

INFERMIERE

oggi

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

N°1

EDITORIALE

Nel mare grosso della sanità
l'Ipasvi non naviga a vista

CONTRIBUTI

L'efficacia dell'utilizzo delle
soluzioni alcoliche contro
le infezioni ospedaliere

FOCUS

Rinnovo delle cariche
elettive: risultati
e programmi futuri

FUTURO IN VISTA

Andare avanti con grande
ottimismo, anche nella crisi



ATTUALITÀ

Pronto soccorso,
la vera emergenza è la
carenza di personale

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXII - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2012
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
Gennaro Rocco

Segreteria di redazione
Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci

Comitato di redazione
Angela Basile, Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Stefano Di Carlo,
Gianfranco Del Ferraro, Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli,
Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Angelina Palumbo,
Ausilia M.L. Pulimeno, Alessandro Stievano, Marco Tosini

Stampa
Artigrafiche Boccia SpA
Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno
e-mail: info@artigraficheboccia.com
Progetto grafico: EDS Roma
Foto: Mario Esposito; Enrica Citoni; Fotolia

Finito di stampare: marzo 2012

Tiratura: 28.000 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 **Nel mare grosso della sanità l'Ipasvi non naviga a vista**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Il tutor "alla pari" nell'apprendimento pre-clinico degli studenti infermieri del primo anno**
di Claudia Uras, Donatella De Lisi, Gennaro Rocco, Stefano Tabolli
- 7 **L'efficacia dell'utilizzo delle soluzioni alcoliche nell'antisepsi delle mani per prevenire le infezioni ospedaliere**
di Stefania Cedretto
- 12 **La qualità percepita parametro di analisi dell'organizzazione e dei ruoli degli operatori**
di Cristina Ciancabilla Roberto Parisi
- 17 **L'infermiere, l'équipe assistenziale, le tecniche di rilassamento**
di Cristiano Ranaldi
- 21 **Il ruolo dell'infermiere nella preparazione intestinale per la colonscopia Studio prospettico randomizzato**
di Desy Giancaspero, Alessandra Guarini, Marinella Lombri
- 26 **Competenze distintive del coordinatore nella progettazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nella fibrosi cistica**
di Marsela Banushi, Chiara Spagnul, Marianna Massicci, Alessia Di Tommaso, Elisabetta Renzetti, Marco Cacciotti, Sergio Bella
- 32 **Il fabbisogno assistenziale in area critica cardiocirurgica**
di Marina Palombi, Marco Di Muzio

FOCUS

- 41 **RINNOVO DELLE CARICHE ELETTIVE: RISULTATI E PROGRAMMI FUTURI**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 52 **Quarto congresso nazionale a Roma dell'Associazione Infermieristica Transculturale**
- 54 **Pronto soccorso, la vera emergenza è la carenza di personale**

DICONO DI NOI

- 55 **Inizio d'anno tra riconoscimenti e reparti ormai al collasso**

LETTO PER VOI

- 58 **Sociologia della salute per l'approccio infermieristico**
- 59 **Passione e professionalità per combattere la malattia Un infermiere romano racconta il Forlanini**
- 60 **Nursing ed antropologia un connubio moderno e vincente**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **Liberalizzazione della professione: abolite le tariffe per aumentare la concorrenza?**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



Nel mare grosso della sanità l'Ipasvi non naviga a vista

di Gennaro Rocco

La sanità è nella tempesta e noi ci siamo dentro fino al collo. Come una nave alla deriva, battuta dai flutti, con comandanti diversi che si alternano al timone senza fortuna. In sala macchine ci siamo noi, a sudare fatica e sacrifici per raddrizzare la rotta ed evitare il peggio. Ma così non può durare. Serve una vera svolta, una ripartenza verso una sanità diversa, quella che gli infermieri sognano e propugnano inascoltati da troppo tempo.

È come una regata nel mare grosso: siamo al giro di boa, non si può sbagliare. Tirare dritto sulla rotta attuale significherebbe naufragare, svilire la sanità pubblica fino a rischiare di perderla del tutto. Non possiamo permetterlo. La manovra da compiere deve essere coordinata e rapida. Sappiamo bene che il percorso da affrontare è difficile e che il vento contrario alimentato da chi vede con timore la crescita e l'affermazione degli infermieri ci costringerà a navigare di bolina, zigzagando tra ostacoli e sgambetti di ogni tipo. Poco male, siamo ormai allenati a lottare e lo faremo ancora. E saremo ancor più determinati.

Chiediamo innovazione e innovazione offriamo. Il ciclo iniziato al Collegio Ipasvi di Roma con il debutto del nuovo Consiglio direttivo testimonia proprio questa forte volontà da parte della nostra comunità professionale di contribuire fattivamente alla riforma complessiva di un modello sanitario che, specie a Roma e nel Lazio, dimostra ogni giorno di più di non reggere alla prova dei tempi, allontanandosi drammaticamente dalle attese dei cittadini e degli stessi operatori sanitari.

Abbiamo assunto questo impegno ben consapevoli delle difficoltà del momento e del grave stato di crisi in cui versano i servizi e le strutture ospedaliere, ma anche del crescente malessere che monta fra gli utenti e che finisce inesorabilmente per coinvolgere chi, come noi, vive la sanità in prima linea, sulla propria pelle.

Le difficilissime condizioni in cui versano molti Pronto soccorso della capitale fanno discutere, suscitano blitz, inchieste, ispezioni parlamentari e accendono i fari abbaglianti dei media. Il problema è grave ma rappresenta solo la punta di un iceberg ben più grande

che blocca lo sviluppo dei servizi sanitari verso forme alternative di cura e assistenza. Non si può lasciare al solo Pronto soccorso il compito di rispondere alle esigenze dei cittadini.

Per cambiare ci vuole concretezza. La linea da intraprendere è già ben segnata e confortata da diverse esperienze maturate nei Paesi a sanità più avanzata. Bisogna avere il coraggio di invertire la tendenza centripeta che considera l'ospedale come un terminale, ingolfando le strutture con ricoveri impropri, così come accade normalmente nei Pronto soccorso dove il 70-80% degli accessi viene identificato dai codici bianco e giallo.

Ciò che chiediamo è di valorizzare i servizi che servono ai cittadini e che molto spesso sono a basso costo. La parola chiave è "territorio". I modelli organizzativi ci sono: le unità di degenza infermieristica, l'infermiere di famiglia, gli ambulatori infermieristici ricavati magari negli ex ospedali da riconvertire. Insomma una "rete" di offerte che dia risposte alla domanda di salute dei cittadini prima che questi siano costretti a ricorrere all'ospedale di turno, spesso passando attraverso il Pronto soccorso.

Tanti pazienti cronici che affollano i Pronto soccorso di molti ospedali romani stanno nel posto sbagliato. Le loro esigenze sanitarie devono poter trovare risposta in strutture diverse, in cui gli infermieri possono svolgere un ruolo fondamentale nella gestione della cronicità e del quadro di multipatologia che caratterizza gran parte dei nostri anziani. Ciò va fatto coordinandosi al meglio con le altre figure professionali direttamente coinvolte, i medici in primis, con i quali dobbiamo avere rapporti di piena e leale collaborazione.

In un Paese come il nostro, con una popolazione che invecchia a tassi da record mondiale, con una diffusa morbilità e multipatologie crescenti, c'è assoluta necessità di qualcuno che sappia come sostenere la famiglia nel governare lo stato di salute precario di un anziano, una figura esperta che guidi il suo *entourage* familiare nella gestione delle piccole emergenze e della

EDITORIALE

terapia senza dover ricorrere ogni giorno ad uno specialista diverso. Gli infermieri che operano sul territorio, le unità di degenza infermieristica o anche i liberi professionisti convenzionati con strutture pubbliche possono fornire queste risposte.

Puntare sul territorio ma anche ripensare l'ospedale. Le grandi strutture ospedaliere che caratterizzano Roma dovrebbero fungere da hub in grado di intercettare e smistare le richieste di assistenza per ogni tipo di patologia acuta. Anche in questo caso il modello di riferimento è da tempo sotto gli occhi della comunità scientifica: riorganizzare un ospedale sulla complessità assistenziale significa razionalizzare i processi di cura e le risorse umane, riducendo le liste d'attesa e la disaffezione verso la sanità che si manifesta quando i cittadini non trovano risposte adeguate alle loro esigenze. Significative esperienze internazionali dimostrano che questi modelli funzionano e risultano molto più vicini alle attese dei pazienti.

Non basta più rimuginare, bisogna agire. Una nuova impostazione della rete sanitaria è possibile solo coinvolgendo pienamente i suoi operatori. E su questo fronte è decisivo il corretto riconoscimento e la valorizzazione delle competenze dei singoli professionisti. Oggi gli infermieri dispongono di competenze molto avanzate, ma continuano spesso ad essere impiegati in attività affatto correlate al loro profilo.

Profilo e competenze di cui serve una profonda rivisitazione che valorizzi il lavoro di chi può dare risposte concrete ai cittadini. L'infermiere esperto clinico, ad esempio, è oggi in grado di svolgere tante attività che erano proprie di altre figure professionali. In molti casi, però, ci si trova a dover operare in modo informale per via di un'organizzazione statica che non accetta di buon grado i processi di innovazione. In questo pericoloso scenario, serve uno scatto d'orgoglio e di buon senso da parte dei direttori

generali di Asl e Aziende ospedaliere, dei direttori dei dipartimenti e della Regione Lazio perché questo si possa finalmente fare. Quello che sosteniamo con forza da anni è ciò che gli infermieri romani hanno sottoscritto condividendo con entusiasmo il nostro programma ed eleggendo alla guida del Collegio un gruppo esperto, affiatato e profondamente rinnovato con l'ingresso di giovani consiglieri. È il viatico giusto per iniziare insieme un nuovo ciclo, per fare da apripista lungo il percorso che la sanità pubblica è chiamata ad affrontare per scongiurare il collasso e guardare al futuro. Perciò ci rimbocchiamo le maniche e guardiamo con il realismo che ci contraddistingue alle difficoltà che abbiamo davanti.

In un momento tanto grave, avvertiamo tutta la responsabilità che pesa sul nostro Collegio, a cui l'intera comunità infermieristica guarda con interesse e fiducia. Ben presente è la consapevolezza che, mai come oggi, serve una rappresentanza forte in grado di dire la sua su problematiche professionali decisive. Il nostro impegno sarà totale. Miglioreremo ancora i servizi agli iscritti, svilupperemo le attività formative, di ricerca, di divulgazione del nostro contributo scientifico alla sanità italiana coinvolgendo sempre più colleghi in tutte le iniziative che intraprenderemo. Manterremo aperto e costante anche il confronto internazionale, fondamentale per far crescere qui da noi le esperienze di innovazione.

Da subito il Collegio aprirà tavoli di confronto diretto con gli enti preposti, a cominciare dalla Regione Lazio, anche attraverso contatti diretti con la presidente Polverini e i sub commissari alla Sanità. Siamo in grado di fornire idee e proposte importanti, pronti ad un confronto costruttivo con le forze sociali, sindacali e con i cittadini. E con la stessa determinazione pretenderemo di verificare il riscontro a quanto ci verrà promesso.



Il tutor "alla pari" nell'apprendimento pre-clinico degli studenti infermieri del primo anno

di Claudia Uras, Donatella De Lisi, Gennaro Rocco, Stefano Tabolli

Questo contributo è frutto della sintesi del progetto: "Guarda, è così che si fa!" del Centro di Formazione e di Studi Sanitari "P.L. Monti", Idi Irccs.

ABSTRACT

L'inizio del tirocinio clinico è spesso fonte di stress per gli studenti infermieri, soprattutto del primo anno.

Le poche conoscenze teorico-pratiche, la mancanza di familiarità con le procedure infermieristiche ne sono spesso la causa. Al primo anno, le procedure di base sono considerate semplici, tuttavia la conoscenza per lo sviluppo delle procedure infermieristiche — sia di base che avanzate — comprende quella teorica, fondata sull'esperienza, e quella procedurale.

Quest'ultima si apprende attraverso la pratica e, solo con il tempo, lo studente s'impadronisce delle tecniche, acquisendo competenza ed autonomia. Anche le procedure semplici hanno bisogno di tempo per essere fatte proprie.

Anticipare l'insegnamento/apprendimento, "tra pari", di queste abilità, nel periodo che precede il tirocinio, significa dare maggior tempo all'apprendimento pratico e ciò potrebbe:

- migliorare il ruolo degli studenti in ambito clinico;
- ridurre lo stress all'inizio del tirocinio;
- offrire l'opportunità di sviluppare abilità personali "trasferibili" tra studenti, come la comunicazione.

Sistemi di valutazione dell'apprendimento pre-clinico non sono ritenuti essenziali per migliorare questa preparazione.

Non vi sono molti studi che analizzano l'apprendimento alla pari nel periodo pre-clinico; molto, invece, si è scritto sul tutoraggio, "alla pari", nell'ambiente clinico.

Il termine "alla pari" sta ad indicare: "un collega, uno studente della stessa età, o di un differente anno di corso, o uno studente all'interno dello stesso corso".

Il tutor "alla pari" è una strategia collaborativa di apprendimento ed insegnamento che coinvolge gli studenti, insegnando loro ad aiutarsi a vicenda: ciò crea opportunità per gli studenti di scoprire le proprie inadeguatezze e di correggerle e li incoraggia ad aprirsi alle idee degli altri. Essi, inoltre, si responsabilizzano, acquistano maggiore autonomia e fiducia in se stessi.

Secondo alcuni autori, questa metodologia incrementa il successo accademico, rafforza le capacità sociali, promuove il cambiamento a livello individuale, migliora le abilità di insegnamento, aumenta lo sviluppo cognitivo e psicomotorio e sviluppa la capacità di *leadership*. Da una revisione della letteratura scientifica sull'argomento si evidenzia, invece, che sono necessari ulteriori studi per accertarne l'efficacia.

In Italia, nei corsi di Infermieristica non sono riportate esperienze di tutoraggio "alla pari": l'intento di quest'articolo è proprio quello di descrivere il progetto, la sua realizzazione e riportare l'esperienza di formazione dei tutor.

MATERIALI E METODI

Il nostro Centro di formazione e di Studi Sanitari "P.L. Monti", nell'anno accademico 2010/2011, ha elaborato e realizzato il progetto d'insegnamento/apprendimento tra pari dal titolo: "Guarda, è così che si fa!" in base al quale gli

studenti del secondo anno assumono la funzione di tutor "alla pari" nei confronti degli studenti del primo anno (tutorati) per guidarli nell'apprendimento pratico prima del tirocinio.

Il progetto è stato inserito all'interno dell'unità di pratica clinica (laboratorio infermieristico); è iniziato a settembre 2010 e terminato a maggio 2011, per un totale complessivo di 96 ore d'insegnamento (tutor) e 21 di apprendimento (tutorati).

Ciò, allo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi generali:

- promuovere la partecipazione attiva degli studenti nell'ambito accademico;
- favorire lo sviluppo delle abilità personali e dell'apprendimento pratico;
- formare i tutor alla pari.

E specifici:

- identificare i tutor "alla pari";
- preparare i tutor a sviluppare capacità d'insegnamento;
- migliorare l'apprendimento cognitivo degli studenti;

Il progetto si è articolato in tre fasi ed ogni fase in vari incontri:

1. prima fase: stesura del progetto (settembre 2010);
2. seconda fase: individuazione e formazione dei tutor alla pari (ottobre/novembre 2010);
3. terza fase: formazione pratica pre-clinica degli studenti di primo anno (dicembre/gennaio 2010/2011) prima dell'inizio del primo tirocinio e dopo (aprile/maggio 2011).

Al termine del progetto, condotto dagli

studenti di Infermieristica del secondo anno (tutor “alla pari”) e supportato dai docenti d’Infermieristica del Centro che lo hanno elaborato, individuato le risorse necessarie per la sua realizzazione (allievi e materiale per le lezioni pratiche), formato e guidato i tutor, è stato chiesto agli studenti/tutor di indicare cinque aspetti negativi e cinque positivi dell’esperienza.

Abbiamo sperimentato come modello di tutoraggio “alla pari”, il cosiddetto “a piccoli gruppi”, cosicché i tutor siano delle guide che coordinano le conoscenze dei vari tutorati e questi, solitamente, sono confortati dall’essere liberi di fare domande sugli argomenti in cui sono carenti.

I tutor, spesso, hanno anche familiarità con le difficoltà e possono quindi preparare il gruppo ad affrontarle. Sia i tutor che i tutorati cambiano da sessione a sessione.

Nella prima fase è prevista l’elaborazione del progetto d’insegnamento/apprendimento tra pari; nella seconda, l’individuazione e formazione dei tutor “alla pari” (ottobre/novembre 2010): inizialmente, sono stati selezionati 20 studenti (tra i 45 del secondo anno), in base al rendimento, alle valutazioni positive del tirocinio clinico, alla disponibilità di tempo, alla conoscenza della lingua italiana ed all’appropriatezza del linguaggio, nonché alla capacità di farsi coinvolgere nelle varie attività accademiche.

È questa la fase in cui si sono svolti quattro incontri guidati dai due docenti d’Infermieristica del Centro: nel primo, ai 20 studenti è stato presentato il progetto e gli obiettivi, individuato l’impegno personale dei tutor (la volontà e la capacità di impegnarsi nel fare ricerche bibliografiche, nell’elaborare procedure, etc.), si è valutata la disponibilità del tempo che avrebbero dovuto impiegare per la realizzazione del progetto, stabilito le attrezzature e i materiali disponibili per le lezioni pratiche, ragionato sul ruolo dei tutor “alla pari” (di guida nei confronti degli studenti) e definito le regole del gruppo (comportamento uniforme da adottare con gli studenti durante la lezione pratica, l’obbligo di indossare la divisa durante le esercitazioni, la complementarietà tra tutor, la verifica costante

ASPETTI POSITIVI

1. Il confronto con i miei colleghi di corso mi ha permesso di confrontarmi con la capacità di lavorare in équipe e di creare del materiale d’uso ed utilità comune.
2. Questa esperienza mi ha fatto capire quanto è importante essere guidati quando si compie un percorso formativo di questo tipo.
3. Gli studenti, organizzati in coppie spontanee, hanno compreso appieno l’importanza di lavorare insieme e di coordinare le proprie azioni.
4. Dovendo mostrare ai ragazzi le procedure, ci siamo resi conto dei “vizi” nel nostro modo di svolgerle.
5. Ho sperimentato che è fondamentale prepararsi adeguatamente e che, quando non si sa qualcosa, è più opportuno rimandare la risposta e documentarsi che rischiare di dare risposte sbagliate.

ASPETTI NEGATIVI

1. ... necessità di maggior quantità di materiale a disposizione per poter svolgere l’esercitazione in modo più agevole e permettere a tutti gli studenti di esercitarsi di più.
2. Evitare la presenza dei docenti durante le esercitazioni: gli studenti si sentono più liberi di esprimersi; si potrebbe avviare alla preparazione non completa dei tutor “alla pari” formando delle coppie in cui ci sia un tutor “alla pari” ed un infermiere già diplomato.
3. ... tra di noi, le nostre conoscenze non devono essere motivo di discordia né di competizione.
4. Sarebbe interessante intervistare gli studenti del I anno per capire se e come i nostri insegnamenti li hanno aiutati ad affrontare il tirocinio.
5. I test hanno, in parte, distolto l’attenzione dall’esercitazione pratica che, a mio parere, doveva premeggiare in questa esperienza.

Tabella 1. I cinque aspetti positivi ed i cinque negativi indicati dai tutor “alla pari” rispetto a quest’esperienza

del materiale presente in sala esercitazione, comunicazione in tempo di eventuali assenze).

Al termine dell’incontro, otto studenti hanno deciso di aderire al progetto. Si è proceduto, quindi, ad abbinarli in coppie, per implementare la capacità di dialogo ed abituarli al lavoro in *équipe*.

Gli abbinamenti sono avvenuti in base alle caratteristiche personali (differenze di genere, affinità, etc.).

Nella seconda fase, è stato elaborato un

elenco di temi che ha definito una prima traccia degli argomenti da esplorare ed il tempo necessario per ciascuno, arrivando a scegliere otto argomenti di procedure pratiche che i tutor “alla pari” avrebbero dovuto preparare e presentare ai tutorati. Si è stabilito di dedicare tre ore ad ogni argomento e che, per ognuno, bisognava elaborare un protocollo/procedura.

Ogni argomento doveva essere introdotto con una spiegazione teorica di 20 minuti circa, al termine della quale i tutor

TIMORI DEI TUTOR “ALLA PARI”

“...più che altro ho avuto timore prima di iniziare le esercitazioni: non sapevo come i ragazzi avrebbero potuto reagire davanti al fatto che c’era una suora ad insegnare loro, ma in realtà ho avuto un’ottima accoglienza e, una volta fatta conoscenza, non c’è stato alcun tipo di ostacolo nella relazione”.

“... la difficoltà è evidente all'inizio della lezione dove tutti gli sguardi puntati possono farti pensare ad innumerevoli cose. Ognuno degli studenti, sin dalle prime parole che ascolta, si farà un'idea sulla nostra preparazione e sulla capacità di linguaggio”.

TIMORI DEI TUTORATI

I pazienti si fidano di noi studenti? Che impatto hai avuto il primo giorno di tirocinio? Come ti comporti in situazioni più grandi di te? Sei mai stato in disaccordo con l’agire di un infermiere? Cosa succede se mi sbaglio a fare...? E se non sono capace? A chi posso chiedere...?

I TUTOR HANNO DETTO CHE...

“... Ricordo il desiderio di trasmettere i valori della professione infermieristica: l’attenzione alla persona, il prendersi cura, la valutazione complessiva del malato durante ogni procedura”.

ciò che si doveva trasmettere necessariamente era la passione per la professione infermieristica.

Si è affrontata anche la questione della relazione tutor/tutorati ed il gruppo ha concluso che la relazione di maggior successo tra tutor e tutorato è quella in cui entrambi condividono stili di conoscenza, *background* e reciproca comprensione: se si sviluppa una collaborazione reciproca, le proposte del tutor sono più ascoltate di quelle dei docenti ed i tutor stessi sono più motivati.

Si è discusso, inoltre, sulle capacità relazionali, fornendo consigli e cercando di aumentare l’autostima del tutor, sottolineando il fatto che, già l’averli scelti, era una prova di stima nei loro confronti. Questo perché un tutor che non ha sufficiente autostima incontra maggiori difficoltà nello svolgere il proprio ruolo.

Nella *terza fase*, gli incontri tra tutor “alla pari” e tutorati sono stati pianificati in base ai rispettivi impegni accademici e clinici. Era prevista l’iscrizione dei tutorati per ciascun argomento.

I tutor ruotavano fra i gruppi in modo che ogni coppia incontrasse tutti gli studenti e affrontasse tutti gli argomenti. Loro il compito di verificare, prima dell’incontro, che tutto il materiale fosse disponibile (manichino, letto, etc.).

L’incontro, iniziato con la spiegazione teorica, terminava con le esercitazioni, condotte dai tutor in divisa: questi, prima eseguivano personalmente la procedura, poi la facevano ripetere, a coppie di tutorati, per circa dieci minuti.

Durante l’esecuzione della procedura i tutor compilavano una scheda di valutazione per ciascun tutorato e, al termine di ciascun incontro, ai secondi era somministrato un questionario per la valutazione dell’apprendimento teorico.

Era previsto che, durante il laboratorio, i docenti entrassero per seguire i tutorati nella loro performance ed intervenire, se opportuno.

CONCLUSIONI

Dalle brevi osservazioni dei tutor è emerso che questa esperienza è stata considerata positiva, poiché ha consentito di confrontarsi sia tra di loro sia con i tutorati.

Inoltre, li ha stimolati ad un approfondi-

Tabella 2. Si trascrivono alcuni dei vari riscontri sia dei tutor che dei tutorati ed alcune riflessioni dei tutor

dovevano dare una dimostrazione pratica e farla poi ripetere ad ogni tutorato con la loro supervisione.

Al termine di ogni incontro, poi, i tutor dovevano fare una valutazione oggettiva - e soggettiva - dei tutorati: a tal fine, sono stati elaborati dei test ed una griglia. Essendo 58 i tutorati, sono stati suddivisi in quattro gruppi, di cui due da 14 e due da 15.

Gli argomenti scelti sono stati:

- rifacimento del letto: libero, occupato, chirurgico etc;
- assistenza nelle cure igieniche totali;
- assistenza nelle cure igieniche parziali;
- rilevazione parametri vitali;
- gestione del cateterismo vescicale temporaneo nell’uomo e nella donna;
- gestione del cateterismo vescicale a permanenza nell’uomo e nella donna;
- somministrazione della terapia orale, sottocutanea e intradematica;
- somministrazione della terapia intramuscolare.

Nel terzo incontro, ad ogni coppia di tutor è stato dato mandato di elaborare due diversi protocolli/procedure, per la

stesura dei quali ognuno doveva sviluppare una serie di punti: titolo, obiettivo, standard di risultato, indicatori, risorse materiali, temporali ed umane, procedura operativa, smaltimento del materiale, rischi e ricerche bibliografiche.

I lavori sono stati revisionati dai docenti e riconsegnati a tutte e quattro le coppie affinché potessero svolgere, a rotazione, tutte ed otto le esercitazioni pratiche.

L’elaborazione del materiale didattico è stata necessaria affinché i tutor “alla pari” acquisissero le stesse conoscenze, apprendessero una metodologia idonea per poter condurre delle lezioni seguendo un percorso logico che partisse da una premessa teorica prima dell’esercitazione pratica.

Nel quarto incontro, si è ragionato sugli aspetti emotivi/relazionali che questa nuova esperienza suscitava - e poteva suscitare - una volta iniziato il tutoraggio “alla pari”.

Sono emersi sentimenti di preoccupazione ma anche di orgoglio per la partecipazione al progetto.

Il gruppo è giunto alla conclusione che

mento delle procedure infermieristiche, a dare rilievo alla comunicazione ed ai rapporti con i colleghi, facendo prendere coscienza dell'importanza del loro ruolo professionale.

Anziché indicare aspetti negativi, i tutor hanno formulato suggerimenti per migliorare future esperienze di tutorato.

In particolare, molti hanno sottolineato la necessità di dedicare maggior tempo all'esercitazione pratica e la necessità di avere a disposizione più materiale didattico.

Hanno sottolineato che la presenza del docente andrebbe evitata, perché i tutor si sentono inibiti ed è stato suggerito di affiancarli, eventualmente, ad infermieri diplomati.

I tutor avrebbero desiderato avere un riscontro formale del loro impegno da parte dei tutorati (pur avendone ottenuti di informali), per questo motivo, in seguito, sono stati interpellati da studenti per consigli di vario genere.

Ad esempio, è stato riferito che: "Lungo i corridoi, specie in prossimità degli

esami, gli studenti chiedono ancora suggerimenti su come affrontare gli esami o su quali parti dei programmi valorizzare ed approfondire". Questo, a riprova anche del rapporto di fiducia che si è creato tra tutor e tutorati.

In futuro, si potrebbe somministrare ai tutorati una scheda di valutazione dei tutor in cui precisino il loro grado di soddisfazione per le capacità espositive, relazionali, pratiche e se la documentazione fornita sia stata pertinente all'argomento trattato, se le risposte alle domande esaurienti.

Sarebbe opportuno verificare, successivamente, se gli obiettivi prefissati siano stati raggiunti: in particolare, se i tutorati che hanno partecipato a quest'esperienza affrontino il tirocinio con un livello di stress minore rispetto a chi non ha mai partecipato ad un progetto simile; se le loro abilità cliniche ne abbiano tratto giovamento.

Il tutor "alla pari" sembrerebbe essere molto efficace anche durante il tirocinio clinico, poiché riempie un vuoto didat-

tico determinato dalla carenza di personale infermieristico "... ma è soprattutto durante la pratica clinica che i ragazzi fanno più domande o chiedono più chiarimenti sull'esecuzione delle procedure, sia perché in alcuni reparti, vista la riduzione dell'organico, a volte non è possibile trovare un infermiere che prenda in carico gli studenti, sia perché si scontrano con grosse differenze rispetto alla teoria studiata nell'esecuzione di procedure".

L'esperienza è stata ritenuta molto coinvolgente e sarebbe opportuno "istituzionalizzarla", estendendola anche all'ambito clinico.

AUTORI:

Claudia Uras, membro del laboratorio di ricerca sui servizi sanitari, Idi-Irccs;
Donatella De Lisi, tutor del corso di laurea Centro di formazione "P.L.Monti", Idi-Irccs;
Gennaro Rocco, direttore Centro di Formazione "P.L.Monti", Idi-Irccs;
Stefano Tabolli, membro del laboratorio di ricerca sui servizi sanitari, Idi-Irccs.

BIBLIOGRAFIA

Randle J, *Bullying in the nursing profession*. J Adv Nurs 2003.

Goldsmith M, Stewart L, Ferguson L, *Peer learning partnership: An innovative strategy to enhance skill acquisition in nursing students* Nurse Education Today 2006.

Aston L, Molassiotis A, *Supervising and supporting student nurses in clinical placements: the peer support initiative*. Nurse Education Today 2003.

Yates P, Cunningham J, Moyle M, Wollin J, *Peer mentorship in clinical education: outcomes of a pilot programme for first year students*. Nurse Education Today 2007.

Clarke B, Feltham W, *Facilitating peer group teaching within nurse education*. Nurse Education Today 1990.

Walker-Bartnick L, Berger J, Kappelman M, *A model for peer tutoring in the medical school setting*. Journal of Medical Education 1984.

Erikson G, *Peer evaluation as a teaching-learning strategy in baccalaureate education for community health nursing*. The Journal of Nursing Education 1987.

Johnston C, *Peer tutoring in economics at the University of Melbourne*. In: Goodlad, S. (Ed.), *Students as Tutor and Mentors*. Kogan Page, London, 1995.

Schwab T, Robinson B, *Pairing students for community health home visits*. Nursing Connections 1991.

Topping K.J., *The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: a typology and review of the literature*. Higher Education 1996.

Goodlad S, *Mentoring and tutoring by students*. London: Kogan Page 1998.

Aston L, Molassiotis A, *Supervising and supporting student nurses in clinical placements: the peer support initiative*. Nurse Education Today 2003.

Currens J, Bithell J, *The clinical placement model: perceptions of clinical educators and students*. Physiotherapy 2003.

Iwasiw C, Goldenberg D, *Peer teaching among nursing students in the clinical area: effects on student learning*. Advanced Nursing 1993; 18: 659-68.

Alice J.T. Yuen Lokea, Filomena L.W, Chowb *Learning partnership-The experience of peer tutoring among nursing students: a qualitative study*. International Journal of Nursing Studies 2007.

Blowers S, Ramsey P, Merriman C, Grooms J, *Patterns of Peer Tutoring in Nursing*. Journal of Nursing Education 2003.

L'efficacia dell'utilizzo delle soluzioni alcoliche nell'antisepsi delle mani per prevenire le infezioni ospedaliere

di Stefania Cedretto

ABSTRACT

Le infezioni ospedaliere rappresentano un elemento importante per la definizione della qualità assistenziale visto che le mani degli operatori sanitari restano il veicolo più comune per la trasmissione delle infezioni nosocomiali.

L'adozione di prodotti a base alcolica per la disinfezione delle mani è stata promossa dal Cdc per la prevenzione delle infezioni in ospedale, per la migliore resistenza antimicrobica, per la rapidità di tempo necessario per ottenere l'effetto desiderato, per la migliore tolleranza cutanea, per la loro praticità e per il loro "comfort".

L'uso dell'alcool etilico, normale-propile e isopropilico, ha dimostrato di essere il più appropriato sulla pelle e l'alcol diluito con acqua fornisce la massima attività antimicrobica (i preparati contenenti il 60-90% di alcol sono i più efficaci).

L'obiettivo del presente lavoro è la valutazione dell'efficacia delle soluzioni a base alcolica come integrazione – o in sostituzione – al comune lavaggio igienico delle mani, identificando i risultati clinici sulle infezioni nosocomiali, sulla contaminazione batterica e sull'adesione degli operatori sanitari (Tabella 1).

Parole-chiave combinate grazie agli operatori booleani: *hospital infection prevention, handwashing, handrubbing, handhygiene, alcoholic solution, health work*, nurse**.

MATERIALI E METODI

I parametri restrittivi adottati per la ricerca bibliografica sono stati il tempo (vi sono inclusi articoli pubblicati dal 2000 a marzo

2011) e la lingua (vi sono inclusi articoli in lingua inglese, francese, spagnolo ed italiano).

Tale revisione è stata condotta nel giugno 2011 attraverso l'utilizzo di banche dati quali Medline, Pubmed, Ovid, Cinahl, Cochrane e sono stati selezionati articoli specifici di cui si sono ricercati i full-text. Sono stati inclusi gli studi catalogati come *clinical trial, meta-analysis, randomized controlled trial, review, case reports* ed esclusi lettere di ricerca, raccomandazioni e letteratura grigia.

La consultazione degli articoli sulle banche dati hanno prodotto dieci articoli su Pubmed, 18 su Cinahl e due su Cochrane,

giungendo all'analisi di 11 articoli altamente pertinenti. (Tabella 2)

LETTERATURA IDENTIFICATA

Nella Tabella 3, gli articoli scelti.

ANALISI

Lucet J.C et al, nel 2002, hanno condotto un studio clinico randomizzato *cross-over* attraverso l'arruolamento dell'equipe medico-infermieristica di sette reparti ad alta criticità assistenziale, esaminando la flora cutanea delle mani ante e post lavaggio e sottoponendo i partecipanti a trattamento o con sapone (10"-30") o con antisettico (10"-30"-60") o con soluzione



POPOLAZIONE	Operatori sanitari
INTERVENTO	Utilizzo di soluzioni su base alcolica.
COMPARAZIONE	Lavaggio delle mani
OUTCOME	Determinare l'efficacia del trattamento nella prevenzione e riduzione delle Ica e della resistenza antimicrobica.
METODOLOGIA	Trial clinici, meta-analisi, Rct-s, <i>review</i> , <i>case report</i>

Tabella 1. Foreground della ricerca

base alcolica (1-propanol 30%-2-propanol 45%-mecetronium ethylsulphate-0,2%+emolliente).

L'utilizzo delle soluzioni alcoliche per le mani è risultato essere vantaggioso sia per l'abbattimento dei tempi di sfregamento sia per una maggior decontaminazione della cute rispetto all'utilizzo del sapone, ma non sono state evidenziate differenze in termini di riduzione batterica tra soluzione alcolica e l'antisettico.

Utile l'ipotesi di testare la percentuale di flora microbica transitoria sotto il letto ungueale per capire se l'efficacia delle sostanze alcoliche raggiunge distretti così insidiosi.

Girou E, Loyeau S, Legrand P, Oppein F, Brun-Buisson C, nel 2002, hanno condotto un RCT's in tre Terapie Intensive presenti in ospedali universitari francesi allo scopo di confrontare l'efficacia del lavaggio delle mani con soluzioni alcolica contro il lavaggio convenzionale con antisettico durante la routine assistenziale.

Sono stati randomizzati 23 operatori sanitari di cui 12 candidati (gruppo A) al lavaggio con soluzione alcolica (45% 2-propanol-30% 1-propanol 0,2% mecetro-

nium ethylsulphate) e 11 (gruppo B) al lavaggio delle mani tradizionale standard (clorexidina gluconata al 4%).

La riduzione della contaminazione batterica è risultata significativamente maggiore nel gruppo A (83% vs 58%, P = 0,012).

Nell'articolo non viene dichiarata la durata della riduzione della contaminazione batterica, né gli effetti sugli *outcome* assistenziali.

Parietti J.J et al, nello stesso anno, attraverso uno studio di equivalenza randomizzato *cross-over* hanno valutato l'efficacia della soluzione acquosa alcolica al 75% al fine di prevenire le infezioni del sito chirurgico, di misurare il tasso di infezioni a 30 giorni dall'intervento e di testare la tolleranza e *compliance* degli operatori dedicati in sei servizi di chirurgia francesi. Sono stati creati due gruppi: gruppo A – frizionamento mani (75% AAS-propanolo-1/propanolo-2/etilsulfate mecetronium) e gruppo B – scrub mani (4% iodio povidone o Clorexidina gluconato al 4%).

I tassi di infezione evidenziati sono stati 55/2.252 (2,44%) nel gruppo A e 53/2.135 (2,48%) nel gruppo B (differenza 0,04 IC al 95%:-0,88% a 0,96%).

La *compliance* è risultata migliore nel

gruppo A (44%vs 28%; P = 0,008).

In questo studio viene scelto solo l'ambito chirurgico, pertanto, non si può generalizzare; vengono randomizzati ospedali di ricerca (*cluster*) e non i pazienti, generando una distorsione perché nella lettura dei risultati l'esperienza individuale ed i diversi stadi di formazione possono influire.

La *review* di Kampf and Löffler, nel 2003, formula appropriate linee-guida per la corretta applicazione di Abhr analizzando i fattori che ostacolano l'implementazione delle soluzioni alcoliche con sostanze emollienti la cui mancanza, all'interno del prodotto, può portare a secchezza della pelle compromettendone la conformità, mentre strofinare la mano dovrebbe portare ad un minimo rischio di irritazione cutanea e di sensibilizzazione. Il corretto uso dell'Abhr prevede l'applicazione del prodotto sulla pelle asciutta e pulita evitando il frizionamento quando la pelle è secca (circa 30").

Le mani devono essere lavate solo quando sono visibilmente sporche con un sapone monoalkalino e senza spazzole ed il risciacquo deve essere effettuato con acqua fredda. Vengono consigliate due precauzioni: l'uso di guanti a mani asciutte e l'uso di creme e lozioni alla fine dei turni lavorativi.

Karabay O et al, nel 2005, hanno condotto un Rct's in un ospedale turco nei reparti di Terapia Intensiva e di Medicina e di Chirurgia, attraverso l'arruolamento e l'osservazione dell'igiene delle mani di 141 infermieri durante le attività assistenziali di routine da febbraio a giugno del 2003, attraverso l'introduzione di soluzione alcolica (70% etanolo, 10% alcol isopropilico, 1% alcool butilico) con glicerina (gruppo A) opposto al lavaggio delle mani

BANCA DATI	STRATEGIA DI RICERCA	ARTICOLI	LIMITI DI RICERCA
Pubmed	hospital infection prevention AND (handwashing OR handrub* OR hand hygiene) AND (alcohol solution) AND nurse*	10	no
Cinahl	infection OR prevention or Hospital AND (handrubbing OR handwashing OR handhygiene) AND (alcohol solution) AND (health worker*)	18	no
Cochrane	infection OR prevention or hospital AND (handrubbing OR handwashing OR <u>handhygiene</u>) AND (alcohol solution) AND nurse*	2	no

Tabella 2. Risultati consultazione banche dati

	ANNO	STRATEGIA DI RICERCA	ARTICOLI	LIMITI DI RICERCA
1	2002	Lucet J.C, Rigaud M.p, Mentre F, Kassis N, Deblangy C, Andremont A, Bouvet E	Journal of hospital infection	Hand contamination before and after different hand hygiene techniques: a randomized clinical trial
2	2002	Girou E, Loyeau S, Legrand P, Oppein F, Brun-Buisson C	Bmj	Efficacy of handrubbing with alcohol based solution versus standard handwashing with antiseptic soap: randomized clinical trial
3	2002	Parianti J.J, Thibon P, Heller R, Le Roux Y, von Theobald P, Bensadoun H, Bouvet A, Lemarchand F, Le Coutour X	Jama	Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution versus traditional surgical hand-scrubbing and 30-day surgical site infection rates
4	2003	Kampf G, Löffler H	Journal of hospital infection	Dermatological aspects of a successful introduction and continuation of alcohol-based hand rubs for hygienic hand disinfection
5	2005	Karabay O, Sencan I, Sahin I, Alpteker H, Ozcan A, Oksuz S	Medical principles and practice	Compliance and efficacy of hand-rubbing during in-hospital practice
6	2007	Widmer A.F, Conzelmann M, Tomic M, Frei R, Stranden A.M	Infection control and hospital epidemiology	Introducing alcohol-based hand rub for hand hygiene: the critical need for training
7	2008	Rupp, M.E, Fitzgerald T, Puumala S, Anderson J.R, Craig R, Iwen P.C, Jourdan D, Keuchel J, Marion N, Peterson D, Sholtz L, Smith V	Infection control and hospital epidemiology	Prospective, controlled, cross-over trial of alcohol-based hand gel in Critical Care Units
8	2009	Rosas-Ledesma P, Mariscal A, Carnero M, Muñoz-Bravo C, Gomez-Aracena J, Aguilar L, Granizo J.J, Lafuente A, Fernández-Crehuet J	Journal of hospital infection	Antimicrobial efficacy in vivo of a new formulation of 2-butanone peroxide in n-propanol: comparison with commercial products in a cross-over trial
9	2010	Hautemaniere A, Cunat L, Diguio N, Vernier N, Schall C, Daval M.C, Ambrogi V, Tousseul S, Hunter P.R, Hartemann P	Journal of infection and public health	Factors determining poor practice in alcoholic gel hand rub technique in hospital workers
10	2010	Marra A.R, Guastelli L.R, de Araújo C.M, Dos Santos J.L, Lamblet L.C, Silva M Jr, de Lima G, Cal R.G, Paes A.T, Cendoroglo Neto M, Barbosa L, Edmond M.B, Dos Santos O.F	Infection control and hospital epidemiology	Positive deviance: a new strategy for improving hand hygiene compliance
11	2011	Yeung W.K, Tam W.S, Wong T.W	Infection control and hospital epidemiology	Clustered randomized controlled trial of a hand hygiene intervention involving pocket-sized containers of alcohol-based hand rub for the control of infections in long-term care facilities

Tabella 3. Letteratura identificata per lo studio

in modo tradizionale (gruppo B).

È stata osservata una riduzione della carica batterica nell'utilizzo della soluzione alcolica opposta alla pratica tradizionale (204±75 vs 102±32 cfu/ml; P < 0,01).

La *compliance* al lavaggio delle mani è stata del 15,4% nel gruppo A (lavaggio delle mani in modo tradizionale) e del 72,5% nel gruppo B (lavaggio delle mani con soluzione alcolica) ed è stata maggiore negli infermieri con meno di tre anni di anzianità di servizio.

Widmer A.F, Conzelmann M, Tomic M, Frei R, Stranden A.M, nel 2007, hanno valutato, nello studio prospettico, l'impatto formativo su 185 operatori sanitari del Felix Platter-Hospital sull'uso appropriato delle soluzioni alcoliche per le mani (*European Norm* 1500).

Le stanze erano dotate di un *dispenser* con un composto a base di alcool e la flora transitoria veniva analizzata e testata prima e dopo l'utilizzo del gel alcolico attraverso una luce a raggi UV. Prima della formazione, l'aderenza era del 31% e solo 1,4 log₁₀ cfu di batteri erano stati uccisi con l'uso di soluzioni a base alcolica; dopo l'impatto formativo la *compliance* degli operatori sanitari ha raggiunto il 74% e la RF è aumentata a 2,2 log₁₀ cfu, con un incremento di quasi il 50% (P < 0.01).

Il campionamento non è stato *random* e forse la raccolta-dati può risultare distorta, ma la formazione e il *training* successivo sono stati momenti decisivi per garantire l'implementazione delle sostanze alcoliche per l'igiene delle mani. Rupp M.E et al, nel 2008, attraverso lo studio controllato *cross-over*, condotto in due unità di Terapia Intensiva medico-chirurgica del Nebraska, hanno osservato l'associazione tra il miglioramento del tasso di aderenza di igiene della mano e il tasso di infezione nosocomiale attraverso l'introduzione del gel alcolico (62% alcool etilico e 0,3% triclosan).

Il tasso totale di aderenza alle raccomandazioni sul lavaggio delle mani è stato significativamente influenzato dalla presenza del gel alcolico, ma non si è osservata una riduzione delle infezioni nosocomiali anche per la presenza di monili sulle mani, per la lunghezza delle unghie superiore ai 2 mm e per la non facile reperibilità del gel alcolico.

Rosas-Ledesma P et al, nel 2009, in un *cross-over trial* hanno confrontato e valutato l'efficacia del 2-butanone perossido al 2% in una soluzione di alcool al 35% più cinque soluzioni antisettiche di uso ospedaliero e come controllo, per l'attività biocida, è stato utilizzato il 2-propanolo 60% (v / v) contro E. coli K12 (Cect 433). L'isopropanolo al 60% (controllo) ha ottenuto il 99,99% nella riduzione della carica batterica. Prodotti A-B-C di soluzioni alcoliche che vanno dal 65% al 75% (ammonio quaternario) hanno ridotto, in modo minore, la carica batterica rispetto i prodotti D ed E (soluzioni alcoliche al 70-75% + ammonio quaternario e triclosan).

La soluzione di 2-butanone perossido al 2%-35% alcool in vivo offre elevate attività battericida, sporicida, fungicida e virucida contro la flora transitoria.

Non si evidenzia, però, nello studio in quale percentuale la flora microbica transitoria debba essere ridotta affinché il microrganismo non venga trasmesso durante le attività assistenziali.

Hautemaniere A et al, nel 2010, attraverso lo studio osservazionale prospettico in un ospedale universitario francese, di Nancy, hanno valutato i fattori che impediscono l'aderenza all'igiene delle mani, implementando – e registrando – gli effetti di un programma educativo attraverso l'inserimento di Abhr associato a fluorocromo (Aniosgel 85 NPCfosforescente ®) e valutazione dell'igiene della mano post sfregamento attraverso l'applicazione di una luce di Wood (Box Anios ®).

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando test Chi-quadro per l'analisi di due variabili qualitative, un P-valore < 0,05 è stato considerato come statisticamente significativo, OR 0.97, 95%CI 0.96-0.97). Indossare anelli diversi dall'anello nuziale (OR = 2,50, IC 95% 1,7-3,7), braccialetti (3,3, 1,9-5,8), orologi (2,6, 1,8-3,8) e unghie lunghe (1,6, 1,1-2,3) hanno agevolato l'inadeguatezza nell'uso efficace del gel.

Questo studio dimostra che **la formazione individuale e la valutazione dei fattori demografici, sociali, comportamentali, psicologici sono essenziali per l'implementazione della pratica di igiene delle mani con le sostanze alcoliche.**

Marra A.R et al, nel 2010, in questo Rct articolato su tre fasi hanno valutato in due unità di Terapia Intensiva (est-ovest) di un ospedale di cura terziario privato, come il cambiamento comportamentale può migliorare la *compliance* all'igiene delle mani attraverso l'uso di un dispenser con contatore elettronico di gel alcolico (62% di alcool etilico e 4% di alcool isopropilico) e di uno che erogava clorexidina al 2%.

Sono stati valutati quantitativamente gli episodi di igiene delle mani e l'incidenza di infezioni nosocomiali (HAIs) per 1.000 giorni-paziente, registrando 62mila episodi d'igiene delle mani nell'unità est e 33.570 in quella ovest (P < .0 1), mentre il tasso di incidenza di HAIs è stato di 6,5 nell'unità est e 12,7 in quella ovest (P = .04).

In questo studio non è stata valutata la tecnica, gli episodi di igiene delle mani prima del contatto con i pazienti, né è stato evidenziato il consumo in lt/1000 giorni/paziente, ma i risultati dello studio non possono essere generalizzati perché effettuati in un unico centro di medicina. Yeung W.K, Tam W.S, Wong T.W, nel 2011, in questo Rct condotto nelle Long Term Care ad Hong Kong, hanno studiato l'efficacia di un programma formativo all'uso di contenitori tascabili di gel antisettico per l'igiene delle mani individuando un gruppo di trattamento e un gruppo controllo, registrando, con classifica, le infezioni nosocomiali e 3.300 azioni di igiene delle mani in 248,5 ore e 92 giorni.

L'indagine statistica, effettuata con la formula del chi quadro, ha evidenziato nel gruppo di trattamento un aumento dell'aderenza all'igiene della mano dall'1,5% al 15,9% (25,8%-33,3% a fine studio) e il tasso di infezione totale significativamente inferiore (P = 0,03) rispetto al gruppo controllo.

Tuttavia, in questo studio esistono delle deformità: la presenza di diverse infezioni nosocomiali, la presenza dell'effetto Hawthorne per la conoscenza, da parte dei partecipanti e degli osservatori, della distribuzione dei contenitori tascabili e la presenza di un possibile bias per la mancata registrazione del periodo osservazionale assieme all'applicazione del prodotto alcolico.

CONCLUSIONI

I risultati della letteratura selezionata favoriscono l'implementazione e la *compliance* degli operatori sanitari all'uso dei prodotti a base alcolica nel lavaggio delle mani, assicurandone l'efficacia nella riduzione della carica batterica.

Gli studi presi in considerazione non sono, ovviamente, omogenei e ciò impedisce un confronto reale tra i risultati perseguiti.

In alcuni vengono puntualmente evidenziate le tecniche o la scelta chimico-commerciale dei prodotti destinati al contenimento delle infezioni nosocomiali, ma si lascia incompleto l'aspetto della motivazione al cambiamento organizzativo-culturale.

Una continua campagna informativa e formativa del personale che enfatizzi appropriati comportamenti, invece, conduce ad un'adesione ottimale del-

l'igiene delle mani con prodotti a base alcolica.

Proprio per questo motivo, è necessario, dunque, che questi siano facilmente disponibili tramite erogatori posti presso i punti di cura, o in piccoli flaconi individuali da tenere in tasca.

AUTORE:

Stefania Cedretto, Cpsi-Policlinico Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Who-guidelines for hand hygiene in health care (Advanced draft). Geneva: World Health Organization; 2006.
- Pittet D, Boyce J, *Hand hygiene during patient care: pursuing the Semmelweis legacy*. Lancet Infect Dis; april 2001
- Boyce J.M, Pittet D, *Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the Healthcare infection control practices advisory Committee and the Hicpac/Shea/Apic/Idsa-Hand hygiene task force*. Mmwr Recomm Rep 2002.
- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger T.V, *Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene*. Lancet. 2000 Oct 14;356(9238):1307-12.
- Pietsch H, *Hand antiseptics: rubs versus scrubs, alcoholic solutions vs alcoholic gels*. J Hosp Infect. 2001.
- Winnefeld M, Richard M.A, Drancourt M, Grob J.J, *Skin tolerance and effectiveness of two hand decontamination procedures in everyday hospital use*. Br J Dermatol Sep. 2000.
- Boyce J.M, Kelliher S, Vallande N, *Skin irritation and dryness associated with two hand-hygiene regimens: soap-and-water hand washing versus hand antiseptics with an alcoholic hand gel*. Infect control hosp epidemiol. Jul 2000.
- Boyce J.M, *Using alcohol for hand antiseptics: dispelling old myths*. Infect control hosp epidemiol. Jul 2000.
- Lucet J.C, Rigaud M.P, Mentre F, Kassis N, Deblangy C, Andremont A, Bouvet E, *Hand contamination before and after different hand hygiene techniques: a randomized clinical trial*. J hosp infect. Apr 2002.
- Girou E, Loyerau S, Legrand P, Oppein F, Brun-Buisson C, *Efficacy of handrubbing with alcohol based solution versus standard handwashing with antiseptic soap: randomised clinical trial*. Bmj Aug 2002.
- Parietti J.J, Thibon P, Heller R, Le Roux Y, Von Theobald P, Bensadoun H, Bouvet A, Lemarchand F, Le Coutour X, *Antisepsie Chirurgicale des mains Study Group. Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs traditional surgical hand-scrubbing and 30-day surgical site infection rates: a randomized equivalence study*. Jama Aug 2002.
- Kampf G, Löffler H, *Dermatological aspects of a successful introduction and continuation of alcohol-based hand rubs for hygienic hand disinfection*. J hosp infect Sep 2003.
- Karabay O, Sencan I, Sahin I, Alpteker H, Ozcan A, Oksuz S, *Compliance and efficacy of Hand Rubbing during in hospital practice*. Med Princ Pract Sep-Oct 2005.
- Widmer A.F, Conzelmann M, Tomic M, Frei R, Stranden A.M, *Introducing alcohol-based hand rub for hand hygiene: the critical need for training*. Infect Control Hosp Epidemiol Jan 2007.
- Rupp M.E, Fitzgerald T, Puumala S, Anderson J.R, Craig R, Iwen P.C, Jourdan D, Keuchel J, Marion N, Peterson D, Sholtz L, Smith V, *Prospective, controlled, cross-over trial of alcohol-based hand gel in critical care units*. Infect control hosp epidemiol Jan 2008.
- Rosas-Ledesma P, Mariscal A, Carnero M, Muñoz-Bravo C, Gomez-Aracena J, Aguilar L, Granizo J.J, Lafuente A, Fernández-Crehuet J, *Antimicrobial efficacy in vivo of a new formulation of 2-butanone peroxide in n-propanol: comparison with commercial products in a cross-over trial*. J Hosp Infect Mar 2009.
- Hautemaniere A, Cunat L, Diguio N, Vernier N, Schall C, Daval MC, Ambrogi V, Tousseul S, Hunter P.R, Hartemann P, *Factors determining poor practice in alcoholic gel hand rub technique in hospital workers*. J Infect public health. 2010.
- Marra A.R, Guastelli L.R, De Araújo C.M, Dos Santos J.L, Lamblet L.C, Silva M. Jr, De Lima G, Cal R.G, Paes A.T, Cendoroglo Neto M, Barbosa L, Edmond M.B, Dos Santos O.F, *Positive deviance: a new strategy for improving hand hygiene compliance*. Infect Control Hosp Epidemiol. Jan 2010.
- Yeung W.K, Tam W.S, Wong T.W, *Clustered randomized controlled trial of a hand hygiene intervention involving pocket-sized containers of alcohol-based hand rub for the control of infections in long-term care facilities*. Infect Control Hosp Epidemiol. Jan 2011.

La qualità percepita parametro di analisi dell'organizzazione e dei ruoli degli operatori

di Cristina Ciancabilla, Roberto Parisi

ABSTRACT

Per valutare la qualità dell'assistenza e delle cure mediche si deve assumere a riferimento il giudizio del paziente.

Il disegno dello studio è stato concepito per valutare le criticità e predisporre correttivi possibili da apportare alle aree organizzative che maggiormente necessitano di interventi.

L'utilizzo di strumenti per la misurazione della qualità percepita degli utenti/pazienti in ambito territoriale (*customer satisfaction*) ha assunto negli ultimi anni un'importanza rilevante.

I principali obiettivi sono: coinvolgere e motivare manager, operatori e cittadini/utenti; promuovere un'organizzazione che favorisca la formazione continua; convogliare le capacità degli operatori di rispondere con professionalità alle richieste del cittadino; identificare e selezionare i processi e le procedure interne ed esterne; valutare l'assetto organizzativo, clinico, gestionale ed economico finanziario; verificare e migliorare iter e modalità della comunicazione.

INTRODUZIONE

Oggi i cittadini manifestano maggiori esigenze in relazione ad un più adeguato rispetto della tutela e della dignità del proprio stato personale e della riservatezza.

Nell'ambito del territorio devono essere perseguiti obiettivi di:

- efficienza economica;
- efficienza allocativa;
- efficienza organizzativa.

Pertanto l'accoglienza, l'informazione e l'orientamento delle istanze costituiscono un momento importante che dà reale visibilità al principio della centralità del

cittadino nel contesto del Sistema Sanitario Regionale.

Le misure per cambiare vengono riportate anche nella direttiva del 24 marzo 2004 ("Rilevazione della qualità percepita dai cittadini", Gazzetta Ufficiale n.80 del 5 aprile 2004). In questa direttiva si riporta testualmente: "... Rilevare la *customer satisfaction* consente alle amministrazioni di uscire dalla propria autoreferenzialità, aiutandole a relazionarsi con i cittadini, a conoscere e comprendere sempre meglio i bisogni...".

L'organizzazione sanitaria

L'organizzazione sanitaria è un "sistema complesso" costituito da un insieme in cui il numero degli elementi e la complessità delle loro relazioni rende difficile – o impossibile – prevedere comportamenti ed evoluzione.

La caratteristica fondamentale dei "sistemi complessi" è la non-linearità. Non hanno l'equilibrio come punto di riferimento, ma sono guidati da fattori in apparenza contraddittori: *feedback* negativi e positivi; stabilità e instabilità; prevedibilità e imprevedibilità.

Le organizzazioni sanitarie sono realtà multicentriche, reti fatte di molti nodi, tante connessioni, tanti flussi (sono "sistemi complessi adattativi"), in base al contesto sociale in cui si trovano a nascere e crescere.

La difficoltà maggiore dei "sistemi complessi" sta nel fatto che non siamo preparati a capirli.

La cultura della qualità

Legata all'inevitabile evolversi tecnologico, scientifico e culturale della nostra società, sul versante dei servizi rivolti

alla persona, si è andata sviluppando una crescente "cultura della qualità", centrata sempre più sulla soddisfazione del cliente/utente, considerata un indice importante della funzionalità dei servizi stessi.

I concetti fondamentali di base sono: qualità, soddisfazione del paziente e percezione della qualità.

La qualità professionale dell'assistenza infermieristica

Dobbiamo valutare adeguatamente la discrepanza tra la qualità dell'assistenza infermieristica teoricamente erogabile (*efficacy*) e quella realmente erogata (*effectiveness*).

L'errore che talvolta si compie è quello di giudicare la qualità solo dal risultato finale, sottovalutando l'importanza di considerare come svolgiamo le attività. In realtà, ciò che conta è fare bene quello che abbiamo deciso di fare.

Quindi, al di là del risultato occorre considerare "le tre E":

- **efficacia** (ottenere ciò che ci si aspetta);
- **efficienza** (ottenere in tempi e costi ragionevoli);
- **empatia** (mettersi nei panni del cliente/paziente).

IL PROGETTO DI RICERCA

La customer satisfaction

Nella filosofia del Mcq (Miglioramento Continuo della Qualità) è doveroso includere il punto di vista dell'utente quale strumento per rilevare alcuni aspetti attinenti le dimensioni della qualità del servizio.

Il giudizio della qualità di un servizio – la *customer satisfaction* – non dipende

solamente dalla percezione del servizio erogato, ma anche dal tipo di servizio atteso dal cliente.

La valutazione nasce dall'esigenza di analizzare e comprendere meglio i bisogni dei clienti al fine di poter organizzare un servizio sempre funzionale e qualitativamente più soddisfacente.

La *customer satisfaction* è, quindi, una strategia finalizzata a porre davvero il cittadino al centro delle scelte dell'amministrazione per modellare i servizi sui suoi bisogni e sulle sue attese, affinché si rafforzi la fiducia e la percezione che le prestazioni ricevute siano coerenti con i bisogni espressi e le risorse richieste.

Nell'analisi, particolare attenzione è stata rivolta all'accoglienza ed alla comunicazione da parte del personale infermieristico rispetto l'utenza.

LA METODOLOGIA

Lo strumento utilizzato per le interviste è un questionario validato precedentemente con appositi test statistici ed è stato già utilizzato in ricerche inerenti l'analisi delle stesse problematiche organizzative.

Il questionario si compone di 39 *item* suddivisi in tre sezioni così strutturate:

- sezione A: dati di struttura;
- sezione B: cartellonistica;
- sezione C: atteggiamenti.

Lo strumento utilizzato è stato indirizzato agli utenti dei poliambulatori (selezionati tra quelli del territorio della Asl Roma E, in funzione di alcune criticità emerse in un precedente studio).

Il numero di utenti da intervistare – 1640 – è stato ottenuto calcolando il 10% del totale delle ricette presentate al Cup in un mese indice preso a campione e da questo 10% è stato calcolato, in rapporto proporzionale, il numero di utenti che si sono recati per una prestazione da ogni specialista.

In questo progetto di ricerca si è optato per la somministrazione libera del questionario, nei poliambulatori selezionati, dove gli utenti potevano accettare o meno l'intervista e, in ogni caso, ne sono stati rispettati la privacy e l'anonimato.

RISULTATI

Per quanto riguarda il sesso, le donne intervistate sono state il 67,5% e gli

uomini il 32,5%. Quasi la metà del nostro campione intervistato appartiene ad una fascia di età piuttosto alta compresa tra i 61 e gli 80 anni (46,1%), seguita da un 25,8% di coloro che hanno un'età media compresa tra i 41 e i 60 anni e coloro che hanno un'età tra i 21 e i 40 anni (14,9%). La prestazione più richiesta è quella di cardiologia con 231 accessi seguita dall'oculistica con 221 utenze, altri servizi con 208, analisi con 158.

Si è riscontrato che nel complesso le liste di attesa, dal giorno della prenotazione al giorno effettivo della prestazione, si sono ridotte, rispetto al passato, grazie all'impegno degli operatori.

L'attesa degli utenti agli sportelli del Cup inferiore ai 5 minuti è pari al 32%, di 6-10 minuti per il 29%, fino ad arrivare ad un massimo di 61 minuti per un 7%.

I tempi di attesa fuori dalla stanza dello specialista è compresa tra i 6-15 minuti

per il 33% degli utenti, 0-5 minuti per il 26%, e 16-30 minuti per il 21%, e solo per una minima parte si superano i 60 minuti.

Per quanto riguarda i cartelli che informano la distribuzione delle stanze degli specialisti il 73% è rimasto soddisfatto. L'atteggiamento tenuto dagli operatori ha soddisfatto l'86% degli utenti e bisognerà lavorare ancora per portare alla soddisfazione quel 14% suddiviso tra l'"indeciso" e l'"insoddisfatto".

L'accoglienza è un punto al quale l'utente tiene in modo particolare, poiché è la forma di contatto iniziale all'accesso al poliambulatorio con l'inizio del percorso assistenziale (quindi, delle prestazioni): l'89% è "soddisfatto" e soltanto il 5% dell'utenza si ritiene "insoddisfatta".

Anche per quanto riguarda la cortesia di chi ha svolto la prestazione la soddisfa-



Il manifesto ideato in occasione dell'edizione 2009 della Giornata internazionale dell'infermiere

zione si evidenzia con una percentuale alquanto elevata (93%) e solo una piccola percentuale si ritiene "insoddisfatta" (3%).

Anche per quanto riguarda gli *item* sulla chiarezza dello stato di salute, delle cure e sul rispetto della riservatezza dei problemi da parte dello specialista che ha svolto la prestazione, la percentuale di utenti che si ritiene "soddisfatta" è sempre superiore all'85%.

L'orario dell'appuntamento è rispettato nella maggior parte dei casi (utenti "soddisfatti", 84%) e fra i ritardi riscontrati le motivazioni vanno dalla scrupolosità dell'operatore che svolge la prestazione a qualche inconveniente che può verificarsi nel corso delle visite: ciò ha portato una parte dell'utenza a ritenersi "insoddisfatta" (8% in tal senso).

L'INTERPOLAZIONE DEI DATI

In questa sezione, si è inteso approfondire l'analisi per comprendere meglio i dati, riportando solo alcuni punti di analisi per sintetizzare un processo di analisi più esteso.

In questo incrocio (ovvero, il rapporto tra atteggiamento e sesso degli operatori) si evidenzia una sovra-rappresentazione proporzionale di uomini "soddisfatti" rispetto alle donne.

Una significativa correlazione di dipendenza emerge anche tra l'atteggiamento degli operatori e titolo di studio degli utenti (Chi-Square 0,018) si evidenzia una sovra-rappresentazione di utenti "insoddisfatti" che possiedono un titolo di studio di media inferiore e media superiore.

Anche in questo caso, la rappresentazione grafica dei dati percentuale sembrerebbe non trovarsi in linea con l'analisi della tabella, ma si deve ricordare che è solo una modalità di lettura (e successivamente di rappresentazione grafica), visto che nella realtà coincidono per determinare la stessa conclusione, in particolare nei casi in cui si osserva una decisa correlazione/dipendenza degli *item*.

Anche in questa correlazione, la disponibilità dell'operatore che ha accolto l'utente con il sesso, si è osservata una sovra-rappresentazione proporzionale di donne "insoddisfatte" rispetto agli uomini.

Il confronto tra la variabile "disponibilità

dell'operatore che l'ha accolta" e la variabile "sesso" sembrerebbe mettere in risalto una sovra-rappresentazione di utenti "insoddisfatti" con un'età compresa tra i 41 e i 60 anni e di utenti "indecisi" con l'età tra i 21 e i 40 anni, a fronte di una generalizzata "soddisfazione".

La correlazione che mette a confronto la variabile disponibilità dell'operatore che l'ha accolta e il titolo di studio dell'utente evidenzia utenti in possesso della licenza elementare che sembrerebbero essere "soddisfatti".

Un altro rapporto con una significativa correlazione si riscontra tra la cortesia dell'operatore che ha svolto la prestazione e il sesso. Qui si evidenzia una sovra-rappresentazione di uomini più "soddisfatti" rispetto alle donne (che sembrerebbero essere le più "indecise"). La correlazione tra le variabili disponibilità dell'operatore che ha svolto la prestazione e sesso sembrerebbe far emergere una sovra-rappresentazione proporzionale di donne "indecise e insoddisfatte" rispetto agli uomini; anche in questo caso la percentuale globale mette in risalto una maggiore evidenza della "soddisfazione" nelle donne.

Nella correlazione tra disponibilità dell'operatore che ha svolto la prestazione ed età, i dati ci riportano una forte percentuale di "soddisfazione" nelle fasce di età tra i 41-60 e, di più, tra i 61-80 anni.

La correlazione tra le variabili, il rispetto della riservatezza nell'affrontare i problemi da parte dell'operatore che ha svolto la prestazione e sesso, fornisce un ulteriore quadro dello scenario della nostra indagine dove, a fronte di una sovra-rappresentazione di donne che presentano una loro "insoddisfazione", si è osservato come la maggioranza degli utenti si ritenga "soddisfatta" di come sono stati trattati i problemi personali. Confrontando il rispetto della riservatezza nell'affrontare i problemi con la variabile della nascita, i dati fanno emergere una percentuale elevata di utenti "soddisfatti" nella fascia di età 61-80 anni.

La disponibilità dell'operatore che l'ha accolta messa in relazione con le strutture ci ha consentito di osservare che, in

ciascuno dei poliambulatori, gli utenti sono "pienamente soddisfatti" degli operatori dell'accoglienza, effettuata nella quasi totalità dei casi dall'infermiere.

Ciò ci fa soffermare a riflettere sul grande sforzo e la professionalità degli operatori che, con grande impegno, riescono a sopperire al disagio dovuto alla carenza dell'organico.

Il surplus professionale ed empatico sembrerebbe giocare un ruolo determinante sul lato dell'efficienza e dell'umanizzazione dei rapporti oltre che nella comunicazione: questo induce a porre altri quesiti, quali il rischio di *burn-out* tra coloro che maggiormente si prodigano per sopperire a carenze strutturali.

LA CLUSTER ANALYSIS

La *cluster analysis* ha consentito di evidenziare gruppi di individui accorpatisi in base alle loro somiglianze/diversità intrinseche, attraverso quest'analisi si è evidenziata una distribuzione del nostro campione in cinque gruppi.

Per comprendere meglio in che modo gli utenti sono stati raggruppati nei *cluster* abbiamo dovuto analizzare i singoli gruppi correlandoli con alcuni dati di struttura e con alcuni *items* sugli atteggiamenti.

Cluster 1. "Gli sfiduciati"

Il *Cluster 1* evidenzia una presenza percentuale maggiore di donne rispetto agli uomini, con una maggioranza di utenti di età compresa fra i 61 e gli 80 anni, principalmente coniugati, tra i quali emerge la categoria dei pensionati.

Accanto ad una generalizzata "soddisfazione", in questo gruppo esiste un consistente numero di utenti che sono rimasti "indecisi" sullo scenario degli atteggiamenti, cosa che induce a ritenere che sia un gruppo coeso verso una spiccata sfiducia verso il sistema.

Cluster 2. "Gli individualisti amorfi"

Il *Cluster 2* presenta un'incidenza maggiore di uomini rispetto alle donne. La classe di età più rilevante in questo gruppo è compresa tra i 61 e gli 80 anni, con un'incidenza di coniugati rispetto alle altre classi. I pensionati hanno un'incidenza maggiore e il titolo di

studio più evidente è la media superiore. Le considerazioni che emergono da quest'analisi sembrerebbero evidenziare una omogeneità in quasi tutti gli atteggiamenti, mettendo in risalto persone senza una spiccata personalità critica, oggettivata dalla necessità di rivolgersi ad un servizio pubblico ed appartenenti ad una *middle class*.

Cluster 3. "I critici acculturati"

In questo *Cluster 3* si osserva una maggiore incidenza di donne rispetto agli uomini con una maggioranza nell'età 61-80 anni. Questo gruppo presenta una maggioranza di coniugati con un titolo di studio di media superiore e, per lo più, pensionati.

La struttura che compone questo *Cluster* sembrerebbe rappresentare un gruppo di individui con un livello socio-economico e culturale più elevato – *upper class* –, nonostante anche qui sia presente una generalizzata "soddisfazione" del sistema sembrerebbero si avanzare critiche verso alcuni aspetti dell'organizzazione, ma al contempo, far risaltare anche la forte professionalità e l'eticità degli operatori.

Cluster 4. "I critici trasversali o insoddisfatti"

In questo *Cluster 4* emerge un'incidenza di donne rispetto agli uomini con la fascia di età rilevante di 61-80 anni e una maggioranza di coniugati (62,7%). Il titolo di studio che prevale in questo gruppo è la media superiore e per quanto riguarda la professione, si rappresenta maggiormente nella categoria dei pensionati.

Questo gruppo si ritiene "insoddisfatto" dell'operatore che lo ha accolto.

Tutti sembrano essere accumulati dalla soddisfazione per la chiarezza sullo stato di salute, sulle cure, riservatezza nell'affrontare i problemi, rispetto dell'orario dello specialista, comfort della sala d'attesa e nell'assenza di barriere architettoniche.

Questo *Cluster* ha evidenziato molto più che in altri una spiccata criticità verso differenti aspetti dell'organizzazione e dei servizi erogati, forse anche perché chi ne faceva parte apparteneva alla *middle class*.

Cluster 5. "Gli individualisti"

Il *Cluster 5* è rappresentato maggiormente da donne e l'età che emerge dal raggruppamento è compresa tra i 61-80 anni, con il 58,8% coniugati e con titolo di studio di media superiore.

Gli utenti del *Cluster* sono accumulati dalla soddisfazione per la disponibilità dell'operatore dell'accoglienza, come anche la quasi totalità del gruppo è "soddisfatto" della disponibilità dell'operatore che ha svolto la prestazione.

Gli individui di questo *Cluster* possono essere identificati come appartenenti ad un' *upper class* che mette in evidenza delle forti indecisioni su alcuni aspetti. Parrebbero, piuttosto, essersi aggregati per il loro individualismo e distacco emotivo.

CONCLUSIONI

Il nostro campione di studio è costituito da una maggioranza significativa di donne (67%) e, conoscendo l'occhio critico che le caratterizza, va sottolineato, anzitutto, come appaiono complessivamente positivi i dati inerenti la qualità percepita per entrambe le sezioni riguardanti gli atteggiamenti, la cartellonistica (sezione B), gli operatori e il comfort alberghiero (sezione C), dal momento che il livello medio di soddisfazione rilevato non è mai più basso del 52% per ciascuna area indagata, con punte fino al 93% di soddisfazione.

L'area dell'accoglienza e della cortesia di chi ha svolto la prestazione riceve un livello di soddisfazione piuttosto significativo (76%) e questo ci fa riflettere sulla grande professionalità – ed empatia – con le quali infermieri (e medici) si dedicano all'assistenza del cliente.

Questo risulta un valore aggiunto, in considerazione delle condizioni di marcato disagio in cui spesso lavorano (in particolare, gli infermieri), dovendo spesso sopperire ai turni scoperti per carenza di personale.

In un momento in cui le risorse diminuiscono (quindi, anche l'organizzazione di una serie di servizi accessori può diventare più difficile), la situazione potrebbe minare il fattore soddisfazione del personale che, statisticamente, consente un aumento significativo della soddisfazione dell'utente.

Il personale insoddisfatto è meno orientato e predisposto alla soddisfazione delle esigenze del cliente.

Le cause più frequenti del fenomeno definito di *burn-out* sono proprio il lavoro in strutture che presentano criticità organizzative e gestionali, oltre all'insufficiente autonomia decisionale e a sovraccarichi di lavoro.

Conoscere il livello di soddisfazione in cui si trova ad operare il professionista gli permette di compiere un passo ulteriore, pianificando un percorso volto al miglioramento, sicuramente indispensabile per continuare ad evolversi sia professionalmente che personalmente.

Nella nostra Sanità, la variabile umana è la risorsa di primaria importanza per garantire performance di qualità.

Nell'area della crescita professionale devono essere analizzati fattori come:

- la definizione da parte del responsabile delle esigenze di formazione e addestramento del personale rispetto agli obiettivi dell'unità operativa;
- la comunicazione e collaborazione tra le diverse figure professionali dell'unità operativa;
- la comunicazione e collaborazione tra le diverse unità operative;
- il rispetto reciproco fra colleghi;
- il monitoraggio dello stress degli operatori, provvedendo, qualora esista, a eliminarlo o almeno a ridurlo.

L'attività di formazione continua è la linea strategica per qualsiasi organizzazione che abbia il primario scopo di mantenere efficaci ed adeguate le competenze e le capacità del personale.

La formazione deve essere "usata" come elemento utile per gestire il bisogno di cambiamento nell'organizzazione sanitaria, mantenendo un ambiente favorevole ai percorsi di miglioramento.

Il superamento delle limitate criticità evidenziate in questo scenario può essere implementato attraverso iniziative di monitoraggio ricorsivo che coinvolgano il punto di vista sia dell'utenza che del personale, con strumenti quali il *customer satisfaction* e *burn-out assessment*.

Questi strumenti, associati anche ad altre metodologie di valutazione (*benchmarking*),

king, focus group, brainstorming), risultano strategici nei processi di miglioramento continuo della qualità, nonché per consentire una costante crescita culturale degli operatori.

AUTORI:

Roberto Parisi, sociologo, ricercatore sociale, specialista in Metodi e Tecniche della ricerca, docente presso il corso di laurea in Infermieristica, università di Roma "La

Sapienza", corso integrato di Management Sanitario ed Infermieristico presso la sede distaccata Asl Roma E-Polo ospedaliero Santo Spirito;
Cristina Ciancabilla, infermiera.

BIBLIOGRAFIA

- Borgonovi E, *La rilevanza del concetto di istituto per l'economia aziendale*, Egea, Milano 1993.
- Bertalanffy V, *Teoria generale dei sistemi*, Campus 10, Ili, Milano, 1971, pag. 408.
- Di Stefano C, *Lezioni frontali corso di Laurea in Infermieristica*, ospedale Santo Spirito Asl Roma E. A.A. 2010-2011.
- Donabedian A, *La qualità dell'assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione*. Roma, La Nuova Italia Scientifica 1990.
- Galgano A, *I sette strumenti manageriali della qualità totale. L'approccio qualitativo ai problemi*. Il sole 24 ore libri, Milano, 1999.
- Giolo A, *Nuovo strumento per migliorare la sanità*.
- Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, supplemento B, *Psicologia 2009; Vol. 31 n.3: B31-B41 (Coluccia, Ferretti, Cioffi, Cenni teorici sul concetto di qualità percepita in sanità)*.
- Livraghi G, *Pensieri semplici sulla complessità. L'attimo fuggente*. Luglio 2007.
- Palmer R, *Efficienza gestionale e principi base per valutare la qualità dell'assistenza, "Q.A."*, n.II, 1990.
- Parisi R, *Lezioni frontali corso di Laurea in Infermieristica*, ospedale Santo Spirito Asl Rm E. A. A. 2010-2011.
- Rizzi A, *Tecniche proprie dell'analisi dei gruppi*. 1985.
- Tanese A, Negro G, Gramigna A, *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*. Valutare la qualità percepita dai cittadini. Analisi e strumenti per l'innovazione. Manuali, Rubbettino 2003.
- Vernis, *La gestion de las organizaciones no lucrativas*. In Barcelona Management review. Agosto 1997, n.V, p.108
- Young D.R, *Economic Decisionmaking by Nonprofit Organizations in a Market Economy: tensions between Mission and Market*. Paper presentato all'Independent Sector Spring Research Forum, Alexandra, Virginia. Marzo 1999.

IN PILLOLE

Programma nazionale esiti, on line i dati 2005-2010

Disponibile on line la nuova edizione del Programma Nazionale Esiti (Pne 2005-2010), a cura dell'Agenas. Le misure di Pne sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel Ssn.

La valutazione delle attività di assistenza di tutti gli ospedali italiani è accessibile a tutte le Regioni italiane (attraverso username e password riservate), e a tutte le Aziende sanitarie e soggetti erogatori accreditati, attraverso una procedura di registrazione attiva dal 15 febbraio e visualizzabile dalla homepage di Agenas (www.agenas.it).

Le consultazioni per area geografica e per singola struttura sanitaria sono disponibili solo previa registrazione: per ottenere le credenziali è necessario che la domanda di registrazione provenga da un indirizzo email istituzionale delle aziende del Ssn. Il sito web Pne contiene l'analisi degli esiti dell'assistenza ospedaliera, basata sui dati delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) nazionali 2005-2010, allo scopo di valutare gli esiti degli interventi e dei trattamenti sanitari, attraverso un'ampia analisi comparativa tra strutture ospedaliere ed aree territoriali di residenza, per il miglioramento dell'efficacia delle cure ed una maggiore equità nella tutela della salute.

Attualmente, in molti sistemi sanitari vengono condotti programmi di valutazione comparativa di esiti tra soggetti erogatori e di comunicazione dei risultati di questi programmi.

In Italia, le principali esperienze in tal senso sono state condotte nell'ambito del progetto "Mattoni – Misura dell'outcome" e del "Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio, denominato P.Re.Val.E.", i cui risultati costituiscono la base progettuale del Rapporto.

L'infermiere, l'équipe assistenziale, le tecniche di rilassamento

La collaborazione tra esperti contro l'ansia nei pazienti oncologici

di Cristiano Ranaldi

ABSTRACT

L'ansia è uno stato caratterizzato da una sensazione di paura non connessa ad alcuno stimolo specifico. È conosciuta anche come una delle reazioni avverse più comuni per i pazienti sottoposti a chemioterapia.

Può presentarsi insieme allo sconforto psicologico e alterare lo stato emotivo condizionando la risposta globale del paziente che potrebbe così rimanere inerme.

Questa revisione della letteratura scientifica nasce dalla consapevolezza della scarsa collaborazione tra professionisti sanitari all'interno delle Uo italiane che, invece, insieme all'aiuto di esperti, potrebbero dar vita a una cospirazione nella guerra tra il paziente oncologico e l'ansia.

INTRODUZIONE

Durante gli ultimi anni, la vita è diventata particolarmente frenetica e tutto questo ha provocato un innalzamento del tasso di incidenza dei disturbi ansiosi (basti pensare che quelli di tipo generalizzato hanno un'incidenza del 5%).

Le tecniche di rilassamento possono essere definite come esercizi che, se appresi correttamente, possono ottimizzare la risposta del nostro corpo agli stimoli provenienti dall'ambiente stressante.

In questo studio, l'attenzione sarà focalizzata sull'ansia nei pazienti sottoposti a chemioterapia che, spesso, nasce dalla paura degli effetti collaterali dei farmaci neoplastici.

È importante definire le potenzialità delle tecniche di rilassamento così da poterle



definire, a pieno titolo, come "trattamenti alternativi contro i disturbi ansiosi".

Sì che si tratti di un obiettivo ambizioso, ma la collaborazione tra diversi operatori ed esperti può fornire ottime possibilità di riflessione.

La ricerca inizia dallo studio dell'azione dei fattori stressanti che contribuiscono all'insorgenza di crisi ansiose: ciò, attraverso un processo assai complesso che inizia con la captazione di questi che, "trasformati" da eventi fisici a segni elettrici, portano all'insorgenza di stress ed ansia nei soggetti.

Per trattare gli attacchi di ansia è indispensabile indurre il rilassamento, ovvero l'abbassamento dell'intensità di eccitazione della componente simpatica

del sistema nervoso autonomo e aumentare l'attività parasimpatica. Questo si manifesta con segni e sintomi caratteristici, quali l'abbassamento della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria; la diminuzione del consumo di ossigeno ed il cambiamento d'umore.

Da qui, il quesito: **quali sono le migliori tecniche di rilassamento?**

MATERIALI E METODI

La ricerca del materiale è stata effettuata utilizzando il web e accedendo alle banche di *Pubmed*.

Per mirare la ricerca sono state utilizzate delle parole chiave come: "anxiety" e "relaxation training" con l'operatore booleano "and". Inserendo i limiti: età

(persone con più di 19 anni), casi umani, documenti forniti di *abstract*, articoli con *abstract* e solo studi clinici randomizzati, il risultato finale consta di 50 articoli trovati con informazioni inerenti le tecniche di rilassamento, ma poche in ambito oncologico, visto che quest'ultime vengono studiate principalmente nell'area cardiologica.

ANALISI DELLA RICERCA

Gli articoli selezionati sono sei e tutti descrivono tecniche diverse che il professionista infermiere può apprendere, ergo proporle ai suoi assistiti durante l'attività di educazione sanitaria (contemplata nel nostro profilo professionale, anche se troppo spesso sottovalutata).

Le tecniche di rilassamento trovate durante la ricerca sono:

1. immagini-terapia;
2. meditazione;
3. massoterapia;
4. trattamento cognitivo-comportamentale;
5. yoga;
6. musicoterapia.

Una comunità infermieristica di Sydney ha condotto uno studio per determinare l'efficacia della immagini-terapia per il trattamento dell'ansia e della depressione in persone con cancro avanzato.

Lo scopo era quello di monitorare i cambiamenti della qualità di vita prima e dopo i trattamenti.

Furono presi in esame 65 pazienti con cancro che stavano vivendo la propria situazione clinica con ansia e depressione. Un primo gruppo fu sottoposto ad immagini-terapia, il secondo trattato con tecniche di rilassamento muscolare e il terzo con entrambi i trattamenti.

I pazienti furono monitorati prima e dopo attraverso delle scale (*Hospital Anxiety and Depression Scale e Functional Living Index-Cancer Scale*).

Grazie all'esito finale, la comunità scientifica ha chiarito che l'immagini-terapia non ha effetti benefici sull'ansia, ma aiuta il trattamento di stati depressivi che possono essere ad essa correlati.

La proiezione di immagini rilassanti è un ottimo modo per stimolare il sistema limbico che, a seconda del vissuto personale, può produrre sensazioni piacevoli grazie alla stimolazione

della corteccia cerebrale, la quale, a sua volta, stimola, a livello inconscio, lo stato d'animo, liberando le emozioni e generando, così, un senso di piacere.

Lo studio clinico controllato e randomizzato sulla meditazione e la respirazione ha portato alla nostra attenzione gli effetti benefici di queste tecniche.

Il campione preso in esame era composto da pazienti prelevati da un servizio ambulatoriale di oncologia; prettamente eterogeneo per età, sesso e stato di avanzamento della malattia.

Dopo la firma del consenso informato, una parte di questi fu assegnata casualmente ad una condizione di immediato trattamento e l'altra parte ad una lista di attesa per la condizione di controllo.

L'intervento consisteva in gruppi di meditazione (della durata di un'ora e mezza) che venivano eseguiti dagli interessati una volta alla settimana (per sette settimane), anche a casa in modo autonomo.

Novanta pazienti, di età media di 51 anni, conclusero lo studio e questi ottennero punteggi significativamente più bassi sulla scala "*total mood disturbance and subscales of depression, anxiety, anger, and confusion*" che misura i disturbi dell'umore, depressione, ansia, rabbia.

Il gruppo in esame ebbe meno disturbi da stress e più vigor.

La meditazione è un ottimo strumento per diminuire i disturbi dell'umore e sintomi da stress in entrambi i sessi.

Essa è strettamente collegata con la respirazione controllata che rende possibile la rigenerazione cellulare e il rilascio di neurotrasmettitori che, durante gli attacchi di ansia, subiscono delle alterazioni (la serotonina che, grazie alla sua capacità di inibizione della propagazione dell'impulso nervoso tra un neurone e il successivo, interagisce con molte funzioni corporee come il sonno, l'appetito, la funzionalità dell'apparato circolatorio ecc.).

In caso di carenza di serotonina, si possono presentare episodi di squilibri della sfera psichica ed è per questo motivo che è molto importante, nelle tecniche di rilassamento, favorirne il rilascio.

Un'altra tecnica di rilassamento presa in esame è **la massoterapia** che venne studiata presso l'University of Minneapolis (Usa).

Dall'articolo pubblicato emerse che la tecnica in questione non riporta nessuna evidenza di efficacia, ma il rilasciamento muscolare che essa produsse su un campione di 230 soggetti fece ipotizzare che gli effetti benefici esistono e vennero, pertanto, documentati.

Attraverso i massaggi eseguiti da personale esperto è possibile diminuire la tensione muscolare e lo stress, favorendo il sonno.

Esiste una particolare tecnica che prevede l'esecuzione di piccoli colpi sulla parte superficiale dei muscoli: per eseguire questo massaggio vengono utilizzati particolari lozioni che ne facilitano l'esecuzione, ottimizzando l'effetto benefico sui tegumenti del paziente.

La massoterapia è una tecnica capace di ottimizzare la circolazione sanguigna e, con essa, favorire l'apporto di ossigeno e sostanze nutritive ai tessuti e ai muscoli del corpo.

Inoltre, i massaggi possono alleviare la tensione, quindi, molto utili nei casi di pazienti con attacchi di ansia.

Il **massaggio terapeutico** è un rimedio naturale: i suoi effetti benefici, pur momentanei, rimangono comunque un ottimo punto di inizio per la cura dell'ansia.

Eppure, la cosa più importante è trovare le cause che generano gli attacchi.

Durante la mia ricerca, ho trovato un articolo molto interessante pubblicato dall'università di Miami che tratta delle donne affette da cancro al seno e quanto presentino disturbi ansiosi nel periodo post-operatorio, soprattutto a causa di interventi a volte deturpanti che le privano delle mammelle. Attraverso il trattamento cognitivo-comportamentale possono esserne attenuati i disturbi.

Le pazienti furono sottoposte, per dieci settimane, a trattamenti di natura psicologica come *training* di rilassamento e terapia di gruppo cognitivo-comportamentale per intervenire sulla gestione dello stress e dell'ansia.

E, a distanza di un anno, si osservò che la terapia complementare permetteva di migliorare stati di stress e ansia cancro-correlati durante le terapie mediche.

La funzione principale della **psicoterapia cognitivo-comportamentale** è quella di contrastare i pensieri distorti. Prima della seduta, il paziente illustra il

problema e l'analista procederà alla valutazione dello stato emotivo del soggetto. Dopo le prime quattro-cinque sedute si prospettano le prime ipotesi che servono principalmente a fissare gli obiettivi.

Lo psicologo cerca di scoprire i fattori che inducono l'ansia e interviene con tecniche specifiche come il **"training autogeno"** di cui il dottor Schultz fu il maggior esponente europeo.

Esso si basa sulla risoluzione della tensione psichica mediante il rilassamento muscolare indotto da esercizi respiratori accompagnati dalla guida vocale dell'analista.

In Australia, nel 2007, fu studiato l'effetto benefico dello yoga applicandolo nelle diverse aree dell'oncologia. La prima ipotesi è che poteva agire sulle situazioni stressanti e sugli stati ansiosi.

Lo studio prese in esame 131 soggetti con diversi livelli di stress che accettarono di partecipare a sedute di "hatha yoga" per dieci settimane (ogni seduta della durata di un'ora).

I risultati furono illuminanti, visto che l'ipotesi iniziale fu confermata.

Dopo dieci settimane, si registrarono risultati incoraggianti: gli stati di ansia e, di conseguenza, lo stile di vita, migliorarono in modo significativo.

Lo **yoga** è una tecnica antica che nasce per creare armonia tra mente, corpo e spirito.

La sua utilità è data dalla possibilità di rilassare la muscolatura del corpo attraverso esercizi basati su movimenti del corpo lenti e ritmici che contrastano la rigidità e favoriscono il rilassamento.

Lo yoga può essere definito come una pratica semplice, efficace ed economica da eseguire in modo individuale (anche a casa) non appena il paziente apprende le conoscenze preliminari sufficienti all'esecuzione di tali esercizi.

I pazienti sottoposti a chemioterapia sono individui con moltissime problematiche (sin dall'accettazione della diagnosi di cancro, spesso comunicata dopo semplici esami di routine, quindi l'interessato si trova in uno stato di confusione tale da impedirgli di essere lucido e ragionevole). Un altro problema è trovare la forza per affrontare, quotidianamente, gli effetti collaterali legati al deperimento organico,

vera e propria peculiarità dei trattamenti chemioterapici.

Questo fenomeno è spesso sottovalutato, ma può, invero, attivare una serie di reazioni a catena. Partendo dalla sensazione di angoscia, per esempio, possono svilupparsi ansia, depressione e disturbo post traumatico da stress.

Lo scopo dello studio intrapreso nel 2008 dall'*Indiana university School of Music*, era quello di determinare la fattibilità e i benefici di un intervento musicale immaginario per i pazienti con leucemia e ricoverati in un ambiente protetto.

Ogni sessione di trattamento venne eseguita due volte alla settimana, anche se gli individui coinvolti nello studio sono stati incoraggiati a ripetere gli esercizi in modo autonomo, ogni giorno.

Le conclusioni dello studio dimostrano che la proiezione di immagini e musica rilassanti aiutano i pazienti con minore disagio iniziale, quindi, alla dimissione presentano stati ansiosi significativamente ridotti rispetto a quelli diagnosticati prima dell'attuazione dell'immagini-terapia.

La **musicoterapia** pone la sua attenzione sull'interazione con gli individui: non a caso, questa è una pratica che usa la musica e il suono come validi strumenti per la comunicazione non verbale.

Molti studi hanno dimostrato il duplice effetto psicoterapico della musica, sia nell'ambito fisiologico che psichico. Il rilassamento in musicoterapia si struttura attraverso esercizi di respirazione associati all'utilizzo della vocalità.

Tali esercizi vengono solitamente effettuati nella prima parte della seduta e fungono da preparazione per la seconda parte che è caratterizzata dall'utilizzo di specifici strumenti.

Va pure ricordato che la cooperazione tra alcune tecniche può ottimizzare la risposta dei pazienti trattati: basti pensare che le tecniche di respirazione diaframmatica e la vocalità struttura un *training* volto a migliorare le capacità di controllo e gestione degli stati d'ansia.

RISULTATI

Questa revisione della letteratura ha preso in esame sei articoli presenti sulla banca dati di *Pubmed*, le ricerche sono state eseguite da professionisti americani e australiani particolarmente attenti alla

ricerca ed alle sue metodologie.

Le aree di interesse dell'infermiere nelle tecniche di rilassamento sono: management delle attività infermieristiche, eseguite in collaborazione con le altre figure ed interventi infermieristici autonomi.

Il nuovo profilo professionale dell'infermiere ci trasforma tutti in operatori sanitari autonomi, responsabili del proprio operato.

Ogni attività infermieristica è basata su un principio importante: il processo di *nursing* o piano di assistenza infermieristico che è composto da fasi operative, ovvero interventi e valutazioni.

Interventi e valutazioni sono basati sul lavoro di analisi, sulla diagnosi, obiettivi e sulla pianificazione assistenziale.

Il piano di assistenza permette la gestione di un caso specifico, può documentare, comunicare, giudicare e valutare l'assistenza erogata.

Attraverso quest'analisi critica può ottimizzare i tempi, le risorse e le energie del personale infermieristico che si dedica al soddisfacimento dei bisogni di salute dell'utenza.

Possiamo indicare il grado di successo del piano di assistenza attraverso la fase di valutazione che offre informazioni utili sulla risposta dell'utente agli interventi infermieristici, indica il progresso dell'utente verso gli obiettivi stabiliti ed analizza i mutamenti dei bisogni dell'assistito.

La prima fase è l'accertamento in cui l'operatore compie una raccolta di informazioni utili alla seconda fase del piano di assistenza, ovvero la diagnosi infermieristica che mette in risalto uno "squilibrio" nello stato di salute dell'assistito.

Nel nostro caso, la diagnosi infermieristica sarà "ansia", secondo la tassonomia Nanda essa viene classificata con il codice 00146.

Una volta messo in evidenza il problema, si effettuano le pianificazioni, gli obiettivi che si sperano di raggiungere (Noc) con gli interventi infermieristici (Nic).

Queste azioni l'infermiere può eseguirle in modo autonomo, senza prescrizioni mediche o la supervisione di altri operatori sanitari.

Ogni piano di assistenza viene sottoposto a valutazione finale (per accertarsi di aver

raggiunto gli obiettivi prefissati) che, insieme agli interventi, viene riportata sulla documentazione clinica ed è considerata un atto importantissimo ai fini legali. Nell'analisi di ricerca abbiamo definito e descritto le tecniche trovate su *Pubmed* e, dopo uno studio approfondito, è stato possibile raccogliere informazioni circa la loro efficacia ed efficienza.

Le tecniche di rilassamento possono essere applicate insieme alle terapie farmacologiche nei pazienti sottoposti a terapia antitumorale così da migliorarne lo stile di vita.

Gli articoli revisionati hanno portato alla nostra attenzione molte informazioni utili, ma è stato chiarito che l'ansia non è un disturbo facile da trattare con queste tecniche, a differenza dello stress che sembra migliorare sensibilmente se il rilassamento è indotto in maniera costante.

Nei pazienti oncologici, le tecniche di rilassamento meno appropriate al trattamento dell'ansia sono la immagini-terapia e la meditazione.

La prima fa registrare miglioramenti significativi nei casi di depressione; la seconda, invece, ha dimostrato di essere particolarmente appropriata per tutti i pazienti con disturbo dell'umore.

Le tecniche di rilassamento più appropriate sono: la massoterapia, trattamento cognitivo-comportamentale, yoga e musicoterapia.

Iniziando con la massoterapia, il massaggio terapeutico agisce a livello muscolare rilassando e inducendo il rilassamento che produce un benessere momentaneo da guarire definitivamente con l'individuazione delle cause e del trattamento appropriato.

Il trattamento cognitivo-comportamentale è uno strumento valido se si dispone di validi psicologi in grado di indurre il rilassamento attraverso il "training autogeno" che, oltre a rilassare il paziente, permette di alleviare le tensioni migliorando significativamente lo stile di vita di tutti gli individui emotivi ed ansiosi.

Lo yoga è la tecnica meno accreditata di tutte, vista la scarsa fiducia di alcuni individui per gli esercizi che nascono come riti religiosi. Eppure, eseguiti nel modo giusto, per un periodo appropriato, ottengono ottimi risultati.

Infine, la musicoterapia, che fa registrare risultati migliori se associata all'immagino-terapia (quindi alla proiezione, creando così delle sessioni di musica immaginaria) è molto utile, dato che quasi tutti gli individui che hanno iniziato

questo percorso lo hanno concluso con successo.

Dopo aver esaminato l'efficacia delle tecniche di rilassamento, non ci rimane che ipotizzare come tutto questo potrebbe essere applicato nella quotidianità della vita di reparto.

Ogni infermiere dovrebbe proporre ai propri assistiti queste tecniche, informandoli sui risultati incoraggianti di alcune di esse.

È vero, però, che non sempre sono alla portata di tutti.

In effetti, si potrebbe proporre l'allestimento di sale e spazi utili agli esperti delle diverse discipline, tali da indurre gli interessati a frequentare delle lezioni o sedute che, oltre a migliorare gli stili di vita, potrebbero integrare le possibilità di studio e di ricerca nelle diverse discipline come l'infermieristica, la psicologia, la medicina alternativa e la fisioterapia, visto che hanno tutte lo stesso obiettivo: alleviare le sofferenze delle persone e migliorare la vita di tutti quelli che si affidano ai professionisti della salute.

AUTORE:

Cristiano Ranaldi, infermiere presso "Ambulanza Città di Roma".

BIBLIOGRAFIA

- Lo Biondo-Wood G, Haber J, *Metodologia della ricerca infermieristica*. Milano: Mc Graw Hill.
- Sloman R, *Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer*. *Cancer Nurs* 25(6):432-5. 2002.
- Speca M, Carlson L.E, Goodey E, Angen M, *A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients*. *Psychosom Med*. 62(5):613-22. 2000.
- Post-White J, Kinney M.E, Savik K, Gau J.B, Wilcox C, Lerner I, *Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer*. *Integr Cancer Ther* 2(4):332-44. 2003.
- Antoni M.H, Wimberly S.R, Lechner S.C, Kazi A, Sifre T, Urcuyo K.R, Phillips K, Smith R.G, Petronis V.M, Guellati S, Wells K.A, Blomberg B, Carver C.S, *Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer*. *Am J Psychiatry* 163(10):1791-7. 2006.
- Smith C, Hancock H, Blake-Mortimer J, Eckert K, *A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety*. *Complement Ther Med* 15(2):77-83. 2006.
- Burns D.S, Azzouz F, Sledge R, Rutledge C, Hinchey K, Monahan P.O, Cripe L.D, *Music imagery for adults with acute leukemia in protective environments: a feasibility study*. *Support Care Cancer* 16(5):507-13. 2008.
- Penzo A, Scalini L, *Massoterapia per il trattamento dell'ansia*.
- Bezzi L, *Introduzione su la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*. 2011.
- Wilkinson J.M. *Diagnosi infermieristiche con Noc e Nic Ansia*. Casa editrice Ambrosiana. 2010.
- Istituto Yoga Universale, *Perché praticare lo yoga*.
- Lattuada P, *Respiro profondo*. 2006.
- Psychologies nel mondo, *Cinque minuti per meditare*. 2008.

Il ruolo dell'infermiere nella preparazione intestinale per la colonscopia

Studio prospettico randomizzato

di Desy Giancaspero, Alessandra Guarini, Marinella Lombrici

ABSTRACT

La colonscopia è un'indagine diagnostica e terapeutica per le lesioni del colon.

Per eseguirla è necessaria una preparazione intestinale che consenta la corretta visualizzazione della mucosa colica.

Se la pulizia risulta inadeguata è necessario ripetere l'esame con disagio per i pazienti, aumento dei costi ed allungamento delle liste di attesa.

Una problematica, questa, che risulta ancor più importante per i pazienti che eseguono una colonscopia operativa in regime di *day hospital* in sala operatoria. Abbiamo effettuato uno studio prospettico randomizzato confrontando il grado di preparazione intestinale ottenuto con la stessa preparazione intestinale (Peg 4 litri) ma somministrata in due modalità: **procedura standard** (consegna di modulo informativo) o **procedura assistita** (colloquio esplicativo con un infermiere).

Lo studio ha dimostrato che la pulizia intestinale è risultata significativamente migliore nel gruppo di pazienti con preparazione assistita (rispetto al gruppo con preparazione standard).

In particolare, è stato necessario ripetere la colonscopia per preparazione inadeguata nell'11,6% del gruppo con preparazione standard e solo nell'1,5% del gruppo con preparazione assistita.

La nostra ricerca dimostra che il rapporto tra infermiere e paziente che si crea nel colloquio diretto determina, verosimilmente, un legame empatico che rassicura il paziente motivandolo.

È sufficiente un colloquio infermiere-paziente di soli 10 minuti per avere un vantaggio enorme in termini di risorse sanitarie impiegate per le procedure endoscopiche operative.

INTRODUZIONE

La colonscopia è un'indagine che permette lo studio di tutto il colon attraverso l'introduzione di un colonscopio dal canale anale.

L'esame può essere sia diagnostico che operativo, nel caso in cui sia necessario effettuare una polipectomia, una dilatazione di una stenosi, l'emostasi di una lesione sanguinante o chiudere una perforazione con il posizionamento di *endoclip* metalliche.

Per effettuare la colonscopia è necessaria una preparazione intestinale che consiste nell'eliminazione del contenuto colico per consentire la visualizzazione della mucosa.

Per la pulizia intestinale si utilizzano soluzioni iso-osmotiche a base di polietilene glicole (Peg 2-4 litri) o, più raramente, soluzioni iper-osmotiche a base di fosfato o magnesio di sodio con assunzione di liquidi.

Generalmente, la preparazione intestinale è preceduta da una dieta senza scorie.

I pazienti ambulatoriali e quelli in regime di *day hospital* effettuano la preparazione per colonscopia a casa, seguendo istruzioni (in genere, riportate in un apposito modulo) simili per molti Servizi di Endoscopia Digestiva.

Da una recente meta-analisi risulta che la

pulizia del colon è "ottimale" solo nel 70% dei casi, mentre risulta "del tutto inadeguata" in circa il 6% dei soggetti. La preparazione intestinale, quindi, rappresenta un procedura di estrema rilevanza, perché se la pulizia del colon risulta non "ottimale" o, comunque, "inadeguata" per la corretta osservazione della mucosa, l'esame deve essere ripetuto, con disagi per il paziente, incremento della spesa sanitaria ed allungamento delle liste di attesa.

Se questo è importante in ambito ambulatoriale, la problematica diventa ancora più rilevante per le colonscopie operative eseguite in regime di *day hospital*.

In tal caso, infatti, è necessario programmare una nuova colonscopia in sala operatoria, con importanti risvolti negativi sui costi.

Abbiamo, pertanto, realizzato uno studio prospettico per valutare quanto l'infermiere, attraverso un colloquio informativo diretto, può incidere positivamente sulla qualità della preparazione intestinale nei pazienti che devono effettuare una colonscopia in regime di *day hospital*.

SCOPO DELLO STUDIO

Scopo dello studio è stato valutare il grado di pulizia intestinale ottenuta mediante una preparazione con Peg 4 litri ed, in particolare, se vi erano differenze tra i pazienti che praticavano la preparazione seguendo la procedura standard oppure quella assistita dal personale infermieristico.

In particolare, la ricerca si prefiggeva di



valutare se il ruolo dell'infermiere, attraverso un processo informativo ed esplicativo diretto (procedura assistita), poteva migliorare il grado di preparazione del colon per colonscopia, rispetto ad una preparazione effettuata attraverso la semplice consegna di un foglio informativo (procedura standard).

MATERIALI E METODI

I pazienti

Per l'arruolamento nello studio sono stati considerati i pazienti che avevano effettuato una colonscopia presso il Servizio di Endoscopia del Ptp Nuovo Regina Margherita di Roma, nei quali è stata riscontrata la presenza di un polipo del colon che, per caratteristiche della lesione (polipo >3 cm o con larga base di impianto) o perché si trattava di paziente "fragile" (pluripatologie; terapia anti-aggregante/anticoagulante; età >80 anni) aveva reso necessaria l'asportazione endoscopica in regime protetto di *day hospital*.

Preparazione intestinale per colonscopia

Tutti i pazienti hanno seguito una dieta priva di scorie per i tre giorni antecedenti

la colonscopia ed è stata consigliata la medesima preparazione intestinale (Selg 1000) da diluire in quattro litri, ma con due diverse procedure.

Secondo la procedura standard, eseguita presso il Servizio di Endoscopia, al paziente è stato consegnato il modulo di preparazione di routine ed è stato semplicemente invitato a seguire le istruzioni indicate sul foglio informativo.

Secondo quelle, il paziente doveva preparare una soluzione di lavaggio di quattro litri, da bere due litri dalle 16 alle 18, osservando un'ora di pausa e poi assumendo i restanti due litri dalle 19 alle 21, il giorno precedente l'esame endoscopico.

Secondo la procedura assistita, invece, oltre alla consegna del medesimo modulo informativo, l'infermiera coinvolta nello studio ha fornito informazioni aggiuntive oralmente circa le modalità di preparazione della soluzione di lavaggio, la tempistica da rispettare, nonché le possibili soluzioni in caso di fastidio o di intolleranza eventualmente insorti durante l'assunzione del liquido di lavaggio.

In particolare, ha consigliato al paziente di bere lentamente la soluzione e di

assumere un bicchiere ogni 15 minuti, senza anticipare i tempi.

Inoltre, in caso di insorgenza di nausea, è stato consigliato di diradare ulteriormente l'assunzione a 20 minuti e, in caso di vomito, di fare una pausa di 60 minuti e riprendere.

L'infermiera ha spiegato la necessità di assumere tutta la soluzione di lavaggio intestinale o, comunque, di assumerne il maggior volume tollerabile, ribadendo l'importanza di un corretto lavaggio intestinale ai fini della procedura operativa, sottolineando come una preparazione intestinale non adeguata poteva impedire o rendere difficile l'asportazione del polipo del colon, richiedendo un nuovo esame e, quindi, una nuova preparazione intestinale.

Infine, il paziente è stato invitato a registrare il volume totale di soluzione di lavaggio effettivamente assunto per la preparazione intestinale.

L'infermiera ha impiegato circa 10 minuti per il colloquio esplicativo con ciascun paziente.

In tutti i casi, tale colloquio è stato effettuato il giorno dell'apertura del *day hospital*, quando è stata programmata

anche la colonscopia operativa, fissando un appuntamento entro i 15 giorni successivi.

Valutazione del grado di preparazione intestinale

Il giorno dell'esecuzione dell'esame endoscopico, la stessa infermiera ha provveduto ad intervistare il paziente, registrando la quantità di soluzione di lavaggio effettivamente assunta e gli eventuali fastidi accusati utilizzando un questionario strutturato.

In tutti i casi, l'esame endoscopico è stato effettuato in sala operatoria in sedazione profonda con assistenza anestesiológica.

Il grado di pulizia intestinale è stato valutato dal medico gastroenterologo durante l'indagine endoscopica (che, però, non era conoscenza della randomizzazione a cui era stato sottoposto il paziente, ed ha effettuato la valutazione riportando il grado di pulizia sul referto endoscopico come di prassi).

In particolare, è stata seguita una classificazione comprendente cinque gradi di pulizia. (Tabella 1)

Generalmente, si ritiene che la preparazione sia "adeguata" quando il grado di pulizia del colon è pari a 3-4, "accettabile" quando è di grado 2 ed "inadeguata" quando è di grado 0-1.

Randomizzazione

La randomizzazione dei pazienti è stata effettuata mediante una procedura a blocchi di dieci: ogni blocco è stato stampato e chiuso in una busta separata e numerata con numerazione progressiva.

Al momento dell'arruolamento del primo paziente, è stata sorteggiata la procedura di preparazione da abbinare alla lettera A, assegnando l'altra procedura alla lettera B.

È stata, quindi, aperta la busta contrassegnata con il numero 1 e la lista di randomizzazione è stata seguita rigorosamente dall'infermiera coinvolta nello studio che ha effettuato personalmente tutti i colloqui con i pazienti secondo la procedura assistita.

Dopo dieci pazienti arruolati, è stata aperta la busta numero due, e così via, fino alla fine dello studio.

Ciascun paziente ha effettuato la preparazione intestinale al proprio domicilio il

GRADO	DESCRIZIONE
4	Colon pulito, senza residui
3	Presenza di residui liquidi, completamente aspirabili
2	Feci fluide solo parzialmente rimovibili
1	Feci solide, visualizzazione di >90% della mucosa
0	Feci solide, visualizzazione di <90% della mucosa

Tabella 1. Valutazione del grado di preparazione intestinale

	PREPARAZIONE STANDARD	PREPARAZIONE ASSISTITA	VALORE DELLA P STATISTICA
Pazienti arruolati	69	68	-
Età (media ± DS)	67 ± 14	69 ± 13	NS
Maschi/Femmine	36/33	38/36	NS
Comorbidità	59	57	NS
Stipsi	19	21	NS
Polipo piatto	43	39	NS
Polipo peduncolato	26	29	NS
Motivo del DH			
- polipo >2 cm	49	50	NS
- terapia antiaggregante	14	11	
- paziente fragile	6	7	

Tabella 2. Caratteristiche dei pazienti arruolati nei due bracci: NS, differenziale non significativo

GRADO DI PULIZIA INTESTINALE	PREPARAZIONE STANDARD	PREPARAZIONE ASSISTITA	VALORE DELLA P STATISTICA
0	4	1	0.003
1	12	4	
2	15	20	
3	18	20	
4	20	23	

Tabella 3. Grado di pulizia intestinale nei gruppi di pazienti

pomeriggio precedente la colonscopia, come di routine.

Analisi statistica

I dati tra i due gruppi di pazienti sono stati analizzati statisticamente mediante il T-test di Student (età, volume di

soluzione assunto), il test del Chi-quadro (distribuzione di sesso, frequenza di comorbidità, distribuzione dei tipi di polipi, frequenza della stipsi, grado di preparazione intestinale adeguata/inadeguata), ed il test il Mann-Whitney U-test



Alcune risultanze grafiche di un esame colonscopico

per dati non appaiati (per i quattro gradi di preparazione intestinale).

È stata considerata significativa la differenza tra i diversi sottogruppi solo quando la p è risultata < 0.05 .

RISULTATI

Complessivamente, sono stati arruolati 137 pazienti consecutivi (74 maschi e 69 femmine), con un'età media di 68 anni, che necessitavano di una polipectomia endoscopica in regime di *day hospital*.

In accordo con la lista di randomizzazione, 69 pazienti hanno effettuato la preparazione intestinale standard, mentre 68 pazienti hanno seguito quella assistita.

Come riportato in tabella 2, non vi erano differenze circa le caratteristiche demografiche, la frequenza di stipsi, la presenza di comorbidità, il tipo di polipo da asportare endoscopicamente ed i motivi della necessità del *day hospital*, tra i pazienti che hanno seguito la prima o la seconda preparazione.

I pazienti che hanno effettuato la preparazione standard hanno assunto una quantità di liquido di lavaggio significativamente inferiore a quelli che hanno seguito la preparazione assistita: il volume finale assunto è risultato pari a $3,5 \pm 0,4$ litri e pari a $4 \pm 0,2$ litri ($p < 0.001$).

Inoltre, sei dei 69 pazienti nel gruppo di preparazione standard e nessuno dei 68 pazienti nel gruppo di preparazione

assistita hanno assunto meno di tre litri di soluzione di lavaggio (8,7% *versus* 0%; $p = 0.04$).

Per quanto concerne l'incidenza di fastidi accusati durante la preparazione (nausea, gonfiore, dolore addominale, vomito, ecc.), si è osservata una differenza tra i due gruppi.

In particolare, solo il 9,3% dei pazienti che hanno effettuato la preparazione assistita hanno lamentato fastidi contro il 22,1% di quelli che hanno praticato l'altra preparazione: una differenza statisticamente significativa ($p = 0,03$).

Il grado di preparazione intestinale registrato all'esame endoscopico è riportato in tabella 3: complessivamente, nel gruppo di pazienti con preparazione assistita la pulizia intestinale è risultata migliore che nell'altro gruppo ($p = 0,003$). In particolare, la pulizia intestinale è giudicata come "adeguata" (grado 2-4) in 63 dei 68 pazienti che hanno effettuato la procedura assistita ed in 53 dei 69 pazienti che hanno seguito quella standard.

La differenza di frequenza tra i due gruppi è statisticamente significativa (92,6% *vs* 76,8; $p = 0,02$).

Inoltre, non è stato possibile effettuare la polipectomia programmata o completare tutto lo studio del colon a causa della preparazione inadeguata in otto pazienti nel gruppo di preparazione standard ed in un solo paziente nel gruppo di preparazione assistita.

Quindi, è stato necessario ripetere la colonscopia nell'11,6% nel primo gruppo di pazienti e solo nell'1,5% del secondo ($p = 0,04$).

Nelle figure in alto sono riportati alcuni esempi di preparazione intestinale "adeguata" e "non adeguata".

CONCLUSIONI

Il cancro del colon rappresenta l'unica neoplasia realmente prevenibile attraverso programmi di *screening* sulla popolazione a rischio.

Per tale motivo, anche in Italia, sono stati attivati programmi adeguati in quasi tutte le Regioni, compreso il Lazio.

L'efficacia della colonscopia (che si esplica sostanzialmente attraverso l'individuazione e la rimozione dei polipi) dipende in gran parte dal grado di preparazione intestinale.

Non vi è dubbio che la necessità del lavaggio intestinale, da eseguire prima della colonscopia, rappresenti uno dei limiti di accettabilità del paziente.

Infatti, per effettuare la preparazione intestinale è necessaria l'assunzione di un ampio volume di soluzione di lavaggio, in genere salina, in un ristretto lasso di tempo.

Non raramente, il paziente ha difficoltà ad assumere tutta la preparazione per l'insorgenza di nausea o fastidi gastrointestinali legati non solo al volume, ma anche al sapore della soluzione stessa. Aspetti che diventano particolarmente

rilevanti in pazienti anziani con pluripatologie, in cui la *compliance* si riduce notevolmente.

La preparazione intestinale inadeguata, però, riduce l'attendibilità dell'osservazione endoscopica o la rende addirittura impossibile.

In caso di colonscopia operativa (che preveda, cioè, l'asportazione di polipi già individuati), effettuata in regime di *day hospital*, una preparazione intestinale ottimale risulta ancor più importante.

Infatti, l'inadeguatezza della preparazione vanifica tutto il processo assistenziale organizzato, rendendo necessaria una nuova programmazione dell'esame endoscopico.

Questo comporta, da una parte, la necessità di una nuova preparazione intestinale da parte del paziente e, dall'altra, la programmazione di una nuova seduta endoscopica in sala operatoria con ulteriore impegno dei medici endoscopisti ed anestesisti coinvolti.

Risulta chiaro, quindi, come una preparazione intestinale non adeguata comporti un importante spreco di risorse economiche, nonché un allungamento delle liste di attesa di pazienti che devono confluire in sala operatoria per altre procedure.

Questa ricerca clinica sperimentale è stata disegnata proprio per valutare se fosse possibile incidere, attraverso la

partecipazione attiva dell'infermiere, sul livello di preparazione intestinale per colonscopia, al fine di evitare al paziente il disagio di un nuovo lavaggio intestinale e di risparmiare altre risorse.

L'indagine ha dimostrato chiaramente come l'infermiere possa svolgere un ruolo determinante in questo ambito.

Rispetto alla procedura standard, quando l'infermiere interagisce direttamente col paziente spiegando le modalità della preparazione - sia motivandolo nell'assunzione del liquido che assicurandolo della non gravità dei possibili disturbi - è possibile migliorare in maniera statisticamente significativa il grado di preparazione intestinale, sia in termini percentuali che qualitativi.

Il colon dei pazienti che hanno praticato la preparazione assistita, infatti, è risultato significativamente più pulito e, in questo gruppo, solo nell'1,5% dei casi è stato impossibile effettuare la colonscopia per mancata preparazione (mentre ciò si è verificato nell'11,6% dei pazienti che hanno seguito la procedura standard).

Questo studio dimostra come sia possibile risparmiare le risorse economiche in Endoscopia Digestiva semplicemente attivando l'infermiere nell'educazione sanitaria degli utenti.

Come verificato in questa ricerca, è sufficiente un colloquio infermiere-paziente di soli dieci minuti per avere un vantaggio enorme in termini di risorse sanitarie impiegate per le procedure endoscopiche operative.

Se i risultati osservati in questa ricerca verranno confermati anche da ricerche analoghe effettuate in altri *day hospital* di Endoscopia Digestiva, la procedura di preparazione assistita sperimentata potrebbe essere implementata in tutti i centri di endoscopia.

Infine, questo tipo di preparazione alla colonscopia potrebbe essere utilizzata anche per gli utenti che la effettuano in regime ambulatoriale: tale procedura incrementerebbe la qualità percepita dall'utente ed assicurerebbe un evidente risparmio di risorse economiche, nonché un abbattimento delle liste di attesa.

AUTORI:

Desy Giancaspero, laurea I livello in Scienze Infermieristiche, università La Sapienza di Roma. Ptp Nuovo Regina Margherita, Roma; Alessandra Guarini, master di I livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento, infermiera presso la Uoc di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ptp Nuovo Regina Margherita, Roma.

Marinella Lombri, Cpsei-Servizio Infermieristico Cure Primarie I Distretto, Asl Roma A.

BIBLIOGRAFIA

Asge, *Technology Committee. Colonoscopy preparation*. Gastrointest Endosc 2009;69:1201-9.

Juluri R, Eckert G, Imperiale T.F. *Meta-analysis: randomized controlled trials of 4-L polyethylene glycol and sodium phosphate solution as bowel preparation for colonoscopy*. Aliment Pharmacol Ther 2010;32:171-81.

Parente F, Marino B, Crosta C. *Bowel preparation before colonoscopy in the era of mass screening for colon-rectal cancer: a practical approach*. Dig Liver Dis 2009;41:87-95.

Radaelli F, Meucci G, Minoli G. *Colonoscopy practice in Italy: a prospective survey on behalf of the Italian association of hospital gastroenterologists*. Dig Liver Dis 2008;40:897-904.

Schanz S, Krus W, Mickisch O, Kuppers B, Berg P, Frick B et al. *Bowel Preparation for colonoscopy with sodium phosphate solution versus polyethylene glycol-based lavage: a multicenter trial*. Diagnostic and Therapeutic Endoscopy 2008; Article ID 713521, 6 pagg.

Competenze distintive del coordinatore nella progettazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nella fibrosi cistica

di Marsela Banushi, Chiara Spagnul, Marianna Massicci, Alessia di Tommaso, Elisabetta Renzetti, Marco Cacciotti, Sergio Bella

ABSTRACT

Le evolute conoscenze mediche ed infermieristiche degli ultimi tempi hanno contribuito al miglioramento della qualità e della durata della vita di pazienti affetti da patologie ad esito infausto. Questo ha permesso il passaggio di alcune patologie da "acute" a "croniche", evidenziando problematiche fino ad alcuni anni fa inesistenti. Ciò, portando ad un notevole dispendio di energie, sia in termini umani che economici.

Nasce da questo concetto la necessità di avere delle strutture idonee per il *follow up* di tali patologie croniche, sempre nell'ottica del miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

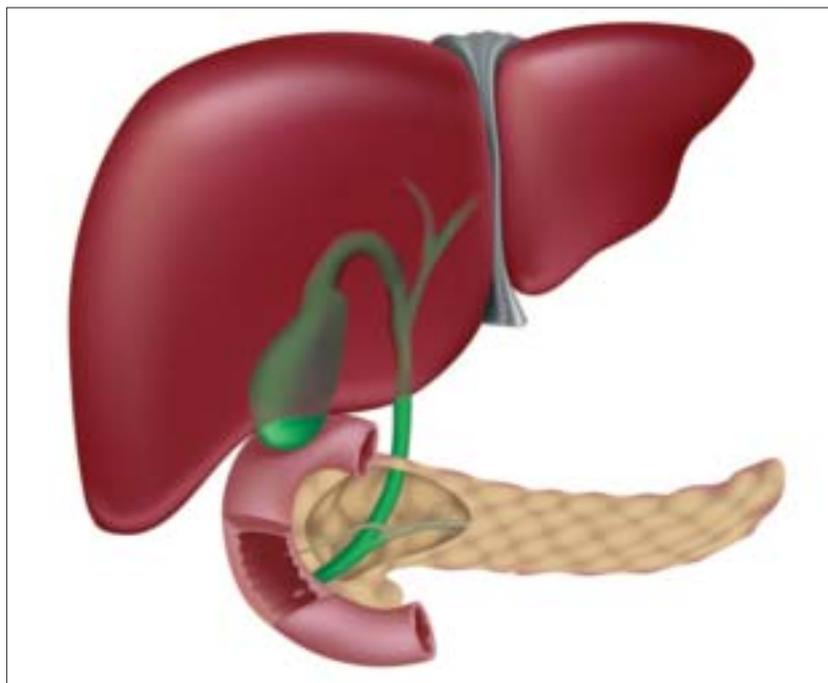
La fibrosi cistica rappresenta il modello più idoneo per iniziare tale percorso.

INTRODUZIONE

La salute è considerata un bene a cui tutti, indistintamente, hanno diritto.

Un'affermazione, questa, che ha condizionato negli anni la programmazione riguardante la sanità. Tale programmazione ha, nel tempo, subito radicali cambiamenti (pur nell'ottica di fornire al cittadino la miglior assistenza sanitaria possibile) che hanno intaccato non poco il problema delle risorse economiche, certo non illimitate.

Per meglio spiegare questo concetto, è necessario trattare una breve cronistoria degli ultimi 30 anni riguardante i cambiamenti del Servizio sanitario nazionale,



Fegato, cistifellea, pancreas e condotto biliare

dove si è assistito ad una decentralizzazione a cui è seguito un sempre maggiore coinvolgimento delle Regioni.

Fino al 1978, la sanità pubblica italiana è stata caratterizzata da un sistema di tipo mutualistico: con la legge n.833 del 23/12/1978 viene dettata la prima disciplina delle Unità Sanitarie Locali.

I decreti legislativi n.502/1992 e 517/1993 hanno poi condotto alla riorganizzazione delle Usl attraverso la loro regionalizzazione e trasformazione in

aziende, valorizzando il potere normativo delle Regioni.

Con la legge delega n.419/1998 ed il relativo D.lgs 229/1999 (legge Bindi) è avvenuto il completamento del processo di aziendalizzazione che si completa con il D.l 347/2001, convertito nella legge n.405/2001 in cui si evince il potenziamento definitivo del ruolo delle Regioni. Tutto questo "rimodellamento" in materia di sanità è stato anche motivato dalla consapevolezza che la gestione centraliz-

zata del governo non era adeguata alle realtà locali, con conseguente spreco di risorse.

Si è gradualmente giunti, così, alla razionalizzazione delle risorse e, quindi, per esempio, alla diminuzione dei posti letto e alla chiusura di alcuni ospedali, in special modo in provincia, ritenuti piccoli e poco produttivi.

Il Lazio è, purtroppo, una delle regioni in cui il debito della Sanità rappresenta una delle realtà più tristi d'Italia e più difficile da sanare.

In medicina, il miglioramento delle conoscenze ha permesso di modificare le cure di alcune patologie che, negli anni scorsi, arrivavano all'*exitus* in età molto precoce: nel caso della fibrosi cistica, la durata media della vita è passata dall'età pediatrica all'attuale quinta decade.

Parallelamente, però, l'esborso economico richiesto da questi pazienti è direttamente proporzionale, ergo molto oneroso.

Scopo di questo lavoro è pensare ad un progetto per malattie croniche che abbia un coinvolgimento multi-organo e che, quindi, assorba molte conoscenze specialistiche, nell'ottica di evitare, ove possibile, ricoveri inappropriati a favore di *day hospital*, ed evitare *day hospital* inappropriati a favore di un ambulatorio polispecialistico.

Ma un tale ambulatorio necessita di un grosso lavoro di programmazione per visite specialistiche, terapie appropriate, esami di laboratorio e strumentali.

IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2008-2010

Nella sua stesura, il Piano sanitario regionale (Psr) produce un'analisi dettagliata da cui si evince l'affermazione della centralità del territorio rispetto a quella dell'ospedale.

Un'inversione di tendenza dettata anche dalla riconversione del Sistema sanitario laziale, fortemente orientato verso l'offerta di servizi sanitari, rispetto ai reali bisogni dei cittadini.

Si assiste, quindi, ad una riqualificazione della rete ospedaliera, con un potenziamento dell'offerta territoriale e conseguente – e coerente – accreditamento, accordi contrattuali e tariffe individuate come "strumenti necessari su cui far leva per trasformare l'organizzazione dei

servizi sanitari".

Per tale motivo, trovano la loro applicazione i Drg (*Diagnosis related groups*) introdotti in Italia, seguendo l'esempio americano, verso il 1995.

Gli indicatori inseriti nei raggruppamenti omogenei di diagnosi servono per poter classificare i pazienti dimessi dagli ospedali secondo i costi sostenuti dalla struttura stessa per l'assistenza al malato durante la degenza, al fine di ottenere, poi, i finanziamenti dalle Regioni.

Per questo motivo, risulta palese l'importanza di fornire la miglior assistenza possibile, senza tralasciare il lato economico della stessa: emerge la necessità di programmare la nascita di ambulatori specialistici, in particolare per le malattie croniche, che consentano di razionalizzare i ricoveri e, quindi, di ottenere un certo risparmio economico.

Caratteristiche strutturali di un ambulatorio infermieristico

L'ambulatorio infermieristico deve rispondere a determinate caratteristiche strutturali, strumentali e organizzative, secondo la normativa vigente.

In particolare è importante, oltre all'utilizzo di mascherine da parte dei pazienti, suddividere le visite in giorni e/o orari, in modo da non far incontrare tra loro i pazienti, specie nel caso di portatori di infezioni croniche da parte di ceppi di virus, o batteri particolarmente pericolosi.

L'ambulatorio integrato a gestione infermieristica per il controllo dei pazienti affetti da fibrosi cistica

È importante introdurre un modello di gestione che affronti e migliori le problematiche causate dalla fibrosi cistica.

A tale scopo, attivare un ambulatorio infermieristico per i pazienti nei quali è necessario il protrarsi della sorveglianza sanitaria (che garantisca la continuità assistenziale) è determinante specialmente in questi giorni, allorché si tende ad una riduzione delle giornate di degenza ospedaliera.

Grazie al **Chronic Care Model** si riassumono gli elementi di base per il miglioramento delle cure nei sistemi sanitari di comunità: il Ccm è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato dal

professor Wagner e dai suoi colleghi del *McColl Institute for Healthcare Innovation*, California.

Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e a suggerire un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti che diventano parte integrante del processo assistenziale.

Il Ccm è caratterizzato da sei componenti fondamentali:

1. le risorse della comunità;
2. le organizzazioni sanitarie;
3. il sostegno all'auto-cura;
4. l'organizzazione del team;
5. il sostegno alle decisioni;
6. i sistemi informativi per tentare di valutarne la fattibilità di applicazione allo specifico contesto nazionale.

Mentre i primi due punti sono caratterizzati da una forte valenza politica, gli ultimi quattro caratterizzano il percorso assistenziale dei pazienti affetti da disturbi cronici.

Secondo il Ccm, informare i pazienti e fornire loro un valido supporto all'auto-cura è un processo di fondamentale importanza per il raggiungimento di un miglior stato di salute che, nel caso dei malati cronici, può essere mantenuto anche in assenza di una continua assistenza medica.

L'organizzazione del percorso assistenziale deve garantire un perfetto coordinamento tra tutto il personale sanitario, compreso quello non medico, che riveste un ruolo fondamentale nel supporto ai pazienti affetti da disturbi cronici.

Il personale sanitario deve poter accedere a fonti d'aggiornamento continue di sviluppo professionale per l'assistenza e ogni decisione clinica deve essere supportata da protocolli e linee-guida che garantiscano la massima efficacia del trattamento assistenziale. Un ampio sistema di informazioni cliniche, in formato digitale o cartaceo, è indispensabile secondo il Ccm, per fornire agli operatori sanitari i dati relativi ai pazienti (o a gruppi di pazienti) affetti da disturbi cronici specifici.

Analizzando il database ed i programmi di assistenza, gli operatori sanitari potranno così mettere a punto le migliori strategie

di cura o i piani individuali di assistenza personalizzata, valutandone, in seguito, l'efficacia.

Per fornire una buona assistenza ai malati affetti da patologie croniche (come la fibrosi cistica) ci sono cinque elementi fondamentali, tra loro correlati, su cui bisogna agire:

1. collegamento delle organizzazioni sanitarie con risorse della comunità;
2. organizzazioni sanitarie che considerino prioritaria una gestione innovativa delle malattie croniche in un contesto extraospedaliero;
3. organizzazione del team (medici di famiglia, infermieri, educatori, altri eventuali) che distingua accuratamente la gestione programmata dei pazienti cronici dalla cura degli acuti. I medici trattano i pazienti acuti e intervengono nei casi cronici ad elevata difficoltà, mentre gli infermieri (spesso con l'aiuto di operatori di supporto) sostengono i pazienti nella cura di sé, gestiscono specifiche funzioni ed il *follow up*. Tutti sono preparati a questo tipo di assistenza e si informano e si formano a vicenda nello svolgimento del lavoro. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo;
4. l'adesione alle linee-guida basate sulla evidenza che fornisca al team gli standard per garantire la migliore assistenza possibile. Tali linee guida dovranno essere rinforzate da riunioni di aggiornamento per tutto il team;
5. sistemi informativi computerizzati per creare i registri della patologia con lo scopo di pianificare la cura individuale.

In questa realtà, la figura dell'infermiere riveste un ruolo fondamentale sia come dirigente che come coordinatore. Il suo coinvolgimento è totale proprio per garantire una più efficiente continuità assistenziale, soprattutto rispetto alle problematiche quotidiane. Le direttive da prendere in considerazione nella formulazione dei piani organizzativi dipartimentali sono:

- contenimento dei costi, dei beni e servizi;
- potenziamento delle attività di "pre

ospitalizzazione" e della "dimissione protetta" nella garanzia di assicurare la necessaria continuità assistenziale, anche attraverso un formale e regolare scambio di documentazioni relative alle persone assistite, con i medici curanti e con altre istituzioni a ciò interessate;

- promozione di iniziative finalizzate alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, con particolare riguardo a spazi e fasce orarie da destinare a degenti e familiari per le comunicazioni riguardanti i diversi aspetti dell'assistenza sanitaria.

Mentre gli obiettivi generali sono:

- miglioramento della qualità di vita dei pazienti;
- riduzione del ricovero ospedaliero/ospitalizzazione;
- riduzione della degenza media anche nelle riammissioni;
- contenimento del ricorso alle prestazioni ambulatoriali e/o del pronto soccorso quando non strettamente necessario;
- garantire una continuità assistenziale;
- prevenire gli episodi di destabilizzazione;
- fornire un punto di riferimento costante per il paziente e la famiglia al quale rivolgersi con fiducia.

Questo, allo scopo di portare la persona alla piena autonomia nella cura di sé, tesa al mantenimento del benessere e riconoscimento tempestivo dei segni – e sintomi – di instabilità.

PIANO DI AZIONE

Il piano di azione si sviluppa attraverso l'identificazione e l'acquisizione delle risorse.

Quindi, personale infermieristico selezionato in base alle conoscenze, competenze e qualità relazionali; struttura logistica facilmente accessibile all'utenza; definizione, da parte dei medici, dei criteri di accesso e di esclusione; definizione di protocolli diagnostico-terapeutici ed assistenziali;

linee-guida e costruzione di un sistema informativo cartaceo/informatico per la raccolta dei dati clinico/assistenziali; produzione di opuscoli informativi; elaborazione di schede per la valutazione multidimensionale, per il monitoraggio

telefonico e "flow chart" di riferimento per garantire la continuità assistenziale; individuazione di un sistema di valutazione delle qualità di vita del paziente mediante il coinvolgimento di figure professionali necessarie per informazione/educazione del paziente.

IL COORDINATORE

Il coordinatore di oggi deve essere una figura dirigenziale con caratteristiche di efficacia, capacità decisionale, visione sistemica, orientamento nel controllo del risultato finale più che delle singole azioni, capacità di impiegare metodi di analisi, ricerca e gestione.

I dirigenti si devono preoccupare dei rapporti fra le organizzazioni ed i loro ambienti e della capacità del personale di far fronte a processi innovativi.

Sono fondamentali, da parte loro, l'adozione di una *leadership* il più possibile partecipativa: il modello organico e l'approccio situazionale sono importanti punti di riferimento per l'infermiere dirigente o coordinatore.

Quindi, il coordinatore, oltre ad essere un sostegno per ogni paziente ed assicurare un'affidabile comunicazione con tutti i pazienti (inclusi quelli più grandi) e le famiglie e valutare le risposte sul servizio offerto dal centro, deve:

- essere aggiornato costantemente nei trattamenti della fibrosi cistica basati sull'evidenza clinica;
- guidare il team multi-disciplinare e partecipare con regolarità settimanale ad incontri con il personale per esaminare lo stato di salute dei pazienti e discutere qualsiasi altra questione relativa alla conduzione dell'ambulatorio;
- controllare le pratiche e l'attività e prendere parte ad un database nazionale;
- assicurare che i risultati dell'ambulatorio vengano controllati e siano istituiti, se necessario, appropriati cambiamenti delle procedure;
- stabilire una rete di competenze all'interno dell'ospedale ove ha sede il centro o negli ospedali vicini per problemi non-polmonari associati alla fibrosi cistica (come quelli riguardanti l'ostetricia e la ginecologia, la fertilità, la reumatologia, la gastroenterologia);

- assicurare che ci siano degli ospedali con centri di riferimento accreditati a disposizione dell'ambulatorio e reparti di degenza per le terapie dei pazienti che frequentano il centro e programmare le necessità di cure future;
- partecipare a studi policentrici nazionali ed internazionali;
- sviluppare un progetto di formazione locale: preparare futuri clinici di fibrosi cistica;
- assicurare che i membri del team si mantengano aggiornati frequentando conferenze nazionali ed internazionali ed aggiornare formalmente i centri di supporto.

INSEGNAMENTO E RAFFORZAMENTO DELL'ADERENZA

Il termine "aderenza" non è sinonimo di "compliance" che, tradotto alla lettera, significa: "condiscendenza, conformità, acquiescenza".

Fino a non molto tempo fa, questa era l'unica espressione impiegata per indicare l'obbediente e fedele osservanza delle prescrizioni da parte del paziente. Oggi si preferisce usare il termine "aderenza", perché il ruolo del paziente è cambiato, come sono cambiati il modo di

fornire assistenza sanitaria ed i termini del rapporto medico-paziente.

Nella fibrosi cistica, il paziente non è soltanto un puntuale esecutore di ordini: deve diventare un attento collaboratore dell'equipe ambulatoriale.

Ma, per ottenere l'aderenza del paziente, non basta fornirgli informazioni corrette e prescrizioni chiare: è necessario instaurare un rapporto di fiducia e complicità (*partnership*) in cui il paziente si senta coinvolto, in maniera tale da imparare ad autogestirsi e collaborare per migliorare il suo stato di benessere, mettendo in pratica i consigli forniti anche dagli infermieri (*empowerment*).

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il compito dell'infermiere è quello di vigilare attentamente sul percorso assistenziale del paziente, in collaborazione con le altre figure sanitarie, tramite l'adozione di linee-guida che specifichino i contenuti diagnostici, terapeutici, assistenziali ed organizzativi dei diversi passaggi del percorso.

Gli interventi di *follow up* sono:

- controllo clinico;
- controllo dell'efficacia e della tollerabilità del programma terapeutico e

farmacologico;

- insegnamento dell'educazione sanitaria e la prevenzione delle destabilizzazioni;
- controllo dell'aderenza del paziente al trattamento;
- triage telefonico infermieristico.

Un ulteriore servizio per garantire la continuità assistenziale è dato dal teleconsulto: i pazienti possono usufruire di questo supporto per comunicare, in tempo reale, con l'infermiere in linea segnalando eventuali disturbi.

La **telemedicina** rappresenta una realtà sempre più presente e che sta facilitando sempre di più la comunicazione e l'assistenza domiciliare protetta.

PIANIFICAZIONE, GESTIONE E COORDINAMENTO

In questo ambulatorio le attività svolte dagli infermieri sono state prima attentamente codificate dal medico responsabile e dagli stessi infermieri, stabilendo le modalità di comportamento di fronte alle situazioni più frequenti di anomalia, elaborando degli "alberi gestionali" capaci di sollevare gli infermieri dalla responsabilità di assumere decisioni che esulino dalle loro competenze.



Gli infermieri, quindi, possono esercitare un'azione di filtro in rapporto ai bisogni dell'utenza con l'attivazione del medico solo nei casi di effettiva necessità.

Poiché i problemi degli utenti devono essere identificati dagli infermieri, sono questi che dovranno essere formati alla valutazione delle situazioni cliniche, in modo da poter decidere se il problema possa essere risolto in autonomia, oppure se necessiti dell'intervento del medico. L'attività di coordinamento è più intensa rispetto ad una unità operativa ospedaliera perché è necessario programmare l'attività di professionisti con qualifiche differenti (fisioterapisti, assistenti sociali, dietisti, psicologi, etc.) che abbiano come riferimento solo l'infermiere e non il responsabile medico che, nella fattispecie, si limiterà a svolgere le attività di programmazione e controllo.

Nella gestione dell'ambulatorio, un fattore cruciale è dato dalla formazione del personale infermieristico poiché occorre sviluppare le capacità di autonomia e le competenze professionali. È necessario che l'acquisizione di queste attitudini sia accuratamente documentata.

Dal punto di vista organizzativo, assume grande importanza la preparazione di protocolli di comportamento per le varie situazioni cliniche che si possano presentare, oltre che degli "alberi decisionali", in collaborazione con il medico responsabile dell'ambulatorio.

Rilevante prestare attenzione alla documentazione delle attività svolte, studiando e realizzando una cartella integrata per ogni paziente, che raggruppi il maggior numero di informazioni possibili.

La sua compilazione è di responsabilità infermieristica, ma su di essa deve anche essere registrata l'attività di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente.

Ammissione

I pazienti che presentino i requisiti clinici adeguati vengono, così, presi in carico già durante il ricovero ospedaliero, perché la figura dell'infermiere possa diventare determinante nel tracciare il percorso che predispongono alla *follow up* ambulatoriale.

Il medico proporrà l'arruolamento al paziente presso l'ambulatorio.

L'infermiere dell'ambulatorio si recherà presso l'unità operativa per colloquiare con il medico e stabilire un'adeguata strategia di intervento che dovrà essere avviata fin dai primi giorni di ricovero ed implementata durante la degenza fino alla dimissione.

La fase successiva sarà quella della valutazione multidimensionale del paziente attraverso la compilazione di schede appositamente predisposte, per verificare le condizioni cognitive e sociali del paziente ai fini dell'inserimento.

Primo accesso all'ambulatorio

Al termine della registrazione sul foglio di riepilogo utenti, e dopo aver risolto le pratiche amministrative, si chiederà al paziente se quello in questione rappresenta il primo accesso all'ambulatorio infermieristico.

Nel caso in cui non sia mai venuto prima, sarà necessario aprire la cartella infermieristica e preparare il cartellino con associato il numero di archivio per un successivo ed ulteriore accesso al servizio. L'uso della cartella dovrà rappresentare uno strumento operativo di routine per gli infermieri degli ambulatori infermieristici per documentare l'assistenza infermieristica fornita, osservare, valutare nel tempo e raccogliere dati significativi sullo stato di salute dell'utente.

Le prestazioni infermieristiche ambulatoriali, infatti, andranno al di là del mero atto tecnico, essendo legate alla necessità di soddisfare il problema di salute della persona.

Ciò che contraddistinguerà il rapporto infermiere-utente sarà una relazione di aiuto e di sostegno qualificata e competente.

L'utilizzo di una metodologia della risoluzione dei problemi (Problem Solving Method), proprio dell'assistenza infermieristica, e di strumenti operativi adeguati (ad esempio, la cartella infermieristica), potranno aiutare e guidare l'infermiere nel suo compito.

L'approccio basato sulla risoluzione dei problemi si fonda sull'anamnesi infermieristica, cioè sulla valutazione dello stato di salute della persona, ed è perciò necessario che, prima di pianificare

qualsiasi intervento infermieristico, nella cartella infermieristica, vengano raccolte e documentate alcune informazioni essenziali: sarà proprio da una corretta anamnesi che l'infermiere potrà svolgere al meglio un'assistenza infermieristica mirata.

Registrazione ed archiviazione

Si procederà alla registrazione della prestazione infermieristica prima sulla cartella infermieristica (cartacea ed informatica) e poi sul foglio di statistica giornaliero.

Si rilascerà, quindi, il cartellino e si archiverà la cartella.

End-Point del progetto

L'ambulatorio integrato a gestione infermieristica aprirà nuove prospettive ed evidenzierà un doppio aspetto: anzitutto, rappresenta un miglioramento per quello che riguarda la "qualità di vita" dei pazienti affetti da patologie croniche (che, come detto, con il progredire della conoscenza medica saranno sempre numericamente più rappresentate e che per loro logico iter naturale sempre più complesse); e poi, la diminuzione del numero degli accessi ospedalieri, trapianto di entità non indifferente (viene garantito, infatti, un miglior monitoraggio delle riacutizzazioni spesso causa del decadimento progressivo delle condizioni generali di tali pazienti).

Dal punto di vista economico, in una fase storica in cui la salute è sempre più considerata un diritto di tutti e che quindi, a dispetto di risorse economiche sempre più limitate, evidenzierà un incremento costante di spesa (ormai, una parte consistente del Pil nazionale), l'ambulatorio infermieristico rappresenta una rara fonte di risparmio economico.

Invero, ci sono state altre esperienze di questo genere in diversi ambiti e tutte con risultati soddisfacenti anche in contesti pediatrici.

Ad esempio, l'ambulatorio chirurgico presso l'ospedale "Meyer", dove le stesse infermiere del reparto di chirurgia si sono alternate presso l'ambulatorio infermieristico chirurgico, valutando i piccoli pazienti tornati a controllo, dopo essere stati dimessi dal reparto, e, al contempo, interessandosi di nuovi pazienti (accanto a questo ambulatorio c'è l'ambulatorio

chirurgico medico: quando le infermiere ritengono opportuna una valutazione diversa possono direttamente inviare i pazienti dal chirurgo).

Altri esempi, in contesti adulti specialistici, possono essere: l'ambulatorio infermieristico nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco dell'ospedale San Giovanni Battista di Torino, oppure l'ambulatorio infermieristico inserito all'interno della Asl Rm B.

Quest'ultimo, viene descritto come un servizio sanitario assistenziale inserito all'interno dei Poliambulatori della Asl Roma B, organizzato e gestito da infermieri ed è attivato allo scopo di:

- rispondere ai bisogni assistenziali del cittadino attraverso l'erogazione di prestazioni infermieristiche;

- fornire un punto di ascolto sanitario che faciliti l'orientamento e l'accessibilità ai servizi sanitari;

- garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali (ambulatori, consultori, medici di medicina generale e servizi domiciliari).

Il cittadino può rivolgersi all'ambulatorio per varie prestazioni infermieristiche (dalla rilevazione della glicemia capillare alla terapia iniettiva, alla gestione di stomie, ecc.), nonché per educazione sanitaria, istruzione, prevenzione, consulenza e informazione sanitaria

L'ambulatorio infermieristico dovrà essere un luogo in cui l'infermiere incontrerà la popolazione e, attraverso la presa in carico, individuerà

bisogni e definirà il piano assistenziale, garantendo l'attività e le prestazioni atte a migliorare il "bene salute".

La speranza è che nuovi e numerosi studi confermino questi dati iniziali per poter avviare, con maggiore convinzione, una nuova fase dello sviluppo della medicina.

AUTORI:

Marsela Banushi, infermiera professionale Columbus, Roma;

Chiara Spagnul, Marianna Massicci, Alessia di Tommaso, Elisabetta Renzetti e Marco Cacciotti, infermieri professionali Dipartimento di pediatria, ospedale Bambino Gesù, Roma; Sergio Bella, dirigente medico, Centro di fibrosi cistica Ospedale Bambino Gesù, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Badon P, Cesaro S, *Manuale di Nursing pediatrico*. Casa editrice Ambrosiana.

Bianchi A, Di Giovanni P, *Psicologia Clinica*. Paravia.

Calamandrei C, Orlandi C, *La dirigenza infermieristica, manuale per la programmazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. Mc Graw Hill. 2008.

Commissione "Consensus" Europeo criteri di cura per pazienti con fibrosi cistica. Marzo 2004.

Davis Pb, Byard Pj et al, *Identifying treatments that halt progression of pulmonary disease in cystic fibrosis*. 1997.

Mohon Rt, Wagener Js et al, *Relationship of genotype to early pulmonary function in infants with cystic fibrosis identified through neonatal screening*. 1993.

Murgia F, *Sviluppo e valutazione dell'efficacia di un sistema per il telemonitoraggio di pazienti affetti da fibrosi cistica*. Tesi master universitario in Telemedicina. Università degli Studi di Pisa A.A. 2004-2005.

Motta P.C, *Clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica. Un inquadramento concettuale e metodologico*. Nursing Oggi, n.4, 2001.

Russo B, Lucidi V, *Terapia nutrizionale nella fibrosi cistica. Guida, consigli e curiosità*. Ospedale pediatrico Bambino Gesù, Dipartimento di Medicina Pediatrica Uos-Fibrosi Cistica.

Bella S, *Valutazione economica di un progetto di telemonitoraggio in pazienti affetti da fibrosi cistica*. Tesi di laurea in Economia e Management dei Servizi Sanitari, università "Leonardo Da Vinci", A.A.2007-2008.

Volpi C, Monachino F, *L'infermiere nel centro di Fibrosi Cistica e ipotesi di assistenza domiciliare*. Tesi di laurea in infermieristica Azienda San Giovanni-Addolorata.

Il fabbisogno assistenziale in area critica cardiocirurgica

Confronto tra i requisiti minimi organizzativi e la delibera regionale del Lazio n. 424/2006

di Marina Palombi, Marco Di Muzio

INTRODUZIONE

L'elaborazione dei sistemi di *scoring* per la quantificazione del carico di lavoro infermieristico ha assunto, in questi ultimi anni, un valore sempre più determinante. Ciò ha permesso, in questo articolo, di confrontare il reale fabbisogno assistenziale del paziente cardiocirurgico in area critica, con i requisiti minimi organizzativi definiti dalla delibera di Giunta regionale 424/2006 della Regione Lazio, utilizzando il metodo di rilevazione delle attività infermieristiche elaborato da D.R. Miranda nel 2003 denominato *Nursing Activities Score (Nas)*.

Lo strumento ha permesso di descrivere l'81% del tempo infermieristico dedicato alle attività assistenziali in relazione al carico di lavoro (circa il doppio se confrontate con TISS-28) così da calcolare il minutaggio assistenziale dal quale, successivamente, ne è derivata la dotazione dell'organico infermieristico necessario a soddisfare il fabbisogno assistenziale in Uti cardiocirurgica. Le indicazioni poste dalla delibera 424/2006, riguardanti i requisiti organizzativi del personale infermieristico in dotazione alla Rianimazione e alle Terapie intensive, definiscono il rapporto infermiere/paziente pari a 1:2, da garantire nell'arco delle 24 ore (corrispondente ad un punteggio del 50%/paziente). L'ipotesi di ricerca si è proposta di dimostrare che il tempo minimo di assistenza infermieristica per paziente, nell'arco delle 24 ore, per posto letto e per tipo di specialità, dettato dalla delibera 424/2006, è inferiore rispetto a quello necessario e che, pertanto, il rapporto

ID PAZIENTE	ID INTERVENTO	DATA	SAPS IN	EUR. IN		
Strumento di misurazione NAS						
NAS (NURSING ACTIVITIES SCORE)						
			M	P	N	SCORE
1. IL MONITORAGGIO E LA TITOLAZIONE						
1a. monitoraggio orario dei segni vitali, regolare registrazione e il calcolo del bilancio idrico						4,5
1b. monitoraggio con presenza accanto al letto e osservazione attiva per 2 ore o più per turno (per motivi di sicurezza, di gravità, terapia di ventilazione meccanica non invasiva e/o le procedure di svezzamento, disorientamento mentale, posizione prona, le procedure di donazione, la preparazione e somministrazione di liquidi e / o farmaci, specifiche procedure di assistenza						12,1
1c. monitoraggio con presenza accanto al letto e osservazione presente attiva per 4 ore o più, per turno per motivi di sicurezza, severità o terapia, come tali esempi di cui sopra						19,6
2. INDAGINI DI LABORATORIO, BIOCHIMICI E MICROBIOLOGICO						4,3
3. MEDICINALI, FARMACI VASOATTIVI ESCLUSI						5,6
4. PROCEDURE IGIENICHE						
4a. procedure igieniche quali: medicazioni di ferite e cateteri intravascolari, sostituzione di linee infusionali, il lavaggio del paziente, incontinenza, vomito, ustioni, ferite perdite, e medicazione chirurgica complessa con l'irrigazione, procedure speciali come isolamento tecnico del paziente						4,1
4b. l'esecuzione di procedure igieniche che richiedono più di 2 h, in ogni turno						16,5
4c. l'esecuzione di procedure igieniche che richiedono di 4 h, in ogni turno						20,0
5. CURA DEI DRENAGGI, TUTTI, TRANNE IL SNG O GAVAGE						5,5
6. MOBILIZZAZIONE E POSIZIONAMENTO						
6a. mobilizzazione e posizionamento fino a 3 volte nelle 24 ore						12,4
6b. mobilizzazione >di 3 volte nelle 24 ore o eseguita da 2 infermieri, qualsiasi frequenza						17,0
6c. mobilizzazione eseguita con 3 o più infermieri, qualsiasi frequenza						4,0
7. SOSTEGNO E CURA DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA						
7a. supporto e cura del paziente o dei parenti che richiedono piena dedizione per circa un'ora, per turno, come far comprendere le condizioni di salute, di dolore e di angoscia, situazioni familiari difficili						4,0
7b. supporto e cura del paziente o dei parenti che richiedono piena dedizione per 3 ore, per turno, come lutto, grande numero di membri familiari, problemi di lingua situazioni familiari ostili						32,0

NAS (NURSING ACTIVITIES SCORE)	M	P	N	SCORE
8. GESTIONE AMMINISTRATIVA				
8a. trattamento dei dati clinici, sistemazione esami, scambio di informazioni (es. al cambio turno)				4,2
8b. esecuzione di attività amministrative che richiede dedizione per circa 2 ore per turno, come attività di ricerca, attuazione di protocolli, procedure di ammissione o dimissione del paziente				23,2
8c. esecuzione di attività amministrative gestionale che richiedono piena dedizione per circa 4 ore o più per turno, come la morte, donazione di organi, coordinamento con altre discipline				30,0
SUPPORTO VENTILATORIO				
9. supporto ventilatorio: qualsiasi forma di ventilazione meccanica/assistita, con o senza sedazione; respiro spontaneo con o senza tubo endotracheale, compresa CPAP; somministrazione di ossigeno con qualsiasi modo				1,4
10. Cura delle vie respiratorie artificiali: tubo endotracheale o cannula tracheostomica				1,8
11. trattamento per migliorare la funzionalità polmonare, qualsiasi frequenza: fisioterapia del torace, spirometria di incentivazione, terapia inalatoria, broncoaspirazione				4,4
SUPPORTO CARDIOVASCOLARE				
12. farmaci vaso attivi senza tener conto di tipo e dose				1,2
13. terapia infusiva maggiore di 3 l/mq superficie corporea/die e si riferisce a qualsiasi tipologia di terapia infusiva				2,5
14. monitoraggio dell'atrio sinistro, presenza del catetere Swan-Ganz, con o senza misurazione della gittata cardiaca; contropulsazione aortica				1,7
15. Rianimazione CardioPolmonare (CPR) dopo arresto nelle ultime 24/h				7,1
SOSTEGNO RENALE				
16. emofiltrazione continua, tecniche di dialisi (CVVHD), MARS, ECMO				7,7
17. diuresi oraria				7,0
SOSTEGNO NEUROLOGICO				
18. misurazione della pressione intracranica				1,6
SOSTEGNO METABOLICO				
19. trattamento di acidosi /alcalosi metabolica complicata				1,3
20. nutrizione parenterale totale				2,8
21. nutrizione enterale				1,3
INTERVENTI SPECIFICI				
22. interventi diagnostici o terapeutici eseguiti nell'unità: intubazione endotracheale, inserimento di pace maker, cardioversione, endoscopie, chirurgia d'urgenza, lavanda gastrica. Sono esclusi radiografie, ecografie, elettrocardiogramma, inserimento di linea venosa, arteriosa o cateteri venosi				2,8
23. interventi diagnostici o terapeutici effettuati al di fuori della terapia intensiva come interventi chirurgici o procedure diagnostiche				1,9
	M	P	N	SCORE
<i>NAS SCORE TOTALE/die/paz.</i>				

Strumento di rilevazione carico di lavoro Nas

infermiere/paziente 1:2 non soddisfa il fabbisogno assistenziale.

MATERIALI E METODI

Tipo di studio

Il disegno di ricerca di tipo sperimentale-quantitativo ha ritenuto essenziale che la fotografia del fenomeno studiato fosse

chiara e che l'indagine di misurazione delle attività infermieristiche fosse oggettiva, attribuendo loro un punteggio rispetto al tempo impiegato nell'assistenza diretta. La rilevazione dello *score* assistenziale è stata confrontata con il fabbisogno assistenziale definito dai requisiti organizzativi della delibera

424/2006 della Regione Lazio i quali, confrontati al peso assistenziale Nas, hanno una media *score*/paziente del 50% per turno lavorativo. Ciò ha permesso di valutare se la normativa sottostimava la dotazione dell'organico infermieristico. Un codice identificativo è stato attribuito ad ogni paziente arruolato nello studio, al fine di mantenerne protetti i dati personali e poter giungere ai risultati attesi conducendo l'indagine nel rispetto delle norme etiche e legislative.

Strumento

Il Nas è un sistema innovativo di rilevazione dei carichi di lavoro, validato in 99 Uti di 15 Paesi ed ha un'affidabilità dell'81% (Miranda DR, 2003).

Esso attribuisce alle attività infermieristiche uno *score* in relazione al tempo impiegato, in modo rapido ed agevole; deriva dal TISS-28 in cui sono stati aggiunti 5 nuovi indici e 14 sottoindici, per un totale di 23 voci (Padilha K, et al. 2007). La metodologia seguita ha considerato l'autovalutazione dello staff infermieristico sulla distribuzione del proprio impegno assistenziale. Lo strumento è stato somministrato ad ogni paziente, al quale è stato attribuito un codice identificativo sulla tipologia di intervento e successivamente conferito un punteggio Saps II ed Euroscore Logistico.

Lo *score* assistenziale è stato calcolato per ogni turno ad ogni paziente e la media assistenziale giornaliera ha determinato la reale esigenza di infermieri per turno, nonché la quantificazione dei minuti assistenziali quotidiani.

Popolazione e campione

Il campione dello studio è costituito da pazienti assistiti in Terapia intensiva Cardiochirurgia. Il metodo di campionamento non probabilistico, ha selezionato 139 pazienti includendo coloro che erano stati ricoverati dal primo luglio al 31 ottobre 2010, appartenenti tutti alla tipologia specialistica. La dimensione del campionamento è stata rappresentativa per significatività e potenza [p (t+) 89,45%; varianza (p) 0,00017; errore standard 0,01310; $\alpha = 0,01$].

Raccolta dati

I dati raccolti sono stati elaborati con Excel®2007. Le fonti per la raccolta dati hanno tenuto conto di tre tipologie di informazioni:

ANNO 2010 MESE	MD% NAS	MD% SEC. DELIB. G.R. N. 424/2006	MD INFERMIERI PRESENTI NEL MESE (A)	MD INFERMIERI NECESSARI SECONDO NAS (B)	DIFFERENZA TRA (A) E (B) SECONDO NAS	MINUTI ASSISTENZIALI SECONDO NAS	RAPPORTO INFIERMERE/ PAZIENTE SEC. DELIB. G.R. N. 424/2006	RAPPORTO INFIERMERE/ PAZIENTE DERIVATO DAL NAS
Luglio	74	50	11	18,5	-6,5	1049	1:2	1,5:2
Agosto	70	50	12	17,5	-5,5	994	1:2	1,5:2
Settembre	73	50	15	18	-3	1038	1:2	1,5:2
Ottobre	70	50	14	17,5	-3,5	979	1:2	1,5:2

Tabella 1. Infermieri presenti e necessari secondo i Nas

- riguardanti il paziente;
- riguardanti gli indici ospedalieri dell'Uoc;
- riguardanti gli atti amministrativi.

Sono state consultate le cartelle cliniche, il registro operatorio, le schede Cec, il sistema informativo aziendale *Galileo*, il movimento infermi, gli atti amministrativi di presenza/assenza del personale ed i documenti attestanti gli indici ospedalieri dell'area critica cardiocirurgica.

Le rilevazioni del Nas score sono state effettuate quotidianamente su ogni paziente presente in Uti cardiocirurgia.

Analisi statistica

L'analisi dei dati raccolti ha considerato il disegno di ricerca e sono state adottate procedure di analisi matematica e statistica sia descrittiva che inferenziale. Per facilitarne la comprensione, lo studio ha ritenuto opportuno suddividerla in gruppi, rispettivamente per tipologia di informazioni e fonti utilizzate.

La misurazione degli indici ospedalieri è stata fondamentale nella rilevazione dei carichi di lavoro, poiché alcuni elementi sono essenziali per poter successivamente misurare i min./ass./die/ paziente attraverso il Nas.

Durante il periodo di studio, è stata analizzata la movimentazione del personale infermieristico della Uoc di riferimento. Sul modulo sequenziale del turno si è basata la gestione delle risorse per erogare un'assistenza di base, ogni giorno della settimana e per ogni fascia oraria, considerando dell'orario contrattuale, e

delle riduzioni orarie (permessi, aspettative, ecc.), festività infrasettimanali, ferie e festività soppresse, congedi ordinari al fine di ottenere il tempo effettivo delle presenze e la rilevazione delle assenze a vario titolo, escludendo quelle da contratto (Ccnl 2006-2009). Sono state analizzate 123 dichiarazioni di movimentazione personale giornaliero, che hanno dimostrato le presenze e le assenze della dotazione organica infermieristica.

Sono state rilevate 538 schede Nas dalle quali è stato calcolato il tempo in minuti necessario agli infermieri, per ogni turno, a garantire il fabbisogno assistenziale per ogni paziente.

Confrontando le variabili si è potuta determinare la relazione fra gli infermieri necessari e la quantità dei minuti totali di attività infermieristiche quotidiane (distinta dalla metodica utilizzata con la normativa regionale).

L'analisi del carico di lavoro secondo il Nas e la differenza tra gli infermieri presenti e quelli necessari, sono stati calcolati prendendo in considerazione il totale dello *score*/die dei pazienti e calcolata la media dello *score*/die in percentuale. A seguire, moltiplicando il dato per i pazienti assistiti/die, si è rilevata la quantità di infermieri necessari per turno. Il confronto fra le due variabili ha reso possibile verificare la dipendenza fra le due variabili mediante il test parametrico correlazionale di Pearson o "R".

Ad ogni rilevazione Nas è stata associata la tipologia di intervento chirurgico, il

profilo di rischio operatorio Euroscore Logistico ed il punteggio della severità della patologia (Saps II) che hanno permesso di studiare come lo score delle attività infermieristiche fosse indipendente da questi.

Non a tutti i pazienti inclusi nello studio è stato assegnato il calcolo del rischio operatorio o Euroscore e la valutazione di gravità o Saps II.

L'attribuzione dei punteggi Nas ha permesso di verificare quali *score* fossero ripetutamente indicati durante le attività giornaliere e quali, invece fossero saltuari o assenti. Di questi, il punto 1(a) e il punto 18 non sono mai stati segnalati: in Uti cardiocirurgica, non risulta presente l'esclusivo monitoraggio orario dei segni vitali, la loro regolare registrazione ed il calcolo del bilancio senza osservazione attiva della terapia ventilatoria, preparazione e somministrazione di farmaci e specifiche procedure di assistenza, mentre è di particolare pertinenza assistenziale la misurazione della pressione intracranica in altre tipologie di area critica.

I dati elaborati hanno potuto confrontare il fabbisogno assistenziale, tenendo conto della tipologia degli interventi nell'immediato post-operatorio e delle complicanze avvenute successivamente, comparando la percentuale del tempo assistenziale necessario con il requisito di carattere organizzativo dettato dalla normativa.

Un altro dato, non meno importante, è stato quello che ha fornito risultati riguar-

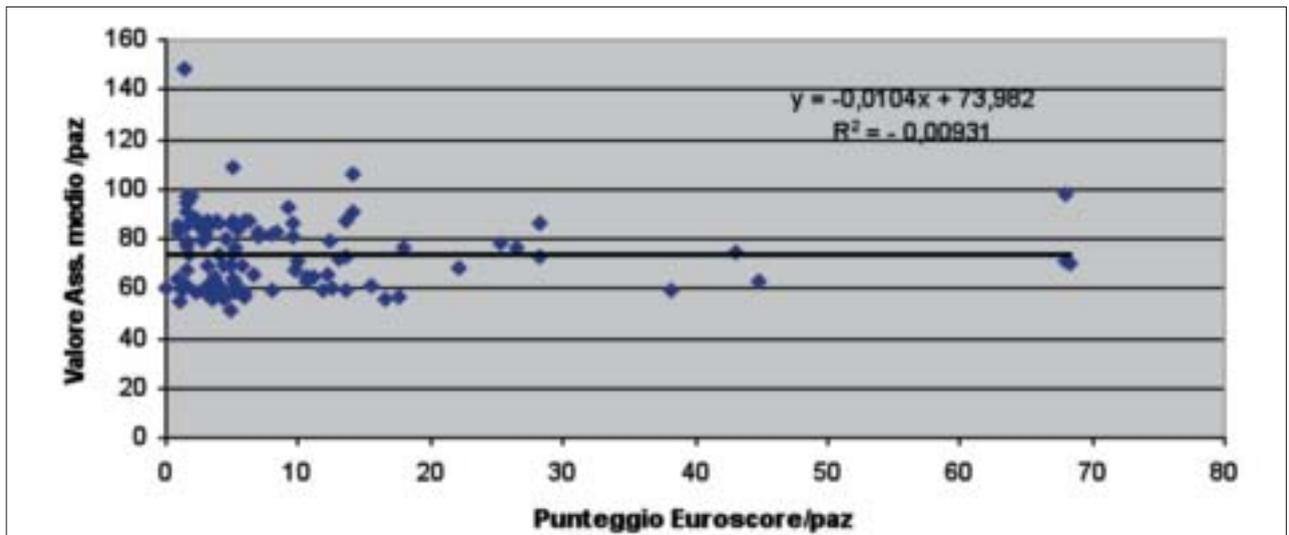


Grafico 1. Correlazione Score Risk Evolution e Workload infermieristico

danti i pazienti operati che hanno richiesto un aumento del fabbisogno assistenziale infermieristico, come il supporto cardiovascolare della contropulsazione aortica e/o il sostegno renale (emofiltrazione continua) o come il trattamento terapeutico ventilatorio con Ossido nitrico nell'ipertensione polmonare. L'analisi della degenza post-operatoria ha voluto dimostrare come il numero di giorni di ricovero successivi all'intervento, non fosse correlato necessariamente a minori quantità di attività assistenziali e che, molto spesso, una degenza prolungata è indice di elevata complessità assistenziale.

RISULTATI

In 123 giorni, i risultati dei dati ospedalieri hanno considerato una media di 5 posti letto agibili ($m \pm 1$), con una totalità di 139 pazienti ricoverati, la cui degenza media è stata di 2,7 giorni, tenuto conto delle 18 riammissioni non pianificate chirurgiche e cinque riammissioni non pianificate di tipologia clinica. Le giornate di degenza totali (Gd), pari a 378 giorni, sono state calcolate valutando la somma delle giornate di degenza /paz per tutto il periodo in osservazione. La degenza occupazionale massima (Gdmax) risultante dall'occupazione

totale dei posti-letto agibili nel periodo osservato era di 615 occupazioni di degenza massima possibile. L'indice OM% è risultato del 61%, inferiore allo standard dettato dal Ssn, ma è da tener conto che il periodo studiato è stato influenzato dalla riduzione dei posti letto nella fase estiva luglio-agosto. Gli standard degli indici di funzionamento dinamico dell'Uti Cardiochirurgica ($it = 1,7$), derivanti dall'accettazione e dimissione del paziente, dalla sua rotazione sullo stesso posto letto e dal tempo minimo assistenziale/die ($ir = 27,8$), hanno dato modo di valutare come questo sia un fattore di

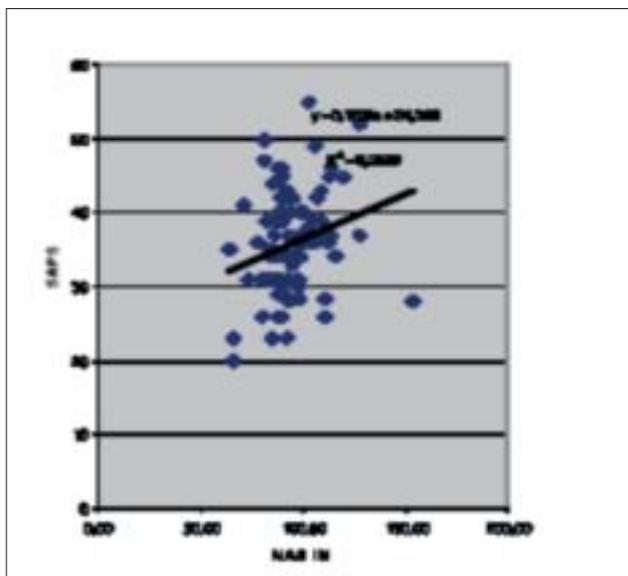


Grafico 2. Scatterman Saps II e tempo assistenziale Nas In

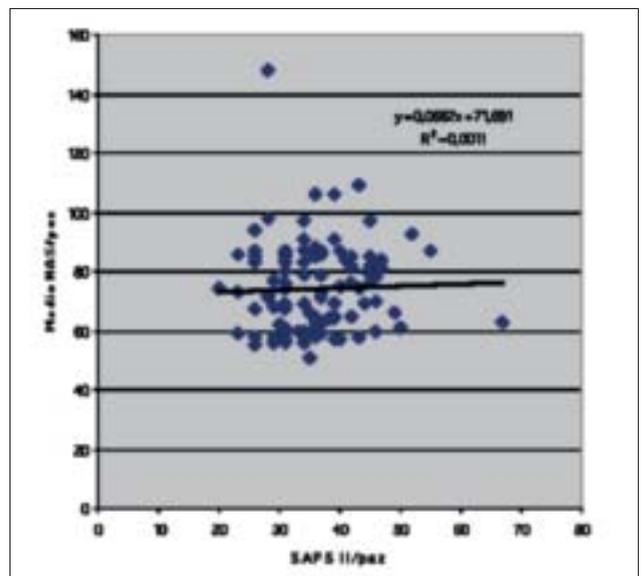


Grafico 3. Analisi di dispersione tra Severità della patologia e Score Nas

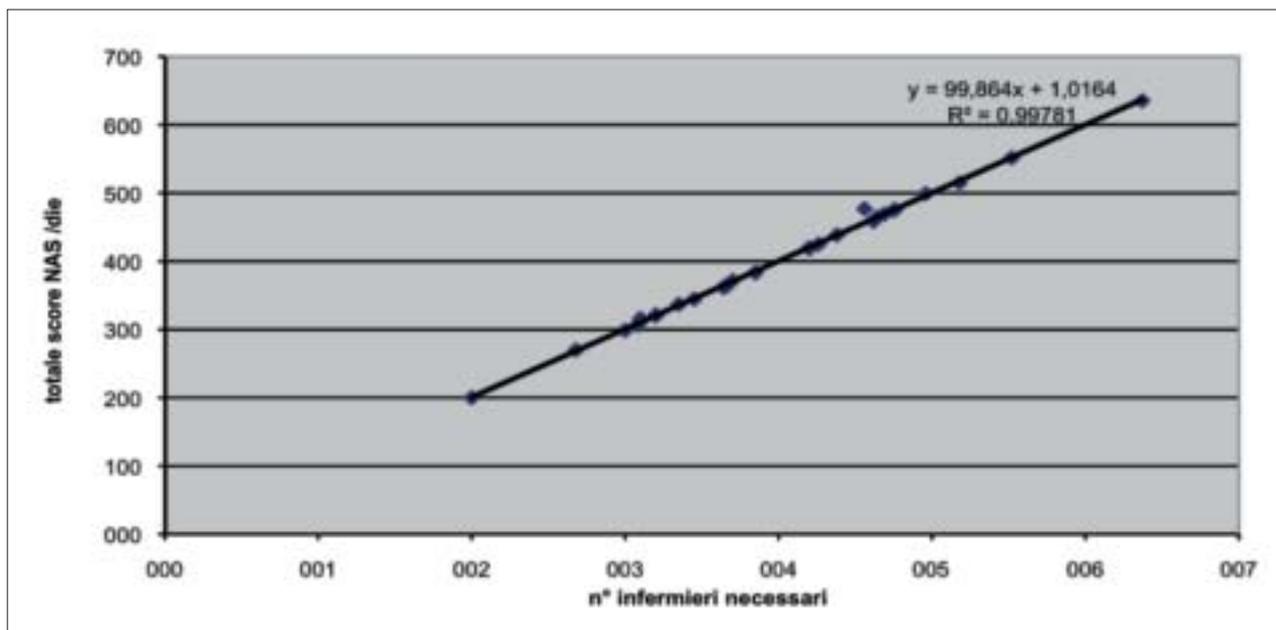


Grafico 4. Scattergram Fabbisogno assistenziale giornaliero e numero infermieri necessari

carico di lavoro maggiore nel momento in cui la dotazione del personale non è adeguata alle necessità assistenziali. Anche la percentuale di mortalità del 9% ha contribuito alla stima del peso delle attività assistenziali: la prova è data dagli *score* (7b, 8c) rilevati con il Nas nel momento di sostegno e cura del paziente e della famiglia in occasione del lutto, oppure la gestione assistenziale ed amministrativa nella donazione di organi e relativo coordinamento con altre discipline.

Dalla rilevazione informatica dell'Uti, sono risultati 15 infermieri turnisti e 2 infermieri fuori turno. Degli infermieri turnisti, circa il 50% è amministrato da cooperativa in appalto, con difficoltà di sostituzione in caso in cui l'operatore assegnato in dotazione sia assente.

Le difficoltà risiedono nella complessità delle attività svolte dagli infermieri di area critica cardiocirurgica.

Dalla dichiarazione del movimento del personale infermieristico è derivata la somma massimale di presenze auspicabili pari a 1992 complessive, dalle quali sono state osservate 1522 presenze effettive e, calcolate, 470 assenze totali. Ponendo come standard il rapporto 1:2 ed avendo una media di 5 posti letto occupati/die, possiamo affermare che le presenze effettive hanno soddisfatto le indicazioni aziendali in quanto 1522

presenze effettive suddivise nei 123 giorni del periodo di osservazione, sono pari a 2,5 infermieri per turno ovvero rapporto 1:2 per 5 pazienti.

La media assistenziale giornaliera dedicata alle attività assistenziali di ogni paziente è risultata essere di circa 1015 (DS ± 169,66; $p = 0,05$) minuti con una richiesta di fabbisogno assistenziale/die di 3,5 infermieri per turno, maggiore a quella indicata dalla normativa.

Ciò è dovuto al fatto che la quantità delle attività infermieristiche è strettamente correlata al grado di dipendenza del paziente e l'analisi del coefficiente di Pearson ha dimostrato l'assenza di correlazione fra la quantità media assistenziale e la quantità dei P.L. strutturati ($R^2 = 0,0004$)

Dal 1 luglio al 31 ottobre 2010 la sottostima della dotazione organica dovuta all'applicazione della normativa ha dato un risultato giornaliero medio di 4,5 infermieri (DS ± 1,6).

Nel periodo dello studio sono stati arruolati 139 pazienti, raccolte complessivamente 538 rilevazioni NAS*score*, calcolati 14552 *item* e sono stati messi a confronto con il carico di lavoro infermieristico 95 punteggi Euroscore Logistico e 95 punteggi SAPS II.

Il confronto delle variabili Euroscore Logistico e il sistema di *scoring Nas* nell'immediato post-operatorio ha di-

mostrato che, benché i fattori di rischio aumentino le attività infermieristiche, la durata di degenza e la media assistenziale di ogni paziente, l'analisi di dispersione ha potuto dimostrare, per mezzo della regressione lineare e la relativa equazione, come il carico di lavoro non fosse correlato con la predittività del rischio operatorio ($R^2 = -0,00931$; $y = -0,0104x + 73,982$).

In riferimento alla criticità dei pazienti, sono stati raccolti punteggi Saps II IN il cui risultato medio di 36 (DS ± 1,40; $p = 0,05$) è stato correlato con lo *score* medio del Nas la cui media è risultata essere del 94% facendo riferimento a pazienti nell'immediato post-operatorio. Considerando 95 rilevazioni SAPS II, soltanto 19 hanno ottenuto un punteggio maggiore della media.

Mediante il test parametrico di Pearson ($R^2 = 0,0539$) possiamo quindi affermare l'ipotesi che la correlazione fra la severità della malattia e il peso assistenziale nell'immediato post-operatorio è debole ($R^2 = 0,0539$) e che i punteggi di Saps II > 36 non sono correlati alla rilevazione di un aumento dello *score Nas*, e viceversa ($R^2 = 0,0011$) come dimostrato dai sottostanti *scattergrams*.

La codificazione degli interventi chirurgici ha rilevato 35 interventi per Bpac isolati, 31 interventi per sostituzione delle valvole isolati, 34 interventi multi-

pli, otto interventi di sostituzione dell'aorta ed aneurismi, otto interventi per versamento e/o tamponamento cardiaco, un intervento di impianto Jarvick 2000 ed infine 18 re-interventi per riammissioni non pianificate di cui 14 per sanguinamento chirurgico e cinque riammissioni di tipologia clinica.

A seconda della tipologia di intervento, sono state raccolte 133 schede Nas per il Bpac isolato, 128 per la sostituzione di valvole isolate, 51 per la sostituzione dell'aorta ed aneurismi avvenute principalmente nella dissezione aortica di tipo A, 157 per interventi multipli, 21 per versamenti e/o tamponamenti cardiaci, cinque nell'impianto di *device* Jarvick 2000, 19 nelle riammissioni non pianificate chirurgiche e, di quest'ultime, 14 rilevate nel sanguinamento post-operatorio, tre per ischemia intestinale, uno per insufficienza valvolare ed uno per tamponamento cardiaco.

Le riammissioni non pianificate sono importanti nella rilevazione dei ricoveri, in quanto introducono l'argomento degli eventi avversi, chirurgici o di tipologia medica, che vanno ad alterare il tasso occupazionale medio e la degenza media. Nel periodo della raccolta dati sono state osservate 23 riammissioni: quelle non pianificate incidono notevolmente sulle attività di *nursing* per la complessità assistenziale, poiché la

cronicità dettata dalla prolungata degenza, implica l'applicazione di molteplici procedure infermieristiche che, per altro, non sono rilevate dai Drg. L'incidenza che hanno avuto le riammissioni non pianificate sul peso assistenziale, è stata rilevata osservando lo *score* 1, 4, 6, 7, 8, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23 del punteggio Nas.

Le voci osservate dal Nas attinenti all'attività infermieristica nel supporto cardiovascolare sono state quelle dettate dal punto 1c, 3, 4b, 6c, 8b, 12, 13, 14, in 8 pazienti sostenuti dalla contropulsazione aortica; quelle vincolate ai 19 pazienti sottoposti al sostegno renale sono state compilate dai punti 4b, 6c, 8b, 16, 17, 19 in cui non risulta solo la gestione della dialisi, ma comprende il sostegno metabolico nel trattamento di acidosi/alcalosi metabolica complicata; quelle inerenti al supporto ventilatorio con Ossido Nitrico derivanti dai punti 2, 9, 11 sono state rilevate in otto pazienti.

Lo *score* nell'immediato post-operatorio dei 139 pazienti in Uti, definito come Nas In, ha dato come risultato la media statistica 94% (DS± 2 ; $p = 0,05$), mentre lo *score* assistenziale medio per tipologia di intervento ha fornito risultati fortemente in contrasto con i requisiti minimi organizzativi definiti dalla Delibera n.424/2006. Ciò ha consentito di affermare l'ipotesi alternativa dimostrando la sottostima del

fabbisogno della dotazione del personale infermieristico in area critica cardiocirurgica in riferimento al rapporto 1:2 (*score* 50%).

Dal grafico 4, si nota come il rapporto correlazionale abbia una forma di regressione diretta lineare e questo dimostra come, al variare della richiesta del fabbisogno assistenziale giornaliero, vi sia l'esigenza di un numero maggiore di infermieri nel turno ($R2 = 0,9978$).

DISCUSSIONE

Per diverso tempo, gli strumenti per misurare il carico di lavoro infermieristico in Uti si sono basati su attività correlate alla gravità della malattia rilevando solo il 43% delle attività infermieristiche.

Il presente studio ha utilizzato la classificazione delle prestazioni infermieristiche sviluppato da Miranda DR nel 2003, derivante dal Tiss 28, ma la differenza si è basata nell'allocare il tempo impiegato nelle attività del *nursing*, indipendentemente dalla severità della malattia e con una affidabilità dell'81%, consentendone una stima accurata.

Questo è un approccio diverso, in relazione ad altri sistemi di misura, poiché lo strumento ha indagato 14 aree di assistenza diretta ed indiretta. La somma dei punteggi ha espresso un valore in percentuale che ha riflettuto il "peso" assistenziale della persona ricoverata.

Tipologia interventi	BPAC Isolati ID 1	Valv. Isolate ID 2	Sost. Ao/Aneur ID 3	Interv. Multipli ID 4	Versam./Tamp. ID 5	Tumor ID 6	Device Jarvic k2000 ID 7	REVIS. CHI R. ID 8	Riamm. Tipol. Clinica ID 9
Rilevazioni									
	35	31	8	34	8	0	1	18	5
MD NAS $p = 0,05$									
MD NAS /N	95	95	86	95	97	0	114	101	80
MD Rapp. 1:2	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Tabella 2. Sottostima del fabbisogno assistenziale in Uti cardiocirurgica

Le nuove voci incluse nel nuovo strumento hanno dato modo di quantizzare il tempo dedicato all'assistenza del paziente di area critica cardiocirurgica.

La differenza fra il personale presente e quello necessario ha ripercussioni importanti sull'*outcome* dei pazienti ricoverati e sul benessere dell'operatore, poiché una dotazione di risorse umane sottostimata contribuisce all'aumento del rischio clinico (I.O.M., 2000; M. Virtanen, 2009; D.A. Penoyer, 2010), degli infortuni e delle malattie professionali (Inail 2010). Poiché l'efficienza delle prestazioni infer-

mieristiche è determinata sia dal numero disponibile di infermieri che dal peso assistenziale che grava su ognuno di essi, lo studio ha voluto mettere in evidenza la quantità di infermieri necessario all'Uti cardiocirurgica.

Il monitoraggio del fabbisogno assistenziale fornisce ai responsabili infermieristici gli strumenti di governo delle risorse umane. La consapevolezza dei fattori correlati ad una elevata richiesta di tempo assistenziale aiuta a prevedere il fabbisogno di risorse nei reparti di Uti.

Il fattore limitante nell'attività dell'assi-

stenza intensiva, è la quantità e non la complessità del lavoro che deve essere erogata.

In tal caso, assume importanza la totalità quotidiana dello *score* assistenziale e gli indici funzionali dell'unità operativa complessa

In sintesi è la quantità giornaliera di lavoro globale che limita l'erogazione di una maggiore assistenza differenziata.

L'espressione del dato in percentuale del Nas, come risultato della somma delle voci nelle 24 ore, ha permesso di accettare l'ipotesi in cui si dichiara che la delibera

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. DPR 128/1969 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri".
2. Legge 833/78 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.
3. Delibera CIPE/84.
4. DPR 270/87 "Norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo sindacale, per il triennio 1985-1987, relativa al comparto del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale".
5. DM del Ministro della Sanità (Donat Cattin) "misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria".
6. Legge 8 Aprile 1988, n° 109.
7. DM 13/09/88 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero".
8. Legge 407/90 Disposizioni diverse per l'attuazione della manovra di finanza pubblica 1991-1993.
9. DLgs n°502/92 e 517/93 "riordino della disciplina in materia sanitaria".
10. DLgs 29/93 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego".
11. Legge 537/93 Finanziaria 1994.
12. Circolare 23 marzo 1994 n°6 il Ministero della funzione pubblica.
13. Delibera Regione Lazio n° 5570/1996 "definizione degli standard di dotazione organica delle strutture sanitarie".
14. DLgs. 165/ 2001 "Norme generali sull' ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" modificato ed integrato DLgs 150/09 e artt. 155 e 155 novies.
15. Decreto Ministero dell'Università' e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie".
16. Legge Regionale n°4/2003 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie".
17. Legge n° 311/2004 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"(legge finanziaria 2005) l'art.1, comma 180.
18. Legge n. 266/2005 art.1, comma 274.
19. Delib. G.R. n. 424/2006 integr.alla L.R n°4/2003 " Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici, e organizzativi delle strutture sanitarie e socio sanitarie".
20. Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale- Quadriennio Normativo 2006-2009 e Biennio Economico 2006-2007.
21. D.L.112/2008 art.79 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, come modificato dall'articolo 22, comma 1, della legge 3 agosto 2009, n.102 Decreto Commissariale n. 28/2010 a modifica e integrazione dei decreti commissariali n. 43/2008, n. 41/2009 e n. 56/2009: "Definizione fabbisogno posti letto, finanziamento e sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie per l'anno 2009. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma 180 L. 311/2004".
22. Patto per la Salute 2010/2012 accordo finanziario e programmatico triennale, tra il Governo e le Regioni, con disposizioni per "adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici".
23. Nuovo Piano Sanitario 2010/2012.
24. Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012.
25. Legge n. 183 / 2010 Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro.
26. T.U. 81/08 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

regionale del Lazio, sottostima il fabbisogno della dotazione del personale infermieristico in Uti cardiocirurgica.

Di conseguenza, i requisiti organizzativi vigenti, con il designato rapporto Infermiere/paziente 1:2, sottovalutano le necessarie attività infermieristiche dedicate al paziente di area critica cardiocirurgica.

L'aumento del carico di lavoro è indipendente dalla gravità della malattia e il numero degli infermieri necessari a soddisfare il fabbisogno assistenziale quotidiano, non è

correlato al numero dei pazienti, ma dalle esigenze temporali richieste da ognuno di essi.

CONCLUSIONI

L'utilizzo del punteggio Nas permette di determinare la quantità del personale infermieristico in area critica cardiocirurgica che, in base ai requisiti minimi organizzativi normati dalla delibera regionale n.424/2006 è sottostimata.

Il calcolo dei minuti assistenziali ha permesso di riorganizzare le attività infermieristiche, modulando le presenze

per turno in relazione alla tipologia dell'intervento e al fabbisogno assistenziale richiesto.

AUTORI:

Marina Palombi, dottore magistrale in Scienze infermieristiche – Coordinatore infermieristico Utipo Cardiocirurgia – Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia, "Sapienza" Università di Roma;

Marco Di Muzio, docente di discipline infermieristiche presso il corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche – Facoltà di Farmacia e Medicina, "Sapienza", Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Calamandrei C, Orlandi C (2002). *La dirigenza infermieristica; la gestione della risorsa umana*. Seconda ed. Milano: McGraw Hill, 24, 346-349.
- Catino M (2002). *Da Chernobyl a Linate. Incidenti tecnologici o errori organizzativi*. Prima edizione. Roma: Carrocci, 1-75.
- Goj K et al (2009). *The TISS-28 scoring system for assessment of cardiac surgical postoperative intensive care*. Anestezjol Intenso Ter, 41 (1), 37-40.
- Gonçalves LA, Padilha KG, et al. (2007). *Nursing activities score (NAS): a proposal for practical application in intensive care units*. Intensive Crit Care Nurs, 23 (6),355-61.
- Gruppo Italiano Multicentrico di Ricerche in Terapia Intensiva (GIRTI), (1992). *TOSS (time oriented score system): definition of the nurse/patient relations based on the timing of the workload. Validation during the stay*. Minerva Anestesiol, 58(12),1331-4.
- Guccione A, Iapichino G, et al. (2004). *The assessment of nursing workload*. Anestesiol, 70 (5), 411 –6.
- Hugonnet S, et al. (2007). *The effect of workload on infection risk in critically ill patients*. Crit Care Med, 35 (1), 76-81.
- Kiekkas P, et al. (2007). *Patient severity as an indicator of nursing workload in the intensive care unit*. Nurs Crit Care, 12 (1), 34-41.
- Kiekkas P, et al. (2008). *Association between nursing workload and mortality of intensive care unit patients*. J Nurs Scholarsh, 40 (4), 385-90.
- Kohm L, et al. (2000). *To err is human*. Washington: IOM, National Academy Press.
- Leape LL, Berwick DM (2005). *Five years after "To Err Is Human", What have we learned?* JAMA, 293, 2384-2390.
- Leape LL, Brennan TA, et al. (1991). *The nature of adverse events in hospitalized patients: Results from the Harvard Medical Practice Study II*. New Engl J. Med, 324(6), 377-84.
- Le Gall JR, et al, (1993). *A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study*. JAMA, 270 (24), 2957-63.
- Lucchini A, et al. (2008). *Utilizzo dei sistemi di rilevazione NEMS (Nine Equivalent of Manpower Score) e NAS (Nursing Activities Scores): per determinare il fabbisogno infermieristico in una terapia intensiva polivalente*. Assistenza infermieristica e ricerca, 27 (1), 18-26
- Maslach C (1992). *La sindrome del burn out. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Ed. Cittadella
- Miranda DR, et al. (1996). *Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items--results from a multicenter study*. Crit Care Med, 24 (1), 64-73.
- Miranda DR, Iapichino G, et al. (1997). *Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS)*. Intensive Care Med., 23 (7), 760-5.
- Miranda DR, Iapichino G, et al. (2003). *Nursing activities score*. Crit Care Med. 31(2), 374-82.
- Padilha K, et al. (2007). *Nursing workload in intensive care units: a study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)*. Intens.Crit.Care Nurs, 23 (3),162-9.
- Penoyer DA (2010). *Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review*. Crit Care Med, 38 (7),1521-8.
- Raile Alligood M, Marriner Tomey A (2006). *La Teoria del nursing, utilizzazione e applicazione*. Terza Ed. Milano: Mc Graw Hill
- Reason J (2000). *Human Error, Models and management*, BMJ.
- Roque F, Nashef et al. (1999). *Risk factors and outcome in European cardiac surgery: analysis of the multinational database of 19030 patients*. Eur J Surg Cardiothorac, 15 (6),816-22.
- Tontini F (1998). *L'importanza di una teoria ... il modello concettuale di Dorothea E. Orem*. Prof. Inferm, 51 (2),17-19.
- Virtanen M, et al. (2009). *Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients*. Med.Care, 47 (3), 310-8.

Associazione Infermieri Case Manager Per una professione all'avanguardia

“Come il girasole volge i suoi petali al sole...
L'infermiere si volge all'utenza con maggiore consapevolezza e responsabilità attraverso l'applicazione del Case Management”.



Questo il motto dell'Associazione Infermieri Case Manager (Aicm) che, costituita nel 2007, è un'associazione senza fini di lucro che vuole studiare e ricercare i processi di trasformazione delle professioni, delle tecnologie e dei

modelli organizzativi nell'assistenza sanitaria, specie riguardo al *Case Management*.

Tra i suoi scopi, inoltre, vi è la consulenza nei confronti di Enti ed Istituzioni – pubbliche e private –, predisponendo per loro studi e ricerche nei temi attinenti il Case Management. Dal 2010 dell'Aicm è presente anche la sezione della regione Lazio.

Per contatti: Aicm, via Galli 7, Anzola Dell'Emilia (Bologna); www.infermiericasemanager.it;

Info.aicm@infermiericasemanager.it.

La sezione Lazio, invece, è in via Prenestina 378, Roma.

Per contatti: info.aicmlazio@infermiericasemanager.it

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

bienvenidos

español

welcome

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

**Rinnovo delle cariche elettive:
risultati e programmi futuri**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

Unità e continuità: gli infermieri scelgono i vertici del Collegio

Le elezioni di febbraio hanno confermato il successo del gruppo dirigente Ipasvi, rinnovato grazie all'ingresso di cinque giovani colleghi

Gli infermieri di Roma e provincia hanno scelto l'unità e la continuità, confermando per un nuovo mandato il gruppo dirigente alla guida del Collegio Ipasvi, rinnovato con l'ingresso di cinque giovani consiglieri e revisori.

Un chiaro segnale di apprezzamento per le capacità organizzative espresse dal gruppo uscente e un riconoscimento per le conquiste che hanno segnato lo scenario professionale negli ultimi anni (*vedi schema in basso*), con il Collegio di Roma divenuto un importante punto di riferimento in campo nazionale ed europeo.

Dalle elezioni per il rinnovo degli organi di rappresentanza professionale - tenutesi il 12, 13 e 14 febbraio scorsi - è emersa una partecipazione degli iscritti davvero massiccia.

Nonostante le difficoltà dovute ad un unico seggio autorizzato (allestito presso la sede di viale Giulio Cesare) e all'ecce-



Foto: Emma Citoni

Gennaro Rocco, riconfermato presidente del Collegio di Roma dal nuovo Consiglio direttivo eletto dagli iscritti Ipasvi

zionale ondata di maltempo che, in quei giorni, ha colpito la Capitale, **circa 3.600 infermieri hanno risposto alla chiamata delle urne.**

Tale affluenza ha prodotto il superamento dell'elevato *quorum* fissato dal regolamento per la validità dell'elezione e un'indicazione corale per la lista del gruppo

dirigente uscente guidato dal presidente Gennaro Rocco, vicepresidente della Federazione nazionale Ipasvi e membro del *board* della Federazione europea degli infermieri (Fepi).

In linea con l'indicazione degli iscritti, nella seduta del 23 febbraio 2012, il nuovo Consiglio ha proceduto all'insediamento del Direttivo e all'assegnazione delle cariche statutarie.

Il nuovo **Consiglio Direttivo per il triennio 2012-2014** risulta quindi così composto:

- Presidente:** Gennaro Rocco
- Vicepresidente:** Ausilia M. L. Pulimeno
- Segretario:** Maria Grazia Proietti
- Tesoriere:** Carlo Turci
- Consiglieri:** Nicola Barbato, Simonetta Bartolucci, Angela Basile, Stefano Casciato, Girolamo De Andreis, Mario

20 ANNI FA

Paramedici
Diploma professionale
Mansionario
Caposala didattico
Fuori dall'Università
Capo dei servizi sanitari ausiliari
Caposala unica possibilità di carriera

OGGI

Professione intellettuale
Laurea in Infermieristica
Profilo professionale e L.42/99
Tutor e Direttori dei Corsi di laurea
Ricercatori e professori
Dirigente sanitario
Carriera clinica (L.43/06 art.6)

Esposito, Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli, Jasmine Mirtini, Matilde Napolano, Marco Tosini.

Il nuovo Collegio dei **Revisori dei Conti** vedrà al suo interno:

Presidente: Gianfranco Del Ferraro

Membri Effettivi: Stefano Di Carlo, Marinella Carnevale

Membro Supplente: Chiara Agliata.

Il rieletto presidente Gennaro Rocco ha commentato così questo importante momento per il Collegio capitolino: "La sanità di Roma e del Lazio vive una fase di fortissima crisi. Le drammatiche carenze organizzative e strutturali acuiscono le criticità che ancora frenano la professione infermieristica nel riconoscimento di ruolo, trattamento economico e carriera.

Saremo impegnati, con ogni energia, su tutti i fronti aperti, con un atteggiamento sempre propositivo ma fermo nella difesa dell'autonomia professionale e nel rapporto con le istituzioni a cui chiediamo un deciso cambio di passo nell'affrontare gli annosi problemi che sviliscono il sistema sanitario, riconoscendo il nostro ruolo centrale e insostituibile nell'assistenza ai cittadini.

Chiediamo con forza – ha spiegato in una nota – l'introduzione dei nuovi modelli organizzativi che da tempo il Collegio Ipasvi di Roma propone. E che si ponga urgentemente rimedio ai paurosi vuoti di organico che compromettono la sicurezza dei pazienti e degli stessi operatori.

In linea con l'impostazione degli ultimi anni, il Collegio sarà impegnato a sviluppare al massimo il contatto diretto con gli iscritti e ad implementare l'intera rete dei servizi. Manterremo molto attiva la partecipazione alle attività scientifiche e alla ricerca infermieristica, nel segno dell'identità professionale che da anni costruiamo, valorizzando anche le carriere cliniche oltre a quelle direttive e manageriali".

Molti gli impegni assunti dal nuovo gruppo dirigente:

- attivazione della figura dell'Infermiere di Famiglia;
- ampliamento della rete degli Ambula-

- tori Infermieristici;
- promozione e la diffusione di nuove forme di esercizio libero-professionale;
- realizzazione in tutte le Asl di Unità di Degenza a gestione infermieristica;
- attuazione di ogni forma di pressione per l'adeguamento degli organici;
- superamento della precarietà;
- sblocco del *turn over* e della mobilità;
- sviluppo della carriera clinica per tutti gli Infermieri (Infermieri Esperti Clinici L.43/06);
- valorizzazione del ruolo dell'Infermiere Coordinatore;
- implementazione della Dirigenza Infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture Complesse;
- aggiornamento professionale gratuito (corsi Ecm, convegni, conferenze, formazione sul campo, etc.);
- promozione del corretto utilizzo della figura dell'Oss.

Il Collegio di Roma, intanto, continuerà a garantire e ad implementare le seguenti attività riservate agli infermieri iscritti:

- servizi gratuiti di consulenza legale, amministrativa e contabile;
- servizi gratuiti di consulenza professionale;
- servizi gratuiti di accesso alle banche dati di letteratura infermieristica;
- ulteriore sviluppo della banca dati indice della letteratura di Scienze Infermieristiche (Ilisi);
- servizi gratuiti di Certificati on line e

- della Posta Elettronica Certificata (Pec);
- ampliamento della collaborazione con le università;
- tutela e difesa della docenza della disciplina infermieristica;
- riduzione della quota di iscrizione con l'ulteriore recupero delle morosità;
- ampliamento delle attività di ricerca del Centro di Eccellenza con l'ulteriore ampliamento della rete dei Collegi che vi collaborano;
- costante ed attenta verifica del rispetto del Codice Deontologico e dei principi di etica professionale;
- sempre maggiore collaborazione e partnership con le Associazioni/Società Scientifiche Infermieristiche;
- ampliamento della rete dei referenti del Collegio nelle strutture sanitarie pubbliche e private;
- sviluppo continuo dei servizi di comunicazione agli iscritti attraverso la rivista "Infermiere Oggi", la rivista scientifica di Scienze Infermieristiche, il sito web Ipasvi Roma, il sito web del Centro di Eccellenza, la newsletter.

Non mancherà, infine, la costante pressione sugli organi politici ed istituzionali e la collaborazione con i sindacati più disponibili per sostenere e difendere la dignità dei professionisti che hanno diritto ad un lavoro ed a ricevere i corrispettivi stipendi e per attivare modelli organizzativi innovativi che mettano al centro gli interessi della collettività.



Il seggio elettorale allestito nella sede del Collegio

Il Consiglio Direttivo

Fotografie: Enrica Citoni



Presidente
GENNARO ROCCO

Infermiere, Afd, Dai

*Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche,
Laurea in Pedagogia*

Vice presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, Membro del *board* della Federazione Europea degli Enti regolatori delle Professioni Infermieristiche (Fepi).

Per dieci anni ha lavorato come Infermiere al policlinico Umberto I e Cssa presso l'Usl Rm 16 Ospedale Forlanini. Attualmente è Direttore del Centro di formazione dell'Idi. È docente ai corsi di Laurea e Laurea specialistica in Scienze infermieristiche ed ostetriche dell'università Tor Vergata.



Vicepresidente
AUSILIA M. LUCIA PULIMENO

Infermiera, Dai

Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche

Attualmente è Dirigente dell'Area infermieristica ed ostetrica dell'Azienda ospedaliera Policlinico ed insegna Infermieristica al corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università "La Sapienza".



Segretaria
MARIA GRAZIA PROIETTI

Infermiera pediatrica, Dai

*Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche,
Laurea in Sociologia*

Ha lavorato per dieci anni come Infermiera pediatrica presso il Fatebenefratelli – Isola Tiberina, per cinque come Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari presso l'Azienda Usl di Viterbo, per cinque come Dirigente del Servizio Infermieristico dell'Azienda Usl Roma D. Attualmente è Dirigente Infermieristica presso la Cooperativa sociale Nuova Sair. È docente di Metodologia della ricerca al corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche dell'università Tor Vergata.



Tesoriere
CARLO TURCI

Infermiere, Afd, Dai

Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche
Infermiere dirigente del Servizio infermieristico e Tecnico Sanitario dell'Azienda ospedaliera Sant'Andrea, è esperto in Igiene mentale e management.

Insegna ai corsi di Laurea in Infermieristica, al master di Coordinamento e al corso di Laurea specialistica nelle università "La Sapienza" e Tor Vergata.

I Consiglieri



ANGELA BASILE

Infermiera, Dai

Laurea e Dottorato di ricerca in Etica

Per dieci anni ha lavorato come infermiera in diverse strutture, attualmente è Infermiera dirigente del Servizio infermieristico presso l'ospedale Cristo Re.

Insegna Etica al corso di Laurea in Infermieristica all'università di Roma "La Sapienza" e al master di Coordinamento dell'università Tor Vergata.



NICOLA BARBATO

Infermiere, Afd, Dai, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche

Già infermiere e caposala, attualmente svolge funzioni di organizzazione, gestione e sviluppo delle Risorse Umane, con particolare riguardo alla formazione post-base e all'aggiornamento, presso il Dotra del San Raffaele di Roma.

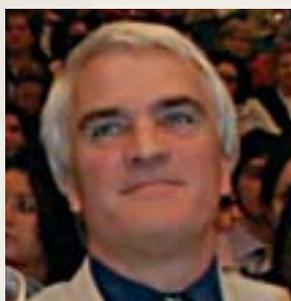
È docente al corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche presso l'università Tor Vergata.



SIMONETTA BARTOLUCCI

Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche ed ostetriche, con specializzazione in Assistenza ausiliaria in Pediatria e Nipiologia.

Lavora presso la Asl Rm H, assegnata all'Uo Formazione corso di laurea per infermieri. Docente presso il corso di laurea triennale in Infermieristica all'università Tor Vergata.



STEFANO CASCIATO

Infermiere, Afd, specializzato in Cardiologia, istruttore BIsd, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche

Dal 1998, caposala presso l'ospedale Oftalmico; dal 2003 al 2008 Responsabile dell'Area infermieristica e tecnica del Dipartimento di Oftalmologia dell'Asl Roma E. Ha lavorato per dieci anni come infermiere presso la Cardiologia del San Camillo. È docente di Legislazione ed Organizzazione professionale al corso di Laurea in infermieristica all'università "La Sapienza" (polo ospedale Santo Spirito) e di Infermieristica applicata ai processi produttivi in sanità all'università Tor Vergata (poli formativi Policlinico Militare Celio e Castel Volturno).



GIROLAMO DE ANDREIS

Infermiere, master in Management ,

Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche

Coordinatore infermieristico Area emergenza Policlinico universitario Tor Vergata. È docente ai corsi di Laurea in Scienze infermieristiche e di master in Management dell'università Tor Vergata.



MARIO ESPOSITO

Infermiere, Afd, Dai, Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Laurea in Scienze dell'educazione

Ha lavorato come infermiere all'ospedale San Camillo, per otto anni in Terapia intensiva neonatale, poi in Sala operatoria neurochirurgica; infine ha ricoperto, per dieci anni, l'incarico di caposala didattico presso la Scuola infermieri del San Camillo. Da quattordici anni è il Dirigente del Servizio infermieristico dell'Idi.

È docente presso l'università Tor Vergata al corso di Laurea in Infermieristica, al master di Coordinamento e al corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche.



MAURIZIO FIORDA

*Infermiere,
Perfezionamento in Urologia presso
l'università Tor Vergata,
Master di management per le funzioni
di coordinamento infermieristico*
Per tre anni ha lavorato come infermiere
presso la Sala operatoria dell'ospedale
Sant'Eugenio. È tutor presso i Centri
di formazione Idi e Santa Lucia.
Attualmente, in servizio presso il Centro
Paraplegici dell'Asl Roma D-Ostia Lido.



JASMINE MIRTINI

*Dottore in Infermieristica, nel 2010,
presso università "La Sapienza" di Roma*
Esperienze lavorative presso la Casa di
Cura "Città di Roma" nella Uo di Terapia
Intensiva Neonatale, Neonatologia.
Attualmente lavora presso l'Ospedale
"Fbf San Pietro" di Roma nella Uo
di Neonatologia – Terapia Intensiva
Neonatale.



NATASCIA MAZZITELLI

*Infermiera, Master in Management per
le funzioni di Coordinamento, Laurea
Magistrale in Scienze infermieristiche
ed ostetriche*
Ha lavorato all'ospedale San Giovanni
Evangelista di Tivoli nella Uo di
Pediatria e Neonatologia, nel Distretto
sanitario e nel Consultorio familiare.
Attualmente è Tutor presso la Uo di
Formazione della Asl Rm/G.
Docente ai corsi di Laurea in
Infermieristica, al Master in
Management per le funzioni di
Coordinamento dell'Università di Tor
Vergata.



MATILDE NAPOLANO

Infermiera, Afd
Ha lavorato 35 anni presso l'Asl Roma A,
al Centro prevenzione tumori. Si occupa
da diversi anni dell'organizzazione
di eventi formativi presso il Collegio
Ipasvi di Roma



MARCO TOSINI

Infermiere, Afd
Ha lavorato come Infermiere presso l'Utic
dell'università Cattolica del Sacro Cuore
policlinico Gemelli. Qui ha maturato
importanti esperienze come caposala
presso la Sala operatoria ortopedica
e la Neurologia-Stroke Unit.
Attualmente è Coordinatore del Centro
di coordinamento ricoveri e
preospedalizzazione del policlinico
Gemelli.



I Revisori dei Conti

Presidente

GIANFRANCO DEL FERRARO

Infermiere, Afd, Dai,

Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche

Per 20 anni ha lavorato come infermiere al pronto soccorso del policlinico Umberto I. Attualmente è Responsabile dell'Area per la Tutela dell'ambiente ospedaliero. È docente di Infermieristica al corso di Laurea in Infermieristica presso l'università "La Sapienza".

Membri effettivi

STEFANO DI CARLO

Infermiere specializzato in Anestesia e Rianimazione, Dai,

Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche

Ha lavorato come infermiere in Area critica. Attualmente è Responsabile dell'Area Formazione dell'Azienda ospedaliera San Filippo Neri, dove insegna Scienze infermieristiche.

MARINELLA CARNEVALE

Infermiera, Laurea in infermieristica,

Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche

Ha iniziato la sua attività al San Raffaele Pisana, successivamente ha conseguito un'esperienza extra regionale nell'Ospedale Pediatrico Meyer (Fi). Ha lavorato nel Dea del San Camillo-Forlanini e attualmente svolge la sua attività come infermiera presso l'Uo di Pediatria dell'Azienda ospedaliera Sant'Andrea.

Membro supplente

CHIARA AGLIATA

Laurea in Scienze infermieristiche, master di I livello in "Infermiere di sala operatoria e strumentista"

Esperienza lavorativa maturata da maggio 2010 con contratto a tempo determinato presso il Policlinico Umberto I, per quattro mesi in Terapia Intensiva Neurochirurgica e poi, per otto mesi, in Anestesiologia e Rianimazione. Da agosto 2011 dipendente presso la cooperativa Osa dislocata presso il policlinico Umberto I nel reparto di Anestesiologia e Rianimazione.



CENTRO DI ECCELLENZA

L'anno che verrà è già ricco di progetti e traguardi raggiunti

Per un 2011 chiuso in bellezza con la conferenza internazionale "Ricerca infermieristica e buone pratiche: puntare all'eccellenza", ecco un 2012 ricco di progetti, eventi e nuovi traguardi da raggiungere per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica nato in seno al Collegio Ipasvi di Roma.

L'obiettivo resta quello di costruire una cultura infermieristica fondata sulla formazione, la ricerca e la pratica permeata dal sapere scientifico, creando una rete di contatti internazionali messi brillantemente alla prova il 24 e 25 novembre dello scorso anno, quando a Roma si sono confrontati studiosi provenienti da ogni parte del mondo.

Tra il 2010 e il 2011, infatti, il Centro di Eccellenza ha coinvolto direttamente 7 università italiane e straniere; 40 tra ospedali, Asl e Irccs; 400 i dirigenti, i coordinatori, gli infermieri che hanno partecipato ai corsi proposti dal centro.

Sono stati 6.000 gli infermieri che a vario titolo hanno dato il loro contributo alle ricerche realizzate e ancora in corso, compilando questionari e aderendo a focus group. Oltre 300, poi, i colleghi che hanno personalmente partecipato ai progetti del Centro di eccel-

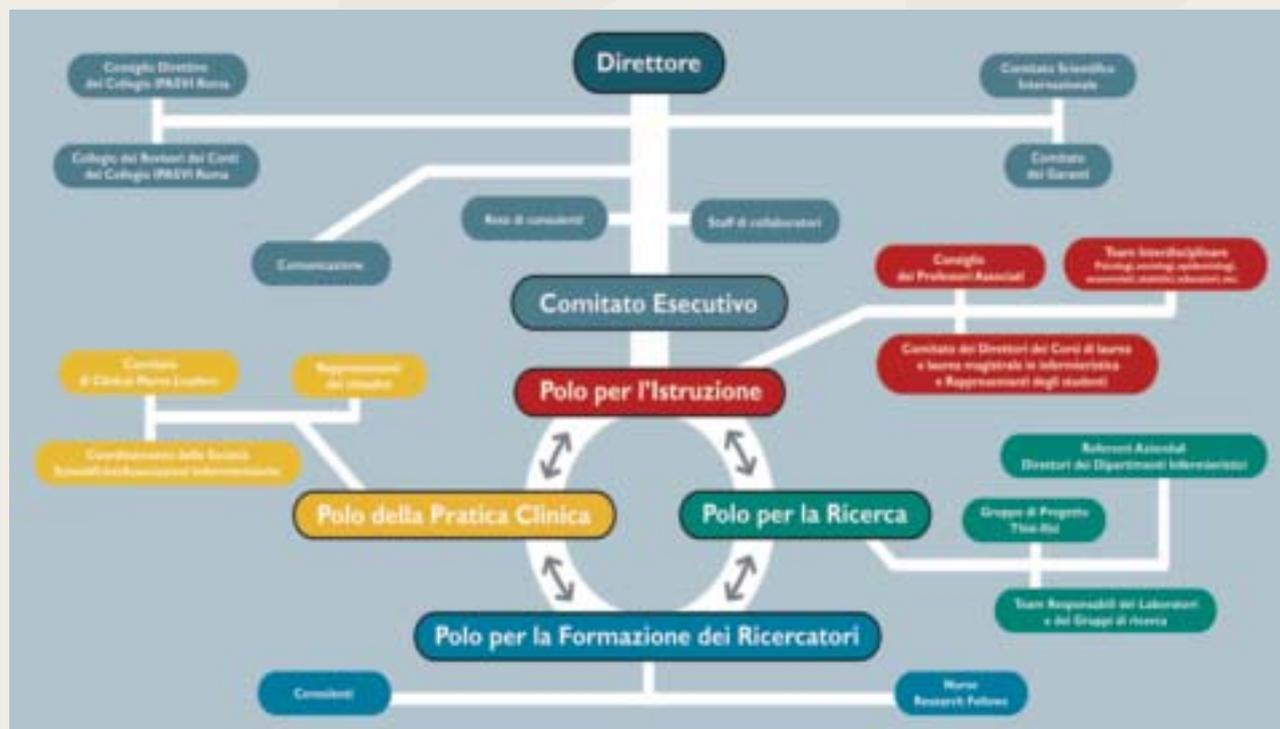
lenza tra ricercatori, rilevatori, docenti e tutor delle attività previste

Oltre 500 gli infermieri che hanno partecipato al reclutamento di pazienti e dei loro caregiver, o alla raccolta dei dati previsti per i vari progetti (tra questi oltre 200 studenti dei corsi di base, dei master e della laurea magistrale).

Grazie al coinvolgimento attivo di tantissimi infermieri nello sviluppo delle strategie e nella stesura dei programmi, tra il 2010 e il 2011 il Centro ha dato il via a 25 progetti, parte dei quali di durata biennale. Alcune di queste ricerche sono giunte a conclusione, altre lo saranno nei prossimi mesi.

I primi risultati disponibili sono confluiti nello *Scientific Annual Report*, scaricabile liberamente dal sito del Collegio (www.ipasvi.roma.it).

Il Centro, articolato in quattro Poli (Istruzione, Ricerca, Formazione dei ricercatori, Pratica clinica), mira a fornire un contributo significativo alla comunità scientifica e professionale, nonché al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. Di seguito, i progetti avviati con successo nel 2011.



L'organigramma del Centro di Eccellenza per Ricerca e la Cultura Infermieristica

Per informazioni, approfondimenti, contributi e richieste di collaborazione, contattare la segreteria del Collegio Ipasvi di Roma.

POLO ISTRUZIONE

- Costruzione di un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale
- Studio e realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi di laurea

POLO RICERCA

- La responsabilità educativa nei percorsi clinico assistenziali dei pazienti in stoma terapia: formazione sul campo all'utilizzo della scheda di diagnosi educativa
- Autovalutare lo sviluppo delle Core Competence "in progress". Il bilancio di competenza: formazione sul campo
- Progetto di ricerca multicentrica sulla presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio presso le aziende sanitarie di Roma e Provincia
- Nursing Risk Management – Installazione presso le aziende sanitarie di unità di *nursing risk management*
- Linee di indirizzo per il miglioramento dell'integrazione tra infermieri stranieri provenienti dall'area sud-americana e figure professionali socio-sanitarie autoctone in una società plurale
- Rights and Duties in Health Care: Nurses' Rights
- Self-care nel paziente con scompenso cardiaco
- Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato e una cartellonistica di "non disturbo"
- Progetto di ricerca sull'impatto delle nuove tecnologie della simulazione nell'apprendimento delle competenze nel corso di laurea infermieristica
- Professional Assessment Instrument" (Sistema informatico di supporto decisionale per l'assistenza infermieristica)

POLO FORMAZIONE RICERCATORI

- Corso di formazione teorico-pratica blended on line in "Metodologia della ricerca infermieristica"
- Corso "Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse"
- Corso "Inglese scientifico per il nursing 4 livelli: base – pre-intermedio – intermedio – avanzato"
- Corso "Inglese scientifico per la ricerca bibliografica"
- Corso di fonetica e conversazione inglese

POLO PRATICA CLINICA

- Miglioramento della pratica assistenziale attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice (in collaborazione con il Polo Formazione)

Sono inoltre in via di elaborazione finale dei risultati, i seguenti progetti partiti nelle annualità precedenti:

- Ricerca multicentrica sul benessere organizzativo degli infermieri in servizio presso le Aziende sanitarie di Roma e Provincia
- La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure
- Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali un'analisi multicentrica Italia-Gran Bretagna
- La continuità assistenziale nella cronicità: definizione dei bisogni educativi dei pazienti e dei caregiver per la riduzione dei riaccessi impropri e l'aumento della adesione al trattamento
- Studio descrittivo dei servizi di cure palliative e terapie del dolore in Italia finalizzato a individuare le forme attivate e attivabili di riduzione della sofferenza alla fine della vita
- Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da stroke.

Il Comitato Scientifico internazionale

Presidente Onorario

Dyanne Affonso – PhD RN, FAAN Research Director, NIH/ NCHMD/RIMI & Rural Health, Affiliate Professor of Psychology

Membri

Ann Gallagher – PhD RN, Reader in Nursing Ethics, Director of the International Centre for Nursing Ethics, Editor Nursing Ethics

Tiny Jaarsma PhD RN Professor in caring sciences at the University of Linköping, Sweden

Martin Johnson – PhD RN, former Editor-in-Chief Nurse Education Today, Nursing Professor University of Salford Manchester

Sally Kendall - B.Sc (Hons), PhD, RGN, RHV Director of CRIPACC and Professor of Nursing University of Hertfordshire Co-editor in chief Primary Health Care Research and Development

Linda Mayberry – PhD RN, FAAN Adjunct Professor College of Nursing New York University, NY

Anna-Maija Pietilä PhD RN, Professor Nursing Science – Vice Head of the Department of Nursing Science – University of Eastern Finland

Barbara Riegel DNSc, RN, FAAN, FAHA Professor of Nursing, Edith Clemmer Steinbright Chair of Gerontology, Director, Biobehavioral Research Center University of Pennsylvania

Souraya Sidani – PhD RN, Professor and Canada Research Chair, Health Intervention Design and Evaluation, Ryerson University

Roger Watson – PhD RN, FAAN Editor-in-Chief Journal of Clinical Nursing, Professor of Nursing Centre for Health & Social Care Studies and Service Development School of Nursing and Midwifery. The University of Sheffield Samuel Fox House Northern General Hospital

Marianne Hattar Pollara RN DSCN FAAN Nursing Professor California State University Northridge USA Fellow of the American Academy of Nursing (FAAN) and is past Chair of the Expert Panel of the Global Nursing and Health of the American Academy of Nursing.

Due giorni di full immersion con il gotha dell'infermieristica

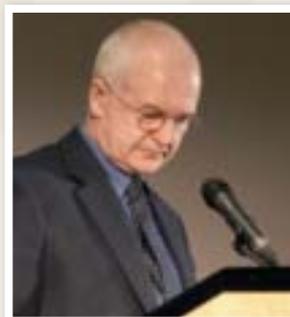
Il racconto per immagini della conferenza internazionale tenutasi il 24 e 25 novembre 2011 a Roma, a cura del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica



La relazione introduttiva del presidente Rocco



Cesarina Prandi



Martin Johnson



I vertici del Collegio di Roma con il Comitato scientifico internazionale



Sidani Souraya e Dyanne Affonso



Rosaria Alvaro con Nicola Barbato



Linda Mayberry



Mari Kangasniemi



Carlo Turci



Ann Gallagher con Alessandro Stievano



Mary Gobbi con Roger Watson



Maria Grazia De Marinis



Quarto congresso nazionale a Roma dell'Associazione Infermieristica Transculturale

Il 26 novembre 2011 si è svolto, a Roma, il IV Congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale (Ait), alla presenza di oltre 300 colleghi, con ospiti illustri provenienti da famose università europee.

Nel 1951, anno del primo censimento del dopoguerra, gli stranieri in Italia erano 130mila su 47.516.000 residenti, e superarono l'incidenza dell'1% solo nel 1991 (625 mila su 56.778.000 residenti).

Al 31 dicembre 2010, su 60.626.442 residenti nel Paese, i 4.570.317 stranieri incidono sulla popolazione per il 7,5%.

A questi, bisogna aggiungere oltre 400mila persone regolarmente presenti ma non ancora registrate in anagrafe, per una stima totale di 4.968.000 persone.

Al 31 dicembre 2010, i dati sugli iscritti agli albi Ispasvi confermano le indicazioni già emerse dall'analisi dei dati 2009: in particolare, si conferma la **carezza di infermieri**.

Il dato di 6,2 infermieri per mille abitanti mantiene tutt'ora l'Italia abbondantemente al di sotto della media Ocse e dietro a molti Paesi europei.

Criticità evidenti si segnalano in Campania (5,3 infermieri per mille abitanti), Lombardia (5,6), Calabria e Sicilia (5,7).

Una realtà che appare anche peggiore se si considera che il nostro è uno dei Paesi più vecchi del mondo (e continuerà ad esserlo...),

ed ha per questo un fabbisogno infermieristico verosimilmente più elevato di quello degli altri Paesi ad economia avanzata.

Gli infermieri stranieri, al 31 dicembre 2010, erano 38.527 e costituiscono il 10,3% del totale, ma raggiungono il 16-17% in diverse regioni.

Al Nord, la presenza di stranieri continua ad essere doppia o tripla di quella rilevata al Sud.

Gli stranieri non sembrano svolgere una funzione di sostegno dell'offerta infermieristica, considerato che le loro presenze relativamente meno significative (4-5% del complesso degli iscritti) si registrano proprio nelle regioni con minore dotazione complessiva di infermieri (Sicilia, Calabria e Campania).

La popolazione di infermieri è cresciuta nel 2010 di 10.522 unità (+2,9%); in termini relativi, è cresciuta di più la componente maschile (+4,4%) rispetto a quella femminile (+2,5%) e quella straniera (+7,0%) rispetto a quella italiana (+2,4%).

In questo contesto, la società scientifica Ait sostiene la promozione dei rapporti di scambio e collaborazione con altre organizzazioni nazionali e internazionali che perseguono obiettivi simili, tutela i diritti degli infermieri immigrati, facilitando la loro permanenza in Italia attraverso servizi di orientamento, informazione e formazione, per meglio integrare gli scopi istituzionali e le informazioni fornite dagli Enti infermieristici e della salute italiani.



Un momento della presentazione del dossier Caritas-Migrantes a cura di Franco Pittau



La vice presidente Pulimeno con il professor Cipolla



Altro elemento su cui è fondata l'Ait è il riconoscimento e l'adozione, nel rapporto con l'utenza, della filosofia del nursing transculturale.

Inoltre, l'associazione si è fatta promotrice di una ricerca infermieristica che finirà nel 2012 e che segna un primo passo verso la completa integrazione tra infermieri stranieri ed italiani.

Questa ricerca, in particolare, ha interessato gli infermieri sudamericani.

Proprio in virtù di tali iniziative verranno pubblicati alcuni testi sulle ricerche in atto e, a tal proposito, due testi di Antropologia ed Infermieristica e di Sociologia della salute sono già stati dati alle stampe nel 2011.

“Possiamo, quindi, nel nostro piccolo, affermare che il risultato ottenuto finora dall'associazione è un piccolo ma importante primo passo verso l'affermazione del nursing transculturale in Italia, dopo che tale branca infermieristica, fondata in Usa più di quarant'anni fa, trova un terreno proficuo e fecondo nella società sempre più globalizzata e meticcica odierna”, ha dichiarato il presidente Gennaro Rocco, lanciando la campagna di tesseraamento per il 2012.

La quota di iscrizione all'associazione è rimasta inalterata. Il form di adesione è disponibile sul sito www.infermieristica-transculturale.com dove sono presenti tutti i corsi e le iniziative riservate ai soci.



Pronto soccorso, la vera emergenza è la carenza di personale

Riportiamo il testo integrale del comunicato diffuso dal Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio il 27 febbraio 2012 sui fatti di cronaca che hanno riguardato alcuni Pronto soccorso a Roma e nella regione

Ben vengano le ispezioni disposte dal ministero della Salute nei Pronto soccorso di Roma e di tutto il Lazio.

La verifica delle loro condizioni di operatività è certamente positiva, utile innanzi tutto all'interesse dei cittadini-utenti del Servizio sanitario regionale.

E speriamo che, insieme ai disagi patiti dai pazienti, siano rilevate ufficialmente anche le incredibili condizioni di lavoro in cui è costretto ad operare il personale sanitario, in particolare chi, come gli infermieri, interagisce in prima linea con il pubblico.

Nonostante la grande abnegazione e gli immensi sacrifici personali con cui gli operatori cercano di garantire quotidianamente un servizio essenziale come quello dei Pronto soccorso, la situazione in gran parte dei grandi ospedali della capitale, ma anche dei principali nosocomi delle province laziali, è ormai esplosiva.

Gli ultimi casi del San Camillo e dell'Umberto I, rilanciati con un certo accanimento dalla stampa e dalla tv in questi giorni, rischiano di rivelarsi la punta di un iceberg ben più consistente e pericoloso per la tenuta della stessa rete regionale di pronto soccorso e della sanità in generale.

La crisi attuale dei Pronto soccorso e dell'intera rete ospedaliera romana e laziale ha radici lontane.

Da anni gli organismi rappresentativi degli infermieri invocano un deciso cambio di rotta capace di decongestionare le strutture rendendole più efficienti e sicure, avanzando proposte concrete di riorganizzazione dei servizi sia in ambito ospedaliero sia extraospedaliero.

Ad oggi, però, nessun cambiamento di linea si è concretizzato né appare all'orizzonte. Continuare a ridurre il numero di infermieri bloccando il *turn over*, e quindi le nuove assun-

zioni, come pure aumentare a dismisura il ricorso al lavoro precario degli infermieri impiegando sempre più spesso servizi in appalto esterno, può produrre effetti devastanti sulla qualità dell'assistenza.

Gli infermieri oggi impegnati nella rete dell'emergenza, nelle strutture ospedaliere e sanitarie in genere si sobbarcano turni di lavoro massacranti, costretti spesso a rimanere in servizio in mancanza del cambio.

Solo grazie alla loro buona volontà i cittadini ricevono ancora un'assistenza qualificata e sicura.

Oltre al blocco del *turn over*, il progressivo taglio dei posti letto senza l'attivazione di una rete alternativa di sanità territoriale che preveda la continuità dell'assistenza ingolfa gli ospedali e fa scadere drasticamente il livello delle cure.

Nonostante i reiterati impegni presi dagli organi politici regionali e nazionali, **nulla si è fatto per sviluppare dei servizi territoriali in grado di ridurre sensibilmente l'ospedalizzazione e gli accessi inappropriati ai Pronto soccorso.**

Infatti, nonostante tante promesse e tanti impegni, non sono state ancora attivate le unità di degenza infermieristica, la presenza dell'infermiere di famiglia o di prossimità, i presidi infermieristici in farmacia, tutti interventi che aumentano l'economicità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi. Per quanto esposto, il Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio ribadisce il suo appello all'amministrazione regionale e alle Aziende ospedaliere e sanitarie del territorio affinché accolgano finalmente le indicazioni degli infermieri e disegnino al più presto un percorso di uscita dalla grave crisi che rischia di mettere definitivamente in ginocchio il Servizio sanitario regionale.



Inizio d'anno tra riconoscimenti e reparti ormai al collasso

Infermieri sotto i riflettori mediatici anche in questo primo scorcio del 2012. Per la sanità, il nuovo anno si apre con gli auspici del professor Umberto Veronesi che, sul settimanale **Oggi** (3/1/2012), esprime un desiderio molto vicino a quello da sempre interpretato dalle istanze degli infermieri. Il titolo: "Il desiderio per

OGGI il 2012? Ecco la sanità che vorrei". Scrive Veronesi: "Mi auguro che la sanità non sia relegata solo alla voce 'tagli della spesa'. Vorrei in particolare che la legge storica (era il 1978!) che istituì la 'sanità per tutti' fosse realizzata interamente, e venissero cancellati quelli che io ho sempre ritenuto i grandi tradimenti di tale legge e che hanno alterato il buon funzionamento del nostro Servizio sanitario. Mi riferisco innanzitutto all'occasione mancata della prevenzione, intesa come una rete capillare di ambulatori e di Centri diagnostici sul territorio, che porta la salute sotto casa del cittadino e riserva gli ospedali al trattamento dei casi acuti. Sulla carta, c'era tutto. Ambulatori di salute mentale, consultori pediatrici di zona, task force per la salute degli anziani... Un'utopia? No, un grande progetto che cancellerebbe le disparità di trattamento di alcune Regioni dove la prevenzione è addirittura inesistente. Da cancellare anche, come un'anomalia privilegiata di una casta, il mancato rispetto di molti medici ospedalieri del tempo pieno di lavoro. Un assurdo principio, causa non ultima delle liste d'attesa, secondo cui dopo aver lavorato nella mattinata in ospedale, il medico va in clinica privata".

Al di là dei migliori auspici, però, la situazione della sanità laziale resta molto difficile.

A Roma, complice la stagione influenzale, sono già evidenti le gravissime difficoltà operative dei principali Pronto soccorso, che, un mese più tardi, si ritroveranno al centro di un nuovo ciclone mediatico sui casi di malasanità. Rilanciando l'allarme della Fondazione Rossetti, **La Repubblica** (4/1/2012) titola: "Mancano letti e medici, pronti soccorso al collasso". Il servizio spiega: "Mancano **la Repubblica** i medici e gli infermieri, ma anche i posti letto e le barelle per le ambulanze. Una situazione esplosiva, quella dei Pronto soccorso della capitale. Che rischia di sfuggire presto al controllo, con gravi conseguenze sulla salute dei pazienti, costretti a lunghe attese nelle anticamere degli ospedali".

Dalle colonne de **Il Tempo** (4/1/2012), il responsabile dell'Osservatorio per la Tutela e lo Sviluppo dei Diritti, Corrado Stillo, definisce la situazione 'esplosiva'. "Pronto soccorso nel caos, appello alla Regione" titola il quotidiano romano. Stillo afferma tra l'altro: "Il tema della dignità del malato e dei familiari non viene per niente preso in

esame dai vertici della Regione Lazio, più preoccupati di mantenere i loro privilegi che garantire la tutela dei diritti. Invitiamo i responsabili della sanità laziale ad occuparsi con urgenza dei Pronto soccorso, aprendo da subito un tavolo di confronto con i rappresentanti delle organizzazioni dei cittadini, i sindacati e gli operatori". Non va meglio nel resto della regione. **Ciocciaria Oggi** (6/1/2012) scrive: "Situazione ormai insostenibile al Pronto soccorso dello Spaziani di Frosinone". Il servizio rilancia l'allarme suonato dalla

CIOCIARIA Ugl-Sanità. Si legge: "La grave carenza di personale aggrava i disagi: un dato certo è che l'Azienda Usi dal 2004 ad oggi registra una perdita di circa 2500 unità, con l'aggravante che circa il 40% del personale infermieristico e medico è affetto da limitazioni al servizio. Insomma, una situazione di inaccettabilità umana che rasenta l'indecenza, con pazienti 'ammucchiati' lungo il corridoio del Pronto soccorso in attesa di essere ricoverati nei reparti di attinenza, lunghe file di barelle con pazienti critici parcheggiati anche cinque giorni nel corridoio accrescono il rischio clinico, senza peraltro una elementare privacy e che spesso calpesta la dignità umana".

Intanto, a Viterbo protestano i pazienti psichiatrici e i loro familiari con un prolungato sit-in in piazza del Municipio. **Il Messaggero** (3/1/2012) titola: "I malati psichici: 'Resteremo in piazza finché la Polverini non ci risponde'. Il servizio riferisce della protesta inscenata dalla "Associazione Famiglie e Sostenitori Sofferenti Psichici della Tuscia" (Afesopsit) che chiede un numero adeguato di operatori del settore psichiatrico, ridotto oggi a 128 unità, contro le 213 previste in organico.

A Rieti, le lunghe liste d'attesa per gli esami specialistici scatenano la rabbia della comunità locale. **Il Tempo** (14/1/2012) titola: "Un anno di attesa per l'esame al cuore". Il quotidiano spiega: "Il timore di cittadini e associazioni di Rieti e provincia è che la sanità possa andare sempre peggio. È quanto emerso da una nostra inchiesta sul territorio che ha visto tanti soggetti segnalare criticità e proporre soluzioni. Le lunghe liste di attesa ma anche alcuni reparti del De Lellis che non funzionano e trascuratezze varie all'origine dei timori. Un cardiopatico deve attendere un anno per un esame specialistico".

Dalla provincia di Latina arriva l'ennesima segnalazione di sprechi e inefficienze. **Latina Oggi** (16/1/2012) titola: "Termosifoni accesi e ospedale vuoto". La denuncia è diretta: "Fanno orecchie da mercante. Cinquemila metri quadrati riscaldati 7 giorni su 7, con l'accensione dei termosifoni programmata su due fasce orarie, una delle quali, quella serale,

completamente inutilizzata. Perché, eccezion fatta per il personale presente all'interno del Punto di Primo Intervento, h24, in ospedale non c'è anima viva che possa servirsi di quei riscaldamenti. Così blocchi operatori, padiglioni per un numero di degenti che ai tempi d'oro sfiorava le duecento unità, letti vuoti che vengono puntualmente riscaldati senza che di quel ben di Dio ne usufruisca alcuno. Un pachiderma afflosciato. Ma tant'è, per l'Ospedale Distrettuale San Carlo di Sezze si spendono fiumi di denaro solo per scaldare le pareti vuote, senza che nessuno sia stato ancora in grado di mettere la parola fine ad un simile spreco".

L'Espresso (5/1/2012) riassume in termini preoccupati la situazione della sanità regionale del Lazio: "Polverini bocciata", titola.

L'Espresso Nel sommario aggiunge: "Gli esperti del Ministero denunciano: fuori controllo la sanità, si spende troppo per consulenze, farmaci e accordi con i privati".

Il reportage del settimanale si conclude così: "La situazione sanitaria del Lazio si sta trasformando in una bomba a orologeria, che potrebbe avere pesanti ripercussioni sull'assistenza ai cittadini e sull'occupazione. La crisi finanziaria del Gemelli fa sempre più paura e all'Idi, l'ospedale dermatologico più grande d'Italia, sempre di proprietà religiosa, sono mesi che gli stipendi vengono pagati con ritardi abissali. I posti letto sono stati tagliati un po' ovunque; decine di ospedali di provincia sono stati chiusi, una clinica d'eccellenza come la Stabat Mater rischia la bancarotta a causa dei ritardi burocratici della Regione. E nel 2012 potrebbe andare peggio: scadranno a giorni i contratti di centinaia di medici e dipendenti precari, ce ne sono 200 solo all'Agenzia di Sanità Pubblica, e i fondi per allungare gli ingaggi non sono ancora stati trovati. Quelli per i vitalizi dei politici, invece, si trovano sempre".

Intanto **L'Arena** (11/1/2012) rilancia l'allarme sulle infezioni ospedaliere chiamando in causa tutto il personale sanitario: "Camici carichi di batteri e mani poco lavate" è il titolo del servizio. Dove si legge: "Le infezioni ospedaliere rappresentano un'emergenza dai costi umani inaccettabili: 7.000 decessi l'anno, secondo uno studio realizzato dall'istituto Spallanzani di Roma. È corretto richiamare l'attenzione di medici e cittadini sull'abuso e il maluso degli antibiotici, ma il personale ospedaliero deve assumersi precise responsabilità". Flavio Magarini, segretario regionale del Tribunale per i diritti del malato, cita gli esperti: "Una ricerca, pubblicata sul numero di settembre 2011 dell'American Journal of Infection Control, dimostra che i camici bianchi sono possibile fonte di batteri potenzialmente patogeni. I ricercatori hanno fatto un prelievo dai camici di infermieri e medici, all'estremità delle maniche e alle tasche e in laboratorio hanno scoperto che fino al 60% delle divise del personale ospedaliero è colonizzato da batteri potenzialmente patogeni, tra cui quelli resistenti ai farmaci. Inoltre, da un analogo lavoro risulta che medici e infermieri italiani in corsia si lavano le mani una volta ogni 5 pazienti visitati. È assodato che il corretto lavaggio delle mani può prevenire dal 30% al 40% delle infezioni".

Operatori sanitari sotto accusa anche in molti altri casi.

Tra i vari episodi di malasanità che hanno funestato le cronache italiane degli ultimi mesi, spicca il gran risalto con cui i media hanno trattato la triste vicenda di Gessica, la giovane calabrese morta dopo un cesareo. **L'Unità** (22/1/2012) titola: "Medici e infermieri, dieci indagati per la morte di Gessica". Si legge: "Primari, medici, **L'Unità** chirurghi, infermieri. Tutti quelli che si sono occupati di Gessica, dal momento in cui mercoledì scorso, al nono mese di gravidanza e con qualche contrazione, è entrata nell'ospedale San Giovanni di Dio di Crotone al momento in cui, all'alba di venerdì, è morta dopo aver subito un parto cesareo, sono ora sotto accusa. Dieci avvisi di garanzia emessi dalla Procura di Crotone per omicidio colposo".

Tanto scalpore anche per la vicenda giudiziaria di un signore, Angelino Iacovelli, sotto inchiesta con l'accusa di aver tirato le fila dell'ultimo scandalo del calcio-scommesse.

Per giorni, la stampa nazionale lo presenta con la qualifica di infermiere ci vogliono numerosi interventi dei Collegi e della Federazione Iplasvi per far passare la verità.

Titola **La Stampa** (8/2/2012): "Categoria in rivolta: non è infermiere". L'articolo spiega: "Angelo Iacovelli 'non ha mai conseguito il titolo professionale' di infermiere. Lo rende noto un comunicato del Collegio provinciale Iplasvi di Bari che

LA STAMPA invita i giornalisti a rettificare le notizie che 'danneggiano, nell'immaginario collettivo, la professione sanitaria di infermiere'. Iacovelli, da più parti definito erroneamente infermiere, in realtà è un addetto alle cucine e dispensatore di cibo dell'ospedale Di Venere di Bari. Almeno fino alla protesta dei dispensatori di cibo".

Per una volta, però, sotto i riflettori dei media finiscono anche aspetti particolari della professione, solitamente ignorati dal grande pubblico.

Il **Corriere della Sera** (2/1/2012) riferisce del primo convegno, tenuto a Tor di Quinto, dagli infermieri subacquei: "Gli 'infermieri del mare' angeli custodi dei subacquei", recita il titolo.

Il servizio spiega: "Figura poco nota quella dell'infermiere della Marina Militare. Lavorano nei centri ospedalieri di Taranto,

CORRIERE DELLA SERA Augusta, Spezia, Maddalena e Ancona. Presso le Capitanerie di porto, a bordo delle navi. Sono circa 500, formazione universitaria con docenti civili, quasi tutti dell'ateneo di Bari. Protagonisti di salvataggi di persone disperse, di subacquei, di clandestini. Impegnati nella sicurezza delle spiagge e nella vigilanza della pesca. Il numero degli infermieri del mare è insufficiente. Sono 496, più 34 tra fisioterapisti, laboratoristi, operatori di radiologia e neuro fisiopatologia. La figura di questi professionisti si è evoluta. Non più diplomati, ma laureati con preparazione specifica, come il soccorso di palombari e sommozzatori e il ruolo nelle camere iperbariche. Figure che meritano una maggiore attenzione anche nella codifica di attribuzioni, inclusa appunto la prescrizione di farmaci. Tra i progetti per qualificare sempre più gli infermieri del

mare, un master specifico all'università di Tor Vergata".

Libero (31/1/2012) scova un approccio decisamente originale all'assistenza ospedaliera e titola: "L'infermiere comico che cura con una risata". Il servizio spiega: "Un sorriso vale più di mille

Libero farmaci. Patch Adams l'aveva detto, Robin Williams l'ha messo in scena. Il messaggio è stato recepito da molti, tanto che la comicoterapia è ormai presente in molti ospedali. Sono per lo più le associazioni che, con l'aiuto di volontari-clown, portano una ventata di buon umore nei reparti. A Bari, invece, un infermiere ha provato a conciliare siringhe e sorrisi: è Francesco Di Gennaro che alterna le risate alle pillole e ha scoperto che, col sorriso, si guarisce più in fretta. Se, per Adams "il mondo è malato, per cambiarlo ci vuole una rivoluzione", per Di Gennaro "la corsia è un po' come tutta la vita". E per l'infermiere la terapia funziona: "Grazie al buon umore, ho visto pazienti assumere meno farmaci, antidepressivi e antidolorifici e accelerare il processo di guarigione. Inoltre, riesco a fargli dimenticare almeno per un po' la sindrome da ricovero che colpisce tutti".

Febbraio, purtroppo, si apre con una storica nevicata che manda in tilt Roma e i Pronto soccorso di quasi tutti gli ospedali laziali. Nell'emergenza generale, l'eccezionale ondata di gelo consegna agli infermieri un nuovo, spaventoso superlavoro ma anche la gratitudine dei mezzi d'informazione. Sono molti, finalmente, i reportage giornalistici dedicati all'opera instancabile degli operatori sanitari nell'allerta.

Ma non c'è neanche il tempo di gioire che nuovi veleni mediatici si abbattono sul personale dei Pronto soccorso romani: tutti nello stesso calderone.

Il Tempo (14/2/2012) titola senza indugi: "Pronto soccorso? Per terra". La denuncia è spietata: "Pazienti in fin di vita assistiti sul pavimento al San Camillo. Mancano letti e barelle. Foto choc dei medici: intervenga la Regione, pronta la denuncia in Procura".

I Nas si scatenano con ripetuti blitz negli ospedali della capitale. La stampa insiste ossessivamente sulle condizioni disastrose delle strutture e sugli organici falcidiati.

Il Giornale (17/2/2012) titola: "Roma, i Pronto soccorso finiscono sotto inchiesta". E scrive: "I Nas indagano su tutte le strutture d'emergenza della capitale. Pazienti stipati per terra, facce rassegnate al peggio, infermieri che scappano o si coprono la faccia. Il

il Giornale filmato che riprende i malati per terra al San Camillo e che il Corriere della Sera.it manda in rete da martedì ha fatto scalpore. Tanto da convincere la Procura di Roma ad aprire un fascicolo per indagare su eventuali carenze in tutti i Pronto soccorso della capitale".

Di lì a pochi giorni, un nuovo caso che fa scalpore. Giornali, radio e tv ci si buttano a capofitto. "Donna in coma dimenticata quattro giorni sulla barella", titola **Libero** (21/2/2012). "In coma, legata mani e piedi alla barella da 4 giorni e senza nutrizione. È scandalo al Policlinico Umberto I di Roma per le condizioni in cui è stata trovata una donna di 59 anni, parcheggiata al Pronto soccorso in

attesa del ricovero 'da un minuto all'altro'".

Il **Sole 24 Ore** (21/2/2012) aggiunge: "Roma, donna in coma legata: indagine della procura sul Policlinico Umberto I". E scrive: "Ancora un episodio di malasanità a Roma. Sotto gli occhi di

SOLE 24 ORE Domenico Gramazio e Ignazio Marino, della Commissione d'inchiesta parlamentare sull'efficienza del Ssn, si è presentata una scena raccapricciante: una donna, in coma, legata su una barella del Pronto soccorso del policlinico Umberto I. La procura ha aperto un'inchiesta. Il ministro Balduzzi ha inviato gli ispettori".

La bufera non risparmia il Policlinico Casilino. **Il Fatto Quotidiano**

(23/2/2012) pubblica un'inchiesta riferendo di una situazione molto grave al Pronto soccorso.

Tutto nel mucchio: superaffollamento, disorganizzazione e, naturalmente, il personale sanitario. I colleghi chiamati in causa reagiscono e il 6 marzo il quotidiano pubblica la loro replica. Il personale del Pronto soccorso spiega: "Non si tratta di negare l'evidenza delle nostre difficoltà e dei disagi per i pazienti, anche prevedibili se parliamo dell'ospedale del Lazio col peggior rapporto tra accessi al Pronto soccorso e posti letto. Nessuno vuol nascondere la presenza di barelle nel corridoio né l'affollamento delle stanze, ma non capiamo la necessità di arricchire la descrizione con cose palesemente infondate". L'elenco è lungo: "Non c'era nessun paziente in barella da 6 giorni e nessun infartuato era su una seggiola". E ancora: "non c'era una donna che faceva avanti e indietro con una minaccia d'aborto". Così anche per i macchinari abbandonati, che i colleghi del Casilino spiegano "non siamo riusciti a trovare". E concludono: "Ben vengano le vostre inchieste, ma forse se vengono meglio definite le responsabilità di questa situazione e si accompagnano con momenti di confronto con gli operatori si potrà essere più precisi ed evitare interpretazioni errate che comportano il rischio di frustrare l'impegno di quanti sono costretti a lavorare in condizioni di disagio non molto diverso da quello dei pazienti".

L'ennesimo tourbillon mediatico sulla sanità e i suoi operatori si avvinghia su se stesso e trascina dentro tutto e tutti. Gli infermieri, che sono in prima linea, lo sanno fin troppo bene.

Che dire? Consoliamoci col fatto che perfino nella civilissima Svezia gli infermieri hanno ancora problemi a garantirsi un'adeguata considerazione professionale. Così come riferisce il quotidiano scandinavo in lingua inglese **The Local** (23/2/2012): "Cercasi infermiere

The Local hot come quelle della tv", il titolo. Si tratta dell'annuncio di ricerca di personale infermieristico, quanto mai sessista e discriminatorio, diramato da un noto ospedale di Stoccolma. Si legge: "Cercasi infermiere motivate, professionali, con senso dell'umorismo. E ovviamente hot come le protagoniste delle serie tv". Il dirigente dell'ospedale, finito immediatamente nella bufera, ha replicato serafico che, in realtà, cerca soprattutto "persone competenti" e che la specifica sexy era solo una "trovata di marketing". Che ha funzionato...".

Senza parole.

Sociologia della salute per l'approccio infermieristico

Dopo anni di difficile decollo, la Sociologia della salute si è affermata nel nostro Paese come disciplina specifica dotata di ampio riconoscimento e in grado di orientare l'azione dei professionisti della salute.

Il presente manuale – destinato a infermieri che già operano in setting assistenziali pubblici e privati ed infermieri in formazione nei corsi di laurea base e nei corsi post-base – rappresenta un testo introduttivo alla sociologia della salute che, attraverso un approccio interdisciplinare, uno sguardo policentrico e un taglio divulgativo, affronta le principali tematiche concernenti il rapporto tra salute e società.

Nella prima parte, si analizzano i nodi cruciali della Sociologia della salute e della malattia, quali il rapporto tra teoria, empiria, spendibilità; i paradigmi sociologici della salute; il corpo; il rapporto medico-paziente; le disuguaglianze di salute; la promozione del benessere; il rapporto tra immigrazione e salute; i sistemi sanitari nei paesi avanzati.

Nella seconda parte, si discutono alcune questioni che riguardano da vicino la professione infermieristica, come il rapporto interprofessionale con i medici e con le altre professioni sanitarie; i cambiamenti legislativi che hanno coinvolto gli infermieri in special modo negli ultimi venti anni; la comunicazione con il paziente; i percorsi di formazione interculturale; il ruolo dell'infer-



miere nell'assistenza di comunità e alla famiglia in senso esteso, l'assistenza infermieristica nelle situazioni di vulnerabilità e marginalità.

In conclusione, vengono delineati alcuni scenari di cambiamento e di prospettiva per la professione infermieristica.

Linda Lombi, dottore di ricerca in Sociologia, è assegnista di ricerca presso l'università di Bologna dove svolge varie attività di docenza.

Si occupa soprattutto di metodologia della ricerca e prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Tra le sue ultime pubblicazioni per i nostri tipi si ricorda: *“Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità”*, 2008.

Alessandro Stievano è docente di Teorie del nursing e Metodologia della ricerca in corsi di base e post base per l'università degli studi di Roma Tor Vergata. Laureato magistrale in Scienze dell'Educazione, è esperto nei processi formativi ed autore di numerose pubblicazioni a livello nazionale ed internazionale.

**Introduzione alla sociologia della salute.
Manuale per la professione infermieristica**

a cura di Linda Lombi, Alessandro Stievano
Franco Angeli editore, 26 euro

Passione e professionalità per combattere la malattia

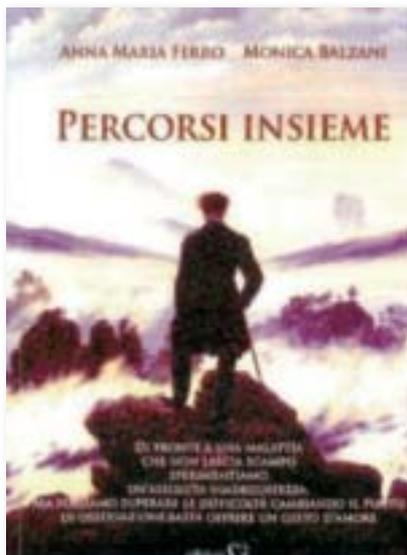
Storie di malattia, dolore, ma anche di allegria e amore.

Anna Maria Ferro e Monica Balzani, infermiere dell'assistenza domiciliare, hanno raccontato in un libro, "Percorsi insieme", la loro esperienza al fianco dei pazienti e dei loro familiari, cercando di trasmettere cosa significhi vivere quotidianamente la sofferenza, quale sia il carico di dubbi e di fragilità che essa comporta, e quanta la forza interiore necessaria per cercare di alleviare il più possibile tale stato di afflizione.

Entrambe le autrici si sono ritrovate ad affrontare la realtà dell'assistenza domiciliare dopo aver lavorato in diversi reparti ospedalieri, passando, così, da un lavoro di équipe, ad uno dove bisognava combattere da sole con il dolore e la malattia.

Cosa che comporta, sicuramente, maggiori responsabilità, ma che, al contempo, favorisce l'instaurarsi, col paziente e la sua famiglia, di un rapporto di fiducia e di una relazione tanto profonda da trasformare l'infermiere in un "compagno di viaggio" con cui percorrere un tratto (purtroppo, spesso, l'ultimo) del cammino della vita, con reciproco arricchimento.

Dalle storie narrate emerge chiaramente come, nelle difficoltà e



nelle situazioni più drammatiche, la migliore risorsa per andare avanti e non mollare sia la professionalità, coniugata all'amore per l'altro, che è non solo il malato, ma anche il parente prossimo, spesso impotente davanti al dolore del proprio caro.

Anche lui trova proprio nell'infermiere l'appoggio, il consiglio, la vicinanza e la capacità di gestire le situazioni, anche quelle più difficili.

Senza scadere mai nel patetico, il filo conduttore di tutte le vicende narrate nel libro è, però, l'allegria (alternata alla sofferenza), come nel lavoro così nella vita.

Percorsi insieme

Anna Maria Ferro e Monica Balzani
Macro edizioni, 10 euro

Informazioni e/o richiedere il libro:

*in spedizione gratuita: unicornofenice@gmail.com;
Monica Balzani, 392.8388279; Anna Maria Ferro, 347.4789689*

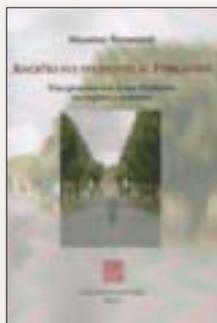
Oppure:

*www.macroedizioni.it; www.ilgiardinodeilibri.it;
www.edizionisi.com.*

**NOVITÀ
EDITORIALE**

Un infermiere romano racconta il Forlanini

Il glorioso passato dell'ospedale Forlanini, che dal 1934 per circa trent'anni costituì un "piccolo paese dentro Roma", viene magistralmente ricostruito dal collega infermiere Massimo Venanzetti attraverso una documentazione approfondita, corredata da immagini rare ed inedite. Lungo i viali dell'ex-sanatorio, tra aneddoti e racconti, è il professor Eugenio Morelli, allievo di Carlo Forlanini, a far rivivere i tempi in cui il sanatorio era una struttura all'avanguardia mondiale per la cura della tubercolosi. Nel tempo, con il diminuire dei malati, l'imponente costruzione, fortemente voluta da



Mussolini, ha dovuto affrontare la trasformazione in struttura ospedaliera. Da allora è iniziato il lento ma graduale declino, giunto oggi al suo doloroso epilogo. Il volume vuole essere una celebrazione e un ricordo di una storia tutta italiana di cui ancora andar fieri, una testimonianza di che cosa è stato e che cosa ha rappresentato il Forlanini.

Anch'io fui studente al Forlanini

di Massimo Venanzetti
Ed. Scienze e Lettere
pp. 359, euro 25

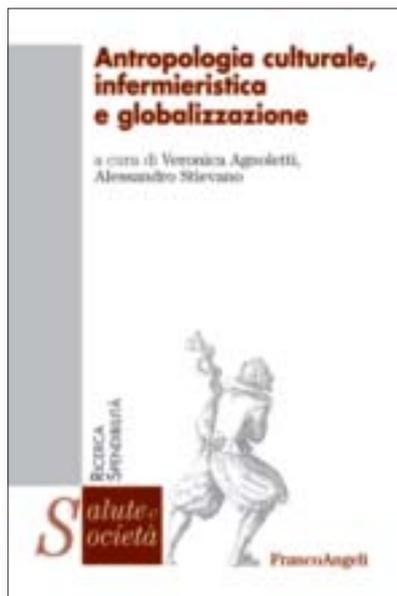
Nursing ed antropologia un connubio moderno e vincente

In ambito anglosassone, da circa 50 anni l'antropologia e il *nursing* hanno costituito una realtà culturale d'avanguardia che ha trovato un proprio spazio di legittimità, ed ora, anche in Italia, tale proficua collaborazione comincia a dare i suoi frutti. Dai primi anni '70, queste discipline hanno tracciato un comune percorso d'intesa che ha configurato un sapere fecondo, basato sul riconoscimento dell'umanità della persona e della vera essenza ontologica del riconoscere l'uomo nella sua complessità come terreno comune di riflessione.

La connessione tra antropologia e *nursing*, nel processo di globalizzazione, assume connotati nuovi, ricchi di spunti di riflessione che non possono essere trascurati nella formazione dell'infermiere e di tutte le professioni sanitarie.

Il presente volume, in tal senso, si propone di concorrere al miglioramento dell'approccio transculturale al *nursing*: l'antropologia, infatti, nel suo approccio originale allo studio della relazione infermiere-paziente, evidenzia l'importanza di alcune dinamiche quali l'intersoggettività, le dinamiche interazionali tra più attori coinvolti nel processo di cura, nonché esalta tutte quelle componenti che affondano le loro radici al di là di una razionalità logica.

Il testo è diviso in due parti: una più marcatamente teorica e di



approfondimento delle teorie socio-antropologiche, e una pratica, volta alla conoscenza del *nursing* nelle sue dimensioni antropologiche e spendibili.

Gli autori: Veronica Agnoletti, assegnista e professore a contratto in Sociologia presso la facoltà di Scienze Politiche "Ruffilli" (Forlì), università degli Studi di Bologna). Tra le ultime pubblicazioni: *"Il rapporto medico-paziente e l'infermiere: nuove forme di care"* (2011); *"Introduzione alla sociologia della salute. Manuale per la professione infermieristica"* (FrancoAngeli, Milano, 2011); *"La spendibilità della sociologia fra teoria e ricerca"* (FrancoAngeli, Milano).

Alessandro Stievano, dottore di ricerca in Scienze Infermieristiche per l'università degli studi di Roma-Tor Vergata e *Nurse research fellow* per il Centro di Eccellenza per la

Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio Ipsavi di Roma. Ha curato con Linda Lombi, *"Introduzione alla sociologia della salute. Manuale per la professione infermieristica"* (FrancoAngeli, Milano, 2011).

Antropologia culturale, infermieristica e globalizzazione

a cura di Veronica Agnoletti, Alessandro Stievano
Franco Angeli editore, 256 pagine, 28 euro

Liberalizzazione della professione: abolite le tariffe per aumentare la concorrenza?

Considerato che è stato presentato proprio pochi giorni fa il testo del Decreto sulle liberalizzazioni (D. Lgs. n.1/2012), intendo svolgere qualche riflessione su questo tanto discusso tema della liberalizzazione delle professioni, per capire a quali criteri essa è ispirata ed in che modo cambierà quest'ambito dei servizi per come noi lo conosciamo. Il tutto, ovviamente, facendo particolare riferimento alla professione infermieristica.

Nella relazione al Decreto si legge che la riforma in oggetto ha come obiettivo primario lo sviluppo di autonome attività d'impresa, ed è ispirata a criteri e principi propri del diritto europeo.

Il riferimento è chiaramente quello alla creazione di un mercato comune in cui sia effettivamente ed efficacemente assicurata la libera circolazione di persone, merci, servizi e capitali, prevista come obiettivo fondamentale della Comunità europea ai sensi dell'art.2 del Trattato di Roma.

L'art.3 del Trattato sull'Unione Europea, sempre nella medesima ottica, sancisce poi che l'Unione si adopera per lo sviluppo di un mercato interno basato su un'economia fortemente competitiva.

E ancora, nel Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea leggiamo che il mercato interno comporta uno spazio senza frontiere interne, nel quale è assicurata la libera circolazione delle merci, delle persone, dei servizi e dei capitali (art.26), e che gli Stati membri si sforzano di procedere alla liberalizzazione dei servizi (art.60).



Da ultimo, nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea è sancito il diritto di esercitare una professione liberamente scelta in qualunque Stato membro (art.15) ed è riconosciuta la libertà d'impresa (art.16).

Allo scopo di eliminare le molte ed ingiustificate situazioni di barriere all'accesso e le rendite di posizione ancora esistenti (in questi termini si esprime la relazione illustrativa) e con l'obiettivo di ampliare dunque le opportunità di lavoro e le prospettive di mobilità e di promozione sociale, la riforma mirerebbe ad aumentare il grado di concorrenza in servizi definiti al riparo della concorrenza internazionale.

A conforto di tale assunto, si portano percentuali e statistiche atte a dimostrare come, nel nostro Paese, a differenza degli altri in Europa, il settore dei servizi sarebbe per larga parte al riparo dalla concorrenza a causa di regolamentazioni sui prezzi e/o limitazioni alle forme d'impresa.

In particolare, l'obiettivo sarebbe quello di una ridefinizione, nell'ottica della semplificazione, dei requisiti necessari per lo svolgimento di attività economiche e l'introduzione di un controllo ex post degli stessi.

Siffatta politica di liberalizzazione, ritenuta essenziale per promuovere la crescita del Paese, sarebbe adottata nell'ottica di allinearla a quelle che sono le best practices europee, improntate sul fondamentale gioco della concorrenza.

E proprio dal fondamentale principio della concorrenza, sancito dal Trattato dell'Unione europea, nonché dal principio di libertà di iniziativa economica privata (sancito dall'art.41 della Costituzione) prenderebbe le mosse detta liberalizzazione.

Premessi questi brevi cenni sulla generale impostazione che il Governo ha voluto dare a tale riforma, vediamo, in concreto, quali saranno le conseguenze della liberalizzazione della professione infermieristica, cercando di valutare se il perseguimento di una siffatta politica avrà effettivamente il voluto scopo di introdurre, in tale ambito, meccanismi concorrenziali per ora ritenuti assenti o scarsi.

Le norme approvate hanno il principale scopo di abrogare le tariffe professionali, a favore della libera contrattazione.

In particolare, l'art.9 D.Lgs. n.1/12 abroga le tariffe delle professioni regolamentate nel sistema ordinistico, nonché le disposizioni vigenti che, per la determinazione del compenso del professionista, rinviano a dette tariffe.

Nel caso di liquidazione da parte di un organo giurisdizionale, il compenso del professionista è determinato con riferimento a

parametri stabiliti con decreto del ministro vigilante. Con decreto del ministro della Giustizia, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, sono anche stabiliti i parametri per oneri e contribuzioni alle casse professionali e agli archivi precedentemente basati sulle tariffe.

L'utilizzazione dei parametri abrogati nei contratti individuali tra professionisti e consumatori o micro-imprese viene sanzionata con la nullità della clausola relativa alla determinazione del compenso ai sensi dell'art.36 del D.Lgs. n.206/05 (Codice del consumo).

Il compenso per le prestazioni professionali dovrà essere pattuito al momento del conferimento dell'incarico professionale, ed il professionista in quella sede deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento alla conclusione dell'incarico e dovrà altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale.

In ogni caso, la misura del compenso, previamente resa nota al cliente anche in forma scritta se da questi richiesta, dovrà essere adeguata all'importanza dell'opera e dovrà essere pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi.

L'inottemperanza di quanto stabilito in tema di informativa da rendere all'atto di conferimento dell'incarico costituisce illecito disciplinare del professionista.

Ora, considerato che, mentre scrivo, le nuove norme sono già entrate in vigore, ecco alcuni consigli pratici sui contratti che d'ora in avanti l'infermiere libero professionista dovrà stipulare con il paziente capace di intendere e di volere, con il suo tutore, curatore o amministratore di sostegno al momento del conferimento dell'incarico professionale.

Innanzitutto, è preferibile la forma scritta, anche se ai sensi della nuova normativa questa è obbligatoria soltanto in presenza di un'esplicita volontà del paziente.

Dovranno essere indicate le parti contraenti: il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica da un lato, il paziente o un suo rappresentante, nel senso sopra precisato, dall'altro lato.

Il testo contrattuale dovrà poi indicare con precisione l'oggetto: il piano di assistenza infermieristica di tipo preventivo, curativo, palliativo o riabilitativo richiesta, gli interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa, la patologia ed il grado di complessità della prestazione infermieristica richiesta.



Dovrà essere indicato il luogo in cui espletare la prestazione oggetto del contratto, le modalità ed i tempi della stessa, la sua eventuale e presumibile durata.

Si dovranno poi specificare le obbligazioni che l'infermiere assume con la stipula del contratto: l'assistenza, la cura, il prendersi cura del paziente nel rispetto della vita, della salute, della libertà, della dignità, della privacy dell'individuo, nel pieno rispetto del D.M.739/94 e del Codice Deontologico, disciplinante tanto i principi etici generali della professione infermieristica, quanto nello specifico i rapporti con la persona assistita.

Quanto alle obbligazioni assunte dal paziente, il corrispettivo contrattualmente previsto dovrà essere adeguato alla complessità della prestazione infermieristica, dovrà essere pattuito indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi, e dovranno essere fornite tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento alla conclusione dell'incarico.

Potrà essere disciplinato il diritto di recesso delle parti (si ricorda che l'infermiere libero professionista può recedere dall'incarico qualora sopravvengano circostanze o vincoli che possano influenzare la sua libertà di giudizio ovvero condizionare il suo operato; nel caso di recesso dall'incarico, l'infermiere comunque avverte tempestivamente il cliente, soprattutto se l'incarico deve essere proseguito da altro professionista (in ogni caso, il recesso deve avvenire in modo da non arrecare pregiudizio al paziente).

Si dovranno altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale. I tanto discussi **tariffari**, originariamente introdotti per fissare

limiti nella pattuizione dei compensi, erano stati comunque già oggetto di parziale abrogazione per quanto riguarda la loro natura vincolante dalla Legge n.248/2006, che, proprio in attuazione del principio della libera concorrenza, aveva reso le tariffe fisse o minime meramente orientative. Inoltre soltanto le tariffe massime restavano inderogabili, a tutela dell'utente.

Da un'inserzione automatica nel contratto, ai sensi dell'art.1339 C.c., del prezzo stabilito dal tariffario per l'esercizio della libera professione infermieristica in ipotesi di pattuizione di corrispettivi difformi dai minimi e massimi previsti come inderogabili, si era già passati pertanto ad una natura meramente orientativa dei prezzi fissi o minimi stabiliti dallo stesso tariffario, a valere dunque quali meri valori indicativi nonché (ex art. 2233 C.c.) in ipotesi di mancata determinazione consensuale del compenso.

Con il nuovo Decreto si è, dunque, giunti in totale inversione di tendenza rispetto all'originaria impostazione, alla nullità della clausola concernente il compenso se determinato con mero rinvio ai parametri costituiti dai tariffari.

Da oggi in poi, i contraenti – infermiere e paziente – dovranno, pertanto, pattuire obbligatoriamente il compenso sulla base di precise indicazioni e previsioni in merito al grado di complessità dell'incarico, fornite dal professionista al momento della stipula del contratto.

Inoltre, rispetto al passato, non è più fissato alcun tetto massimo, con conseguente minor tutela per l'utente.

Ciò, senza contare l'assoluta difficoltà e il margine di inesattezza che può derivare da una siffatta previsione circa il grado di complessità di un incarico, specialmente con riferimento alla professione infermieristica (stando alla nuova normativa, infatti, dovrebbero essere sin dall'inizio elencati tutti i possibili

risvolti di una determinata situazione di un potenziale paziente, distinguendo, per ogni singola prestazione prevedibile, tutte le voci di costo), non si vede come un intervento di totale abrogazione delle tariffe, che erano ormai limitate (almeno le fisse e le minime) a mera funzione, come detto, di linee guida, possa agevolare nel modo sperato la concorrenza nel nostro Paese e portarlo al livello di quelli europei.

Un possibile rischio derivante da detta nuova impostazione potrebbe essere quello di ottenere un'offerta dei servizi al ribasso, a scapito della qualità delle prestazioni.

E ciò sarà ancor più grave nella professione infermieristica, dove la riduzione della qualità della prestazione potrebbe mettere a rischio la salute dei pazienti.

Il principio della libera concorrenza aveva già trovato piena attuazione nelle libere professioni tramite l'abrogazione dell'obbligatorietà dei minimi tariffari.

E la permanenza degli stessi con mera natura orientativa, lungi dal rappresentare un limite alla libera iniziativa economica privata, costituiva solo una necessaria garanzia dei livelli delle prestazioni rese, che, a parere di chi scrive, non avrebbe dovuto essere eliminata.

Gli interventi di liberalizzazione delle professioni, introdotti nell'ottica di far rientrare la libera professione infermieristica (e non solo questa) nel principio comunitario di libera concorrenza e in quello di libertà dell'iniziativa economica privata (art.41 Costituzione), rischiano dunque di far sì che, per perseguire tale obiettivo, vengano peggiorati i livelli delle prestazioni fornite, a scapito dunque (con riferimento allo specifico settore di cui ci stiamo occupando) della tutela della salute, anch'essa costituzionalmente protetta dall'art.32.

Avv. Alessandro Cuggiani

IN PILLOLE

Meno decessi per l'alcol, ma ancora troppi casi tra i giovani

Dall'ottava Relazione al Parlamento sugli interventi realizzati dal ministero della Salute e dalle Regioni, trasmessa dal ministro Balduzzi ai presidenti delle Camere, emerge che, tra il 2007 e il 2008, è diminuita la mortalità correlata all'uso di alcol (-12%) ed è in calo anche la percentuale delle persone in trattamento (-1,8%), ma scende il numero dei nuovi utenti al di sotto dei 20 anni.

I giovani consumano bevande alcoliche in breve tempo e fuori pasto (fenomeno definito come binge drinking).

Nel 2010, il fenomeno ha riguardato il 13,4% degli uomini e il 3,5% delle donne e, più in particolare, nella fascia tra i 18 e i 24 anni, la percentuale di donne che pratica il binge drinking sale al 9,7%.

I dati della Relazione testimoniano che, nel nostro Paese, è in atto un passaggio dal tradizionale "modello Mediterraneo", con consumi quotidiani e moderati (incentrati prevalentemente sul vino) a un modello più articolato, che risente sempre più dell'influsso culturale nordeuropeo. I consumatori fuori pasto, negli ultimi 15 anni, sono raddoppiati, anche se, analizzando gli ultimi due anni, si trovano dati relativamente stabili; anzi, tra il 2009 e il 2010, si registra una lieve diminuzione del consumo tra i giovani fino a 25 anni (dal 34,3% al 34,1%) e tra le donne (dal 15,7% al 14,6%).



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 accompagnate 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 ormai 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 1 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 Ispasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

XVI CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

PROFESSIONISTI NEL CUORE DEL FUTURO



INFERMIERI.

LA FORZA DI UNA NUOVA CULTURA

PER IL SISTEMA SALUTE

BOLOGNA 22-23-24 MARZO 2012

Palazzo dei Congressi
Piazza della Costituzione

**GRAZIE
PER IL TUO
CONTRIBUTO**

 **IPASVI**
Federazione Nazionale Collegi Infermieri