 4,4% erano maschi, 95,6% donne; con un'età tra 14 e 81 anni, e suddivisi, per l'elaborazione dei dati, in quattro gruppi (Grafico 1), come segue:

1) < 40
2) 41-60
3) 61-80
4) > 80

In generale, si è osservata una certa sottovalutazione della presenza dell'edema,

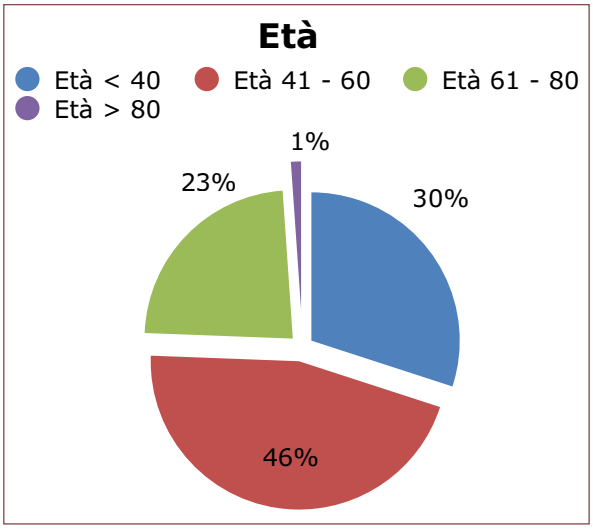


Grafico 1. Distribuzione del campione per età

fino al momento dell'insorgenza di lesioni, varici o dolore.
In tanti, l'accettano come normale, più che altro in età avanzata, o chi la ritiene ereditaria, senza considerarlo un problema clinico o preoccuparsi delle conseguenze. Tanti, nonostante l'edema imponente, a volte riferiscono come motivazione della richiesta la sensazione di "gambe stanche", oppure alcuni sono semplicemente curiosi, o attendono un miglioramento estetico.
Rispetto alla motivazione, le richieste sono state divise: per edema; per "gambe stanche"; per prova.
Si è riscontrato che solo 21% tra quelli con edema di stadio ≥ 2 lo hanno riconosciuto come problema clinico.
I richiedenti sono stati divisi per: richiesta da parte del medico; scelta individuale del paziente informato da altre fonti (amici, internet).
Nel primo caso (nella maggior parte, specialista angiologo) solo in 24,4% sul totale dei casi e solo in edema secondario a IVC, gravidanza e trauma. Nel resto dei casi (75,6%), il paziente l'ha richiesta per scelte propria, nessuno ha riscontrato parere contrario da parte del curante al confronto, in seguito alla decisione di inizio della terapia. Questo dimostra quanto tale tipo di terapia sia ancora poco conosciuta e sfruttata, malgrado il suo potenziale.
Il problema è stato diviso per tipo di edema (1, 4, 16, 25) e suddiviso in: primario (sporadico o familiare), secondario (dovuto a cause conosciute). In quest'ultimo caso, rispetto alla causa si sono distinti 4 gruppi: insufficienza venosa cronica (Ivc); intervento chirurgico (per cause ortopediche, oncologiche); lesione pregressa; altro (trauma, gravidanza, obesità).
Sul totale del campione si è riscontrato: 53,3% di tipo primario, e 46,7% di tipo secondario (suddiviso, per causa, in 74% secondario a Ivc e 26% secondario, ad altre cause).
Lo stadio dell'edema, invece, è stato diviso per:
- Stadio 1: regredisce spontaneo con riposo notturno o posizione decliva
- Stadio 2: permanente che regredisce parzialmente con trattamento
- Stadio 3: duro, esteso dal piede alla coscia, che determina funzionalità limitata
- Stadio 4: duro, esteso dal piede alla coscia, che determina notevole alterazione funzionale
- Stadio 5: elefantiasi, con scomparsa delle salienze ossee.

Rispetto allo stadio dell'edema, il campione si suddivide in: stadio 1, 38%; stadio 2, 43%; stadio 3, 16%; stadio 4, 3%. (Grafico 2)
All'inizio della terapia è stata rilevata a tutti i pazienti la pressione arteriosa. A quelli con Pa sistolica >145, donne in gravidanza, edema di 3 e 4 stadio è stata monitorata la pressione arteriosa a metà e a fine seduta.
Non sono state registrati aumenti di pressione arteriosa.
Alla fine della terapia si è quasi sempre rilevata la sua diminuzione, dovuta, probabilmente, anche al riposo e rilassamento del paziente.

Esito della terapia

Regressione dell'edema. (Grafico 3)
È stata monitorata la diminuzione dell'entità (E) dell'edema per:
Tempo
- alla fine della prima seduta; E1=1A-1B
- alla fine della terza seduta rispetto alla presa in carico; E3=1A-3B
- alla fine della quinta seduta rispetto alla presa in carico; E5=1A-5B

La diminuzione delle circonferenze per distretto (piede, caviglia, polpaccio), diviso in cinque gruppi rispetto al valore: 0 mm-3 mm; 4 mm-5 mm; 6 mm-1 cm; 1,1 cm-2 cm; > 2 cm. I valori da 0mm a 3mm non sono stati considerati rilevanti, per evitare il margine di errore alla misurazione o a eventuale piccolo scostamento dal punto preciso.
È stato considerato un esito positivo la diminuzione dell'edema maggiore di 4mm in almeno due punti di misurazione.
E1 + = (1A – 1B) > 4mm x 2 punti
E3 + = (1A – 3B) > 4mm x 2 punti
E5 + = (1A – 5B) > 4mm x 2 punti
Si è riscontrato un esito positivo alla fine:
- della prima seduta, di 66% sulla gamba destra e di 74% sulla gamba sinistra, con una media di 77,75%
- della terza seduta, di 85,7% sulla gamba destra e di 94,3% sulla gamba sinistra, con una media di 90%

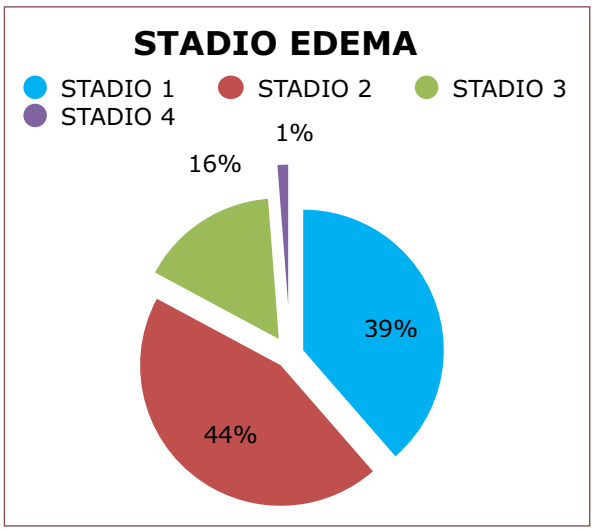


Grafico 2. Stadio dell'edema

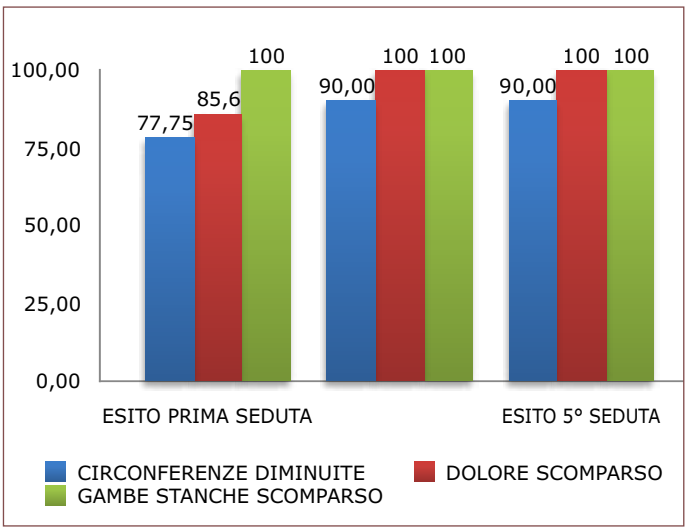


Grafico 3. Gli esiti terapia

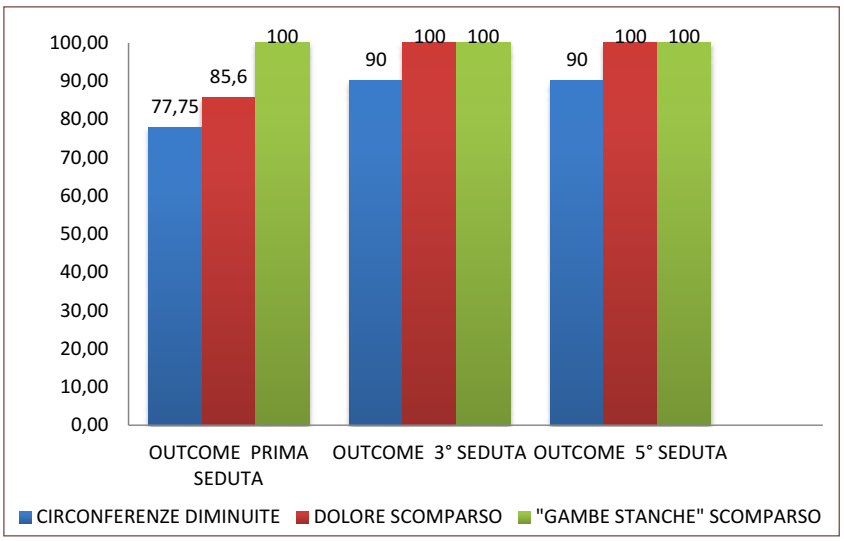


Grafico 4. Gli esiti terapia

- della quinta seduta, di 85,7% sulla gamba destra e di 94,3% sulla gamba sinistra, con una media di 90%.

Si osserva una risposta generale migliore di cca. 10% della gamba sinistra, indipendentemente del tipo o stadio dell'edema.

Rispetto al valore in mm della riduzione della circonferenza si osserva una diminuzione maggiore :

- alla caviglia, dopo la prima seduta, con 38,9% dei casi maggiore a 6mm,
- proporzionata, tra piede e caviglia, dopo la terza seduta, con cca. 57% dei casi maggiore a 6mm rispetto all'inizio della terapia,
- proporzionate tra piede-caviglia-polpaccio, dopo la quinta seduta, con cca. 77,2% dei casi maggiore a 6mm rispetto all'inizio della terapia.

Si osserva sempre una risposta migliore della gamba sinistra.

Si può concludere che maggiore è il numero di sedute, migliore e più proporzionato è l'esito.

La terapia Cpisg è riconosciuta come coadiuvante nel trattamento dell'edema.

Si è voluto analizzare anche il mantenimento del risultato ottenuto nel tempo senza l'ausilio di altri presidi (bendaggio, calza).

Si è valutata così la variazione tra le prime misurazioni della terza e quinta seduta (1A-3A; 1A-5A). È stata ritenuta positiva la diminuzione di almeno 4mm, in almeno 2 punti di misurazione:

- EPR3+ = (1A – 3A) > 4mm X 2punti
- EPR5+ = (1A – 5A) > 4mm X 2 punti

Non è stato possibile valutare l'influenza dell'intervallo passato tra le sedute sul risultato ottenuto, in quanto non omogeneo per tutti i pazienti.

È stato indicato un ritmo di due sedute a settimana per i pazienti con edema di stadio 1 e 2 e un ritmo di tre sedute a settimana per l'edema di stadio 3 e 4, nella maggior parte non rispettati dai pazienti.

Solitamente, sono state eseguite due sedute a settimana, ma alcuni, rispetto alla disponibilità di posto in struttura o per gli impegni personali, hanno scelto intervalli diversi. Questo resta un aspetto da approfondire.

Si è riscontrato il mantenimento di una media tra le tre circonferenze piede-caviglia - polpaccio di 68% dei risultati all'inizio della terza seduta e di 65% all'inizio della quinta, senza l'utilizzo di bendaggi o calze elastiche tra le sedute.

È stato monitorato anche l'utilizzo di prodotti topici (creme, spray) durante la terapia, risultato ininfluente sui risultati.

Sintomi

Sono stati presi in considerazione il dolore e la sensazione di "gambe stanche" o "gambe pesanti" riferita dai pazienti.

È stato considerato un esito positivo la diminuzione o la scomparsa di almeno uno dei due.

Il dolore è stato valutato con la Nrs (Numeric Rating Scale) all'inizio e alla fine della seduta. Ritenuto diminuito se sceso di due punti, in base a quanto riferito dal paziente. Si è osservato che il dolore è scomparso alla fine della seduta in:

- 85,6%, dopo la prima seduta
- 100%, dopo la terza seduta
- 100%, dopo la quinta seduta.

Riguardo la sensazione di pesantezza o di stanchezza delle gambe, non avendo modo di misurarne l'entità (in quanto dato soggettivo riferito dal paziente senza riscontro fisico), è stata rilevata solo la sua riferita scomparsa.

Tutti i pazienti, senza eccezioni, hanno comunicato la scomparsa della sgradevole sensazione, sostituita da quella di leggerezza e facilità del movimento.

La valutazione del miglioramento della funzionalità dell'arto e mobilità articolare è stata eseguito ai pazienti con edema di stadio 3 e 4, in base all'esame osservazionale e a quanto riferito dal paziente in seguito alla deambulazione subito dopo la seduta. C'è stato un miglioramento in 58,9% dopo la prima seduta e in 100% dei casi dopo la terza e quinta seduta.

CONCLUSIONI

Si può concludere che la terapia Cpisg è un supporto valido nel trattamento dell'edema a livello degli arti inferiori, indipendentemente dalla sua eziologia.

È da approfondire l'efficacia del trattamento combinato all'utilizzo di altri ausili come bendaggio e calze terapeutiche.

L'uso del tutore con camera d'aria sequenziale graduata situata sulla parte posteriore dell'arto che agisce sul circolo venoso profondo porta ad una migliore risposta immediata in termine di esiti e all'accettazione della terapia anche da parte dei pazienti con aumentata sensibilità sulla cresta tibiale, dermatoporosi e fragilità capillare.

Va presa in considerazione l'avvio di attività finalizzate alla comunicazione efficace delle problematiche conseguenti alla cronicizzazione dell'edema e l'educazione del paziente alla sua gestione.

AUTORE:
Elena Toma, infermiere libero professionista, Wound Care specialist, responsabile e coordinatore Servizio Wound Care Usi Spa, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Consensus document of the International Society of Lypmphology: *The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema;* Lymphology 2009; 36: 84-91.

Feldman J.L, Stout N.L, Wanchai A, Stewart B.R, Cormier J.N, Armer J.M, *Intermittent pneumatic compression therapy: a systematic review.* Lymphology 2012 ;45 : 13-25. Accessed 27/09/2016 to https://www.alfp.org/docs/systematic%20review_intermittent%20compression%20therapy.pdf

Guarnera G, *Ulcere vascolari degli arti inferiori.* Minerva Medica, 2015.

Tondi P, *Patologie del sistema venoso e linfatico.* Verduci Editore. Roma, 2013.

Agus G.B, Allegra C, Arpaia G, De Franciscis S, Gasbarro V, *Linee-guida Collegio Italiano di Flebologia Revisione 2013.* ACTA PHLEBOL 2013;14(Suppl. 1 al n.2):1-160.

Lee B, Andrade M, Bergan J, Boccardo F, Campisi C, Damstra R, Flour M, Gloviczki P, Laredo J, Piller N, Michelini S, Mortimer P, Villavicencio J.L, *Diagnosis and treatment of primary lymphedema. Consensus document of the international Union of Phlebology (IUP)-2009.* International Angiology 2010 Ottobre;29(5):454-70.

Michelini S, Campisi C, Ricci M et al, *Linee-guida italiane sul linfedema (Documento finale della Commissione Ministero della Salute sulle linee guida sul linfedema).* EUR MED PHYS 2007:43. (Supp.1 to n.3), novembre 2006.

Uhl J.F, Chahim M, Allaert F.A, *Compression versus inner sole for venous patients with foot static disorders: a prospective trial comparing symptoms and quality of life,* Phlebology 2015, Vol. 30(1) 32-38, Accessed 29/09/2016 to :http://phl.sagepub.com/content/30/1/32.full.pdf+html

Pereira de Godoy J.M, Lopes Pinto R, Pereira de Godoy A.C, Guerreiro Godoy M.F, *Synergistic effect of adjustments of elastic stockings to maintain reduction in leg volume after mechanical lymph drainage.* International JVM 2014, http://dx.doi.org/10.1155/2014/640189. Accessed 29/09/2016 to https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190019/pdf/IJVM2014-640189.pdf

CLOTS-Clots in Legs or stockings after stroke trials collaboration. *Eff ectiveness of intermittent pneumatic compression in reduction of risk of deep vein thrombosis in patients who have had a stroke (CLOTS 3): a multicentre randomized controlled trial.* Lancet 2013, 382: 516–24 Published Online-May 31, 2013 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61050-8

Kavros S.J, Delis K.T, Turner N.S, Voll A.E, Liedl D.A, Gloviczki P, Rooke T.W, *Improving limb salvage in critical ischemia with intermittent pneumatic compression: a controlled study with 18-month follow-up.* J VASC SURG, Mar;47(3):543-9, doi:10.1016/j.jvs.2007.11.043. 2008.

Paty J, Turner-Bowker M.D, Elash C.A, Wright D, *The VVSymQ instrument: use of a new patient-reported outcome measure for assessment of varicose vein symptoms.* Phlebology 2016, Vol. 31(7) 481–488. Accessed to. http://phl.sagepub.com/content/31/7/481.full.pdf+html

Carvalho C.A, Lopes Pinto R, Guerreiro Godoy M.F, Pereira de Godoy J.M, *Reduction of pain and edema of the legs by walking wearing elastic stockings.* JVM 2015, Accessed 29/09/2016 to https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561105/pdf/IJVM2015-648074.pdf

Nelson E.A, Mani R, Thomas K, Vowden K, *Intermittent pneumatic compression for treating venous leg ulcers.* Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2): CD001899. doi: 10.1002/14651858.CD001899.pub3.

Sinabulya H, Holmberg A, Blomgren L, *Interobserver variability in the assessment of the clinical severity of superficial venous insufficiency.* Phlebology 2015, Vol. 30(1) 61–65. DOI: 10.1177/0268355513515474 phl.sagepub.com

Todd M, *Lipoedema: presentation and management.* Br J Community Nurs. 2010;15(4):S10-6.

Mosti G, Iabichella M.L, Partsch H, *Compression therapy in mixed ulcers increases venous output and arterial perfusion.* JVS 2012 Jan;55(1):122-8.

Mosti G, *Elastic stockings versus inelastic bandages for ulcer healing: a fair comparison?* Phlebology. 2012 Feb;27(1):1-4.

Partsch H, Damstra R.J, Mosti G, *Dose finding for an optimal compression pressure to reduce chronic edema of the extremities.* International Angiology 2011; 30 (6): 527-33.

Gloviczki P, Gloviczki M.L, *Guidelines for the management of varicose veins.* Phlebology. 2012 Mar;27 Suppl 1:2-9.

Guarnera G, *Combined superficial and deep vein reflux in venous ulcers: operative strategy.* EWMA Journal 2009; 9: 40-3.

Apollonio A, Antignani P, Di Salvo M, Failla G, Guarnera G, Mosti G, Ricci E, *Indagine osservazionale sulle ulcere vascolari in Italia: Studio SUV.* Acta Vulnologica 2011; 9 (4): 183-87.

Bernardini E, De Rango P, Piccioli R et al, *Development of primary superficial venous insufficiency: the ascending theory. Observational and hemodynamic data from a 9-year experience.* Ann Vasc Surg 2010; 24:709-720.

Guarnera G, Bonadeo P, Marchitelli E, Crespi A, *La terapia farmacologica e chirurgica dell'ulcera venosa.* Documento di posizionamento. Acta Vulnol 2010; 8: 205-50.

Cif-Sicve 2009. Agus G.B, Arpaia G, Bonadeo P, Camilli S, Di Mitri R, Gasbarro V, Zamboni P, *Linee-guida flebolinfologiche Sicve-Cif,* Revisione 2009: www.sicve.it

Campisi C, Boccardo F, *Terapia funzionale completa del linfedema (CLyFT: Complete Lymphedema functional therapy): efficace strategia terapeutica in 3 fasi.* Linfologia 2008;1:20-23.

Lee B, Andrade M, Bergan J, Boccardo F, Campisi C, Damstra R, Flour M, Gloviczki P, Laredo J, Piller N, Michelini S, Mortimer P, Villavicencio J.L, *Diagnosis and treatment of primary lymphedema.* Consensus Document of the International Union of Phlebology (IUP)-2009. International Angiology 2010;29(5):454-70

Mosti G, Crespi A, Mattaliano V, *Comparison between a new, two-component Compression System with Zinc paste bandages for leg ulcer healing: a Prospective, multicenter, randomized, controlled trial monitoring sub-bandage pressures.* Wounds 2011;23(5):126-134.

B.Vinny Logan, *Incidence and Prevalence of lymphedema a literature review.* Journal of Clinical Nursing 1995; 4: 213-19.

Rockson S.G, *Accruing evidence for a beneficial role of pneumatic biocompression in lymphedema.* Lymphat Res Biol 2010; 8(4).

Gurdal S.O, Kostanoglu A, Cavdar I et al, *Comparison of intermittent pneumatic compression with manual lymphatic drainage for treatment of breast cancer-related lymphedema.* Lymphat Res Biol 2012;10:129-135.

Olszewski W.L, Jain P, Ambujam G, Zaleska M, Cakala M, Gradalski T, *Tissue fluid pressure and flow during pneumatic compression in lymphedema of lower limbs.* Lymphat Res Biol 2011; 9:77-83.

L'assistenza al malato terminale tra mito e realtà Le riflessioni di una giovane infermiera

di Caterina Sparvieri

Assistere un malato terminale significa, per forza di cose, affrontare il concetto di morte. Se ho a che fare con un malato in fase avanzata di malattia ho anche a che fare con la sua morte, dunque ho a che fare con la mia.
Sì, perché la morte dell'altro mi fa paura, mi interroga e mi mette in discussione, innanzitutto - e soprattutto - perché la sua condizione rimanda a quella che un giorno sarà anche la mia e mi "obbliga" a pormi delle domande scomode e alle quali forse non sono in grado di rispondere.
Da sempre, l'uomo si è interrogato sulla morte e, da sempre, nella nostra cultura occidentale, l'uomo si è posto di fronte ad essa con diverse "modalità" che hanno subito dei mutamenti, spesso lenti e inavvertiti nel tempo.
Nel corso del cosiddetto Primo Medioevo la morte era considerata un evento naturale, familiare, vicino ed indifferente. Era un evento pubblico e che veniva organizzato per tempo dal moribondo stesso. Non si moriva senza aver avuto il tempo di sapere che si stava per morire, nessuno si auspicava una morte improvvisa che veniva, infatti, considerata una "morte terribile". Tutti i parenti e gli amici si stringevano intorno al letto del moribondo e non mancavano i bambini, che erano partecipi di tutto ciò che avveniva. Insomma, **l'uomo era consapevole del fatto che la morte era un evento ineluttabile della vita dettato dall'ordine naturale delle cose**: come qualunque essere vivente anche lui va incontro alla morte e, per questo, non pensa né a sottrarvisi né ad esaltarla. La accetta e basta.
Questa tipologia di approccio si è perpetuata ed è rimasta ben radicata nel corso dei secoli, subendo progressivamente delle piccole, ma decisive, variazioni.
Già a partire dal Secondo Medioevo, la morte assume un carattere fortemente drammatico e viene vissuta in maniera sempre più intensa: il suo momento è quello del "bilancio della vita". È in quell'istante che si decide il destino dell'uomo.
Inoltre, a partire dal XV secolo, compaiono le prime rappresentazioni di morte, vecchiaia e malattia. Si diffondono le raffigurazioni macabre di cadaveri in putrefazione: la decomposizione e il disfacimento del corpo diventano il segno tangibile del fallimento umano.
L'uomo che vive felicemente e pienamente la sua vita, si scontra con un limite che stronca inesorabilmente i suoi desideri e i suoi propositi: questo limite è la morte. Poiché, quindi, assume un'accezione decisamente negativa, a partire dal XIX secolo, coloro che circondano il morente iniziano ad avere la tendenza a nascondergli la gravità del suo stato: la verità comincia ad essere un problema.
In realtà, si può facilmente comprendere che, dietro al desiderio di risparmiare il malato, si nasconda la personale intolleranza verso la morte. Si fa di tutto per evitarsi il turbamento e l'emozione troppo forte.
Ma il radicale e più profondo cambiamento che ha influenzato in maniera definitiva l'approccio alla morte e il morire dell'uomo moderno, è quello avvenuto tra il 1930-1950, frutto di un importante fenomeno materiale: lo spostamento del luogo in cui si muore. Non più a casa con i familiari, ma in ospedale da soli.
L'ospedale rappresenta il centro medico in cui si guarisce e si lotta contro la morte: quindi, lì si muore perché i medici non sono riusciti a guarirti.
L'iniziativa, che sin dall'inizio del Medioevo, era del morente passa, prima ai familiari, e poi, definitivamente, al medico e all'equipe ospedaliera.
Sempre più si cerca la "morte accettabile", bisogna accorgersi il meno possibile che la morte sia passata: si rimuove rapidamente il corpo del defunto, nelle cerimonie si fa di tutto per dare l'impressione che sia un giorno come altri e si diffonde sempre di più la pratica della cremazione (un modo, in fondo, per cancellare in maniera definitiva ogni segno tangibile della morte).
La morte è quindi diventata un evento negativo, spaventoso e, quanto più possibile, da evitare.
"Penso che siano molte le ragioni per cui

evitiamo di affrontare la morte con calma. Uno dei fatti più importanti è che, oggi, morire è per molti aspetti più spaventoso, cioè più solitario, più meccanico, più disumanizzato; qualche volta è difficile perfino determinare tecnicamente il momento in cui è avvenuta la morte" (Elisabeth Kubler-Ross, "La morte e il morire"): così, Elisabeth Kubler-Ross, psichiatra svizzera e fondatrice della Psicotanatologia, descrive con chiarezza come i cambiamenti socio-culturali, dettati anche dall'avanzamento della scienza e della tecnica, abbiano influenzato il rapporto dell'uomo moderno con l'evento "morte".

Il frutto di tutto ciò è che **la morte viene considerata come una sconfitta**, un evento da fuggire in tutti i modi e del quale è meglio non parlare perché genera ansia ed imbarazzo. Il punto principale che interessa questa riflessione, è che questo tipo di approccio è spesso anche quello assunto da medici, infermieri ed operatori sanitari in genere: tutte figure professionali chiamate ad assistere e ad avere a che fare con chi "li costringe" a confrontarsi con l'inevitabile termine della vita.

A testimonianza di ciò si può riportare lo studio eseguito presso l'università Campus Bio Medico di Roma sulla "Percezione e vissuti della morte negli studenti di Infermieristica e Medicina", pubblicato nell'anno 2006. Questo studio, infatti, mette in evidenza, attraverso l'utilizzo del test di Collet-Lester sulla paura della morte, quali siano le reazioni degli studenti di fronte alla morte e il morire degli altri e di sé. Dai risultati ottenuti dal test e dalle riflessioni delle due professoresse che hanno condotto lo studio, Alessandra Marinucci e Paola Binetti, si può affermare che gli studenti, di fronte alla morte e al processo del morire di un paziente, si trovino in uno stato di profonda inadeguatezza ed imbarazzo.

Ciò che subito appare evidente è la personale difficoltà nel fronteggiare tutte le molteplici necessità di un malato terminale, soprattutto per gli studenti infermieri: *"L'ansia degli infermieri per la morte dell'altro è da mettere in relazione con il tipo di lavoro svolto: l'assistere il morente, la composizione della salma,*

ed il confortare i familiari sono momenti che richiedono una profonda conoscenza di se stessi e una forte stabilità emotiva, stati questi raggiunti con grande difficoltà anche dagli infermieri più esperti".

Un ulteriore motivo di ansia per l'operatore è dato dal fatto che, oltre alla propria personale esperienza del limite, messa a nudo dal morire di un altro, si aggiunge l'esperienza del limite della scienza.

Si nota in alcuni studenti qualche *"residuale tratto di onnipotenza giovanile"*, per cui rimane l'illusione di poter, in qualche modo, dominare la morte o, di fronte all'impossibilità di farlo, in alternativa, negarla.

Un altro, interessante risultato tratto da questo studio, è la differenza nelle risposte tra gli studenti del I anno e quelli del III di Infermieristica.

Appare evidente, infatti, che gli studenti del III anno *"abbiano acquisito non solo maggiore esperienza e maggiore competenza, ma anche maggiore conoscenza della complessità di processi oggettivamente giunti ad un punto di non ritorno, per cui la loro è una responsabilità di accompagnamento alla morte, ma non di controllo sulla morte stessa"*. L'esperienza dei tirocini indubbiamente aiuta, ma è altrettanto vero che uno studente che si approccia a un malato terminale per la prima volta, non ha gli strumenti e le conoscenze sufficienti per questo tipo di esperienza.

Una delle conclusioni a cui si è giunti al termine di questo studio è stata infatti che: *"l'affrontare la morte per un giovane professionista in formazione è un momento critico perché, allo stato attuale delle cose, mette in discussione un modello formativo e operativo basato principalmente su conoscenze di natura scientifica [...]. Per questo appare ancora troppo poca l'attenzione posta agli aspetti del saper essere, come condizione indispensabile per un buon saper fare"*.

Sarebbe, dunque, necessaria una formazione incentrata innanzitutto sulla conoscenza di se stessi, in secondo luogo, sulla relazione e il rapportarsi con paziente e familiari ed infine sulle necessità assistenziali di questa specifica tipologia di pazienti.

Non è da sottovalutare, tuttavia, un elemento sempre presente, a prescindere da una formazione ricevuta o meno, e che influenza inevitabilmente qualunque attività di un individuo: il proprio vissuto personale.

Il bagaglio di esperienze della vita di ognuno porta con sé una serie di modi di pensare e atteggiamenti che diventano parte costitutiva e determinane della persona. Anche di fronte alla morte, quindi, ogni persona ha un diverso modo di

approcciare, influenzato dalle proprie esperienze: eventi accaduti all'interno del proprio nucleo familiare, traumi, credenze religiose, incontri con persone in ambienti di vario genere, e molto altro.
Quello che è certo è che, di fronte ad un malato terminale, tutta quell'esperienza che ognuno di noi si porta dietro, in qualche modo avrà un'influenza: ciò è valido per tutti, ma assume particolare rilevanza nel caso di medici ed infermieri.
Bisogna essere consapevoli, quindi, del fatto che gli occhi (di me, operatore sanitario) che guardano un malato terminale, e che quindi fissano inesorabilmente la realtà della morte, riflettono su di lui tutto ciò che in me, attraverso la mia storia e la mia esperienza, la morte provoca. E la morte in me potrebbe provocare: senso di rifiuto, ansia, paura, pietà, angoscia, senso di colpa; o anche serenità, pace, vicinanza, ascolto, silenzio, rispetto, cura, dignità.
Non importa quale sia la reazione personale che ognuno ha con la morte, è importante avere piena coscienza del fatto che essa è presente e che, inevitabilmente, condizionerà l'approccio con il paziente e i suoi familiari.
Un altro elemento di fondamentale importanza nell'assistenza ad un malato terminale è, senza dubbio, il contesto e la struttura in cui si opera.
Nella mia esperienza di tirocinio nel corso dei tre anni universitari, ho avuto l'occasione di notare (toccandola con mano) la profonda differenza nell'approccio al malato in fin di vita, tra i vari *setting* assistenziali.
La prima esperienza in cui ho avuto a che fare con un malato terminale è stata proprio durante i primi mesi di tirocinio del I anno. La paziente in questione si trovava ricoverata presso il reparto di medicina di un ospedale di Roma, in uno stato fisico veramente giunto alla fine. Questa donna era stata mandata in reparto da una clinica privata perché era andata incontro a sepsi generalizzata: aveva uno dei due arti inferiori amputato, era affetta da diabete, cardiopatia, obesità ed era giunta al ricovero già possedendo ulcere da pressione lungo tutta la zona dorsale, sacrale e sulle cosce. Durante il ricovero, le venivano somministrati farmaci antidolorifici ad infusione continua tramite elastomero. Per eseguire le cure igieniche e le medicazioni necessarie, si impiegava moltissimo tempo e spesso dovevano intervenire più di due infermieri perché sostenere il peso della paziente durante la movimentazione a letto era davvero faticoso. Il giro letti, da quando Tersilia (questo era il suo nome) era ricoverata, era diventato decisamente più lungo, perché le sue necessità erano differenti rispetto a quelle di tutti gli altri malati. Ma il ritardo sul giro letti, comportava anche un ritardo sulla terapia e sul giro visite.
Così, col passare dei giorni, notavo che era come se fosse stato preso un tacito accordo da tutto il personale: in fondo, Tersilia si sapeva che era in fin di vita, dunque perché spendere tanto tempo ed energie per una paziente che stava morendo quando c'erano altri 25 letti occupati da persone "guaribili"? Perché "sprecare" energie e denaro (in termini di materiale/farmaci utilizzati) per qualcuno che probabilmente tra meno di una settimana non ci sarà più? Il ragionamento in fondo, in termini economici, funziona come quello di una qualsiasi altra azienda: bisogna puntare e investire su ciò che può dare il miglior risultato e tagliare sull'elemento più debole. Se l'obiettivo di un reparto ospedaliero è quello di guarire e rimandare a casa le persone nel minor tempo possibile, la presenza del malato terminale rappresenta già di per sé una sconfitta e rappresenta, quindi, il primo elemento su cui conviene "tagliare". Perciò, negli ultimi giorni del suo ricovero e della sua vita, Tersilia non ha ricevuto quasi più cure igieniche o medicazioni delle ferite, ma spesso durante il giro letti veniva del tutto saltata. Nel giro di pochi giorni, poi, è deceduta. Di fronte a quest'evento ci si chiede: perché non è stata difesa, in quel contesto, la dignità di quella donna? Perché non è stato possibile attuare un'assistenza come è stata descritta molto chiaramente all'interno del nostro Codice Deontologico? (*"L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale"* Art. 35 Codice Deontologico dell'infermiere 2009).
Oltre al personale impegno di ogni operatore, che sempre è determinante nella qualità dell'assistenza, pesa però in maniera piuttosto decisa anche la struttura in cui si opera. In effetti, i ritmi lavorativi e gli obiettivi imposti dalle Aziende Ospedaliere in un certo senso "costringono" a lavorare in determinate condizioni e a dover compiere determinate scelte.
Ai miei occhi, però, durante quel tirocinio, era apparso molto evidente che in questo sistema c'era una falla, perché poi a conclusione di tutto, ci aveva rimesso la paziente: colei che dovrebbe rappresentare il centro e il motivo dell'assistenza e di qualunque cura in generale.
Se l'ospedale non è in grado di offrire un'assistenza adeguata a questo genere di pazienti, deve per forza esistere un'altra struttura in cui ciò sia possibile. Perché l'alternativa non può essere unicamente quella di trascurare una persona in fase terminale: **la vita di ogni individuo è preziosa e ha una sua dignità fino alla fine e per questo merita attenzioni** nella misura in cui ciò è necessario per la sua fase di vita.
Le domande e i dubbi che erano emerse durante quel tirocinio si sono tramutate in interesse crescente per la questione dell'assistenza ai malati terminali, tanto che, al termine del III anno, la scelta della tematica della tesi è ricaduta proprio su questo aspetto. Nell'approfondire l'argomento, ho potuto avere l'occasione di effettuare un periodo di tirocinio straordinario presso una struttura specificamente pensata per l'assistenza ai malati terminali - più precisamente, nell'Hospice Antea di Roma - nel complesso di Santa Maria della Pietà a Monte Mario.
In effetti il Ssn prevede l'esistenza di strutture, gli Hospice, atte ad accogliere nello specifico questo genere di pazienti ed ha a suo tempo, con la legge 39 del 1999, stabilito dei fondi per l'edificazione degli stessi.
Durante quel tirocinio, ho scoperto un modo profondamente differente di approcciare al paziente, un modo reso possibile anche, e soprattutto, dalla struttura e dal contesto molto diverso rispetto a quello ospedaliero.

La più evidente e profonda caratteristica che differenzia queste realtà rispetto agli ospedali è proprio la diversa finalità della struttura: se in ospedale lo scopo è la guarigione e la dimissione quanto più possibile rapida del paziente, nell'hospice la priorità è il raggiungimento ed il mantenimento della più alta qualità di vita possibile per il malato e ciò è spesso estremamente soggettivo e necessita, quindi, di un piano assistenziale ad hoc per ogni paziente.
Il punto è che all'Antea ho potuto vedere nel personale, soprattutto infermieristico, la capacità di guardare al malato al di là della sua malattia e della sua terminalità.
Non avendo giornate scandite da orari e scadenze strette, le attività possono essere svolte nei tempi quanto più possibile congeniali al paziente. Veder lavorare l'intera equipe dava davvero la sensazione che queste persone si fossero messe al servizio dei malati in tutto ciò che potevano, senza pretendere risultati straordinari.
L'esistenza di strutture come l'Antea, che investono e si impegnano per l'assistenza a malati che non guariranno, dovrebbe ricordare a tutti noi operatori sanitari il senso del nostro mestiere. Penso, infatti, che uno dei ruoli di queste strutture sia proprio quello di far presente e di ricordare quale sia il fine ultimo e più profondo della nostra professione che è espresso molto bene nel nostro Codice Deontologico all'articolo 3: *"La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"*.
Sempre bisogna ricordarsi che alla base di ogni semplice pratica assistenziale c'è questa finalità; mai limitarsi alla sola cura della malattia, che senza dubbio è importantissima, ma non è tutto.
E in questa prospettiva, quali insegnanti migliori degli infermieri che assistono i pazienti che per eccellenza necessitano di essere curati in un senso più ampio e profondo del termine?
Infatti, se impariamo a mantenere in qualunque condizione lavorativa, il tipo di approccio che hanno gli operatori in contesti in cui la tecnica e la medicina hanno accettato i propri limiti, quanto può migliorare la qualità dell'assistenza nei confronti di ogni paziente!
Se la prerogativa di base è che la persona mantenga una sua dignità sempre e qualunque sia la sua condizione, addirittura anche quando è in fin di vita, allora il modo di relazionarsi con il paziente può migliorare in qualsiasi contesto (ospedale, hospice, domicilio) o qualunque sia la sua condizione fisica (la frattura di un arto, una malattia di breve durata, malattie cronico-degenerative, tumori, fino alla diagnosi di terminalità).
Tutti hanno diritto ad un elevato standard di assistenza e posti come l'Antea dimostrano quanto sia possibile e reale svolgere un buon lavoro, provando anche appagamento e soddisfazione per ciò che si compie.

AUTORE:
Caterina Sparvieri, neolaureata in Infermieristica, Università la Sapienza, CdL Santo Spirito, Roma.

La professione alle soglie del XXI secolo
Un libro di storia per capire il presente

Perché leggere un libro di storia? Che senso ha? A che cosa serve?
Rispondere a queste domande vuol dire, forse, superare lo stereotipo che è indotto dalla parola "storia", che evoca sempre qualcosa di molto lontano da noi, che appartiene a un mondo che non esiste più e che, quindi, non vale la pena neanche ricordare perché non ha nulla a che fare con le condizioni e le vicende che stiamo vivendo oggi.
Neanche la Storia infermieristica è immune da tale stereotipo, che si riflette anche nel disinteresse a riflettere sul nostro recente passato. Infatti, quasi tutti i libri che la trattano si fermano, al massimo, agli inizi del XX secolo.
Ma, proprio a cavallo tra il XX e il XXI secolo la professione infermieristica italiana ha vissuto una fase cruciale della sua evoluzione, documentata da un'intensa produzione normativa.

Il passaggio della formazione all'università, l'approvazione del profilo professionale e l'abolizione del mansionario sono soltanto alcuni dei processi che hanno rapidamente cambiato il volto della professione.
Come si è arrivati a tali risultati? La risposta a questa domanda sta solo nella memoria di chi quei tempi ha vissuto.
Gli autori del libro, dunque, hanno voluto colmare una lacuna esistente nella documentazione storica recente, recuperando tale memoria e portando alla luce situazioni, avvenimenti, episodi accaduti tra il 1990 e 2010, e le emozioni che li hanno accompagnati.
E lo hanno fatto proprio attraverso i racconti delle persone che hanno contribuito a costruire la professione infermieristica e a contestualizzarla, esplorando le loro esperienze, facendo emergere il loro punto di vista con l'ottica della posizione che allora ricoprivano: rappresentanti dell'Ipasvi e di associazioni infermieristiche, formatori, studiosi di storia della professione, infermieri manager.
Alcune questioni importanti sono stessi autori a sollevarle nelle conclusioni.
Tra queste, spicca la questione dell'autonomia professionale: essa è sancita sul terreno giuridico dalle norme emanate nel periodo considerato, ma in che misura e in quali forme si realizza oggi nei luoghi di lavoro, nella pratica dei professionisti?
E, inoltre, qual è la portata culturale dei cambiamenti di cui gli infermieri sono stati protagonisti rispetto all'evoluzione dei bisogni della popolazione e del sistema?
Al termine del viaggio proposto nella memoria recente della professione, le interpretazioni dei lettori potranno anche non coincidere con quelle degli autori, ma sono proprio le eventuali diversità di punti di vista che possono alimentare un confronto e una riflessione utili a comprendere meglio la realtà odierna.
Il libro, che testimonia che la professione è cambiata ed è cresciuta, ma che c'è ancora molto lavoro da fare, è rivolto non solo ai giovani che rappresentano la staffetta generazionale che raccoglie il testimone della storia, ma anche a chi è interessato a capire meglio un periodo temporale ricco di avvenimenti nei quali, magari, è stato personalmente coinvolto.

Caterina Galletti, Loredana Gamberoni,
Giuseppe Marmo, Emma Martellotti
Professione infermiere: alle soglie del XXI secolo
Maggioli Ed., 2017, 334 pagg (32 euro)

Somministrazione dei farmaci endovenosi: un manuale per studenti e professionisti

"Guida alla somministrazione sicura dei farmaci endovenosi" è l'ultima pubblicazione della MB Edizioni Roma: una novità assoluta e aggiornata per le Scienze Infermieristiche 2017.

Un volume pensato per gli studenti dei corsi di Laurea in Infermieristica ma che offre risposte rapide ai quesiti che spesso si trovano a dover affrontare nella quotidiana attività clinica anche ad altre professioni sanitarie (fisioterapisti, assistenti sanitari, tecnici di radiologia).

Oltre 40 miliardi di dollari l'anno; 43 milioni gli eventi in un anno: questi, i numeri presentati a marzo 2017 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione del Secondo vertice mondiale sulla sicurezza dei pazienti.

La somministrazione della terapia è tra le attività che maggiormente identificano la figura infermieristica all'interno dei contesti clinici, e somministrare cure in sicurezza è tra gli obiettivi primari che gli infermieri devono perseguire.

Condizioni ambientali, organizzative, fattori umani come la stanchezza, la fatica o il sovraccarico di lavoro, possono influenzare il processo di prescrizione ed erogazione delle cure, talvolta causando gravi danni.

Questo testo è redatto con la collaborazione di infermieri esperti, operanti in diversi ambiti clinici e abituati al processo di ricerca. Dinamico e indispensabile, da tenere sempre in tasca, ricco di nozioni utili e tecniche pratiche, pensato per tutti quei Professionisti (infermieri, medici, rianimatori, ecc.) che in situazioni di emergenza/urgenza, o in reparti critici, si trovano a dover gestire farmaci particolari come quelli endovenosi.

Basato su EBN, Best Practice e linee guida internazionali, il libro nasce con l'intento di standardizzare le metodiche d'intervento e migliorare l'efficacia del processo terapeutico anche sul fronte della sicurezza, aiutando lo studente a comprendere la buona pratica infermieristica per evitare situazioni potenzialmente rischiose per il paziente, descrivendo le pratiche operative corrette in base alle conoscenze attuali e identificando, così, l'assistenza responsabile di cui tutti i professionisti della salute devono rendere conto.

Marco Di Muzio è un docente di discipline infermieristiche e direttore del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso la "Sapienza" di Roma, ha coniugato nel testo le differenti necessità di ogni professionista della salute, fornendo sia allo studente in formazione che all'operatore già formato strumenti essenziali.

È disponibile anche un'applicazione gratuita per Android per il calcolo dei dosaggi dei farmaci d'urgenza.

Marco Di Muzio
Guida alla somministrazione sicura dei Farmaci Endovenosi
MB Edizioni Roma, 2017, 203 pagg (19 euro)

Tre "manuali" per affrontare al meglio le sfide della vita da adulto e bambino

Tre testi per affrontare le sfide quotidiane del mondo dei bambini e degli adulti con capacità "da manuale".

A questo cercano di rispondere le tre, dinamiche proposte di una casa editrice romana che parlano, ad esempio, del metodo "Montessori per i genitori".

Un libro che vuole aiutare i genitori a stupirsi delle capacità dei loro figli. E lo fa con parole semplici, con uno stile quasi parlato. Le "Proposte pratiche per un ambiente Montessori a casa" dedicato a bambini da 0 a 3 anni servono per "mettere i bambini in condizione di sviluppare le loro enormi potenzialità, che, oggi, per mille motivi, si tende spesso a proteggere più che a lasciar sviluppare".

Ma pure di bambini e cibo. Non è una cosa facile portare a termine, con successo, l'educazione alimentare dei bambini, visto che, oggi più che mai, hanno "gusti difficili", mangiano "troppo" e spesso "troppi dolci", o che rifiutano le verdure e mangiano per placare le emozioni. Problemi concreti che hanno bisogno di soluzioni altrettanto concrete.

Negli ultimi anni si è fatto molto in tema di salute alimentare e di cambiamento dello stile di vita, eppure come ci si deve comportare in certe situazioni? Le persone non vogliono teoria: vogliono imparare come fare a mettere in pratica i consigli degli esperti. Poca teoria, dunque, ma tanti esempi direttamente forniti dalla pratica clinica quotidiana: il lettore potrà identificarsi nelle storie raccontate e utilizzare le tecniche presentate che, passo dopo passo, lo aiuteranno a comprendere meglio il contesto dell'alimentazione, la dimensione emotiva che sia i bambini sia i genitori costruiscono intorno al cibo. "I bambini e il cibo" vuole essere una guida pratica principalmente per i genitori, ma può essere un utile strumento anche per tutte quelle figure professionali a cui spesso le famiglie si rivolgono per chiedere aiuto e consigli.

Oppure, per i più grandi, della metodologia innovativa per regolare il rapporto con il cibo in Mindful Eating. In linea con la saggezza buddista, a cui s'ispira, questo testo sostituisce, alle verità imposte, la riflessione critica e la scelta alimentare consapevole, non prescrivendo cosa mangiare e cosa non mangiare, ma, al contrario, indicandoci come mangiare. All'interno del volume, nozioni relative all'alimentazione, alla mindfulness in generale e alla Mindful Eating ed esercizi pratici per approcciare il cibo in maniera più sana.

Nicoletta Cola, Antonella Di Marco
Montessori per i genitori
Epc editore, Roma, 2017, 112 pagg (12 euro)

Paola Medde
I bambini e il cibo
Epc editore, Roma, 2017, 144 pagg (12 euro)

Teresa Montesarchio
Mindful Eating
Epc editore, Roma, 2017, 128 pagg (12 euro)

La responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie alla luce della recente approvazione della legge n. 24/2017

In questo numero analizziamo le principali novità intervenute in tema di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, sia dal punto di vista civile che penale, alla luce della recente approvazione della legge n. 24/2017.

Con riferimento alla responsabilità civile si ricorda, brevemente, che nel nostro ordinamento sussistono due tipi di responsabilità: la responsabilità contrattuale (o da inadempimento) disciplinata dall'art. 1218 c.c., derivante dalla non esatta esecuzione di una prestazione resa in favore di un soggetto in forza di un contratto, o di altro atto in essere tra le parti; e la responsabilità extracontrattuale, disciplinata dall'art. 2043 c.c., che viene in rilievo laddove un soggetto violi non già un dovere specifico derivante da un preesistente rapporto obbligatorio, bensì un dovere generico.

Questa distinzione puramente teorica ha, tuttavia, delle rilevanti conseguenze dal punto di vista pratico, considerato che a seconda che si versi nell'una o nell'altra ipotesi si ricade in una diversa disciplina per ciò che concerne, tra le altre cose, l'onere della prova.

Ed infatti, laddove un paziente agisca in giudizio per ottenere il risarcimento dei danni che ritiene di aver subito, e la fattispecie venga fatta ricadere nell'ambito della responsabilità contrattuale, il paziente dovrà solo dimostrare il danno subito, ed il fatto che quel danno si sia verificato in occasione di una determinata prestazione. Spetterà, allora, al sanitario difendersi, fornendo la prova di aver agito correttamente, e che il danno si è verificato per causa a lui non imputabile.

Diversamente, nel caso in cui la fattispecie venga fatta ricadere nell'ambito della responsabilità extracontrattuale, il paziente, che assume di aver subito un danno, sarà tenuto ad allegare e documentare, oltre alla prova dello stesso, anche la colpa del sanitario dal punto di vista soggettivo, nonché il nesso causale tra la condotta che si ritiene erronea ed il pregiudizio subito.

Prima dell'entrata in vigore della legge n. 24/2017 dottrina e giurisprudenza erano concordi nell'inquadrare la responsabilità della struttura sanitaria (indifferentemente, pubblica o privata) nell'ambito della responsabilità contrattuale, sul presupposto che l'accettazione del paziente in ospedale per un ricovero, ovvero per l'esecuzione di altre prestazioni, comportasse la conclusione di un contratto (il c.d. contratto di spedalità) avente ad og-

getto l'esecuzione sia di prestazioni principali che secondarie ed accessorie, concernenti, ad esempio, l'assistenza, il vitto e l'alloggio.
Sennonché, la giurisprudenza di legittimità (e quella prevalente anche di merito) ha, per diversi decenni, usato qualificare anche la responsabilità del personale sanitario dipendente, e che, pertanto, soltanto occasionalmente si occupi di un paziente, ugualmente come responsabilità contrattuale, nonostante la mancanza di un vero e proprio contratto tra paziente e sanitario.
Ciò, ricorrendo alla figura del c.d. contatto sociale, sul presupposto che, al momento dell'accettazione del paziente in ospedale e della presa in carico da parte del sanitario, sorga in capo a quest'ultimo un generico obbligo di protezione, che scatta per il solo fatto che il paziente rivolga ad un professionista particolarmente qualificato.
Ebbene, un'identica qualificazione della responsabilità di sanitari e strutture aveva avuto quali effetti quello di ripartire allo stesso modo il rischio risarcitorio in capo a tali soggetti, oltre che la diffusione del fenomeno della medicina difensiva, e l'aumento esponenziale del contenzioso giudiziario, in ragione dell'eccesso di tutela riconosciuta al paziente.
Con la riforma in oggetto, il legislatore è intervenuto a distinguere in modo netto le due posizioni, introducendo all'art. 7 della legge in esame, un doppio binario tra le responsabilità degli enti ospedalieri e dei sanitari.
Si è, infatti, disposto chiaramente che sulla struttura sanitaria ricade una responsabilità di natura contrattuale ex art. 1218 c.c., mentre il personale sanitario che svolge la propria attività alle dipendenze di strutture sanitarie, o in rapporto convenzionale con il Ssn (salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente), risponde in via extracontrattuale ai sensi dell'art. 2043 c.c.
Appare evidente come dalla riforma intervenuta discendano importanti conseguenze sul piano dell'onere della prova, dovendo il paziente che intende agire in giudizio nei confronti del sanitario fornire la prova sia dell'elemento oggettivo dell'illecito, consistente, come si è detto, nella condotta, nell'evento e nel nesso di causalità; che di quello soggettivo, ovvero della colpa, non essendo più sufficiente la sola documentazione del ritenuto danno subito.
La descritta bipartizione opera, altresì, sul piano della prescrizione dell'azione, essendo l'azione diretta ad ottenere il risarcimento del danno derivante da illecito contrattuale soggetta all'ordinario termine di prescrizione decennale, mentre il termine di prescrizione del diritto al risarcimento scaturente da un illecito extracontrattuale è soggetto al più breve termine quinquennale.
Il recente intervento legislativo ha introdotto significative novità anche in tema di responsabilità penale, avendo disposto l'abrogazione dell'art. 3 della legge Balduzzi (che prima della riforma in parola si era occupata anch'essa del tema della responsabilità), e l'introduzione di un apposita disposizione del codice penale, l'art. 590sexies, rivolto unicamente agli operatori sanitari e rubricato, infatti, proprio "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario".
Recita tale articolo: *"Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee-guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".*
La principale novità introdotta attiene alla disciplina della causa di non punibilità del professionista, contenuta nel secondo comma della norma.
Ed infatti, con riferimento ai reati colposi di omicidio e lesioni, in applicazione del disposto sopra richiamato, la punibilità del sanitario è esclusa, a prescindere dal grado di colpa, e cioè dal fatto che si versi nell'ipotesi di colpa grave ovvero di colpa lieve, qualora nell'esercizio della professione, concorrano le seguenti condizioni: a) l'evento si sia verificato a causa di imperizia, essendo, viceversa, escluse le condotte caratterizzate da negligenza e imprudenza; b) siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida - elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, e da aggiornare con cadenza biennale (art. 5 della medesima legge 24/2017) -, ovvero le buone pratiche clinico-assistenziali, laddove manchino linee guida pertinenti; c) le raccomandazioni contenute nelle predette linee guida risultino adeguate alle peculiarità del caso concreto.
Sul punto appare utile precisare come l'esimente di cui sopra non significhi, tuttavia, che il sanitario possa ritenersi esonerato da responsabilità tutte le volte che dimostri di aver osservato le raccomandazioni di cui alle linee guida, posto che l'inciso contenuto al secondo comma dell'art. 590sexies c.p. specifica che le stesse non debbano essere applicate pedissequamente, ma che il sanitario sia tenuto a verificarne, caso per caso, l'applicabilità alla fattispecie concreta.

Avv. Nicoletta Galli

SEMBRA CHE CI SIA UN PIANO PER RIDURRE LE LISTE DI ATTESA...
SI, MA NON HANNO TROVATO ANCORA CHI LO SUONA...
©Brto '17

NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su "Infermiere Oggi"

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.
Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet http://www.icmje.org).
Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola2) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:
– iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
– iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
– in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).
Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnante da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni.

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:
ad es. per "ad esempio"
n. per "numero"
p./pp. per "pagina/pagine"
vol./voll. per "volume/volumi"
et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi - ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).
Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti – ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1 gennaio (non I gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.
I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

PAROLE STRANIERE

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ipasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

E TU, CONOSCI L'INFERMIERE?

Figura fondamentale del sistema sanitario

UNA RISORSA PER LA SOCIETÀ

Cura e assiste
le persone
e supporta
i loro familiari

PASSIONE E COMPETENZA

Per essere infermiere servono:
Motivazione e tanti
anni di studi universitari

SI OCCUPA DI

Prevenzione	Educazione
Cura	Formazione
Assistenza	Ricerca
Riabilitazione	Organizzazione

DOVE/COME/QUANTI

Ospedali, strutture residenziali,
centri diurni, domicilio,
luoghi di lavoro e vacanza

Dipendente
Libero professionista

423.397

E NON SI FERMA MAI...

Formazione continua
Aggiornamento
Esperienze quotidiane
Sviluppo professionale

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

viale Giulio Cesare, 78
00192 Roma - metro Ottaviano
Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034

Email: collegio@ipasvi.roma.it
www.ipasvi.roma.it
www.centrodieccellenza.eu

Orari apertura uffici:
Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17
Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30

IPASVI
FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI INFERMIERI

IPASVI.IT