

# INFERMIERE

*oggi*

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

**N°2**

**EDITORIALE**

Superare il blocco del turn over  
per il bene del Lazio

**FOCUS**

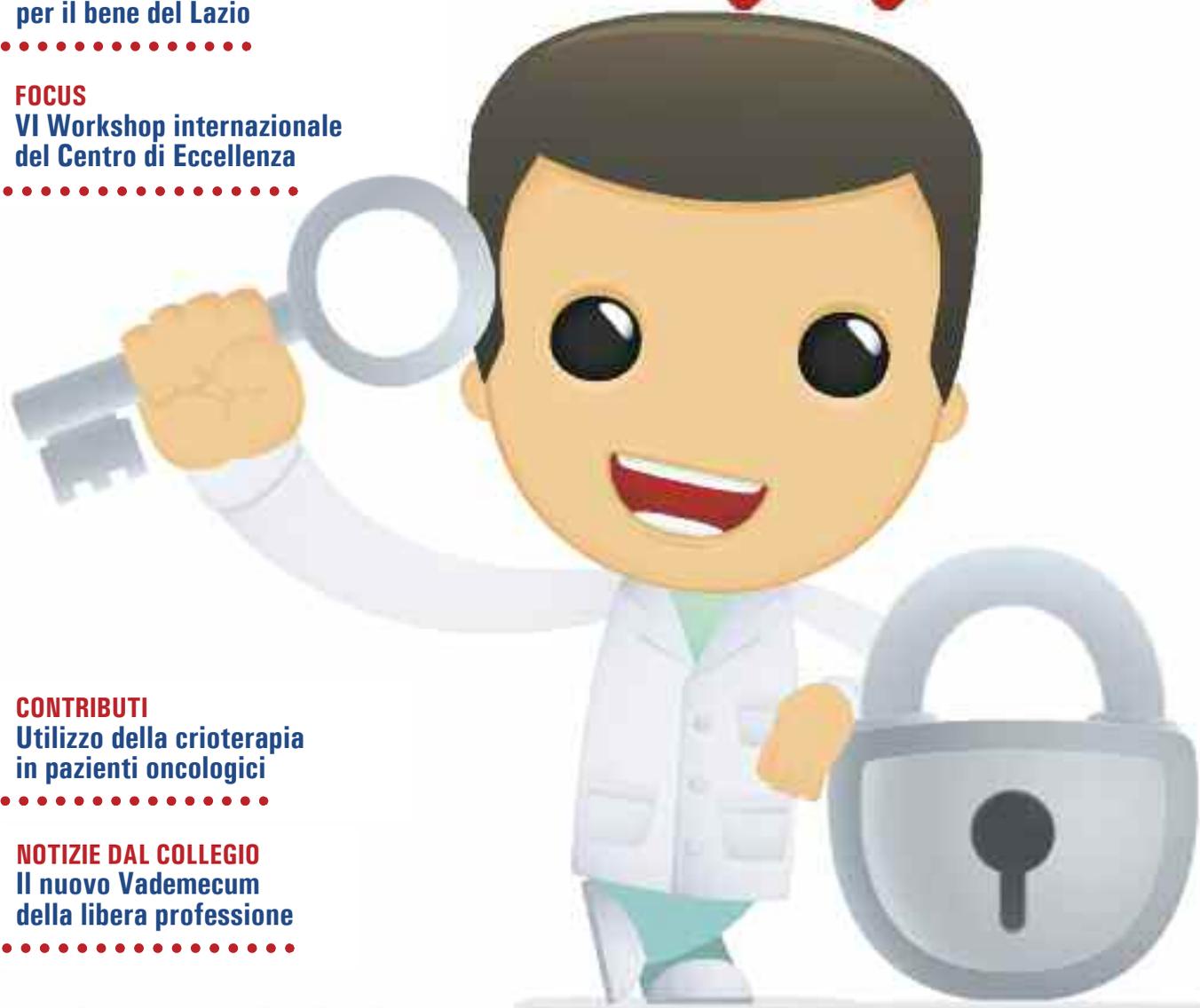
VI Workshop internazionale  
del Centro di Eccellenza

**CONTRIBUTI**

Utilizzo della crioterapia  
in pazienti oncologici

**NOTIZIE DAL COLLEGIO**

Il nuovo Vademecum  
della libera professione



**SBLOCCARE LE ASSUNZIONI  
PER SALVARE LA SANITÀ**

# INFERMIERE

Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma  
Anno XXIV - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2014  
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

Chiara Agliata, Simonetta Bartolucci, Angela Basile, Marinella Carnevale,  
Girolamo De Andreis, Gianfranco Del Ferraro, Stefano Di Carlo,  
Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli, Jasmine Mirtini, Maria Grazia Proietti,  
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  
Impaginazione: Madi Studio di D. Cirillo - Salerno  
Foto: Mario Esposito; Shutterstock

Finito di stampare: luglio 2014

Tiratura: 34.500 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 **Lo sblocco selettivo delle assunzioni per salvare la sanità nel Lazio**  
*di Gennaro Rocco*

### CONTRIBUTI

- 3 **La valutazione del pensiero critico nella formazione infermieristica: il processo di validazione della *Holistic Critical Thinking Scoring Rubric* (Hctsr)**  
*di Annamaria Bagnasco, Giuliana Zunino, Valeria Cremonini, Simona Calza, Loredana Sasso*

- 9 **Il *Primary Nursing* e la realtà italiana**  
**Revisione della letteratura sui modelli assistenziali infermieristici**  
*di Gabriella Facchinetti, Valeria Di Giuseppe, Barbara Esposito, Amelia Migliozi*

- 15 **Infermieri meritevoli oggi tra disagio e perplessità**  
*di Anna Laura Fioribello*

- 20 **Anziano con deterioramento cognitivo: tre approcci non convenzionali a confronto per la riduzione del disagio psichico**  
*di Noemi Cittadini, Marialucia Portato, Patrizia Ranieri*

- 26 **Utilizzo della crioterapia nella riduzione dello sviluppo della mucosite orale in pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia**  
**Una ricerca bibliografica**  
*di Marco Paturzo, Mauro Galluccio*

- 34 **L'educazione all'autotrattamento fornita da infermieri Case manager è in grado di ridurre i tempi di ripresa delle riacutizzazioni nei pazienti affetti da Bpco?**  
*di Silvia Sferrazza, Fiorella Pampoorickal, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese*

### FOCUS

- 37 **VI WORKSHOP INTERNAZIONALE DEL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA**

### DICONO DI NOI

- 46 **Non fanno più notizia solo i tagli. Spazio anche ai disagi degli infermieri**

### NOTIZIE DALLA REGIONE

- 49 **SOS degli infermieri: subito concorsi e assunzioni o il sistema crollerà**  
50 **Infermieri all'estero, attenzione al rischio di passare per... badanti!**

### NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 52 **"Operazione sicurezza": la guida di Cittadinanzattiva sostenuta dall'Ipasvi**  
53 **Arriva il nuovo Vademecum della libera professione Infermieristica**  
55 **Ipasvi Cup 2014, ai rigori si impone il "Cristo Re"**  
58 **TORNEO NIGHTINGOAL**  
**La prima edizione del campionato nazionale vinta dall'Ipasvi Rovigo**

### LETTO PER VOI

- 59 **Dieci anni dopo: un'altra infermieristica**  
**Un manuale per orientarsi nella ricerca bibliografica sul web**  
60 **Tris di volumi sul tema della violenza sulle donne**  
61 **La salute nella società del web**

### L'AVVOCATO DICE

- 62 **Come cambia il contratto a tempo determinato a seguito della recente riforma contenuta nel d.l.34/2014 convertito nella l.78/2014**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



## Lo sblocco selettivo delle assunzioni per salvare la sanità nel Lazio

di Gennaro Rocco

Ce lo hanno ripetuto fino alla noia: la spesa sanitaria è troppo alta e se non si risparmia la baracca crolla.

E allora tagli di risorse e servizi, spending review, blocco delle assunzioni. Il punto è che il tunnel del rigore finanziario, imboccato ormai da anni dalla nostra Regione, non mostra via d'uscita e non dà frutti.

Almeno non quelli sperati e dichiarati. Ed è un tunnel senza fine che ogni giorno di più si rivela peggiore del male che intende curare.

Le manovre finanziarie adottate dalle amministrazioni che in questi anni si sono succedute alla guida della Regione Lazio mostrano oggi tutti i loro effetti nefasti.

Politiche concentrate esclusivamente sui tagli, attente al solo aspetto finanziario, angosciate dall'incubo del debito sanitario, che si sono dimostrate miopi. Tanto che neppure i risparmi ipotizzati sono stati conseguiti.

È ormai evidente che non è questa la strada giusta per recuperare risorse economiche.

L'offerta dei servizi sanitari è incomprimibile in una società come la nostra, sempre più anziana, caratterizzata da multipatologie e bisognosa di assistenza.

Perciò ridurre la spesa sacrificando i servizi finisce per generare ulteriori costi. Un sistema che non funziona e non risolve il problema del debito sanitario del Lazio. Bisogna prenderne atto.

La componente infermieristica, sulla quale grava gran parte del peso e della responsabilità del sistema, esce a pezzi da questa drammatica stagione.

Così come escono a pezzi i cittadini che vedono ridursi drasticamente e costantemente servizi, prestazioni, ambulatori, reparti ospedalieri. Un preoccupante disinvestimento sulla salute che non porterà lontano.

Questo sì che è il viatico per far crollare il sistema.

Alla politica, così prodiga di soluzioni e promesse, non chiediamo di tornare ai tempi allegri della spesa fuori controllo, ma di ragionare sui fatti, senza preclusioni.

E con un minimo di lucidità che finora è mancata. Per far viaggiare ancora il torpedone della sanità pubblica non si può tagliare su tutto indiscriminatamente.

Se il motore deve girare non si rinuncia al carburante, semmai si taglia sulla tappezzeria o sugli optional non necessari.

**Il blocco del *turn over* che impedisce di svolgere i concorsi e di assumere nuovo personale sanitario ha il sapore di un harakiri e sta ferendo a morte il sistema.**

Se blocco deve essere, che sia almeno selettivo.

Si possono attendere tempi migliori per alcune figure sanitarie, non per gli infermieri per i quali vanno subito sbloccate le assunzioni e riempiti i paurosi vuoti di organico che pregiudicano la qualità dell'assistenza, alimentando peraltro il gravissimo fenomeno della disoccupazione infermieristica.

In molti ospedali, anche i più qualificati e prestigiosi, la carenza di personale ha già prodotto una forte riduzione delle attività a scapito della sicurezza dei pazienti e con un rischio professionale eccessivo per gli operatori.

Come ogni estate, poi, la situazione è destinata a peggiorare ulteriormente con il periodo delle ferie. L'emergenza è troppo marcata per tardare ancora.

**Invochiamo da tempo lo sblocco selettivo dei concorsi e ogni volta che lo ripetiamo la politica mostra di apprezzare l'idea. Salvo poi non fare nulla per passare dalle parole ai fatti. Mancano gli atti conseguenti mentre si continua con il blocco totale e i tagli lineari.**

Eppure l'esperienza dovrebbe insegnare qualcosa.

In altri periodi storici, come negli anni '90 e all'inizio degli anni 2000, per gli infermieri furono accordate delle **specifiche dero-**

## EDITORIALE

### **ghe al blocco delle assunzioni.**

Perché ora non si può fare?

Eppure la situazione degli organici è ben peggiore di allora. Manca la volontà di misurarsi con la realtà.

Come sganciate dalla realtà sono certe ipotesi che circolano in queste settimane sugli esuberi nella pubblica amministrazione, sanità compresa.

Già pensare che per gli infermieri si possa parlare di esuberi è una follia! Prevedere poi che il personale eventualmente in so-

vrannumero possa essere "demansionato" e con lo stipendio ridotto per non essere licenziato rasenta l'allucinazione.

Infermieri retrocessi a portantini per poter conservare il posto di lavoro, ha scritto qualche autorevole quotidiano commentando la riforma proposta dal ministro della Funzione pubblica.

Non scherziamo, la sanità è una cosa maledettamente seria che si misura sulla pelle della gente e dei suoi operatori.

Signori, non ci provate nemmeno.

Nel caso, noi siamo pronti alle barricate.



# La valutazione del pensiero critico nella formazione infermieristica: il processo di validazione della *Holistic Critical Thinking Scoring Rubric* (Hctsr)

di Annamaria Bagnasco, Giuliana Zunino, Valeria Cremonini, Simona Calza, Loredana Sasso

## INTRODUZIONE

La formazione universitaria è investita dalla responsabilità di rispondere ai bisogni formativi dei propri studenti strettamente correlati ai cambiamenti della società.

Per far fronte a ciò, i programmi dell'educazione sanitaria nell'ambito della formazione universitaria si propongono di fare acquisire agli studenti le competenze specifiche della professione e di sviluppare processi di pensiero complesso (come il pensiero critico) per favorire l'integrazione delle acquisizioni teoriche con la pratica clinica da parte dello studente.

Molti autori, negli anni, hanno contribuito a definire il pensiero critico, ma solo nel 1990 l'*American Philosophical Association*, grazie al lavoro di molti esperti e teorici statunitensi e canadesi di diverse discipline (fra cui Facione & Facione) hanno elaborato un documento denominato "*The Delphi Report*" e confermato un'unica definizione di pensiero critico, di cui riportiamo uno stralcio: "*Riteniamo che il pensiero critico sia quel giudizio mirato ed autoregolante che si risolve nell'interpretazione, nell'analisi, nella valutazione e nella capacità deduttiva, ma anche nella spiegazione delle rifles-*

*sioni probative, concettuali, metodologiche, criterio logiche o contestuali su cui quel giudizio si fonda. Il pensatore critico ideale è di solito curioso, ben informato, si affida alla ragione, di mente aperta, flessibile, imparziale nelle valutazioni, onesto nell'affrontare i propri pregiudizi, prudente nei giudizi, desideroso di riconsiderare e chiarire i problemi, ordinato/metodico nelle questioni complicate, diligente nella ricerca di informazioni pertinenti, logico nella scelta dei parametri, concentrato sull'indagine e tenace circa il perseguimento dei risultati che saranno tanto precisi quanto la materia e le circostanze lo permetteranno...".*

Le ragioni per cui il pensiero critico è fondamentale nella formazione infermieristica sono:

i cambiamenti nell'assistenza sanitaria e dell'informazione;  
i mutamenti epistemologici nell'ideologia infermieristica;  
i cambiamenti organizzativi e culturali in materia di formazione infermieristica. L'evoluzione del paradigma del *nursing* si sposta e si allontana da strategie di ragionamento positivistiche, orientate al compito, caratterizzate dal distacco emotivo, guidate dalle regole, verso un ragionamento clinico autonomo, basato sulla

visione olistica della persona considerandola nel suo complesso psico-fisico-sociale.

Questo richiede un cambiamento nella pratica professionale infermieristica, da qui la percezione delle cambiate esigenze cognitive e dell'importanza del pensiero critico che investe due dimensioni: cognitiva ed emotiva.

Se la dimensione cognitiva (*Techne*) è facilmente valutabile, lo stesso non vale per la dimensione emotiva (*Phronesis*). Nel pensiero critico, così come nella professione infermieristica, i due aspetti dovrebbero integrarsi.

Il pensiero critico è necessario funga da riferimento nello sviluppo del curriculum formativo, nell'insegnamento e nella valutazione.

Le istituzioni americane hanno fatto sì che il pensiero critico, e la conseguente valutazione di esso, fosse una componente obbligatoria dei criteri di convalida di fine percorso formativo (*National League for Nursing 1992*).

J.J. Guilbert nella "Guida Pedagogica al personale sanitario" si sofferma su alcuni punti della filosofia e psicologia della valutazione.

Tali spunti rappresentano un importante riferimento nell'utilizzo da parte degli in-

segnanti degli strumenti di valutazione adeguati per favorire la capacità di pensiero critico negli studenti. Da queste considerazioni nascono i seguenti quesiti: gli strumenti di valutazione fino ad ora adottati nell'ambito della formazione infermieristica sviluppano il pensiero critico in tutte le sue dimensioni?

Se la risposta è no: esistono, dunque, strumenti di valutazione in grado di misurare lo sviluppo del pensiero critico, in questa sua complessità, nell'ambito della formazione infermieristica?

Purtroppo, si può constatare che gli strumenti di valutazione fino ad ora adottati nell'ambito della formazione infermieristica in Italia non sono in grado di sviluppare il pensiero critico in tutte le sue dimensioni.

Gli studiosi Facione & Facione hanno sviluppato uno strumento di valutazione qualitativo del pensiero critico denominato *Holistic Critical Thinking Scoring Rubric* (Hctsr): uno strumento per gli educatori volto a valutare il livello del pensiero critico in base alle competenze-chiave stabilite dal "The Delphi Report":

- interpretazione;
- analisi;
- valutazione;
- inferenza;
- spiegazione;
- auto-regolamentazione.

Hctsr è una rubrica olistica di valutazione per il pensiero critico e come tale fornisce un punteggio complessivo alla prestazione, si basa quindi su un'impressione complessiva.

La rubrica è costituita da diversi componenti: dimensioni, scala valori, criteri e indicatori. Le dimensioni, i criteri e gli indicatori sono contenuti in una griglia suddivisa nei livelli di padronanza definiti ed esplicitati nelle modalità attese per ogni livello.

La rubrica stabilisce specifici standard per ogni livello raggiunto nell'esecuzione del compito richiesto allo studente; ed

aiuta il docente a seguire il ragionamento dello studente, del quale viene anche valutata la tendenza a ricercare con mente aperta e integrità intellettuale le ragioni e le prove, ovunque queste conducano.

La rubrica aiuta il discente ad essere consapevole del proprio atteggiamento mentale per contribuire responsabilmente e attivamente alla propria formazione.

Inoltre, le rubriche organizzate in questo modo, dovrebbero consentire a due insegnanti diversi di pervenire alla stessa valutazione: questo è un aspetto che mette in evidenza la potenzialità della rubrica come strumento atto a ridurre la soggettività nella valutazione di una competenza.

## MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione della letteratura consultando la banca dati PubMed e inserendo *mesh term* tra cui: *nursing student evaluation, thinking process*.

Va precisato che nei *mesh term* di Pub Med non è contemplato il binomio: "critical thinking".

Hanno fatto seguito due fasi.

La prima ha permesso di ottenere una visione generale degli strumenti di valutazione applicati al pensiero critico, prendendo in considerazione sia quelli quantitativi che qualitativi. Successivamente, dati gli strumenti emersi con la revisione ne è stato scelto uno come oggetto di studio per il successivo adattamento al contesto italiano.

La seconda fase è stata quella di declinare lo strumento di valutazione scelto in funzione del contesto di sperimentazione individuato.

### Prima fase

In questo primo segmento di studio sono stati inclusi gli articoli pubblicati da gennaio 2005 a marzo 2010 che hanno indagato la variabile "strumenti e metodi di valutazione del pensiero critico nella formazione infermieristica, pubblicati su *International Journal of Nursing Education Scholarship; Journal of Nursing Education*, disponibili nella versione *full text*. Sono stati presi in considerazione articoli che analizzano l'applicazione di strumenti di valutazione di tipo quantitativo fra cui il *California Critical Thinking Skills test* (Cctst) e il *California Critical Thinking Disposition Inventory* (Cctdi), altri che prendono in considerazione l'applicabilità di strumenti di tipo qualitativo quali: il portfolio e le rubriche.

Solo di due articoli è stato possibile disporre del *full text*; i restanti sono dissertazioni di tesi dottorali, non pubblicate.

In generale, gli studi dimostrano che i diversi strumenti, presi in considerazione e rapportati ai criteri del *National Council Licensure Examination-Registered Nurse* (Nclex-Rn), al fine di verificarne la validità convergente, non hanno dimostrato una significativa predittività rispetto agli *outcome* previsti dallo stesso Nclex-Rn. E si sono, altresì dimostrati inadeguati per la valutazione dello sviluppo del pensiero critico inserito nella disciplina infermieristica. Questo ha indotto ad approfondire la ricerca, rivolgendo l'attenzione verso strumenti diversi dai test tradizionali di tipo quantitativo.

A tal proposito, dalla revisione dalla letteratura è stato individuato, l'*Holistic Critical Thin-*





king Scoring Rubric (Hctsr) che è stato utilizzato in un solo studio di ricerca, effettuato da Hick-More e Pastirik (2006). Tale studio ha dimostrato che l'Hctsr, non solo fornisce un quadro applicabile e pratico per la valutazione del pensiero critico, ma sensibilizza anche gli educatori verso le competenze chiave del pensiero critico. Dallo studio emerge che l'Hctsr richiede alcune modifiche per aumentare la sua utilità e applicabilità nella pratica infermieristica.

Da questi spunti è partito lo stimolo per l'approfondimento di questo strumento che porta molti punti a suo vantaggio. In particolare: deriva da due strumenti con un buon indice di validità come il Cctst e il Cctdi, può essere riconducibile a specifici contesti di cura rendendolo adatto alla pratica infermieristica, va a colmare la lacuna che i docenti dimostrano rispetto all'identificazione degli elementi che compongono il pensiero critico, basandosi invece su percezioni personali scarsamente supportate da un razionale conoscitivo specifico.

#### **Seconda fase**

La seconda fase è stata quella di decli-

nare lo strumento di valutazione scelto in funzione del contesto di sperimentazione individuato.

Per questo, l'Hctsr è stato tradotto e adattato culturalmente dall'originale Inglese alla versione in italiano seguendo le linee-guida riconosciute, Guillemín F. e Bombardier e nel rispetto del Protocollo di Traduzione richiesto dalla *California Academic Press Insight Assessment* (Casa editrice dello strumento), con il consenso di Peter & Noreen Facione (autori dello strumento).

È importante precisare che ogni fase del processo è stata sottoposta agli autori dello strumento per l'approvazione e l'autorizzazione della versione nella nostra lingua.

Infatti, la Casa editrice, con cui sono stati intrapresi i contatti via e-mail, ha confermato che non esiste una traduzione autorizzata dell'Hctsr in italiano.

La traduzione dall'inglese all'italiano è avvenuta con due traduttori qualificati che hanno prodotto due traduzioni indipendenti.

È stato costituito un gruppo di lavoro formato da un esperto di formazione infer-

mieristica, un infermiere clinico, un coordinatore infermieristico, un'infermiera laureata in psicologia, vicina sia all'ambito clinico che formativo, al fine di esaminare entrambe le traduzioni per arrivare ad un'unica versione concordata.

Le due traduzioni a confronto sono state inviate via e-mail all'autore Peter Facione per condividere la scelta di un'unica versione.

La traduzione concordata nel primo step, è stata riportata in inglese da una terza traduttrice qualificata, di lingua madre inglese, esperta in lingua e cultura italiana. La persona che ha prodotto la traduzione concordata dall'Italiano all'inglese non era a conoscenza dell'Hctsr e non ha avuto modo di consultare gli altri due traduttori.

La traduzione dall'italiano all'inglese è stata inviata al dottor Peter Facione per essere esaminata e confrontata con lo strumento originale. Ultimo passaggio, prima della definitiva approvazione e autorizzazione all'utilizzo dell'Hctsr in lingua italiana.

L'Hctsr, nella sua versione italiana definitiva, è stato sperimentato nell'ambito

del Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Genova che si avvale di metodologie didattiche all'avanguardia, come il *Problem Based Learning* (Pbl) e adotta strumenti di valutazione appropriati per valutare gli studenti in modo obiettivo per ogni campo tassonomico, così come suggerito da J.J. Guilbert in "competenze intellettive", "competenze gestuali" e "competenze relazionali". La correttezza del metodo e dello strumento che viene messo in campo parte dal postulato che il momento valutativo non deve essere solo certificativo ma anche formativo.

Per questo, l'Hctsr può essere adatto a misurare una competenza trasversale come il pensiero critico ed è uno strumento che ha una valenza valutativa di tipo formativo e può essere sinergico rispetto agli strumenti di valutazione già esistenti nel nostro contesto. Successivamente, esso è stato declinato per la successiva sperimentazione; ricondotto alla specificità degli obiettivi educativi da raggiungere, attenendoci alla "Guida Pedagogica per il personale sanitario" di J.J. Guilbert.

È stato organizzato uno specifico evento formativo - un *Visitors' Workshop* - organizzato dal *Centro di Medical Education* dell'Università di Genova, dal titolo: "La valutazione dell'apprendimento in ambito clinico: l'esame clinico oggettivo strutturato" destinato principalmente a docenti e formatori coinvolti nella formazione dei professionisti della salute.

La rubrica è stata presentata in modo dettagliato, comprensiva di esempi e definizioni, questo per avere parametri che facilitino la valutazione, soprattutto quando i valutatori sono "novizi" rispetto all'ambito "pensiero critico".

Dopo la formazione dei docenti, ha fatto seguito un evento in cui 12 studenti sono stati sottoposti a valutazione certificativa attraverso l'Osce (*Objective Structured Clinical Examination*) per il passaggio dal II al III anno di corso di laurea in Infermieristica.

Le dimensioni valutate hanno investito due campi tassonomici: campo della comunicazione interpersonale e il campo dei gesti.

Per la valutazione delle abilità comunica-

tivo-relazionali è stata individuata una griglia di valutazione come strumento appropriato a tale dimensione, per le abilità tecnico-gestuali, lo strumento individuato è la *check list* la cui costruzione è stata condivisa con gli studenti all'interno dei laboratori.

Per l'applicazione del nostro strumento, nel corso dell'esame Osce presentato nell'evento formativo, ci siamo concentrati sulle abilità tecnico-gestuali e, in particolare, sulla "stazione": somministrazione della terapia farmacologica, che sottendeva anche l'accertamento infermieristico sulla base del caso clinico presentato ai diversi studenti.

Dunque, l'obiettivo è stato quello di valutare il livello di competenza del pensiero critico nel contesto: "somministrazione terapia farmacologica".

L'Hctsr è stato declinato allo specifico contesto: "Somministrazione della terapia farmacologica".

La "ricostruzione" della rubrica è stata fatta in maniera molto dettagliata, quasi a simularne una creazione reale condivisa da docenti e studenti.

## RISULTATI

Questo strumento, dunque, permette di quantificare quelle performance che sono sempre state affrontate da un punto di vista strettamente qualitativo, ergo maggiormente soggette a giudizi soggettivi (strumento allegato).

Nel *Visitors' Workshop*, organizzato dal *Centro di Medical Education*, è stato possibile testare l'applicabilità dello strumento, rivolgendo il massimo rispetto per l'evento in sé, per i partecipanti, ma soprattutto per gli studenti che in quel momento sono stati sottoposti ad una valutazione certificativa molto importante che avrebbe consentito il passaggio dal II al III anno di corso di Laurea.

La valutazione quindi è stata svolta solo ai fini della ricerca.

Alla performance di ogni studente è stata data dapprima una valutazione preliminare; ma quando si è avuto il quadro completo di tutte le dimostrazioni, è stato assegnato il punteggio definitivo.

È stato stabilito il livello di competenza complessivo del pensiero critico, seguendo il criterio suggerito dagli autori,

che precisano che questa rubrica è una scala a scelta forzata, non prevede mezzi punti né posizioni intermedie.

Il criterio per ogni livello di competenza stabilisce: "fa tutto o quasi tutto di quanto segue", e poi passa alla descrizione delle performance previste per ogni livello.

Per ogni livello occorre adempiere a 5 dei sei atti descritti, quindi circa l'80% del totale.

Le tabelle 5.3. e 5.4. descrivono i risultati della prova di applicabilità dell'Hctsr del 18 ottobre 2011. La prova di applicabilità ha dimostrato che l'Hctsr richiede sicuramente alcune modifiche riguardo ai criteri per dare un valore sul punteggio totale.

Si tratta di uno strumento utile per valutare e auto-valutare il livello del pensiero critico, prima di tutto perché consente interattività tra studenti e docenti.

L'Hctsr non solo è uno strumento affidabile e pratico per la valutazione del pensiero critico, ma può essere declinato ad ogni realtà di contesto clinico, ed è utile a sensibilizzare anche i docenti verso le competenze-chiave, verso il pensiero critico, perché, mentre si utilizza e si declina, si è costretti a ripercorrere un ragionamento approfondito e analitico.

## DISCUSSIONE

La validazione dello strumento in lingua italiana ha reso possibile contatti diretti con gli autori dello strumento che si trovano negli Usa; ciò è stato fonte di stimolo e gratificazione per gli autori di questo progetto.

I contatti intrapresi con gli autori dello strumento, il dottor Peter Facione (e prima di lui col dottor Morante, referente della casa editrice) hanno permesso di comprendere molti aspetti degli strumenti di valutazione e in particolare sulle rubriche di valutazione di cui vi è ancora scarsa conoscenza in Italia.

Un risultato, anche se limitato a causa del campione ridotto, ha dato la prova di applicabilità.

Durante questa fase è stato verificato che l'Hctsr è coerente con il sistema di valutazione adottato nel corso di Laurea Infermieristica dell'Università di Genova.

Infatti, è uno strumento che può essere adattato in diversi contesti di pratica clinica, in modo interattivo studente/docente, permettendo una crescita comune. Uno strumento per il quale la scarsa utilizzazione può essere dovuta alla complessità nell'applicazione, visto che richiede una notevole competenza ed esperienza in campo didattico da parte degli utilizzatori.

Uno strumento che per essere utilizzato abbisogna di valutatori esperti e profondamente competenti in materia di pensiero critico. Quindi, è fondamentale "formare i formatori".

L'Hctsr potrebbe rappresentare un punto di partenza in questo senso, in quanto la sua struttura aiuta a capire il processo del pensare criticamente.

Questa, forse, potrebbe essere una prima proposta di utilizzo.

Inoltre, una volta che si sono formati i docenti in tal senso, si potrà passare a metterne alla prova l'affidabilità vera e propria dello strumento: più valutatori dovranno valutare la stessa performance e giungere alla stessa conclusione.

Il suo merito è la chiarezza nello stabilire i criteri di valutazione, criteri chiari per chi valuta e per gli studenti valutati che hanno la possibilità di comprendere su cosa e come vengono valutati.

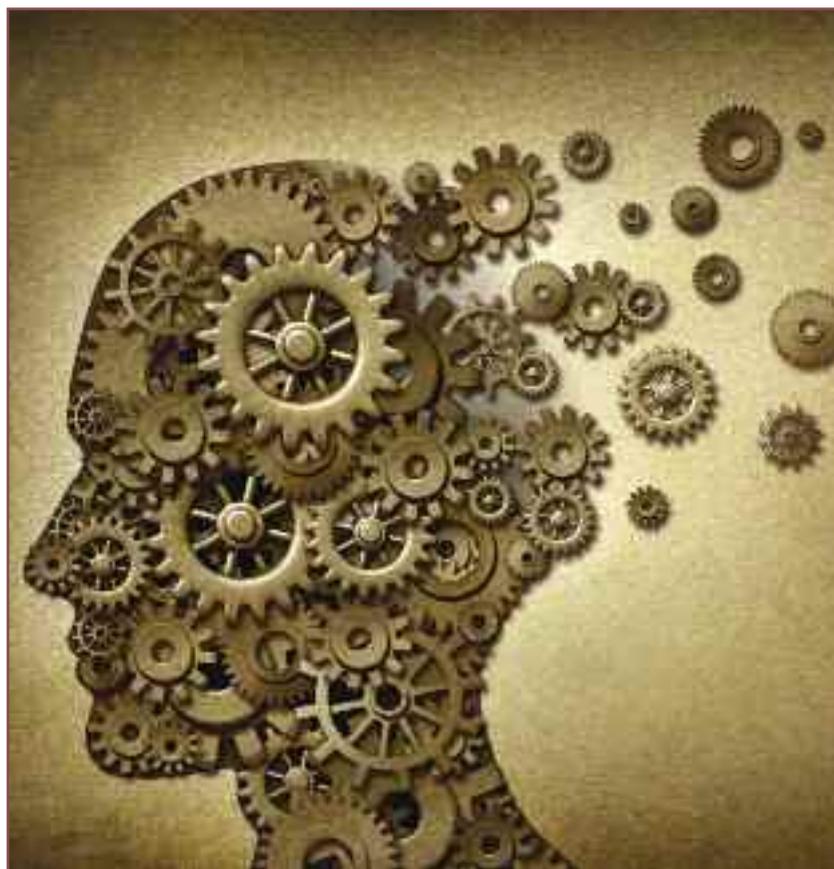
Avere fissi tali criteri permette di pervenire ad una valutazione oggettiva in una competenza tanto complessa e articolata come il "pensiero critico".

Docenti e studenti dovrebbero parlare lo stesso linguaggio.

Le rubriche, organizzate in questo modo, dovrebbero consentire a due insegnanti diversi di pervenire alla stessa valutazione: la potenzialità della rubrica sta proprio nell'essere uno strumento atto a ridurre la soggettività nella valutazione di una competenza.

## CONCLUSIONE

Rispetto ai quesiti di ricerca, si può ritenere, con tale studio, di averli in parte soddisfatti. Innanzitutto, è emerso che molti strumenti di valutazione in uso nella formazione infermieristica non sono capaci di sviluppare valutare il "pensiero critico" in tutte le sue dimensioni. In particolare, rispetto al quesito di ri-



cerca, se esistono strumenti di valutazione in grado di misurare lo sviluppo del pensiero critico, in questa sua complessità, nell'ambito della formazione infermieristica possiamo dare una risposta affermativa.

A tal proposito, è stato individuato uno strumento di valutazione che sviluppa nell'ambito della formazione infermieristica il pensiero critico prevedendone l'utilizzo in uno specifico contesto italiano. Questo è un punto fermo da cui si può partire per successivi sviluppi, è poter contare su una traduzione autorizzata e quindi adattata concettualmente e culturalmente alla lingua italiana. Un primo obiettivo raggiunto pienamente. Anche se il campione di sperimentazione è stato ridotto, lo strumento ha dato la prova di applicabilità in un contesto specifico di formazione infermieristica in Italia.

Infine, un utilizzo interessante sarebbe quello di applicarlo a studenti in diverse fasi del percorso formativo per valutare l'efficacia della formazione e non solo nell'ambito della valutazione.

Si tratta di uno strumento di valutazione che si caratterizza per la sua valenza formativa, permette al docente di riflettere sulle proprie modalità di insegnamento e fornisce allo studente la possibilità di partecipare attivamente alla propria crescita.

## AUTORI:

Annamaria Bagnasco, RN, MSCNURS; PhD, ricercatore presso il Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova;

Giuliana Zunino, RN, MSN, cure domiciliari Genova;

Valeria Cremonini, studente dottorato in Metodologia della Ricerca, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova;

Simona Calza, studente dottorato Metodologia della Ricerca, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova, Italia;

Loredana Sasso, RN, MSCNURS, professore Associato di Nursing, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova, Italia.

## BIBLIOGRAFIA

- Allen P, Lauchner K, Francis-Johnson P, Olivarez A, *Evaluating Continuing Competency: A Challenge for Nursing. The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(2), 81-85. 2008.
- Alfaro-LeFevre R, *Critical Thinking in Nursing: A Practical Approach*, W.B. Saunders, Philadelphia. 1995.
- Alfaro-LeFevre R, *Critical Thinking in Nursing: A Practical Approach*, (2nd ed.), Saunders, Philadelphia. 1999.
- Bell E.A, *Debate: a strategy for teaching critical thinking*. Nurse Educator, 16 (2), 6-7. 1991.
- Bennet N, Dunne E & Carrè C, *Patterns of core and generic skill provision in higher education*. Higher Education, 37, 71-93. 1999.
- Benner P et al, *Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically*. Cap VI, Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, AHRQ Publication n. 08-0043.
- Bourbonnais F. F, Langford S. & Giannantonio L, *Development of a clinical evaluation tool for baccalaureate nursing students*. Nurse education in practice, 8(1), 62-71. 2008.
- Brookfield S.D, *Developing Critical Thinkers*, Open University Press: Milton Keynes. 1987.
- Brosnan M, Evans W, Brosnan E & Brown G, *Implementing objective structured clinical skills evaluation (Osce) in nurse registration programmes in centre in Ireland: a utilization focused evaluation*. Nurse Education in Practice, 8(1), 62-71. 2006.
- Daly W.M, *Critical Thinking as an outcome of Nursing Education. What is it? Why is it important to Nursing Practice?*. Journal of Advanced Nursing, 28 (2), 323-331. 1998.
- Dewey J, *Democracy and Education*, Macmillan, New York. 1916.
- Ennis R.H, *A concept of Critical Thinking*. Harvard Educational Review, 32 (1), 81-111. 1962.
- Facione P.A, *The California Critical Thinking Skills Test (Cctst) Form A*. Millbrae, CA. California Academic Press. 1990.
- Facione N.C, Facione P.A, Sanchez C.A, *Critical Thinking Disposition as a Measure of Competent Clinical Judgment: The Development of the California Critical Thinking Disposition Inventory*. Journal of Nursing Education, 33(8), 345-350. 1994.
- Facione P.A, *Using the California Critical Thinking Skills Test in Research, Evaluation, and Assessment*. California Academic Press, 217 La Cruz Avenue, Millbrae. 1991.
- Facione N.C, Facione P.A, *Critical Thinking and Clinical Judgment*. The California Academic Press Millbrae. 2008.
- Fontein M.E, *The use of clinical logs to improve nursing students' metacognition: a pilot study*. Journal of Advanced Nursing, 28(1), 149-154. 1998.
- Giddens J. & Gloeckner G.W, *The relationship of Critical Thinking to performance on the Nclex-Rn*. Journal of Nursing Education, 44 (2), 85-89. 2005.
- Gill F, Leslie G. & Southerland K, *Evaluation of clinical performance assessment tool (Cpat) within a critical care context*". Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 19(3), 105-113. 2006.
- Giordano A, Mattarozzi K, Pucci E, Leone M, Casini F, Collimedaglia L, Solari A, *Participation in medical decision-making: Attitudes of Italians with multiple sclerosis*. Journal of the Neurological Sciences, 275, 86-91. 2008.
- Goodrich H, *Understanding Rubrics*. Educational Leadership, 54(4).
- Guilbert J.J, *Guida Pedagogica per il Personale Sanitario*. IV edizione italiana, Edizioni dal Sud, Milano, 2002.
- Kurfiss J.G, *Critical Thinking: Theory, Research, and Possibilities*, AASHE-ERIC Higher Education, Washington, District of Columbia. 1988.
- Landis R.E & Michael W.B, *The factorial validity of three measures of critical thinking within the context of Guilford's Structure of Intellect Model for a sample of ninth grade students*. Educational and Psychological Measurement, 41, 1147-1166. 1981.
- Lewin K, *A dynamic theory of personality: Selected papers*. (D.K. Adams & K.E. Zener, trans.). New York: McGraw Hill. 1935.
- Haard U.S, Ohlen J, Gustavsson P.J, *Generic and Professional Outcomes of a General Nursing Education Program-A National Study of Higher Education*. International Journal of Nursing Education Scholarship, 5(32), 1-18. 2008.
- Hegarty J, Condon C, Walsh E, Sweeney J, *The Undergraduate Education of Nurses: Looking to the Future*. International Journal of Nursing Education Scholarship, 6 (17), 1-11. 2009.
- Lee K, *Online collaborative case study learning*. Journal of College reading and Learning, 37, 82-100. 2007.
- LoBiondo-Wood G, Haber J, *Metodologia della Ricerca Infermieristica*, McGraw-Hill V ediz. 2004.
- Lyons E.M, *Examining the Effects of Problem-Based Learning and NCLEX-RN Scores on The Critical Thinking Skills of Associate Degree Nursing Students in a Southeastern Community College*. International Journal of Nursing Education Scholarship, 5 (21), 1-17. 2008.
- Marzano R.J, Brandt R.S, Hughes C.S et al, *Dimensions of Thinking: a Framework for Curriculum and Instruction*, Association for Supervision and Curriculum Development. Alexandria, Virginia. 1988.
- Paul R.W & Heaslip P, *Critical thinking and intuitive nursing practice*. Journal of Advanced Nursing, 22, 40-47. 1995.
- McPeck J.E, *Teaching Critical Thinking: Dialogue and Dialectic*, Routledge, New York. 1990.
- Profetto-McGrath J, Hesketh K.L, Lang S & Estabrooks C.A, *A study of critical thinking and research utilization among nurses*. Western Journal of Nursing Research, 25, 322-337. 2003.
- Romeo E. M, *Quantitative Research on Critical Thinking and Predicting nursing Students' Nclex-Rn Performance*. Journal of Nursing Education, 49(7), 378-386. 2010.
- Sasso L, Lotti A, *Problem Based Learning per le professioni sanitarie*. McGraw-Hill. 2007
- Sasso L, Bagnasco A, Rocco G, Zappini L, *Portfolio delle competenze delle professioni sanitarie*. Mc Graw Hill. 2012.
- Schaffer M.A, Nelson P. & Litt E, *Using portfolios to evaluate achievement of population-based public health nursing competencies in baccalaureate nursing students*. Nursing Education Perspectives, 26(2), 104-112. 2005.
- Smith Higuchi K.A, Donald J.G, *Thinking Processes Used by Nurses in Clinical Decision Making*. Journal of Nursing Education, 41(4), 145-153. 2002.
- Stewart S & Dempsey L.F, *A Longitudinal Study of Baccalaureate Nursing Students' Critical Thinking Dispositions*. Journal of Nursing Education, 44(2), 81-84. 2005.
- Vacek J.E, *Using the Conceptual Approach with Concept Mapping to Promote Critical Thinking*. Journal of Nursing Education, 48 (1), 45-48. 2009.
- Watson G. & Glaser E.M, *Critical Thinking Appraisal Manual*. Psychological Corporation, Kent. 1991.

# Il *Primary Nursing* e la realtà italiana

## Revisione della letteratura sui modelli assistenziali infermieristici

di Gabriella Facchinetti, Valeria Di Giuseppe, Barbara Esposito, Amelia Miglioizzi

### INTRODUZIONE

Nel corso del Novecento sono avvenuti cambiamenti che hanno coinvolto i sistemi sanitari di tanti Paesi.

Tale evoluzione ha coinvolto anche l'erogazione dell'assistenza infermieristica che, via via, ha messo in atto diversi modelli organizzativi.

**L'evoluzione della professione infermieristica è direttamente correlata alle modalità di organizzazione del lavoro e alla differenziazione dei modelli assistenziali.**

In particolare, l'organizzazione dell'assistenza è stata determinata dalle seguenti condizioni: contenuti assegnati al *nursing*, definizione dei confini del *nursing*, criteri di divisione del lavoro, stratificazione e disponibilità sul mercato del lavoro delle figure infermieristiche e ausiliarie (Santullo 2004).

In particolar modo, la crescita della domanda dei bisogni assistenziali da parte della popolazione e il continuo assottigliamento del budget sanitario, ha portato ad un'ottimizzazione dei ruoli all'interno dell'equipe sanitaria.

Ciò per raggiungere la migliore qualità assistenziale malgrado la presenza di risorse sempre più scarse.

La descrizione dei modelli assistenziali di cui si tratterà, vuole descrivere, sia da un punto di vista teorico che pratico, i vari modelli organizzativi delle attività di cui l'infermiere è responsabile. L'articolo si

concentrerà in particolar modo sulla figura del *Primary Nursing* (Pn) visto che crediamo sia un buon modello assistenziale, nonché un'importante meta che gli infermieri italiani dovrebbero raggiungere. Questo modello, infatti, raccoglie tutte le nostre competenze e conoscenze e le integra nella pianificazione assistenziale del paziente. Potrebbe essere un modello organizzativo che permette all'infermiere di prendersi cura in toto del paziente e, a quest'ultimo, di avere la percezione di un'alta qualità assistenziale e di sentirsi protetto.

Infatti, noi infermieri dovremmo rifare nostro il concetto di *advocacy* che vede l'infermiere come uno "scudo protettivo" per i pazienti, anche se ciò si rende interamente possibile solo conoscendo la persona assistita e il suo percorso assistenziale.

**La funzione di *advocacy* (appoggio e difesa) è precipua della competenza relazionale ed etica dell'infermiere** ed essa si manifesta:

- essendo responsabili nel difendere i diritti, gli interessi e la dignità del paziente nell'interagire nella relazione terapeutica e aiutandolo, insieme alle persone per lui significative, a sviluppare attese realistiche verso se stesso;
- incoraggiando l'utente ad essere consapevole delle proprie risorse e capacità nel processo di promozione della salute;

- identificando insieme al paziente gli obiettivi dell'assistenza infermieristica e analizzando con il paziente i modi migliori per raggiungere gli obiettivi di salute;

· riconoscendo il sistema di valori del cittadino utente nella determinazione degli obiettivi, evitando di imporgli i propri valori o quelli più diffusi nella comunità, evitando di considerarlo come un soggetto stigmatizzabile per alcuni comportamenti che ha tenuto o che tiene.

L'*advocacy* è interpretato comunemente in riferimento alla relazione infermiere-paziente secondo la nota affermazione di Curtin, che la descrisse come il fondamento filosofico della relazione infermiere paziente: "... *Il fine ultimo del nursing è il benessere degli altri esseri umani*" (Stievano 2004).

Si evince, pertanto, che essa permetta il supporto al paziente in tutte le situazioni assistenziali, per garantirne i diritti e gli interessi in una sincera *partnership* dove i pazienti trovano nell'infermiere una figura di riferimento.

Anche se il solo pensare all'implementazione del Pn in Italia sembra inadeguato (a causa dell'attuale condizione economico-sociale che prevede sempre più tagli economici alla sanità), con questo articolo si vuole approfondire la realtà italiana di questa figura con l'intento e la speranza che possa avere seguito in futuro.

## I MODELLI ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI

Nei reparti ospedalieri, la modalità con cui si organizza l'assistenza infermieristica è considerata di importanza critica per garantire elevati livelli qualitativi ai pazienti e condizioni lavorative agli infermieri che permettano di valorizzarne la professionalità e mantenerne, nel tempo, la soddisfazione lavorativa.

I modelli che sono entrati a far parte della letteratura infermieristica, sviluppatasi per lo più negli Stati Uniti, Canada ed in Inghilterra sono:

- il modello funzionale o per compiti (*Functional Nursing*);
- il modello per piccole équipes (*Team Nursing*);
- l'infermiere primario o responsabile della presa in carico del paziente (*Primary Nursing*);
- il *case management* o gestione del caso.

Ogni modello ha risentito - e risente - del periodo storico in cui è stato applicato, del contesto (territorio, ospedale, case di cura), delle risorse umane e materiali, della tipologia del personale, della sua formazione e del livello di professionalità degli operatori.

A motivo di ciò, è difficile individuare "un modello tipo": in un'organizzazione sanitaria, soprattutto in un'azienda sanitaria, che comprende diversi servizi (l'ospedale, l'assistenza domiciliare, la sanità pubblica e il servizio di prevenzione) può essere presente più di un modello assistenziale.

### Assistenza funzionale (Fn)

Questo modello ha come base teorica il modello meccanico delle imprese industriali. Sviluppato negli anni Trenta e Quaranta del XX secolo, prevede l'assegnazione dei compiti dal coordinatore infermieristico (centralizzazione gerarchica) agli altri membri del gruppo di lavoro. I compiti assistenziali vengono parcellizzati tra gli infermieri che li portano a termine (il modello è simile ad una catena di montaggio).

L'unica forma in cui gli infermieri sono "autonomi" è quella legata alla modalità di esecuzione dell'atto manuale.

La struttura gerarchica è di tipo verticistico ed è ben evidente chi prescrive e

chi esegue ed inoltre è semplice effettuare i controlli sull'esecuzione delle prestazioni poiché è facile individuare la persona che l'ha effettuata.

### Team nursing o piccola équipe (Tn)

Il modello per piccole équipes, o *team nursing*, fu introdotto negli Usa subito dopo la Seconda Guerra Mondiale per ovviare alla carenza di personale infermieristico diplomato e alla presenza di personale di assistenza meno qualificato (Iyer et al 1995).

Il modello doveva risolvere il problema della frammentazione delle cure apportata dal modello funzionale per fornire ai pazienti un'assistenza più globale.

Esso si basa sulla collaborazione di più operatori nel prendersi cura di un certo numero di pazienti. Il gruppo è diretto da un infermiere e può comprendere operatori con minore qualificazione (Oss, Ota). Permane la divisione del lavoro per compiti, ergo un'assistenza funzionale per routine, con la differenza, rispetto al modello funzionale, che l'assistenza è erogata da parte di un team che comprende l'infermiere "qualificato" e quello ausiliario (Santullo 2004).

### Case management

Il *Case management* (gestione del caso) è un componente del *Managed care* chiamato anche *primary nursing* di seconda generazione (Marriner Tomey 1995): è considerato evoluzione, miglioramento ed estensione dei concetti fondamentali del *primary nursing*.

Il *Case management* fa riferimento ad un servizio fornito da professionisti che forniscono e/o coordinano servizi sociali e sanitari (Eggert 1991). Esso implica la gestione clinica di un target di popolazione di pazienti dall'ammissione alla dimissione e nel *follow up*.

La gestione del caso si concentra su un episodio di malattia e include tutte le aree in cui il paziente riceve assistenza (Marryner Tomey 1995); viene principalmente utilizzato per pazienti o popolazioni di pazienti che richiedono livelli intensivi di assistenza.

Le principali funzioni sono: la valutazione dei bisogni e dei problemi di natura biopsico-sociale e spirituale dell'assistito; la pianificazione degli interventi; il monitoraggio continuo e la valutazione degli esiti.

Il *Case management* è un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia del paziente attraverso le diverse strutture del sistema sanitario. L'approccio del *Case management* è quello di considerare i pazienti come un'entità che sta vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere i pazienti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico (Chiari & Santullo 2001).

## IL MODELLO DEL PRIMARY NURSING

Le origini del *Primary Nursing* risalgono tra la fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70 negli Stati Uniti.

Esso può essere considerato un'evoluzione del modello per équipes: infatti, il *Primary Nursing* lo sviluppa e lo migliora affinché possa essere finalmente raggiunta un'alta qualità dell'assistenza.

Il termine fu utilizzato per la prima volta da Barton nel 1959 che cita il "*primary therapist*" riguardo alla nevrosi istituzionale.

Ma questo termine divenne importante quando fu applicato e teorizzato da Marie Manthey nel 1970, nell'ospedale Universitario del Minnesota (Bowers 1989). Il successo del modello diffuso dalla Manthey fu di aver trovato un sistema di organizzazione del lavoro in cui vengono enfatizzate responsabilità e professionalità. Esso, non solo è un modello organizzativo assistenziale, ma anche una sorta di opportunità per conseguire comportamenti che sono necessari per affrontare problemi professionali come lo scarso riconoscimento economico, la mancanza di prestigio e di potere, l'esclusione dai processi decisionali.

**Il *Primary Nursing* è un modello sistematico di organizzare l'assistenza infermieristica all'interno dei reparti.**

Partendo dal presupposto che al centro dell'interesse dell'infermiere ci deve essere il paziente e non il compito, il modello prevede che un infermiere diplomato, chiamato *primary nurse*, eroghi l'assistenza ad un gruppo di pazienti in tutti gli ambiti sanitari (ospedaliero, am-

bulatoriale o domiciliare).

L'infermiere mantiene la responsabilità dell'assistenza di questi pazienti ventiquattro ore su ventiquattro e per tutta la durata della degenza o di contatto con il servizio.

Qualunque sia il modo di applicazione del modello i principi del *Primary Nursing* rimangono quelli definiti da M. Manthey (1980) (Macdonald 1988):

- > 1. assegnazione e consenso della responsabilità per le decisioni prese ad un'unica persona;
- > 2. assegnazione dell'assistenza giornaliera attraverso il metodo dei casi;
- > 3. comunicazione diretta da persona a persona.
- > 4. un'unica persona operativamente responsabile della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti ventiquattro ore al giorno e per sette giorni alla settimana.

Il *primary nurse* elabora quindi tutto il processo di nursing del paziente preso in carico ed è responsabile del raggiungimento di determinati obiettivi specifici e generali.

## MATERIALI E METODI

La presente revisione della letteratura è stata svolta utilizzando la banca dati Medline. (Tabella 1)

L'obiettivo della presente revisione è verificare se l'introduzione della figura del *Primary Nursing* migliora la qualità dell'assistenza erogata e percepita dai pazienti e la soddisfazione degli infermieri. Tali dati potrebbero inoltre essere utili per cercare di implementare questa figura nella realtà italiana analizzata.

La domanda di ricerca è stata: il modello organizzativo del *Primary Nursing* migliora la qualità dell'assistenza erogata e percepita dai pazienti e la soddisfazione degli infermieri nelle Unità operative per acuti? La revisione degli articoli si è concentrata, in particolar modo, sulla rilevazione della qualità dell'assistenza, sulla percezione dei pazienti e degli infermieri riguardo all'implementazione del *Primary Nursing*.

**Parole-chiave:** Primary Nursing, Nursing staff, Acute medical unit, Quality of care, Patient perception, Outcomes.

Analisi del Pico	
Popolazione	Pazienti adulti ricoverati in unità operative per acuti
Intervento	Applicazione del modello del <i>Primary Nursing</i>
Comparazione	-
Outcome	Miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e percepita dai pazienti. Aumento della soddisfazione degli infermieri.

BANCA DATI	KEY WORDS	LIMITI	ARTICOLI TROVATE E SELEZIONATI	ARTICOLI INCLUSI
MEDLINE	Outcomes AND primary nursing	Ricerca per titoli	3 trovati: • 2 esclusi: uno trattava di pazienti cronici, l'altro non era disponibile l'abstract • 1 selezionato	<a href="#">Thomas, L.H., Bond, S. (1991). Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. Int J Nurs Stud, 28(4):291-314.</a>
MEDLINE	primary nursing AND acute medical unit	Ricerca per titoli	2 trovati: • 1 escluso in quanto non risponde alla domanda di ricerca • 1 selezionato	<a href="#">MacGuire, J. (1989). An approach to evaluating the introduction of primary nursing in an acute medical unit for the elderly-I. Principles and practice. Int J Nurs Stud, 26(3):245-51.</a>
MEDLINE	primary nursing AND quality of care	Ricerca per titoli	3 trovati: • 2 selezionati • 1 scartato per assenza di abstract	<a href="#">Nissen, J.M., Boumans, N.P., Landeweerd, J.A. (1997). Primary nursing and quality of care: a Dutch study. Int J Nurs Stud, 34(7):93-102.</a> <a href="#">MacGuire, J.M. (1991). Quality of care assessed: using the Senior Monitor under in three wards for the elderly before and after a change to primary nursing. J Adv Nurs, 16(5):511-20.</a>
MEDLINE	primary nursing AND nursing staff	Ricerca per titoli	6 trovati: • 2 scartati perché non rispondono alla domanda di ricerca e non era presente l'abstract • 4 selezionati	<a href="#">Reby, A., Leach, C., Greshy, F. (2001). Primary nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and care. J Psychiatr Ment Health Nurs, 6(6):25-32.</a> <a href="#">MacGinn, J.M., Botting, D.A. (1990). The use of the Ethington program to identify the perceptions of nursing staff following the introduction of primary nursing in an acute medical ward for elderly people. J Adv Nurs, 15(10):1120-7.</a> <a href="#">Perälä, M.L., Hentinen, M. (1989). Primary nursing: opinions of nursing staff before and during implementation. Int J Nurs Stud, 26(3):231-42.</a> <a href="#">Alexander, C.S., Weisman, C.S., Chass, D.A. (1981). Evaluating primary</a>

Tabella 1

## RISULTATI

Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza e la percezione dei pazienti, sette degli articoli revisionati hanno notato dei sostanziali miglioramenti.

In particolare, l'equipe assistenziale registra un miglioramento durante il *Primary Nursing* che riguardano l'interazione infermiere-paziente **perché gli infer-**

**mieri "conoscono meglio i pazienti" e "si prendono cura di loro più attentamente e più individualmente"** (Perälä & Hentinen 1989).

Inoltre, i pazienti riferiscono grande soddisfazione delle cure che ricevono rispetto ai pazienti assistiti con il sistema tradizionale. E riferiscono anche una maggior comprensione dei propri bisogni di



mostrato anche dalla considerazione della famiglia nel processo di cura (Sellick et al 2003).

La miglior qualità dell'assistenza è stata rilevata inoltre dalla *Senior Monitor index* in uno studio condotto su pazienti anziani (MacGuire 1991, 1989): qui, l'assistito esprime giudizi positivi riguardo il suo processo di cura, lo staff infermieristico ed è meno probabile che esprima giudizi negativi.

Il gruppo di pazienti a carico del *Primary Nurse* è in grado di effettuare molte più significative attività del vivere quotidiano rispetto ai pazienti in dimissione (Thomas & Bond 1991).

Per quanto riguarda la percezione degli infermieri, uno studio individua che il 57% degli infermieri ritiene che il *Primary Nurse* è un ruolo interessante e arricchisce il loro lavoro: *"lavorare come Primary Nurse è più sistematico, perseverante, e consente un'interazione più profonda tra infermiere e paziente"*.

Nonostante ciò, gli stessi infermieri ritengono sia un compito *"faticoso"*, *"difficile"* e delle volte *"frustrante"* (Perälä & Hentinen 1989).

Questo studio mette in risalto anche i risvolti negativi di questo setting assistenziale, quali l'aumento del lavoro d'ufficio e problemi nel garantire la continuità assistenziale del paziente. Nonostante ciò

i miglioramenti evidenziati sono maggiori rispetto agli svantaggi (Perälä & Hentinen 1989).

Gli infermieri, inoltre, percepiscono di avere una maggior percezione dei bisogni del paziente e dimostrano di avere più preoccupazione e comunicazione con la sua famiglia, sono più facilitati a fornire informazioni al paziente riguardo alla sua malattia, tendono a contribuire positivamente all'esperienza di ospedalizzazione (Sellick et al 2003).

Alexander et al (1981) evidenziano una diminuzione dell'assenteismo nei reparti in cui è presente un *Primary Nurse*. La soddisfazione degli infermieri per il lavoro svolto viene registrata da MacGuire (1990) e Thomas & Bond (1991) e descritta come *"elevata"*.

Due articoli non hanno, invece, evidenziato differenza, sia nella qualità dell'assistenza che nella soddisfazione dei pazienti, tra l'implementazione del *Primary Nursing* e il modello tradizionale di assistenza, ci si domanda addirittura se l'implementazione del Pn sia inutile (Nissen et al 1997) e si ritiene che sia un ideale teorico che non potrà mai essere raggiunto nella pratica (Rigby et al 2001).

## DISCUSSIONE

In generale, i risultati dimostrano che il modello del *Primary Nursing* ha un in-

flusso positivo sulla soddisfazione dei pazienti che si sentono appagati da questo tipo di modello organizzativo. Per quanto riguarda gli infermieri, è difficile a volte valutare il grado di soddisfazione di ciascuno, in quanto ogni professionista ha un modo diverso di percepire il carico di lavoro, la soddisfazione e i risultati del proprio operato.

Nonostante ciò, la presente revisione ha mostrato che, anche se l'implementazione del *Primary Nursing* comporta un maggior *"lavoro d'ufficio"*, la soddisfazione dell'attività assistenziale prevale su quest'ultimo.

I migliori risultati sono stati raccolti sullo stato di salute, la qualità di vita e la capacità dei pazienti di gestire le proprie cure in autonomia: tutti questi ambiti risultano migliorati con l'introduzione di tale modello.

Possiamo, quindi, rispondere alla domanda di ricerca dicendo che l'introduzione del *Primary Nursing* giova al microambiente ospedaliero dove esso è presente perchè migliora la soddisfazione del lavoro dell'équipe infermieristica e la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti. Essi, inoltre, dimostrano di stabilire con più facilità un rapporto di fiducia con l'infermiere che vedono come *"garante"* di un processo di cura di alta qualità.

Tale fiducia è il cardine su cui si do-

vrebbe basare il processo assistenziale, in quanto solo coinvolgendo il paziente nel processo di cura, quest'ultimo potrà svolgere il suo effetto.

Ma ciò è possibile solo se l'assistito si fida degli infermieri e delle loro capacità, responsabilità e conoscenze.

**Il Primary Nurse è, quindi, un infermiere pienamente consapevole della sua professionalità, delle potenzialità del suo paziente e degli outcome del processo assistenziale.**

#### La realtà italiana

Nella storia del *Nursing* la relazione infermiere-paziente è sempre stata l'essenza della pratica.

Il *Primary Nursing* si fonda principalmente sulla comunicazione e sulla relazione con il paziente. La relazione è fondamentale per stilare un piano di cura ed inoltre è l'ingrediente principale della soddisfazione del paziente e del professionista, così come lo è un risultato positivo della cura della salute.

Tale modello organizzativo ha come base portante proprio la relazione che è considerata come un mezzo per un'assistenza personalizzata e per la formazione di un giudizio professionale; essa inoltre, permette agli infermieri di focalizzare la loro energia nel miglior interesse per il paziente ed è la chiave mediante la quale gli infermieri trovano significativo il loro lavoro ed è quindi la linfa dell'assistenza.

I retroscena che hanno portato negli Stati Uniti e in Inghilterra all'implementazione del *Primary Nursing* sono socio-economici e professionali.

Esso è stato descritto da alcuni autori come una risposta al declino della fiducia alla pubblica autorità, al movimento dei diritti umani e degli utenti e al problema del controllo della qualità (Betz 1981). Altri vedono il Pn come una parte del processo dell'evoluzione della pratica assistenziale e delle aspirazioni professionali (Manthey 2002).

Le circostanze appena descritte sono attuali in Italia e creano un terreno fertile per l'implementazione del modello nel nostro paese, soprattutto in seguito alle recenti riforme sanitarie e alle evoluzioni professionali avvenute nell'ultimo decennio.

Sul territorio italiano, l'esperienza dell'infermiere primario è davvero esigua.

I progetti di implementazione del Pn si registrano a partire dal 2010 al Nord e sono in continua, ma lenta evoluzione.

Le due strutture che hanno implementato questo modello sono, attualmente, l'ospedale degli Infermi di Biella, in seguito ad un progetto ideato dal Cespi (Centro Studi Professioni sanitarie), e l'ospedale Beata Vergine di Mendrisio nel reparto di Chirurgia. Quest'ultimo però è situato a Bellinzona, comune svizzero del Canton Ticino e, quindi, non propriamente italiano.

Entrambe le realtà italiane hanno evidenziato quanto sia stato difficoltoso inserire questo modello organizzativo. In particolare, si sottolineano la necessità di una documentazione infermieristica integrata; di piani assistenziali standard; un mutamento della cultura dell'equipe ospedaliera, soprattutto dei medici che si dimostrano diffidenti a questo modello; un potenziamento della formazione dei professionisti infermieri e, infine, un cambiamento di responsabilità da "condivisa" (tipica del modello funzionale) a individuale.

Nonostante ciò, si evidenzia una grande soddisfazione degli infermieri e dei pazienti.

Il Pn, infatti, viene definito dalla sua stessa ideatrice Marie Manthey: "... *Una struttura organizzativa che finisce per creare, a livello delle unità dei nostri ospedali, un ruolo che è davvero professionale per la pratica infermieristica e che ci pone sullo stesso livello degli altri professionisti in campo medico, legale, ecc.*" (Manthey M., Atti del convegno "Giornata Studio con Marie Manthey", Torino 17 dicembre 2012).

L'idea di introdurre il modello teorizzato da Manthey nell'Ospedale degli Infermi di Biella, è nata dalla Coordinatrice del Dipartimento di Medicina, Claudia Gatta, quando ci si è resi conto che, in reparto, c'era la fuga di infermieri che volevano evitare i turni o cercare più soddisfazioni in altri reparti.

La proposta si è rivelata un cambiamento epocale che, oltre a migliorare la qualità dell'assistenza del paziente, ha attirato l'attenzione degli infermieri neo-

assunti e di quelli degli altri reparti. Inoltre, il nosocomio biellese sta diventando un vero e proprio centro di riferimento per altre aziende ospedaliere che lo visitano incuriositi per approfondire le loro conoscenze e competenze riguardo il *Primary Nursing*.

Anche altre realtà italiane stanno sperimentando il modello assistenziale del Pn. Tra queste ricordiamo le strutture della provincia di Torino: Cto, l'ospedale Amedeo di Savoia Birago di Vische; l'ospedale San Luigi Gonzaga e la Sala dialisi dell'ospedale San Vito.

## CONCLUSIONI

La realtà italiana dimostra un lento sviluppo nell'implementazione del modello di *Primary Nursing*.

Infatti, anche se questo dimostra quantificabili risultati nel miglioramento della qualità assistenziale e nella soddisfazione professionale degli infermieri, si ha ancora difficoltà ad ammettere (soprattutto da parte di forze maggiori...) che l'infermiere può assumersi la completa responsabilità del proprio paziente perché è di sua competenza essendo un professionista sanitario laureato e consapevole.

È chiaro che adottare un modello funzionale può giovare da un punto di vista di responsabilità in quanto essa risulta "condivisa", ma occorre ricordare sempre che la responsabilità individuale fa parte della definizione di professionista e da nessuna parte si parla di "responsabilità condivisa" ma bensì di responsabilità e basta.

Per ammetterlo gli infermieri dovrebbero cercare di migliorare le proprie competenze in tutti i campi, non limitandosi alla sola clinica.

Devono avere anche le conoscenze giuridiche che competono alla professione e ricordare che il modello funzionale non può più esistere, così come emanato dall'articolo 1 della Legge 10 agosto 2000, n.261 che cita: "*Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di*

contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per: a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni; b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza

personalizzata.”

Gli infermieri chiedono più responsabilità, più considerazione e attenzioni ma dovrebbero essere coscienti che devono lottare più delle altre classi professionali per ottenerle, a causa di un retaggio culturale ormai imperniato nel sistema. Perciò, è necessario insistere sul miglioramento dei modelli organizzativi e assistenziali attuati nei reparti prima ancora che sul riconoscimento delle competenze avanzate.

Per questo motivo, si dovrebbero consolidare le basi, prima di arrivare all'avanzato.

Il modello di *Primary Nursing* è la strada giusta da intraprendere per effettuare un

percorso di riconoscimento e di valorizzazione della professione infermieristica che si manifesti sulla realtà clinica quotidiana e non rimanga solo sulla carta.

AUTORI:

Gabriella Facchinetti, studente laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Valeria Di Giuseppe, infermiera, Policlinico Campus Bio-Medico di Roma; Barbara Esposito, studente master in Area critica cardiologica, Università La Sapienza, Roma;

Amelia Migliozi, infermiera, Policlinico Campus Bio-Medico di Roma

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander C.S, Weisman C.S, Chase G.A, *Evaluating primary nursing in hospitals: examination of effects on nursing staff*. Med Care, 19(1):80-9. 1981.
- Atti del convegno "Giornata Studio con Marie Manthey", Torino 17 dicembre 2012.
- Bowers L, *The significance of primary nursing*. Journal of Advanced Nursing (14). 1989.
- Calamandrei C, Orlandi C, *La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. Milano: McGraw-Hill. 2009.
- Chiari P, Taddia P, *La risposta alla crisi del modello infermieristico tradizionale, nella formazione, nella pratica, e nella gestione*. Neu, n.3. 1995.
- Chiari P, Santullo A, *L'infermiere Case Manager*. Milano: McGraw-Hill. 2001.
- Eggert G.M, *Case management: A Randomized Controlled Study Comparing a Neighbourhood team and a Centralized Individual Model*. Health Service Research, 26. 1991.
- Ferrara A, *Tesi di Diploma Modelli organizzativi assistenziali a confronto per un reale cambiamento nella pratica infermieristica*. Università degli Studi di Padova, 2002.
- Girard N, *The Case Management Model of Patient Care Delivery*. Aorn Journal, 60(3). 1994.
- Iyer W.P, Taptich B.J, Bernocchi-Losey D, *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. Philadelphia: Ed. WB Saunders Company. 1995.
- Macdonald M, *Primary nursing: is it worth it?* Journal of Advanced Nursing, (13). 1988.
- Marriner Tomey A, *Management infermieristico*. Teoria e pratica. Milano: Sorbona. 1995.
- Manthey M, *The practice of Primary Nursing*. Minnesota: Creative Health Care Management. 2002.
- MacGuire J, *An approach to evaluating the introduction of primary nursing in an acute medical unit for the elderly*. I. Principles and practice. Int J Nurs Stud, 26(3):243-51. 1989.
- MacGuire J.M, *Quality of care assessed: using the Senior Monitor index in three wards for the elderly before and after a change to primary nursing*. J Adv Nurs, 16(5):511-20. 1991.
- MacGuire J.M, Botting D.A, *The use of the Ethnograph program to identify the perceptions of nursing staff following the introduction of primary nursing in an acute medical ward for elderly people*. J Adv Nurs, 15(10):1120-7. 1990.
- Nissen J.M, Boumans N.P, Landeweerd J.A, *Primary nursing and quality of care: a Dutch study*. Int J Nurs Stud, 34(2):93-102. 1997.
- Perälä M.L, Hentinen M, *Primary nursing: opinions of nursing staff before and during implementation*. Int J Nurs Stud, 26(3):231-42. 1989.
- Rigby A, Leach C, Greasley P, *Primary nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and role*. J Psychiatr Ment Health Nurs, 8(6):525-32. 2001.
- Santullo A, *L'infermiere e le innovazioni in sanità: nuove tendenze e strumenti gestionali*. Milano: McGraw-Hill. 2004.
- Sellick K.J, Russell S, Beckmann J.L, *Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction*. International Journal of Nursing Studies, 40: 545-551. 2003.
- Stievano A, *L'infermiere etico garante della funzione di advocacy verso il paziente in posizione di svantaggio sociale*. Infermiere oggi (3): 9-15. 2004.
- Thomas L.H, Bond S, *Outcomes of nursing care: the case of primary nursing*. Int J Nurs Stud, 28(4):291-314. 1991.
- "Primary Nursing": una delegazione da Trento per imparare l'esperienza dell'ospedale degli infermi. Disponibile a: <http://www.aslbi.piemonte.it/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1103&mode=thread&order=0&thold=0>. Ultimo accesso 8/6/2014
- Il Primary Nursing di Biella attira tutta Italia. Disponibile a: <http://www.nurse24.it/news-sanita/notizie-dall-italia/item/1924-il-primary-nursing-di-biella-attira-infermieri-da-tutta-italia.html>. Ultimo accesso 8/6/2014.
- Il modello di Primary Nursing fa scuola negli ospedali triestini. Disponibile a: <http://www.lastampa.it/2013/08/20/edizioni/biella/il-modello-del-primary-nursing-fa-scuola-negli-ospedali-trentini-9LMJqlqJG60p8TZxlhJxrl/pagina.html>. Ultimo accesso 8/6/2014

# Infermieri meritevoli oggi tra disagio e perplessità

di Anna Laura Fioribello

## INTRODUZIONE

### Background: dalla formazione...

Siamo noi le giovani promesse, gli audaci guerrieri della corsia... Messi in panchina dopo anni di riscaldamento. Non ci lasciano entrare in questo campo italiano, già piagato da lacune sanguinanti e calpestato da trascurati piedi torti.

Trecentosettantacinque promotori di salute disoccupati e risentiti.

Ci hanno insegnato come diventare Infermieri, in un percorso a scale dove la costanza e la dedizione al lavoro sono, per i pazienti, sinonimo di sopravvivenza e qualità della vita.

Così giorno dopo giorno, assimilando conoscenze e abituando la nostra mano alla giusta tecnica, abbiamo migliorato noi stessi, accompagnati lungo un sentiero che ci ha reso designatori di salute indipendenti e responsabili di vita altrui. Tenuto conto del contesto socio-economico attuale (che, in qualche modo, motiva lo spirito di rassegnazione generale), i quesiti che ci poniamo riguardano il livello di occupazione tra giovani e talentuosi infermieri, laureati con una votazione superiore a 105/110, nonché l'indice di gradimento della propria condizione lavorativa e/o professionale.

La scelta di non estendere l'oggetto di ricerca indistintamente a tutti gli infermieri disoccupati (ma restringere il campo ai laureati con un punteggio elevato) non è casuale: senza voler screditare chi, per probanti ragioni del tutto comprensibili, non rientrano nella popolazio-

ne-campione, diventa ancor più inconcepibile come menti ritenute brillanti dall'esito del proprio percorso formativo, ergo efficienti in un contesto sanitario nazionale, non abbiano trovato un riscontro considerevole nel mercato del lavoro.

### ...Allo scontro tra merito e "raccomandazione"

Ancora una volta, ma senza volerne giustificare i fallaci automatismi, che il Paese riversa in una crisi lavorativa ormai consolidata, non dovrebbe verificarsi che la percentuale dei non addetti ai lavori risieda proprio, se non maggiormente, tra l'élite dei centodieciisti, soprattutto in un contesto in cui la funzione professionale rivolta al mantenimento, e al miglioramento, dello stato di salute dei cittadini, indispensabile per tutti.

Indubbiamente, il fenomeno della disoccupazione interessa, senza esclusività, tutti i giovani italiani, laureati e non, meritevoli o meno, che, per la consuetudine storica odierna di attribuire in maniera diplomatica un manifesto ad ogni evento ricorrente, il più delle volte vengono inclusi nella categoria dei Neet, a rappresentare, nel nostro caso, la percentuale dei laureati che hanno acquisito competenze risultate subito obsolete per le richieste delle imprese.

Alla luce di un simile collasso sociologico, diventa dunque utopico introdurre un concetto più etereo dei precedenti, come quello della meritocrazia.

*"Meritocrazia vuol dire impegnarsi a non disperdere i propri talenti; agire per togliere tutti quei lacci che impediscono al*

*merito dei singoli di esprimersi nella sua pienezza. Meritocrazia è esigere e dare trasparenza".*

Malgrado i buoni propositi, tra i giovani si è diffusa l'indigeribile cognizione di inutilità del merito, appesantita dalla mancanza di opportuni stimoli che esortino ad ambire al massimo sviluppo delle proprie competenze.

Al contrario, le energie riservate al continuo apprendimento si dileguano in una conforme sobrietà di idee e di flebili speranze, spesso supportate da un *"non ne vale la pena"*.

A rendere la situazione ancor più tesa, resta la viziata opinione pubblica della "raccomandazione" come unica fonte di soluzione a qualsivoglia problema, di natura lavorativa o meno.

C'è da dire che la parola in sé non denota quell'accezione negativa che, invece, ha assunto, nel tempo, quando è diventata sinonimo di scorrettezza.

Ad esempio, si può riportare il caso in cui, sotto un'autorevole esortazione, un incarico lavorativo venga affidato a qualcuno poco competente. Se si provasse, però, a pensare che la sollecitazione (evidentemente, ormai essenziale) fosse rivolta ad una persona meritevole, forse l'idea di "raccomandazione" non sarebbe così aspra ai nostri occhi.

Le Aziende, inoltre, assumendo personale qualificato (previa verifica della reale attitudine al ruolo presunto), a prescindere se abbia ricevuto o meno una raccomandazione, vedrebbero incrementare la qualità della produzione, grazie ad un'ottimizzazione della *governance*, ri-

volta verso una direzione mirata, concreta ed efficiente.

**Parole-chiave:** *Neet*, neolaureato, disoccupazione, meritocrazia, raccomandazione

## METODO E DISCUSSIONE

Aziende Sanitarie dovrebbero impegnarsi a garantire una maggiore qualità assistenziale infermieristica, qualora, trovandosi nella condizione di neo-assunzioni, valutassero esclusivamente il profilo curricolare accademico e formativo (a parità di esperienza lavorativa pregressa, perlomeno nulla) o riconducibile al tirocinio universitario nel caso si tratti di neolaureati. Per avere una stima concreta delle premesse ipotizzate, è stato somministrato un breve questionario, quale strumento idoneo per la raccolta di dati facilmente analizzabili, ad un campione di 375 infermieri, per conoscerne lo stato occupazionale ed il grado di soddisfazione professionale.

Si parla di una popolazione rappresentativa degli infermieri meritevoli, di cui il 26% appartenente al sesso maschile e il 74% a quello femminile; suddivisi per fasce di età (71% tra i 22 e i 27 anni; 17% tra i 28 e i 33; 12% oltre i 34 anni) tra chi ha conseguito con la laurea triennale (soltanto l'1% possiede una laurea magistrale) una votazione complessiva di teoria, tecnica e pratica della professione, compresa tra 105 e 109 (53% del campione) e tra 110 e 110 con lode (47%).

Sono infermieri laureatisi negli anni scorsi (l'83% tra il 2012 e gli inizi del 2013), dei quali solo il 30% risulta essere occupato, malgrado la maggioranza (il 95%) reputi di alto profilo ("buono-ottimo") le competenze professionali acquisite durante il periodo di formazione. Uno dei quesiti presenti nel questionario richiedeva ai partecipanti di specificare il tipo di contratto sottoscritto con l'Azienda: dai dati è risultato che, il 68% della percentuale di lavoratori sopra riportata è stato assunto con un incarico a tempo determinato (in cui sono comprese una frazione con il part-time, 10%) e una con partita Iva (17%); l'11%, invece, è diviso tra collaborazioni occasionali, tirocini

### QUESTIONARIO SULL'OCCUPAZIONE INFERMIERISTICA PER COLORO CHE HANNO RICEVUTO VOTAZIONE SUPERIORE A 109

Gentile collega chiedo la tua collaborazione per attestare l'attuale stato occupazionale degli infermieri che hanno eccelsi nel loro percorso accademico, con lo scopo di rendere pubblici i risultati su riviste scientifiche e/o giornali locali.

\* Campo obbligatorio

1. SESSO \*

maschio

femmina

2. FASCIA DI ETÀ \*

22-27

28-33

34-39

40 e oltre

4. REGIONE DI APPARTENENZA \* :

5. TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO \*

diploma di laurea

laurea triennale

laurea magistrale

dottorato

7. ANNO CONSEGUIMENTO ULTIMO TITOLO \* :

8. ATTUALMENTE SEI \*

occupato

disoccupato

in mobilità

nuovamente studente

10. COME HAI TROVATO LAVORO

concorso pubblici

avviso pubblico

cooperativa

menzione raccomandativa

Altro:

11. SE SEI DISOCCUPATO, LA CAUSA PRINCIPALE È\*

non ho cercato/cerco attivamente lavoro come infermiere

non sono disponibile a spostarmi fuori regione

non ho la possibilità di ricevere menzioni raccomandative

Altro:

12. SEI SODDISFATTO DELLA TUA CONDIZIONE LAVORATIVA \*

sì

no

13. COME REPUTI LE TUE COMPETENZE PROFESSIONALI \*

scarse

buone

ottime

eccellenti

14. PENSI CHE LA VOTAZIONE CONSEGUITA CON IL TITOLO DI STUDIO DOVREBBE FARE LA DIFFERENZA AI FINI DI UN'ASSUNZIONE PROFESSIONALE \*

sì

no

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

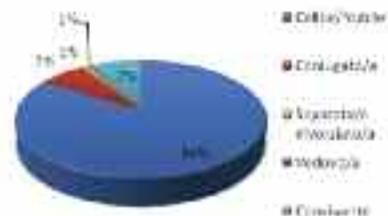
### 1. SESSO



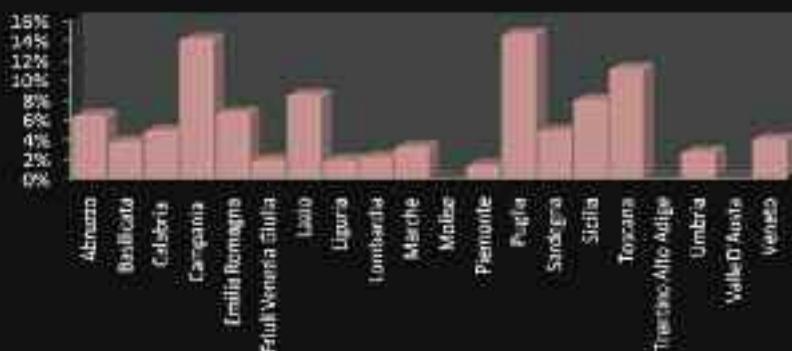
### 2. FASCIA DI ETÀ



### 3. STATO SOCIALE



### 4. REGIONE DI APPARTENENZA



### 5. TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO



### 6. VOTAZIONE OTTENUTA



dichiara di non ricevere quasi mai risposta ai curriculum inviati o che gli venga risposto di non possedere l'esperienza necessaria per essere assunto poiché neolaureato; di non aver ricevuto il rinnovo del contratto, una volta scaduto; di non accontentarsi di essere assunto per

extra-curricolari non retribuiti, sostituzioni di personale assente, lavoro nero, e dunque non tutelato.

Infine, la restante percentuale (22%) fruisce di un contratto a tempo indeterminato: un rapporto notevolmente inferiore alle aspettative, ma che potrebbe delineare un margine di crescita nel mercato del lavoro sanitario.

Inoltre, si è cercato di conoscere quale fosse il collegamento più efficace tra gli infermieri e il mondo del lavoro, trovando una parità di successo tra la mediazione delle società cooperative (32% dei casi) e quella di concorsi e avvisi pubblici (37%).

D'altro canto, il 12% sostiene di essere stato assunto tramite menzione raccomandativa e un 19% finale è diviso tra il contatto con le agenzie interinali; la consegna di curriculum vitae personalmente o consultando annunci pubblicati su internet ed il colloquio nelle aziende private, talvolta svolto in qualità di operatore socio-sanitario.

Contrariamente, alla componente del campione risultata disoccupata (il 64%, cui va aggiunto un 6% di "nuovamente studente") è stato chiesto quale fosse

la causa principale della condizione di inattività professionale.

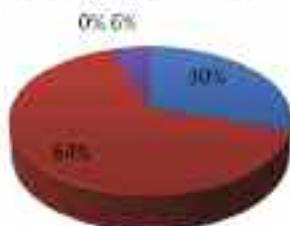
Tra le risposte: il 18% non cerca o non ha cercato attivamente lavoro come infermiere; il 7% non è disposto a spostarsi fuori regione (il valore del dato trova riscontro nello stesso 7% della popolazione che, nello stato sociale, ha dichiarato di essere convivente e/o coniugato); il 40% (una fetta consistente di questa torta) sostiene che il motivo basilare sia di non godere di una menzione raccomandativa. Infine, il razionale 35%

### 7. ANNO CONSEGUIMENTO ULTIMO TITOLO

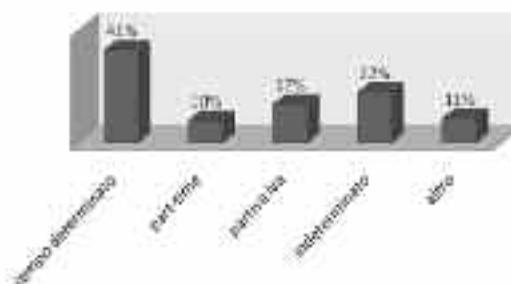


## 8. ATTUALMENTE SEI

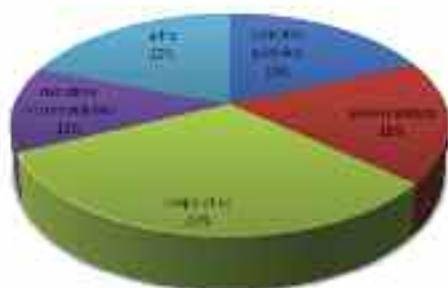
■ occupato ■ disoccupato ■ in mobilità ■ nuovamente studente



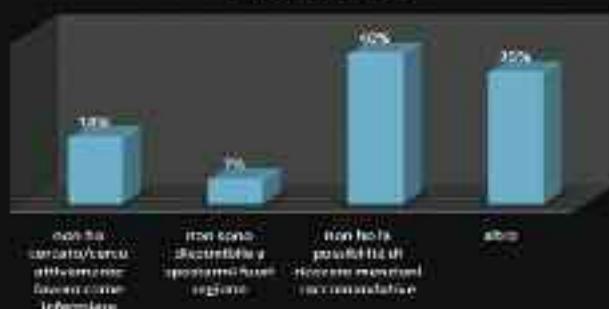
## 9. SE SEI OCCUPATO, CHE TIPO DI CONTRATTO HAI



## 10. COME HAI TROVATO LAVORO



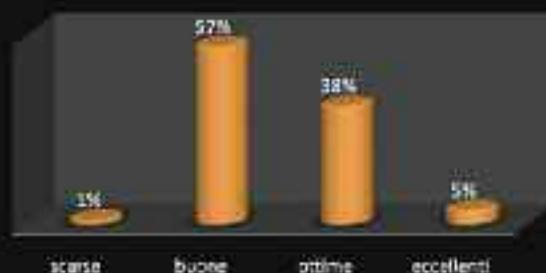
## 11. SE SEI DISOCCUPATO, LA CAUSA PRINCIPALE È



## 12. SEI SODDISFATTO DELLA TUA CONDIZIONE LAVORATIVA



## 13. COME REPUTI LE TUE COMPETENZE PROFESSIONALI



quattro euro all'ora come Oss o di aprire una partita Iva, lavorando da libero professionista senza garanzie; di non riuscire a superare gli sporadici concorsi pubblici o, in caso contrario, di attendere per mesi lo scorrimento delle graduatorie, molto lento; di trovarsi di fronte al blocco di alcuni concorsi, con particolare riferimento alla categoria degli infermieri pediatrici e, spesso, alla revoca di altri, per i quali, inoltre, il più delle volte, è stata versata una tassa di partecipazione

non rimborsabile.

Ad accompagnare le risposte, compare un commento frequente insito di dubbi relativi all'effettiva esigenza di richiesta di nuovo personale infermieristico, causato ad esempio del blocco del *turn over*, condizione che, malgrado l'opinione generale, porta a pensare ad una saturazione del mercato che impedisce, di fatto, l'assorbimento di ulteriore personale (in questo caso sanitario).

## CONCLUSIONI

Ricapitolando lo scopo della ricerca nelle ultime due domande decisive e lasciando ad altri il potere di un giudizio ponderato, si è riscontrato che il 90% della popolazione-campione non è soddisfatta della propria condizione lavorativa e che il 70% afferma che la votazione conseguita con il titolo di studio dovrebbe avere una valenza maggiore tra i requisiti apprezzabili, specie ai fini di un'assunzione professionale.

## 14. PENSI CHE LA VOTAZIONE CONSEGUITA CON IL TITOLO DI STUDIO DOVREBBE FARE LA DIFFERENZA AI FINI DI UN'ASSUNZIONE PROFESSIONALE



Si lascia al lettore la decisione finale di "irrompere" con qualche sintomatico espediente in una lotta proclamata apparentemente destinata contro i mulini a vento, articolando una possibile variazione di rotta che ridesti gli animi spenti e sopprima l'urgenza di lamentare, a gran voce, un'insofferenza collettiva.

AUTORE:

Anna Laura Fioribello, laureata in Infermieristica presso l'Università La Sapienza, Roma, sede distaccata di Colli-ferro.

### SITOGRAFIA

<http://www.piedetorto.it/>

<http://www.treccani.it/enciclopedia/automatismo/>

<http://it.wikipedia.org/wiki/NEET>

<http://www.cliclavoro.gov.it/Progetti/Pagine/AMVA.aspx>

[http://noi-italia2011.istat.it/index.php?id=7&user\\_100ind\\_pi1%5Bid\\_pagina%5D=78&cHash=e61f47ed33d9a47883cbfa879cf40331](http://noi-italia2011.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=78&cHash=e61f47ed33d9a47883cbfa879cf40331)

<http://www.adapt.it>

[http://www.meritocrazia.com/activecontent/pages/meritocrazia\\_e.php](http://www.meritocrazia.com/activecontent/pages/meritocrazia_e.php)

<http://infosanita.wordpress.com/governo-clinico/>

LA RIVISTA "INFERMIERE OGGI" È A DISPOSIZIONE DI TUTTI GLI ISCRITTI PER LA PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI, CONTRIBUTI SCIENTIFICI, RUBRICHE DI INTERESSE PROFESSIONALE.

LE NORME EDITORIALI - DA SEGUIRE SCRUPOLOSAMENTE - SONO PUBBLICATE SULLA TERZA DI COPERTINA.

PER CONTATTARE LA REDAZIONE RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA DEL COLLEGIO.

# Anziano con deterioramento cognitivo: tre approcci non convenzionali a confronto per la riduzione del disagio psichico

di Noemi Cittadini, Marialucia Portato, Patrizia Ranieri

## INTRODUZIONE

L'innalzamento dell'età media e l'aumentare di problematiche relative sia alla gestione della non autosufficienza che dei disturbi cognitivi e comportamentali correlati al deterioramento cognitivo, ha comportato, in questi ultimi anni, un notevole sviluppo della geriatria. Sebbene la medicina e la farmacologia abbiano seguito di pari passo quest'incremento, esse non sono però risultate sufficienti a soddisfare le necessità terapeutiche degli anziani.

È ormai, quindi, acclarata la necessità di supportare la medicina ufficiale accogliendo anche approcci terapeutici e di promozione del benessere alternativi, visto che, alcuni di questi risultano particolarmente efficaci nel contenimento del disagio psichico degli anziani con deterioramento cognitivo.

**La pratica del tocco-massaggio** è stata sviluppata agli inizi degli anni '70 dalla teosofa e sensitiva Dora Van Gelder Kunz (presidente della Società Teosofica d'America dal 1975 al 1987) e da Dolores Kriegerd (professoressa di nursing presso l'università di New York).

È stata approvata nel 1987 dall'Ordine degli infermieri del Quebec ed è promossa da molte altre organizzazioni professionali di infermieri.

Da allora, il metodo è stato utilizzato con successo in molti paesi soprattutto per

la cura ed il trattamento di malati ed anziani affetti da demenza.

La filosofia che sottende la tecnica del tocco-massaggio si fonda sulla concezione, già presente in antichità ed ancora molto diffusa specie in Oriente, che il corpo sia costituito non solo da materia biologica, ma anche da energia vitale.

Questa viene a costituire un vero e proprio campo energetico, che mantiene in vita il corpo fisico influenzando il funzionamento degli organi, rinforzando il sistema immunitario, ed attivando numerose funzioni basali.

Il campo energetico è diviso in diversi strati che si irradiano dal profondo dei tessuti e divengono sempre più sottili man mano che si procede verso l'esterno, aumentando di frequenza le loro vibrazioni. Lavorando su questi strati, quindi, si va ad agire sulla componente psicofisica, migliorando lo stato di benessere (Sblendorio, AA 2010/2011).

È necessario distinguere il tocco-massaggio dal massaggio tecnico e riabilitativo-fisioterapico. Seppure l'infermiere che offre il tocco-massaggio non applichi una tecnica specifica, fa comunque riferimento ad una base razionale rappresentata dalla conoscenza dell'uomo nella sua dimensione non solo fisica, ma anche psico-sociale.

Il tocco-massaggio ha applicazioni molto varie: può essere di aiuto sia nel control-

lo di sintomi fisici quali dolore e nausea che relativi alla sfera psichica, come ansia, depressione, aggressività, soprattutto in ambito geriatrico, ove risponde anche al bisogno naturale dell'anziano di essere ancora "toccato e toccabile" (Mele, 2008).

Sempre nell'ambito degli approcci alternativi, troviamo, inoltre, la **musicoterapia**. Essa nasce e si sviluppa prevalentemente in ambiente psichiatrico, in seguito ha allargato i suoi confini di studio e di applicazione alla geriatria e alla vasta problematica delle demenze.

Due aspetti della musica possono avere valenza terapeutica: il primo è la grande influenza che la musica ha sul tono dell'umore, il secondo è il forte potere mnemonico. Infatti, il riascolto di un brano musicale può evocare con molta precisione un episodio della vita, ricomponendo nella mente non soltanto le caratteristiche temporali e spaziali dell'episodio stesso, ma anche lo stato d'animo che caratterizzava quella circostanza.

L'estensione, quindi, dell'utilizzo della musicoterapia al campo delle demenze e la sua diffusione in ambito geriatrico, è legata sostanzialmente a due motivi: il ruolo che i disturbi della memoria e del comportamento hanno nella demenza e la prevalenza dei disturbi non cognitivi che influenzano negativamente la qualità di vita del malato e del network fami-

gliare e sociale.

La definizione più aggiornata di musicoterapia è quella approvata e condivisa dalla Comunità Internazionale in occasione dell'VIII Congresso Mondiale di Musicoterapia della *World Federation of Music Therapy*: "La musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) per opera di un musicoterapista qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia si pone come scopo quello di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia" (Villani&Raglio, 2004).

Partendo da queste premesse, è stata effettuata una revisione della letteratura nazionale ed internazionale, finalizzata a valutare l'efficacia di tre strategie di approccio non convenzionale alla riduzione di sintomi psichici nei pazienti anziani affetti da deterioramento cognitivo: tocco-massaggio, tocco-massaggio associato ad altri trattamenti e musicoterapia.

## METODI

La domanda di ricerca è stata strutturata seguendo il metodo Pico:

- Popolazione pazienti anziani affetti da deterioramento cognitivo e conseguente disagio psichico;
- intervento trattamento non convenzionale;
- comparazione di tre strategie: tocco-massaggio, tocco-massaggio associato ad altri trattamenti (musicoterapia, aromaterapia, supporto cognitivo) e musicoterapia;
- outcome riduzione del disagio psichico nella popolazione presa in esame.

Sono stati consultati i seguenti database: *Cinahl, OvidSp, Cochrane, Pub-Med*.

## LIMITI

Relativamente al tocco-massaggio, si è tentato di rilevare evidenze scientifiche recenti limitando la ricerca agli ultimi cinque anni. Data l'esiguità di materiale disponibile si è allargato il limite temporale agli ultimi 15 anni, considerando anche il fatto che, come è emerso attraverso la lettura degli articoli, la pratica del tocco-massaggio si fonda su una concezione del corpo antica che non ha subito grandi trasformazioni nel corso del tempo.

Altro limite imposto alla ricerca è stato quello riguardante, ovviamente, l'età (>65 anni); non sono stati messi limiti per quanto riguarda la tipologia degli studi,



data la scarsità di referenze disponibili. Per quanto riguarda, invece, la musicoterapia, il materiale disponibile è risultato essere sia molto recente che qualitativamente e quantitativamente rilevante. Si è quindi scelto di limitare la ricerca agli ultimi cinque anni, e, tra gli studi caratterizzati da maggiore evidenza scientifica, è stata selezionata una *review* con meta-analisi del 2013.

A partire da quest'ultima sono state scelte altre tre referenze riguardanti studi Rct posteriori. Anche qui, naturalmente, è stato imposto come limite quello riguardante l'età.

### Criteri di inclusione ed esclusione

Relativamente al tocco-massaggio, sono stati esclusi tutti gli articoli riguardanti tecniche specifiche di massaggio (riabilitative, fisioterapiche etc) e popolazione non conforme alla domanda di ricerca

(malati oncologici, malati psichiatrici etc). Sono stati, invece, inclusi tutti quelli riguardanti pratiche di massaggio non basate su tecniche specifiche (anche se non espressamente definito tocco-massaggio), ma che, dalla lettura degli articoli risultava essere coerente con la definizione di tocco-massaggio ricavata da un primo approfondimento dell'argomento sul motore di ricerca *Google Scholar*.

Relativamente, invece, alla musicoterapia, sono stati presi in considerazione studi riguardanti la riduzione del disagio psichico nella popolazione presa in esame, caratterizzati da maggiore evidenza scientifica (Rct, *review* di Rct ed altri *trial* sperimentali) e dell'anno 2013.

### Strategia di ricerca

#### Tocco-massaggio

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: *elderly, massage, touch massage, healing massage, massage therapy, anxiety, agitation, depression, cognitive impairment*, combinate fra loro con gli operatori booleani, sui diversi database, nell'ambito di ripetute ricerche.

Sono stati selezionati e richiesti 20 articoli: cinque non sono stati reperiti dalla biblioteca digitale, anche contattando direttamente gli autori, altri sette articoli sono stati scartati perché non rispondenti alla domanda di ricerca, in quanto riguardanti popolazione anziana ma non affetta da deterioramento cognitivo o relativi a tecniche di massaggio di tipo riabilitativo.

#### Musicoterapia

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: *music therapy, dementia* combinate con l'operatore booleano "and" in una ricerca sul database *Pub Med*. Sono stati reperiti immediatamente 28 articoli dei quali sono stati selezionati un *review* e tre studi posteriori su anziani residenti con disagio psichico.



## RISULTATI

### Tocco-massaggio

Holliday-Welsh, Gessert e Renier (2009 Usa) in uno studio prospettico, finalizzato ad esaminare le potenzialità del massaggio nel contenimento dell'agitazione in 52 residenti affetti da deterioramento cognitivo, ne evidenziano l'efficacia.

L'agitazione è stata valutata mediante scala basata sui cinque sintomi comportamentali del *Minimum Data Set* (Mds): delirante, verbalmente agitato/ingiurioso, fisicamente agitato/ingiurioso, socialmente inappropriato/distruttivo, resistente alle cure.

L'agitazione è stata misurata cinque volte durante un periodo di un'ora: dei cinque comportamenti di agitazione esaminati in questo studio, il massaggio è stato associato ad un miglioramento significativo per quattro: delirio, agitazione verbale/comportamento ingiurioso, agitazione fisica/ comportamento ingiurioso e resistenza alle cure.

Nei residenti con livelli significativi di agitazione alla *baseline*, gli effetti osservati del massaggio sull'agitazione aumentano. Song, Rye-Hun, Kim, Do-Hwan (2006

Corea) in uno studio quasi sperimentale controllato, condotto su 50 anziani residenti in due diversi istituti, hanno valutato gli effetti del massaggio plantare sui disturbi del sonno, la depressione e gli indici fisiologici degli anziani in istituto.

I soggetti sono stati distribuiti in due gruppi di 25 membri ciascuno. Il gruppo sperimentale è stato sottoposto a 12 sedute di massaggio plantare di 30 minuti. Per la valutazione dello stato cognitivo è stato utilizzato il *Mmse-K*, versione coreana del *Mini-Mental-Test*.

È stata, inoltre, effettuata una rilevazione degli indici fisiologici (concentrazione plasmatica di serotonina, cortisolo sierico), prima e dopo il massaggio plantare. Il gruppo sperimentale ha avuto aumento dei livelli ematici di serotonina con conseguente miglioramento della qualità del sonno e degli aspetti depressivi rispetto al gruppo di controllo.

Kolkaba, Shirm e Steiner (2006 Usa) hanno condotto uno studio randomizzato controllato (Rct) su 60 pazienti anziani ricoverati in due istituti del *Midwest*, finalizzato a testare l'efficacia del massaggio della mano come intervento mirato

ad incrementare il benessere, il livello di soddisfazione e la riduzione dell'ansia.

I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi, rispettivamente di 35 e 25 soggetti: il gruppo sperimentale è stato sottoposto a tocco-massaggio della mano. I dati sono stati raccolti mediante somministrazione del *General Comfort Questionnaire* (Gcq) al T1-T2-T3.

L'analisi dei risultati non ha mostrato variazioni significative tra i gruppi rispetto alle differenze di comfort. La soddisfazione per la cura e la riduzione dell'ansia è stata significativamente più elevata al T3 sia per il gruppo sperimentale che per il gruppo di controllo, sebbene il gruppo sperimentale abbia avuto un maggiore incremento del livello di soddisfazione media nel tempo rispetto al gruppo di controllo.

Sansone e Schmitt (2000 Usa), in uno studio prospettico condotto su 59 pazienti anziani dementi, hanno valutato l'efficacia di un trattamento (distinto in tre fasi per un totale di 12 settimane) di tocco massaggio sull'agitazione e i comportamenti aggressivi. Per la rilevazione dello stato di demenza o agitazione nei

pazienti è stato utilizzato il *Minimum Data Set 2.0* (Mds2).

Nel *follow-up* è stata usata la *Comprehensive Assessment and Referral Evaluation* (scala di valutazione ansia/agitazione). I livelli dell'ansia sono molto più elevati nella prima fase di trattamento rispetto alle due successive.

#### **Tocco-massaggio associato ad altri trattamenti (musicoterapia, aromaterapia, supporto cognitivo)**

Remington (2002 Usa) ha condotto uno studio sperimentale controllato (Rct) finalizzato a valutare l'efficacia dell'applicazione del massaggio alle mani e della musica rilassante sulla riduzione del comportamento agitato in anziani istituzionalizzati affetti da Alzheimer, demenza senile e multinfrattuale.

Il campione si compone di 68 pazienti (59 F e 9 M) con età >60 anni, residenti in quattro diverse strutture. **Gruppo 1:** trattato con musica rilassante e tocco massaggio della mano; **gruppo 2:** trattato solo con musica rilassante; **gruppo 3:** trattato solo con tocco-massaggio della mano; **gruppo 4:** sottoposto a nessun intervento. Tempo di esposizione 10 minuti.

Per registrare la frequenza dei comportamenti agitati è stata utilizzata la *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (Cmai). Per tutti i gruppi esposti all'intervento si è avuta riduzione dell'aggressività sia verbale che fisica. Non si sono riscontrati benefici aggiuntivi nell'esposizione simultanea (tocco massaggio della mano e musica rilassante).

Nel gruppo di controllo non si è avuta riduzione dell'aggressività.

Lee, Soon Young (2005 Corea), in uno studio quasi sperimentale controllato, condotto su 61 pazienti anziani affetti da Alzheimer suddivisi in tre gruppi di soggetti (Gruppo 1: 20 pz, 8 M e 12 F; gruppo 2: 20 pz, 10 M e 10 F; gruppo di controllo: 21 pz, 9M e 12F), hanno valutato l'efficacia del massaggio alle mani con olio essenziale di lavanda sulle funzioni cognitive, le emozioni ed i comportamenti aggressivi.

Le funzioni cognitive sono state valutate preventivamente mediante *Mini Mental State Examination* (Mmse), le emozioni mediante *Apparent Emotion Rating* (Aer) e l'aggressività mediante Ryden Aggres-

sion Scale (Ryden 1988). Relativamente alle funzioni cognitive non vi è differenza fra il gruppo 1 (massaggio all'olio di lavanda) ed il gruppo 2 (massaggio all'olio di jojoba) e a quello di controllo (nessun trattamento). Il gruppo 1 ha, invece, mostrato differenze significative rispetto sia al gruppo 2 che al gruppo di controllo relativamente ad emozioni e comportamenti aggressivi.

Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede e House (2009 UK) in una revisione della letteratura hanno valutato l'efficacia di diversi trattamenti non farmacologici (fra cui il tocco massaggio) per contenere i sintomi psicologici e comportamentali (aggressività, delirio, agitazione, ansia, condotta alimentare) della demenza. Sono state selezionate dall'articolo le tre revisioni di studi relativi all'utilizzo del tocco massaggio sui sintomi comportamentali e psicologici (Viggo Hansen et al., 2006; Livingston et al., 2005; Cohen-Mansfield, 2001). Gli strumenti di rilevazione dei dati e le caratteristiche dei campioni oggetto di studio non sono menzionati nell'articolo. I risultati emersi dalle tre revisioni concludono che non vi è alcuna evidenza definitiva che il massaggio riduca delirio, ansia e aggressività. Oltre a questi studi, è stata presa in considerazione anche una review (Schiff, 2006 Germania) che include in tutto 18 studi, fra cui otto Rct, una meta-analisi di nove studi e otto studi sperimentali pre-test e post-test ed uno studio quasi sperimentale con campione non randomizzato. Questa ha valutato gli effetti del massaggio sulla schiena, semplice od associato ad aromaterapia, musicoterapia o conversazione. Dal confronto fra i vari studi, l'autore conclude che questi interventi promuovono il rilassamento ed il sonno e che sono percepiti come molto piacevoli dagli anziani, ma non vengono spiegate nel dettaglio le ragioni di questi effetti ed il ruolo del tocco. Sono quindi necessarie altre ricerche per pervenire ad evidenze definitive.

#### **Musicoterapia**

Il primo studio preso in considerazione è una revisione della letteratura condotta in diversi database (Medline, Cinahl, PsycInfo, e Igaku Chuo Zasshi) includen-

te 20 studi (Rct, studi clinici controllati, studi di coorte), sui quali è stata effettuata una meta-analisi con Differenze Medie Standardizzate (Smd) (Ueda, Suzuki, Sato & Izumi, Marzo 2013 Giappone).

Questo ha avuto lo scopo di indagare gli effetti della musicoterapia sui Sintomi Comportamentali e Psicologici della Demenza (Bpsd), sulla funzione cognitiva e sulle attività della vita quotidiana nei pazienti con demenza. Gli strumenti utilizzati per la rilevazione dei dati sono basati su scale riconosciute a livello internazionale quali Mmse Gds Gcol, Npi-Q, Cmai long etc.

I risultati hanno mostrato che la terapia musicale ha avuto effetti moderati sull'ansia e piccoli effetti sui sintomi comportamentali. In studi di durata >3 mesi, la musicoterapia ha avuto grandi effetti sull'ansia, si mostra quindi efficace per la gestione dei Bpsd.

Ridder, Stige, Qvale e Gold (Aprile 2013 Danimarca) hanno effettuato uno studio Rct in *crossover*, finalizzato ad esaminare l'effetto della musicoterapia individuale sull'agitazione nelle persone con moderata/grave demenza e ad esplorare il suo effetto sull'utilizzo dei farmaci psicotropi e sulla qualità di vita.

Quarantadue partecipanti con demenza sono stati randomizzati in due gruppi, uno sottoposto ad una sequenza di sei settimane di musicoterapia individuale e l'altro a sei settimane di cure standard.

Gli *outcome* misurati sono stati i seguenti: agitazione, qualità di vita e farmaci assunti.

I risultati hanno evidenziato che l'agitazione era aumentata nel gruppo sottoposto a terapia standard e diminuita nel gruppo sperimentale.

La prescrizione di farmaci psicotropi è aumentata significativamente nel gruppo sottoposto a trattamento standard. Chu, Yang, Lin, Ou, Lee, O'Brien, e Chou. (maggio 2013, Cina) hanno effettuato un Rct prospettico finalizzato a determinare l'efficacia della musicoterapia di gruppo per migliorare la depressione e ritardare il deterioramento delle funzioni cognitive in soggetti anziani istituzionalizzati con demenza.

È stato esaminato un campione di 104

persone anziane con demenza assegnate casualmente al gruppo sperimentale ed al gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale ha ricevuto 12 sedute di musicoterapia di gruppo (due sessioni da 30 minuti a settimana per sei settimane), ed il gruppo di controllo ha ricevuto cure tradizionali.

Sono stati raccolti dati quattro volte: una settimana prima dell'intervento, nella sesta sessione dell'intervento, nella dodicesima e ad un mese dopo la sessione finale.

I risultati hanno mostrato che la musicoterapia di gruppo riduce la depressione nelle persone con demenza. Infatti, miglioramenti nella depressione si sono verificati subito dopo la musicoterapia e sono stati evidenti durante tutto il corso del trattamento.

Il livello di cortisolo non è diminuito in modo rilevante dopo l'intervento. La funzione cognitiva è significativamente migliorata sia alle rilevazioni intermedie che ad un mese dopo il termine delle sessioni. L'intervento di musicoterapia di gruppo ha avuto l'impatto maggiore in soggetti con demenza lieve e moderata.

Sakamoto, Ando e Tsutou (Maggio 2013 Giappone) hanno condotto uno studio Rct su di un campione di 39 persone affette da Alzheimer di grado severo, assegnate a due gruppi di intervento di musicoterapia (passiva o interattiva) e ad un gruppo di controllo non sottoposto a musicoterapia. A breve termine sono stati valutati gli effetti sulla risposta emotiva e sui livelli di stress misurati, rispettivamente, con *Autonomic Nerve Index* e *Faces Scale*.

A lungo termine è stato valutato il cambiamento degli Bpsd attraverso la *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (Behave-Ad) Rating Scale*.

Lo stato emotivo è migliorato maggiormente attraverso l'intervento interattivo. Inoltre, una maggiore riduzione a lungo termine dei Bpsd è stata osservata nel gruppo sottoposto ad intervento interattivo, rispetto a quello sottoposto ad intervento di musica passiva ed al gruppo di controllo non sottoposto a trattamento.

### **Analisi critica degli studi**

Per quanto riguarda il livello di evidenza

scientifico degli studi presi in considerazione, si può affermare, innanzitutto, che sia gli studi condotti da Kolkaba et al. (2006) e Remington (2002), relativi al tocco-massaggio, sia tutti quelli riguardanti la musicoterapia, sono caratterizzati da maggiore affidabilità trattandosi di *trial* clinici randomizzati e controllati, nonostante non si tratti di studi in doppio cieco che avrebbero rappresentato la massima affidabilità dei risultati.

Immediatamente a seguire, scendendo nel livello di evidenza, si trovano i due studi coreani quasi sperimentali controllati di Song Rye-Hun et al. (2006) e Lee, Soon Young (2005 Corea).

I soggetti esaminati non sono stati assegnati al campione in modo casuale e questo rende i risultati sicuramente meno validi rispetto agli studi sopraccitati, comunque sembrerebbe che le variabili dipendenti siano state misurate in modo piuttosto accurato, sia nel pre test che nel post test.

Gli studi di Holliday-Welsh et al. (2009) e Sansone et al. (2000) sono, invece, entrambi caratterizzati da un disegno di tipo prospettico, con una rilevazione pre-test dei livelli delle variabili misurate ed una valutazione in più fasi al *follow up*. Sebbene non sia presente un gruppo di controllo, e non sia chiaro se l'assegnazione dei soggetti sia avvenuta in modo casuale, gli studi sembrerebbero offrire risultati sufficientemente attendibili.

Dal punto di vista degli strumenti di rilevazione dati, in tutti gli studi sono state utilizzate scale di valutazione validate a livello internazionale per misurare i diversi sintomi psichici (in particolare relativi ad ansia ed agitazione) sia alla *baseline* che dopo l'intervento.

In particolare, uno studio (Kolkaba et al., 2006) adotta anche un questionario strutturato con scala di tipo *likert*. Ciò rafforza la validità dei risultati emersi.

In tutti gli studi relativi al tocco-massaggio, i campioni si mostrano omogenei rispetto alla variabile numerosità offrendo un certo grado di confrontabilità, nonostante il diverso disegno di studio; tuttavia il numero tende ad essere piuttosto esiguo (numero medio di soggetti: circa 58).

Gli studi sugli effetti della musicoterapia, per quanto riguarda la numerosità, offro-

no due campioni omogenei (Ridder et al., Aprile 2013; Sakamoto et al., Maggio 2013) ed uno nettamente più consistente (Chu Het et al., Maggio 2013). Ma, trattandosi di studi caratterizzati da una metodologia particolarmente valida, risultano comunque confrontabili tra loro. La *review* di Hulme et al. (2009) invece, sarebbe stata certamente più efficace nel soddisfare la domanda di ricerca se avesse menzionato gli strumenti utilizzati nella rilevazione dei dati e le caratteristiche del campione degli studi inclusi. Molto più esauriente è invece il lavoro di Schiff (2006) che sintetizza in diverse tabelle gli studi presi in considerazione, indicando con molta precisione: disegno dello studio, tipo di intervento, strumenti, risultati. Inoltre gli studi sono tutti sperimentali ed è importante la presenza di Rct.

## **CONCLUSIONI**

Dall'analisi dei risultati di tutti gli studi primari presi in considerazione, tranne che per le due *review* (Hulme et al., 2009; Schiff, 2006), emerge un certo grado di efficacia del tocco-massaggio (sia semplice sia in associazione ad altri trattamenti) nel contenimento dei sintomi psichici (delirio, aggressività, ansia, depressione).

Lo studio che analizza gli effetti del massaggio associato ad aromaterapia (Lee, Soon Young, 2005 Corea), avrebbe dovuto, per essere più rispondente al quesito di ricerca, essere caratterizzato anche da un gruppo sperimentale sottoposto a trattamento basato solo sul massaggio.

Tuttavia, la comparazione fra i gruppi sottoposti a massaggio associato ad aromaterapia e gruppo di controllo, ha comunque evidenziato gli effetti positivi del massaggio relativamente a stato emotivo e comportamenti aggressivi. Risultati contrastanti, però, vengono presentati sia dalla *review* di Hulme et al. (2009), che indica che non vi è alcuna evidenza definitiva che il massaggio riduca delirio, ansia e aggressività, sia dalla *review* di Schiff (2006).

Anche quest'ultima, infatti, conclude che il massaggio e gli interventi ad esso associati, promuovono il rilassamento ed il sonno e sono percepiti come molto piacevoli dagli anziani, ma non si spie-

gano le ragioni di questi effetti ed il ruolo del tocco.

Inoltre, un grosso limite della ricerca è stato rappresentato dalla difficoltà di reperire articoli recenti sull'argomento che non ha reso possibile un'analisi più approfondita dell'efficacia del tocco-massaggio ed una comparazione fra gli effetti rispetto alla possibilità di trattare sedi diverse del corpo. Per colmare, quindi, queste lacune si rendono necessari ulteriori studi che offrano maggiore evidenza rispetto all'efficacia di questa pratica sul contenimento dei sintomi psichici del paziente anziano con deterioramento cognitivo.

Sarebbe importante pervenire a conclusioni definitive che consentirebbero di utilizzare il tocco-massaggio in integrazione o, addirittura, in alternativa al trattamento farmacologico, evitandone così gli effetti collaterali; particolarmente destabilizzanti soprattutto in questo tipo di malato.

Al contrario, dall'analisi degli studi relativi agli effetti della musicoterapia, emerge una maggiore evidenza sull'efficacia di quest'ultima nel contenimento del disagio psichico nell'anziano con deterioramento

cognitivo. Infatti, anche prendendo in considerazione lo studio di Remington et al. (2002), che pone a confronto tocco-massaggio, tocco-massaggio associato a musica e solo musicoterapia, si evidenzia che non si riscontrano benefici aggiuntivi nell'esposizione simultanea (tocco massaggio della mano e musica rilassante) rispetto al trattamento di sola musicoterapia.

Tutti gli studi mostrano che la musicoterapia è efficace nel contenimento del disagio psichico di live/media entità, soprattutto per quanto riguarda l'ansia e soprattutto in caso di interventi protratti nel tempo (Ueda et al., 2013).

Lo studio di Chu et al. (2013), evidenzia che la musicoterapia è efficace nel contenimento dell'ansia nei pazienti con deterioramento di media e lieve entità in caso di trattamento di gruppo.

Invece, lo studio di Ridder et al. (2013) evidenzia che tali effetti si hanno anche in caso di disturbi di entità medio/grave quando il trattamento è di tipo individuale, con riduzione della somministrazione dei farmaci psicotropi.

Nel caso di trattamento di gruppo, risulta

più efficace l'approccio interattivo, sia per quanto riguarda lo stato emotivo che i Bpsd, anche in caso di Alzheimer di grado severo (Sakamoto et al., 2013).

**Sulla base di quanto emerso dall'analisi della letteratura, si può concludere che la comparazione fra i tre diversi approcci ha rivelato che la musicoterapia è il trattamento maggiormente rispondente all'esigenza di trattare il disagio psichico nella popolazione presa in esame.**

Quindi, nella pratica clinica, rispetto al tocco-massaggio, la musicoterapia è certamente l'approccio da promuovere, soprattutto considerato il fatto che sono evidenti gli effetti di riduzione del trattamento farmacologico, così difficile da gestire in questo tipo di pazienti.

AUTORI:

Noemi Cittadini, infermiera, lavora presso la casa di cura Villa Domelia;

Marialucia Portato, infermiera, lavora presso il Centro disturbi alimentari Asl 3 Genovese;

Patrizia Ranieri, infermiera, lavora presso Uoc Oftalmologia Ospedale Oftalmico Asl RM E.

## BIBLIOGRAFIA

- Holliday-Welsh D. M, Gessert C. E, Renier C. M, *Massage in the management of agitation in nursing home residents with cognitive impairment*. Geriatr Nurs, 30, 108-117. 2009.
- Hsin C, Chyn-Yng Y, Yu L, Keng-Liang Ou, Tso-Ying L, O'Brien A. P & Kuei-Ru C, *The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study*. Biol Res Nurs, 1-9. 2013.
- Hulme C, Wright J, Crocker T, Oluboyede Y & House A, *Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review*. Int J of Geriatr Psychiatry, 25, 756-763. 2010.
- Kolcaba K, Schirm V & Steiner R, *Effects of hand massage on comfort of nursing home residents*. Geriatr Nurs, 27, 85-91. 2006.
- Lee Sun-Young, *The effect of lavender aromatherapy on cognitive function, emotion, and aggressive behavior of elderly with dementia*. J Korean Acad Nurs, 35, 303-312. 2005.
- Mele C, *Nell'assistenza infermieristica l'utilizzo del contatto fisico, tocco-massaggio può essere di aiuto per ridurre sintomi psicofisici nel malato?* Scenario, 25, 5-8. 2008.
- Ridder H. M, Stige B, Ovale L.G & Gold C, *Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial*. Aging Ment Health, 1-15. 2013.
- Remington R, *Calm music and hand massage with agitated elderly*. Nurs Res, 51, 317-323. 2002.
- Sakamoto M, Ando H & Tsutou A, *Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia*. Int Psychogeriatr, 25, 775-784. 2013.
- Sansone P & Schmitt L, *Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project*. Nurs, 21, 303-308. 2000.
- Sblendorio S, *Il massaggio Tocco Armonico: tecnica manuale di supporto all'assistenza infermieristica*. Disponibile in: [http://www.toccoarmonico.it/TESE\\_Sblendorio.pdf](http://www.toccoarmonico.it/TESE_Sblendorio.pdf) (11 Luglio 2013). 2010-2011.
- Schiff A, *Literature review of back massage and similar techniques to promote sleep in elderly people*. Pflege, 19, 163-173. 2006.
- Song Rye-Hun & Kim Du-Hwan, *Effects of foot reflexion massage on sleep disturbance. Depression disorder and the physiological index of the elderly*. J Korean Acad Nurs, 36, 15-24. 2006.
- Ueda T, Suzukamo Y, Sato M & Izumia S, *Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis*. Ageing Res Rev, 12, 628-641. 2013.
- Villani D & Raglio A, *Musicoterapia e demenza*. G Gerontol, 52, 423-428. 2004.

# Utilizzo della crioterapia nella riduzione dello sviluppo della mucosite orale in pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia

## Una ricerca bibliografica

di Marco Paturzo, Mauro Galluccio

### INTRODUZIONE

La mucosite orale fa parte delle complicanze più comuni durante e dopo il trattamento antineoplastico.

Lo scopo di questa ricerca bibliografica è valutare l'efficacia di un intervento non farmacologico, quale la **crioterapia**, nel trattamento e prevenzione della mucosite orale in pazienti oncologici sottoposti a regime chemio/radioterapico.

### MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta nei database *Cochrane Collaboration*, *Pubmed*, prendendo in considerazione solo meta analisi di Rct, Rct e revisioni sistematiche. Per il reperimento dei *full text* e degli *abstract* degli articoli, si è consultata la biblioteca on line del Collegio Ispasvi di Roma.

Sono stati analizzati due recenti revisioni sistematiche (2013 e 2011) e cinque articoli della revisione sistematica della *Cochrane Collaboration* pubblicata nell'aprile del 2011.

### RISULTATI

Dall'analisi degli articoli emerge l'efficacia della crioterapia orale durante l'infusione in bolo di 5-FU, per la prevenzione della mucosite orale.

È efficace tenere i cubetti di ghiaccio nella cavità orale per 30 minuti durante

il bolo di 5-fluoruracile, poiché il paziente tollera meglio tale procedura.

Nei pazienti affetti da mieloma multiplo e sottoposti a trattamento chemioterapico con melphalan 200 mg/m<sup>2</sup>, seguito da trapianto di midollo osseo autologo, si è notato che la somministrazione di cubetti di ghiaccio 30 minuti prima e 6 ore dopo l'infusione del melphalan 200 mg/m<sup>2</sup>, riduce notevolmente la mucosite orale.

Inoltre, dopo un trapianto allogenico e durante la somministrazione dell'agente antineoplastico Methotrexate, la somministrazione della crioterapia non riduce lo stadio di mucosite orale severa.

### CONCLUSIONI

L'utilizzo della crioterapia da parte del personale infermieristico, per la prevenzione e trattamento della mucosite orale è efficace in pazienti sottoposti a chemioterapia, diminuendone il dolore e favorendone la nutrizione.

**Parole-chiave:** *palliative care; oral mucositis; cancer; cryotherapy.*

### INTRODUZIONE

Negli ultimi quindici anni, il trattamento delle patologie neoplastiche è divenuto molto efficace con tassi di sopravvivenza superiori al 70%. (Gatta et al., 2002)

Purtroppo, si sono associati degli effetti collaterali secondari, che incidono, notevolmente sulla qualità di vita del paziente oncologico: la mucosite rientra tra le complicanze più comuni durante e dopo il trattamento antineoplastico.

La mucosite è una complicanza che colpisce, approssimativamente, il 35-40% dei pazienti che ricevono chemio-radio-terapia ed è il risultato dell'azione citotossica degli agenti chemioterapici degli effetti locali delle radiazioni sulla mucosa orale. (Baroncini et al., 2009)

Molteplici fattori relativi al paziente giocano un ruolo determinante nello sviluppo di mucosite post chemioterapia: l'età, lo stato nutrizionale, il tipo di malattia, la condizione della cavità orale prima del trattamento chemioterapico, l'igiene orale durante il trattamento, ne sono un esempio. (Pico et al 1998).

Inoltre, la mucosite rappresenta un fattore di rischio significativo anche per infezioni sistemiche e un peggioramento o decadimento delle condizioni psicofisiche dei pazienti in trattamento. (Keefe et al., 2007).

Gli agenti chemioterapici più frequentemente associati alle mucositi sono gli antimetaboliti, che comprendono etoposide, 5-FU e metotrexate.

Altri agenti associati a mucositi orali sono: beomicina, cisplatino, ciclofosfamide,

Popolazione	Intervento (1)	Comparazione (2)	Outcomes	Disegno dello studio
Tumore Cancro Chemioterapia Mucosite	Crioterapia	nessuna	Valutazione dell'efficacia dell'intervento	Studi clinici controllati e randomizzati (RCT) Meta-analisi di RCT, TC

Tabella 1. "Facet Analysis"

docetaxel, doxorubicina, mitomicina, paclitaxel, vinblastina, vincristina e vinorelbina.

Gli infermieri, di conseguenza, giocano un ruolo fondamentale nell'assistenza al paziente con mucosite e nella gestione delle complicanze.

Più precisamente i livelli di competenza richiesti sono:

1. costante osservazione infermieristica dei pazienti a rischio di sviluppo di mucositi;
2. attuazione d'interventi infermieristici scientificamente validati in grado di ridurre lo sviluppo di mucositi;
3. somministrazione di terapie non farmacologiche per trattare la mucosite;
4. assistenza al paziente con complicanze secondarie a mucosite.

Tuttavia, nella molteplicità d'interventi mirati alla riduzione della tossicità sulle mucose da parte dei chemioterapici, desideriamo, con tale ricerca bibliografica, porci come obiettivo l'analisi dell'efficacia di un intervento non farmacologico: la crioterapia.

## STRUMENTI E METODI

### Strategie utilizzate per la ricerca bibliografica

La scelta di analizzare questo intervento è dettata dal voler osservare come l'applicazione di attività prettamente infermieristiche, come la somministrazione di ghiaccio (crioterapia), incidano sulla prevenzione delle mucositi orali in pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia.

Population	Intervention (1)	Compare (2)
Oral mucositis Stomatitis Chemiotherap* Cancer Cancer* Carclno* Tumor* Tumour* Neoplasm*	Crioterap* Ice* Cool* Radiotherap*	nothing

Tabella 2. Parole-chiave

Dopo aver individuato la domanda di ricerca, per rendere la revisione bibliografica corretta, si è adottato il sistema "facet analysis" per focalizzare il punto importante ed analizzare correttamente i possibili contenuti da prendere in esame. (Tab.1)

Nella tabella 2 sono elencati i termini di ricerca in inglese, utilizzati indistintamente nelle banche dati esaminate.

Inoltre, data la specificità della domanda, si è preferito svolgere la ricerca su *Pubmed* e *Cochrane Library* banche dati in cui sono stati identificati gli ultimi articoli di massima evidenza pubblicati.

Per quanto concerne i criteri di inclusione ed esclusione degli articoli, sono stati inclusi nella ricerca articoli solo in lingua inglese. Non sono stati applicati limiti alla ricerca per osservare la vasta applicabilità dell'intervento dato che l'argomento in questione è ancora molto dibattuto dalla letteratura scientifica.

I *full text* e gli *abstract* sono stati reperiti tramite la biblioteca on line del Collegio Ispasvi di Roma.

### Descrizione dei dati estratti dalla ricerca

BANCHE DATI	N° ARTICOLI
PUBMED	31
COCHRANE LIBRARY	1

Tabella 3. Articoli reperiti

Non sono stati imposti limiti alla ricerca bibliografica, poiché la finalità è di massimizzare la specificità del risultato.

La strategia di ricerca utilizzata ha consentito di reperire i seguenti articoli. (Tab.3)

## I RISULTATI DELLA REVISIONE BIBLIOGRAFICA

### Letteratura identificata

Gli articoli che abbiamo ritenuto pertinenti (vedi sezione Articoli) per la nostra ricerca e che risultano cronologicamente i più recenti e di comprovata evidenza sono due revisioni sistematiche, di cui una revisione sistematica pubblicata nel 2013 (*Support Care Cancer* (2013) 21: 327-332), e l'altra revisione sistematica (*Cochrane Library Issue 4*) pubblicata nell'aprile del 2011 che prende in considerazione la letteratura scientifica in merito, a partire dal 1950 fino al 7 marzo 2011.

Non sono stati identificati articoli successivi a gennaio del 2013. (Tab.4)

Anno	Autore	Rivista	Titolo
2013	Douglas E. Peterson et al	Support Care Cancer (2013) 21: 327-332 DOI 10.1007/s00520-012-1562-0	Systematic review of oral cryotherapy for management of oral mucositis caused by cancer therapy
2011	Worthington HV et al	Cochrane Library Issue 4. Art. No: CD000978. DOI: 10.1002/14651858.CD000978.pub5.	Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment.

Tabella 4. *Systematic Review* identificati

Autore Rivista/anno	Metodologia	Campione	Trattamento/ follow up	Strumenti di raccolta dati	Risultati
<p><i>Douglas E. Peterson et al., 2013</i>  <i>Systematic review of oral cryotherapy for management of oral mucositis caused by cancer therapy</i>  <i>Support Care Cancer (2013) 21:327-332</i>  <i>DOI 10.1007/s00520-012-1562-0</i></p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>22 studi clinici controllati e randomizzati, 2 meta analisi che analizzano l'efficacia della crioterapia orale nella prevenzione della mucosite orale indotta da chemioterapia.</p>	<p>Descritto nei singoli studi.</p>	<p>Descritti nei singoli studi.</p>	<p>I pazienti trattati con 5 FU in bolo a cui viene somministrata della crioterapia orale per 30 min hanno un beneficio nella riduzione della sintomatologia.</p> <p>L'utilizzo della crioterapia orale è efficace nel prevenire la mucosite orale in pazienti trattati con alte dosi melfalan, con o senza irradiazione corporea totale, come preparazione al trapianto di midollo.</p> <p>Un RCT ha dimostrato una significativa riduzione dell'incidenza e del grado di stomatite nel gruppo sottoposto a crioterapia durante tutte tre cicli della chemioterapia sulla base sia clinica (<math>P &lt; 0.01</math>) sia sul miglioramento del paziente (<math>P &lt; 0.01</math>). Lo studio di Sorensen et al., 2008 similmente ha evidenziato una riduzione significativa dell'incidenza (<math>P &lt; 0.005</math>) e della durata (<math>P &lt; 0.01</math>) di mucosite nei pazienti trattati con crioterapia rispetto al normale risciacquo della bocca salina. <b>È interessante notare che un terzo gruppo trattato con clorexidina ha mostrato una protezione analoga rispetto alla crioterapia.</b></p>

Tabella 5. *Systematic review* di Douglas, Peterson et al., 2013



Autore Rivista/anno	Metodologia	Campione	Trattamento/ follow up	Strumenti di raccolta dati	Risultati
Worthington HV, Clarkson JE, Eden TOB. <i>Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment.</i> The Cochrane Collaboration, 2011.	Revisione sistematica	5 studi clinici controllati e randomizzati, che analizzano l'efficacia della crioterapia orale nella prevenzione della mucosite orale indotta da chemioterapia.	Descritto nei singoli studi.	Descritti nei singoli studi.	Ci sono benefici nell'utilizzo della crioterapia nei tre stadi di mucosite con un RRs of 0.74 (95% CI 0.57 to 0.95, P = 0.02, (lieve mucosite), 0.53 (95% CI 0.31 to 0.91, P = 0.02, Moderata Mucositis) and 0.36 (95% CI 0.17 to 0.77, P = 0.008, Severa Mucosite). Tuttavia, probabilmente la sostanziale eterogenità, correlata alla diversa condizione clinica e di trattamento, è presente in ogni metaanalisi: $Chi^2 = 14.77$ , $df = 4$ , $P = 0.005$ , $I^2 = 73\%$ per la mucosite lieve; $Chi^2 = 19.02$ , $df = 4$ , $P = 0.0008$ , $I^2 = 79\%$ per la moderata mucosite; e $Chi^2 = 14.31$ , $df = 4$ , $P = 0.006$ , $I^2 = 72\%$ per la mucosite severa.

Tabella 6. *Systematic review* di Worthington et al., 2011

## ANALISI CRITICA DELLA LETTERATURA

Nello *Special article* reperito in *full text* su *PubMed* si evince una ulteriore revisione sistematica dell'utilizzo della crioterapia orale per la gestione delle mucositi orali causate dalle terapie oncologiche come approfondimento della precedente revisione di Worthington H.V et al., 2011, la quale sarà successivamente analizzata.

Nella *systematic review* di Douglas E. Peterson et al., 2013, si è analizzata l'efficacia delle linee guida e delle *clinical practice* in riferimento all'uso della crioterapia orale per la prevenzione e/o il trattamento delle mucositi orali generate dalle terapie antitumorali.

Sono stati presi in considerazione 22 studi clinici (Rct e Tc) e due meta-analisi che confermano ciò che nella revisione di Worthington H.V et al. 2011, è stato precedentemente dimostrato ossia che l'utilizzo della crioterapia orale per la prevenzione della mucosite orale in pazienti che ricevono boli di 5-FU, oppure alte dosi di melphalan, è efficace.

Va notato come anche l'utilizzo della clorexidina possa dare benefici analoghi alla crioterapia. (Tab. 5)

Nell'analizzare la *systematic review* di

Worthington HV et al. 2011, della *Cochrane Collaboration* si evincono gli interventi efficaci nella prevenzione e nel trattamento della mucosite orale in pazienti sottoposti a chemioterapia.

Tale revisione analizza tutti gli studi pubblicati fino al 7 marzo 2011.

Nella revisione della *Cochrane* sono elencati numerosi interventi per i quali è stato dimostrato un beneficio nella prevenzione o nel trattamento della mucosite orale indotta da trattamento chemioterapico, tra i quali anche l'utilizzo della crioterapia. (Tab. 6)

La crioterapia risulta essere uno degli interventi per i quali è stata dimostrata, attraverso studi controllati e randomizzati e meta-analisi, una differenza statisticamente significativa rispetto all'utilizzo di placebo o nessun trattamento, nei tre stadi della mucosite ("lieve", "moderata", "severa").

## APPROFONDIMENTO DELLA REVISIONE

Analisi singolare degli studi della *Cochrane Library* (2011).

Nello studio controllato e randomizzato di Mahood D.J et al. 1991 è ipotizzato che la crioterapia orale, inducendo vasocostrizione e riducendo temporalmente

il flusso di sangue alle mucose orali, se utilizzata durante il momento di picco sierico del 5-FU, possa ridurre l'incidenza di mucositi orali.

Per verificare questa ipotesi sono stati arruolati nello studio 95 pazienti, candidati a ricevere il primo ciclo di chemioterapia con 5-FU e acido folinico, e randomizzati ad assumere crioterapia durante l'infusione di 5-FU o ad essere inclusi nel gruppo di controllo.

Si riscontra una riduzione significativa dell'incidenza di mucositi nel gruppo sottoposto a crioterapia, secondo la valutazione del medico referente ( $P=0.0002$ ) e del paziente stesso ( $P=0.0001$ ). (vedi *full text Cochrane library*)

Lo studio controllato e randomizzato di Rocke LK et al. 1993 confronta l'efficacia di due differenti tempi di crioterapia orale nella prevenzione delle mucositi orali da infusione di 5-fluoruracile. Vengono inclusi un totale di 178 pazienti, randomizzati a ricevere 30 o 60 minuti di crioterapia orale durante l'infusione di 5-fluoruracile e acido folinico.

Entrambi i gruppi risultano avere gradi simili di mucositi.

Pertanto, si continua a raccomandare l'utilizzo di crioterapia per 30 minuti durante il bolo di 5-fluoruracile, poiché il pa-

ziente tollera meglio tale procedura. Lo studio controllato e randomizzato di Cascinu et al. 1994 dimostra l'utilità della crioterapia orale nella prevenzione delle mucositi orali indotte da 5-fluoruracile. Vengono randomizzati 84 pazienti sottoposti ad un ciclo con 5-FU, per ricevere

crioterapia oppure appartenere al gruppo di controllo.

La valutazione è effettuata dal medico e dal paziente stesso attraverso una scala di valutazione della mucosite. La mucosite è significativamente ridotta dalla crioterapia nel gruppo di studio, rispetto

al gruppo di controllo ( $P < 0 = 0.05$ ). (vedi *full text Cochrane library*)

Lo studio controllato e randomizzato di Lilleby et al. 2006, presenta alcune differenze significative rispetto agli altri presi in esame.

Infatti, il campione è costituito da pa-

Anno	Autore	Rivista	Titolo
1991	Mahood DJ et al.	<i>Journal of Clinical Oncology</i> 1991;9(3):449-52.	<i>Inhibition of fluoruracil-induced stomatitis by oral cryotherapy</i>

#### I - Studio

Anno	Autore	Rivista	Titolo
1993	Rocke LK et al.	<i>Cancer</i> 1993;72(7):2234-8.	<i>A randomized clinical trial of two different durations of oral cryotherapy for prevention of 5-fluoruracil-related stomatitis.</i>

#### II - Studio

Anno	Autore	Rivista	Titolo
1994	Cascinu S et al.	<i>European Journal of Cancer, Part B, Oral Oncology</i> 1994;30B(4):234-6.	<i>Oral coolig (cryotherapy), an effective treatment for the prevention of 5-fluoruracil-induced stomatitis.</i>

#### III - Studio

Anno	Autore	Rivista	Titolo
2006	Lilleby et al.	<i>Bone Marrow Transplantation</i> 2006;37(11):1031-5.	<i>A prospective, randomized study of cryotherapy during administration of high-dose melphalan to decrease the severity and duration of oral mucositis in patients with multiple myeloma undergoing autologous peripheral blood stem cell transplantation.</i>

#### IV - Studio

Anno	Autore	Rivista	Titolo
2007	Gori et al.	<i>Marrow Transplantation</i> 2007; Vol. 39, issue 6:347-52	<i>Cryotherapy in the prevention of oral mucositis in patients receiving low-dose methotrexate following myeloablative allogeneic stem cell transplantation: a prospective randomized study of the Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo nurses group.</i>

#### V - Studio



zienti con tumore ematologico, in particolare sono stati arruolati 41 pazienti dei quali 40 compresi nello studio, affetti da mieloma multiplo e candidati a ricevere un trattamento chemioterapico con melphalan 200 mg/m<sup>2</sup>, seguito da trapianto del midollo osseo autologo.

I pazienti sono stati randomizzati a ricevere cubetti di ghiaccio, 30 minuti prima e 6 ore dopo la somministrazione del farmaco, oppure soluzione fisiologica a temperatura ambiente ed è stato eseguito un *follow up* a 2 e 28 giorni.

La valutazione della mucosite è stata inserita come parte dell'assistenza ordinaria utilizzando la scala di valutazione Nci Ctc, con un punteggio da 0 a 4.

Il risultato principale è stato una riduzione della mucosite nei pazienti trattati con crioterapia, rispetto al gruppo con soluzione fisiologica (P=0.0005).

Inoltre, i pazienti trattati con crioterapia hanno presentato un ridotto utilizzo di narcotici e nutrizione parenterale; nonchè hanno presentato livelli inferiori di dolore e una migliore qualità delle attività di vita quotidiana. (vedi *full text Co-*

*chrane library*)

Questo studio prospettico randomizzato di Gori et al. 2007, fa riferimento alla mucosite orale allo stadio severo in pazienti che ricevono basse dosi di methotrexate (Mtx) dopo trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (Ahsct).

Il campione comprende 130 pazienti sottoposti Ahsct mieloblastica e contenenti Mtx arruolati e randomizzati a ricevere o non ricevere la crioterapia durante la somministrazione di Mtx.

Si è visto che la crioterapia, somministrata dopo il trapianto allogenico e durante la somministrazione dell'agente antineoplastico Mtx, non riduce lo stadio di mucosite orale grave.

Infatti, si riserva una futura valutazione della somministrazione della crioterapia prima del trapianto allogenico.

L'incidenza della mucosite orale grave nei pazienti trattati con cubetti di ghiaccio è stata di 26 su 56, 46,4%, P = 0,45). Tuttavia, in un sottoinsieme di analisi, la crioterapia non ha influenzato l'incidenza di mucosite orale grave o in pazienti trattati con Tbi (73,6 vs 64,7% nei pazienti

di controllo, P = 0,55) o nei pazienti che non ricevono acido folinico (54,2 vs 70,2%, P = 0.16), escludendo in tal modo un potenziale effetto confondente di questi fattori.

## DISCUSSIONE

Dall'analisi delle due *systematic review* e dei successivi articoli presi in esame come approfondimento della revisione emerge chiaramente che la somministrazione della crioterapia orale durante l'infusione in bolo di 5-FU per la prevenzione e trattamento della mucosite orale è efficace. (Douglas E. Peterson et al., 2013; Worthington HV et al., 2011)

Tra le modalità di somministrazione della crioterapia orale la più efficace sarebbe il mantenimento di cubetti di ghiaccio nella cavità orale durante il picco sierico di 5-fluoruracile. (Mahood DJ et al 1991) Inoltre, è efficace tenere i cubetti di ghiaccio nella cavità orale per circa 30 minuti durante il bolo di 5-fluoruracile poiché il paziente tollera meglio tale procedura. (Rocke LK et al., 1993)

Anche in alcuni pazienti affetti da epato-

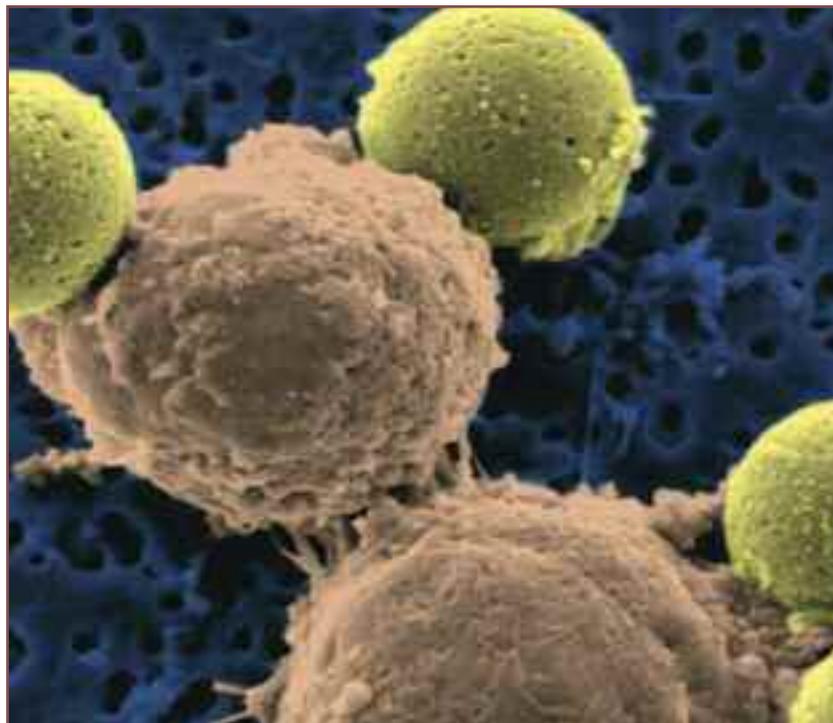
carcinoma, effettuare la crioterapia orale per 5 minuti ha prodotto dei benefici in termini di riduzione dell'incidenza, della durata e della severità della mucosite indotta da chemioterapia. (Karagözü et al., 2005)

In pazienti onco-ematologici, invece, sono emerse differenti realtà riguardo all'utilizzo della crioterapia. Di fatti, nei pazienti affetti da mieloma multiplo e sottoposti a trattamento chemioterapico con melphalan 200 mg/m<sup>2</sup>, seguito da trapianto del midollo osseo autologo, si è notato che la somministrazione di cubetti di ghiaccio 30 minuti prima e 6 ore dopo l'infusione del melphalan 200 mg/m<sup>2</sup> ad alte dosi, ha ridotto notevolmente la mucosite orale, con o senza irradiazione totale del corpo. (Douglas E. Peterson et al., 2013)

Emerge anche un aspetto importante, ossia, durante la somministrazione della crioterapia si ha una riduzione dei livelli di dolore e di narcotici con un evidente miglioramento della qualità di vita. (Gori et al., 2007)

Differentemente, dopo un trapianto allogenico e durante la somministrazione dell'agente antineoplastico Methotrexate, la somministrazione della crioterapia non riduce lo stadio di mucosite orale severa. (Lilleby et al., 2006)

Importante notare come le odierne li-



nee-guida come quelle della Mascc/Isoco mucositis Guidelines pubblicate nel 2007 rappresentano un valido strumento di consultazione da parte degli infermieri nel poter prevenire e trattare al meglio, attraverso l'uso della crioterapia orale, i pazienti affetti da mucosite orale sottoposti a chemioterapia. (Douglas E. Peterson et al., 2013)

### LIVELLO DI EVIDENZA DELL'INTERVENTO ANALIZZATO

Secondo i livelli di evidenza del *Centre for Evidence Based Medicine di Oxford* (tabella 7), la somministrazione della crioterapia in pazienti oncologici sottoposti a trattamento chemioterapico con 5 FU corrisponde a livelli di evidenza **1a**,

<i>Effectiveness is demonstrated by</i>	
<b>1a</b>	Systematic Review (with homogeneity) of Randomized Controlled Trials
<b>1b</b>	Individual Randomized Controlled Trial (with narrow Confidence Interval)
<b>1c</b>	All or none (met when <u>all</u> patients died before an intervention became available, but some now survive on it; or when some patients died before the intervention became available, but <u>none</u> now die on it)
<b>2a</b>	Systematic Review (with homogeneity) of cohort study
<b>2b</b>	Individual Cohort Study (including low quality Randomized Controlled Trials)
<b>2c</b>	"Outcomes" Research; Ecological studies
<b>3a</b>	Systematic Review (with homogeneity) of case-control studies
<b>3b</b>	Individual Case-Control Study
<b>4</b>	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies)
<b>5</b>	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

Tabella 7. Livelli di evidenza degli studi analizzati

mentre sottoposti a trattamento con *melfhalan* e *metrotrexate* corrisponde a livelli di evidenza **1b**.

### CRITICHE AL METODO UTILIZZATO E RACCOMANDAZIONI FUTURE

Una critica al nostro lavoro può essere di non aver consultato altri motori di ricerca. Del resto, sono state utilizzate due recenti revisione sistematica di Rct e me-

ta-analisi affinché si conglobassero più studi di elevata evidenza scientifica per poter fornire una visione molto ampia e dettagliata del fenomeno e dell'intervento preso in esame.

Le revisioni, inoltre, raccomandano di effettuare degli studi futuri sull'utilizzo della crioterapia orale nell'ambito della oncologia pediatrica, poiché ancora tematica poco affrontata in ambito di ricerca internazionale.

### AUTORI:

Marco Paturzo, RN, MSN, dottorando di ricerca in Scienze Infermieristiche, facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Tor Vergata, Roma;

Mauro Galluccio, RN, MSN, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, infermiere in cure palliative e responsabile operativo di servizio Fondazione Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- Aisa Y, Mori T, Kudo M, Yashima T, Kondo S, Yokoyama A, Ikeda Y, Okamoto S, *Oral cryotherapy for the prevention of highdose melphalan-induced stomatitis in allogeneic hematopoietic stemcell transplant recipients*. Support Care Cancer 13:266–269. 2005.
- Baronciniani C, Depau M, Pettinau F, Zaccheddu F, Pilo C, Targhetta C, Cogoni E, Angelucci, *Hematology Meeting Reports* 2(6):96-99. 2008.
- Cascinu S, Fedeli A, Fedeli S.L, Catalano G, *Oral coolig (cryotherapy), an effective treatment for the prevention of 5-fluoruracil-induced stomatitis*. Eur. J. Cancer B. Oral Oncol.; 30B(4):234-6. 1994.
- Douglas E, Peterson et al, *Systematic review of oral cryotherapy for management of oral mucositis caused by cancer therapy*. Support Care Cancer 21:327–332 DOI 10.1007/s00520-012-1562-0. 2013.
- Elad S, Bowen J, Zadik Y, Lalla R.V, *Development of the MASCC/ISOO mucositis guidelines: considerations underlying the process*. Support Care Cancer. doi:10.1007/s00520-012-1593-6. 2012.
- Gatta G.C.R, Coleman M.P, Ries L.A, Berrino F, *Childhood cancer survival in Europe and the United States*. Cancer 2002; 95:1767-72.
- Gori et al, *Cryotherapy in the prevention of oral mucositis in patients receiving low-dose methotrexate following myeloablative allogeneic stem cell transplantation: a prospective randomized study of the Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo nurses group*. Marrow Transplantation. Vol. 39, issue 6:347–52. 2007.
- Karagözo lu S, Filiz Ulusoy M, *Chemotherapy: the effect of oral cryotherapy on the development of mucositis*. J Clin Nurs 14:754–765. 2005.
- Keefe D.M, Schubert M.M, Elting L.S, Sonis S.T, Epstein J.B, Raber-Durlacher J.E, Migliorati C.A, McGuire D.B, Hutchins R.D, Peterson D.E, *Mucositis Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis*. Cancer;109:820-31. 2007.
- Lilleby K, Garcia P, Gooley T, McDonnell P, Taber R, Holmberg L et al, *A prospective, randomized study of cryotherapy during administration of high-dose melphalan to decrease the severity and duration of oral mucositis in patients with multiple myeloma undergoing autologous peripheral blood stem cell transplantation*. Bone Marrow Transplantation;37(11):1031–5. 2006.
- Mahood D.J, Dose A.M, Loprinzi C.L et al, *Inhibition of fluoruracil-induced stomatitis by oral cryotherapy*. Journal of Clinical Oncology; 9(3): 449-52. 1991.
- Peterson D.E, Ohrn K, Bowen J, Fliedner M, Lees J, Loprinzi C, Mori T, Osaguona A, Weikel D.S, Elad S, Lalla R.V, *Systematic review of oral cryotherapy for management of oral mucositis caused by cancer therapy*. Support Care Cancer. Jan;21(1):327-32. 2013.
- Pico J, Garavito A, Naccache P, *Mucositis: Its occurrence, consequences, and treatment in the oncology setting*. Oncologist; 3:446-51. 1998.
- Piredda M, Vellone E, *La ricerca Bibliografica*. McGraw-Hill, Milano, 2008.
- Rocke L.K, Loprinzi C.L, Lee J.K et al, *A randomized clinical trial of two different durations of oral cryotherapy for prevention of 5-fluoruracil-related stomatitis*. Cancer; 72(7): 2234-8. 1993.
- Svanberg A, Ohrn K, Birgegard G, *Oral cryotherapy reduces mucositis and improves nutrition—a randomised controlled trial*. J Clin Nurs 19:2146–2151. 2010.
- Vokurka et al, *The risk factors for oral mucositis and the effect of cryotherapy in patients after the BEAM and HD-I-PAM 200 mg/m<sup>2</sup> autologous hematopoietic stem cell transplantation*. European Journal of Oncology Nursing (EUR J ONCOL NURS), Dec; 15(5): 508-12. 2011.
- Worthington H.V, Clarkson J.E, Eden T.O.B, *Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment*. The Cochrane Collaboration, 2011.

## SITOGRAFIA

<http://www.drugs.com/pro/fluorouracil-injection.html>(2012) accesso 8 aprile 2014.

# L'educazione all'autotrattamento fornita da infermieri *Case manager* è in grado di ridurre i tempi di ripresa delle riacutizzazioni nei pazienti affetti da Bpco?

di Silvia Sferrazza, Fiorella Pampoorickal, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: Trappenburg JC, Monninkhof EM, Bourbeau J, Troosters T, Schrijvers AJ, Verheij TJ, Lammers JW. *Effect of an action plan with ongoing support by a case manager on exacerbation-related outcome in patients with COPD: a multicentre randomised controlled trial*. Thorax. 2011 Nov;66(11):977-84.

## BACKGROUND

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) è una malattia cronica caratterizzata da una limitazione al flusso aereo e da altre alterazioni patologiche a livello polmonare.

Il decorso della malattia è caratterizzato da periodi di peggioramento dei sintomi (dette riacutizzazioni) che possono variare in gravità e frequenza. Frequenti episodi di riacutizzazione possono aumentare la progressione della malattia accelerando il declino della funzione polmonare, diminuendo la tolleranza all'attività e la qualità di vita dei pazienti.

Numerosi interventi educativi rivolti all'autogestione della malattia sono stati proposti allo scopo di permettere alla persona con Bpco di monitorare e gestire le manifestazioni della malattia al proprio domicilio. In particolare, sono state formulate delle linee guida all'autotrattamento (detti piani di azione-*action plan*) per aiutare le persone affette da Bpco a riconoscere i sintomi di una riacutizzazione e ad iniziare tempestivamente il trattamento. Il piano di azione consiste in un documento scritto in cui



viene indicato quando iniziare il trattamento (farmacologico e non) e come modificarlo sulla base dei sintomi presentati, accompagnato da prescrizioni per gli eventuali farmaci necessari.

Tali piani di azione possono far parte di programmi educativi rivolti ai pazienti con Bpco gestiti da infermieri *case manager*.

## VALUTAZIONE CRITICA

Lo studio si basa su una domanda di ri-

## cerca chiaramente formulata?

Gli autori in questo articolo hanno fornito una chiara descrizione del background e degli obiettivi dello studio, indicando che lo studio intende valutare l'efficacia di un piano di azione supportato dall'intervento educativo di un infermiere case manager nel miglioramento dei sintomi e nel ripristino dello stato di salute delle persone affette da Bpco.

Popolazione – Sono stati inclusi nello studio pazienti ambulatoriali di età mag-

giore di 40 anni con diagnosi di Bpco, con volume massimo espiratorio nel primo secondo (Vems) <70%, con storia di fumo >20 anni o fumatori di 15 pacchetti-anno, in recente terapia con broncodilatatori. I criteri di esclusione sono stati: diagnosi primaria di asma, di malattia cardiaca e presenza di malattie che potevano compromettere la mortalità o la partecipazione allo studio (ad es. stati confusionali).

**Intervento** – Piano di azione individualizzato consistente in un piano scritto fornito da un infermiere case manager che con l'utilizzo di codici colori identificava le situazioni a rischio e forniva eventualmente farmaci che potevano essere assunti al bisogno dai pazienti; era previsto inoltre un rinforzo telefonico a 1 e 4 mesi da parte dell'infermiere case manager.

**Comparazione** – Trattamento convenzionale: i pazienti in entrambi i bracci dello studio hanno ricevuto la terapia usuale che includeva educazione al trattamento farmacologico e non, secondo le più recenti linee guida.

**Outcome** – Primario: tempo di remissione di una riacutizzazione. Secondari: qualità di vita, ritardo nel contattare i professionisti sanitari, auto-efficacia, ansia e depressione, ospedalizzazioni.

**Gli autori hanno utilizzato il disegno di studio adeguato?**

I ricercatori hanno condotto uno studio clinico randomizzato e controllato in singolo cieco di tipo multicentrico (coinvolgendo 8 centri regionali e 5 centri di medicina generale del Belgio e dei Paesi Bassi), che è il disegno di studio indicato per rispondere al quesito di ricerca. L'analisi dei risultati è stata condotta secondo i principi dell'*intention to treat*.

**Si trattava di un campione di pazienti definito e rappresentativo?**

Dei 399 pazienti eleggibili per lo studio, ne sono stati arruolati 233: 111 assegnati random al gruppo sperimentale (Gs), 122 al gruppo di controllo (Gc).

L'arruolamento è stato condotto da dicembre 2008 ad aprile 2010. I due gruppi in studio presentavano le stesse caratteristiche demografiche e cliniche.

**Il follow up è stato sufficientemente lungo e completo?**

Il follow up è stato completato da 91 pazienti nel Gs e da 102 pazienti nel Gc. I drop out sono stati rispettivamente il 19% nel Gs e il 16% nel Gc. I soggetti persi al follow up avevano una grave limitazione respiratoria e sono stati reclutati soprattutto presso ambulatori.

**Quali sono i risultati?**

I risultati, da confermare con studi condotti su campioni più ampi, dimostrano una lieve riduzione dell'impatto delle riacutizzazioni sullo stato di salute (Hr 1,58; 95% Ci 0,96-2,60), una intensità minore dei sintomi e una rapidità di guarigione (Hr 1,30; 95% Ci 0,92-1,84) nel Gs rispetto al Gc.

Non esiste nessuna differenza tra i due gruppi per quanto riguarda il numero di riacutizzazioni e l'utilizzo delle risorse sa-

nitarie.

**I soggetti studiati sono simili al nostro contesto?**

La popolazione di soggetti studiati è sovrapponibile ai pazienti seguiti nella realtà italiana.

## COMMENTI

Questo Rct è stato ben condotto e non presenta sostanziali bias, ad esclusione del fatto che il numero di pazienti persi al follow up è al limite dell'accettabilità. I passaggi metodologici, atti a evidenziare i risultati ottenuti, sono ben descritti.

Lo studio dimostra che un piano di azione individuale, che include il supporto fornito da un infermiere case manager, può aiutare a diminuire l'impatto delle riacutizzazioni sullo stato di salute, l'intensità dei sintomi da riacutizzazione e ad accelerare i tempi di ripresa.

Non riduce, tuttavia, il numero di riacutizzazioni a cui i pazienti vanno incontro. Nei programmi educativi di autocura dei pazienti con Bpco gestiti da personale infermieristico esperto si può pertanto raccomandare l'inserimento di un piano di azione individuale.

**AUTORI:**

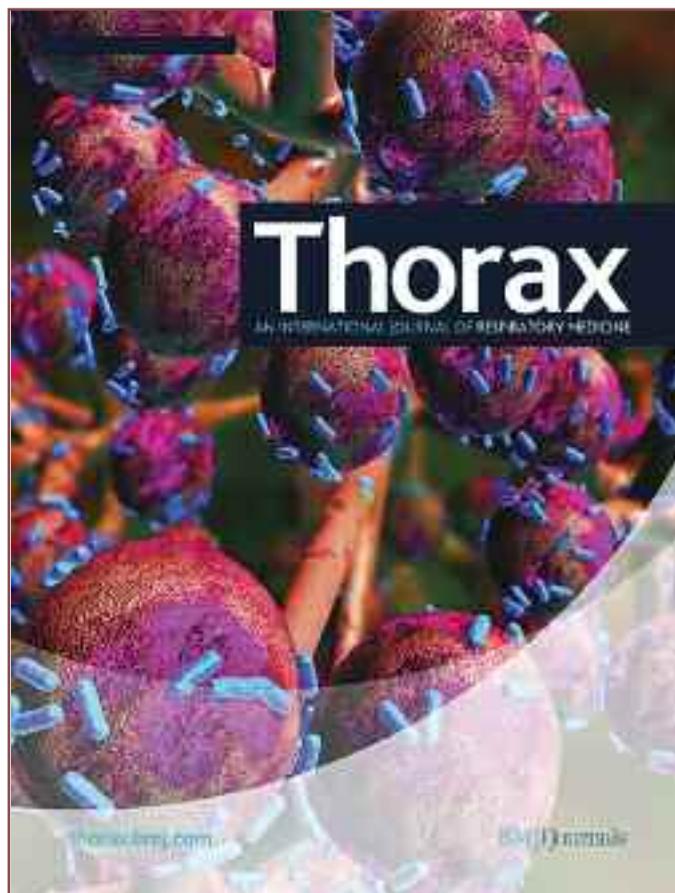
Silvia Sferrazza, infermiera Ao San Giovanni Addolorata, Polo Pratica Clinica del CECRI;

Fiorella Pampoorickal, coordinatore infermieristico Ao San Giovanni Addolorata, Polo Pratica Clinica del CECRI;

Stefano Casciato, coordinatore infermieristico, Direttore Polo Pratica Clinica del CECRI;

Angela Peghetti, governo clinico e Centro Ebp Sant'Orsola Malpighi, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

Maria Matarese, ricercatrice Università Campus Biomedico, componente Polo Pratica Clinica del CECRI.



# Enpapi, nuovo contact center

Ottenere informazioni sulla propria posizione contributiva, prenotare un appuntamento telefonico per ricevere assistenza dedicata in caso di dubbi e questioni legati ad una prestazione pensionistica o assistenziale, o, richiedere un estratto conto con indicazione dei versamenti effettuati?

Si può. Come? Con il nuovo *contact center* dell'Enpapi, l'ente di previdenza e assistenza della professione infermieristica che sarà completamente rinnovato a partire dal 3 giugno, eccezion fatta per il numero che rimarrà lo stesso: **800.070.070**.

La prima novità riguarda la fine dell'esternalizzazione della possibilità di comunicare con l'istituto, poiché le telefonate che arriveranno saranno tutte gestite dalla struttura interna, garantendo, in questo modo, maggiori benefici in termini di qualità, immediatezza della risposta e competenza nella risoluzione di eventuali problemi.

Come funzionerà il *contact center*? Il professionista effettuerà la chiamata e, dopo aver digitato il numero di matricola ricevuto all'atto dell'iscrizione, con un messaggio registrato verrà indirizzato, attraverso un menù, alla sezione di interesse e potrà formulare una domanda non generica, ma su un argomento specifico, richiedendo di essere ricontattata dal personale dell'Enpapi.

Per agevolare tutti, l'ente trasmetterà nuovamente agli iscritti il numero di matricola.

## Il Collegio IPASVI in rete

[www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it)

benvenuti

welcome

bienvenidos

español

english

CENTRO DI ECCELLENZA  
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

[www.centrodiexcellenza.eu](http://www.centrodiexcellenza.eu)

# Focus

**VI Workshop internazionale  
del Centro di Eccellenza per la Cultura  
e la Ricerca Infermieristica**



**Collegio Provinciale IPASVI di Roma**

**VI WORKSHOP INTERNAZIONALE AL MINISTERO DELLA SALUTE**

# I progetti del Centro di Eccellenza per la salute alimentare in vista dell'Expo

**U**n evento davvero importante per la ricerca infermieristica italiana, quello che si è svolto a Roma il 29 aprile scorso, all'auditorium del ministero della Salute con il **VI Workshop Internazionale del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica**, dedicato al tema della salute alimentare in vista dell'Expo 2015. Oltre al consueto check point dei programmi di ricerca in corso (82 quelli attivati dal 2010 di cui 48 *in itinere*), l'incontro ha registrato la partecipazione di importanti rappresentanti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come la responsabile per la ricerca e la cooperazione internazionale **Isabelle Wachsmuth**, che ha lodato e incoraggiato l'impegno del CECRI sul fronte della ricerca finalizzata al sostegno nutrizionale e alla promozione di corretti stili di vita, prospettandone, per la prima volta in Italia, la funzione di Centro Collaborante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al *workshop*, patrocinato dalla Federazione Ispasvi e inserito nel programma "Nurse4Expo" di preparazione all'Esposizione Universale 2015 di Milano, hanno preso parte più di 250 infermieri e ricercatori, insieme ai rappresentanti dei quattro Poli di Ricerca in cui è articolato il CECRI.

Al centro dei lavori la presentazione di alcuni studi e l'illustrazione di fonti ed esperienze scientifiche per sostenere gli infermieri nel loro impegno a garantire la corretta alimentazione a persone con problemi e bisogni di salute differenti. Molto significativi i contributi di eminenti

ricercatori di fama mondiale, come i professori **Roger Watson** e **Dyanne Affonso** (presidente onoraria del CECRI), e la partecipazione della *past president* FINE, **Anne Lekeux**, che ha manifestato il suo entusiastico apprezzamento per le attività del Centro di Eccellenza. "Il ruolo degli infermieri è fondamentale per promuovere la salute e prevenire le grandi malattie sociali della nostra epoca, dall'obesità alle patologie cardiovascolari, dai tumori alle epidemie più diffuse - ha ribadito il direttore del CECRI e presidente del Collegio Ispasvi di Roma, **Genaro Rocco** -. Incrementare la ricerca infermieristica ed educare ad una corretta alimentazione per favorire nuovi stili di vita, in particolare per bambini, adolescenti, diversamente abili e anziani, significa migliorare la qualità dell'esistenza di milioni di persone. In questa occasione abbiamo fatto il punto

della situazione e prospettato, attraverso le ricerche presentate, l'enorme potenzialità dell'intervento infermieristico sull'emergenza globale della nutrizione che ispira l'Expo 2015.

Ciò, raccogliendo, da alcuni fra i più titolati ricercatori mondiali, importanti conferme sui programmi di ricerca in corso e l'unanime incoraggiamento a svilupparli ulteriormente. Un ringraziamento particolare e la riconoscenza del Collegio Ispasvi di Roma vanno alla presidente della CNAI, **Cecilia Sironi**, che ha proposto con entusiasmo questa iniziativa".

**LA FORMAZIONE CECRI NEL 2013**

EVENTI ORGANIZZATI	74
PARTECIPANTI	2.657
ECM EROGATI	33.758



Isabelle Wachsmuth, Gennaro Rocco, Anne Lekeux, Alessandro Stievano

- Studio di validazione della versione italiana del Questionario *Systemic Sclerosis* (SySQ)
- L'infermiere di famiglia (patrocinato, sostenuto e finanziato dal ministero della Salute).

## POLO PER LA FORMAZIONE

- Corso di inglese scientifico per il *Nursing* (4 livelli, 12 edizioni)
- Fonetica e conversazione inglese (3 livelli, 3 edizioni)
- L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale (13 edizioni)
- L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche (Progetto ILISI).

## POLO DELLA PRATICA CLINICA

- Miglioramento della pratica assistenziale attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice*
- L'applicazione dell'*Evidence Based Practice* finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche
- Valutazione dell'efficacia di un percorso formativo in *Evidence Based Practice* nella modifica di conoscenze, atteggiamenti e abilità degli infermieri.

## I PROGETTI AVVIATI NEL 2014

### POLO PER L'ISTRUZIONE

- Un modello per la valutazione del *Core Competence* nell'esame di abilitazione professionale: sperimentazione e sua applicazione
- Gli *stakeholder* nella formazione universitaria: ruolo e coinvolgimento nei corsi di laurea in infermieristica
- Etica - Responsabilità - Relazione - Formazione (30 edizioni)
- Da Panacea a Igea: "Il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica (6 edizioni)
- Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: un'indagine longitudinale prospettica sugli studenti del III anno del corso di laurea in Infermieristica della Regione Lazio
- *Governance clinica*, la sicurezza dei malati, dei professionisti e la gestione del rischio clinico: metodi di analisi (7 edizioni)
- Progetto per la formazione del personale infermieristico in materia di prevenzione del suicidio (4 edizioni)
- La libera professione infermieri-

stica. Informazioni, proposte, quesiti e risposte (2 edizioni)

- *Nursing risk management* (6 edizioni).

### POLO PER LA RICERCA

- Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali: un'analisi multicentrica nell'ambito delle cure palliative
- Prevenzione degli errori durante la preparazione e la somministrazione dei farmaci per via endovenosa in terapia intensiva. Uno studio multicentrico a livello nazionale



Il presidente Rocco e la vice presidente Pulimeno al workshop internazionale

### I SERVIZI GRATUITI ON LINE OFFERTI AGLI ISCRITTI

Dal 2010, la Biblioteca digitale on line è gratuita per tutti gli infermieri iscritti all'IPASVI di Roma (da quest'anno, esteso anche agli infermieri dei Collegi di Frosinone, Rieti e Viterbo) con oltre 700 riviste fruibili on-line con *full text* ecc. (Cinahl, Ovid Sp, Nursing Reference Center, Consumer Health Information, Cochrane Database of Systematic Reviews).

Il *Nursing Reference Center* consente di accedere a: oltre tremila *quick lessons, skills*, moduli di educazione continua, testi di manuali, *evidence based care sheet, health news*, linee-guida, protocolli ed informazioni sui farmaci.

La *Health Library* e la *Consumer Health Information* (tradotta in lingua Italiana) sono le risorse più autorevoli in ambito



La professoressa Dyanne Affonso

di patient education e contengono migliaia di schede di educazione paziente su patologie, procedure ed altri argo-

menti di interesse clinico. Disponibili anche video su interventi chirurgici ed altri contenuti multimediali.

## Il Polo della Pratica Clinica si mette in luce all'Ifema di Madrid

**N**el mese di maggio 2014 si è svolta, presso l'IFEMA di Madrid, la conferenza annuale dell'*European Wound Healing Association* (EWMA), a cui hanno partecipato infermieri di quasi tutta Europa.

Per l'occasione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica ha avuto l'onore di presentare, tramite la collega Valentina Vanzi (infermiera in servizio presso l'Irccs Bambino Gesù di Roma e membro del Polo della Pratica Clinica del CECRI), un poster sull'audit clinico per la Prevenzione delle Lesioni da Pressione (Ldp) condotto in un importante ospedale romano.



L'obiettivo primario dello studio è stato di implementare la *best practice* riguardo la prevenzione delle lesioni da pressione, attraverso la formazione e l'aggiornamento del personale infermieristico.

La presentazione del progetto di audit clinico, nato e sviluppato all'interno del percorso formativo e professionale in *Evidence-based Practice* del Polo della Pratica Clinica ad un congresso di tale rilevanza in ambito europeo ha rappresentato un riconoscimento importante all'attività del gruppo di lavoro del Polo Quattro e di tutto il CECRI.

## Il futuro del *Nursing*: il Cecri incontra il Barbara Bates Center

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio Ipasvi di Roma ha tenuto, giovedì 29 maggio, un seminario sul futuro del Nursing: "Orientare il cambiamento e guidare l'assistenza verso livelli di eccellenza".

L'evento, patrocinato da Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, Enpapi e University of Pennsylvania ha voluto affrontare le sfide che la società globalizzata pone oggi ai 13 milioni di infermieri sparsi in tutto il mondo.

Lavorando tutti i giorni per migliorare la vita dei cittadini, gli infermieri devono infatti garantire una sempre maggiore qualità delle cure per rispondere ai bisogni complessi di una società dinamica, flessibile in continuo cambiamento. Gli infermieri sono e devono essere sempre più leader attivi del cambiamento per guidare verso livelli di eccellenza l'assistenza, orientando la transazione verso sistemi di salute più equi e sostenibili e rispondendo efficacemente alle sfide epidemiologiche della web society. Il seminario ha beneficiato della presenza di **Julie Fairman**, direttrice del *Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing*, una delle maggiori istituzioni mondiali in materia di ricerca infermieristica. "La nostra priorità - ha spiegato Fairman - è di aumentare la comprensione dell'importanza della nostra storia e dell'assistenza sanitaria, allo



scopo di sviluppare efficaci strategie di politica sanitaria e di presa in carico del paziente. Tutte le nostre attività legano la storia di infermieristica direttamente ai temi della salute attuali. Il nostro lavoro di ricerca e di gestione di grandi archivi fornisce infatti elementi necessari per una migliore comprensione delle criticità contemporanee". Il direttore del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, **Gennaro Rocco**, ha quindi illustrato l'impatto delle numerose attività del Cecri sulla riforma culturale del Nursing in Italia, concentrando l'attenzione sui passi che restano da compiere per una ulteriore implementa-

zione degli *skill* professionali degli infermieri italiani: "I nostri colleghi dovrebbero ottenere una più elevata formazione attraverso un sistema educativo che promuove progressioni accademiche senza soluzioni di continuità. Questo perché gli infermieri dovrebbero essere importanti *stakeholder*, insieme agli altri professionisti sanitari, nel ridisegnare l'assistenza sanitaria nel mondo globale. E Centri di Eccellenza come il nostro lavorano quotidianamente per fare in modo che ciò accada, con il costante supporto istituzionale dell'Ipasvi". I lavori sono stati introdotti dal presidente Enpapi, **Mario Schiavon**, e dalla professoressa **Barbara Riegel** (Edith Clemmer Steinbright). A moderare gli interventi: la vicepresidente del Collegio Ipasvi di Roma **Ausilia Pulimeno**; la professoressa **Rosaria Alvaro**; i ricercatori **Ercole Vellone** e **Alessandro Stievano**.



Barbara Bates Center for The Study of The History of Nursing



## Che cosa è



È una banca dati che contiene le citazioni bibliografiche e gli abstract di oltre 4500 articoli da 40 riviste infermieristiche e di "interesse" infermieristico tra quelle possedute dalla biblioteca del Collegio IPASVI di Roma.

Nel novembre del 2007 il gruppo della Commissione Biblioteca, che lavora in sinergia con il Polo per la ricerca e il Polo per la formazione dei ricercatori del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, ha redatto la prima versione di ThISI, il thesaurus per l'Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche. ThISI 2007 portava la qualifica di "Work in progress" perché l'obiettivo della Commissione era proprio quello di testare la validità del lavoro attraverso la sperimentazione pratica della indicizzazione della letteratura italiana di Scienze Infermieristiche, realizzata con il Progetto ILISI del Collegio IPASVI di Roma. Durante quasi 5 anni e l'indicizzazione di oltre 4500 articoli il gruppo di lavoro ha intrapreso l'analisi della proprietà e della congruità dei termini del ThISI 2007, fino a produrre una nuova versione ThISI 2014, che sarà integrata nella banca dati ILISI.



## Che cosa è ThISI

È il **THESAURO** di ILISI

Il **THESAURO** è un vocabolario controllato, costituito dall'insieme strutturato delle parole chiave (descriptori) scelte per rappresentare i concetti che costituiscono le Scienze Infermieristiche in Italia oggi.

Se si scorrono le definizioni, o scope notes, ovvero il significato dei termini individuati, il thesaurus di ILISI rappresenta, con i suoi oltre 700 descriptori, l'essenza e l'ampiezza del dibattito all'interno delle scienze infermieristiche e di tutte le scienze ad esse collegate.

I thesauri nascono per finalità pratiche, ma allo stesso tempo propongono una strutturazione concettuale e semantica del dominio di conoscenza. In tal senso, possono divenire prototipi di mappe concettuali, semantiche e terminologiche del dominio.

## DA ThISI...

Alcuni descriptori per

"L'infermiere nel sostegno nutrizionale e nella promozione della salute"

### DIAGNOSI INFERMIERISTICA

**SN:** Definizione dei problemi di salute dell'utente rilevati dall'infermiere a cui può contribuire per la soluzione, in modo significativo.

### ASSOCIAZIONI

**INFERMIERISTICHE NAZIONALI**  
NT: ANCO • AISLEC • ANIARTI • ANIPD • ANIM • CNAI • SISIP

### BISOGNI ASSISTENZIALI

**SN:** Necessità dell'assistito, secondo la teoria dei bisogni.  
**ALIMENTAZIONE SN:** Assunzione o somministrazione sostanze nutritive che soddisfino il fabbisogno energetico di una persona.  
**NT:** Abitudini alimentari • Dieta • Disturbi alimentari • Nutrizione artificiale

### METODOLOGIA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

**SN:** Descrizione o definizione dei metodi e degli strumenti utilizzati per effettuare l'assistenza infermieristica clinica.

### ACCERTAMENTO

**SN:** Fase del processo di assistenza durante la quale sono raccolti i dati per identificare problemi di salute reali o potenziali.  
**UF:** Assessment • Esame obiettivo • Raccolta dati • Valutazione iniziale

### SCALE DI VALUTAZIONE

**SN:** Metodi validati per misurare in modo oggettivo un fenomeno multifattoriale



# Ilisi, il primo database italiano di Scienze infermieristiche si evolve

**L**a revisione del *thesauro*, seguendo l'impostazione originale, si è indirizzata sull'adeguamento e incremento dei descrittori da una parte, e sulla sostituzione di quelli che nel frattempo, in conseguenza di una evoluzione linguistica e concettuale, sono risultati non più adeguati.

Nella costruzione di un *thesauro*, e di conseguenza nella sua continua revisione, si devono considerare:

- Le caratteristiche del settore disciplinare che rappresenta, la sua complessità, la sua estensione e la sua eterogeneità;
- Le nuove questioni concettuali che affiorano, le innovazioni e lo sviluppo delle conoscenze nell'ambito della disciplina;
- L'interazione con altri settori disciplinari da cui mutua parte della terminologia, che assume significati o sfumature diverse a seconda della disciplina che la utilizza (legislazione, psicologia, etica, pedagogia, medicina ...);

· Il legame con la lingua parlata, tenendo ferma la peculiarità del linguaggio proprio dell'area scientifica specifica e l'interazione con i termini espressi in altre lingue (principalmente l'inglese);

Per la scelta di nuovi descrittori sono stati consultati i thesauri di Pubmed (Mesh) e di Cinahl (Cinahl Headings), ai quali sono stati affiancati altri thesauri specifici di Legislazione, Scienze Sociali, Scienze dell'Educazione, Bioetica, Infanzia e Adolescenza, Della Prevenzione, Royal College of Nursing, thesauri specifici di materia sanitaria, thesauri multilingue europei, Dizionari e Vocabolari specifici (Filosofia, Psicologia, Sociologia) e qualificati Dizionari come il Vocabolario Treccani.

Altre fonti utilizzate sono rappresentate dai Piani di Studio universitari e dalle Declaratorie dei Settori scientifico disciplinari del Ministero della Ricerca e l'Università.

Un altro criterio che ha guidato la revisione è stato quello di verificare, attraverso la ricerca libera su ILISI, l'utilizzo dei descrittori e la quantità e pertinenza degli articoli ad essi correlati.

Inoltre sono stati raccolti tutti i suggerimenti degli indicizzatori,

che attraverso le schede di proposta o durante le riunioni periodiche, hanno segnalato le lacune, le ridondanze e le possibili integrazioni. A questo proposito è motivo di orgoglio professionale poter sottolineare il continuo impegno di tanti colleghi che si sono formati al processo dell'indicizzazione e che alimentano continuamente la banca dati, leggendo e inserendo nuove risorse. Grazie a Valentina Biagioli, Maurizio Brunelli, Teresa Compagnone, Paola Cortesini, Barbara Di Donato, Tiziana Di Giovanni, Tania Diottasi, Barbara Gargano, Paola Gentili, Nadia Guardiani, Mauro Iossa, Loriana Lattanzi, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Claudia Onofri, Giulia Antonina Petrangeli, Eleonora Petteuzzo, Alessandro Pizzalla, Antonella Punziano, Silvia Sferazza, Daniela Trinca, Pietro Vaccaro, ILISI offre oggi la possibilità di ricercare fra più di 4500 citazioni di articoli da riviste di scienze infermieristiche e di discipline affini.

Il Thesaurus italiano di Scienze Infermieristiche è stato realizzato come strumento utilizzabile sia per l'indicizzazione della letteratura di Scienze Infermieristiche, sia per la ricerca di detta letteratura nello stesso archivio: [www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi](http://www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi) liberamente consultabile da ogni apparecchio collegato alla rete internet.

Il Collegio Ipasvi di Roma ha reso possibile tale progetto finanziandolo con risorse interne, ribadendo con ciò il proprio ruolo istituzionale e sociale nel dare il proprio contributo a mantenere viva una riflessione sugli aspetti culturali, semantici, filosofici delle Scienze Infermieristiche a livello nazionale, attraverso il possibile uso di un efficace strumento di documentazione.

## IL THESAURUS THISI 2014 È COMPOSTO DA

700 DESCRITTORI	25 CATEGORIE
	330 DESCRITTORI
	345 Descrittori subordinati (NT: narrower term)

### FONTI BIBLIOGRAFICHE

Comitato nazionale per la bioetica: <http://www.palazzochigi.it/bioetica/>

Unione europea: [http://www.europa.eu.int/index\\_it.htm](http://www.europa.eu.int/index_it.htm)

Ministero della salute: <http://www.ministerosalute.it>

National Library of Medicine-Gateway: <http://gateway.nlm.nih.gov/gw/Cmd>

National Library of Medicine. MeSH Browser: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

World Health Organization. Health topics: <http://www.who.int/topics/en/>

Tesaurus Italiano di Bioetica (TIB) <http://www.iss.it/binary/sibi/cont/thesa.1151313180.pdf>

Tesaurus infanzia e adolescenza (Th.I.A.) <http://www.minori.it/thesaurus>

Thesaurus Europeo dei Sistemi Educativi – Versione italiana 1998 e 2009 [http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/tese/pdf/teseit\\_002\\_intro.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/tese/pdf/teseit_002_intro.pdf)

Thesaurus del Royal College of Nursing

Vocabolario Treccani <http://www.treccani.it/vocabolario/>



**IASP**  
International Association for Suicide Prevention

World Health Organization

September 10, 2014

# World Suicide Prevention Day

● *Suicide Prevention: One World Connected*

Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio 2014

**Save the Date!**  
**10 e 11 Settembre 2014**



**IASP**  
International Association for Suicide Prevention

World Health Organization

September 10, 2014

# World Suicide Prevention Day

● *Suicide Prevention: One World Connected*

*“La Prevenzione del Suicidio: un mondo unito”*

Aula Magna “Carlo Urbani”  
Azienda Ospedaliera Sant’Andrea  
Via di Grottarossa, 1035 – Roma

Evento ECM rivolto a :

- Medico Chirurgo (Discipline: Psichiatria, Neuropsichiatri Infantile, Neurologia)
- Psicologo (Discipline: Psicologia e Psicoterapia)
- Educatore Professionale
- Infermiere
- Farmacista (Disciplina: Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale)



# La VII Conferenza nazionale Ipasvi: Vicini alla valorizzazione definitiva delle competenze specialistiche infermieristiche

**L**a VII Conferenza nazionale Ipasvi, tenuta a Bologna il 27 giugno, è stata dedicata alla questione delle competenze specialistiche, che tanto dibattito ha suscitato negli ultimi mesi.

La presidente della Federazione, la senatrice **Annalisa Silvestro**, in apertura dei lavori, ha annunciato: "Siamo vicini al momento di una concreta valorizzazione delle competenze specialistiche, anche alla luce anche del Patto della salute attualmente all'attenzione dei presidenti di Regione e illustrato a grandi linee il 25 giugno in Senato dal ministro Lorenzin. Una valorizzazione - ha precisato Silvestro - formalmente definitiva, contrattualmente riconosciuta, in grado di rompere l'asimmetria esistente, le logiche che ancora prevalgono in ospedali e strutture di assistenza dove ogni giorno lavoriamo. Un argine, insomma, alla deriva economicistica in atto; una concreta possibilità di espressione di tutte le nostre potenzialità assistenziali e culturali. Tutto ciò per essere sempre più risorsa strategica per la tenuta di un sistema che possa essere impostato sull'universalismo, sulla solidarietà sociale, sull'equità distributiva e sulla qualità ed efficacia". La componente del Comitato centrale Ipasvi, **Beatrice Mazzoleni**, ha quindi avviato la sessione mattutina di lavoro tracciando la cronistoria e il percorso normativo che, a partire dal tavolo congiunto tra ministero e regioni del 2011 per individuare nuove competenze e responsabilità degli infermieri ha condotto alla proposta di accordo del gennaio 2013, con la definizione di 6 aree di intervento per l'infermiere esperto.

È stata l'occasione anche per ricordare alla platea le polemiche sollevate dell'intersindacale medica, fino ad arrivare, nel gennaio 2014, al protocollo tra ministero, Regioni e sindacati per la costituzione di una "cabina di regia" in grado di favorire un confronto permanente unitario e partecipato tra le varie parti in causa. "Infermieri garanti del processo assistenziale" è la cornice normativa all'interno della quale attualmente ci si muove. L'impegno della Federazione nazionale Ipasvi per la definizione delle competenze dell'infermiere specialista è stato riassunto dagli interventi della segretaria **Barbara Mangiacavalli** (che ha analizzato il contesto di riferimento, ribadendo l'assoluta necessità di continuità assistenziale e formazione specialistica) e dal vicepresidente, **Gennaro Rocco**, a cui è toccato il compito di chiarire "l'equivoco" che si è generato rispetto alla dizione di "infermiere specialista": "Alcuni colleghi pensano di infatti che tutto ciò significhi dover aggiungere nuovi compiti senza evidenti vantaggi; i medici, dal canto loro, temono che vengano erose aree di intervento considerate finora esclusive. Quando

parliamo di competenze specialistiche non pensiamo certo all'aggiunta nelle funzioni infermieristiche di qualche attività tecnica, compito o prestazione sinora di competenza di altre professioni. Il mansionario l'abbiamo definitivamente superato dal 1999! Parliamo invece - ha precisato Rocco - di un professionista che, in base all'esperienza acquisita e a seguito di percorsi di studio specifici, è capace di assumere decisioni complesse nell'ambito del processo assistenziale e di esercitare competenze clinico assistenziali di tipo specialistico".

"Ad un aumento delle competenze e quindi delle responsabilità - ha concluso Rocco - non può che corrispondere una progressione di carriera e quindi un aumento dello stipendio".

Il ruolo chiave della formazione in questo processo è stato ribadito dall'intervento della docente di Scienze infermieristiche all'università di Firenze, **Laura Rasero**.

**Giovanni Leonardi** (direzione generale delle professioni sanitarie del ministero della Salute) ha quindi spiegato come il Ministero, in questi ultimi anni, abbia cercato di assecondare le spinte innovative provenienti dalle Regioni (vedi il caso *See and treat* della Toscana) nell'ottica di dare risposte concrete e al passo coi tempi rispetto alla domanda di salute proveniente dal cittadino e alle legittime aspettative professionali da parte di chi lavora per il Sistema sanitario nazionale. "Per noi è importante però uno sviluppo armonico, pur in presenza degli ampi poteri delegati alle regioni - ha puntualizzato -. Bisogna quindi ripartire dallo studio delle buone pratiche, da un percorso formativo comune, dalla ridefinizione dei profili professionali, ormai di natura aperta e lontani anni luce dalle logiche del mansionario. Una cosa è certa - ha concluso -: senza un infermiere con la I maiscola il Ssn non va da nessuna parte".

La prima sessione si è conclusa con una tavola rotonda che ha coinvolto le segreterie di Fials, Nursind, Cni-Fsi, Uil Fp, Cisl Fp e Fp Cgil.

Nel corso del pomeriggio, poi si è passati ad approfondire specifici percorsi formativi infermieristici di successo in ambito senologico, ecografico e di assistenza primaria.

Esperienze in cui le competenze specialistiche sono parte di un processo di evoluzione del quadro sanitario nazionale.

Sono intervenuti: **Loretta Mazzega**, coordinatrice nazionale Infermieri di Senologia; **Fabio Conti**, coordinatore infermieristico al Policlinico universitario Tor Vergata di Roma; **Enrico Frisone**, dirigente della Asl della Provincia di Pavia; **Ginetta Menarello**, coordinatore del corso di laurea in Infermieristica all'Università di Torino.

## Non fanno più notizia solo i tagli Spazio anche ai disagi degli infermieri

**D**opo un inverno zeppo di criticità, emergenze e proteste, la primavera 2014 regala alla sanità romana e laziale qualche buona notizia. Almeno in prospettiva. Inizia a prendere corpo il nuovo piano di sviluppo dell'assistenza territoriale predisposto dalla Regione Lazio e la stampa se ne accorge. **La Repubblica** (1/3/14) annuncia: "Case della salute al via, la cura diventa capillare". Nel servizio si legge: "Parte da Sezze la sperimentazione di un nuovo modello di assistenza socio-sanitaria sul territorio, con la prima Casa della salute del Lazio. Altre 5 apriranno in 2 mesi (la prima a Roma sarà a Largo Preneste), 15 entro l'anno. Con l'obiettivo di arrivare a 48, una per distretto. E di creare una rete per le cure primarie e la continuità assistenziale che riduca l'affollamento dei Pronto soccorso. Le Case saranno diverse, modellate sui bisogni dei vari territori. E permetteranno anche di risparmiare visto che l'assistenza in ospedale costa 1.300 euro al giorno, in questa Casa 300, con l'assistenza domiciliare solo 25".

Finalmente qualcosa si muove nella giusta direzione, anche sul fronte finanziario. **Il Messaggero** titola "Sanità, ecco i controllori anti corruzione". Il quotidiano romano spiega: "Le inchieste in tutto il Paese sono sempre più frequenti perché il mondo sanitario, come dimostra ogni anno il rapporto della Corte dei conti, si presta a frodi, imbrogli, piccoli e grandi fenomeni di corruzione. Ecco perché, proprio per le Asl, è stato messo a punto dal Ministero della Salute un piano triennale anti corruzione (2013-2016) da applicare in ospedali, ambulatori e uffici amministrativi, visto che il 5-6% del fondo sanitario si perde nel malaffare".

La voragine degli sprechi è davvero enorme. Cercare di ripianarla tagliando servizi e personale sanitario è una follia. Lo scrive a chiare note **Il Sole24Ore Sanità** (4/3/14) riferendo di uno studio dai risultati impressionanti. Il titolo è: "Pochi infermieri e stanchi, pazienti in pericolo". Si legge: "Il decorso post operatorio e la vita dei pazienti sono a rischio se nel reparto ci sono pochi infermieri che lavorano troppo. E quanto ha stabilito la più grande indagine europea condotta fino a oggi su 420 mila pazienti in 300 ospedali di 9 Paesi Ue. Secondo il lavoro, guidato dalla University of Pennsylvania of Nursing (Usa) e pubblicato su *Lancet*, ogni paziente aggiunto alla quantità media di lavoro di un infermiere può aumentare del 7% la probabilità che i malati non sopravvivano entro 30 giorni dal ricovero. Mentre un aumento del 10% del

personale in possesso di una laurea è associato a una diminuzione del 7% del rischio di decesso dei pazienti".

A proposito di costi e tagli, a Roma fa discutere l'intervista al dg dell'Umberto I Domenico Alessio pubblicata da **Il Messaggero** (6/3/14) con il titolo "Ora parte la lotta alle carriere facili e agli sprechi milionari negli acquisti". In particolare tiene banco la dichiarazione sugli sprechi da tagliare: «Quelli annidati nelle politiche clientelari del personale, altri che allignano nella pleora di reparti nati come funghi, altri ancora che si nascondono nei costi esorbitanti della farmacia ospedaliera. Infine quelli determinati da un'organizzazione logistica, a padiglioni. Vecchia di

**IL TEMPO** cent'anni». Poche settimane dopo **Il Tempo** (23/3/14) riferisce che si può risparmiare sugli sprechi senza falciando personale e servizi. Il titolo: "Acquisto di pannoloni per l'incontinenza: risparmiati 9 milioni di euro". Si legge: "Con la gara comunitaria centralizzata la Regione Lazio ha risparmiato 9 milioni di euro in tre anni per l'acquisto di pannoloni per l'incontinenza. Il tutto dando priorità nel punteggio alla qualità del prodotto che è stato testato nei laboratori specializzati della Camera di commercio di Milano: quello acquistato ha superato tutte le prove". E pensare quanti infermieri potrebbero essere assunti con quei soldi...

**ItaliaOggi** Buone notizie per una volta dal fronte parlamentare: **Italia Oggi** (7/3/14) titola "Sanitarie, la riforma tenta lo sprint". Si legge: "La riforma delle professioni sanitarie tenta lo sprint in Parlamento attraverso un nuovo testo unificato. Il disegno di legge (S. 1324) di iniziativa del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, di recente presentato al Senato, sembra infatti aspettare solo la calendarizzazione dell'esame nelle commissioni competenti (probabilmente si inizierà con gli Affari sociali). Ma secondo alcune indiscrezioni l'attesa potrebbe essere imputata alla volontà del Parlamento di riunire all'interno del Ddl anche le proposte di legge dei due senatori Pd, Annalisa Silvestro e Amedeo Bianco, rispettivamente presidenti delle Federazioni nazionali degli Collegi degli infermieri e degli Ordini dei medici, che entrambi prevedono l'istituzione di un unico grande ordine delle professioni sanitarie". Sarà la volta buona?

Nel Lazio gli effetti della *spending review* sanitaria si confermano devastanti. **La Repubblica** (9/3/14) titola "Ospedali privati, il 50% è a rischio crac". "La sanità in convenzione è sull'orlo del crac - scrive il quotidiano romano - Dopo sette anni di cure a base di Piani di rientro dal deficit, sono 26 su 51 gli ospedali

privati a rischio default. Più della metà se il Patto per la Salute considererà insicuri quelli sotto i 60 letti. Non stanno meglio gli 81 centri di riabilitazione che gestiscono tutti o quasi i posti letto del settore (il 98%), le 17 lungodegenze, che hanno in mano il 92% dell'accoglienza totale, le residenze sanitarie assistite (Rsa) che ospitano 6 mila anziani (il fabbisogno è più del doppio: 13 mila). Su tutti aleggia l'insidia di tagli ad altri posti letto, 848 quelli annunciati nei Programmi operativi della Regione (dopo gli oltre 5 mila eseguiti), dei quali 76 negli ospedali pubblici e 776 negli accreditati".

Fa notizia la nuova legge sulla libera professione infermieristica della Regione Liguria. **Il Sole24Ore** (18/3/14) titola: "Infermieri, intramoenia free". Nel servizio si legge: "All'esame dell'Aula il testo unificato che amplia l'esercizio della libera professione intramoenia. Obiettivo è migliorare l'organizzazione del lavoro dei sanitari non medici. Punta a garantire una maggiore continuità assistenziale autorizzando il personale sanitario non medico a svolgere attività libero-professionale singolarmente: attualmente tale attività può essere svolta solo in équipe a supporto dei medici".

Dopo i "blitz" dei mesi precedenti ai Dea del San Camillo e del Sant'Andrea, il ministro della Salute visita il Pronto soccorso dell'Umberto I e tocca con mano la situazione che gli operatori del più grande ospedale d'Europa vivono ogni giorno sulla loro pelle.

**Il Messaggero** (25/3/14) titola "La Lorenzin all'Umberto I, «Pronto soccorso al limite»". Il commento del ministro è: «Un bel Pronto soccorso, ma con un numero di accessi impressionante». Quanto al taglio dei posti letto, il ministro dice: «è stata una scelta del passato con cui oggi dobbiamo fare i conti ma, nel prossimo futuro, potremmo mettere l'accento sulla qualità della prestazione più che sul posto letto di per sé. Questo è un salto culturale che potremo affrontare solo dopo che avremo messo a posto i conti, non solo del Lazio ma dell'Italia». Insomma, per ora la musica non cambia.

Intanto l'emergenza nei Pronto soccorso della capitale continua senza soluzione di continuità. **La Repubblica** (2/4/14) titola "Infermieri in rivolta a Tor Vergata, Pronto soccorso in tilt". Il servizio spiega: "Pronto soccorso del policlinico, una giornata di caos: 113 pazienti nel reparto d'urgenza, 9 specializzati e 2 ausiliari. Il personale non medico ha scritto al direttore Bollero. 'Il lavoro è troppo. L'assistenza è a rischio'. Bloccate tre ambulanze".

All'Auditorium Parco della musica di Roma vanno in scena, intanto, l'8 e il 9 aprile, gli "Stati generali della salute" e gli infermieri diventano protagonisti della scena con il loro disperato allarme. Finalmente i mezzi d'informazione si concentrano sulla questione infermieristica. Ampi servizi sulla drammatica carenza degli organici vengono pubblicati in quei giorni e nei seguenti dall'agenzia di stampa **Agenparl** e da testate specializzate come



**Healthdesk, Quotidiano Sanità, Sanità Informazione.** La stampa, per una volta alleata degli infermieri che

spesso ignora o bistratta, rilancia l'accorato appello del presidente del Collegio Ipasvi di Roma affinché si sbloccino subito i concorsi e si proceda alle assunzioni. Interviste sul tema al presidente Rocco vengono trasmesse anche su Sky e sui siti **online-news.it** e **salute sanità.it**. Così per qualche giorno la voce degli infermieri conquista la ribalta mediatica.

Nonostante la situazione sia drammatica ovunque, la Regione Lazio annuncia una nuova sforbiciata ai posti letto. **Il Messaggero** (15/4/14) titola "Sanità, la Regione taglia 750 posti letto". E svela i dettagli del programma operativo regionale 2013-2015 presentato ai Ministeri che vigilano sul piano di rientro: "C'è il taglio di 742 posti letto, a cui se ne aggiungono altri 450, soprattutto nel privato, che risultano già oggi non utilizzati. C'è la rivoluzione che interessa alcuni grandi ospedali: il Cto passa all'Inail; il San Filippo Neri non sarà più azienda autonoma e sarà inglobato in un'unica grande Asl che metterà insieme la A e la E; il Forlanini va alla chiusura definitiva. Infine, lo Spallanzani e l'Ifo vengono uniti in un istituto con un solo dirigente".

È la spending review, bellezza! Ma si scopre che c'è ben altro da tagliare. **Il Sole24Ore** (16/4/14) titola "Corruzione nel Ssn da 5,6 miliardi l'anno". E scrive: "In fondo, le stime della Guardia di Finanza di malversazioni e truffe nelle Asl da un miliardo di euro di danni erariali all'anno sono solo briciole. Appena un cucchiaino nell'oceano di quel che non va nella sanità pubblica. Perché i costi della corruzione nel Ssn sono ben più alti, almeno cinque volte tanto. Per la precisione valgono 5,6 miliardi l'anno, il 5% dell'intera spesa pubblica per la salute. E forse, peccando addirittura per difetto". Pazzesco al cospetto di queste cifre spremere ancora i servizi, il personale e i poveri utenti.

**IL TEMPO** Come non detto. **Il Tempo** (17/4/14) riferisce della situazione in provincia titolando "Sindaci e Asl in rivolta: gli ospedali sono svuotati". Si legge: "Le Asl RmF e RmG, quelle con meno letti nel Lazio: insieme dispongono attualmente di 671 posti, che però secondo gli standard regionali dovrebbero essere 2373. Nonostante questo deficit di oltre i due terzi dei letti spettanti, proprio la Regione ora ipotizza un nuovo taglio con la riconversione di 3 dei 7 ospedali, per i quali prevede solo «posti di Osservazione breve e l'opportunità di inserire letti di day-hospital e day-surgery». Con il conseguente rischio di far perdere fino a 150 posti letto di degenza ordinaria nel complesso dei 3 nosocomi di Bracciano, Monterotondo e Subiaco".

I media sono sempre impegnatissimi a rincorrere notizie di malasanità e sguazzano per settimane nel caso dello scambio di embrioni al Pertini di Roma. Così i colleghi coinvolti subiscono una pressione spaventosa mentre passa in secondo piano il dramma occupazionale di molti infermieri. **Il Messaggero** (20/4/14) si accorge della situazione del Regina Apostolorum di Albano e

titola: "Al Regina Apostolorum dipendenti senza stipendio". Il servizio spiega: "Non trova sbocchi la vertenza che da alcuni mesi contrappone all'ospedale Regina Apostolorum di Albano, i lavoratori e la proprietà costretta, dopo la sospensione dei pagamenti delle prestazioni decisa dalla Asl Rm H, a non pagare gli stipendi di marzo. Il 5 maggio i dipendenti hanno indetto uno sciopero per manifestare il grande disagio con il quale convivono da mesi".

Nel frattempo il programma delle Case della salute compie il secondo passo. **Il Tempo** (23/4/14) titola "Apre la prima Casa della salute della provincia di Roma".

**IL TEMPO** L'articolo spiega: "Taglio del nastro, oggi, per la prima Casa della salute della provincia di Roma, all'ospedale Cartoni di Rocca Priora. Una riconversione molto attesa per una struttura che ha ripreso vita dopo il processo di trasformazione in presidio territoriale di prossimità nel rispetto del Decreto Polverini. Da 4 anni infatti il Cartoni ha ambulatori già attivi, ai quali si aggiungerà anche un reparto di degenza infermieristica".

Ma la stretta sulla spesa sanitaria prosegue e scatta un nuovo allarme per molte strutture sanitarie convenzionate. **La Repubblica** (5/5/14) titola "A rischio chiusura ventitré cliniche convenzionate". Si legge: "Nel Lazio 23 cliniche con meno di sessanta posti letto, ma con 1.300 addetti, «finiranno per chiudere». Potrebbero perdere l'accreditamento con il Servizio sanitario e, perciò, cessare l'attività assistenziale. L'allarme arriva dalla Funzione pubblica Cgil, oltre che dall'Aiop, l'associazione di imprenditori degli ospedali privati".

Non sono molti gli organi di informazione che si ricordano della Giornata Internazionale dell'Infermiere. Tra questi il portale web **telemeditalia.it** (12/5/14) che dedica un bell'approfondimento sul rapporto tra la cosiddetta E-health e la professione infermieristica. Lo fa con un'articolata intervista al presidente del Collegio IPASVI di Roma Gennaro Rocco. Tanti i temi trattati, ma su tutti emerge la dissennata stagione dei tagli lineari. Dice il presidente Rocco: "Ciò che auspichiamo è un cambiamento di rotta drastico sulle politiche sanitarie, con in primo piano il diritto del cittadino ad avere di fronte un infermiere sempre più qualificato. Le celebrazioni che si tengono in tutto il mondo il 12 maggio significano per noi proprio questo: garantire standard assistenziali sempre più elevati e fare tutto il possibile per migliorare il livello culturale degli infermieri. Siamo determinati a lottare fino in fondo affinché sia rivista la politica dei soli tagli che sta falciando la disponibilità dei professionisti in gran parte delle strutture sanitarie. Faremo tutto quanto in nostro potere per far ripartire le assunzioni e convincere le istituzioni che investire sulla buona sanità significa anche risparmiare molto". Il Collegio di Roma conquista ancora alla ribalta mediatica con l'incontro fra gli infermieri dirigenti, i politici regionali e i sindacati di categoria tenuto al Gemelli. In discussione la nuova legge sulle professioni sanitarie e l'emergenza personale. Il settima-



nale **Panorama della Sanità** (18/5/14) titola "Sos degli infermieri: subito concorsi e assunzioni o il sistema crollerà". Si legge: "Un'adunata senza precedenti di infermieri dirigenti a Roma per rivendicare a la necessità urgente di invertire la rotta: basta con i tagli che stanno distruggendo la sanità regionale, per rimettere a posto i conti si deve investire sulla categoria, sbloccare subito i concorsi, adeguare gli organici, restituire dignità alle condizioni di lavoro e combattere il fenomeno della disoccupazione". E ancora: "Tra le misure concrete da adottare subito per arginare l'emergenza infermieristica e salvare i servizi, il presidente dell'Ipsvi di Roma ha chiesto ai rappresentanti istituzionali della Regione Lazio di valutare l'operato dei nuovi direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere anche in base alla priorità attribuita a questa fondamentale criticità". Una risposta, sebbene poco più che simbolica, arriva a stretto giro dalla Regione. **Il Tempo** (23/5/14) annuncia: "Regione, assunzione di 37 tra medici e infermieri". E spiega: "La Regione Lazio sblocca, nei limiti previsti dalle norme imposte dal piano di rientro, l'assunzione di 37 operatori tra medici e infermieri per rinforzare gli organici di Asl e ospedali del Lazio. Le deroghe puntano ad eliminare le criticità nel settore dell'emergenza e dell'urgenza, di neonatologia, oncologia, rianimazione e psichiatria. Tra le deroghe concesse anche quelle per l'assunzione di infermieri e il via libera a rinnovare i contratti per i due ginecologi non obiettori".

Il mondo dell'informazione accende i riflettori sull'emergenza infermieristica come non aveva fatto finora. Un risultato importante che lascia un segno positivo nel contrastato rapporto tra i mass media e la nostra professione. Un rapporto condizionato spesso dalla caccia smodata e incontrollata allo scoop facile. Lo riassume bene il collega Lucio Di Camillo, coordinatore infermieri Uil Fpl del Grassi di Ostia, che in una nota al Collegio (16/5/14) parla de "Gli eroi dell'Ospedale Grassi e del Cpo (Asl Roma D)". E scrive: "Giornali e tv sono pieni di errori sanitari, di denunce per carenze d'organico. Ma ci si dimentica di dire che in ospedale ci sono degli eroi. Questi eroi sono gli Infermieri. Infermieri che lavorano sotto organico, a volte al 50% di quanti dovrebbero essere ogni turno. Poi, se sbagli, al giudice non importa niente. Infermieri che lavorano fino a 17 ore consecutive ed a volte non possono effettuare la mezzora di pausa a metà turno perché non c'è tempo e si rimane indietro con il lavoro, oppure perché non c'è nessuno che ti sostituisce. Infermieri che hanno una grandissima responsabilità verso il paziente e devono essere sempre vigili ed in forma, anche dopo tante ore di lavoro, perché la denuncia è sempre in agguato". Da qui il suo appello: "Chiedo ai mass media di far conoscere gli eroi di Ostia, gli eroi dell'Ospedale, da una angolazione che quasi nessuno conosce. Per restituire un po' di giustizia alla verità. Sono orgoglioso di essere infermiere".

## SOS del Collegio IPASVI di Roma: subito concorsi e assunzioni o il sistema crollerà

Oltre 150 dirigenti a confronto con i vertici politici della Sanità regionale per un affollato incontro al Policlinico Gemelli organizzato dal Collegio IPASVI di Roma

**U**n'adunata senza precedenti di infermieri dirigenti a Roma, il 28 aprile scorso, per rivendicare a la necessità di invertire urgentemente la rotta.

Basta con i tagli che stanno distruggendo la sanità regionale: per rimettere a posto i conti si deve investire sulla categoria, sbloccare subito i concorsi, adeguare gli organici, restituire dignità alle condizioni di lavoro e combattere il fenomeno della disoccupazione.

La voce degli infermieri si è levata con forza dal Policlinico Gemelli dove il Collegio Ipasvi di Roma ha messo confronto più di 150 dirigenti provenienti da tutto il Lazio, i segretari regionali dei sindacati di categoria e delle associazioni dei cittadini, il presidente della Commissione Sanità della Regione Lazio, Rodolfo Lena, e l'onorevole Riccardo Agostini, promotore della proposta di legge sulle professioni sanitarie. Intensa la mattinata con gli interventi di Rocco, Mangiacavalli, Zega e Proia sul tema: "Dirigenza Infermieristica per una maggiore sostenibilità sanitaria" in un'aula Brasca gremita fino oltre la sua capienza anche da molti giovani infermieri, liberi professionisti e studenti.

Alla tavola rotonda che ha chiuso l'incontro con Lena e Agostini hanno preso parte: il presidente del Collegio IPASVI di Roma, Gennaro Rocco; i segretari regionali di categoria della Cgil, Natale Di Cola e della Cisl, Roberto Chierchia; il delegato Uil, Domenico Frezza; la segretaria regionale di Nursing Up, Laura Santoro ed il segretario regionale di CittadinanzAttiva, Roberto Crea.



L'intervento dell'on. Rodolfo Lena

Unanimi le conclusioni: per risanare la spesa sanitaria servono più infermieri e meglio valorizzati. "Si risparmia davvero rivedendo i processi più dispendiosi e investendo sul personale, ma qui si continua a tagliare i servizi e non gli sprechi con conseguenze gravissime - ha protestato il presidente Rocco -. Il livello di criticità è molto alto e provvedimenti timidi non servono a niente. La Regione sia chiara e rapida, mantenga gli impegni sullo sblocco dei concorsi, sulla nuova rete dei servizi territoriali, sulle case della salute, sugli ambulatori infermieristici. Basta con le parole: vogliamo provvedimenti concreti. Gli infermieri non ce la fanno più a sostenere il sistema: se non si agisce subito crollerà".

Tra le misure concrete da adottare subito per arginare l'emergenza infermieristica e salvare i servizi, il presidente Rocco ha chiesto ai rappresentanti istituzionali della Regione Lazio di valutare l'operato dei nuovi direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere anche in base alla priorità attribuita a questa fondamentale criticità.

Il presidente della Commissione Sanità, Lena, ha raccolto l'accorato appello degli infermieri e dei sindacati pur ribadendo i vincoli stringenti del piano di rientro del deficit sanitario. Inoltre, ha assicurato la centralità della figura infermieristica nella gestione delle nuove Case della salute e degli altri servizi territoriali che la Regione Lazio intende potenziare.

Quanto alla proposta di legge sulla valorizzazione delle professioni sanitarie, l'onorevole Agostini ha garantito il pieno coinvolgimento degli infermieri e dei sindacati di categoria nell'iter normativo che decollerà subito dopo l'approvazione della Legge 328 sui servizi socio-sanitari entro fine anno.



## Infermieri all'estero, attenzione al rischio di passare per... badanti!

**"N**on è tutto oro quel che luccica". E in un periodo di forte crisi economica ed occupazionale nel nostro Paese, sembrano sempre più allettanti le "sirene" relative a selezioni lavorative in nazioni più "in forma" che, sulla carta, garantirebbero condizioni contrattuali più vantaggiose per i lavoratori italiani attualmente in difficoltà. Un discorso generale che sta avendo delle naturali conseguenze anche in ambito infermieristico, con sempre più colleghi disposti ed emigrare pur di lavorare e di accedere ad un salario dignitoso.

In alcuni casi, si tratta di ottime esperienze formative e professionali, specie per quanto riguarda la Gran Bretagna, dove tuttavia il sistema sanitario nazionale (*National Health Service*) sta comunque attraversando un periodo di tagli ed economie di spesa.

Abbiamo provato a sentire alcuni infermieri con esperienza di lavoro all'estero, a riguardo. "Una cosa sicuramente tipica della cultura britannica è che il merito viene riconosciuto - spiega Attilio -. Chi lavora sodo va avanti, a tutti i livelli, come medico, infermiere o ricercatore. Come tutti i sistemi complessi, il Nhs è certamente gravato da una forte burocrazia, che crea frustrazioni sia nei pazienti che nello staff medico ed infermieristico. Sicuramente, per gli infermieri ci sono sbocchi professionali molto interessanti, in quando abbiamo ruoli che in Italia non ci sono, come le *Nurse Practitioner*, i *Research Nurse*, ed i *Nurse Manager*".

La musica cambia, però, quando si parla di Germania: in questo caso, le selezioni che alcune agenzie di lavoro interinale effettuano in Italia spesso non sono del tutto trasparenti. Ci racconta

qualcosa Michele, un giovane infermiere neo laureato: "Ero già titubante quando mi proposero l'offerta. Sarà che non credo alle favole e quindi non credo che esista qualcuno che un giorno bussava alla tua porta e ti offre duemila euro con vitto, alloggio e corso di lingua gratuito per svolgere il lavoro per cui ho investito tutto il mio tempo, le mie risorse economiche e che amo. Tramite la nostra facoltà - racconta - ci presentarono un progetto di un partner tedesco che reclutava personale infermieristico. Al colloquio conoscitivo ci presentarono la proposta che di tutto parlava, tranne di assistenza infermieristica. Prevaleva, invece, la figura del badante, del domestico di turno, che - senza nulla togliere a chi svolge queste mansioni - non è certamente l'ambizione di chi ha studiato per svolgere un ruolo di libertà professionale nel contesto sanitario".

Ciò, per dire che non sempre l'estero è la carta migliore da giocare. Bisogna guardarsi bene da chi si presenta come il "salvatore della patria".

Insomma, in certi contesti si rischia di partire allettati da un buon guadagno per poi ritrovarsi in una sorta di "palude professionale" che poco ha a che vedere con quanto si è appreso in ateneo in Italia.

Tutte queste offerte - quelle qualificanti e quelle dequalificanti - prendono tuttavia piede perché la situazione lavorativa di tanti giovani infermieri è assai delicata.

"C'è da sottolineare - dichiara Lucia - che la realtà nel nostro Paese non offre veramente nulla a noi giovani laureati con tanta voglia di crescere all'interno del nostro sistema sanitario. Se gli sbocchi professionali esistessero non staremmo qui a parlare della bontà o meno di impieghi all'estero!". Del resto, come darle torto?



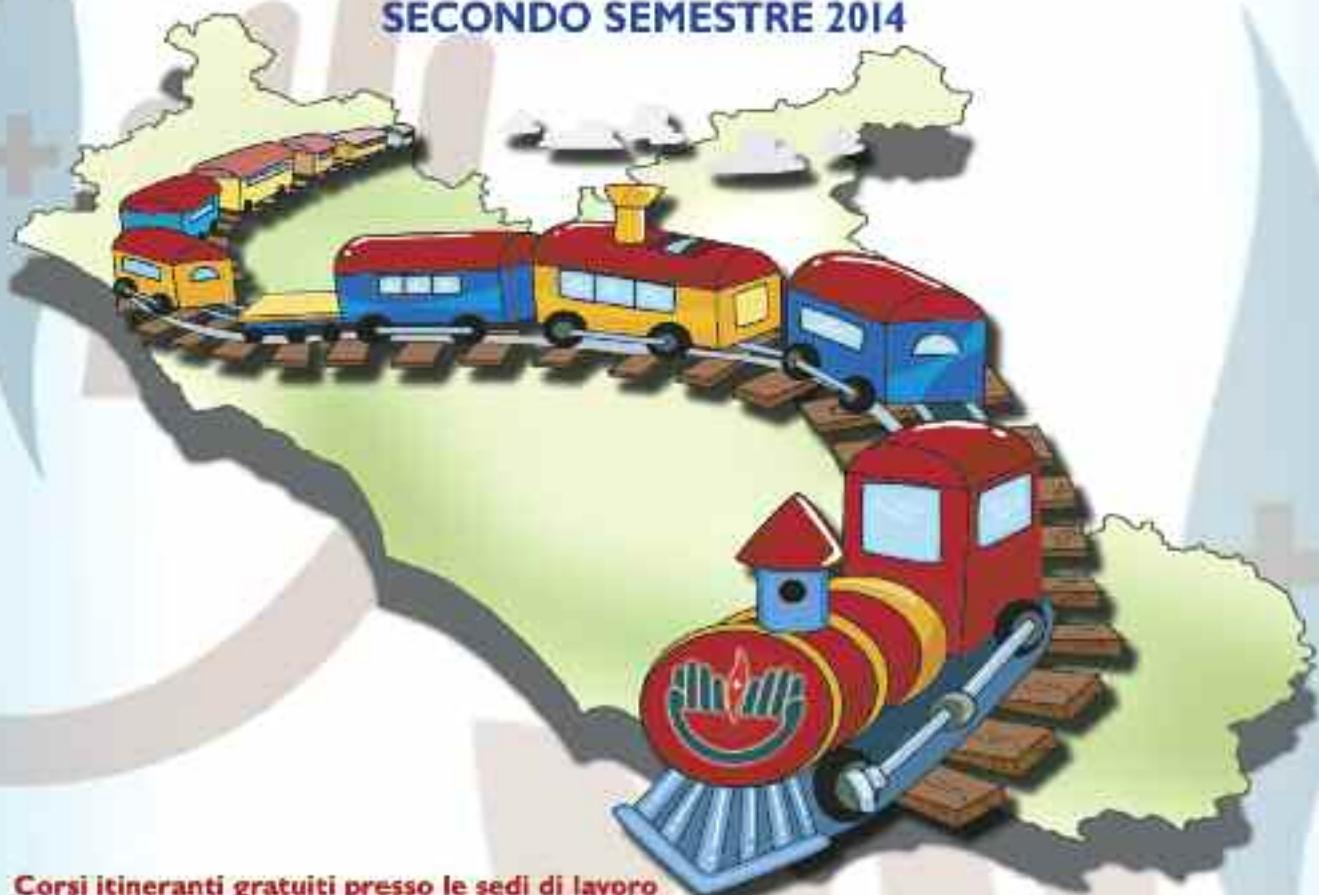


Collegio Provinciale IPASVI di Roma



CENTRO DI ECCELLENZA  
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

## CORSI ITINERANTI DI FORMAZIONE PER ROMA E PROVINCIA SECONDO SEMESTRE 2014



### **Corsi itineranti gratuiti presso le sedi di lavoro**

- Etica-responsabilità-relazione e formazione
- Governance clinica
- Nursing Risk Management
- L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale
- Prevenzione del suicidio

### **Corsi gratuiti in sede (viale Giulio Cesare, Roma)**

- Applicazione dell'Ebp nella produzione di ricerca secondaria finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche – Audit
- Ebp: l'infermiere esperto clinico agente di cambiamento nella realtà operativa
- Da Panacea a Igea: il potere della relazione d'aiuto. Strumenti relazionali e professione infermieristica
- L'assistenza infermieristica nelle comunità confinate

### **Corsi di lingua**

- Inglese scientifico – livello base
- Inglese scientifico – livello pre-intermedio
- Inglese scientifico – livello intermedio
- Inglese scientifico – livello avanzato
- Fonetica e conversazione (livello I, II, II)

Per informazioni e iscrizioni: tel. 06.37511597 - fax 06.45437034

## “Operazione sicurezza”: la guida di Cittadinanzattiva sostenuta dall’Ipsavi

**M**artedì 20 maggio, al Policlinico Umberto I, nel Salone della Direzione generale, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato ha presentato la guida “Operazione Sicurezza” rivolta ai cittadini e agli organi di stampa. Un’occasione di confronto e dibattito sulla sicurezza delle cure

e sul rapporto di fiducia tra sanitari e paziente che tale guida intende rafforzare. Il testo è una guida per il cittadino alle prese con l’intervento chirurgico: consigli pratici e informazioni su diritti, normative e procedure per una migliore collaborazione tra medico, infermiere e cittadino in chirurgia (*in pratica, cosa fare e cosa sapere in caso di intervento chirurgico*).

L’obiettivo della Guida è rilanciare il tema della sicurezza in chirurgia, fornendo consigli pratici ed informazioni su diritti, normative, procedure ed aspetti della sicurezza nell’ambito degli interventi chirurgici.

Ad esempio: scegliere la struttura nella quale operarsi prestando ascolto ai consigli del medico di famiglia più che al passaparola, e consultando la Carta dei servizi che aiuta a conoscere l’organizzazione dei reparti, gli standard e gli impegni, le tipologie di prestazioni, i tempi di attesa, le dotazioni strumentali e le tecniche operatorie della struttura scelta.

Si tratta, perciò, di un utile strumento per raggiungere quegli obiettivi condivisi con tutti i professionisti, quali: il rilancio del tema della sicurezza in chirurgia, aiutare i cittadini ad orientarsi e a prendere decisioni consapevoli sulla propria salute, far aumentare l’*empowerment* dei cittadini e rafforzare il rapporto di fiducia tra i professionisti sanitari e i pazienti.

Alla stesura della guida ha partecipato il Collegio Ipsavi di Roma ed, in occasione dell’evento di presentazione, è intervenuta la vice presidente Ausilia Pulimeno con un intervento focalizzato sulle moti-

vazioni che hanno spinto alla partecipazione al progetto, nonché sulle azioni da attuare per la diffusione della guida e l’implementazione dei contenuti della Guida.

“Operazione Sicurezza” è disponibile sul sito [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it) e sul nostro sito [www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it)



## Arriva il nuovo Vademecum della libera professione Infermieristica

Il gruppo di lavoro per la Libera Professione Infermieristica della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi ha prodotto un **Vademecum**, pensato e realizzato con l'obiettivo di fornire agli infermieri che intendono inserirsi nel mondo sanitario come liberi professionisti - o che già esercitano con tale modalità - un facile strumento informativo e di operatività.

Con questo strumento, la Federazione Ipasvi e l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (En-papi), intendono sottolineare ancora una volta l'impegno, soprattutto verso gli infermieri freschi di laurea, per sostenere e promuovere un approccio e un'assistenza libero professionale che si richiama ad un quadro giuridico e deontologico chiaro e condiviso e che utilizza modalità operative e strumenti professionali omogenei su tutto il territorio nazionale.

Nell'attuale panorama contrassegnato da affanno economico e contenimento della spesa sanitaria, la collettività infermieristica intende proporsi come una possibile nuova risposta alle necessità emergenti, attingendo al suo bagaglio cognitivo, esperienziale e valoriale e alle diverse modalità di espressione ed esercizio professionale.

In questo quadro, l'esercizio libero professionale può essere inteso come un'opportunità e una sfida per aumentare la compliance dell'offerta sanitaria pubblica, concorrendo all'effettuazione di percorsi di presa in carico olistica dell'assistito, di cura finalizzati alla risposta appropriata e di qualità ai bisogni di assistenza infermieristica.

Gli infermieri libero professionisti, infatti, possono correlarsi alle strutture del Ssn per arricchire l'offerta sanitaria e per dare risposta alle richieste di interventi integrativi e/o aggiuntivi provenienti dalla collettività. Il Vademecum si presenta dunque come uno strumento con valenza informativa e operativa fruibile dagli infermieri che intendono svolgere o già svolgono attività libero professionale ed ha lo scopo di: sostenere gli iscritti Ipasvi che intendono svolgere attività libero professionale, con particolare attenzione agli infermieri neolaureati;

- fornire agli infermieri libero professionisti maggiori elementi normativi di utilità e strumenti per l'operatività assistenziale;

- suggerire e supportare un comportamento professionale omogeneo sull'intero territorio nazionale;
- orientare e sostenere i Collegi provinciali Ipasvi:
  - nella definizione e gestione dei rapporti con gli infermieri libero professionisti;
  - nello svolgimento della funzione di certificazione dei professionisti singoli e aggregati;
  - nella funzione d'interposizione intra e inter professionale in caso di conflittualità.



### ECCO I MEMBRI DEL GRUPPO DI LAVORO PER LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

**Mariangela Castagnoli**, Vice Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Firenze, Infermiera libero professionista, Socio fondatore dello Studio infermieristico Florence, Collaboratore dell'Osservatorio Qualità ed Equità dell'Agenzia regionale di Sanità e membro della Commissione Qualità e Sicurezza della Regione Toscana.

**Dario Vladimiro Gamba**, Avvocato, Docente in Diritto pubblico e Diritto del lavoro presso l'Università Cattolica "A. Gemelli", Corso di Laurea in Infermieristica.

**Andrea Guandalini**, Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Mantova, Vice Presidente del Coordinamento regionale Collegi IPASVI della Lombardia, Infermiere libero professionista, Socio fondatore dello Studio Associato Infermieristico Mantovano.

**Beatrice Mazzoleni**, Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Bergamo, Presidente del Coordinamento regionale Collegi IPASVI della Lombardia, membro del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Tutor del Corso di Laurea in Infermieristica, Sezione di Corso A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo – Università degli Studi di Milano Bicocca.

**Luigi Pais Dei Mori**, Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Belluno, Infermiere Coordinatore libero professionista, Studio di Infermieristica Legale e Forense LPDM.

**Remo Proietti**, Infermiere libero professionista, Collegio provinciale IPASVI di Roma.

**Maria Adele Schirru**, Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Torino, Presidente del Coordinamento regionale Collegi IPASVI del Piemonte, membro del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI.

Inoltre, i Vademecum è stato suddiviso in aree riguardanti:

- norme comportamentali inerenti ai principi generali che i professionisti devono rispettare indipendentemente dalla modalità operativa adottata;
- indicazioni legate alle diverse forme di esercizio libero professionale;
- indicazioni per la gestione commerciale dell'attività libero professionale, con riferimenti per la determinazione del compenso professionale e per la gestione della pubblicità sanitaria;

- aspetti assicurativi e previdenziali previsti per l'attività libero professionale;
- indicazioni inerenti la documentazione assistenziale necessaria per un esercizio professionale tutelato e rispettoso delle norme vigenti.

È possibile scaricarlo liberamente, in formato pdf, dal sito della Federazione nazionale ([www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)) o dal sito del Collegio di Roma ([www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it)).

## Serata di beneficenza con Ipasvi e Aniarti per la Giornata internazionale dell'infermiere

**G**rande successo e applausi a scena aperta per lo show di Antonello Costa che, al teatro Don Bosco di Roma, ha acceso di ironia e di significato la serata di beneficenza patrocinata dal Collegio Ipasvi di Roma in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere 2014 a favore di Anlaid Lazio, l'associazione che promuove l'assistenza, l'informazione e la prevenzione dell'infezione da Hiv, alla quale è andato l'intero ricavato.

Uno spettacolo esilarante, quello messo in scena dall'attore siciliano, che ha voluto sottolineare l'importante ruolo svolto dagli infermieri nella società di oggi, ringraziandoli per il loro impegno. Davvero una bella occasione, realizzata con il prezioso contributo di Aniarti, per sigillare, con il sorriso, la vicinanza di tutti gli infermieri ai pazienti che lottano contro l'Aids e alle loro famiglie.

## Ipasvi Cup 2014, ai rigori si impone il "Cristo Re"

**M**ercoledì 4 giugno si è conclusa la settima edizione dell'Ipasvi cup, torneo di calcio a cinque degli infermieri di Roma e provincia. All'atto finale della manifestazione sportiva sono giunte le vincitrici delle due ultime edizioni: Cristo Re (2012) e Nursind Roma (detentrici del titolo 2013).

A spuntarla sono stati i colleghi del Cristo Re, dopo una finale molto equilibrata che ha necessitato dell'appendice dei calci di rigore per decretare una vincitrice.

Con questa affermazione, il Cristo Re ottiene il suo terzo titolo in sette edizioni del torneo, confermando altresì l'attuale supremazia delle squadre del girone nord su quelle del girone sud (le cui migliori rappresentanti - l'Ospedale Sandro Pertini ed il Real Vannini - si sono fermate in semifinale).

L'agonismo nel corso di tutto il torneo non è di certo mancato, tuttavia è da encomiare il comportamento di tutti i partecipanti,

### LA CLASSIFICA FINALE

PRIMA CLASSIFICATA: **CRISTO RE**  
 SECONDA CLASSIFICATA: **NURSIND ROMA**  
 PREMIO FAIR-PLAY: **PTV UNITED**

### CALCIATORI PREMATI

Capocannoniere: **Michele Preite**  
 (S. Giovanni)

Miglior giocatore: **Daniele Capri**  
 (Real Vannini)

Miglior portiere: **Francesco Gallo**  
 (Cristo Re)



### ALBO D'ORO

2008- CRISTO RE  
 2009- S.FILIPPO NERI  
 2010- M.G.VANNINI  
 2011- CASTELLI ROMANI  
 2012- CRISTO RE  
 2013- NURSIND ROMA  
 2014- CRISTO RE

che anche quest'anno non hanno mai passato il limite del comportamento scorretto ed antisportivo. Massimo esempio di correttezza e sportività la squadra del PTV United, che vincendo la classifica *fair-play* dell'Ipasvi cup 2014, ha rappresentato il Collegio Ipasvi di Roma nella prima edizione del *Nightingale*, campionato nazionale giocato ad Alba Adriatica (Te) dal 23 al 25 Maggio.

Appuntamento quindi a febbraio 2015 per l'ottava edizione dell'Ipasvi cup!

*Luigi Di Bartolomeo*

ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE. Giocatori: Battaglia Danilo, Chiezzi Matteo, Cipriano Ugo, Cozzari Valerio, Fisco Francesco, Iorio Rocco, Mancini Paolo, Schiavoni Mario, Tortora Pantaleo, Tripodi Andrea



**CRISTO RE.** Giocatori: Di Carlo Luca, Di Silvio Federico, D'Onofrio Francesco, Faticoni Graziano, Gallo Francesco, Gentile Fabio, Masseroni Filippo, Micozzi Filippo, Orsini Marco, Paglia Francesco



**DEA VANNINI.** Giocatori: Bennici Gaetano, Calore Emanuele, Cangialosi Sergio, Carbone Giovanni, Carbone Massimo, Casella Filippo, Di Chiara Antonio, Ippoliti Enrico, Pintore Fabrizio, Sabatini Matteo, Terenzi Dario



**IPASVI ROMA.** Giocatori: Fiorida Maurizio, Paturzo Alessandro, Galluccio Mauro, Iodice Domenico, D'Alessandro Marco, Iunco Valerio, Passeri Flavio



**NURSIND ROMA.** Giocatori: Barone Stefano, Belusci Giuseppe, Campitelli Andrea, Campitelli Marco, Fabbri Giandomenico, Fabbri Marco, Moccia Alessandro, Monti Carlo, Moretta Nicola, Paoletti Leonardo, Perrotta Peppino



**POLICLINICO CASILINO.** Giocatori: Alberghetti Pasqualino, Bonetti Stefano, Collini Andrea, De Angelis Augusto, De Monte Marco, Di Vico Giuseppe, Eleuteri Antonio, Felci Alessandro, Ferranti Luigi, Giampaoli Marco, Orlandi Luigi, Pompili Amedeo, Torri Federico, Tosatti Ivano



**SANDRO PERTINI.** Giocatori: Capuani Yuri, Ciavarella Michele, Costanzi Rodolfo, Di Russo Cristian, Magno Romualdo, Messina Stefano, Sbraga Marco, Soricetti Alessandro, Verdecchia Stefano, Vinciguerra Fernando



**POLICLINICO TOR VERGATA UNITED.** Giocatori: Bellafiore Marco, Calvitti Alfonso, Capponi Stefano, Cassalini Alessio, Castelluccio Luigi, Fanicchia Emiliano, Francione Giuseppe, Oliva Angelo, Sabelli Emanuel, Scipioni Fabio, Storti Generoso, Tortorelli Michele



**REAL VANNINI.** Giocatori: Califano Alessandro, Capri Daniele, Caratelli Emanuele, D'Angelo Andrea, David Damiano, De Napoli Salvatore, Fasciolo Giulio, Gattuso Pino, Liporace Stefano, Manelfi Giuseppe, Perrini Andrea, Pirelli Alessio, Scipioni Marco, Tavani Gianpaolo



**SANT'ANDREA.** Giocatori: Mastrodonato Flavio, Fanucci Massimo, Ciavatta Stefano, Bellecca Marco, Lela Fabio, Pezzettone Daniele, Casadidio Antonio



**SAN GIOVANNI.** Giocatori: Cherubini Antonio, D'Agostino Fabio, Fabrizi Emanuele, Gentileschi Luca, Grossi Raimondo, Iori Giuliano, Licata Antonio Vincenzo, Meloni Marco, Preite Michele



**SUORE OSPEDALE MISERICORDIA.** Giocatori: Abate Domenico, Calabrese Pancrazio, Cetani Vincenzo, Cirillo Andrea, Dema Antonello, Di Dio Stefano, Fanelli Francesco Paolo, Felici Danilo, Infantino Giancarlo, Lupi Gianluca, Mazzarone Giuseppe, Rinaldi Giuliano, Severino Ivan, Spinelli Antonio Pio



**UMBERTO I.** Giocatori: Ardini Gianni, Bernardini Claudio, Calopresti Francesco, Camillo Luigi, Casolino Mario, Frijia Giulio, Giorgio Alfonso, Khaled Zaidan, Procaccianti Filippo, Quitadamo Raffaele, Tozzo Giuseppe

## TORNEO NIGHTINGOAL

### La prima edizione del campionato nazionale vinta dall'Ipasvi Rovigo

**D**ivertimento, simpatia ed agonismo, questi gli ingredienti che hanno caratterizzato la prima edizione del Nightingoal, torneo di calcio a 5 riservato agli infermieri e studenti infermieri di tutta Italia. Sei squadre iscritte: i Collegi Ipasvi di Bari, Brescia, Roma e Rovigo, la rappresentativa del Nursind di Teramo ed un team di colleghi del San Raffaele di Milano. Nei tre giorni in cui si è svolta l'iniziativa i ragazzi hanno condiviso albergo, campi di gioco e momenti di relax al mare o in piscina piuttosto che nelle uscite serali, creando così un ottimo clima di amicizia e condivisione tra colleghi di ogni parte della penisola. Sul campo ha avuto la meglio la compagine dell'Ipasvi

di Rovigo, che ai rigori ha sconfitto i ragazzi dell'Ipasvi Bari; terzo posto per il Nursind Teramo. Un doveroso ringraziamento va alla cordialità di tutto il personale delle strutture che hanno ospitato l'evento, ma soprattutto all'Aics di Roma ed all'Associazione

Romana Arbitri, che con la loro professionalità hanno reso il Nightingoal un'esperienza sicuramente positiva ed assolutamente da ripetere, magari già il prossimo anno cercando di coinvolgere sempre più colleghi e colleghe (anche in altri sport, ad esempio abbinando

al torneo di calcio a 5 un torneo di volley o basket...).

Tutte le foto ed i risultati della manifestazione alla pagina Facebook [www.facebook.com/Nightingoal.infermieri](http://www.facebook.com/Nightingoal.infermieri)



Le squadre dell'Ipasvi Bari e dell'Ipasvi Rovigo in campo prima della finale

## Dieci anni dopo: un'altra infermieristica

**L** volume riporta i risultati di una ricerca nazionale sulla professione infermieristica in Italia, condotta su circa quattromila infermieri, e costituisce una sorta di "aggiornamento" e nello stesso tempo di "comparazione" di una precedente ricerca, pubblicata nel 2003 da Cipolla e Artioli dal titolo: *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*.

Molte cose sono cambiate nel frattempo nel *nursing care*: dallo sviluppo della formazione universitaria e continua, all'affermarsi del *nursing transculturale*, al diffondersi delle problematiche legate alla *web society* e in particolare all'*e-health* e all'*e-care*.

L'indagine cerca di fornire un'analisi sociologica su questa e su altre tematiche di rilevanza per la professione infermieristica. Il gruppo di ricerca, formato da infermieri esperti in tematiche sa-



nitare e da docenti di discipline sociologiche e statistiche, ha potuto contare sul sostegno del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio Ipasvi di Roma e sulla collaborazione della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi. Questa interdisciplinarietà e varietà di approccio di ricerca ha contribuito a rendere questa indagine una delle più ampie e significative nel panorama italiano per la comprensione delle attuali problematiche della professione infermieristica nel nostro Paese.

Costantino Cipolla; Gennaro Rocco  
(a cura di)

**Dieci anni dopo: un'altra infermieristica**  
**Seconda indagine nazionale**  
Franco Angeli editore, pp. 191 (25,00 €)\*

## Un manuale per orientarsi nella ricerca bibliografica sul web

**L**a continua ed incessante evoluzione del web vede una sostanziale modifica del modello tradizionale di ricerca bibliografica e consultazione delle fonti, un tempo legato all'uso della biblioteca come luogo fisico di conservazione, organizzazione e diffusione della conoscenza.

La diffusione di internet, dunque, cambia questo modello nella struttura dei luoghi e nei modi con cui si acquisisce la conoscenza. Nella *web society*, il sapere è un sapere condiviso, a diffusione rapida, incessante e globale e ci mette di fronte ad una eccedenza informativa che richiede una grande consapevolezza dei limiti che presenta e delle pressioni a cui ci sottopone.

Tutto ciò ha una precisa influenza anche sulla ricerca scientifica: l'attività di tagging mette in discussione un intero quadro di riferimento. L'informazione



non viene più cercata, ma ci viene incontro. Lo stesso uso della rete - definita una tecnologia intellettuale - produce un cambiamento nella nostra mente fino a modificare la stessa capacità di lettura ed assorbimento delle informazioni.

Nel manuale in questione, che costituisce una guida alla ricerca bibliografica on line, sono affrontati, in maniera sistematica, gli aspetti concreti del percorso di ricerca, dall'elaborazione del quesito ai luoghi e strumenti di reperimento del materiale bibliografico; dalla sua organizzazione e descrizione all'interpretazione ed utilizzo.

Costantino Cipolla; Gennaro Rocco  
(a cura di)

**Manuale per la ricerca bibliografica on line**  
Franco Angeli editore, pp. 272 (35,00 €)\*

\* I diritti di sfruttamento economico dell'opera vengono destinati all'acquisto di libri per la biblioteca del Collegio di Roma

## Tris di volumi sul tema della violenza sulle donne

**L'**iniziativa di pubblicare un libro con i risultati di una ricerca sulla violenza contro le donne condotta nella Provincia di Roma, agile nella struttura, di semplice consultazione e facilmente fruibile da parte del lettore interessato/dei lettori interessati, risponde alla necessità di approfondire le tematiche correlate a un fenomeno che negli ultimi anni è divenuto sempre più di allarme e di interesse sociale.

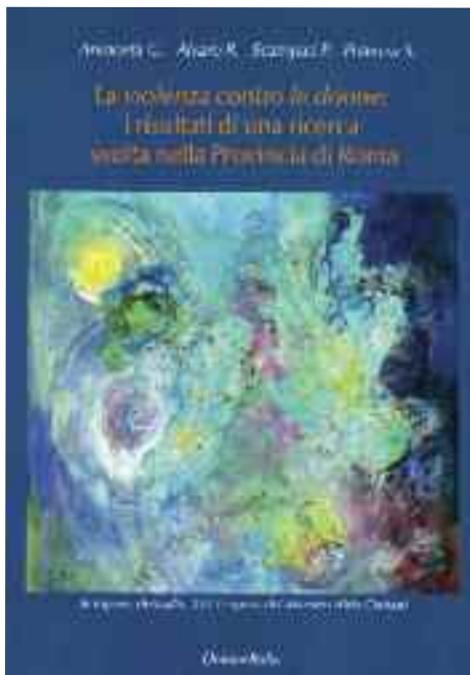
La popolazione target a cui il libro si rivolge è rappresentata, in primis, dai professionisti sanitari e da quelli sociali che hanno l'esigenza di avere a disposizione nuovi dati di realtà sulla violenza contro le donne.

Oltre a loro, il libro è di interesse anche per quanti operano a vario titolo prodigandosi per aiutare, sostenere e proteggere le vittime (siano esse ne-

nate o bambine o adolescenti o donne) di uomini che le abbiano eventualmente sottoposte o ad angherie e/o ad abusi e/o a molestie e/o a prevaricazioni e/o a soprusi e/o a sevizie e/o a sopraffazioni e/o a vessazioni e/o ad oltraggi e/o a torture e/o a crudeltà e/o a maltrattamenti e/o a violenze di vario tipo, o in età infantile (fino a 10 anni) e/o in età preadolescenziale/adolescenziale (tra i 10 e i 18 anni) e/o nella vita adulta (dopo i 18 anni).

Il testo, inoltre, può costituire un valido ausilio di studio per gli studenti universitari/alle studentesse universitarie di area sanitaria e sociale che frequentano i relativi corsi di formazione.

Tale scelta non fa di questo, però, qualcosa di diverso da quello



che intende essere ab origine, cioè uno strumento, insieme, di qualificata consultazione per i professionisti sanitari e quelli sociali, nonché per quanti/e operano a vario titolo prodigandosi per aiutare, sostenere e proteggere le donne vittime di uomini, e di alta didattica per gli studenti universitari/le studentesse universitarie di area sanitaria e sociale.

In ultimo, il libro è consigliato a quanti vogliono avventurarsi in campi della conoscenza solitamente "inaccessibili", pur non essendo degli esperti della violenza contro le donne, perché spinti dalla semplice curiosità per l'argomento/gli argomenti.

A tal fine, per facilitare il loro l'approccio, è stata costantemente ricercata, pur nel rigore scientifico, la semplificazione degli ostici concetti in relazione alla ricerca e alla rappresentazione di

nuovi dati di realtà sulla violenza contro le donne.

Accanto a questo volume, la casa editrice UniversItalia ha pubblicato altri due libri sullo stesso tema e con gli stessi quattro autori: "La violenza contro le donne: un approccio sistematico" e "L'aggressività, il comportamento aggressivo, la violenza e il conflitto: una analisi delle manifestazioni umane che favoriscono la violenza contro le donne".

*Antonetti-Alvaro-Scampati-Potenza*  
**La violenza contro le donne: i risultati di una ricerca svolta nella Provincia di Roma**  
 UniversItalia Editrice, pp. 170 (12,00€)

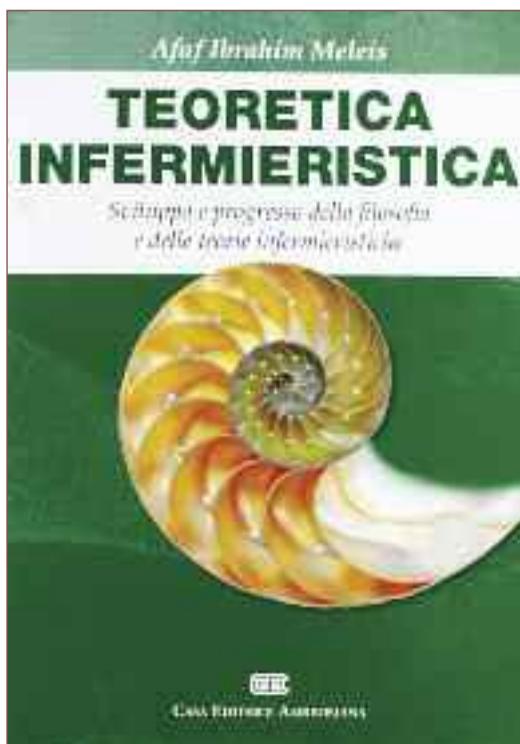
## Sviluppo e progresso della filosofia e delle teorie infermieristiche

**Q**uesto testo è dedicato alla teoretica infermieristica nella sua accezione più ampia: dalle definizioni all'exkursus storico, dalla filosofia alla trattazione diffusa delle teorie più importanti.

Gli argomenti, pur nella loro complessità, sono trattati con uno stile estremamente chiaro. Sono numerose le tabelle riassuntive che consentono di focalizzare i concetti più importanti degli argomenti trattati, permettendo, peraltro un immediato confronto tra le diverse teorie.

Cos'è l'assistenza infermieristica? È questa la domanda che guida la consolidata ricerca dell'autore. Ma è proprio la domanda, nel suo dispiegarsi, ad aprirsi a nuove fascinosi questioni. In effetti, si tratta di un libro di domande circa la possibilità che l'uomo esista senza cadere in una condizione economica, evitando che si conegni solo alle attività da cui trae un guadagno immediato. La

teoretica infermieristica viene sia prima che dopo la costruzione teorica infermieristica: prima pone le basi di senso per una costruzione disciplinare ontologicamente coerente; poi essa associa e orienta le teorie infermieristiche verso un unico scopo disciplinare. Il volume, di vocazione didattica, accompagna il lettore in diversi percorsi tra loro distinti e integrati. L'edizione italiana, da tempo attesa, offre l'occasione a tutti per porsi in



atteggiamento dinamico ed evolutivo verso il sapere disciplinare, aiutando ad ascoltare le antiche radici e orientando la propria identità verso il futuro.

Diviso in sei parti, il libro è accompagnato da una ricchissima bibliografia dedicata ai principali esponenti delle teorie infermieristiche.

La prima parte è dedicata al viaggio teoretico infermieristico; la seconda, al patrimonio teoretico; la terza, alla disciplina infermieristica e alla sua struttura; la quarta, alle teorie pionieristiche; la quinta, al futuro teoretico (le sfide e opportunità per un futuro teoretico) e l'ultima, la sesta alla letteratura storica infermieristica.

I due capitoli conclusivi presentano un *abstract* delle principali opere storiche della teoria infermieristica e un vasto repertorio di pubblicazioni (anche audio e video) dedicate alle teorie infermieristiche.

Ogni capitolo si chiude con una serie di domande mirate a favorire la riflessione sugli argomenti esposti.

*Afaf Ibrahim Meleis*

**Teoretica infermieristica. Sviluppo e progresso della filosofia e delle teorie infermieristiche**  
CEA Edizioni, pp. 624 (54,00 €)

TUTTI I VOLUMI RECENSITI SULLA NOSTRA RIVISTA SONO CONSULTABILI LIBERAMENTE PRESSO LA BIBLIOTECA DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA

## Come cambia il contratto a tempo determinato a seguito della recente riforma contenuta nel d.l.34/2014 convertito nella l.78/2014

In questo numero analizziamo le novità in materia di contratti a tempo determinato introdotte dal d.l. 34/2014 (decreto Poletti) convertito in l.78/2014, che riguarderanno tutti i rapporti di lavoro costituiti a decorrere dal 21 marzo 2014, data di entrata in vigore delle nuove disposizioni.

La principale innovazione consiste nell'abolizione dell'obbligo per il datore di lavoro di specificare nei contratti in questione le motivazioni che giustificerebbero l'assunzione del lavoratore a tempo determinato piuttosto che a tempo indeterminato.

Tale obbligo era previsto dall'art. 1 comma 1 d.lgs 368/2001, che nella formulazione precedente alla riforma recitava: *"È consentita l'apposizione di un termine alla durata del contratto di lavoro subordinato a fronte di ragioni di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo, anche se riferibili alla ordinaria attività del datore di lavoro"*.

Con la l. n.92/2012 (legge Fornero) il datore di lavoro è stato esonerato da tale obbligo nel caso di primo contratto di assunzione a termine, che doveva avere una durata non superiore a 12 mesi, rimanendo fermo, tuttavia, l'obbligo di indicare le predette ragioni giustificatrici in occasione dei successivi rinnovi.

Il comma 1bis dell'art. 1 d. lgs 368/2001 (oggi abrogato) aveva infatti previsto: *"Il requisito di cui al comma 1 non è richiesto nell'ipotesi del primo rapporto a tempo determinato, di durata non superiore a dodici mesi, concluso tra un datore di lavoro o utilizzatore e un lavoratore per lo svolgimento di qualunque tipo di mansione [...]"*.

Per effetto della riforma in esame, invece, il datore di lavoro non sarà più tenuto a specificare le ragioni legittimanti l'assunzione a termine; e ciò, con riferimento non solo al primo dei contratti ma anche a quelli successivamente stipulati dalle parti.

Il decreto legge stabilisce, altresì, che la somma complessiva dei rap-

porti a termine instaurati tra datore di lavoro e lavoratore, in relazione alle stesse mansioni, non potrà superare 36 mesi.

Secondo la disciplina previgente il termine del contratto a tempo determinato poteva essere prorogato, previo consenso del lavoratore, una sola volta, a condizione che tale proroga fosse motivata da ragioni oggettive e che concernesse lo svolgimento di mansioni equivalenti.

Per effetto della modifica legislativa, invece, i contratti in questione potranno essere prorogati fino a 5 volte, sempre nell'arco di 36 mesi, termine massimo in cui un lavoratore potrà essere impiegato a tempo determinato per lo svolgimento della medesima attività.

Dette proroghe, inoltre, non necessiteranno più di essere giustificate dall'indicazione di quelle "ragioni oggettive" prima ri-





chieste, essendo sufficiente che le medesime si riferiscano *“alla stessa attività lavorativa per la quale il contratto è stato stipulato a tempo determinato”* (art. 4 comma 1 d.lgs 368/2001). Un'ulteriore innovazione rispetto al passato concerne il numero complessivo dei lavoratori assunti a termine all'interno della medesima azienda.

In particolare, i lavoratori a tempo determinato non potranno superare il limite del 20% dell'organico complessivo, ad eccezione delle imprese che occupano fino a cinque dipendenti,

degli enti di ricerca e delle fattispecie indicate nell'art. 10 comma 7 d.lgs 368/2001.

Nel caso in cui venga impiegato a termine un numero di lavoratori che ecceda la soglia del 20% non avrà, tuttavia, luogo l'automatica conversione a tempo indeterminato dei contratti stipulati in violazione del predetto limite percentuale, bensì soltanto l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria a carico del datore di lavoro.

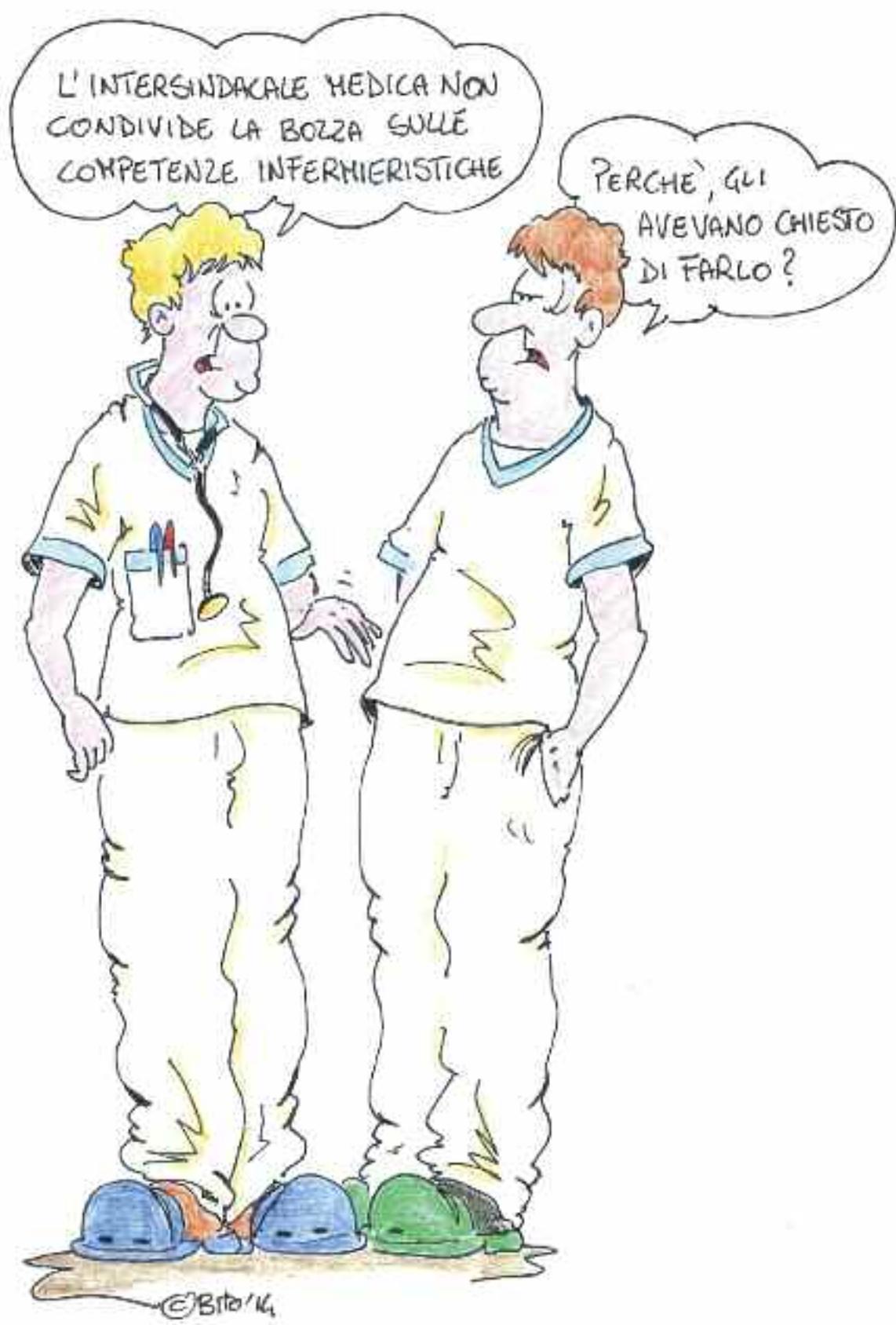
Queste, dunque, le modifiche introdotte dalla recente riforma in materia di contratti a termine le quali, come anticipato, troveranno concreta applicazione in riferimento ai rapporti di lavoro costituiti successivamente all'entrata in vigore del decreto legge.

Viceversa, i contratti sottoscritti in precedenza continueranno ad essere regolati dalla previgente normativa. Con la conseguenza che, facendo applicazione della vecchia disciplina sopra ricordata, potrà considerarsi legittimo soltanto il primo dei contratti a termine stipulato senza l'indicazione

delle ragioni giustificatrici, e non anche i contratti c.d. *“acausali”* sottoscritti in seguito.

Analogamente, non potranno disporsi ulteriori proroghe rispetto a quella (unica) ammessa dalla legge, che peraltro dovrà necessariamente essere supportata dalle *“ragioni oggettive”* di cui si è detto.

*Avv. Nicoletta Galli*



# 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. parola<sup>2</sup>) 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

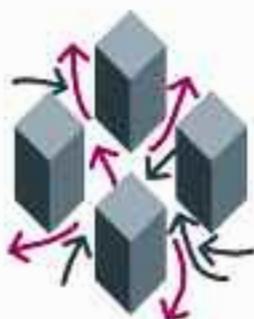
Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

### 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.

# L'INNOVAZIONE PASSA PER LA RICERCA



**CENTRO DI ECCELLENZA  
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA**



**COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA**

viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - metro Ottaviano

Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034

Email: [collegio@ipasvi.roma.it](mailto:collegio@ipasvi.roma.it)

[www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it)

*Orari apertura uffici:*

Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17

Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30

[www.centrodiexcellenza.eu](http://www.centrodiexcellenza.eu)