INFER MEDIE

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

N°4



II futuro è adesso

FOCUS

Rinnovo delle cariche elettive: risultati e programmi futuri

CONTRIBUT

Degenze infermieristiche, l'Ipasvi contesta il ricorso della Cimo

NOTIZIE DAL COLLEGIO

Grande partecipazione alla XI edizione di Sanit

LA LETTERA

"Grazie agli infermieri della task force per l'Ebola"

UN FUTURO A PORTATA DI MANO



Organo Ufficiale di Stampa del Collegio IPASVI di Roma Anno XXIV - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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

Stefano Casciato, Claudia Lorenzetti, Matilde Napolano, Alessandro Stievano, Carlo Turci

Comitato di redazione

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

Stampa

Artigrafiche Boccia SpA

Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno e-mail: info@artigraficheboccia.com

Progetto grafico: EDS Roma

Impaginazione: Madì Studio di D. Cirillo - Salerno

Foto: Mario Esposito; Shutterstock

Finito di stampare: gennaio 2015

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 Il futuro è adesso

di Ausilia M.L. Pulimeno

CONTRIBUTI

3 Efficacia e rischi correlati all'uso delle *bed rails* nella prevenzione delle cadute dei pazienti anziani istituzionalizzati

di Greta Morellini, Daniele Ermanno

- 10 Individuazione precoce del *delirium* in Unità di Terapia Intensiva
 Validità degli strumenti: *Confusion Assessment Method for the Intensive*Care Unit (Camicu) e Intensive Care Delirium Screening Checklist (Icdsc)
 di Francesca Romana Rossitto, Erika Villa
- 15 Confronto sull'efficacia della scala di valutazione *Edmonton frail scale* (Efs) rispetto alle scale *Comprehensive geriatric assessment* (Cga) e *Tilburg frailty indicator* (Tfi) nell'individuazione dell'anziano fragile di Roberta Galasso, Antonietta Guerriero, Melania Mariniello
- 20 La dermatoporosi: che cos'è e come riconoscerla Il ruolo dell'infermiere nell'educazione del paziente di Elena Toma
- 22 Interventi conservativi per la prevenzione ed il trattamento dell'incontinenza urinaria nel periodo della gravidanza e del puerperio di Chiara Labbadia. Jessica Preziosi. Davide Della Lena
- 30 Il rischio di malnutrizione nell'anziano ospedalizzato Indagine sulle scale di valutazione Must vs Mna-Mna-Sfs di Georgia Luzi
- 44 La ginnastica vescicale prima della rimozione del catetere vescicale è utile per la ripresa delle funzionalità nei pazienti affetti da ictus?

 di Silvia Sferrazza, Fiorella Pampoorickal, Stefano Casciato,

FOCUS

37 RINNOVO DELLE CARICHE ELETTIVE: RISULTATI E PROGRAMMI FUTURI

DICONO DI NOI

47 Infermieri protagonisti della riforma sanitaria regionale E già alcuni sindacati medici storcono il naso...

NOTIZIE DAL COLLEGIO

Angela Peghetti, Maria Matarese

- 50 "Alimentare la salute", focus su Sanit 2014 Il Collegio Inasvi protagonista della XI edizione
- 54 Libera professione infermieristica. A Bologna la terza Conferenza nazionale

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 55 Unità di degenza a gestione infermieristica. Il Collegio contesta il ricorso al Tar della Cimo
- 56 Case della Salute. Avanti tutta!
- 58 CASO EBOLA/LA LETTERA

"Grazie agli infermieri della task force per l'assistenza in alto isolamento"

LETTO PER VOI

- 59 Un volume pensato per gli studenti di Infermieristica, ma con spunti anche per altre professioni sanitarie
- 60 L'assistenza sanitaria nei Paesi in guerra Un excursus storico ed il ruolo dell'infermiere
- 61 II flusso migratorio di infermieri in Italia. Il caso di peruviani ed indiani

L'AVVOCATO DICE

- 62 La responsabilità disciplinare dell'infermiere conseguente alla mancata presa in carico di un paziente
- 64 LA VIGNETTA DEL MESE

EDITORIALE



Il futuro è adesso

di Ausilia M.L. Pulimeno

Tanti anni fa, quando ho iniziato a sentire e a vivere il Collegio come la mia seconda casa, non avrei mai immaginato di ritrovarmi nei panni di chi oggi deve guidarlo. E di certo non pensavo che il destino mi avrebbe assegnato un simile compito in un momento storico così difficile per la sanità e per i suoi operatori. Ma proprio da ciò che ho imparato in questa "casa", prima da consigliere e poi da vicepresidente, dall'esempio di tanti ottimi colleghi con i quali ho avuto modo di lavorare fianco a fianco, traggo oggi la forza per affrontare questa ennesima sfida per la quale so di non essere sola.

Il nuovo Consiglio Direttivo è composto da un gruppo di infermieri con storie, formazione ed esperienze professionali diverse. Tutti però siamo innamorati della nostra professione e convinti che vada difesa, promossa e valorizzata in tutte le sedi e in ogni occasione. Questa dunque è la nostra *mission* che ci impegna in prima persona a difendere l'autonomia del nostro Collegio, renderlo ancora più utile e attrattivo per tutti i colleghi, ampliare la rete dei servizi agli iscritti e fare sempre più del Collegio la casa comune di ogni infermiere.

Ad unirci è soprattutto il programma che ci siamo dati per il prossimo triennio, un piano ambizioso e con obiettivi chiari che ci vede fortemente determinati a perseguirli. Inoltre, dalla corale indicazione dei colleghi che hanno partecipato al voto del 14, 15 e 16 dicembre scorsi è emersa una squadra completa, composta da infermieri di provata esperienza e competenza e da giovani colleghi molto motivati e innovativi, tutti impegnati per difendere la professione, esaltarne le potenzialità e favorire la partecipazione degli iscritti alle tante attività del Collegio. Un impegno che costa sacrificio ma che per tutti noi vale moltissimo.

Ci muoveremo all'interno di due direttrici principali: grande vicinanza ai cittadini e massima attenzione all'organizzazione. Punteremo ad imporre le ragioni degli iscritti e della cittadinanza su tutti i tavoli istituzionali, alla Regione Lazio, nelle singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Lavoreremo per coinvolgere sempre più infermieri nelle attività del Collegio, per ampliare il ventaglio dei servizi gratuiti, per promuovere l'aggiornamento scientifico e la ricerca.

L'esperienza fin qui maturata dice chiaramente qual è il modello da perseguire. L'infermiere deve essere protagonista dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali con la massima autonomia organizzativa e gestionale dell'assistenza in tutte le Aziende di Roma e del Lazio. Insisteremo per l'istituzione dei Dipartimenti delle Professioni sanitarie e per gli investimenti sulle Unità di Degenza Infermieristica, sullo sviluppo dell'assistenza territoriale, sulle Case della Salute, sugli Ambulatori unfermieristici, sugli Infermieri di Famiglia e di Comunità nonché sullo sviluppo della Libera Professione.

Nonostante le gravi difficoltà del Servizio Sanitario Regionale, alle prese con tagli di risorse e blocco del turn over che creano condizioni di lavoro proibitive, abbiamo le idee chiare su come procedere, per contrastare il precariato, lo sfruttamento e sostenere il decoro della nostra professione: pressing deciso per l'adeguamento degli organici, sblocco del turn over e della mobilità, progressione di carriera legata alla pratica clinica, a quella gestionale e alle competenze specialistiche, potenziamento del corpo professionale accademico, stabilizzazione della dirigenza infermieristica a tutti i livelli dell'organizzazione e diversificazione delle varie posizioni organizzative di infermieri bed manager, case manager, sviluppo di modelli organizzativi infermieristici per la continuità assistenziale ospedale-territorio, sostegno alle nuove forme di esercizio libero-professionale.

Ci concentreremo inoltre su ogni iniziativa che possa valorizzare le competenze infermieristiche, naturalmente senza per-

EDITORIALE

dere di vista il necessario incremento delle figure di supporto all'assistenza. Così pure, confortati dall'ultimo Rapporto Ocse sulla "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia", insisteremo sull'assistenza primaria e sulla necessità di investire di più sul lavoro degli infermieri e su un maggior accreditamento dei servizi, a cominciare dalle reti per l'assistenza territoriale e dagli ospedali di comunità.

Sul fronte interno continueremo ad ottimizzare le risorse per fornire servizi a tutti gli iscritti: corsi Ecm presso la sede del Collegio e itineranti nei contesti lavorativi, corsi Fad, iscrizione e certificati on line, casella Pec, tesserino professionale magnetico, consulenza legale, amministrativa e contabile, accesso alle principali banche dati mondiali di letteratura infermieristica, abbonamento alla rivista "Infermiere Oggi", accesso al portale della Federazione Ipasvi, ai siti web del Collegio

di Roma e del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.

Professionisti di alto livello, laureati, specializzati, esperti clinici, ricercatori, docenti universitari. Siamo arrivati fin qui a suon di sacrifici, battaglie e storiche conquiste. Il Collegio di Roma, con la guida illuminata del presidente Gennaro Rocco al quale la nostra comunità professionale deve moltissimo, è stato tra gli artefici assoluti di questa incredibile escalation.

Ora sta a noi difendere con i denti questo straordinario cammino e proiettarci nel futuro da protagonisti perché il ruolo degli infermieri sia sempre più riconosciuto e valorizzato. Siamo preparati per questo e ci batteremo fino in fondo affinché gli interessi di parte non abbiano il sopravvento sull'appropriatezza delle cure. Chi ostacola la necessità di cambiamento è avvertito.

austeis Julymens

Efficacia e rischi correlati all'uso delle *bed rails* nella prevenzione delle cadute dei pazienti anziani istituzionalizzati

di Greta Morellini, Daniele Ermanno

ABSTRACT

Gli incidenti dovuti a cadute nei pazienti anziani risultano incidere dal 4 al 14 per 1000 giorni di ricovero in ambiente ospedaliero e di 1,6-10 per 1000 giorni di ricovero in case di cura o riabilitazione.

Circa il 25% di questi incidenti avviene come cadute dal letto (Healey, Oliver, Milne, & Connlly, 2008) associate ad un danno sia fisico che psichico. Che spesso può essere evitato.

Le bed rails sono i più comuni device usati per prevenire questo tipo di cadute, ma la loro efficacia è incerta e, in alcuni casi, sono causa di lesioni per intrappolamento.

Lo scopo di questa ricerca è riassumere e valutare criticamente proprio l'efficacia delle *bed rails* nel prevenire le cadute dal letto e i danni correlati al loro uso.

MATERIALI E METODI

Data la specificità della domanda, si è preferito svolgere la ricerca sulle seguenti banche dati: Pubmed, Cinahl, Cochrane Library, OvidSP, ricercando tutti gli articoli che soddisfacevano le parole chiavi e con limiti temporali dal 2002 al 2014.

RISULTATI

Dalla letteratura presa in esame i risultati sono sovrapponibili in molti studi. Fonad, Robins, Wahlin, Winblad, Emani, e Sandmark (2008) hanno evidenziato una correlazione significativa tra uso di bed rails e cadute; così come Capezzuti, Wagner, Brush, Boltz, Renz e Talerico (2007) hanno rilevato, nel loro studio, un'elevata significatività (p<0,001) tra riduzione dell'uso delle bed rails e frequenza delle cadute dal letto.

CONCLUSIONI

Le *bed rails* sono ampiamente impiegate, ma il loro uso non riduce il rischio di cadute.

Viceversa, il loro utilizzo indiscriminato determina un aumento della morbilità e della mortalità.

Parole-chiave: bed rails, falls, injury,elderly, nurse's home, hospital.

BACKGROUND

Considerata la costante crescita della popolazione anziana, la prevenzione delle cadute diventa sempre più oggetto di studio.

Per questo, esistono una notevole varietà di strumenti per evitare le cadute dal letto come le *bed rails*.

La reale evidenza, suffragata dalla letteratura scientifica internazionale, afferma la non universale idoneità ad evitare questo tipo di cadute, ma diventano loro stesse causa di gravi lesioni sia per cadute che per intrappolamento (Capezzuti, et al., 2007).

Le prime bed rails sono state progettate nel 1950 e furono ideate come sistema di sicurezza per prevenire le cadute accidentali e per assistere e trasferire il paziente dal o nel letto come decritto nello studio di Hendrich (come citato, in Nowicki, Fulbrook, & Burns, 2010).

Nello specifico, venivano utilizzate per agevolare il trasporto del paziente, garantendogli comfort e sicurezza e per ridurre i rischi durante gli spostamenti (Nowicki, et al., 2010).

Nonostante siano impiegate abitualmente ed indiscriminatamente, solo di recente è oggetto di controversie e dibattiti la loro efficacia nel prevenire le cadute ed i rischi ad esse correlate come descritto nello studio di Van Leeuwen, Bennett e West (come citato in Nowicki, et al., 2010).

Dalla letteratura scientifica internazionale le evidenze suggeriscono che siano addirittura dannose e non etiche (come riportato nello studio di Oliver) e, potenzialmente, una forma di abuso psichico come indicato nello studio di Powel-Cope, Baptiste A e Nelson (entrambi citati in Nowicki, et al., 2010).

Un autore canadese, con semplici parole, ha sottolineato la loro pericolosità: "seemingly innocuous bed feature... Turned into a killer?" (Marcy –Edwards, 2005 citato da Nowicki, et al., 2010, p. 31). At-

traverso questa ricerca si è cercato di reperire evidenze scientifiche atte ad analizzare l'efficacia delle bed rails nel prevenire le cadute e la correlazione tra il loro uso e i rischi associati nei pazienti anziani istituzionalizzati.

STRUMENTI E METODI

La strategia di ricerca è stata condotta utilizzando banche dati multimediali. Sono stati oggetto di ricerca gli articoli dove le *bed rails* costituivano l'elemento cardine della pubblicazione.

Altresì, si è cercato di mettere in relazione l'uso delle *bed rails* con le cadute ed i rischi conseguenti. Il campione preso in esame riguardava pazienti anziani istituzionalizzati, poiché si è visto che sono a maggior rischio di caduta in considerazione della loro fragilità.

Una prima ricerca bibliografica è stata effettuata con limiti temporali di cinque anni, ma vista l'esiguità del numero di articoli inerenti è stata estesa dal 2002 al 2014.

Il Metodo Pico

Dopo aver individuato la domanda di ricerca, per una corretta metodologia, si è adottato il metodo Pico, per focalizzare e analizzare correttamente i possibili contenuti da prendere in esame e sono stati usati i termini *mesh.* (Tab.1)

considerazione la letteratura scientifica in merito dal 2002 fino all'articolo più recente.

Lo studio di Capezzuti E, Maislin G, Strumpf N & Evans L.K (2002): "Side rail use and bed-related fall outcomes amona nursina residents" dal Journal American geriatrics society, 50, 90-96. Si tratta di un'analisi secondaria dei dati raccolti in un trial clinico longitudinale prospettico progettato per valutare tre interventi (formazione alle restrizioni, formazione alle restrizioni con la consultazione di una Advanced practice nurse e nessun intervento) per la riduzione dei mezzi di contenzione nei pazienti ricoverati in tre case di cura tra il 1990 e il 1992. Qui, sono state analizzate le cadute dal letto durante il periodo notturno e suddivise in tre tipi: qualsiasi caduta; cadute da cui derivano gravi danni; cadute ricorrenti.

I pazienti sono stati valutati con test cognitivi (Mmse); per la valutazione sull'uso delle *bed rails* bilaterali è stata applicata l'analisi di Grizzle Starter Koch,
mentre la valutazione dell'associazione
bivariata tra lo stato delle *bed rails*, le caratteristiche cliniche e le relative cadute
dal letto è stato usato il test del chi qua-

Per la valutazione della correlazione tra

PopolazionePazienti anziani
istituzionalizzati

Intervento Bed rails Comparazione

Outcomes

Efficacia e rischi delle bed rails nel prevenire le cadute dal letto e i danni correlati al loro uso

Tabella 1. Metodo Pico

Banche Dati

La ricerca è stata effettuata sulle seguenti banche dati: *Pubmed Cinahl, Cochrane Library, OvidSP.* Di alcune pubblicazioni ricercate attraverso le suddette banche dati non erano presenti i *full text,* pertanto ne è stata fatta richiesta al *Network Inter Library Document Exchange* (Nilde) con riscontro positivo.

RISULTATI DELLA REVISIONE BIBLIOGRAFICA

Letteratura identificata

Gli articoli che si sono ritenuti pertinenti per la ricerca sono dieci, e prendono in l'uso delle *bed rails* e le cadute dal letto con aggiustamento di un fattore clinico (funzionale, cognitivo o comportamentale) è stata usata l'analisi stratificata di Mantel-Haenszel.

Per valutare l'effetto dell'uso delle bed rails bilaterali sulle cadute letto correlate, è stata utilizzata la regressione logistica multipla, controllando, al contempo, l'influenza di molteplici caratteristiche cliniche.

I risultati hanno evidenziato un aumento, nel periodo analizzato, della percentuale di utilizzo delle *bed rails* per tutte le tre case di cura. Sulla base delle analisi di regressione logistica multipla, non è stata evidenziata alcuna diminuzione del rischio di cadute semplici o ricorrenti con l'uso delle *bed rails* bilaterali prendendo in considerazione anche lo stato cognitivo, funzionale e comportamentale.

Anche in questo studio si è osservato un aumento dell'uso delle bed rails non correlato con una significativa riduzione della probabilità di cadere, di avere cadute ricorrenti o di gravi lesioni. L'autore sottolinea che l'uso delle bed rails, come anche altri mezzi restrittivi, può essere sensibilmente ridotto se il paziente è sottoposto ad un'attenta valutazione ed ad una terapia personalizzata.

Quindi, malgrado lo studio risulti essere una analisi secondaria, il campione preso in esame risulta essere omogeneo particolarmente per la valutazione dello stato cognitivo ed i dati presi in esame evidenziano la correlazione tra l'uso delle bed rails ed il rischio di cadute.

Sempre di Capezzuti E, Wagner L.M, Brush B.L, Boltz M, Renz S & Talerico B.L (2007) lo studio: "Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail in nursing homes" pubblicato sul Journal american geriatric society, 55, (3), 334-341, scaturisce dall'osservazione che, sebbene l'uso delle bed rails sia quello di evitare le cadute dal letto, la reale evidenza afferma che risultano essere causa sia di cadute che di lesioni gravi per intrappolamento.

Lo scopo di questo studio è di valutare gli interventi delle Apn (Advanced practice nurse) sulla riduzione dell'uso delle bed rails e di vedere l'eventuale correlazione tra la riduzione del loro uso e le cadute dal letto.

Per determinare l'influenza dell'Apn sull'uso delle bed rails è stato fatto un pre
test ed un post test in quattro case di
cura su 710 pazienti (solo 310 arruolati).
La valutazione del paziente a letto con le
bed rails è stata effettuata con una controllo della posizione (senza uso di sistemi di contenzione) e di eventuali cadute
durante le ore notturne. L'intervento è
stato di istruire il personale infermieristico alla valutazione e gestione delle
bed rails. La significatività bivariata tra
stato delle bed rails, caratteristiche dei

pazienti e cadute è stata effettuata tramite test chi quadro.

Altresì, il test Anova è stato applicato per l'analisi longitudinale dell'intervento pre vs post dell'Apn sul tasso di caduta letto correlato.

I risultati evidenziano che, a livello istituzionale, una casa di cura ha ridotto l'uso delle *bed rails* (p=0,01) e che, al livello del singolo partecipante, la riduzione risulta essere del 51,4% (n=130).

Per il gruppo che ha ridotto l'uso delle bed rails c'è stato una elevata significativa (p<0,001) nella riduzione della frequenza delle cadute dal letto; mentre il gruppo che ha proseguito con l'uso non ha dimostrato una significativa riduzione delle cadute (p=0,17).

La riduzione dell'uso delle bed rails è correlata ad un minore numero di cadute dal letto: il vero gold standard per la riduzione delle cadute dal letto-correlate e delle lesioni è un'attenta valutazione da parte dello staff infermieristico relativo ai reali bisogni del paziente.

Va evidenziato che la mancanza di un gruppo di controllo, così come la presenza, in una casa di riposo, di un'elevata percentuale di pazienti seguiti assistenzialmente da Medicaid ha influito sulla disomogeneità dei gruppi stessi.

Fonad E, Robins Wahlin T. B, Winblad B, Emani A & Sandmark H (2008) hanno effettuato uno studio osservazionale dal titolo: "Falls and falls risk among nursing home residents" poi pubblicato sul Journal of clinical nursing, 17, (1), 126-134. Dal 2000 al 2003, si è preso in esame 21 case di cura svedesi allo scopo di identificare i fattori che possono influenzare il rischio di cadute (bed rails, cinture, sedie a rotelle e l'utilizzo di terapie farmacologiche) nei pazienti anziani ricoverati.

Annualmente, è stato somministrato allo staff infermieristico un questionario per la valutazione dei fattori di rischio che influenzano le cadute e l'analisi dei dati è stata effettuata includendo il numero degli incidenti verificatesi (2343 nel gruppo degli anziani) e la correlazione tra le variabili dipendenti e le variabili esplicative calcolate in base al coefficiente di Person.

I risultati evidenziano una correlazione significativa tra cadute e fratture (p=



0,004); la qual cosa indica una dipendenza lineare tra i due eventi.

La terapia farmacologia con benzodiazepine e cadute è significativa con p= 0,007.

Correlazioni significative sono state, anche, evidenziate tra rischio di cadute ed uso della sedia a rotelle (p=0001), delle bed rails (p=0,001) delle cinture di sicurezza (p=0.001).

Le bed rails potrebbero essere considerati strumenti di prevenzione dalle cadute (Karlsson, S.1996), ma alcuni risultati evidenziano che in pazienti agitati e/o con deficit cognitivi, in terapia con benzodiazepine, antidepressivi e neurolettici determinano danni maggiori se scavalcate (caduta da altezza maggiore) e, come restrizioni fisiche, possono causare gravi lesioni da intrappolamento (Dunn, K. S. 2001).

Tuttavia le *bed rails* continuano ad essere utilizzate come misure di prevenzione soprattutto nei pazienti anziani, ma dobbiamo ricordare che queste possono causare gravi danni (fisici e psichici) e che non dovrebbero essere utilizzate indiscriminatamente per tutti ma valutate in base al rischio individuale.

Questo studio, oltre ad effettuare un'attenta analisi statistica dei vari rischi correlati alle cadute, evidenzia le implicazioni in relazione alla pratica clinica.

Il disegno dello studio di Fonad E, Emani A, Robins Wahlin T.B, Winblad B&Sandmark H (2009): "Falls in somatic and dementia wards at community care units" pubblicato su Scandinavian journal caring sci, 23, 2-10, indaga sulla correlazione tra cadute e fratture, uso di restrizioni fisiche (bed rails, cinture e sedia a rotelle) e di farmaci psicotropici in pazienti anziani con patologie fisiche e con demenza.

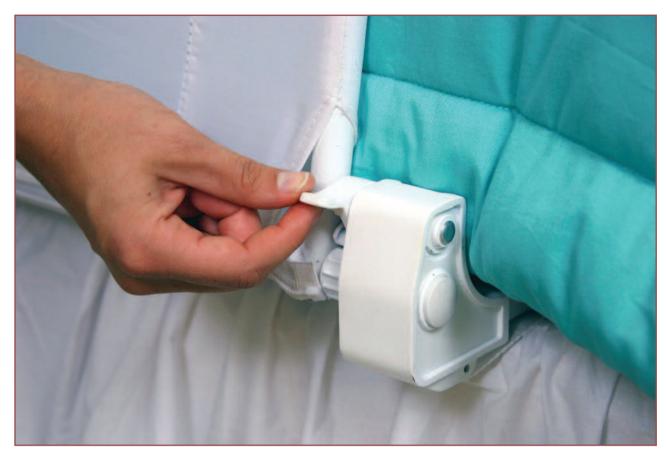
I dati sono stati raccolti a Stoccolma dal 2000 al 2003 in 21 unità di case di cura, attraverso la somministrazione annuale di un questionario.

Nei reparti di medicina è stata utilizzata la *Berg's Balance Scale*, costituita da 14 *item* volti a valutare l'abilità di eseguire le normali attività di vita quotidiana e i rischi eventuali di caduta.

Ai pazienti affetti da demenza, durante lo studio-pilota, è stata costruita una *Balance Scale* che esaminava nove caratteristiche psichiche e fisiche.

I risultati riportano 2651 incidenti di caduta, 737 registrati nei reparti di medicina e 1914 nei pazienti con demenza.

Solo nei pazienti affetti da demenza le cadute sono associate a fratture e vi è una correlazione significativa tra cadute e valutazione dei rischi, l'utilizzo di far-



maci e restrizioni fisiche.

Le cadute nei pazienti con problemi fisici rivelano un'associazione tra cadute e uso di benzodiazepine e/o neurolettici. In conclusione, l'utilizzo di restrizioni fisiche e farmaci aumentano il rischio di caduta specie nei pazienti affetti da demenza.

Pertanto, è necessario valutare attentamente i fattori di rischio, attraverso una appropriata formazione dello staff e dell'ambiente.

Il bisogno delle *bed rails*, come delle cinture, dovrebbe essere valutato in base ai bisogni individuali.

Dati gli effetti collaterali dei farmaci indagati e la loro correlazione con le cadute, essi, come le restrizioni fisiche, dovrebbero essere ridotti.

Emerge una chiara consapevolezza della necessità di maggiori studi per indagare su tali aspetti.

Goodman M, Glichrist M& Buck L (2007) hanno scritto uno studio: "Developing a risk assessment tool for using bedrails" pubblicato su Nursing times 103, (20), 30-31, che attesta quanto,

usualmente, lo staff sollevi le *bed rails* senza una reale necessità, malgrado il fatto che il loro uso possa causare gravi danni e, talvolta, il decesso del paziente stesso per cadute da altezza maggiore e/o intrappolamenti.

Il loro uso può essere dovuto da un'errata valutazione delle necessità del malato, pertanto non può essere definito come una scelta corretta per la gestione della sicurezza del paziente a rischio caduta. Nella letteratura internazionale non sono disponibili linee-guida sul corretto uso delle *bed rails* e ciò significa che il giudizio dell'infermiere risulta essere l'unico elemento valido.

Il Coventry Bed Rails Use (Cbru) è stato ideato per determinare la riduzione dell'uso delle bed rails, quindi del numero degli incidenti che risultano dal non appropriato uso.

I due fattori che devono essere presi in considerazione per valutare i rischi *bed rails*-correlati sono il deficit cognitivo e la mobilità del paziente.

Le raccomandazioni evidenced based provengono dall'utilizzo di uno schema

a cinque colori in cui il rosso indica l'uso inappropriato ed i restanti l'intervallo di tempo per la rivalutazione.

Il sistema Cbru mira a:

- ridurre le incongruenze che possono contribuire all'uso inappropriato delle bed rails:
- ridurre la percentuale dei danni bed rails correlati;
- aumentare la consapevolezza dei rischi associati all'uso delle *bed rails*.

I risultati si basano sull'analisi di 23 schede che derivano dall'analisi di cinque diversi scenari (il sesto scenario è stato escluso per valutazioni discordanti).

Il gruppo era generalmente in accordo con l'assegnazione del codice colore (p<0,001), ma c'è stata un'elevata significatività (p<0,001) tra i professionisti e i non esperti nella decisione degli utenti. Dallo studio si evince che il valore del Cbru dipende dal giudizio professionale appropriato sulle *bed rails*, ergo il solo uso del sistema non cambierà la consuetudine, ma richiede una educazione ed una maggiore coscienza da parte degli infermieri ed altre figure professio-

nali sanitarie riguardo ai rischi associati al loro uso inappropriato.

Ad Healey F, Oliver D, Milne A&Connlly J.B (2008) si deve lo studio: "The effect of bedrailsnon falls and injury: a systematic review of clinical studies" pubblicato su Age and ageing 37, 369-378. in cui le cadute dal letto, specie per i pazienti i anziani con o senza deficit cognitivi, risultano essere frequenti e sono associate a danni fisici e psichici (nonché a prolungamento del ricovero, procedimenti legali e risarcimenti).

L'uso delle *bed rails*, dunque, è controverso e la letteratura internazionale evidenzia che sono moralmente inammissibili, inefficaci nel prevenire le cadute e possono essere loro stesse la causa di cadute e di gravi lesioni.

Con questo studio si è cercato di valutare la loro effettiva efficacia tramite una valutazione di tutti gli articoli presenti letteratura dal 1980 al 2007.

Di cinque studi, in cui erano analizzate le cadute dal letto senza ausilio delle *bed rails*, solo due affermavano un aumento delle cadute, mentre alcuni studi hanno evidenziato che non vi erano differenze tra le *bed rails* alzate o abbassate con la correzione dello stato cognitivo.

Gli autori affermano che le bed rails non sono idonee a ridurre le cadute nei pazienti con autonoma mobilità, che rifiutano le rails o che presentano un deficit cognitivo associato ad un'autonoma mobilità.

Le bed rails non devono sostituire un'adeguata vigilanza da parte dello staff infermieristico e non vanno usate solo come un metodo di prevenzione dalle cadute. Lo studio afferma che bisogna focalizzare l'attenzione non solo sulla scelta appropriata sull'uso delle bed rails, ma anche sulla eliminazione dei device obsoleti e sulla corretta combinazione lettomaterasso-bed rails.

Lo studio di Hignett S, Sands G, Fray M, Xanthopoulou P, Healey F&Griffiths P (2013) dal titolo: "Which bed designs and patient characteristics increase bed rails use?" edito da Age and Ageing, 42, 531-535, esplora quali caratteristiche del letto e dei pazienti (mobilità, stato cognitivo ed età) incrementano la probabilità dell'uso delle bed rails. Sono stati presi

in esame 18 ospedali inglesi, da luglio 2010 a febbraio 201, valutando l'uso delle *bed rails* durante la notte.

I dati sono stati raccolti utilizzando un modello di regressione logistica per indagare le variabili riguardanti il letto (presenza delle *bed rails*, tipo di materasso) e le caratteristiche dei pazienti (mobilità, stato cognitivo ed età).

I risultati riportano che l'86% dei letti era munito di *bed rails*; il 52% le aveva sollevate (il 42% di questi completamente). In relazione alle indagini precedenti, si ha un aumento significativo rispetto all'8,4% del 1996, al 25,7% del 2007 e 46% del 2011.

I motivi di tale incremento sono da ricercare nella maggiore disponibilità delle *rails* (86% rispetto al 61% del 2006), nell'aumento della popolazione anziana e nella maggiore propensione del personale al loro utilizzo.

Al 75% dei pazienti descritti come confusi e con ridotta mobilità venivano prescritte le *bed rails*.

La ragione di tale utilizzo, indagata su 999 infermieri, riportava che esse venivano utilizzate per prevenire le cadute dal letto (61%), soprattutto nelle persone anziane descritte come confuse.

In conclusione lo studio dimostra che le bed rails vengono ancora usate in modo inappropriato, specialmente come restrizioni fisiche, nei pazienti con disturbi cognitivi e che hanno bisogno di assistenza nella mobilizzazione.

Sono consigliate negli stati di demenza, ma possono costituire un pericolo (una persona confusa con sufficiente mobilità può scavalcarle).

Lo studio di Hughes R del 2008: "Older people falling out of bed: Restraint, risk and safety" pubblicato sul British journal of occupational therapy, 71, (9), 389-392, indaga sull'utilizzo delle bed rails: come forma di restrizione fisica, per tutelare la sicurezza del paziente dalle cadute e i rischi ad esse associate.

Dalla letteratura è emerso che non solo non riducono le cadute dal letto e le lesioni (Capezzuti, et al. 2007), ma costituiscono un rischio maggiore di caduta se scavalcate o se vengono usate come maniglie; se non sono a norma e non tengono conto delle dimensioni e del peso dell'individuo, possono causare ulteriori problemi (Hignett &Griffiths, 2005).

Infatti, le persone potrebbero rimanervi intrappolate e morire di asfissia (Meike, 2001). Se utilizzate come contenzione riducono la mobilità, causando ulcere da pressione e incontinenza (Oliver, D., 2002).

The National Patient Safety Agency (Npsa, 2007) attraverso una review sistematica evidenzia che: non riducono i rischi di caduta ma causano danno; costituiscono comunque una forma di restrizione; il 25% dei pazienti con le bed rails cade dal letto e che il rischio di intrappolamento fatale è meno di uno su 10 milioni di ricoveri ed il rischio di cadute è di uno su 200.

L'utilizzo inappropriato delle *bed rails* come restrizione fisica può essere illegale. Vi sono tre aspetti fondamentali da prendere in considerazione: anzitutto, un'attenta valutazione del comportamento della persona che ha bisogno di essere contenuta.

The Mental Welfare Commission for Scotland (Mwcs, 2006) suggerisce che bisognerebbe utilizzare interventi non restrittivi e solo come ultima scelta le bed rails.

In secondo luogo, qualsiasi decisione dovrebbe essere presa in accordo con il paziente stesso e/o con la famiglia.

Infine, le restrizioni dovrebbero essere utilizzate solo per i pazienti che hanno un rischio elevato di lesioni.

La Commission For Social Care Inspection (Csci, 2007) ha evidenziato lacune in merito alla formazione del personale (uso inappropriato e inconsapevole delle bed rails).

In conclusione, l'uso/non uso delle *bed* rails deve essere valutato con cura, poiché anche se sono atte ad impedire le cadute dal letto, richiedono una supervisione e costituisco una forma di restrizione fisica.

La prima priorità non è la sicurezza, ma la libertà di scelta della persona anche a costo di incorrere a rischi (Irving, 2002, p. 410). Il gold standard delle cure è la persona nel rispetto della dignità, uguaglianza e autonomia.

A Kelling C (2013) si deve lo studio: "Practical and ethical use of bed rails" su

Nursing & residential care, vol XV, n.4, che delinea come i responsabili del personale debbano garantire l'uso appropriato delle bed rails per tutelare la sicurezza dei pazienti ed i rischi ed esse associati.

La Health and Safety Executive (Hse, 2008) ha riportato in Inghilterra circa 20 casi di morti tra il 1997 e il 2008 a causa delle bed rails.

Tra il 2001 ed il 2005 le statistiche Riddor hanno segnalato 10 casi di incidenti mortali ed un aumento significativo di lesioni *bed rails* correlate (Hse, 2012).

Le cause di lesione/morte più comuni sono dovute all'intrappolamento: della testa all'interno delle *rails* o tra le *rails* ed il materasso; del collo tra le *bed rails* ed la testata del letto ed, infine, per soffocamento dopo esser scivolati col corpo fuori dal letto (Hse, 2008).

I fattori che possono determinare gli incidenti sono (Hse,2008): scelta non congrua e idonea delle *bed rails* per la tipologia di letto; montaggio errato e cattiva/scarsa manutenzione; mentre i rischi associati al loro utilizzo includono (Hse, 2008): parti del corpo intrappolate nelle *rails*; lesioni causate da cadute dopo averle scavalcate o dopo averle rimosse o per aver percosso la testa su di esse. A maggior rischio sono i soggetti: anziani; con ridotta mobilità; con confusione mentale; con ischemia celebrale o sindrome parkinsoniane; con demenza e deficit cognitivi.

In conclusione i responsabili del personale devono garantire che tutto lo staff sia consapevole dei rischi, degli aspetti di sicurezza e dell'etica nell'uso delle bed rails. Dovrebbero essere utilizzate solo come ultima risorsa (Hse, 2008), provando prima metodi alternativi. Inoltre, non sono destinate a limitare la libertà di movimento o per contenere le persone. È fondamentale che il personale sia istruito sul loro corretto utilizzo/manutenzione per evitare l'insorgere di eventuali e fatali conseguenze.

Le *bed rails* non sono *device* di routine ma devono essere impiegate in base alle evidenze dei singoli pazienti.

La ricerca di Nowicki T, Fulbrook, P& Burns C (2010): "Bed safety off the rails" pubblicato sull' Australian nursing journal,

18(1):31-34 ha come finalità di sensibilizzare l'opinione pubblica sui rischi di intrappolamento dovuto all'uso inappropriato e non corretto delle *bed rails*. Gli autori, attraverso un'analisi della letteratura e statistica dei dati (1950-2008), indagano la relativa relazione tra le cadute/morti e l'utilizzo delle *bed rails*. I risultati mostrano che alla fine del 1950 in Usa il 63% delle cadute riportate in ospedale era associato alle *bed rails* al-

ospedale era associato alle *bed rails* alzate (Barbee, 1957); dal 1980 si è concluso che il loro utilizzo risulta essere più dannoso che benefico (Rubestein, et al., 1983) e che la loro pratica è basata più sulla consuetudine che sulle evidenze scientifiche (Rubestein, 1983). L'uso delle *bed rails* è associato ad un danno che può determinare l'exitus (Parker, & Miles, 1997).

In Inghilterra, in uno studio condotto dal *National Patient Safety Agency* (dal 2005-2006), dei 44mila pazienti caduti dal letto, in un anno, 1250 si infortunarono con le *bed rails* e 11 morirono.

Ormai esistono evidenze scientifiche per affermare che i pazienti cadono dal letto nonostante le *bed rails* e che la loro rimozione non incrementa le cadute (Powell-Cope. G., et al., 2005).

L'Us Food and Drug Administration (da gennaio 1985 a gennaio 2008) ha riportato 772 incidenti di pazienti intrappolati, soffocati a causa delle *bed rails* con un totale di 460 morti.

Le cadute dal letto sono molto più gravi quando le *bed rails* sono sollevate e poste come restrizione; un'altezza adeguata riduce il rischio che vengano scavalcate (Brush, & Capezuti, 2001): con le *bed rails* abbassate, vi è una riduzione dell'11% delle cadute dal letto e delle lesioni associate (Hoffman et al, 2003).

Le bed rails vengono considerate forme di restrizione (Qeensiland Health, 2003) ed il loro uso può creare effetti psicologici negativi come l'isolamento ed immagine di se stessi poco dignitosa (US Fda, 2008; Hospital Bed Safety Workgroup, 2003).

Si è concluso che le sbarre non prevengono le cadute dal letto e che sono riconosciute come una delle prime cause di morbilità e di mortalità.

Le evidenze dimostrano che sebbene i

pazienti senza le *bed rails* possano cadere più facilmente, i danni associati alle cadute sono minori.

I danni e le morti potrebbero essere del tutto evitati attraverso letti conformi alle normative.

Pertanto, *The Hospital Bed Safety Workgroup*, in collaborazione con l'Fda e altre agenzie, ha pubblicato delle lineeguida per sensibilizzare ed educare sul loro corretto uso.

RISULTATI

L'Us Food and Drug Administration (2008) ha riportato (da gennaio 1985 a gennaio 2008) 772 incidenti di pazienti intrappolati, soffocati a causa delle bed rails con un totale di 460 morti.

Invece, la *Healt and Safety executive* ha riportato circa 20 casi di decesso tra il 1997 ed il 2008 e in Inghilterra, in uno studio condotto dal *National Patient Safety Agency*, su 44mila cadute dal letto, in un anno, 1250 si procurarono delle lesioni e 11 pazienti andarono incontro ad *exitus*.

Nello studio di Fonad et al. (2008) viene sottolineata la correlazione, significativa, tra cadute dal letto ed uso di *bed rails*, in special modo nel gruppo di pazienti con deficit cognitivi.

Questi risultati vengono ulteriormente suffragati dallo studio di Fonad, Emani, Wahlin, Winblad e Sandamark (2009) che rilevano che i pazienti anziani presentavano una maggior probabilità di cadere da letto con le bed rails specie se con deficit cognitivi. Infatti, al 75% dei pazienti descritti come confusi e con ridotta mobilità venivano prescritte le bed rails (Hignett, Sands, Fray, Xanthopoulou, Healey, & Griffiths, 2013). Altresì, la riduzione dell'uso delle bed rails non ha determinate un aumento delle cadute, ma si è evidenziato una significatività (p<0,001) riguardo alla riduzione delle stesse (Capezzuti, et al., 2007).

Anche Hoffman, Powell-Cope, Rathnvon e Bero (citato da Nowicki, 2010) concordano nel risultato che: senza le bed rails vi è una riduzione del 11% delle cadute dal letto e delle lesioni ad esso correlate.

I risultati di una *review* effettuata prendendo in esame la letteratura scientifica tra il 1980 ed il 2007 affermano che le bed rails non sono idonee a ridurre le cadute nei pazienti con autonoma mobilità o con deficit cognitivo associate ad una autonoma mobilità (Healey, et al., 2008).

CONCLUSIONI

Le evidenze scientifiche dimostrano che, sebbene le *bed rails* vengano ampiamente impiegate, non risultano efficaci per prevenire/eliminare le cadute dal letto (Capezzuti, Maislin, Strumpf, & Evans 2002; Capezzuti et al., 2007).

Al contrario, gli studi hanno evidenziato che in realtà questo device può aumentare il rischio di caduta con aggravamento del danno associato (Fonad, et al., 2008; Fonad et al., 2009; Hughes, 2008), specie se impiegate in modo non appropriato.

E, pertanto, sono riconosciute come una delle prime cause di morbilità e mortalità (Nowicki et al., 2010).

Infatti, non dovrebbero essere utilizzate

indiscriminatamente per tutti i pazienti (Capezzuti, et al., 2002; Capezzuti et al., 2007; Fonad, et al., 2008; Healey, et al., 2008; Hignett, et al., 2013; Hughes, 2008; Kelling, 2013; Nowicki, et al. 2010), ma scelte in base ai bisogni individuali. In questo modo, si potrebbe ottenere la riduzione del loro uso, con conseguente riduzione delle cadute, (Capezzuti, et al., 2002; Capezzuti et al., 2007; Fonad, et al., 2008; Fonad, 2009; Goodman, 2007; Kelling, 2013; Nowicki, et al., 2010).

Nondimeno, limitano la libertà delle persone, diventando una forma abusiva di restrizione fisica (Capezzuti, et al., 2007; Healey, et al., 2008; Highett, et al., 2013; Hughes, 2008). Un autore ha sottolineato il dualismo che scaturisce quando si parla di bed rails: "Silently packages restraints as humane and caring, despite the obvious contradictions this represents" (Irving, 2002 citato da Hughes, 2008 p. 392).

È necessaria una corretta educazione

del personale al riguardo (Goodman, et al., 2007; Healey, et al., 2008; Hignett, et al., 2013; Hughes, 2008; Nowicki, et al., 2010) e, vista la correlazione con i rischi/danni di caduta, utilizzarle come ultima risorsa valutata (Hughes, 2008; Nowicki, et al., 2010).

Resta il rammarico che, purtroppo, dalla ricerca bibliografica emerge che l'argomento, in Italia, non sia molto trattato, malgrado le problematiche esposte.

AUTORI:

Greta Morellini, laureata in Infermieristica presso l'Università La Sapienza di Roma; iscritta al primo anno di Laurea magistrale presso l'Università di Tor Vergata, Roma;

Daniele Ermanno, laureato in Infermieristica presso l'Università di Tor Vergata, Roma; iscritto al primo anno di Laurea magistrale presso l'Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Capezzuti E, Maislin, G, Strumpf N & Evans L.K, Side rail use and bed – related fall outcomes among nursing residents. Journal American geriatrics society, 50, 90-96, 2002.

Capezzuti E, Wagner L.M, Brush B.L, Boltz M, Renz S & Talerico B.L, Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail in nursing homes. Journal american geriatric society, 55, (3), 334-341. 2007.

Fonad E, Robins Wahlin T.B, Winblad B., Emani A & Sandmark H, Falls and falls risk among nursing home residents. Journal of clinical nursing, 17, (1), 126-134, 2008.

Fonad E, Emani A, Robins Wahlin T.B, Winblad B & Sandmark H, Falls in somatic and dementia wards at community care units. Scandinavian journal caring sci, 23, 2-10, 2009.

Goodman M, Glichrist M & Buck L, Developing a risk assessment tool for using bed rails. Nursing times 103, (20), 30-31, 2007.

Healey F, Oliver D, Milne A & Connelly J.B, The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. Age and ageing, 37, 369-378, 2008.

Hignett S, Sands G, Fray M, Xanthopoulou P, Healey F & Griffiths P, Which bed designs and patient characteristics increase bed rail use? Age and Ageing, 42, 531-535, 2013.

Hughes R, Older people falling out of bed: Restraint, risk and safety. British journal of occupational therapy, 71, (9), 389-392, 2008.

Kelling C, Practical and ethical use of bed rails. Nursing & residential care, vol XV n.4, 2013.

Nowicki T, Fulbrook P & Burns C, Bed safety off the rails. Australian nursing journal, 18(1):31-34, 2010.

ERRATA CORRIGE

Sul precedente numero de Infermiere oggi, fra gli autori dell'articolo "Efficacia degli interventi di telenursing per promuovere il self-care nei pazienti affetti da scompenso cardiaco...", il cognome del collega Fulvio Schembri, studente del corso di Laurea magistrale presso l'Università di Tor Vergata, Roma, è stato confuso con Sghembi.

Ce ne scusiamo con il diretto interessato e con i lettori.

Individuazione precoce del *delirium* in Unità di Terapia Intensiva

Validità degli strumenti:

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (Camicu) e Intensive Care Delirium Screening Checklist (Icdsc)

di Francesca Romana Rossitto. Erika Villa

ABSTRACT

Il *delirium* in Terapia Intensiva è un evento comune soprattutto nei pazienti anziani.

Diversi metodi sono stati validati per identificare precocemente segni e sintomi di delirium e quelli maggiormente utilizzati sono il Cam-lcu e l'Icdsc.

Questa revisione vuole portare alla luce dati rilevanti sull'utilizzo di questi due strumenti che permettono di intervenire prima che il *delirium* comporti gravi conseguenze.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto sui database The Cochrane Library, PubMed ed Embase.

RISULTATI

Il Cam-lcu e l'Icdsc, nonostante presentino differenze nei tempi e nei modi di valutazione dei segni e sintomi di *delirium*, risultano essere i migliori strumenti utilizzabili in Terapia Intensiva.

DISCUSSIONE

In generale, nell'ambito della Terapia Intensiva il Cam-lcu e l'Icdsc sono validi e affidabili strumenti di valutazione del delirium in fase precoce e sembra che il loro utilizzo sia associato a una riduzione dei tempi di degenza, di intensificazione

delle cure infermieristiche, della mortalità e dei costi.

Parole-chiave: delirium, terapia intensiva, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, Cam-Icu, Intensive Care Delirium Screening Checklist, Icdsc.

INTRODUZIONE

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Dsm-V) descrive il delirium come un: "disturbo del livello di consapevolezza o attenzione, caratterizzato da insorgenza acuta o subacuta di variazioni cognitive attribuibile ad una condizione medica generale; tende ad avere decorso fluttuante. Tale condizione non è necessariamente causata da un altro disturbo cognitivo, sebbene sia comune in disturbi neuro cognitivi maggiori". (American Psychiatric Association, 2013)

Il *delirium* può essere ipoattivo, iperattivo o presentare entrambi gli aspetti (forma mista).

Nella forma iperattiva il paziente è irrequieto e aggressivo, mentre in quella ipoattiva appare tranquillo e letargico (Nice, 2010).

Il delirium è sempre più riconosciuto come un evento comune nei pazienti ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva (Reade, 2011) con una percentuale dell'80% nei pazienti anziani, sottoposti a ventilazione meccanica (Gusmao-Flores, 2012).

Più di otto pazienti ventilati su dieci provano l'esperienza di *delirium* ma questo rimane misconosciuto nel 66-84% dei casi soprattutto per quanto riguarda la forma ipoattiva, la più frequente negli anziani (Praga, 2008).

Nella sua complessità, il *delirium* è un disordine che richiede un immediato intervento per prevenire danni permanenti e rischi di salute tali da pregiudicare la vita del soggetto.

È, infatti, associato ad una mortalità del 25-33% dei casi e determina un aumento della durata della degenza (+7/8 giorni), un'intensificazione dell'assistenza infermieristica e maggiori costi sanitari (Praga, 2008).

Il delirium può risolversi in poche ore o giorni, oppure i sintomi possono persistere per settimane o mesi, in particolare nei soggetti anziani: è proprio questa categoria di pazienti a pagare le conseguenze più gravi se il delirium non è tempestivamente riconosciuto.

Nella fase di riconoscimento precoce è fondamentale il ruolo dell'infermiere che, passando molto tempo con il paziente, può notare i cambiamenti e attuare i comportamenti necessari a contenere o

evitare il manifestarsi del *delirium* (Praga, 2008).

A tal proposito, è indispensabile conoscere gli strumenti di valutazione utilizzati in Terapia Intensiva per individuare rapidamente il paziente a rischio.

Strumenti di valutazione del delirium in Unità di Terapia Intensiva

Diversi metodi sono stati sviluppati e validati per diagnosticare il *delirium* in Terapia Intensiva dove i pazienti sono spesso intubati, sedati e/o fisicamente debilitati. Il *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e l'*Intensive Care Delirium Screening Checklist* (Icdsc), convalidati dall'*American Psychiatric Association's* Dsm sono quelli maggiormente impiegati.

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

Il Cam-Icu deriva dal Confusion Asses-

sment Method (Cam) ed è stato introdotto per valutare i pazienti con ventilazione meccanica in Terapia Intensiva.

Originariamente convalidato da Ely et al. nel 2001, ha mostrato elevata sensibilità (93%) e specificità (89%) per la diagnosi di *delirium* (Damiani Tomasi, 2012).

Sottopone il paziente al riconoscimento di suoni e/o immagini, a semplici domande e comandi e, per determinare la presenza di delirium, utilizza quattro criteri (Figura 1):

- modificazioni acute della coscienza/ decorso fluttuante;
- 2. disattenzione:
- 3. alterato livello di coscienza:
- 4. pensiero disorganizzato.

Secondo Ely et al., il *delirium* è presente se si verificano i criteri 1 e 2 ed almeno un criterio fra 3 o 4 (Plaschke, 2007).

Intensive Care Delirium Screening Chec-

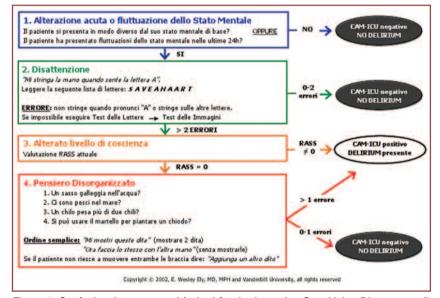


Figura 1. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit – Diagramma di Flusso

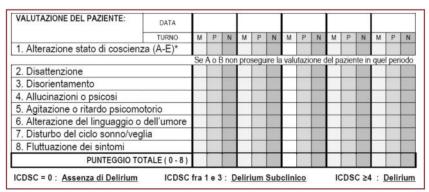


Figura 2. Intensive Care Delirium Screening Checklist

klist

Creato nel 2001 da Bergeron et al., l'Icdsc valuta otto criteri:

- 1. alterazione dello stato di coscienza;
- 2. disattenzione:
- 3. disorientamento:
- 4. allucinazioni o psicosi;
- 5. agitazione o ritardo psicomotorio;
- 6. alterazione del linguaggio o dell'umore:
- 7. disturbo del ciclo sonno-veglia;
- 8. fluttuazione dei sintomi.

Ad ogni criterio è assegnato un punteggio da 0 a 8 punti (un paziente con punteggio superiore a 4 è definito positivo per il *delirium*) (Plaschke, 2007).

Lo studio effettuato da Bergeron (2001) ha riportato che l'Icdsc ha una sensibilità del 99% e una specificità del 64%.

Tale risultato ne permette l'utilizzo da parte di personale medico e infermieristico anche quando la comunicazione con il paziente è compromessa.

La scala è completata in base alle informazioni ottenute durante ciascun turno di 8 ore, oppure riferendosi alle 24 ore precedenti.

Viene assegnato 1 punto nella casella del turno corrispondente se si osservano manifestazioni evidenti di un fattore e 0 punti in assenza di alterazioni o qualora non sia possibile rilevarle (Bergeron, 2001). (Figura 2)

MATERIALI E METODI

La domanda specifica posta all'inizio di questa revisione è stata: "Il Cam-Icu e l'Icdsc sono strumenti validi per individuare precocemente segni e sintomi di delirium nei pazienti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva?".

Al fine di rispondere a tale quesito, sono state valutate evidenze scientifiche, linee-guida e raccomandazioni presenti in letteratura, utilizzando le parole-chiave sopracitate.

La domanda clinica è stata strutturata seguendo l'acronimo Pico(S) (Tabella 1). Nella fase iniziale è stata condotta una ricerca in rete consultando i principali motori di ricerca (Google e Yahoo Search) per approfondire la conoscenza sull'argomento e reperire le linee-guida Nice 2010 "Delirium diagnosis, prevention e management" e le Evidence-Ba-

sed Nursing del Centro Studi Ebn 2006: "Assistenza al paziente con delirio I e II parte".

Anche la consultazione di *Google Scholar* ha permesso di reperire pubblicazioni utili.

Nella seconda fase della ricerca sono state consultate le banche dati: *The Co-chrane Library, Medline/PubMed* ed *Embase.*

La searchstrategy condotta senza filtri su *The Cochrane Library* ha portato a un risultato di 13 articoli, di cui tre: *Cochrane Review*, un *other review*, otto *trial* e un *economic evaluation*.

Si è deciso di prendere in considerazione solo un *trial*, l'unico che rispondeva alla domanda di ricerca.

Su Medline/PubMed, inserendo il filtro temporale "10 anni" e il filtro "Humans", si è ottenuto un totale di 270 articoli e ne sono stati selezionati 13.

Gli articoli scartati riportavano studi condotti in Unità Operative diverse dalla Terapia Intensiva, valutavano il *delirium* con strumenti diversi dal Cam-Icu e dal-



Tabella 1

l'Icdsc e, in alcuni casi, non è stato possibile reperire il full text.

Il terzo database consultato è stato Embase che, senza l'inserimento di filtri metodologici, ha condotto a 28 articoli tra i quali ne è stato selezionato uno.

Degli altri articoli, cinque risultavano gli

Degli altri articoli, cinque risultavano gli stessi ottenuti da *The Cochrane Library* e *PubMed*, alcuni trattavano la parte farmacologica del *delirium* e altri erano riferiti al solo ambito pediatrico. In ogni *database*, una prima scelta è stata eseguita basandosi sul titolo delle pubblicazioni che doveva riportare le parole-chiave sopracitate.

Si sono poi valutati gli abstract e, una

volta trovati gli articoli idonei, si è cercato di reperire i full text.

Lo studio è stato condotto su 15 pubblicazioni nelle quali il campionamento e i risultati ottenuti sono stati ritenuti maggiormente rilevanti (Tabella 2).

RISULTATI

Il Cam-lcu e l'Icdsc hanno due principali differenze cliniche: la durata di valutazione e il metodo utilizzato per l'identificazione dei segni e sintomi di *delirium*. Generalmente, la valutazione con il Cam-lcu può essere completata in meno di un minuto mentre l'Icdsc raccoglie informazioni in 8-24 ore, a seconda di

	Autore(I)/Anno	Titolo	Disegno dello studio	Campione	Intervento/follow up	Risultati
1.	Gusmao/Flores D et al. 2012	The Confusion Assessment Method for the Intensie Care Unit (CAM-ICU) and The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for the Diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies	Systematic review e meta- analysis	9 studi sulla CAM-ICU (969 pazienti) e 4 studi sull'ICDSC (361pazienti)	Valutazione dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva tramite il CAM-ICU e l'ICDSC	Il CAM-ICU è un ottimo strumento diagnostico per i pazienti critici. L'ICDSC ha sensibilità moderata e buona specificità. Il CAM-ICU e l'ICDSC possono essere utilizzati per il riconoscimento precoce di delirium
2.	Wang C et al. 2012	Delirium assessment using Confusion Assessment Method for the Intensive care Unit in Chinese critically ill patients	Descriptive research design e prospective cohort study	126 pazienti ricoverati in un ospedale universitario di Pechino	Valutazione dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva con il CAM-ICU	Il CAM-ICU tradotto in lingua cinese è valido ed affidabile nella valutazione dei segni e sintomi di delirium
3.	George C et al. 2011	Validation of The Intensive Care Deliium Screening Checklist in nonintubate intensive care unit patients in a resource-poor medical intensive care setting in South India	RCT	53 pazienti (né muti né intubati) ricoverati nel reparto di Terapia Intensiva medica di un ospedale universitario dell'India	Valutazione con l'ICDSC da parte di personale con breve formazione, in ambiente con scarse risorse	L'ICDSC anche in ambiente povero di risorse può essere utile nella rilevazione del delirium
4.	Reade MC et al. 2011	Routine use of the Confusion Assessment Method for The Intensive Care Unit (CAM-ICU) by bedside nursing may underdiagnose delirium	RCT	147 pazienti valutati con una valutazione non strutturata e 141 pazienti valutati con il CAM-ICU	Comparazione tra i pazienti valutati con valutazione non strutturata e pazienti valutati con il CAM- ICU	La valutazione non strutturata è risultata più sensibile della valutazione mediante il CAM-ICU
5.	Damiani Tomasi C et al. 2012	Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes	Prospective cohort study	162 pazienti	Valutazione dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva con il CAM-ICU e l'ICDSC	Il CAM-ICU, se confrontato con l'ICDSC, è migliore nella valutazione dei segni e sintomi di delirium
6.	Adamis D et al. 2012	Validation of the Greek version of confusion assessment method for intensive care unit (CAM-ICU)	Report	71 pazienti	Valutazione dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva in Grecia tramite il CAM-ICU	La versione greca del CAM-ICU è valida per rilevare segni e sintomi di delirium in pazienti ricoverati in Terapia Intensiva

Tabella 2 (continua)

Autore(I)/Anno	Titolo	Disegno dello studio	Campione	Intervento/follow up	Risultati
7. Wohien H et al. 2013	The incidence of delirium in Norwegian intensive care units: deep sedation makes assessment difficult	Prospective, descriptive study	139 pazienti	Valutazione con il CAM-ICU nelle Unità di Terapia Intensiva degli ospedali norvegesi	Il CAM-ICU è difficile da utilizzare in pazienti con sedazione profonda che poco rispondono a stimolazione uditiva e visiva
8. Luetz A et al. 2010	Different assessment tolls for intensive care unit delirium: which score to use?	Prospective cohort study	156 pazienti chirurgici	Valutazione quotidiana mediante il CAM-ICU, il Nursing Delirium Screening Scale (Nu- DESC) e il Delirium Detection Score (DDS)	Il CAM-ICU ha mostrato la migliore validità tra le scale di valutazione per identificare il delirium nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva
9. van Eijk MM et al. 2009	Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit	Prospective study	126 pazienti	Valutazione dei pazienti a rischio di delirium con il CAM- ICU e l'ICDSC	Il CAM-ICU ha mostrato una sensibilità superiore all'ICDSC nella valutazione del delirium
10. Plaschke K et al. 2008	Comparison of the Confusion Assessment Method for The Intensive Care Unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients gives high agrreement rate (S)	Prospective descriptive cohort study	174 pazienti ammessi nell'Unità di Terapia Intensiva dopo un intervento di chirurgia elettiva o una situazione di emergenza. (Sono stati esclusi dallo studio pazienti incoscienti)	Valutazione quotidiana dei pazienti a rischio di delirium con il CAM-ICU e l'ICDSC	I due strumenti di valutazione rappresentano ottimi metodi diagnostici con alti tassi di compliance da parte dei pazienti
11. Heo EY et al. 2011	Translation and validation of the Korean confusion assessment method for the intensive care unit	RCT	22 pazienti	Valutazione di pazienti a rischio di delirium con la versione coreana del CAM-ICU da parte di due infermieri e un medico esperto	La versione coreana del CAM-ICU ha mostrato buona validità tanto da poter essere incorporata nella pratica clinica di alcune Unità di Terapia Intensiva coreane
12. Tobar E et al. 2010	Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidadòs intensivos para el diagnòstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma espanol	Studio sperimentale	29 pazienti critici ventilati meccanicamente	Valutazione dei pazienti critici con la versione spagnola del CAM-ICU	La versione spagnola del CAM-ICU è uno strumento valido e affidabile e che può essere applicato per individuare precocemente il delirium
13. Gusmao-Flores D et al. 2011	The validity and reliability of the Portoguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients	Studio sperimentale	119 pazienti	Utilizzo di 3 strumenti di valutazione: CAM-ICU, ICDSC e CAM-ICU flowsheet	La versione portoghese del CAM- ICU è, tra i tre, lo strumento più valido e affidabile per la valutazione del delirium tra i pazienti critici
14. Van Eijk MM et al. 2011	Routine use of the Confusion Assessment Method for the Intensive care Unit	Prospective multicenter study	181 pazienti	Valutazione dei segni e sintomi di delirium tramite il CAM-ICU	La specificità del CAM-ICU nella pratica quotidiana è elevata ma la sensibilità è bassa. Questo può ostacolare la diagnosi precoce di delirium utilizzando il CAM-ICU
15. Haenggi M et al. 2013	Effect of sedation level on the prevalence of delirium when assessed wit CAM-ICU and ICDSC	Clinical trial	80 pazienti	Pazienti valutati con il CAM- ICU e l'ICDSC	Il CAM-ICU e l'ICDSC sono affidabili ma livelli elevati di sedazione li rendono suscettibili a una sopravalutazione nella diagnosi di delirium

Tabella 2 (segue)

come l'equipe decide di acquisire i dati. Quando il *delirium* è caratterizzato da un decorso fluttuante il Cam-lcu può non identificare l'episodio patologico se i sintomi specifici non sono presenti al momento della valutazione. Tale limitazione può essere superata aumentando la frequenza di valutazione a intervalli regolari e ogni qualvolta si osservino, nel paziente, alterazioni dello stato mentale. Al contrario, il periodo di valutazione più lungo dell'lcdsc può portare ad un aumento di falsi positivi se il paziente ha

mostrato segni di *delirium* nelle precedenti 24 ore, ma non al momento della valutazione. Per quanto riguarda il metodo utilizzato, il Cam-lcu prevede tecniche specifiche che richiedono l'interazione con il paziente (riconoscimento di suoni e/o immagini, semplici domande e comandi). L'Icdsc si basa, invece, su metodi di osservazione per valutare alterazioni dello stato di coscienza, disattenzione, disorientamento, allucinazioni o psicosi, agitazione o ritardo psicomotorio, alterazioni del linguaggio o del-

l'umore, disturbo del ciclo sonno/veglia, fluttuazione dei sintomi. L'osservazione può essere difficile nei pazienti ventilati meccanicamente che non sono in grado di parlare e per i quali è quindi indispensabile un'adeguata esperienza clinica dell'operatore sanitario. In uno degli studi analizzati (Damiani Tomasi et al., 2012) il Cam-lcu è risultato migliore dell'Icdsc, mentre in un altro (Reade et al., 2011), una valutazione non strutturata si è mostrata più efficace del Cam-lcu. La traduzione e la validazione del Cam-lcu

in varie lingue hanno permesso un suo utilizzo in diverse parti del mondo dimostrando di essere utile agli operatori sanitari delle diverse Unità di Terapie Intensiva. Negli studi di Wohien et al. (2013) e Haenggi et al. (2013), entrambi gli strumenti sono sembrati suscettibili a una sopravalutazione della diagnosi nei pazienti con elevata sedazione.

Nonostante ciò, emerge che il Cam-lcu e l'Icdsc sono delle affidabili e valide tecniche di valutazione utilizzabili in Terapia Intensiva.

DISCUSSIONE

La revisione della letteratura condotta ha permesso di verificare la validità del Cam-lcu e dell'Icdsc che, data la loro affidabilità, dovrebbero essere inserite nel-la realtà operativa di ogni Unità di Terapia Intensiva. Gli anziani costituiscono quasi la totalità dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e sono maggiormente esposti a sviluppare il delirium a causa della loro difficoltà di adequarsi alla malattia acuta o ai trattamenti, della comorbilità o della presenza di deficit visivi e/o uditivi che li rendono più fragili. Nonostante ciò non è stato possibile condurre uno studio che trattasse esclusivamente pazienti anziani poiché la maggior parte delle pubblicazioni rispondenti alla nostra domanda di ricerca prendeva in considerazione soggetti con un'età media di circa 60 anni e quindi non solo anziani. Ricerche future potrebbero porre l'attenzione sulla validità del Cam-lcu e dell'Icdsc unicamente su questa fascia della popolazione.

CONCLUSIONI

Il delirium è un fenomeno frequente che, soprattutto nel paziente anziano può avere conseguenze molto gravi se non individuato precocemente. A tal proposito, il Cam-lcu e l'Icdsc sono validi e affidabili strumenti per rilevare segni e sintomi di una patologia complessa quale il delirium.

AUTORI:

Francesca Romana Rossitto, infermiera, studentessa del corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma;

Erika Villa, infermiera, studentessa del corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Adamis D, Dimitriou C, Anifantaki S, Zachariadis A, Astrinaki I, Alegakis A et al, *Validation of Greek version of confusion assessment method for the intensive care unit* (Cam-Icu). Intensive and Critical Care Nursing, 28, 337-343. 2012.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 2013.

Bergeron N, Dubois M.J, Dumont M, Dial S, Skrobik Y, Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Medicine, 27, 859-864. 2001.

Damiani Tomasi C, Grandi C, Salluh J, Soares M, Giombelli V.R, Cascaes S et al, Comparison of Cam-lcu and Icdsc for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. Journal of Critical Care, 27, 212-217. 2012.

George C, Nair J.S, Ebenezer J.A, Gangadharan A, ChristuDas A, Gnanaseelan L.K et al., *Validation of the Intensive Care Delirium Screening Checklist in nonintubated intensive care unit patients in a resource-poor medical intensive care setting in South India.* Journal of Critical Care, 26, 138-143. 2011. Gusmao Flores D, Figueira Salluh J.I, Dal Pizzol F, Ritter C, Damiani Tomasi C, Dantas de Lima M.A.S et al, *The validity and reliability of the Portoguese versions of three tools to diagnose delirium in critically ill patients.* Clinical Science,66, 1917-1922. 2011.

Gusmao-Flores D, Figueira Salluh J.I, Avila Chalhub R, Quarantini L.C, *The confusion assessment method for the intensive care unit (Cam-Icu) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinica studies.* Critical Care, 16: R115, 2012.

Haenggi M, Blum S, Brechbuehl R, Brunello A, Jakob S.M, Takala J, Effect of sedation level on the prevalence of delirium when assessed with Camlou and Icdsc. Intensive Care Medicine, 39, 2171-2179. 2013.

Heo E.Y, Lee B, Hahm B, Song E.H, Lee H, Yoo C, Kim Y.W et al, *Translation and validation of the Korean confusion assessment method for the intensive care unit*. Bmc Psychiatry, 11, 94, 2011.

Luetz A, Heymann A, Radtcke F.M, Chenitir C, Neuhaus U, Nachtigall I et al, Different assessment tools for the intensive care unit delirium. Which score to use? Critical Care Medicine, 28. 2010.

National Institute for Health and Care Excellence, Delirium. Diagnosis, prevention and management (Nice clinical guideline 103). 2010.

Plaschke K, Von Haken R, Scholz M, Engelhardt R, Brobeil A, Martin E et al, Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (Cam-lcu) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (Icdsc) for delirium in critical care patients gives high agreement rate(s). Intensive Care Medicine, 34, 431-436. 2008.

Praga F, Delirium in terapia intensiva: un evento spesso non riconosciuto. lo infermiere, 1. 2008.

Reade M.C, Eastwood G.M, Peck L, Bellomo R, Baldwin I, Routine use of the Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (Cam-Icu) by bedside nurses may underdiagnose delirium. Critical Care and Resuscitation, 13: 217-224. 2011.

Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira M.T et al, *Método para la evaluacion de la confusion en la unidad de cuidados intensivos para el diagnostico de delirium: adaptacion cultural y validacion de la version en idioma espanol.* Medicina Intensiva, 34, 4-13. 2010.

Van Eijk M.M.J, Van Marum R.J, Klijn I.A.M, De Vit N, Kesecioglu J, Slooter A.J.C, Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. Critical Care Medicine, 37. 2009.

Van Eijk M.M, Van den Boogaard M, Van Marum R.J, Benner P, Eikelenboom P, Honing M.L et al, *Routine Use of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 184, 340-344. 2011.

Wang C, Wu Y, Yue P, Ely E.W, Huang J, Yang X et al. (in press), *Delirium assessment using Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in Chinese critically ill patients*. Journal of Critical Care.

Woien H, Balsliemke S, Stubhaug A, *The incidence of delirium in Norwegian intensive care units; deep sedation makes assessment difficult.* Acta Anaesthesiologica Scandinavica 57, 294.302. 2013.

Confronto sull'efficacia della scala di valutazione *Edmonton frail scale* (Efs) rispetto alle scale *Comprehensive geriatric assessment* (Cga) e *Tilburg frailty indicator* (Tfi) nell'individuazione dell'anziano fragile

di Roberta Galasso, Antonietta Guerriero, Melania Mariniello

ABSTRACT

Attualmente, la fragilità viene definita come "una condizione dinamica di aumentata vulnerabilità, che riflette modificazioni fisiopatologiche età-correlate di natura multi-sistemica, associata ad un aumentato rischio di outcome negativi, quali istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte". (Pilotto & Ferucci, 2011) Al riguardo sono stati sviluppati numerosi strumenti di valutazione, ma l'assenza di uno strumento standard preciso fa nascere la necessità di individuare quale tra quelli individuati in letteratura, fra l'Edmonton frail scale; il Comprehensive geriatric assessment e il Tilburg frailty indicator, risulti essere il più efficace nell'individuazione dell'anziano fragile.

La ricerca bibliografica è stata effettuata sulle principali banche dati scientifiche: Pubmed, Cinhal, Cochrane, Ilisi, Google scholar.

Dall'analisi è risultato che la valutazione dell'anziano fragile varia a seconda dello strumento utilizzato: i dati evidenziano tuttavia che l'uso della scala Efs dovrebbe essere preferito all'utilizzo di altri strumenti di valutazione.

INTRODUZIONE

Il concetto di fragilità è stato oggetto di crescente interesse nell'ultimo trentennio anche in relazione al fenomeno della "transizione demografica" (Thompson 1929) ma, benché ampio spazio sia stato dedicato dalla letteratura scientifica a questo tema, non è stato raggiunto ancora un pieno accordo circa la definizione e i criteri più corretti per identificarla. (Hogan 2003, Bergman 2007, Karunananthan 2009)

Esiste, invece, accordo nel ritenerla "uno stato biologico età-dipendente caratterizzato da ridotta resistenza agli stress, secondario al declino cumulativo di più sistemi fisiologici" (Fried 2001) e "correlato a comorbilità, disabilità, rischio di istituzionalizzazione e mortalità" (Fried 2004).

Sono essenzialmente due i paradigmi che definiscono la fragilità:

1. <u>il paradigma biomedico.</u> Fried e Coll. (2004) hanno definito la fragilità come "una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli 'stressors' risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse";

2. il paradigma bio-psico-sociale. Gobbens e Coll. (2010) definiscono la fragilità come "uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute".

La stessa definizione di fragilità ha una storia: da rischio di mortalità in eccesso rispetto ai soggetti della stessa età, a problemi riguardanti la funzione fisica, cognitiva e sociale, fino alla dipendenza nelle Adl (attività della vita quotidiana), alla presenza di malattie specifiche, discrepanza tra richieste ambientali, supporto sociale e capacità fisica e cognitiva.

Con criterio cronologico si individua la fragilità nel soggetto di età superiore a 65 anni. (Mussi, Erzili & Salvioli, 2006) Per anziano fragile si intende un "soggetto di età avanzata con multi-patologia, deficit cognitivo, riduzione della riserva funzionale ed alto rischio di disabilità". (Basso, Gollin & Gabelli, 2004) In particolar modo, l'Italia, tra i Paesi della Ue, è al vertice per la presenza di anziani con una percentuale della popolazione ultra 65enne che tenderà ad au-

mentare nei prossimi anni.

In termini di richiesta di salute, l'aspettativa di vita a 65 anni è di circa 16 anni per gli uomini, ma con almeno cinque anni di disabilità, e di 20 anni circa per le donne, con sei anni di disabilità (fonte: IV Rapporto del Ceis-Sanità 2006).

Il progressivo invecchiamento ha portato, perciò, ad un più esteso sapere infermieristico in ambito geriatrico.

Una completa valutazione derivante da un approccio multidimensionale, infatti, consente all'infermiere di rilevare le percussioni in termini di deficit funzionali e di dipendenza, e di suggerirne, nel tempo, l'evoluzione. (Vario, 2008)

I dati a nostra disposizione confermano che la Valutazione Multidimensionale è lo strumento di prima scelta per la valutazione qualitativa e quantitativa dei diversi aspetti: funzionali, psicologici, sociali e medico-clinici nel soggetto anziano.

Le caratteristiche essenziali della valutazione multidimensionale sono:

- essere svolta da una equipe multi professionale che opera in modo organico;
- permettere la valutazione globale, clinico-funzionale e psico-sociale dell'anziano;
- · formulare un piano assistenziale personalizzato e adeguato alle reali necessità dell'anziano.

Numerose esperienze hanno dimostrato l'efficacia della valutazione multidimensionale nel ridurre significativamente i ricoveri in ospedale, le percentuali di istituzionalizzazione e la mortalità a breve termine.

La valutazione multidimensionale risulta maggiormente efficace negli anziani più fragili, cioè a maggior rischio di scompenso funzionale. Inoltre, essa migliora lo stato funzionale, il tono dell'umore e previene le carenze nutrizionali.

La recentissima applicazione della valutazione multidimensionale ai fini d'identificare indici prognostici di mortalità o disabilità sembra essere molto promettente ai fini clinici e di ricerca. (et al., 2006)

In particolare, nei paziente anziani fragili che richiedono cure a lungo termine, l'uso di strumenti di valutazione diventa modalità di confronto nell'equipe multi professionale e ambito dal quale pos-

POPOLAZIONE	INTERVENTO	CONFRONTO/ INTERVENTO	OUTCOME
Anziani fragili	Efficacia scala di valutazione Edmonton frail scale (EFS)	Efficacia delle scale di valutazione della fragilità Comprehensive geriatric assessment (CGA) e tilburg frailty	Valutazione dell'efficacia della scala EFS rispetto a CGA e TFI nell'individuazione
		indicator (TFI)	dell'anziano fragile

Tabella 1. Applicazione metodo Pico

POPOLAZIONE	INTERVENTO	CONFRONTO/ INTERVENTO	OUTCOME
- old or aged or elder* or geriatric - frail or frailty	- questionnaire* or measur* or assess* or evaluati* or scale* - Edmonton frail scale - screening tool	- Comprehensive geriatric assessment - Tilburg frailty indicator	Comparative effectiveness

Tabella 2. La ricerca delle parole-chiave

sono derivare decisioni condivise. Spesso, la fragilità è associata ad un aumento della disabilità e della mortalità. Gli strumenti di valutazione rappresentano un base concreta per la pratica clinica dell'infermiere, perché forniscono un modo strutturato e validato di rilevare informazioni e variazioni di stato rispetto alla deadline della normalità. (Lavelle, Bartolini & Tedeschi, 2008)

Numerosi strumenti diagnostici di fragilità sono stati descritti e validati in diversi setting e in diverse popolazioni di anziani. Tali strumenti differiscono tra loro in funzione al modello concettuale di fragilità di riferimento.

L'obiettivo di questa revisione è individuare, secondo la più recente letteratura scientifica, lo strumento di valutazione più efficace per la valutazione della fragilità nei pazienti anziani attraverso tre scale di valutazione: Edmonton frail scale (Efs); Comprehensive geriatric assessment (Cga) e Tilburg frailty indicator (Tfi).

MATERIALI E METODI

Il metodo utilizzato per elaborare il quesito di ricerca bibliografica è il Pico, acronimo di: Popolazione, Intervento, Confronto, *Outcome*. (Tabella 1)

Successivamente, si è provveduto all'individuazione delle parole-chiave.

Questo è un momento fondamentale della ricerca che permette di renderla sensibile per ogni concetto e più specifica per la domanda clinica.

Una volta individuate le parole-chiave, si è provveduto con la traduzione in lingua

inglese e la ricerca di eventuali sinonimi. (Tabella 2)

BANCHE DATI E LIMITI

La ricerca bibliografica è stata effettuata sulle principali banche dati scientifiche: Pubmed, Cinhal, Cochrane, Ilisi, Google scholar, inserendo nelle stringhe di ricerca le combinazioni elaborate.

Ai fini dello studio sono stati considerati utili sia articoli dal titolo pertinente al quesito, dotati di *abstract*, che quelli di cui è stato possibile reperire il testo integrale.

Per la ricerca degli articoli sono stati utilizzati i seguenti limiti: "aged 65+ years" (rispondente alla caratteristica della popolazione in esame); "publication dates 10 years".

Criteri di inclusione ed esclusione

Nella ricerca, difficilmente, sono stati reperiti articoli che considerassero i tre strumenti presi in esame tutti nello stesso studio, ma più facilmente è stato trovato il confronto tra due o più strumenti con altri non considerati nel presente elaborato.

Proprio per questo motivo, sono state condotte tre ricerche: ognuna specifica per ogni singola scala di valutazione. Inoltre, sono stati esclusi articoli che si riferivano a specifiche popolazioni di pazienti (giovani, pazienti con capero, pazienti con capero, pazienti (giovani, pazienti con capero, pazienti capero, pazienti con capero, pazienti capero, pazienti capero, p

riferivano a specifiche popolazioni di pazienti (giovani, pazienti con cancro, pazienti in terapia intensiva, diabetici) e specifici contesti (Brasile, Canada, Spagna).

Dal confronto fra le ricerche sono risultati diversi articoli (alcuni in comune tra i

vari database e, successivamente, eliminati) che sono stati analizzati e selezionati in base al grado di pertinenza con lo scopo della nostra indagine.

Edmonton frail scale (Efs)

L'utilizzo delle parole-chiave all'interno delle stringhe di ricerca delle diverse banche dati ha portato all'individuazione di 46 articoli. Di questi, ne sono stati selezionati nove dopo la lettura degli *abstract*.

Successivamente alla lettura dei full text, sono stati selezionati quattro articoli ritenuti maggiormente rispondenti alla domanda di ricerca.

Tilburg frailty indicator (Tfi)

La consultazione dei database ha permesso di individuare 27

articoli, fra cui, dopo la lettura degli *abstract*, ne sono stati selezionati cinque. Infine, si è proceduto alla ricerca del testo completo (*full text*) dalla cui lettura approfondita sono stati selezionati tre articoli ritenuti maggiormente rispondenti alla domanda di ricerca.

Comprensive geriatric assessment (Cga) La ricerca nelle banche dati ha portato all'individuazione di 52 articoli, fra cui, dopo la lettura degli abstract, ne sono stati considerati 13. Si è proceduto, poi, con la lettura dei full text, da cui sono stati estrapolati sette articoli attinenti al-

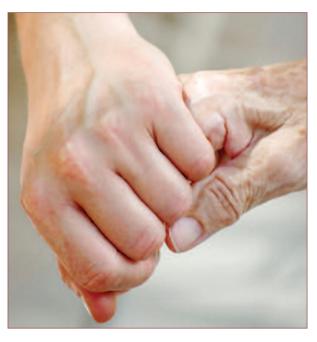
RISULTATI

l'argomento.

La letteratura identificata ha permesso di valutare quale strumento di valutazione, tra il Tfi, Cga e Efs, risulti essere il più efficace nella valutazione dell'anziano fragile.

In particolare, si può affermare che, nella maggior parte dei casi, lo strumento Efs venga considerato più valido e affidabile, ma, se confrontato con altri strumenti, quali, appunto, il Cga e Tfi, emerge che essi riescono a valutare in modo più accurato la fragilità nell'anziano.

Altri studi dimostrano che lo strumento di valutazione Efs è stato convalidato e considerato affidabile per l'utilizzo quotidiano anche dai non specialisti in geriatria e gerontologia. (Coelho, Fábio & Ro-



salina, 2009)

Gli articoli evidenziano che sia uno strumento più completo nella clinica per rilevare la fragilità nell'anziano, in quanto è facile da gestire ed applicare. (Coelho, Fábio & Rosalina, 2009) e (et al, 2006) Questa scala valuta nove campi: la cognizione, lo stato di salute generale, l'indipendenza funzionale, il supporto sociale, l'uso di farmaci, la nutrizione, l'umore, la continenza e le capacità funzionali. Il punteggio massimo raggiungibile è 17 che rappresenta anche il livello più alto di fragilità. (Coelho, Fábio & Rosalina, 2009) Diversi studi sostengono, che il Tfi sia uno strumento valido e affidabile per misurare la fragilità.

Si tratta, in questo caso, di un questionario autosomministrato di 15 *item* composto da due parti: la parte A, che contiene 10 domande sui determinanti della fragilità e le malattie (multimorbilità); la parte B, che contiene tre domini della fragilità: fisico (età, sesso, perdita di peso, stato civile, etnia, reddito, livello d'istruzione, stile di vita), psicologico (aspetto cognitivo, *coping*, sintomi depressivi, ansia) e sociale (vivere da solo, relazioni sociali). (Gobbens, Van Assen, Luijkx, Wijnen-Sponselee & Schols, 2010)

Dall'analisi dell'articolo si evince che i fattori che influenzano la fragilità sono: reddito medio, uno stile di vita malsano, riduzione capacità funzionali, multimorbilità.

In particolare, risulta che il reddito implica livelli di fragilità bassi negli individui con un reddito alto e, viceversa, livelli di fragilità più alti in individui con reddito basso. Inoltre, la fragilità psicologica è stata associata ad un malsano stile di vita e malattie gravi o la morte di una persona cara. (Gobbens et al., 2010)

Per quanto riguarda la fragilità sociale, essa risulta inferiore nelle donne ed è sempre associata ad uno stile di vita malsano.

Il presente studio ha evidenziato che le donne sono più fragili rispetto agli uomini a causa della maggiore fragilità sociale delle donne, perché queste vivono più spesso da sole rispetto agli

uomini, perché gli uomini, in me-dia, muoiono prima delle donne, e perchè le donne sono, spesso, più giovani rispetto al loro partner. (Gobbens et al., 2010) Un altro studio afferma che un punteggio di cinque punti o superiore è indicativo di fragilità, mentre un punteggio massimo di 15 rappresenta il più alto li-

Vari studi analizzano il Cga come uno strumento diagnostico multidisciplinare e interdisciplinare che mira ad identificare una serie di problemi fisici, funzionali e psicologici nei pazienti anziani. (Stevens, Parker & Gladman, 2011)

vello di fragilità.

Esso è composto da vari domini: stato funzionale di organi ed apparati, funzioni cognitive, tono dell'umore, funzionalità motoria, comorbilità, autosufficienza, risorse ambientali e risorse economiche. (Whitehead, O'Neill, Langhorne & Robinson, 2011)

Dalla ricerca effettuata sono stati reperiti solo due articoli che trattavano i tre strumenti mettendoli a confronto.

Esistono delle differenze sostanziali tra le varie scale nella loro validità di contenuto, fattibilità e capacità di predire la mortalità.

Sulle varie scale analizzate sono emersi alcuni punti fermi, e cioé che: il punteggio di fragilità non aumenta in maniera lineare con l'età; il rischio di mortalità aumenta con il punteggio di fragilità; nelle



donne si rilevano punteggi di fragilità più elevati rispetto agli uomini, pur dimostrando maggiore sopravvivenza.

Tuttavia, pur avendo molte caratteristiche generali in comune, non è chiaro se le differenze nelle stime che forniscono le varie scale riflettano differenze nei campioni in cui sono state utilizzate. (Brothers, Pena, Mitnitski & Rockwood, 2014)

Per confrontare direttamente le scale di fragilità, il punteggio di ogni partecipante è stato calcolato come la percentuale di deficit rispetto al numero totale di elementi inclusi nella scala. Per esempio, se un partecipante ha un punteggio di 5 su 17 item sull'Edmonton Frail Scale, ha accumulato cinque deficit su 17 item, e il punteggio di fragilità sarà dato dalla proporzione 5/17=0,29.

In tutte le scale di fragilità, i punteggi sono aumentati tra l'1% e il 4% per ogni anno di età su una scala logaritmica (Cga=3,2%; Efs=2,6%; Tfi=2,3%).

In tutte le scale di fragilità, le donne avevano punteggi più elevati rispetto agli uomini (Efs=31%, Tfi=30%, Cga=29%) per differenza di età e livello di istruzione. (Song & Rockwood, 2004). Inoltre, in tutte le scale, le donne hanno rilevato un più basso rischio di mortalità rispetto agli uomini, nonostante rilevino livelli di fragilità più elevati.

Per i partecipanti con i punteggi di fragilità superiore all'1% su ogni scala, la mortalità a cinque anni varia dal 71,8% al 42,3% (Cga 71,8%; Efs 63,3%; Tfi 42,3%).

La prevalenza di fragilità identificata varia tra scale: Tfi 29,2%; Cga 20,9%; Efs 7,6%.

Nelle scale individuate, il 76,9% dei partecipanti risulta "non fragile" e l'8,7% "fragile". (et al., 2004)

Infine, diversi autori sono giunti alla conclusione che lo strumento di valutazione Edmonton frail scale analizzato, non abbia portato a risultati tali da poter essere considerato migliore rispetto agli altri.

CRITICA DEL METODO USATO E RACCOMANDAZIONI FUTURE

La ricerca bibliografica è stata condotta rispettando le principali caratteristiche metodologiche di una revisione della letteratura.

Nonostante ciò, si ritiene importante sottolineare alcune criticità: l'eterogeneità dei disegni degli studi; i titoli non coerenti con il contenuto delle pubblicazioni; il fatto che molti articoli considerano spesso specifiche popolazioni di anziani (pazienti ortopedici, malati oncologici piuttosto che i pazienti affetti da demenza senile ecc.), non ampliando lo studio alla popolazione anziana in generale; la scarsità di studi che confrontassero i tre strumenti all'interno di una stessa ricerca, ma, nella maggior parte dei casi, messi a confronto con altri strumenti di valutazione della fragilità.

In conclusione, per il futuro, la raccomandazione è che il geriatra, ma soprattutto il medico di base, faccia le sue valutazioni usando le suddette scale nella pratica quotidiana.

L'ospedale non può essere la sede esclusiva per identificare la fragilità perché, in molti casi, è essa stessa la causa del ricovero. Sicuramente, è a livello delle cure primarie che la "fragilità" dovrebbe essere riconosciuta ed affrontata più precocemente: per questo, è raccomandabile l'utilizzo delle scale di valutazione.

Inoltre la diagnosi di fragilità ha implicazioni in termini di morbilità, mortalità, istituzionalizzazione, utilizzazione dei servizi e costi socio-sanitari. Il suo tempestivo riconoscimento consente di intervenire finalmente con procedure preventive (esercizio fisico, incoraggiare il movimento, revisione dei farmaci assunti, miglioramento della dieta).

Pertanto, il problema diventa culturale e professionale: i metodi per diagnosticare la fragilità non fanno parte, attualmente, della cultura medica di base né di quella infermieristica, e sono assenti nei curricula dei corsi di laurea delle facoltà di Medicina. (Foroni et al., 2006)

È necessario che si effettuino ulteriori studi di ricerca sulle varie scale di valutazione della fragilità, al fine di individuare un unico strumento valido.

Sarebbe opportuno, inoltre, creare delle linee guida efficaci per individuare l'anziano fragile.

CONCLUSIONI

La mancanza di uno standard e l'eterogeneità dei metodi statistici rende il confronto tra i diversi strumenti difficile. Non a caso, è altresì difficile dimostrare quale strumento sia il migliore per valutare la fragilità negli anziani.

In conclusione va constatato che, dagli studi analizzati e considerando l'uso routinario che ne dovrebbe essere fatto, emerge la difficoltà di trovare uno strumento ideale di valutazione della fragilità; quello che assommi in sé caratteristiche come la rispondenza ai criteri base della valutazione multidimensionale (cioè, l'essere composto da più aree che esplorino sia le condizioni socio-economiche che quelle fisico-mentali-funzionali), l'efficacia in termini di identificazione di settori di popolazione esposti a maggior rischio di peggiorare le proprie condizioni di vita, ed, infine, la facilità e rapidità di somministrazione.

AUTORI:

Roberta Galasso, infermiera, studentessa del corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma; Antonietta Guerriero, infermiera, studentessa del corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma:

Melania Mariniello, infermiera, studentessa del corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Conroy S.P, Stevens T, Parker S.G & Gladman J.R.F, A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics'. Age and Ageing, 40,436-443. 2011.

Duncan R.P, Allan H, Peter K, Theo R, Arnold Z, Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. 2006.

School of Healthcare, University of Leeds, Leeds, West Yorkshire, UK, 11 May 2006.

Ellis G, Whitehead M.A, O'Neill D, Langhorne P & Robinson D, Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. 2011.

Ellis G, Whitehead M.A, Robinson D, O'Neill D & Langhorne P, Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ, 343. 2011.

Fabrício-Wehbe S.C.C, Schiaveto F.V, Pereira Vendrusculo T.R, Haas V.J, Spadoti Dantas R.A & Partezani Rodrigues R.A, *Cross-cultural adaptation and validity of the "edmonton frail scale –efs" in a brazilian elderly sample*. Latino-am Enfermagem, 17(6), 1043-9. 2009.

Foroni M, Mussi C, Erzili E & Salvioli G, Frail elderly and frail old patient: only semantic difference? G. Gerontol, 54, 255-259. 2006.

Fried L.P et al, *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care.* Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences; 59(3): 255- 263; 2004.

Fried LP et al. for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group, Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences 56: M146-M157; 2001.

Gobbens R.J et al, In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions experts. J Am Med Dir Assoc; 11(5): 338-43; 2010.

Gobbens R.J, Van Assen M.A, Luijkx K.G, Wijnen-Sponselee M.T & Schols J. M, *Determinants of frailty*. Journal of the American Medical Directors Association (online), 11, 356-364. 2010.

Gobbens R.J, Van Assen M.A, Luijkx K.G, Wijnen-Sponselee M.T & Schols J.M, *The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties*. Journal of the American Medical Directors Association (online),11,344-355. 2010.

Jones D.M, Song X & Rockwood K, Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. J AmGeriatr Soc, 52, 1929–1933. 2004.

Hogan D.B et al. Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging, *Models, definitions, and criteria of frailty*. Aging Clin Exp Res; 15(3 Suppl): 1-29; 2003.

Kamaruzzaman S et al, A reliable measure of frailty for a community dwelling older population. BioMed Central; 2010.

Lavelle T, Bartolini E & Tedeschi A, Sintesi degli strumenti di valutazione disponibili per la valutazione e cure a lungo termine. NEU, 33(2), 20-53. 2008. Mcilwrath J.M, Basso C, Gollin D & Gabelli C, The importance of implementing a direct functional assessment into an effective rehabilitation program to prevent functional decline of frail elderly patients. G. Gerontol, 52, 450-453. 2004.

Petty D.R, House A, Knapp P, Raynor T & Zermansky A, Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age and Ageing. 2006.

Pialoux T, Goyard J & Lesourd B, Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. Geriatr Gerontol Int. 2012.

Pilotto A & Ferucci L, A clinical definition of frailty: usefulness of the multidimensional assessment. G. Gerontol, 59, 125-129. 2011.

A, D'Ambrosio P, Scarcelli C, Cascavilla L, Niro V, Longo M.G et al, *Comprehensive geriatric assessment and prevention in older people.* G. Gerontol, 54 (Suppl II), 59-64. 2006.

Suzele C, Fábio V, Thaís R, Vanderlei J, Rosana A, Rosalina A, Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton frai sclae-EFS" in a Brazilian elderly sample. Latino-am Enfermagem; 17(6):1043-9. 2009.

Theou O, Brothers T.D, Pena F.G, Mitnitski A & Rockwood K, *Identifying Common Characteristics of Frailty Across Seven Scales*. J Am Geriatr Soc, 62. 901–906. 2014.

Thompson W.S, Population. Amercian Journal of Sociology 34, 969-975, 1929.

Vario M, L'approccio multidimensionale rivolto all'anziano fragile. Una revisione della letteratura. Professioni infermieristiche, 61(2), 98-111. 2008.

La dermatoporosi: che cos'è e come riconoscerla Il ruolo dell'infermiere nell'educazione del paziente

di Elena Toma

INTRODUZIONE

La dermatoporosi è una patologia della cute che la rende particolarmente fragile, ma per la quale non è stata ancora identificata un'efficace terapia.

I soggetti che ne sono affetti sono i più a rischio di andare incontro a lesioni; lesioni che, talvolta, diventano difficili e/o croniche, con un percorso terapeutico difficile e costoso.

Una delle complicanze più temute è l'ematoma dissecante profondo.

Saperla riconoscere per tempo, permette l'individuazione dei soggetti affetti e consente di mettere in atto tutte le misure più efficaci di prevenzione delle lesioni in generale e delle lacerazioni cutanee (skin tears) in particolare.

Una buona educazione del paziente, renderlo consapevole della sua fragilità, può far sì che cambi finanche il suo stile di vita per poter affrontare serenamente la patologia.

CHE COS'È LA DERMATOPOROSI?

Il termine "dermatoporosi" è relativamente nuovo.

È stato introdotto nel 2007 dai dermatologi svizzeri G.Kaya e J.H.Saurat che hanno studiato più approfonditamente la patogenesi, definendola come "la sindrome di insufficienza/fragilità cutanea cronica (chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome)". Essa è caratterizzata dall'impoverimento strutturale della cute per l'alterazione dei meccanismi morfo-fisiologici, con conseguente riduzione del quantitativo di collagene ed acido ialuronico, normalmente presenti, che porta al suo assottigliamento con l'alterazione della viscoelasticità, rendendola particolarmente fragile e meno resistente all'azione di forze meccaniche esterne.

Per questo motivo, può insorgere nel soggetto anziano, a seguito del processo fisiologico dell'invecchiamento (over 70) o essere indotta e/o accelerata da fattori intrinseci o estrinseci.

CAMBIAMENTI CUTANEI DOVUTI ALL'INVECCHIAMENTO

Con il processo fisiologico d'invecchiamento, la pelle diventa atrofica e più sottile, perdendo fino a 50% del suo spessore. I cambiamenti che subisce non sono solo un problema estetico:

Epiderma

L'epiderma è molto sottile (circa 0,1mm) e, non avendo una rete sanguigna propria, riceve ossigeno e nutrienti attraverso il derma.

È fermamente attaccata al derma tramite la giunzione dermo-epidermica che, con l'invecchiamento, subisce l'appiattimento dell'interfaccia causata da una minor proliferazione cellulare.

Le cellule diventano più piccole, rallentano la replicazione e aumenta il numero

di corneociti.

Derma

Il derma è composto da tessuto connettivo e altri componenti come vasi sanguigni, linfatici, macrofagi cellule endoteliali e fibroblasti. Se il numero di fibroblasti si riduce, le fibre di collagene ed elastina diminuiscono.

Il collagene diminuisce dell'1% annuale e le sue fibre diventano più rigide; le fibre elastiche, infatti, s'ispessiscono, perdendo la capacità di ritorno elastico.

L'assottigliamento del derma causa anche la riduzione del rifornimento sanguigno e del numero di terminazioni nervose con conseguente diminuzione della sensibilità, del controllo della temperatura, dell'umidità e rigidità.

Inoderma

Lo strato sottocutaneo, o l'ipoderma, si trova sotto al derma ed è composto da tessuto adiposo e tessuto connettivo.

Con la riduzione del pannicolo adiposo, esso perde elasticità e forza, riducendo le sue funzioni protettive.

Con l'avanzamento dell'età, le alterazioni di vascolarizzazione e spessore portano all'assottigliamento capillare con aumentata permeabilità e fragilità; cosa che può causare lesioni vascolari come ecchimosi e porpora senile.

Visivamente, come conseguenza a questi processi degenerativi, la pelle si presenta cadente, disidratata, tende a sollevarsi in pliche, con rughe, smagliature



ed una pigmentazione irregolare.

<u>Cambiamenti cutanei causati dalla dermatoporosi</u>

La dermatoporosi è una patologia che emerge di solito in età avanzata, a cominciare dai 60 anni, ma che diventa evidente tra i 70 ed i 90 anni.

Clinicamente, si manifesta con atrofia cutanea, pseudocicatrici stellate e porpora senile, e dal punto di vista funzionale, con una particolare fragilità della pelle che diventa soggetta all'insorgenza di lesioni e lacerazioni e pure a seguito di traumi di minore entità, con sanguinamenti sottocutanei a volte importanti.

Si ritiene che il meccanismo scatenante sia la disfunzione dell'organello di membrana chiamato ialurosoma, composto da particelle coinvolte nel metabolismo dello ialuronato. La progressiva e marcata atrofia cutanea che caratterizza la dermatoporosi è dovuta alla diminuzione dell'acido ialuronico, componente principale della matrice extracellulare, collagene e fibre elastiche.

Nella patogenesi della dermatoporosi si ritiene responsabile di questo impoverimento strutturale il CD44 - glicoproteina transmembrana – che diminuisce, fisiologicamente, con l'avanzare dell'età.

Il CD44, oltre a svolgere una funzionedi

ancoraggio dell'acido ialuronico e delle altre glicoproteine della matrice extracellulare, stimola la proliferazione dei cheratinociti e mantiene l'omeostasi dell'acido ialuronico stesso.

Per il suo impoverimento strutturale, lo spessore cutaneo può arrivare a 0,7-0,9 mm (da 1,4-1,5mm dello spessore normale).

La porpora senile è più frequente nelle donne e si manifesta solitamente sulle estremità senza la presenza di disordini di coagulazione, con una frequenza media di 10% nella popolazione di età tra 70-90 anni e in 90% dei casi è associata a presenza di cicatrici multiple.

Istologicamente è dovuta allo stravaso dei globuli rossi nel derma, svanito poi il colore purpurico delle chiazze, rimane una pigmentazione brunastra corrispondente al deposito dermico di emosiderina.

Le pseudocicatrici stellate sono delle aree cicatriziali di forma stellata conseguenti a piccoli traumi o alla lacerazione spontanea del derma. Morfologicamente, possono presentarsi lineari, stellate o simili a delle placche biancastre.

A livello istologico, nel derma, è presente una banda ipocellulata e compatta di collagene e una riduzione di fibre elastiche. L'epidermide, invece, si presenta atrofica.

Si manifestano nel 20-40% dei soggetti di età compresa tra i 70 e i 90 anni.

Cosa può causare la dermatoporosi

Si ritiene che la causa principale della dermatoporosi sia l'invecchiamento (over 70).

Sicuramente, può essere indotta e/o accelerata anche dall'esposizione prolungata - ed errata - ai raggi UV e dalla somministrazione topica e sistemica di terapia con corticosteroidi.

I siti anatomici più frequentemente affetti sono: décolleté, avambracci, dorso delle mani, gambe, il cuoio capelluto delle persone calve.

Classificazione e stadi della malattia

La dematoporosi è stata classificata come:

- dermatoporosi primaria (dovuta al processo fisiologico di invecchiamento);
- dermatoporosi iatrogena secondaria (se indotta dalla somministrazione topica/sistemica di farmaci come i corticosteriodi e l'esposizione prolungata ed errata ai raggi UV).

La prima stadiazione fatta nel 2007 comprendeva quattro stadi senza sottogruppi. Ma è stata rivisitata nel 2012 così: stadio I: è il più frequente e ha come

marker morfologici l'atrofia cutanea, porpora senile e pseudocicatrici stellate (fig.1);

stadio II: a) lacerazioni cutanee localizzate <3cm (fig. 2); b) lacerazioni cutanee >3 cm:

stadio III: a) ematoma superficiale (fig.3); b) ematoma dissecante senza necrosi cutanea:

stadio IV: grandi aree di ematoma dissecane con necrosi cutanea con potenziali complicanze letali (fig. 4).

L'ematoma dissecante (Ed) - (Fig. 4)

Le principali complicanze della dermatoporosi sono le lacerazioni cutanee, il ritardo della riparazione tessutale e l'ematoma dissecante profondo.

L'Ed può essere superficiale e/o profondo.

Se quello superficiale è evidente, quello profondo (Edp) non è sempre facile da diagnosticare.

Uno studio condotto dall'università di Ginevra per un periodo di sette anni su 34 pazienti ha evidenziato che l'Edp è più frequente nelle donne con un rapporto di 5:1. E in tutti i casi studiati è stato riscontrato sulle gambe.

I primi sintomi identificati sono stati: forte dolore, gonfiore, eritema, senza febbre. La necrosi cutanea è comparsa in un secondo momento.

Su 14 dei 34 pazienti la prima diagnosi è stata di erisipela, sugli altri 20 non è stata definita; ma tutti si sono recati con ritardo in ospedale, dopo una media di 16,9 giorni (*range* 2- 51gg).

Tutti i pazienti sono stati ospedalizzati per una media di 24 giorni (*range* 2-62 gg), con un costo medio stimato per paziente di 32.200 dollari.

Il trattamento *gold standard* indicato è di immediato drenaggio e *debridement* chirurgico. L'intervento tardivo per mancata diagnosi tempestiva comporta che si instaurino importanti danni tessutali con conseguenti lesioni difficili da guarire.

EDUCARE IL PAZIENTE CON DERMATOPOROSI: IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Per la particolare fragilità della loro pelle, le persone affette da dermatoporosi sono le più soggette a lacerazioni cutanee dovute a traumi anche di minor entità per l'azione di forze meccaniche esterne.

Per il ritardo della riparazione tessutale, le diminuite difese immunitarie e altre patologie coesistenti, a volte anche un piccolo strappo può diventare una grande lesione che, per essere portata alla guarigione, impegna importanti risorse materiali e umane, con sofferenze notevoli.

Il punto cardine della prevenzione è l'informazione e l'educazione del paziente per renderlo consapevole della sua particolare condizione, inducendolo ad avere le giuste accortezze e ad adeguare il suo stille di vita.

Non a caso, sono di massima importanza:

· mantenere una buona idratazione della

- pelle con l'introito di un quantitativo di liquidi adeguato per le 24h e l'applicazione topica prodotti di emollienti ed idratanti:
- · mantenere un'adeguata igiene personale e le unghie corte e sempre limate;
- usare un abbigliamento adatto, evitando gli indumenti troppo ruvidi e stretti, senza indossare gioielli;
- un'organizzazione idonea dell'ambiente quotidiano senza mobili bassi, spigolosi e spazi di passaggio troppo stretti;
- educare il paziente o il caregiver all'uso di appropriate manovre di trasferimento e riposizionamento delle persone non autosufficienti:
- per i pazienti con dermatoporosi di III stadio a rischio di Edp è indicato l'uso di presidi protettivi come parastinchi e protettori tibiali che possano attutire eventuali traumi da urto.

CONCLUSIONI

In Italia, la dermatoporosi è ancora poco conosciuta dagli operatori sanitari.

Riconoscerla, però, ci aiuterebbe ad identificare i pazienti che ne sono affetti e a conformare il nostro approccio alla persona, indipendentemente dalla sua richiesta assistenziale o terapeutica del momento.

AUTORE:

Elena Toma, wound care specialist, libero professionista, responsabile e coordinatore Servizio Wound Care Usi-Spa Roma.

BIBLIOGRAFIA

Kaya G, Saurat J.H, Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. Dermatology. 2007; 215(4): 284-94.

Stephen-Haynes J, Carville K, Skin tears made easy. Wounds International 2011; 2(4): Available from http://www.woundsinternational.com Fenske N.A, Lober C.W, Skin changes of aging: pathological implications. Geriatrics. 1990;45(3):27-35.

Ratliff C.R, Fletcher K.R, Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment. Ostomy Wound Manage 2007; 53(3):32-42. http://www.o-wm.com/content/skin-tears-a-review-evidence-support-prevention-and-treatment. 2014.

Duthie E.H ed, Skin disorders in practice of geriatrics duthie, III ed. St. Louis, Mo: WB Saunders Company; 1998:467-480.

Manuale per l'infermiere, Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. Maggioli Editore 2011;(4):47-49.

Barnes L, Ino F, Jaunin F et al, *Hyalurosome inhibition and epidermal atrophy.* Journal of investigative dermatology (2013) 133, 1017-1026; doi:10.1038/jid.2012.439; published on line 2012.

Kaya G, New therapeutic targets in dermatoporosis. J Nutr Health Aging. 2012 Apr;16(4):285-8.

Gebhardt C, Averbeck M, Diedenhofen N et al, *Dermal hyaluronan is rapidly reduced by topical treatment with glucocorticoids.* Journal of Investigative Dermatology (2010) 130, 141-149; doi:10.1038/jid.2009.210; published online 2009.

Kaya G, Saurat J.H et al, *Deep dissecting hematoma-an emerging severe complication of dermatoporosis*. Arch Dermatol. 2008; 144(10):1303-1308; from: http://archderm.jamanetwork.com on 11/17/2014.

Interventi conservativi per la prevenzione ed il trattamento dell'incontinenza urinaria nel periodo della gravidanza e del puerperio

di Chiara Labbadia, Jessica Preziosi, Davide Della Lena

ABSTRACT

L'incontinenza urinaria (UI, perdita incontrollata e involontaria di urine riferita dalla persona) è una condizione di frequente riscontro nel periodo della gravidanza e del puerperio.

Per prevenire e curarla, le linee guida attuali raccomandano interventi conservativi che non comprendono la somministrazione di farmaci o il ricorso alla chirurgia.

Il *Pelvic Floor Muscle Training* (Pfmt), la cui efficacia in gravidanza e nel puerperio è stata molto discussa e studiata, rappresenta la prima linea di trattamento e prevenzione dell'incontinenza urinaria associata a gravidanza.

Il *Biofeedback* (BF), se combinato al Pfmt, ne può incrementare ampiamente l'efficacia.

La stimolazione elettrica (ES) permette il rinforzo della muscolatura del pavimento pelvico, correggendo la causa dell'UI.

Lo scopo di questa revisione della letteratura è descrivere lo stato dell'arte sulla prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria in donne in gravidanza e nel periodo post-natale, indagando sulla funzionalità degli esercizi perineali, del BF e della ES neuromuscolare.

La domanda di ricerca "Quali interventi possono essere attuati per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria in gravidanza e nel puerperio?" è stata accompagnata da una ricerca sulle principali banche dati scientifiche, dal

1990 al 28 agosto 2014.

Dei 72 articoli trovati ne sono stati selezionati nove, di cui quattro revisioni della letteratura e cinque studi clinici sperimentali.

Nel complesso, il campione analizzato comprende più di 10mila donne, tra quelle con UI e donne continenti, su cui è stato effettuato il Pfmt durante o dopo la gravidanza.

I programmi di Pfmt iniziati nelle prime settimane di gestazione sono funzionali nel ridurre l'UI in gravidanza e fino a sei mesi dopo il parto.

L'efficacia del Pfmt aumenta se affiancata a sedute di BF. La ES, tibiale, sacrale o intravaginale, seppure più invasiva e costosa, produce risultati positivi nel trattamento conservativo dell'UI e può essere considerato come intervento di terza linea dopo Pfmt e BF.

Punto di forza di tutti gli studi sperimentali inclusi è la formazione delle partecipanti ai programmi, fornita da professionisti attraverso l'incontro frontale singolo o in piccoli gruppi.

Parole-chiave: Pregnancy, Puerperium, Urinary Incontinence, Pelvic Diaphragm, Exercise, Biofeedback, Electric Stimulation, Female.

INTRODUZIONE

La UI è una condizione di frequente riscontro nel periodo della gravidanza e del puerperio.

Si parla di UI quando la persona riferisce una perdita involontaria e incontrollata di urine.

Il pavimento pelvico gioca un ruolo importante nel mantenimento della continenza: la contrazione dei suoi muscoli provoca il sollevamento della vescica, un restringimento intorno all'uretra, vagina e retto, con conseguente aumento della pressione intra uretrale e resistenza del flusso di urine verso il basso.

Linee guida attuali raccomandano la gestione conservativa dell'UI, definita da interventi che non comprendono la somministrazione di farmaci o il ricorso alla chirurgia.

Il Pelvic Floor Muscle Training (Pfmt) rappresenta la prima linea di trattamento e prevenzione dell'Ul associata a gravidanza e consiste nella quotidiana contrazione dei muscoli pelvici col fine di allenarli e rinforzarli.

Le linee guida Nice sul trattamento dell'Ul affermano l'importanza degli esercizi del pavimento pelvico durante la gravidanza e il parto, per la prevenzione e il trattamento dell'Ul.

Il protocollo raccomandato consta, complessivamente, di tre serie di dieci esercizi diversi, effettuati per tre volte al giorno, ogni giorno.

Il secondo intervento preso in esame è dato dal *Biofeedback* e elettrostimolazione.

Queste due tecniche affiancano la riabilitazione del pavimento pelvico eseguita manualmente attraverso gli esercizi perineali o esercizi di Kegel.

Vi è una leggera differenza tra loro: nel caso della BF vengono applicate delle sonde o degli elettrodi nella zona del piano perineale capaci di tradurre le contrazioni muscolari in segnali visivi e/o sonori, allo scopo principale di stimolare, nel soggetto, una reale riappropriazione delle capacità muscolari vescico-sfinteriche e perineali.

La paziente, attraverso la visualizzazione in maniera figurata della forza e dei movimenti effettuati, è in grado di comprendere la giusta modalità e i progressi o i deficit durante gli esercizi. È così condotta dall'operatore nella rieducazione delle proprie potenzialità.

La stimolazione elettrica neuromuscolare (Nmts) o stimolazione elettrica (ES) è un'altra opzione terapeutica conservativa per pazienti con UI. Essa agisce sui nervi soprapubici, transvaginali, sacrali o tibiali, rinforzando la forza di contrazione muscolare attraverso la somministrazione tramite elettrodi di lievi correnti intra-vaginali ed intra-anali.

L'ES dei muscoli del diaframma pelvico è stata proposta da Caldwell nel 1963 per il trattamento dell'UI e dell'incontinenza fecale. Da allora, molti studi clinici hanno riportato l'efficacia del trattamento. Ma, nonostante la stimolazione elettrica neuromuscolare sia stata utilizzata con successo per più di 25 anni nella pratica clinica, non vi è ancora un globale consenso circa parametri e protocolli di trattamento.

L'efficacia del Pfmt, del BF e della Nmts in gravidanza e nel puerperio è stata molto discussa e studiata.

Tuttavia, appaiono ancora alcune controversie riguardo l'efficacia dei programmi conservativi di trattamento e prevenzione dell'incontinenza e del modo in cui essi dovrebbero svolgersi.

Lo scopo di questa revisione della letteratura è descrivere lo stato dell'arte sulla prevenzione e sul trattamento dell'UI in donne in gravidanza e nel periodo postnatale.

In particolare, si indagherà sulla funzionalità degli interventi conservativi, non chirurgici, applicabili al problema dell'Ul: la popolazione femminile è la più colpita dall'Ul, ed il rischio aumenta durante gravidanza e puerperio.

MATERIALI E METODI

Questa revisione della letteratura è stata effettuata sui database elettronici Medline, Cochrane Library e Cinahl.

Per condurre la revisione, è stata delimitata la seguente domanda di ricerca: "Quali interventi possono essere attuati per la prevenzione dell'Incontinenza urinaria in gravidanza e nel puerperio?". È stata, quindi, delineata la strategia di ricerca usando il metodo Pico (Popolazione, Intervento, Comparazione e Outcome) per individuare i diversi concetti da cercare.

Pertanto, la ricerca si è limitata a "donne in gravidanza e nel post-partum", in cui si valuta l'attuazione di interventi per ottenere, come *outcome*, il rinforzo della muscolatura del diaframma pelvico e la prevenzione/trattamento dell'incontinenza urinaria.

I termini relativi agli interventi di comparazione (interventi chirurgici, nessun intervento) non sono stati inseriti nelle stringhe di ricerca.

Di ogni parola-chiave sono stati cercati anche i possibili sinonimi e diversi modi di dire lo stesso concetto.

Nei database che li prevedono sono stati cercati, oltre alle parole di testo libero, anche i descrittori di Thesaurus, quali mesh term su PubMed e Cinahl Headings su Cinahl.

Tali parole chiave sono state opportunamente combinate tramite gli operatori booleani "or" e "and" in modo da ottenere una ricerca che presentasse un buon equilibrio tra specificità (alta proporzione di item pertinenti) e sensibilità (alta proporzione di item ritrovati tra quelli pertinenti indicizzati nelle banche dati).

La strategia di ricerca è stata adattata secondo le peculiarità dei diversi database.

Per poter rispondere alla domanda di efficacia del nostro studio, la revisione prevedeva di includere, tra gli studi primari: Rct, studi quasi sperimentali e *trial* clinici; tra gli studi secondari: meta-analisi e revisioni sistematiche di Rct.

Per essere considerati nell'analisi, gli articoli devono soddisfare i seguenti criteri di inclusione: studi che indagano l'efficacia degli esercizi perineali, biofeedback e elettrostimolazione che la donna deve effettuare durante la gravidanza o nel post-partum.

I criteri di esclusione sono stati: studi riguardanti l'incontinenza maschile; studi su donne in menopausa o che presentano incontinenza chirurgica.

Sono stati impostati i limiti "lingua inglese", "female", "humans", dal 1990 al 28 agosto 2014.

La ricerca focalizzata su **Pfmt** è stata la più impegnativa.

Per primo, è stato esaminato il database *Cochrane library* dal 1990 al 28 agosto 2014: di 17 *Cochrane reviews* reperite, solo una (n=1) rispondeva ai criteri di selezione.

In particolar modo, quella di Boyle R, Hay-Smith E.J.C, Cody J.D, Mørkved (2012)8 che indaga l'efficacia degli esercizi perineali nel trattamento dell'UI e fecale nelle donne in gravidanza e nel post-partum. La revisione ha incluso gli articoli pubblicati fino al 7 febbraio 2012. Esaminato lo studio e consideratane l'eccellente qualità, si è proceduto tenendolo come punto di partenza fondamentale e aggiornando la ricerca a studi pubblicati successivamente.

Pertanto, la ricerca sui *database* Medline e Cinahl è stata limitata ad articoli pubblicati dal 7 febbraio 2012 al 28 agosto 2014.

Dalla bibliografia di alcuni articoli, gli autori sono risaliti a due studi sul Pfmt condotti dopo la pubblicazione della *Cochrane review*.

La ricerca incentrata sul secondo intervento, il BF, ha prodotto 14 articoli in totale, di cui un duplicato. *Cochrane Library* non ha prodotto risultati.

Per quanto riguarda la stimolazione elettrica ES, la ricerca su *database* ha prodotto un totale di otto articoli (n=8).

La procedura di selezione degli articoli ottenuti è iniziata con l'esame dei titoli che sono stati selezionati allorché considerati potenzialmente pertinenti.

Un'ulteriore cernita si è basata sulla lettura dell'abstract e quindi dei full-text.

RISULTATI

La ricerca su *database* ha fornito 72 articoli in totale. Si è scelto di non includere tre articoli (n=3) in lingua spagnola.

Dopo la visione dei *full-text* e della bibliografia di alcuni studi, sono stati selezionati dagli autori n=6 articoli sul PFMT, n=2 articoli sul BF, n=1 articolo sull'ES

attinenti allo scopo della revisione, mentre gli articoli esclusi non rispondevano alla domanda di ricerca preposta. (Tabella 1; 2; 3)

Autore/i, Paese,	Disegno dello	Metodo di raccolta	Campione e sue	Tipo di intervento	Principali risultati emersi
anno	studio Cochrane	dati Ricerca nel Cochrane Incontinence Group	caratteristiche 22 trial (RCT e quasi randomizzati)		Obiettivo: Determinare gli effetti del training dei muscoli del pavimento pelvico rispetto la consueta assistenza all'incontinenza nel periodo ante natale e post natale.
Boyle R., et al., USA, 2012 ⁸	Systematic Review di studi clinici controllati randomizzati (RCT)	Specialised Register, che include studi di Central, Medline, Cinahl + ricerea su altre fonti (manuale, da citazioni bibliografie) fino il 7 febbraio 2012	8485 donne in gravidanza (di cui 4231 nel gruppo sperimentale, 4254 nel gruppo di controllo)	Pfmt	Le donne in gravidanza senza UI sottoposte a Pfint intensivo hanno avuto meno probabilità (30% in meno) rispetto le donne del gruppo di controllo che non hanno ricevuto l'intervento preventivo di riportare UI fino sei mesi dal parto.
					Più intenso è il programma, migliori sembrano essere il trattamento e la prevenzione della UI.
Wesnes S.L. &				Pfmt;	Obiettivo: indagare i fattori di rischio modificabili dell'UI durante la gravidanza e il post-partum e includere Ret sulla prevenzione e trattamento dell'UI associata alla gravidanza.
Lose G., Norvegia, 2013	Review	Ricerca su Cochrane e Medline fino settembre 2012	/	Eliminazione fattori di rischio ad esempio fumo, peso eccessivo, costipazione.	La modifica di alcuni stili di vita e la rimozione di fattori di rischio come obesità, costipazione, fumo sono efficaci nel prevenire UI.
				•	Altamente raccomandata è la ginnastica pelvica Plint sulla cui efficacia, a detta degli autori, non vi sono dubbi.
					Obiettivo: studiare l'impatto degli esercizi per il pavimento pelvico durante la gravidanza sull'incontinenza urinaria nella donna.
Sahakian J., UK, 2012 ¹⁰	Review	Ricerca su Cumulative Index to Nursing, Cinahl, Embase, Medline and the British Nursing Index	7 studi	Pfint	4 studi su 7 dimostrano un significativo miglioramento nell'incontinenza urinaria da stress nel periodo postnatale in donne che hanno eseguito gli esercizi in gravidanza.
		(Bni)			I lavori che hanno studiato l'efficacia degli esercizi per periodi più lunghi, non hanno riscontrato sostanziali differenze a lungo termine.
	RCT Self-reported Urinary incontinence		175 donne primipare di cui 55 con difetti nel muscolo gli esercizi a casa giornalmente per I	Objettivo: valutare se l'allenamento dei muscoli del pavimento pelvico nel post-partum diminuisce la prevalenza dell'incontinenza urinaria (UI) nelle donne primipare con e senza UI all'inclusione (mixed population) e con e senza difetti muscolari.	
Hilde G., et al., 2013		elevatore dell'ano (casualmente distribuiti nei due gruppi studio). 88 nel gruppo di controllo; 87 nel gruppo sperimentale	settimane. Settimanalmente, le donne partecipano ad una lezione/ incontro con gli educatori	Il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo riportano rispettivamente il 34.5% e il 38.6% di episodi di UI.	
					Il training dei muscoli del pavimento pelvico nel post-partum non diminuisce, sei mesi dopo, la prevalenza dell'incontinenza urinaria (UI) nelle donne primipare.
		Somministrazione questionario, Esecuzione analisi delle urine, Pad-	102 donne gravide tra la 14esima e la 20esima	Esercizi effettuati durante la	Obiettivo: Definire il ruolo degli esercizi perineali per l'incontinenza urinaria da sforzo durante la gravidanza e il post-partum.
Kocaöz S., et al, Turchia, 2012 12	Studio quasi- randomizzato, controllato	Test, compilazione di un diario minzionale personale. Solo ad alcune donne è stato praticato il Dvp per verificare la forza della muscolatura pelvica.	settimana di gravidanza che non presentavano problemi di incontinenza urinaria Raccolta dati dal maggio 2006 a febbraio 2007	gravidanza e il post-partum. Follow up a 28w e 32w di gravidanza e a 12w dopo il parto. Le donne sono state chiamate ogni 30gg per motivarle.	Gli esercizi sul pavimento pelvico risultano efficaci nella prevenzione della Sui durante la gravidanza e il post-partum. Il gruppo di studio ha presentato sintomi minori di Sui rispetto al gruppo controllo. Nel caso-studio, l'1,9 % delle donne ha presentato Sui nel post-partum rispetto al 18% del gruppo controllo.
Stafne et al, Norvegia, 2012 ¹³	2 trial controllati randomizzati (Rct)	Il gruppo di intervento è stato istruito sugli esercizi e controllato sulla corretta esecuzione di questi attraverso la visita vaginale. Compilazione di un diario personale con la modalità e la tipologia di esercizi 855 donne in gravidanza e la tipologia di esercizi 2000 presso lo Stavanger Hospital. Il gruppo studio ha effettuato un cors con incontri settimanali dalla 20°w alla 36°w per 12 w in presenza di un fisioterapista. L'incontro era suddiviso in esercizi aerobici, esercizi sul pavimento pelvico e	Obiettivo: analizzare gli effetti di un programma di esercizi generali, in aggiunta agli esercizi specifici sul pavimento pelvico. I risultati del presente studio mostrano come gli esercizi sul pavimento pelvico siano importanti per prevenire e trattare l'incontinenza urinaria nell'ultimo periodo di gravidanza. Altrettanto importante risultano la corretta informazione e l'inserimento di specifici esercizi per il pavimento pelvico.		
	(Net)	effettuati. Compilazione di un questionario. Compilazione di un self report come misurazione dell'UI e fecale.		rafforzamento dei muscoli e in ultimo esercizi di stretching e rilassamento. Il gruppo controllo ha ricevuto solo informazioni a riguardo. Secondo protocollo gli esercizi dovevano essere effettuati 3gg o più a settimana	Il 47% delle donne nullipare del gruppo controllo ha presentato incontinenza urinaria a differenza del 45% nel gruppo di intervento e rispettivamente del 14 vs 6% la prevalenza di UI severa. La prevalenza dell'incontinenza fecale risulta del 3% nelle donne multipare del gruppo studio rispetto all' 8% del gruppo controllo.

Tabella 1. Pelvic Floor Muscle Training (Pfmt)

Autore/i, Paese, anno	Disegno dello studio	Metodo di raccolta dati	Campione	Tipo di intervento	Principali risultatiemersi
Batista et al. Brasile 2011 ¹⁴	Studio sperimentale, non randomizzato	Palpazione digitale della vagina; Oxford Scale Rilevazioni Emg	19 nullipare con gravidanza a basso rischio	Emg Biofeedback (Electromyographic) (MyoTrac Infinit) Tre sessioni con terapista una volta a settimana per tre settimane	Tre sessioni di allenamento con biofeedback migliorano l'attività di Pfint durante il secondo trimestre in donne con gravidanze a basso rischio. Emg biofeedback insegna ad eseguire corrette contrazioni, con conseguente miglioramento della funzione muscolare. Emg biofeedback può rendere i programmi Pfint più efficaci.
Lee & Choi, Cina 2006 ¹⁵	Ret	Perineometria e Bristol Female Urinary Symptom Questionnaire	49 donne nel post- partum (trascorse 6 settimane dal parto) 25 nel gruppo sperimentale BF; 24 nel gruppo di controllo.	Biofeedback per 30 minuti per sessione, due volte a settimana per 6 settimane.	La pressione massima di contrazione muscolare del pavimento pelvico - Mppfine, la pressione media delle contrazioni pelviche-Appfine e la loro durata-Dtpfine sono risultate aumentate mentre sono diminuiti i sintomi urinari nel gruppo sperimentale rispetto al controllo. L'esercizio della muscolatura del pavimento pelvico con il biofeedback è un programma sicuro de efficace per il rafforzamento della muscolatura del pavimento dopo il parto normale.

Tabella 2. Biofeedback (BF) o Electromyographic Biofeedback (Emg-BF)

Autore/i, Paese, anno	Disegno dello studio	Metodo di raccolta dati	Campione	Tipo di intervento	Principali risultatiemersi
Schreiner et al. Brasile 2013 ¹⁶	Review	Ricerca sui database Pubmed, Embase e Lilaes da gennaio 1980 a gennaio 2012	30 trial randomizzati	Trattamento di Elettrostimolazione intravaginale per l'incontinenza urinaria; elettrostimolazione nervo tibiale; elettrostimolazione sacrale; elettrostimolazione soprapubica.	Obiettivo: studiare l'efficacia dell'elettrostimolazione nel trattamento e dell'incontinenza urinaria nella donna. Non esiste un protocollo standard che indichi la metodologia migliore di Elettrostimolazione Intravaginale per il trattamento dell'Ul. La scelta della stessa (utilizzo di frequenza a 10, 20 o 50 Hz) è subordinata ai sintomi presentati. L'elettrostimolazione del nervo tibiale ha mostrato un significativo miglioramento della qualità di vita rispetto alla terapia farmacologica. L'invasività e il costo dell'elettrostimolazione sacrale spinge ad utilizzare questo trattamento in caso di incontinenza urinaria refrattaria, non responsiva ad altro tipo di trattamento. I pochi studi sulla stimolazione soprapubica, soprattutto perché sempre associata ad esercizi del pavimento pelvico e al biofeedback e mai studiata da sola, non permettono di valutarne l'efficacia.

Tabella 3. Stimolazione elettrica neuromuscolare (Nmts) o stimolazione elettrica (ES)

CARATTERISTICHE GENERALI

Gli articoli provengono da diverse parti del mondo.

La maggior parte di questi (n=4) è stata pubblicata nel 2012, mentre tre risalgo-

no al 2013, uno al 2011 e uno al 2006. Tra quelli analizzati, vi sono studi clinici sperimentali (n=5) e un numero di quattro revisioni della letteratura.

La review della Cochrane (2012) include

Cochrane Systematic Review	
Boyle R. et al. 2012. 8	Revisioni sistematiche con meta-analisi con omogeneità tra i vari studi; vantaggi clinicamente importanti oltre che statisticamente significativi
Sahakian J., 2012 ¹⁰	Livello 2b° Revisioni sistematiche di studi osservazionali di coorte o sperimentali controllati non randomizzato, con omogeneità tra i vari studi.
Schreiner et al. 2013 ¹⁶	Livello 2b° Revisioni sistematiche di studi osservazionali di coorte o sperimentali controllati non randomizzato, con omogeneità tra i vari studi.
Wesnes S, Lose G, 2013 ⁹	Livello 2a° Revisioni sistematiche di studi controllati randomizzati di scarsa qualità o con mancanza di omogeneità dei risultati.

Tabella 4. Livelli di Evidenza dell'Oxford Centre

Evidence Level	Nature of the Study			
Level I	Metanalysis of multiple controlled studies.			
Level II	Individual experimental studies (randomized clinic essay).			
Level III	Quasi-experimental studies, such as the non-randomized clinic essay, unique group before and after test, timing series or case control.			
Level IV Non-experimental studies, such as descriptive research, correlative and comparative studies with qualitative approaches and study cases.				
Level V	Assessing program data, data obtained in a systematic way.			
Level VI	Specialists 'opinions, experience reports, agreements, regulations and legislations.			

Tabella 5. Il modello Stetler

il numero più alto di Rct (n= 22) con un numero di pazienti complessivo di 8485. Tra gli Rct, lo studio di Stafne et al. (2012) presenta il maggior numero di pazienti arruolati, pari a 855.

Livelli di evidenza

La qualità degli studi secondari considerati è stata valutata usando i Livelli di Evidenza dell'Oxford Centre. (Tabella 4) La qualità degli studi primari è stata invece valutata mediante il modello di Stetler et al. (1998) li classifica in sei livelli. (Tabella 5)

Tre studi sperimentali (n=2) sul Pfmt e lo studio (n=1) sul BF 15 corrispondono al Livello II, il livello più alto tra gli articoli in studio.

SINTESI DEI CONCETTI CHIAVE

Pelvic Floor Muscle Training (Pfmt)

Gravidanza e nascita sono fattori di rischio per lo sviluppo di UI.

Alla luce dei risultati emersi, programmi di Pfmt rappresentano la prima linea di prevenzione e trattamento per tale problematica.

Boyle et. al (2012) scopre che Pfmt in

gravidanza tra donne già continenti può significativamente prevenire UI nelle ultime settimane di gestazione, con un risk ratio di 0.44 (95% CI o.30 -0.65). Inoltre, Pfmt eseguito in gravidanza aiuta a prevenire UI nel post-partum con un risk ratio di 0.71 (95% CI 0.52-0.97).

Nello studio di Mørkved et al. (2003), incluso in due revisioni, il programma di esercizi di rinforzo del pavimento pelvico correttamente eseguito previene UI in gravidanza in una donna su sei.

Lo studio spiega con precisione come si è sviluppato un corretto programma d'esercizi.

Pfmt si effettua due volte al giorno, con 8-12 contrazioni massimali dei muscoli del pavimento pelvico, mantenendo la tensione per 6-8 secondi. A seguire, la donna deve attuare ulteriori tre contrazioni veloci alla fine di ogni massima contrazione del diaframma pelvico.

In accordo con gli autori, i migliori risultati si ottengono quando un fisioterapista o altro professionista impartisce lezioni su Pfmt e vigila sulla sua corretta esecuzione.

L'Rct mostra come la formazione sia stata fondamentale per i risultati dello studio che vede una minor prevalenza di UI alla terza settimana di gravidanza nel gruppo d'intervento (32%), rispetto al gruppo di controllo (48%) (p = 0,007).

Nello studio sperimentale di Kocaöz (2013), realizzato presso l'ospedale di Ankara, sono state arruolate 102 donne tra la 14esima e la 20esima settimana di gravidanza, suddivise in due gruppi: caso studio e caso controllo.

Le donne del gruppo di controllo non hanno ricevuto informazioni riguardo gli esercizi di Pfmt a differenza del gruppo di studio informato e istruito adeguatamente sull'anatomia e sul programma da seguire. Il protocollo adottato consiste nell'esecuzione di tre serie da 10, di tre, diversi esercizi per tre volte al giorno come suggerito dal Nice 2006.

Al termine dello studio, nel gruppo di intervento, il 5,8% delle donne ha presentato UI a 28 settimane, il 17,3% a 32 e l'1,9% nel post-partum, mentre nel gruppo di controllo sono state rispettivamente il 30, il 48 e il 18%.

La differenza tra i due gruppi è stata sta-

tisticamente significativa (p<0.05).

Dall'analisi della frequenza degli episodi di UI a 32 settimane, le donne del gruppo sperimentale presentano sintomi minori di incontinenza rispetto al gruppo controllo.

Ancora, nel gruppo di controllo a 12 settimane dal parto, sette donne su nove presentano più episodi di incontinenza a settimana, a differenza del gruppo di studio in cui è presente un episodio a settimana o meno.

Il lavoro dimostra come la pratica dei Pfmt, se effettuati regolarmente e in maniera corretta, risultano efficaci sia nella prevenzione che nel trattamento della UI durante la gravidanza e dopo il parto (1,9% nel gruppo di studio e 18% in quello di controllo).

Inoltre, presta particolare attenzione all'informazione da dare alle donne da parte del personale sanitario adeguatamente preparato a riguardo.

Più ampio è il programma d'intervento condotto nel Rct di Stafne et al. (2012), in due ospedali norvegesi che affianca, agli esercizi perineali, esercizi di ginnastica dolce, rilassamento e *stretching*. Una volta a settimana, per dodici settimane, le donne incinte (tra la 20esima e 36esima settimana di gestazione) partecipavano ad una sessione d'allenamento con un fisioterapista. Esercizi aerobici a bassa intensità e di rilassamento, nonché *stretching* muscolare eseguiti in ogni sessione.

Le donne, una volta istruite sull'anatomia e su come contrarre correttamente i muscoli pelvici, erano incoraggiate a seguire un programma scritto di esercizi e Pfmt di 45 minuti, due volte a settimana. Le donne del gruppo di controllo hanno ricevuto, invece, le cure antenatali standard e le consuete informazioni circa gravidanza e nascita dalla loro ostetrica.

Al termine del periodo di studio, la prevalenza di UI era del 35% nel gruppo di intervento e del 47% in quello di controllo (p=0,003); mentre la prevalenza di UI di grado "severo" era, rispettivamente, del 6% e del 14% nel gruppo di sperimentale e di controllo. Il tasso di prevalenza dell'UI è stato perciò più basso nel gruppo d'intervento.

Lo studio dimostra che le donne incinte

che seguono sessioni di 12 settimane di esercizi regolari e Pfmt sono meno soggette a sviluppare UI e Sui rispetto a quelle che ricevono cure standard, compreso istruzioni scritte di Pfmt.

Controversi, invece, i risultati ottenuti nello studio più recente tra quelli inclusi: seppure vi è una minor prevalenza dell'Ul nel gruppo di intervento (34,5% di episodi) rispetto al controllo (38,6%), gli esercizi perineali non prevengono l'Ul in maniera statisticamente significativa, dopo sei mesi dal parto.

La Cochrane review riporta studi con risultati statisticamente significativi che evidenziano un effetto positivo degli esercizi di rinforzo del pavimento pelvico, nella prevenzione dell'incontinenza a tre mesi e fino a sei mesi dopo il parto.

Nove articoli sono *trial* della *Cochrane review* che dimostrano, in maniera statisticamente significativa, che Pfmt rinforza il pavimento pelvico ed è utile nel trattamento dell'Ul dopo il parto (fino ad un anno dal parto).

Tuttavia non risulta efficace, almeno non in maniera statisticamente significativa, sul lungo termine, per esempio, dopo sei e 12 anni dal parto 20.

<u>Biofeedback (BF) o Electromyographic</u> <u>Biofeedback (Emg-BF)</u>

Il secondo intervento preso in esame è il biofeedback.

Questa tecnica affianca la riabilitazione del pavimento pelvico eseguita manualmente attraverso gli esercizi perineali o esercizi di Kegel.

Il BF differisce dall'elettrostimolazione: nel primo caso, vengono applicate delle sonde o degli elettrodi nella zona del piano perineale capaci di tradurre le contrazioni muscolari in segnali visivi e/o sonori, allo scopo principale di stimolare nel soggetto una reale riappropriazione delle capacità muscolari vescico-sfinteriche e perineali.

La paziente, attraverso la visualizzazione in maniera figurata della forza e dei movimenti effettuati, è in grado di comprendere la giusta modalità e i progressi o i deficit durante gli esercizi. È condotta, quindi, dall'operatore nella rieducazione delle proprie potenzialità.

Nel secondo caso, invece, l'elettrostimolazione funzionale si basa sulla somministrazione, tramite elettrodi, di lievi correnti intra-vaginali ed intra-anali che, stimolando la contrazione muscolare passiva nella paziente, producono un incremento delle masse muscolari in azione. Per quanto riguarda il *Biofeedback*, nello studio di Batista et al. (2011) sono state arruolate un numero di 19 donne nullipare tra la 18esima e la 19esima settima di gestazione.

Il programma di esercizi era suddiviso in un periodo di tre sessioni, a distanza da una settimana l'una dall'altra, da effettuare durante il secondo trimestre di gravidanza. In ogni sessione veniva offerta una seduta di esercizi di Pfmt ed a sequire esercizi di elettrostimolazione.

I parametri valutati nello studio sono stati: la forza di contrazione e il grado di elevazione del muscolo, attraverso la visita vaginale e secondo i valori dell'*Oxford Scale*.

L'introduzione del biofeedback, attraverso l'apposizione di un elettrostimolatore in vagina, ha permesso non solo di valutare con esattezza la forza e la qualità delle contrazioni registrate, ma soprattutto di supportare l'attività degli esercizi del pavimento pelvico.

Un ulteriore vantaggio è stato attribuito alla possibilità, per la donna, di vedere graficamente la qualità degli esercizi e la corretta esecuzione grazie alla registrazione e alla simultanea visualizzazione della forza contrattile su un apposito schermo. Il supporto del *biofeedback* ha visto un aumento della forza contrattile delle contrazioni per ogni sessione, anche se non in maniera statisticamente significativa. Se viene comparata la prima con la seconda sessione di esercizi, si è evidenzia un miglioramento della modalità della prima contrazione lenta (p= 0.03) effettuata ad ogni sessione, e un miglioramento della capacità contrattile delle seconda contrazione veloce per sessione (p=0.06).

Un ulteriore studio, effettuato da Lee e Choi (2006), analizza 49 donne nel postpartum, con precisione a distanza di sei settimane dal parto che non avevano presentato complicanze nel periodo gravidico, al parto e nel post-partum.

Queste sono state suddivise in due gruppi (25 nel gruppo sperimentale e 24

nel gruppo controllo) ed entrambi hanno effettuato esercizi di Pfmt.

Il gruppo sperimentale è stato sottoposto ad un programma supplementare (oltre agli esercizi pelvici di base), costituito da esercizi di *biofeedback* e stimolazione elettrica eseguiti, due volte a settimana, per sei settimane, con la durata di 30 minuti a sessione.

La capacità contrattile e la presenza di sintomi di incontinenza urinaria è stata analizzata nei due gruppi all'inizio, alla fine e a sei mesi di trattamento.

Il gruppo di studio ha visto miglioramenti significativi della forza, della pressione media e della durata delle contrazioni dei muscoli pelvici e una riduzione dei sintomi di incontinenza urinaria, grazie all'utilizzo del *biofeedback* in associazione agli esercizi dei muscoli del pavimento pelvici. Stimolazione elettrica neuromuscolare (Nmts) o stimolazione elettrica (ES).

Schreiner et al. (2013) nella revisione sistematica, analizza 30 articoli, analizzando i diversi tipi di trattamento di elettrostimolazione.

Il primo è la Stimolazione Elettrica Intravaginale (Ives), trattamento utilizzato in 21 studi differenti. Dieci di essi hanno trattato, in particolare, l'Ul da sforzo (765 pazienti), nove l'Ul da urgenza (534 pazienti) e i restanti l'Ul mista (147 pazienti). La differenza di intervento è stata principalmente nel tipo di frequenza utilizzata per l'elettrostimolazione: a bassa o media frequenza (dai 10 a 50 Hz).

Il trattamento constava di un numero ripetuto di sedute (tra le 7 e le 12), inframmezzate da un'analisi di soddisfazione dei pazienti attraverso dei questionari; una Vas scale di disagio della paziente e l'esecuzione del Pad-test.

Lo studio ha evidenziato la mancanza di un protocollo comune nell'esecuzione dell'Ives (Elettrostimolazione IntraVaginale), per la quale vengono attuate modalità differenti a seconda dei casi. Altro argomento di studio è stata la Stimolazione Elettrica del Nervo Tibiale, esaminata da sei studi randomizzati, per un totale di 426 donne. La frequenza delle sedute è stata settimanale e la misurazione degli *outcome* si è basata principalmente sull'utilizzo di un diario vescicale, questionari sulla qualità di vita e sulla

soddisfazione soggettiva delle pazienti. Altri due studi, per un totale di 127 donne, hanno studiato gli effetti della stimolazione sacrale, dimostrandone l'efficacia rispetto al gruppo di controllo riguardo i benefici sulla qualità di vita e sulla capacità di svuotamento vescicale. Si tratta di una pratica invasiva che si esegue inserendo un elettrocatetere accanto al nervo sacrale appropriato che controlla la funzione dello svuotamento, e collegato ad uno stimolatore impiantato, che invia piccoli impulsi elettrici ai nervi sacrali. Questa stimolazione elettrica continua è

in grado di alleviare o eliminare il disturbo. L'applicazione avviene tramite una singola procedura chirurgica in anestesia locale. Analogo risultato è stato evidenziato nell'unico studio sulla stimolazione sovrapubica, che ha raccolto un campione di 46 pazienti.

La pratica serve a ricercare la contrazione del muscolo detrusore ad intervalli regolari (ogni 3-4 ore) al fine di valutare e registrare la quantità di urina emessa.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'obiettivo di questa revisione è stato di analizzare l'efficacia degli esercizi perineali, del *biofeedback* e dell'elettrostimolazione nella prevenzione dell'UI durante la gravidanza e nel post-partum. Nel complesso, in termini di prevenzio-

nel complesso, in termini di prevenzione dell'incontinenza urinaria, programmi di Pfmt, iniziati nelle prime settimane di gestazione, sono funzionali nel ridurre l'incontinenza in gravidanza e fino a sei mesi dopo il parto.

Sono molti gli studi presenti in letteratura che evidenziano un effetto positivo degli esercizi di rinforzo del pavimento pelvico, nella prevenzione dell'incontinenza a tre mesi e fino a sei mesi dopo il parto.

Punto di forza di tutti gli studi sperimentali inclusi è la formazione delle partecipanti ai programmi, fornita da professionisti competenti e motivanti.

Più che la mera informazione scritta, il vero punto di forza è dato dalla trasmissione orale attraverso l'incontro frontale singolo o in piccoli gruppi.

Possibili implicazioni per la pratica clinica potrebbero essere l'inserimento di programmi specifici di Pfmt nei corsi di preparazione al parto, o la realizzazione di incontri specifici lungo il corso della gravidanza, nonché la chiamata della donna, da parte degli operatori sanitari, per motivare e monitorare all'esecuzione degli esercizi fino a sei mesi dopo il parto.

Risultano essere rilevanti, al fine della prevenzione, l'esecuzione corretta e l'aderenza ai programmi stabiliti secondo quanto affermato dai protocolli dettati dalle linee guida Nice 2006.

Gli studi hanno evidenziato che il miglior outcome è evidente soprattutto nell'associazione tra Pfmt, biofeedback e, in caso di incontinenza urinaria refrattaria, elettrostimolazione.

Tale trattamento permette una maggiore compliance della paziente, portando ad una educazione della muscolatura volontaria e involontaria e riducendo significativamente il numero di minzioni giornaliere e il disagio della donna, migliorandone, quindi, la qualità della vita.

Altro elemento importante è la promozione di uno stile di vita sano, così da eliminare fattori di rischio quali fumo, eccessiva assunzione di sostanze eccitanti, obesità, vita sedentaria e altri.

Gli autori, considerate le chiare evidenze a favore del Pfmt per la prevenzione dell'UI, la raccomandano fortemente alle donne nel periodo di gravidanza e nel post-partum. Non vi sono però prove sufficienti per dire se questi trattamenti sono o meno efficaci nella prevenzione dell'incontinenza nel lungo termine, evidenziando la necessità di ulteriori ricerche in questo settore. Un limite riscontrato nello studio è sicuramente l'impossibilità di verificare l'aderenza delle singole donne ai programmi predefiniti. Pertanto, per verificare l'aderenza ai programmi, sono necessari ulteriori studi.

Ancora, potrebbe risultare utile verificare quanto i vari elementi riguardanti la modalità di parto (posizione fetale, episiotomia, posizione materna al parto, modalità di spinta e parto distocico) possano inficiare nello sviluppo eventuale di UI a breve e a lungo termine.

AUTORI:

Chiara Labbadia, laureata in Infermieristica, studente CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma;

Jessica Preziosi, laureata in Ostetricia, studente CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma;

Davide Della Lena, laureato in Infermieristica, studente CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Haylen B.T, De Ridder D, Freeman R.M, Swift S.E, Berghmans B, Lee J et al, An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn 29, 4-20. 2010.

Bø K, Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? Int urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 15, 76-84. 2004.

Thüroff J.W, Abrams P, Andersson K.E, Artibani W, Chapple C.R, Drake M.J et al, *EAU guidelines on urinary incontinence*. EurUrol 59, 387-400. 2011. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Urinary Incontinence: the management of urinary incontinence in women*. London: Guideline 40. 2006.

Herrmann V, Potrick B.A, Palma P.C.R, Zanettini C.L, Marques A, Netto N.R, *Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica*. Rev Assoc Med Bras 49(4), 401-405. 2003.

Wyman J.F, Treatment of urinary incontinence in men and older women: the evidence shows the efficacy of a variety of techniques. Am J Nurs. Suppl (26-35). 2003.

Borello-France D, Burgio K.L, Nonsurgical treatment of urinary incontinence. Clin Obstet Gynecol 47, 70-82. 2004.

Boyle R, Hay-Smith E.J.C, Cody J.D, Mørkved S, *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women.* Cochrane Incontinence Group. 2012.

Wesnes L. S, Lose G, Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. Int Urogynecol J 24, 889-899. 2013.

Sahakian J, Woodward S, Stress incontinence and pelvic floor exercises in pregnancy. 2012. British Journal of Nursing 21 (18, Supp): Supplement: S10-5.

Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Ellström Engh M, Bø K, *Postpartum pelvic floor muscle training and urinary incontinence: a randomized controlled trial.* Obstetrics & Gynecology 122(6), 1231-8. 2013.

Kocaöz S, Ero lu K, Sivaslio lu A.A, Role of Pelvic Floor Muscle Exercises in the Prevention of Stress Urinary Incontinence during Pregnancy and the Postpartum Period. Gynecol Obstet Invest 75(1), 34-40. 2013.

Stafne S, Salvesen K, Romundstad P, Torjusen I, Mørkved S, *Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy?* A randomised controlled trial. BJOG 119, 1270-1280. 2012.

Batista R.L.A, Franco M.M, Duarte G et al, *Biofeedback and the electromyographic activity of pelvic floor muscles in pregnant women.* Rev Bras Fisioter São Carlos, v. 15, n. 5, pp. 386-92, Sept./Oct. 2011.

Lee I.S, Choi E.S, Pelvic floor muscle exercise by biofeedback and electrical stimulation to reinforce the pelvic floor muscle after normal delivery. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 36(8),1374-1380. 2006.

Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Borba Anton de Souza A, Campani Nygaard C, Gomes da Silva Filho I, *Electrical Stimulation for Urinary Incontinence in Women: a systematic review.* Int Braz J Urol 39, 454-64. 2013.

Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence, maggio 2001.

Stetler C.B, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J et al, *Utilization-focused integrative reviews in a nursing service*. Applied Nursing Research 11, 195-206. 1998.

Mørkved S, Bø K, Schei B et al, *Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial.* Obstet Gynecol 101, 313-319. 2003. Glazener C.M, Herbison G.P, MacArthur C, Grant A, Wilson P.D, *Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up.* BMJ 330(7487), 337-40. 2005.

Il rischio di malnutrizione nell'anziano ospedalizzato. Indagine sulle scale di valutazione Must vs Mna-Mna-Sfs

di Georgia Luzi

ABSTRACT

L'entità dell'evento della malnutrizione negli anziani ospedalizzati è un problema sociale ricorrente, causa di morbilità e di mortalità senile e che si può verificare nella realtà quotidiana professionale.

Ecco perché diventano importanti i test di screening nutrizionale che possono riconoscere i segni del rischio di malnutrizione delle persone anziane ricoverate. L'obiettivo di questo studio è stato di approfondire l'efficacia degli esami di screening: Must (Malnutrition Universal Screening Tool), Mna (Mini Nutritional Screening) e Mna-Sfs (Short Form) valutando, nella comparazione, qual è il più appropriato nella pratica clinica professionale. La letteratura incoraggia lo screening nutrizionale per la valutazione iniziale del rischio di malnutrizione nell'anziano ospedalizzato.

Dalla revisione della letteratura selezionata, appare evidente che tra gli screening considerati: Must, Mna e Mna-Sfs si è avuto in tutti un esito positivo. E, se considerati uno a uno, potrebbero essere valutati e utilizzati nella pratica professionale secondo il caso clinico in questione.

Il Mna, a tutt'oggi, è lo screening che risulta più adatto per i pazienti geriatrici: si tratta della scala costruita a misura di anziano, la più utilizzata e con il più alto valore predittivo. Esso è considerato uno strumento utile per la valutazione di rischio nutrizionale a lungo termine, ma non per la prognosi a breve termine e nella fase acuta della malattia per la quale potrebbe essere utilizzato il Must. Il Mna-Sfs potrebbe essere utilizzato, invece, come strumento di screening rapido; resta da stabilire se sia in grado di sostituire il Mna completo.

Parole-chiave: anziani ospedalizzati, malnutrizione, valutazione nutrizionale, screening nutrizionale.

INTRODUZIONE

La malnutrizione è uno stato di modifica funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente all'alterazione dell'equilibrio tra i fabbisogni ed introiti (o l'utilizzo) dei nutrienti dietetici che favorisce la morbilità ed incrementa il rischio di mortalità nei pazienti anziani.

In Italia, l'Istat indica che la popolazione di ultra 65enni rappresenta il 20% della popolazione: la popolazione anziana, oqgi, in Italia, determina il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza.

Nell'anziano, la malnutrizione insorge più facilmente rispetto alle altre fasce di età in virtù del fatto che, con l'invecchiamento, l'organismo riduce molte delle sue capacità fisiologiche, determinando una modificazione della composizione corporea.

Inoltre, circa l'80% degli adulti oltre i 65 anni soffre di almeno una malattia cronica e il 50% di almeno due: diabete mellito di tipo due, cancro e malattie cardiovascolari.

I dati degli studi epidemiologici e clinici indicano che molte malattie croniche associate all'età possono essere evitate e addirittura invertite, con l'attuazione degli interventi di stile di vita sano (Fontana, 2009).

Vi sono, inoltre, dei fattori inerenti la senescenza stessa che possono provocare la perdita della funzione della deglutizione, oltre alla malnutrizione, quali: la ridotta qualità di vita, la disidratazione e la polmonite ab ingestis.

- I fattori rilevanti per la malnutrizione dell'anziano ospedalizzato sono:
- demenza senile:
- effetti collaterali di farmaci come la digossina e alcuni antidepressivi;
- disgeusia (deterioramento o disfunzione del gusto);
- disfagie;
- depressione:
- malattie infiammatorie intestinali, insufficienza pancreatica, ed enteropatia da glutine possono essere causa di malassorbimento:
- difetti di dentatura, protesi dentarie mal confezionate, secchezza delle fauci, indebolimento o all'alterazione della
- disordini endocrini (es: tireotossicosi oppure diabete mellito non control-
- risorse economiche e sociali (mancanza di un supporto familiare, emarginazione e solitudine) possono rappresentare gli aspetti di stile di vita e qualità della vita e importanti strumenti per la valutazione del rischio nutrizio-

Va, pertanto, migliorato l'atteggiamento



riguardo alla malnutrizione degli anziani ospedalizzati utilizzando metodi innovativi per escludere questo rischio che provoca, oltretutto, ulteriori spese rilevanti alla Sanità.

Nel 2009, l'Unione Europea ha pubblicato le linee guida (*Education and Clinical Pratice Committee*) dell'Espen (*European Society of Parenteral and Enteral Nutrition*): Espen Guidelines for Nutrition Screening (2002) da adottare per evitare questo grave problema che interessa tutta l'Europa e Oltreoceano, richiamando i criteri espressi da diverse società scientifiche.

Le metodiche cui fare riferimento per la valutazione del rischio sono molteplici, tuttavia, è possibile ricorrere a protocolli semplificati: a tal fine, le raccomandazioni includono la necessità di eseguire test di *screening* nutrizionale.

L'obiettivo del presente articolo è di approfondire, in particolare, l'efficacia degli esami di screening Must, Mna e Mna-Sf, comparandoli per l'identificazione del rischio della malnutrizione negli anziani ospedalizzati valutando quale è il più adatto nella pratica clinica e professionale quotidiana.

MATERIALI E METODI

Per rispondere alla domanda di ricerca è stato necessario aggiornarsi sulle evidenze scientifiche inerenti.

Si è condotta una revisione narrativa della letteratura, dopo aver scomposto la domanda nelle sue parti essenziali seguendo il metodo Pico. (Tabella 1)

Scomponendo la domanda si è proseguito nella ricerca con l'individuazione di parole-chiave appropriate per una corretta consultazione delle banche dati così da ottenere risultati soddisfacenti inerenti l'argomento.

Le strategie di ricerca utilizzate hanno combinato le seguenti *key words*: anziani ospedalizzati, malnutrizione, valutazione nutrizionale, *screening* nutrizionale.

In particolare, le banche dati consultate sono state Pubmed e Cinahl che hanno prodotto, rispettivamente, 43 e 22 articoli

Sono stati impostati i limiti temporali per valutare articoli recenti rispondenti la ricerca e ritenuti validi qualitativamente. Sono stati considerati solo gli articoli primari per esaminare l'efficacia degli interventi di *screening* negli anziani ospedalizzati, mentre quelli ritenuti non perti-

nenti per l'argomento di ricerca sono stati scartati.

RISULTATI

La malnutrizione e l'identificazione dei fattori che contribuiscono a crearla sono dei fattori essenziali per una corretta diagnosi nutrizionale medica, ma i processi sono complessi tanto da essere considerati a misura del paziente.

La capacità funzionale dell'anziano è interconnessa con i fattori economici e sociali, dalla qualità e quantità di cibo consumato e dal grado d'indipendenza e di fragilità della persona (o dal grado di disabilità).

Dalla revisione della letteratura selezionata appare evidente che, tra gli screening considerati (Must, Mna Stange et al 2013) e Mna-Sfs si è avuto in tutti un esito positivo secondo gli autori. Ma, se considerati uno a uno, possono essere utilizzati nella pratica professionale a seconda del paziente anziano e del caso. Il vantaggio del Must è che può essere utilizzato nei pazienti senza la disponibilità della misurazione dell'altezza e del peso, con una serie di misure alternative e di criteri soggettivi (come l'altezza dal ginocchio, metà circonferenza superiore del braccio ecc).

Il valore della scala traduce i dati in un punteggio da uno 0 (basso rischio) a 1 (medio rischio) o 2 punti (alto rischio). Il Must è consigliato nei pazienti in fase acuta della patologia, ed è costituito da tre elementi: Bmi, involontaria perdita di peso nei precedenti 3-6 mesi, e la presenza di una malattia acuta o apporto nutrizionale assente per almeno cinque giorni.

Il Mna è stato specificamente sviluppato per lo *screening* nutrizionale delle persone anziane e in breve tempo (10-15 minuti). La sua classificazione in tre categorie: "ben nutrito" (24-30 punti); "rischio di malnutrizione" (17- 23,5 punti)

POPOLAZIONE	INTERVENTO	COMPARAZIONE	OUTCOME
anziani ospedalizzati	utilizzo della scala di valutazione Must (Malnutrition Universal Screening Tool)	Efficacia delle scale di valutazione: Mna (Mini Nutritional Assesment); Mna-Sfs (Mini Nutritional Assesment short-Forms)	Valutazione dell'efficacia della scala Must vs le scale Mna-Mna-Sfs nell'anziano ospedalizzato

Tabella 1. Facet Analysis



e "malnutrito" (<17 punti).

Il questionario Mna prende in considerazione le attività di base della vita quotidiana (Adl) e le attività strumentali della vita quotidiana (Iadl). Il Mna fa uso di una scala secondo tre categorie.

L'applicabilità del Mna e del Must potrebbe essere completata dal personale infermieristico nei pazienti con problemi cognitivi. Il primo non può essere applicabile a causa della nutrizione enterale (Ne) o di amputazione degli arti inferiori: lì dove il Must può essere applicato.

È stata dimostrata dallo studio di Guigoz Y. (Oliveira, 2009) la sensibilità della scala Mna del 96%, la specificità del 98% e il valore prognostico per la malnutrizione del 97%.

Un rapporto d'interdipendenza e dello stato nutrizionale è stato osservato negli anziani: il deterioramento dello stato nutrizionale è stato associato al consumo ridotto di cibo rispetto alla perdita di peso recente (spesso associata allo stress della malattia, al grado di autosufficienza e alla capacità funzionale, Diekmann et al 2013).

Detto ciò, l'Mna è considerato uno strumento molto utile per la valutazione del rischio nutrizionale a lungo termine, ma non per la prognosi a breve termine e nella fase acuta della malattia, poiché esiste un'interrelazione tra lo stato nutrizionale dell'anziano e una riduzione della capacità funzionale dello stesso (esempio: una condizione post-ictus), come

conseguenza della valutazione tecnica attuata attraverso l'intervista. Si è trovato una migliore applicabilità e una minore interferenza rispetto alle interviste faccia a faccia di pazienti con deficit cognitivi, dove il Mna è esclusivamente applicato dal personale infermieristico.

A tutt'oggi, il Mna è lo *screening* che risulta più adatto per i pazienti anziani ospedalizzati.

Nel parlare di semplificazioni dei test come il Mna-Sfs, rimane di vitale importanza esaminare le classificazioni miste dei test che tendono ad essere, talvolta troppo selettive, in termini di sovra o sottostima dello stato nutrizionale, rispetto al riferimento (pieno di Mna) e ciò potrebbe indurre ad un errore di valutazione (Kaiser et al 2011).

L'errata classificazione in una categoria superiore di Mna precedente ("basso rischio" o "ben nutrita"), potrebbe essere potenzialmente dannosa per il paziente a causa di una sovrastima e/o sottostima dello stato nutrizionale e, quindi, di una potenziale privazione o no dell'intervento nutrizionale.

DISCUSSIONE

Lo screening del rischio nutrizionale all'ammissione in ospedale dovrebbe riferirsi ad una valutazione rapida ed iniziale intrapresa da infermieri o medici che valutano lo stato patologico del paziente, ossia: i fattori eziologici della malattia acuta o cronica, i traumi ecc. Se sussiste un segno significativo di rischio di malnutrizione, una consulenza nutrizionale multidisciplinare, appropriata e specifica dovrebbe essere considerata in ambito di equipe.

La raccolta dei dati dovrebbe essere fatta nelle 24 e poi a 72 ore dopo l'ammissione, anche attraverso un singolo colloquio con il paziente o con il *caregiver* (Oliveira et al 2009).

Nella fattispecie, la differenza tra rischio di denutrizione e di malnutrizione è spesso fraintesa, creando molta confusione e difficoltà nell'analisi e nel confronto dei dati.

La percentuale dei pazienti identificati come avente rischio elevato di malnutrizione sarà maggiore rispetto a quella effettivamente malnutrita (Oliveira et al 2009).

Vi è un rapporto d'interdipendenza tra lo stato nutrizionale e lo stato funzionale: il deterioramento dello stato nutrizionale è associato al ridotto consumo di cibo rispetto alla perdita di peso recente e associato allo stress della malattia, al grado di autosufficienza ed alla capacità funzionale.

Ad esempio: le ladl e Adl, spesso, hanno mostrato che gli anziani malnutriti erano più compromessi per quanto riguarda l'attività della vita quotidiana che enfatizza l'importanza della nutrizione. La prevalenza di malnutrizione tra gli anziani ammessi all'ospedale è elevata, probabilmente, a causa della loro vulnerabilità prima che della malattia stessa (Oliveira et al 2009).

Il Must è stato creato principalmente per lo *screening* degli adulti per identificare il sottopeso e la malnutrizione, nonché le carenze vitaminiche tendenti all'obesità.

Anche se raccomandato dall'Espen, nello screening degli adulti ospedalizzati, attualmente, è consigliato per tutte le impostazioni, compreso l'ospedale a lungo termine, anche se raramente si trova applicato (Diekmann et al 2013).

Il Mna è la scala costruita a misura di anziano, la più utilizzata e con il più alto valore predittivo: è considerato uno strumento utile per la valutazione di rischio nutrizionale a lungo termine, ma non per la prognosi a breve termine e nella fase

acuta della malattia per la quale potrebbe essere utilizzato meglio il Must (più adatto in fase acuta).

Il Mna-Sfs modificato con Bmi e Cc (Mna-Sfs) ha raggiunto i migliori risultati prospetticamente confermati nella comunità-dimora anziano e casa di cura per residenti.

Queste due impostazioni sono caratterizzate, in genere, da brevi e poco frequenti contatti del medico con il paziente (Kaiser et al 2011).

Il Mna-Sfs potrebbe essere utilizzato come strumento di *screening* rapido, ma non è chiaro se è in grado di sostituire l'Mna completo. Gli adeguamenti a forma breve di Mna possono servire ad aumentare il tasso di applicabilità, riducendo il tempo di attesa, ma possono anche provocare una valutazione nutrizionale in termini di sovra o sottostima. E queste sono delle variabili da non sottovalutare nella pratica clinica.

CONCLUSIONI

Esiste un'interrelazione tra stato nutrizionale e status funzionale.

La diagnosi nutrizionale (del medico e del dietologo) e l'identificazione dei fattori che contribuiscono a questa diagnosi sono, pertanto, essenziali, ma i processi sono complessi e spesso sottovalutati perfino dagli operatori sanitari.

I cambiamenti fisiologici e patologici inerenti all'invecchiamento sono misurabili dagli indicatori cui, probabilmente, ogni operatore sanitario può dar credito per il riconoscimento del rischio nutrizionale: fattori economici, sociali, la qualità e quantità di cibo consumato e il grado d'indipendenza (o dipendenza) e fragilità della persona.

È necessario procedere a rilevare anche nelle residenze assistenziali extraospedaliere e a domicilio, oltre ai casi riscontrati durante il ricovero ospedaliero, promuovendo la conoscenza e l'attenzione al problema delle persone più direttamente coinvolte nell'assistenza per saper cogliere i segni del rischio di malnutrizione.

È possibile far riferimento a delle metodiche per la valutazione del rischio ricorrendo a protocolli semplificati.

Il Mna è la scala di *screening* costruita per gli anziani, la più utilizzata e con il più alto valore predittivo: è considerato uno strumento molto utile per la valutazione di rischio nutrizionale a lungo termine, ma non tanto utile per la prognosi a breve termine e nella fase acuta della malattia per la quale potrebbe essere utilizzato il Must (più idoneo per identificare il sottopeso e la malnutrizione, nonché, le carenze vitaminiche tendenti all'obesità).

Gli adeguamenti a forma breve di Mna possono servire ad aumentare il tasso di applicabilità per ridurre il tempo necessario di attesa, ma devono essere valutati attentamente in fase di somministrazione (dal personale medico o infermieristico) e di accertamento dati per non incorrere a sottostime e/o sovrastime (falsi negativi e falsi positivi) del rischio alla malnutrizione, nuocendo gravemente alla salute malato.

Sono necessari nuovi studi primari per valutare l'efficacia clinica della sottoscala Mna-Sfs nella pratica quotidiana ospedaliera per valutare adeguatamente la scala di riferimento e per prevenire questa eventualità che ogni operatore sanitario non deve affatto sottovalutare.

AUTORE:

Georgia Luzi, infermiera e studentessa presso il corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Capitini N, Montanari L, Marotta G.G, Paganelli M.T, Morucci R, *Elderly nursing home residents: risk of malnutrition and nutritional supplements: our experience.* Nutritional therapy & Metabolism, 29 (3), 150-156. 2011.

Diekmann R, Winning K, Uter W, Kaiser M.J, Sieber C.C, Volkert D, Bauer J.M, Screening for malnutrition among nursing home residents. A comparative analysis of the Mini Nutritional Assessment, the nutritional Risk Screening, and the Malnutritional Universal Screening Tool. The Journal Nutritional on Nutrition, Health & Aging ©, 17(4), 326-331. 2013.

Fontana L, Modulating human aging and age-associated diseases, Biochim Biophys Acta, 1790(10), 1133-1138. 2009.

Kaiser R, Winning K, Uter W, Comparison of two different approaches for the application of the mini nutritional assessment in nursing homes: Resident interviews versus assessment by nursing staff. J Nutr Health Aging, 13, 863-869. 2009.

Kaiser M.J, Bauer J.M, Ramsch C, MNA-International Group, *Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status.* J Nutr Health Aging, 13, 782-788. 2009.

Kaiser M.J, Bauer J.M, Uter W, Donini L, Stange I, Volkert D, Diekmannn R, Drey M, Bollwein J, Tempera S, Guerra A, Ricciardi L.M, Sieber C, *Prospective validation of modified Mini Nutritional Assesment short-Forms in the community, nursing home and rehabilitation setting.* J Am Geriatric Soc (JAGS), 59:2124-2128. 2011.

Kvamme J.M, Olsen J.A, Florholmen J, Jacobsen B.K, Risk of malnutrition and health-releated quality of life in community-living elderly men and women: The Tromso study. Qual Life Res, 20, 575-582. 2011.

Jbd, Effectiveness of intervention for under norished older in patients in the hospital setting Best Practice Issue, 11 (2). 2007.

Noè D, Lanzi P, Rubino N, Braggiotti S, Nicolai E, Spiti R, Zanoni M.C, Raschioni E, *The MUST as a tool for nutritional risk screening among adult patients in a hospital setting: our experience at the San Carlo Borromeo hospital, Milan, Italy.* Nutritional Therapy & Metabolism, 30(2),79-83. 2012. Oliveira R.M, Fogaca K.C.P, Leandro-Merhi V, *Nutritional status and fuctional capacity of hospitalized elderly.* Nutritional Journal, 8:54. 2009.

Rubenstein L.Z, Harker J.O, Salva A, Guigoz Y, Vellas B, Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol A Biol Sci Med Sci, 56, M366-M372. 2001.

Stange I, Poeschl K, Sieber C.C, Volkart D, Screening for malnutrition in Nursing Home residents: comparison of different risk markers and their association to functional impairment. The Journal of Nutrition, Health & Aging ©, (17) 4. 2013.

EBPCORNER

La ginnastica vescicale prima della rimozione del catetere vescicale è utile per la ripresa delle funzionalità nei pazienti affetti da ictus?

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

Revisione critica dell'articolo di Moon H.J, Chun M.H, Lee S.J, Kim B.R: "The usefulness of bladder reconditioning before indwelling urethral catheter removal from stroke patients". Am J Phys Med Rehabil 2012 Aug;91(8):681-8. doi: 10.1097/PHM.0b013e31825a0a1b

BACKGROUND

Il cateterismo vescicale a permanenza nei pazienti colpiti da ictus durante la fase acuta viene utilizzato, prevalentemente, per monitorare la diuresi ed evitare la ritenzione urinaria in caso di vescica neurologica.

È pratica ricorrente, prima della rimozione del catetere vescicale, effettuare un programma di training vescicale (comunemente indicato in Italia come ginnastica vescicale) che consiste nella chiusura periodica del catetere, tramite clampaggio, che ha lo scopo di stimolare il recupero del tono muscolare vescicale e permettere il normale riempimento e svuotamento della vescica. Tuttavia, sono state registrate diverse complicanze

associate a questa metodica: il tempo di permanenza del catetere è maggiore nei pazienti sottoposti a ginnastica vescicale rispetto a quelli su cui la pratica non viene eseguita; gli episodi di batteriuria aumentano tra il 5 e l'8% al giorno durante la permanenza del catetere, senza contare i potenziali traumi del tratto urinario, gli episodi di ematuria e il disagio per i pazienti legati a perdite urinarie, bruciori e dolore alla minzione. Inoltre, aumentano anche le infezioni del tratto urinario nei

pazienti sottoposti a ginnastica vescicale. Ricerche condotte a livello internazionale non hanno dimostrato l'efficacia inequivocabile della ginnastica vescicale prima della rimozione del catetere a permanenza: infatti, i pochi studi condotti non sono concordi nei risultati e sono spesso difficili da comparare tra loro, in quanto analizzano pazienti con problemi clinici diversi, con procedure di riabilitazione vescicale differenti e con motivi di inserimento del catetere vescicale diversi.

DISCUSSIONE

Lo studio si basa su una domanda di ricerca chiaramente formulata?

Lo studio di Moon et al. intende valutare l'efficacia di un programma di ginnastica



vescicale effettuato prima della rimozione del catetere a permanenza nei pazienti affetti da ictus ed indicare il periodo ottimale di durata della ginnastica vescicale.

Gli autori hanno fornito una chiara descrizione del background, del quesito di ricerca e degli *outcome*.

Nella <u>popolazione</u> oggetto di studio sono stati inclusi pazienti con diagnosi di ictus ricoverati nel Dipartimento di medicina riabilitativa dell'Asan Medical Center di Seoul (Korea).

I pazienti non erano mai stati sottoposti a rimozione o reinserimento di catetere vescicale a permanenza e non avevano assunto alcun farmaco che potesse influenzare la funzione vescicale. Sono

> stati esclusi quelli che presentavano, al momento dell'arruolamento, problemi del tratto urinario, una storia di pregresso ictus o lesione cerebrale o che seguivano una terapia farmacologica che poteva influenzare lo svuotamento vescicale.

> Due sono stati i tipi di intervento: Intervento 1: programma di ginnastica vescicale che prevedeva un programma protratto per 24 ore

Intervento 2: programma di ginnastica vescicale che prevedeva

un programma protratto per 72 ore.

Entrambi i programmi hanno previsto di mantenere chiuso il catetere vescicale per quattro ore e di aprirlo per cinque minuti per permettere lo svuotamento vescicale, simulando il modello fisiologico di svuotamento e riempimento della vescica.

Tutti e due sono stati comparati con il trattamento convenzionale che prevedeva la rimozione del catetere senza nessun programma di riabilitazione vescicale.

Due anche gli *outcome*: il primario (tempo di ripresa della diuresi spontanea dopo la rimozione del catetere, volume di urine emesse, quantità di urine residue in vescica dopo minzione, metodi di svuotamento vescicale - cateterismo a intermittenza o svuotamento spontaneo -; volume medio della minzione e volume di residuo vescicale in terza giornata dopo la rimozione del catetere); e secondari (infezioni urinarie sintomatiche - accompagnate cioè da febbre, dolori e bruciori alla minzione -, perdite urinarie, distensione vescicale e lesioni del tratto urinario).

Gli autori hanno utilizzato il disegno di studio adeguato?

I ricercatori per rispondere alla domanda di ricerca hanno scelto il disegno di studio che rappresenta il *gold standard* per valutare l'efficacia di un intervento e cioè hanno condotto un *trial* clinico randomizzato e controllato.

In particolare, hanno usato un gruppo di controllo e due diversi gruppi di intervento per valutare due, diversi programmi riabilitativi.

Gli autori descrivono i criteri e i sistemi di randomizzazione applicando in maniera corretta il principio dell'allocation concealment (buste chiuse estratte a sorte) al fine di garantire a tutti i partecipanti la stessa probabilità di rientrare in un gruppo, piuttosto che in un altro.

Inoltre, per garantire un'equa rappresentazione di entrambi i sessi nei tre gruppi di ricerca, i ricercatori hanno utilizzato un sistema di allocazione stratificato.

L'analisi dei risultati è stata condotta secondo i principi dell'*intention to treat*: i pazienti, cioé, sono stati analizzati nel gruppo in cui erano stati randomizzati.

Si trattava di un campione di pazienti definito e rappresentativo?

Lo studio è stato condotto da aprile 2010 ad aprile 2011.

Dei 64 pazienti con ictus dichiarati eleggibili per lo studio (35 pazienti affetti da ictus emorragico e 25 da ictus ischemico) ne sono stati arruolati 60 (93,8%).

Sono stati assegnati in maniera *random* 20 al primo gruppo (controllo), 20 al secondo, e 20 al terzo.

I tre gruppi in studio presentavano caratteristiche simili.

Il follow-up è stato sufficientemente lungo e completo?

Il follow up è stato fissato a tre giorni dalla rimozione del catetere per tutti i gruppi ed è stato completato da tutti i pazienti.

RISIII TATI

Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative tra i tre gruppi nella frequenza e metodica di svuotamento vescicale (svuotamento spontaneo o cateterismo a intermittenza), nel tempo di ripresa della diuresi (p = 0,07) né nella quantità di urina residue dopo minzione.

Inoltre, non si sono riscontrate differenze significative in termini di risultati legate al tipo di ictus e tra i pazienti affetti da ictus e quelli sottoposti ad intervento chirurgico post-ictus, tranne che per i tempi di permanenza del catetere (p = 0,001) maggiori nel secondo gruppo rispetto al primo.

Un ulteriore risultato a sfavore dell'utilizzo della ginnastica vescicale è rappresentato dalla necessità di riposizionare il catetere vescicale per incapacità di ripresa della minzione spontanea (RR 0,16) nel gruppo di pazienti sottoposti alla ginnastica vescicale.

Esiste, inoltre, una forte correlazione negativa tra età dei pazienti e volume della prima minzione nel primo gruppo di ricerca (r = -0,73; P = 0,002) e nei due gruppi sperimentali (r = -0,4; P = 0,05). Si sono registrati un maggior numero di infezioni nei gruppi di intervento rispetto a quello di controllo a causa della maggiore permanenza del catetere in vescina

Va sottolineato che la popolazione di

soggetti studiati è sovrapponibile ai pazienti seguiti nella realtà italiana presso le unità di riabilitazione.

CONCLUSIONI

Lo studio di Moon e colleghi ha preso in considerazione pazienti con ictus nei quali è stato inserito un catetere vescicale durante la fase acuta di malattia.

La rimozione del catetere vescicale può avvenire durante la fase di riabilitazione e può essere preceduto da un periodo di ginnastica vescicale.

I risultati ottenuti dal presente studio dimostrano che un programma di ginnastica vescicale praticato prima della rimozione del catetere vescicale non ha un'evidente efficacia, potendo, anzi, provocare ulteriori problemi, come ad esempio un'infezione del tratto urinario dovuta al prolungamento della permanenza del catetere in vescica.

Anche se lo studio è ben condotto, il campione di pazienti studiato da Moon et al. è piuttosto limitato (n=60) e si riferisce a pazienti che hanno mantenuto il catetere fino al trasferimento nel reparto di riabilitazione, che può avvenire in tempi diversi.

Per suggerire o sconsigliare definitivamente il ricorso a tale pratica sono necessari ulteriori studi condotti su campioni più ampi e con programmi di riabilitazione a lungo termine che tengano conto anche del diverso tempo di permanenza del catetere e dell'età dei pazienti.

AUTORI:

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

Fiorella Pampoorickal, coordinatore infermieristico Ao Sn 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, professore associato Scienze Infermieristiche presso l'Università Campus Biomedico di Roma, componente Polo Pratica Clinica del Cecri.

In corso un'indagine on line sull'infermiere di famiglia

Il ministero della Salute, in collaborazione con il Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica e con il Collegio Ipasvi di Roma, ha promosso un'indagine on line riguardo il ruolo dell'infermiere di famiglia. Comprendere cosa succede sul territorio nazionale in merito allo sviluppo/istituzione di questa figura è fondamentale per l'Infermieristica italiana.

Possono compilare il questionario infermieri che operano a livello di cure territoriali e/o primarie. Inoltre, possono compilare il questionario tutti gli infermieri che hanno conseguito, o stanno conseguendo, un master in Infermieristica di famiglia, sanità pubblica o assimilabili.

L'obiettivo dei ricercatori è conoscere l'opinione degli infermieri che operano in questi ambiti.

Il questionario è anonimo e i dati saranno analizzati in forma aggregata.

Per partecipare all'indagine bisogna digitare il seguente indirizzo web: https://it.surveymonkey.com/s/infermiere_di_famiglia_ipasvi_provinciali e quindi seguire le istruzioni presenti sulla pagina internet che sarà visualizzata sullo schermo. Grazie per la collaborazione!







Rinnovo delle cariche elettive: risultati e programmi futuri



Gli infermieri di Roma e Provincia scelgono i nuovi vertici del Collegio

lle elezioni per il rinnovo del Consiglio direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio Ipasvi di Roma gli infermieri di Roma e della Provincia hanno scelto la continuità e con un consenso plebiscitario hanno eletto la nuova presidente Ausilia Pulimeno (già vice-presidente) e i nuovi organismi direttivi, ampiamente rinnovati con l'ingresso di altri giovani Consiglieri e Revisori.

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

Le elezioni per il rinnovo degli organi di rappresentanza professionale del 14, 15 e 16 dicembre scorsi hanno evidenziato una partecipazione massiccia degli iscrit-



ti che ha indicato la lista del gruppo dirigente uscente guidato da Pulimeno, da molti anni impegnata in prima linea nelle battaglie intraprese dal Collegio di Roma a tutela dei cittadini assistiti e della professione infermieristica. blica della neo presidente: "La sanità vive una fase di forte criticità fra carenze organizzative e strutturali che ancora ostacolano la professione infermieristica nel riconoscimento di ruolo, trattamento economico. e carriera. Saremo impegnati con ogni energia su tutti i fronti aperti, con un atteggiamento sempre propositivo ma fermo nella difesa dell'autonomia professionale e nel rapporto con le istituzioni, alle quali chiediamo di affrontare in modo risolutivo i problemi che affliggono il nostro sistema sanitario e di riconoscere il ruolo centrale e insostituibile deali infermieri nell'assistenza ai cittadini. In linea con l'imposta-

Questa la prima dichiarazione pub-

zione degli ultimi anni, punteremo a sviluppare al massimo il contatto diretto con gli iscritti, la rete dei servizi, la partecipazione alle attività scientifiche e alla ricerca infermieristica, valorizzando anche le carriere cliniche oltre a quelle direttive e manageriali. Ringrazio di cuore il Presidente uscente Gennaro Rocco che in questi anni ha saputo imprimere un'autentica svolta al nostro organismo di rappresentanza. Da lui raccogliamo una gravosa eredità che, grazie al suo mirabile esempio, affronteremo con spirito di abnegazione e grande entusiasmo".

In linea con il voto espresso dagli iscritti, nella sua prima seduta del 22 dicembre 2014, il nuovo Consiglio ha proceduto all'insediamento del Direttivo e all'assegnazione delle cariche statutarie.





Il nuovo gruppo dirigente del Collegio Ipasvi di Roma alla seduta di insediamento del 22 dicembre 2014

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Ausilia M.L. Pulimeno

Vicepresidente

Stefano Casciato

Segretario

Maria Grazia Proietti

Tesoriere

Carlo Turci

Consialieri

Simonetta Bartolucci, Girolamo De Andreis, Maurizio Fiorda, Claudia Lorenzetti, Natascia Mazzitelli, Ilma Molinaro, Mariagrazia Montalbano, Cinzia Puleio, Francesco Scerbo, Marco Tosini, Maurizio Zega

Collegio Revisori dei conti

Presidente

Marinella Carnevale

Revisori

Roberta Marchini e Marco Sereni

Revisore supplente

Emanuele Lisanti



Il passaggio di consegne tra l'ex presidente Rocco e la nuova presidente Pulimeno

Il nuovo Consiglio Direttivo



Presidente AUSILIA MARIA LUCIA PULIMENO

Infermiera, Afd, DAI, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Ha vissuto una lunga, complessa ed esaltante carriera infermieristica, sia nel contesto assistenziale che nella formazione, concludendo con l'esperienza da dirigente dell'Area infermieristica ed ostetrica del Policlinico Umberto I di Roma. Docente nel corso di laurea in Infermieristica e Master presso l'Università "Sapienza". Ha già ricoperto il ruolo di vicepresidente del Collegio Ipasvi di Roma.



Vicepresidente STEFANO CASCIATO

Infermiere, Afd, specializzato in cardiologia, istruttore Blsd, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Dal 1988 caposala presso l'Ospedale oftalmico; dal 2003 al 2008 Responsabile dell'Area infermieristica e tecnica del dipartimento di Oftalmologia dell'Asl Rm/E. Ha lavorato come infermiere presso la Cardiologia del San Camillo. È docente ai corso di Laurea in Infermieristica presso le Università "Sapienza" (Polo Ospedale Santo Spirito) e Tor Vergata (Polo Idi).



Segretaria MARIA GRAZIA PROIETTI

Infermiera pediatrica, DAI, laurea in Sociologia, indirizzo organizzativo e del lavoro, laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Ha lavorato come Infermiera pediatrica presso l'Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina, poi come CSSA all'Ospedale di Viterbo e come Dirigente del Servizio infermieristico dell'Azienda Usl Rm/D. Attualmente è Responsabile della progettazione di servizi sanitari e socio-sanitari presso la Cooperativa sociale Nuova Sair Onlus.



Tesoriere CARLO TURCI

Infermiere, Afd, DAI , laurea Magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche.

Infermiere Dirigente del Servizio Professioni sanitarie dell'Azienda ospedaliera universitaria Sant'Andrea. È esperto in Igiene mentale e management.

È docente ai Corsi di Laurea in Infermieristica dell'Università di Tor Vergata.".

I nuovi Consiglieri



FRANCESCO SCERBO

Infermiere, laurea Magistrale con lode e dottorando di ricerca in Scienze infermieristiche e Sanità pubblica. Rappresenta gli studenti universitari in Consiglio di Amministrazione presso l'Università degli studi Roma Tor Vergata. Libero professionista con collaborazione presso il San Raffaele SpA, con esperienza in Riabilitazione neuromotoria e Riabilitazione respiratoria.



NATASCIA MAZZITELLI

Infermiera. laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche. Master in Management nel Coordinamento delle Professioni sanitarie. Responsabile Uos "Rapporti con le università", Tutor didattico nel corso di laurea in Infermieristica presso la Uoc "Formazione universitaria" della Asl Rm/G. Docente a contratto al corso di laurea in Infermieristica, al Master in Management per le funzione di coordinamento delle Professioni sanitarie dell'Università di Tor Vergata-sede di Tivoli, Subiaco e Monterotondo.



MAURIZIO FIORDA

Infermiere, perfezionamento in Urologia presso l'università di Tor Vergata, master in Management per le funzioni di coordinamento infermieristico.

Ha lavorato come infermiere presso la Sala operatoria dell'ospedale Sant'Eugenio, come tutor presso i Centri di Formazione Idi e Santa Lucia. Attualmente in servizio presso il Centro Paraplegici dell'Asl Roma D-Ostia Lido.



MAURIZIO ZEGA

Infermiere, Afd, DAI, laurea in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Phd candidate.

Direttore del Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo ed Ostetrico del Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma. Membro dell'Osservatorio Nazionale Formazione Continua in Sanità dell'Agenas. Docente al corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore ed al corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche presso l'Università di Tor Vergata.



SIMONETTA BARTOLUCCI

Infermiera, Afd, DAI, Specializzazione in Assistenza ausiliaria in Pediatria e Nipiologia, laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche.

Ha lavorato sei anni all'Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina. Dal 1990 lavora presso la Asl Rm H dove ha prestato servizio per sei anni presso l'UO di Medicina come infermiera e poi Coordinatore, per undici anni presso l'Ufficio Infermieristico ed attualmente assegnata all'UO Formazione corso di Laurea per Infermieri. Docente presso il corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Tor Vergata - Sede di Frascati e "Sapienza" - Sede di Anzio.

I nuovi Consiglieri



CINZIA PULEIO

Infermiera, Master di I livello in "Management per le funzioni di Coordinamento", DAI, Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Master di Il livello in Diritto e Management delle Aziende sanitarie.

Attualmente Coordinatore Infermieristico presso la ASL RM/B, Area Sanità Penitenziaria.

Docente presso il corso di Laurea triennale in Infermieristica all'Università Tor Vergata (Polo formativo "Luigi Patrizi" Asl Rm/B).



MARCO TOSINI

Ha lavorato come infermiere presso l'Utic dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Gemelli. Presso il Policlinico Gemelli ha maturato importanti esperienze come Coordinatore Infermieristico presso la Divisione di Ortopedia e Traumatologia, Sala operatoria ortopedica e il reparto di neurologia-stroke-unit e Day Hspital di Neurologia. Attualmente è Coordinatore del Centro di Coordinamento Ricoveri e Pre-Ospedalizzazione del Policlinico Agostino Gemelli.



CLAUDIA LORENZETTI

Infermiera, Afd, DAI, Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Lavora da 28 anni presso l'Ao San Camillo Forlanini con la qualifica di Infermiera (11 anni), Coordinatore infermieristico (4 anni) e dal 2002 a tutt'oggi, in qualità di Coordinatore del Ditro (Dipartimento Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico), ricopre l'incarico di Posizione organizzativa in Gestione delle Risorse umane e Governo clinico.

Docente ai corsi di Laurea in Scienze infermieristiche e di Master in Coordinamento delle Professioni sanitarie nelle Università "Sapienza" (sede Forlanini) e "Tor Vergata" (sede Idi e Asl Rm/C).



MARIAGRAZIA MONTALBANO

Infermiera, Afd, DAI, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. laurea in Sociologia, Master di II livello in Economia pubblica. Direttore di strutture residenziali per anziani private- accreditate della Lusan srl. Docente nei corsi di laurea in Infermieristica della Università di Tor Vergata e in master di I e II livello della Università di Tor Vergata e della Università Campus Biomedico, Esperta di organizzazione di servizi socio sanitari pubblici, privati, ospedalieri e territoriali.



GIROLAMO DE ANDREIS

Infermiere, Master in Management, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche.

Coordinatore Infermieristico Area Emergenza Policlinico Universitario Tor Vergata. È docente ai corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche e di Master in Management dell'Università Tor Vergata.



ILMA MOLINARO

Infermiera dal 1991, professione scelta con consapevolezza e passione. Oggi, Coordinatore Infermieristico, continua a lavorare con grande forza di volontà, maturità e soddisfazione professionale, nonostante la presenza di continue difficoltà e impedimenti.

I nuovi Revisori dei Conti



Presidente MARINELLA CARNEVALE

Infermiera, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Master di I Livello in "Management e Coordinamento delle Professioni sanitarie e Master di II Livello in "Economia Pubblica e Gestione dei Servizi Sanitari".

Lavora come infermiera dal 2008 ed ha prestato servizio in diversi ospedali romani prevalentemente nell'area critica. Attualmente lavora presso l'Uoc Cardiologia e Cardiochirurgia del Policlinico Universitario Campus Biomedico di Roma.



MARCO SERENI

Infermiere dal 1986 con specializzazioni in Anestesia e Rianimazione, Afd, Diploma universitario in Tecnico di Fisiopatologia cardiocircolatoria, Master in Infermieristica forense, iscritto al primo anno del corso di laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche.

Infermieri strumentista dal 1988, perfusionista e poi Coordinatore dal 1998 ad oggi del blocco operatorio dell'ospedale San Filippo Neri.



ROBERTA MARCHINI

Infermiera, Afd, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche. Master di II livello Management sanitario e Direzione di Strutture complesse. Iscritta al primo anno della laurea Magistrale in Economia sanitaria. Dal 1988 dipendente della ASL Rm/F, prima come Infermiera quindi come Coordinatrice infermieristica, dal 2011 responsabile dell'Ufficio Infermieristico al Polo ospedaliero San Paolo.



FMANUFIF LISANTI

Economista sanitario e infermiere di Area critica presso l'European Hospital. Dopo aver lavorato in società di consulenza per il controllo direzionale in sanità, entra in reparto, accanto al letto del malato, dove si stabilisce la qualità delle cure prestate e ricevute. Il suo lavoro si esplica anche nel migliorare le condizioni organizzative e professionali degli Infermieri stessi.



SINTESI DEL PROGRAMMA TRIENNALE

IL COLLEGIO CHE SERVE

Serve un Consiglio Direttivo capace di raccogliere le aspettative del gruppo professionale e tradurle in azioni concrete con la massima determinazione. Un Consiglio esperto, autorevole e innovatore, che sappia imporre le ragioni degli iscritti e dei cittadini su tutti i tavoli istituzionali. Serve un Collegio che si mantenga aperto, attrattivo e coinvolgente per le sue svariate attività, per il ventaglio di servizi gratuiti, per la promozione dell'aggiornamento scientifico e della ricerca.

IL MODELLO CHE VOGLIAMO

L'infermiere protagonista dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali con autonomia organizzativa e gestionale dell'assistenza alla persona in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e del Lazio. Istituzione dei Dipartimenti delle professioni sanitarie e investimenti su Unità di degenza infermieristica, sviluppo dell'assistenza territoriale, Case della salute, Ambulatori infermieristici, Infermiere di famiglia e di comunità. Sviluppo della Libera professione.

PROSEGUIAMO LA STRADA

Professionisti di alto livello, laureati, specializzati, esperti clinici, ricercatori, docenti universitari. Siamo arrivati fin qui a suon di sacrifici, battaglie e storiche conquiste. Dobbiamo difendere con i denti il nostro straordinario cammino e proiettarci nel futuro da protagonisti



esprimendo una rappresentanza professionale forte perché il ruolo di noi infermieri sia sempre più riconosciuto, valorizzato e al servizio del cittadino e del suo diritto alla salute. Siamo preparati per questo, gli interessi di parte non devono impedire l'appropriatezza delle cure.

DEL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO

NONOSTANTE IL CONTESTO...

Servizio sanitario in grave difficoltà fra tagli di risorse e blocco del turn over con conseguenti condizioni di lavoro proibiti. La professione infermieristica non sfugge alla crisi generale e vive le problematiche attuali del mondo del lavoro. È necessario ridefinire logica e cultura del lavoro per contrastare il precariato e sostenere il decoro della professione.

GLI IMPEGNI

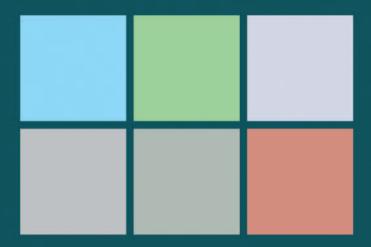
Difesa della dignità professionale, pressing deciso per l'adeguamento degli organici, sblocco del turn over e della mobilità, progressione di carriera legata alla pratica clinica, a quella gestionale e alle competenze specialistiche, potenziamento del corpo professionale accademico, stabilizzazione della dirigenza infermieristica ai vari livelli dell'organizzazione e diversificazione delle varie posizioni organizzative di infermieri bed manager, specialisti clinici, case manager. Sviluppo di modelli organizzativi infermieristici per la continuità assistenziale ospedale-territorio, sostegno alle nuove forme di esercizio libero-professionale.

I SERVIZI

Ottimizzare le risorse per continuare a fornire servizi a tutti gli iscritti: corsi Ecm presso la sede del Collegio e itineranti nei contesti lavorativi, corsi Fad, iscrizione e certificati on line, casella di posta elettronica certificata (Pec), tesserino professionale magnetico, consulenza legale, amministrativa e contabile, accesso alle principali banche dati mondiali di letteratura



infermieristica, rivista di aggiornamento professionale "Infermiere Oggi", accesso al portale della Federazione Ipasvi, ai siti web e alle newsletter del Collegio di Roma e del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri).



È on line il nuovo sito web del Collegio IPASVI di Roma.

Più ricco, con più informazioni e più appuntamenti,
tutti gli eventi Ecm gratuiti, i seminari
e i convegni, i servizi agli iscritti.
E poi le news d'interesse professionale,
i comunicati, i link da non perdere
per tenersi aggiornati.

Più bello, più intuitivo, più vicino a te:

WWW.IPASVI.ROMA.IT

il futuro è in linea!





Infermieri protagonisti della riforma sanitaria regionale E già alcuni sindacati medici storcono il naso...

anità ancora al centro dell'attenzione dei media nell'ultima parte del 2014.

I costi del sistema sanitario sempre più nel mirino e la scure dei tagli che non accenna a placarsi. Molti dolori per gli operatori sanitari, dunque, ma anche qualche gioia. Come quella di intravedere alcuni, significativi segnali di cambiamento nella politica sanitaria, finalmente in linea con quanto gli infermieri sostengono da tempo.

Così, il 2014 consegna al nuovo anno un'importante missione: realizzare finalmente un modello sanitario più efficace, più vicino ai cittadini e meno costoso.

Un modello in cui agli infermieri compete un ruolo da protagonisti.

ILTEMPO

Il Tempo (8/9/14) annuncia una nuova riduzione dei posti letto negli ospedali

di Roma e del Lazio. Il quotidiano della capitale titola: "i prossimi tagli. Via altri 531 letti". E spiega: "Per salvare il tessuto economicamente sano e far rientrare nei parametri l'assistenza ospedaliera pubblica e privata convenzionata di Roma e provincia, nei prossimi mesi il bisturi dei tagli tornerà ad affondare i suoi colpi, con una sforbiciata di altri 531 letti, portando a 2811 il computo complessivo dei posti, per acuti e post-acuzie, perduti in soli 4 anni". Ma non basta.

Il Messaggero (11/9/14) ag-Il Messaggero giunge: ", Renzi vuole 3 miliardi dalla sanità". Nell'articolo si legge: "Renzi ha chiesto ai ministri di scrivere le loro proposte di tagli del 3% per ogni dicastero. Ma il ministro della Sanità, Beatrice Lorenzin, è disposta a ridurre solo il budget del suo ministero. Non ha intenzione di tagliare il fondo del Patto per la salute, sforbiciata che potrebbe rendere 3 miliardi".

Sempre II Messaggero (13/11/14) riferisce una notizia che fa tirare un sospiro di sollievo a due importanti strutture sanitarie capitoline, titolando: "fondi per Gemelli e Biomedico". Si legge: "Sono stati firmati ieri i contratti tra la Regione, il policlinico Gemelli e il Campus bio-medico, con i quali si fissano i budget massimi 2014 per remunerare le due strutture accreditate con il sistema sanitario regionale. Il tetto massimo di fatturato che sarà riconosciuto dalla Regione per il Gemelli è di 423 milioni e 610 mila euro, mentre alla struttura di Trigoria andranno 85 milioni e 183 mila euro". Il giorno dopo, lo stesso quotidiano pubblica un'intervista al presidente Zingaretti che afferma: "Sanità, fine dell'emergenza e dal 2016 giù l'Irpef e l'Irap". E aggiunge: "Il presidente della Regione Nicola Zingaretti annuncia la chiusura della gestione commissariale della Sanità dal prossimo anno; e

nel 2016 si potranno abbassare le aliquote di Irpef e Irap". Prende corpo, finalmente, l'era delle Unità a degenza infermieristica fortemente sostenute dal Collegio Ipasvi di Roma. La

prima agenzia di stampa a darne notizia è Omniroma (16/9/14) con un dispaccio dal

titolo: "Ospedale Pertini avvia Unità degenza infermieristica". Si legge: "Anche l'ospedale Pertini di Roma si accinge ad avviare la sua prima Unità di Degenza a Gestione Infermieristica. La decisione della Asl RmB segue il recente esordio di Unità simili al Policlinico Umberto I e all'ospedale Nuovo Regina Margherita, un nuovo passo nella giusta direzione".



Lo rende noto il Collegio Ipasvi di Roma che, si legge in un comunicato: "sostiene con forza una riorganiz-Collegio Provinciale Zazione dei servizi che riconosca agli infermieri un

ruolo centrale, autonomo ed esclusivo, come nel caso delle Unità a Degenza Infermieristica. Una trasformazione di cui la Regione e le Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Lazio sembrano finalmente aver compreso l'importanza per superare l'attuale crisi del Servizio Sanitario Regionale, puntando sul miglioramento dell'assistenza ai cittadini e sulle abilità specifiche dei professionisti competenti". "Una bella notizia - la definisce l'allora presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco - che raccoglie le nostre istanze di cambiamento. Auspichiamo ora che l'attivazione delle nuove Udi previste anche in altri distretti sanitari della regione, si concretizzi con l'arruolamento di nuovi infermieri per garantirne il pieno funzionamento".



Anche Quotidianosanità.it (16/9/14) rilancia l'intervento del Collegio con un servizio dal titolo: "unità di degenza a gestione infermieristica del Pertini è modello positivo". Si legge: "Gennaro Rocco,

presidente del Collegio Ipasvi di Roma, sottolinea: 'Sosteniamo con forza una riorganizzazione dei servizi che riconosca agli infermieri un ruolo centrale, autonomo ed esclusivo'. E, commentando le recenti polemiche di alcuni sindacati medici, invita a 'non proteggere anacronistiche posizioni di potere'".

Lo stesso giorno il sito Quotidianosanità.it (16/9/14) pubblica l'ennesimo appello della Federazione Ipasvi contro i tagli e la precarietà: (Ipasvi): "Invece di parlare di un'ulteriore fase evolutiva, si discute di nuovi tagli". Si legge tra l'altro: "La Federazione Ipasvi denuncia da oltre sei anni la carenza di infermieri secondo le medie internazionali. Ne mancherebbero almeno 60 mila, ma il fabbisogno minimo ulteriore per il Ssn non può scendere sotto i 18-20mila, anche considerando lo sviluppo dell'as-



sistenza sul territorio (ospedali di comunità) e il nuovo volto dell'ospedale (per intensità di cura e complessità assistenziale e non più per singole specialità mediche)".

La Repubblica (21/9/14) annuncia: "Sanità, ora si risparmia 246 milioni in meno su garze, aghi e pasti". E spiega: "La Regione potenzia la Centrale unica degli acquisti. Fissati i prezzi di riferimento per oltre 500 prodotti, gare anche per farmaci e servizi di lavanderia. Una boccata d'ossigeno per un ente commissariato e che chiuderà il 2014 ancora in disavanzo".

Ci sono altre novità organizzative in vista. Il Messaggero (16/10/14) titola: "Ambulatori aperti nel weekend: meno file al pronto soccorso. E aggiunge: "Spariscono anche le ricette su carta, la sperimentazione a Fiumicino. Inoltre, per abbattere le liste di attesa, da dicembre i medici di base nel richiedere esami o visite specialistiche dovranno indicare il codice d'urgenza".

In tutto il mondo impazza la psicosi da Ebola e Roma non fa eccezione. Il Tempo (17/10/14) titola:

"Paura Ebola a Roma per il summit della Fao". Si legge: "Dopo il funzionario Fao ricoverato all'istituto per malattie infettive Spallanzani, la capitale teme per l'arrivo di 150 delegazioni straniere per la Conferenza internazionale sulla nutrizione. Dal 19 al 21 novembre sbarcheranno nella sede all'Aventino dell'Agenzia delle Nazioni Unite più di duemila esperti di cibo e agricoltura, compresi quelli provenienti dai paesi dove è in corso l'epidemia: Liberia, Sierra Leone, Guinea, Senegal, Nigeria e Congo". L'allarme non si spegnerà per molte settimane ancora.

Intanto, il presidente della Regione Lazio annuncia un taglio mai visto prima.

Il Messaggero (18/10/14) titola: "Sanità, tagliati 400 primari e accorpate due Asl". Il servizio riferisce: "Nel Lazio ci sono 1.123 unità operative complesse. Quindi, altrettanti primari. La Regione applicherà quanto previsto dal decreto Balduzzi, che richiede di rispettare il rapporto di 17,5 posti letto per unità operativa complessa. Dunque, bisognerà portare quella cifra a 722, che significa una riduzione di 400 unità. Il provvedimento, sarà messo nero su bianco negli atti aziendali delle Asl che dovranno essere presentati dai direttori generali tra meno di un mese". Il nuovo corso imboccato dalla sanità regionale scatena le resistenze di alcuni sindacati medici che temono di perdere potere.

Sanità

Il Sole24Ore Sanità (28/10/14) intervista la presidente della Federazione Ipasvi, Annalisa Silvestro che spiega: "Ad invadere

sono stati i medici. Plaudo all'iniziativa delle aziende e della Regione Lazio. Ma ci sono già state altre esperienze del genere in Italia, non capisco le 'urla manzoniane' da parte di alcuni sindacati dei medici".

Intanto, gli infermieri incrociano le braccia.

Il Messaggero (2/11/14) titola: "Infermieri in sciopero, si fermano gli ospedali: garantite solo urgenze". Nel servizio si legge:

"Gli infermieri sono i primi ad alzare la voce, a protestare per un contratto fermo da cinque anni (stipendi uguali dal 2009) e per il blocco del turn over nelle regioni in piano di rientro". Due giorni più tardi (4/11/14) lo stesso quotidiano romano tira le somme dell'agitazione: "Circa trentamila interventi chirurgici annullati, migliaia di camici in protesta in piazza Montecitorio. Questo il bilancio dello sciopero nazionale degli infermieri, che, ieri, ha paralizzato gli ospedali in tutta Italia, facendo rimandare gran parte degli interventi programmati e garantendo solo le urgenze. Obiettivo, manifestare contro il blocco delle assunzioni e i ritmi di lavoro insostenibili".

La riforma del servizio sanitario regionale continua a fare notizia.

Leggo Roma (11/11/14) scrive: "Ecco le

Case della Salute e gli ambulatori del soccorso". E aggiunge: "Le prime cinque attive da dicembre per snellire gli ospedali. E in ogni municipio arrivano i punti medici

del weekend". Qualche giorno dopo, Il Messaggero (17/11/14) annuncia: "Il piano per gli ospedali in consiglio regionale". Si legge: "Il piano di riordino della rete ospedaliera arriva in consiglio regionale. Il documento va a ridisegnare l'offerta sanitaria nel Lazio e non indica tagli sostanziali dei posti letto, anche se prevede in riequilibrio nella loro distribuzione: i 230 che perderà Roma, saranno ridistribuiti nel resto della provincia e della regione. Inoltre, sono state evitate le chiusure di alcuni ospedali come Subiaco e Bracciano. La minoranza però chiederà chiarimenti su alcune scelte che riguardano importanti ospedali romani che vedono diminuire il loro peso, a partire dal San Filippo Neri e dal Pertini, e dal ruolo invece riconosciuto alla sanità privata. Nel piano sono anche previste le case della salute e i poliambulatori aperti nei fine settimana".

Lo spauracchio Ebola non svanisce e il caso di un medico itala Repubblica liano contagiato scatena nuovamente la paura. La Repubblica
(25/11/14) titola: "Ebola allo Spallanzani, paura per il medico
contagiato in Africa". Il sommario recita: "Tutto pronto nell'ospedale super specializzato. Atteso dalla Sierra Leone il volontario di Emergency. Oggi nel reparto blindato l'arrivo del
medico contagiato in Sierra Leone. I preparativi del personale".

ll Tempo (26/11/14) rilancia una notizia di grande interesse per tutti gli infermieri: "Non erano iscritti all'albo: 140 infermieri della Asl RmG rischiano il processo". L'articolo spiega: "Da una vita fanno gli infermieri professionali ma, per la Procura di Tivoli, esercitano abusivamente la loro professione. Non per mancanza di titoli, ma dell'iscrizione all'albo professionale: a 140 infermieri dell'Asl Rm G è stato notificato l'avviso della conclusione delle indagini preliminari. Tutti imputati per il reato di abusivo esercizio di professione. Perché, contesta il sostituto procuratore Filippo Guerra, 'senza essere iscritti al relativo albo professionale (Collegio lpasvi), iscrizione obbligatoria secondo la legge 43 del 2006, esercitavano abusivamente l'attività di infermiere professionale, come



accertato in data 01/09/2011 con condotta perdurante". Intanto, impazza la vicenda del presunto vaccino antinfluenzale killer.

La Stampa (29/11/14) titola: LA STAMPA "Scoppia la psicosi-vaccino, sono undici le morti sospette". Si legge: "Scoppia la psicosi-vaccino: sono salite ad almeno undici le segnalazioni di morti sospette in Italia e l'Agenzia ministeriale del farmaco annuncia come probabile il sequestro di altri lotti del Fluad della Novartis. Anche se non vi sono analisi che dimostrino una correlazione tra immunizzazione e decessi. Anzi, i primi test dicono che quell'antidoto sarebbe sicuro. Due procure hanno aperto le prime inchieste, cresce l'ansia e dilaga la psicosi".

Il Messaggero (4/12/14) scrive: Il Messaggero "Vaccini, l'Agenzia europea scagiona il Fluad". E spiega: "Nessuna correlazione tra i due lotti di vaccino antinfluenzale Fluad della Novartis ed i venti decessi sospetti di anziani segnalati all'Agenzia italiana del farmaco (Alfa). A scagionare il Fluad è stato ieri il Comitato per la farmacovigilanza dell'Agenzia Europea per il Farmaco (Ema), che ha appunto indicato come non vi sia alcun rapporto con le morti segnalate".

Ma è l'Ansa (5/12/14) a lanciare per prima la **ANSA** notizia più attesa: "C'è accordo Regione-sindacati su rinnovo precari. Circa 3000 nel Lazio, prorogati di un anno". Nel dispaccio si legge: "Firmato l'accordo tra i sindacati e la Regione Lazio per il rinnovo dei contratti dei circa 3000 precari della sanità del Lazio. I contratti di medici infermieri e altre figure della sanità, in scadenza al 31 dicembre, sono prorogati di un anno. Si avvia inoltre percorso di stabilizzazione che sarà definito subito dopo l'approvazione degli atti aziendali".

Immediata la reazione del Collegio affidata ad un comunicato (/12/14): "Una boccata d'ossigeno non può Collegio Provinciale bastare". Si legge: "Il Collegio Ipasvi di Roma espri-

me soddisfazione per lo sblocco della vertenza ma anche viva preoccupazione per il futuro dei lavoratori e delle stesse strutture di cura. È una boccata di ossigeno per tanti colleghi e tante strutture sanitarie ma non la soluzione del problema – precisa il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco -. La condizione di precariato non si combina affatto con un'attività essenziale per la salute pubblica come quella infermieristica. Il precariato va, quindi, superato rapidamente, dando finalmente seguito alle promesse più volte reiterate dalla politica di procedere alla stabilizzazione definitiva di questi contratti".

Finisce bene la vicenda del medico italiano contagiato dal virus



Ebola e lo Spallanzani è sugli allori. L'agenzia di stampa Dire (16/12/14) titola "Oms: complimenti Italia per come sta curando il medico con-

tagiato". Nel dispaccio si legge: "L'Organizzazione mondiale della Sanità fa i complimenti all'Italia per come sta curando il medico di Emergency, ricoverato all'Istituto Spallanzani di Roma, affetto dal virus Ebola".

Qualche giorno dopo è lo stesso sanitario ad annunciare la sua

la Repubblica guarigione. Repubblica (27/12/14)

fitto Ebola ma non sono un eroe". E spiega: "La lettera di Fabrizio, il medico italiano contagiato in Sierra Leone e ricoverato a Roma: due settimane di blackout. Ora è in fase di convalescenza. Per curarlo, trentuno tra dottori e infermieri. Quattro protocolli sperimentali eseguiti". Un grande successo per la buona sanità di Roma.

Intanto, la Regione Lazio rifà i conti sanitari per il nuovo anno.



L'Ufficio stampa del Consiglio Regionale (17/12/14) spiega: "Vale poco più di 12 miliardi di euro il bilancio di previsione del Sistema sanitario regionale per

il 2015, a fronte dei 16 miliardi complessivi del bilancio regionale (al netto delle poste tecniche e delle partite di giro)". E ribadisce che: "L'obiettivo dichiarato della Regione resta quello di uscire dal commissariamento entro la fine del 2015".

Il 2014 se ne va con l'ennesima polemica sul nuovo corso della sanità regionale da parte dei sindacati medici.



E il Collegio Ipasvi reagisce ancora con un comunicato (29/12/14) dal titolo: "Chi e perché trema contro Collegio Provinciale il cambiamento?". Si legge: "Il cambiamento del

modello assistenziale in corso nella Regione Lazio fa paura a chi teme di perdere potere e privilegi. Non può spiegarsi altrimenti l'attacco concentrico sferrato in questi giorni da alcuni sindacati medici sulle nuove disposizioni adottate dalla Regione in materia di assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera. Da ultimo la sigla Cimo Lazio che ha annunciato ricorso al Tar contro il Decreto del Commissario ad Acta del 12 novembre 2014 n. U00370 che istituisce le Udi. Contestano, con la veemenza tipica di chi è punto sul vivo, l'attivazione di Unità di Degenza a Gestione Infermieristica, dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie, delle Case della Salute e delle altre strutture in cui la figura professionale infermieristica viene finalmente valorizzata". Sul caso interviene duramente la nuova presidente del Collegio, Ausilia Pulimeno: "Non si comprende l'atteggiamento protezionistico di alcuni sindacati medici che tentano di impedire il decollo di una nuova strategia assistenziale. Modelli che dove sono già stati adottati hanno prodotto risultati eccellenti, migliorando molto la qualità dell'assistenza e a costi notevolmente inferiori. Ecco perché insistiamo con i rappresentanti dei medici: la situazione è difficilissima e non è più il tempo di anteporre gli interessi di categoria e la difesa di piccoli potentati al bene comune. Non mettiamo in discussione la leadership clinica della figura medica nei processi di diagnosi e cura ma rivendichiamo le nostre competenze esclusive nell'assistenza diretta dei pazienti e nella loro gestione, abilità per le quali, a differenza dei medici, gli infermieri sono formati specificatamente a tutti i livelli del loro percorso universitario. Vogliamo dare risposte più efficaci alla cittadinanza e condividere soluzioni gestionali con tutti i medici di buona volontà. Per questo respingiamo con forza ogni difesa corporativa che ostacoli il cambiamento solo per mantenere vecchie posizioni di rendita".



"Alimentare la salute", focus su Sanit 2014 Il Collegio Ipasvi protagonista della XI edizione

na data anomala, quella che a fine 2014 ha segnato l'XI edizione di SANIT, il Forum internazionale della Salute di Roma. L'evento si è infatti tenuto dal 14 al 17 dicembre, a pochi giorni dalle festività natalizie e per giunta in concomitanza con le elezioni per il rinnovo del Consiglio direttivo e dei Revisori dei Conti del Collegio Ipasvi di Roma.

Nonostante ciò, un grande sforzo organizzativo è stato compiuto per riservare all'Ipasvi il consueto ruolo di protagonista della manifestazione, attraverso il proprio stand e numerosi eventi formativi gratuiti; alcuni dei quali hanno consentito anche il rilascio di crediti Ecm. Due i percorsi d'azione: da un lato analizzare il contributo delle associazioni infermieristiche per alimentare la salute; dall'altro, favorire riflessioni e approfondimenti sulla ricerca e sulla pratica professionale.

Le associazioni e le società scientifiche infermieristiche assumono infatti un ruolo sempre più cruciale nella sanità a misura di persona e nel determinare processi assistenziali di qualità basati su solide e validate prove scientifiche. I loro contributi nel campo assistenziale e la promozione dello spirito scientifico e della ricerca infermieristica interdisciplinare contribuiscono a promuovere la sostenibilità del sistema sanitario attraverso un lavoro di rete per dare rilevanza a tutti i nodi, centrali e periferici, del Servizio Sanitario Nazionale. In tale contesto, diventa fondamentale alimentare la salute in tutti i modi e le espressioni possibili attraverso interventi assistenziali programmatici e di si-

stema che mettano in risalto le specificità delle diverse componenti disciplinari delle scienze infermieristiche. Per questo, il 15 e il 16 dicembre, dalle 9 alle 17, a Sanit hanno sfilato le principali sigle che a vario titolo collaborano con il Collegio Ipasvi di Roma: AICO, AIOM, AIOSS, ANIARTI, AIU-RO, AIUC Onlus, ANIN, ANIPIO, Al-SLEC, OSDI. Si sono affrontati i temi dell'ampliamento delle conoscenze per gli infermieri di oncologia; delle stomie digestive ed urinarie e di nutrizione artificiale nel paziente intensivo; di fast track per il carcinoma della prostata; del contributo degli infermieri di neuroscienze a domicilio di persone con esiti di ictus; della sicurezza dai microrganismi multi farmaco resistenti; della prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione; del supporto della tecnologia nella cura del paziente affetto da diabete mellito.

In contemporanea, sempre nelle giornate del 15 e 16 dicembre, si sono tenuti eventi

sulla ricerca infermieristica e sulle esperienze nell'ambito della formazione infermieristica per l'area della cronicità, che hanno registrato la partecipazione di circa mille persone tra studenti del terzo anno del corso di laurea in Infermieristica, della laurea Magistrale e del dottorato di ricerca. Consistente anche la presenza di docenti, ricercatori e tutor. Scopo delle giornate è stato presentare alcune esperienze di ricerca condotte all'interno dei corsi di laurea triennale, Magistrale e dottorato in Scienze infermieristiche. Tali ricerche concorrono, con modalità e competenze diverse, alla produzione di nuove evidenze scientifiche o contribuiscono all'applicazione dei risultati della ricerca nell'ambito dell'assistenza infermieristica. Il filo conduttore che ha legato gli studi presentati è stata l'assistenza nell'ambito della cronicità. Le malattie croniche, infatti, rappresentano una sfida sia per i sistemi sanitari e i professionisti della salute, che se ne fanno carico con interventi di tipo preventivo, curativo, riabilitativo e palliativo, sia per le persone che ne sono affette e le loro famiglie. La gestione delle lesioni cutanee croniche, i problemi assistenziali degli anziani fragili, delle persone con BPCO o tumore, insieme alla prevenzione dell'osteoporosi e dell'obesità



NOTIZIEValcoLLEGIO

e all'assistenza rivolta ai *caregiver* sono stati alcuni dei temi presentati durante la giornata, studiati attraverso differenti disegni di ricerca

Il 16 dicembre, infine, evento dedicato alla pratica infermieristica e alle esperienze nell'ambito dell'organizzazione. Negli ultimi anni la ridefinizione dei sistemi sanitari e i cambiamenti dei bisogni della popolazione hanno portato gli infermieri ad assumere responsabilità diverse all'interno delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, ricorrendo a nuovi modelli organizzativi e

diversificando le proprie competenze professionali. La giornata ha avuto l'obiettivo di far conoscere i nuovi modelli professionali attraverso i quali gli infermieri possono fornire assistenza con l'intento di orientare i futuri infermieri verso nuove prospettive occupazionali e di carriera.

Nella mattinata conclusiva della manifestazione, inoltre, sono state coinvolte centinaia di studenti per un incontro pubblico con i vertici del sistema sanitario regionale e nazionale.

La XII edizione di Sanit si terrà nel mese di dicembre del 2015.

Gli infermieri al cinema in una mostra fotografica

Sanit, una particolarissima mostra fotografica ha catturato l'interesse dei visitatori.

Ad allestirla, il sindacato Nursing Up Lazio.

Su numerosi pannelli, campeggiavano alcune scene da celebri film in cui protagonisti sono infermieri. L'idea è venuta alla collega **Laura Rita Santoro**, che ha coinvolto, in qualità di curatore, il professor **Fabrizio Natalini**, ricercatore in "Cinema, Fotografia e Televisione" all'Università di Roma Tor Vergata, dove insegna Storia del cinema italiano.

La mostra ha voluto rappresentare un omaggio agli Infermieri, ma anche un viaggio antropologico, nella storia della professione attraverso il cinema, studiando le modalità che le Infermiere e gli Infermieri hanno stabilito nel corso del tempo per relazionarsi con la professione e con i pazienti.

Il cinema degli infermicri



La locandina della mostra

Un viaggio antropologico nella malattia, il malato, la sua famiglia.

Nelle pellicole scelte, le immagini, volutamente, rappresentavano l'infermiera romanticamente raffigurata, come nel film "Amore per sempre"; assieme a ruoli realistici, in cui non è difficile immedesimarsi, come in "Al di là della vita". Ma è stato

Una scena del film "Amore per sempre"

scelto anche l'infermiere un po' scomposto come nel film "Un sacco bello".

Le fotografie selezionate avevano tutte un denominatore comune, vale a dire la presenza di un infermiera/e, ad eccezione del film "Patch Adams", il cui protagonista, interpretato da Robin Williams, fa un commovente monologo a difesa del proprio modo di intendere la professione, pronunciando anche queste parole: "... e coltivate l'amicizia di quelle stupende persone che vedete in fondo all'aula: infermieri che possono insegnarvi, stanno con la gente tutti i giorni, e hanno un patrimonio di conoscenza da condividere con voi...".

La mostra fotografica sarà presto riproposta in altre sedi, in occasione di ulteriori manifestazioni.

NOTIZIE Oak COLLEGIO















NOTIZIEVakoLLEGIO



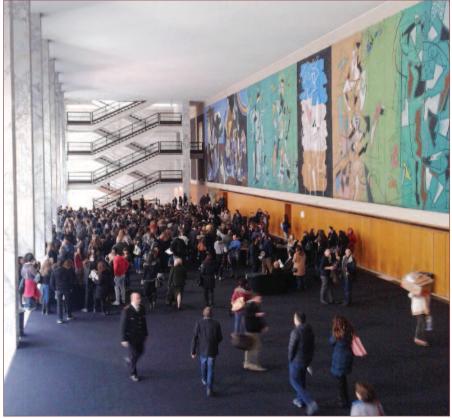


SANIT

Forum internazionale della Salute International Health Forum









Libera professione infermieristica A Bologna la terza Conferenza nazionale

a prima "uscita ufficiale" del nuovo gruppo dirigente del Collegio Ipasvi di Roma è stata a Bologna, in occasione della III Conferenza nazionale di Bologna sulla libera professione infermieristica, organizzata dalla Federazione nazionale Ipasvi e dall'Enpapi, l'ente di previdenza della categoria. Un fenomeno, quello della libera professione, che riguarda oggi circa 3 milioni di prestazioni secondo il Censis che valuta in oltre 850 milioni l'anno la spesa privata per prestazioni infermieristiche, eseguite dai circa 40mila professionisti iscritti all'Enpapi.

Nel futuro della libera professione un posto di primo piano assumeranno anche nuove forme associative di infermieri che possano garantire non solo le prestazioni professionali richieste anche dai

cittadini, ma la continuità dell'assistenza che oggi è una delle chimere della sanità sul territorio.

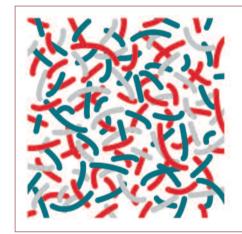
Sarà una consensus conference a tirare le somme degli orientamenti che gli infermieri, sollecitati dalla Federazione e dai singoli Collegi pronvinciali, esprimeranno sulle tre direttrici discusse l'11 gennaio scorso a Bologna.

Farmacia dei servizi

"Si tratta di applicare norme già in vigore – spiega Annalisa Silvestro, senatrice e presidente della Federazione nazionale Ipasvi – che prevedono nella farmacia dei servizi spazi dedicati a prestazioni che possono essere anche offerte dalle professioni sanitarie. In questo senso – aggiunge – i liberi professionisti rappresentano una risorsa importante che può essere gestita sia dedicando, appunto, spazi ad hoc all'interno delle farmacie, sia prevedendo, grazie a nuovi sistemi informatici, servizi di contatto diretto con singoli infermieri libero professionisti o con strutture infermieristiche dove i professionisti possono organizzarsi in team di assistenza".

Sanità integrativa

"Già numerosi gruppi assicurativi hanno chiesto alla Federazione uno specifico supporto per predisporre pacchetti di prestazioni da offrire nelle loro polizze sanitarie, perché sono gli stessi assicurati a chiederli – aggiunge Silvestro. E poiché è pos-



BOLOGNA 11 GENNAIO 2015

III GIORNATA
NAZIONALE
SULL'ESERCIZIO
LIBERO
PROFESSIONALE
INFERMIERISTICO

sibile che nel futuro l'assistenza integrativa aumenti i suoi spazi, visto che è già definita dal punto di vista normativo, ma ancora non del tutto decollata, i pacchetti di prestazioni infermieristiche assumono rilevanza nell'ottica di una ridefinizione e di un rilancio della libera professione.

L'infermiere di assistenza primaria

Una ipotesi proposta per la libera professione è stata anche quella di strutturare le prestazioni secondo convenzioni analoghe a quelle del medico di medicina generale. Tuttavia alla Giornata nazionale di Bologna è stato sottolineato che si tratta di una strada non facile da percorrere, stante l'attuale situazione di crisi economica: per un servizio efficiente servirebbero sul territorio un numero rilevante di infermieri e il loro costo, a carico delle Regioni come per tutte le altre convenzioni, sarebbe decisamente rilevante.

"Comunque, si tratti di liberi professionisti come di infermieri dipendenti, bisogna ragionare sempre in termini di rete e tutti, medici compresi, dobbiamo reciprocamente confrontarci. In questo quadro – ha concluso Silvestro - va discusso il ruolo dell'infermiere libero professionista, una figura che senza rete e integrazioni non va da nessuna parte. Dobbiamo cioè creare le condizioni per fare sistema mantenendo e rivendicando la specificità dell'assistenza infermieristica, intercettando la rilevante domanda, sempre più crescente, di assistenza".



Unità di degenza a gestione infermieristica Il Collegio contesta il ricorso al Tar della Cimo

I cambiamento del modello assistenziale in corso nella Regione Lazio fa paura a chi teme di perdere potere e privilegi.

Non può spiegarsi altrimenti l'attacco concentrico sferrato in questi giorni da alcuni sindacati medici sulle nuove disposizioni adottate dalla Regione in materia di assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera. Da ultimo, la sigla Cimo Lazio che ha annunciato ricorso al Tar contro il Decreto del Commissario ad Acta del 12 novembre 2014 n. 0370 che istituisce le Unità di Degenza a Gestione Infermieristica.

Il provvedimento è stato pubblicato sul Bur regionale lo scorso 20 dicembre.

C'è da chiedersi il perché di tanta preoccupata agitazione di talune sigle che si dimenano per esercitare ogni forma di pressione sul presidente **Nicola Zingaretti** affinché, nella sua veste di commissario alla sanità, rinunci ad operare quel cambiamento

che invece i cittadini reclamano con forza e gli infermieri propugnano da tempo.

Per Cimo Lazio, il decreto di Zingaretti "è al di fuori di ogni logica, va contro le norme esistenti e soprattutto è pericoloso per gli stessi cittadini perché crea dei reparti negli ospedali in cui i pazienti vengono affidati alle cure di personale non medico che non ha la formazione e la preparazione specifica e necessaria per svolgere compiti di diagnosi e terapia".

Di tutt'altro avviso gli infermieri. "La svolta impressa dagli ultimi provvedimenti della Regione Lazio può produrre solo benefici ad un sistema in profonda crisi come il nostro, segnato dall'insoddisfazione degli assistiti e degli stessi operatori, spremuto dalla spending review necessaria ad evitare il collasso finanziario e il blocco definitivo dei servizi", afferma la neo Presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno. "Non si comprende l'atteggiamento protezionistico di alcuni sindacati medici che tentano di impedire il decollo di una nuova strategia assistenziale", aggiunge, sottolineando come questi modelli, "dove



sono già stati adottati, hanno prodotto risultati eccellenti, migliorando molto la qualità dell'assistenza e a costi notevolmente inferiori. Ecco perché insistiamo con i rappresentanti dei medici: la situazione è difficilissima e non è più il tempo di anteporre gli interessi di categoria e la difesa di piccoli potentati al bene comune".

"Non mettiamo in discussione la leadership clinica della figura medica nei processi di diagnosi e cura - dice ancora Pulimeno - ma rivendichiamo le nostre competenze esclusive nell'assistenza diretta dei pazienti e nella loro gestione, abilità per le quali, a differenza dei medici, gli infermieri sono formati specificatamente a tutti i livelli del loro percorso universitario".

"Vogliamo dare risposte più efficaci alla cittadinanza e condividere soluzioni gestionali con tutti i medici di buona volontà. Per questo, nella condizione di grande criticità del nostro sistema sanitario - conclude la presidente Ipasvi - respingiamo con forza ogni difesa corporativa che ostacoli il cambiamento solo per mantenere vecchie posizioni di rendita".



Case della Salute Avanti tutta!

el Lazio sta nascendo una nuova rete sociosanitaria territoriale di cure primarie e di continuità assistenziale. Un sistema che prima non c'era, dove i cittadini possono incontrare una nuova offerta di servizi, più accessibili e meglio organizzati, il cui il ruolo dell'infermiere diventa ancora più centrale. Le Case della Salute, istituite con decreto commissariale n. 40 del 14 febbraio 2014, offrono ai cittadini un'unica sede territoriale di riferimento alla quale rivolgersi ogni giorno per i diversi servizi socio sanitari tra cui quelli per le patologie croniche

(come ad esempio il diabete o lo scompenso cardiaco). Una risposta concreta, competente e adeguata ai diversi bisogni di assistenza. Tutte le strutture del Sistema Sanitario Regionale sono in Rete con le Case della Salute, per poter fornire, nel minor tempo possibile, la risposta adeguata a ogni singola necessità. Le Case, infine, non sono tutte uguali, ma si basano su un modello flessibile, capace di adattarsi alle caratteristiche delle diverse realtà territoriali.

Cosa si trova nelle case della Salute?

- Area dell'accoglienza con lo sportello prenotazioni (Cup) e informazioni e orientamento sociosanitario (Pua)
- Assistenza primaria garantita dai medici di medicina generale e, nelle case della salute ove previsto, dai pediatri di libera scelta dalle ore 8 alle 20. In alcuni casi la continuità assistenziale attraverso la continuità assistenziale (ex guardia medica) dalle ore 20 alle 8
- Raccordo con la postazione più vicina del punto di soccorso mobile 118
- Ambulatori attrezzati a disposizione dei medici medicina generale
- Attività specialistiche (Cardiologia, Ginecologia, Pneumologia, Diabetologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Chirurgia generale e altre specialità)
- Ambulatori infermieristici
- Gestione malati con patologie croniche e degenerative da parte di una equipe multidisciplinare e multiprofessionale
- Centro prelievi
- Esami diagnostici

Nella città di Roma, inoltre, sono attivi gli Ambulatori di Cure primarie, nati per dare le risposte appropriate ai bisogni dei cittadini, per migliorare la fruibilità delle risorse sanitarie esistenti e per facilitare l'accesso alle cure primarie, così da evitare il ricorso improprio ai Pronto Soccorso degli ospedali. Il cittadino può accedere direttamente agli Ambulatori di Cure primarie o, in alternativa, può contattare la Centrale di Ascolto della Guardia Medica (Continuità Assistenziale) al numero telefonico 06/570600, e ricevere indicazioni su dove e come usufruire dei

NOME DELLA STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	TELEFONO
Casa della Salute Prati - Trionfale	Casa della Salute	Roma	06 68351
Casa della Salute di Rocca Priora	Casa della Salute	Rocca Priora	06 93274510
Ambulatorio di Cure Primarie Largo De Dominicis	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 41435760
Ambulatorio di Cure Primarie Via Bresadola	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 41434863
Ambulatorio di Cure Primarie Viale Cambellotti	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 41436271/93
Ambulatorio di Cure Primarie Via Antistio	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 41435012/33
Ambulatorio di Cure Primarie Via Frà Albenzio	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 68357219/20
Ambulatorio di Cure Primarie Piazza Istria	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 86557875
Ambulatorio di Cure Primarie Via A. Canova	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 77306108
Ambulatorio di Cure Primarie Via Lampedusa	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 77304321/4319
Ambulatorio di Cure Primarie Via E. Morosini	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 77306650/6674
Ambulatorio di Cure Primarie Viale Vega	Ambulatorio di Cure Primarie	Ostia	06 56483562
Ambulatorio di Cure Primarie Via Forteguerri	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 51008416/29
Ambulatorio di Cure Primarie Via Camillo Sabatini	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 51006431
Ambulatorio di Cure Primarie Via Portuense	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	06 56487087
Ambulatorio di Cure Primarie Via Malfante	Ambulatorio di Cure Primarie	Roma	

Fonte: www.retesalutelazio.it



servizi sanitari offerti dagli Ambulatori di cure primarie.

Quali sono gli ambiti di competenza degli Ambulatori di Cure primarie?

- DISTURBI MUSCOLOSCHELETRICI: lombalgie e rachialgie non traumatiche, distrazioni muscolari, sintomatologie algiche osteomuscolari
- DERMATOLOGIA: punture d'insetto senza reazioni generalizzate sistemiche, rash cutanei iatrogeni e orticaria di modesta entità, dermatiti superficiali, prurito diffuso senza manifestazioni cutanee generalizzate, verruche, nevi, herpes simplex, micosi, foruncoli, cisti sebacee flogosate e non flogosate, paterecci e unghie incarnite, alopecia, eritema solare o da lampada, idrosadenite, cisti pilonidale, parassitosi cutanea, malattie esantematiche
 - e tumefazione linfoghiandolare non complicate, ustioni di primo grado di estensione limitata, ferite superficiali che non necessitano di sutura ed esiti di ferite, abrasioni, rimozione punti di sutura e medicazioni
- OCULISTICA: congiuntiviti, patologie palpebrali e degli annessi oculari, escluso corpo estraneo
- OTORINOLARINGOIATRIA: otiti, acufeni, riniti, faringo-tonsilliti e altre flogosi minori, epistassi pregressa e non in terapia



anticoagulante, odontalgia, stomatiti, gengiviti, afte

- UROLOGIA: infezioni vie urinarie, uretriti, vaginiti, colica renale addominale, sostituzione di catetere vescicale (in presenza di infermiere)
- GINECOLOGIA: patologie ginecologiche minori, test gravidici di esclusione
- GASTROENTEROLOGIA: reflusso gastroesofageo, gastroenteriti acute non complicate, sindrome dispeptica, singhiozzo, stipsi cronica, sindrome emorroidaria.

Firmata un'intesa tra Regioni e sindacati per ridurre l'affollamento dei Pronto Soccorso

'incontro tra la Cabina di Regia del Sistema Sanitario Regionale e la Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria con le organizzazioni sindacali FP CGIL/CISL/UIL per discutere delle problematiche relative al sovraffollamento dei PS/DEA del Lazio ed in particolare di Roma si è concluso con la firma di un'intesa basata sui seguenti punti.

Le organizzazioni sindacali e la Regione hanno concordato:

- di autorizzare nell'immediato le aziende sanitarie in cui insistono i PS/DEA con maggiori accessi, alla sostituzione di personale infermieristico in cosiddetta lunga assenza (per malattia o maternità, conteggiando il monte ore complessivo) e personale a tempo indeterminato fino al limite massimo del 50% del valore economico delle deroghe utilizzabili per il 2015;
- · sulla sperimentazione di modelli innovativi di presa in carico dei pazienti che accedono al PS, direttamente dal personale infermieristico per i codici di bassa intensità assistenziale;
- · che la Regione avvii una capillare campagna di informazione per sensibilizzare i cittadini ad un corretto uso del PS e soprattutto per l'utilizzo della rete territoriale dei servizi sanitari;
- · di introdurre in tutti i PS/DEA più grandi figure specializzate per dare accoglienza e informazione ai pazienti e loro familiari;
- · di accelerare attivazioni di posti letto OBI e di reparti a gestione infermieristica;
- · di completare in tutte le aziende l'istituzione della figura del Bed Manager con gestione diretta dei posti letto; Inoltre:
- · la direzione regionale si impegna a finire un documento tecnico sulla gestione delle rete dell'emergenza con particolare riguardo alle modalità di dimissione 7 giorni su 7 che al momento in molte aziende non è effettuata nei weekend;
- · la Regione si impegna a chiedere ai Direttori generali di coinvolgere maggiormente le organizzazioni sindacali per il miglioramento nella gestione dei PS/DEA;

Nel prossimo incontro già convocato la direzione regionale fornirà alle organizzazioni sindacali le ulteriori direttive attuative inviate ai Direttori generali.



CASO EBOLA/LA LETTERA "Grazie agli infermieri della *task force*per l'assistenza in alto isolamento"

n questi lunghi mesi di preparazione ad accogliere pazienti affetti dalla malattia da virus Ebola, un gruppo di Infermieri dell'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma, che su base assolutamente volontaria si sono resi disponibili a fronteggiare la potenziale emergenza, si è preparato con speciale dedizione e grande professionalità, dimostrando alto senso di responsabilità civica e attaccamento all'istituzione di appartenenza.

Quando il primo paziente affetto dalla malattia virale Ebola è giunto presso il nostro Istituto, ciascuno di loro, senza esitazione alcuna, si è dedicato all'assistenza in ogni momento dell'evoluzione della malattia con sangue freddo e grande competenza, non disgiunta dal senso di umana partecipazione alla sofferenza fisica e psicologica del paziente. La qualità dell'assistenza che hanno saputo assicurare è stata sempre altissima, infatti il paziente è stato sempre accudito e assistito con dedizione e abnegazione, anche nei momenti in cui a causa del sopravvento della fatica il rischio di contaminarsi involontariamente è stato maggiore.

Pertanto ritengo di tutta evidenza che questo gruppo di esemplari professionisti abbia assicurato un contributo determinante al successo della gestione del difficile caso clinico e al prestigio dell'Istituto, realizzando, in condizioni estreme, un modello di assistenza che è già divenuto oggetto di ammirato interessamento da parte di molte altre organizzazioni sanitarie nazionali



di elevatissima qualificazione.

Voglio quindi ringraziare di cuore esprimendo loro la mia più sincera ammirazione Gianni Battisti, Alessandra Coppola, Loredana De Marchis, Fabio Di Giambattista, Antonio Marasco, Antonella Marzolini, Alessandro Mercuri, Paola Nieddu, Maurizio Vescovo, Laura Vitolo, oltre che Mario Guiducci e Nicola De Marco, che con alto senso di responsabilità si sono adoperati anche nelle situazioni più critiche del ricovero del paziente.

L'impegno e la professionalità dimostrati in questi giorni sono per me motivo di orgoglio e mi forniscono lo slancio per aumen-

tare il mio impegno nelle attività di formazione e guardare con sempre maggiore fiducia al futuro degli Infermieri di questo Istituto: un futuro fatto di miglioramento delle competenze, di cresci- ta professionale e di riconoscimen-to della loro straordinaria specificità.

Con stima, gratitudine e affetto per tutti voi.



Lorena Martini

Responsabile SITRI Responsabile UOS Formazione Direttore Didattico Corso di laurea in Infermieristica INMI Spallanzani IRCCS, Roma

LETTOperVOI

Un volume pensato per gli studenti di Infermieristica, ma con spunti anche per altre professioni sanitarie

e "Nozioni essenziali di nursing chirurgico" è una novità assoluta e aggiornata per le Scienze Infermieristiche del 2014. Un volume pensato per gli studenti dei corsi di laurea in Infermieristica, ma che offre anche ad altre professioni sanitarie (fisioterapisti, assistenti sanitari, tecnici di radiologia) fondamenti essenziali di conoscenza clinica in ambito chirurgico.

L'attuale piano di studi del corso di laurea in Infermieristica prevede che, al secondo anno, vengano sviluppate alcune abilità cliniche (la gestione delle ferite chirurgiche, dei drenaggi, delle medicazioni) e venga posto l'accento sul rispetto dei principali comportamenti da tenere in un reparto di chirurgia.

L'intento di questo libro è quello di aiutare lo studente a comprendere la buona pratica infermieristica al fine di evitare situazioni potenzialmente rischiose per il paziente descrivendo le pratiche operative cor-

rette in base alle conoscenze attuali e identificando così l'assistenza responsabile di cui gli infermieri devono rendere conto. Le caratteristiche editoriali ed il contenuto scientifico del testo lo collocano tra i manuali di migliore e rapida consultazione, capace di rispondere ai quesiti di apprendimento e di preparazione per gli studenti infermieri fornendo l'opportunità di approfondire i concetti essenziali di assistenza al paziente chirurgico consultando la ricca bibliografia contenuta nell'opera.

Il testo, infatti, ha come principale obiettivo quello di fornire gli



elementi per definire e standardizzare gli interventi clinico-assistenziali in ambito chirurgico, al fine di diminuire la variabilità dei comportamenti e quindi migliorare l'efficacia della gestione delle situazioni cliniche fornendo risposte rapide ai quesiti che, spesso, i professionisti della salute si trovano a dover affrontare nella quotidiana attività clinica.

Marco Di Muzio, ha voluto fornire allo studente un sostegno nello studio dei comuni interventi clinico-assistenziali, anche in situazioni di urgenza; basato su Ebn, best practice e linee guida internazionali.

Questo, allo scopo di standardizzare le metodiche d'intervento e migliorare l'efficacia della gestione e presa in carico del paziente chirurgico.

L'autore è un docente di discipline infermieristiche e direttore del cor-so di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'università la "Sapienza" di Roma, ed ha sapientemente coniugato, in

questo testo, le differenti necessità di ogni professionista della salute, fornendo sia allo studente che al professionista infermiere strumenti essenziali per esprimere al meglio le proprie potenzialità sul luogo di lavoro.

Marco Di Muzio
Nozioni essenziali di nursing chirurgico
MB Edizioni Roma, 2014 pagg 253 (25.00 euro)

LETTOperVOI

L'assistenza sanitaria nei Paesi in guerra Un excursus storico ed il ruolo dell'infermiere

uesto studio, attraverso un rapido e completo excursus storico, affronta la tematica del controverso e, per certi versi, antitetico rapporto tra l'evoluzione tecnologica degli armamenti e lo sviluppo della medicina, dell'assistenza sanitaria nel corso dei secoli evidenziando il ruolo fondamentale – e insostituibile – del pre-hospital health care provider destinato ad intervenire, molto spesso a rischio della propria vita, negli scenari operativi più disparati per il bene di civili e militari.

L'analisi storica delle vicende militari di tutte le epoche ha evidenziato che, parallelamente all'evoluzione tecnica dei mezzi di offesa, l'uomo ha sempre cercato di trovare un rimedio o, quanto meno, di mitigare gli effetti sempre più devastanti che le guerre infliggevano - ed infliggono - nel corpo e nell'anima sia dei militari che alle popolazioni sotto forma di una moltitudine di lesioni fisiche e disturbi mentali.

Le innovazioni e le scoperte che si sono susseguite nella medicina, e soprattutto, nell'assistenza sanitaria, hanno considerevolmente migliorato la condizione del ferito nella diagnosi e, cosa ancora più importante, nella prognosi, accrescendo le aspettative di sopravvivenza malgrado i danni subiti.

Tutto, anche grazie al contributo di organizzazioni di soccorso umanitario internazionali che si avvalgono di volontari, tra medici ed infermieri, motivati da nobili ragioni.

Diviso in quattro capitoli (e corredato da un'ampia galleria fotografica), il saggio affronta la medicina e l'assistenza sanitaria dei secoli, partendo dalla preistoria e fino ai giorni nostri, e passando, attraverso la nascita e l'evoluzione farmacologica, alle problematiche sanitarie e sociali dell'organizzazione delle cure

FERITE E TRAUMI
NEI CONFLITTI ARMATI
PROCEDURE SANITARIE

IBN Editore

nei campi profughi o dei rifugiati (una problematica, oggi, particolarmente sentita in molti Paesi, teatri di sanguinosi conflitti).

Indagando poi sia le lesioni (soprattutto del genere: da cosa, cioé, le ha provocate), passa al controllo del dolore, fino a trattare (nell'ultimo, fondamentale capitolo) il disturbo posttraumatico da stress; la prevenzione, il supporto e la terapia ad esso collegato e, soprattutto, il ruolo dell'infermiere professionale.

Non è un caso, infatti, che sia proprio l'infermiere un anello fondamentale di soccorso a quanti sono colpiti da un evento altamente traumatico come la guerra, insieme al medico e a quanti, a vario titolo, partecipano agli interventi assistenziali. Il suo ruolo è individuabile sia nella fase di prevenzione primaria che durante, e soprattutto, dopo l'evento traumatico.

Con il trattamento precoce della comparsa del disturbo post-trauma-

tico da stress, l'infermiere può efficacemente ridurre lo stress informando le persone sui fattori che possono scatenarlo, aiutandole, al contempo, a sviluppare autocontrollo e sicurezza, soddisfacendo le esigenze vitali primarie e fornendo informazioni sulla necessità di rispettare un adeguato ritmo di sonnoveglia.

Inoltre, con la prevenzione secondaria (che si basa sulla raccolta di informazioni sul degente), l'infermiere può identificare la gravità del quadro clinico e la somatizzazione dell'evento.

Antonio Spadaro

Ferite e traumi nei conflitti armati. Procedure sanitarie IBN editore, 2014 pagg 100 (14,00 euro)

LETTOperVOI

Il flusso migratorio di intermieri in Italia Il caso di peruviani ed indiani

'Italia, a partire dalla metà degli anni Novanta e sino alla fine del decennio scorso, è stata caratterizzata da un consistente flusso migratorio di infermieri sospinto da una domanda di lavoro decisamente superiore all'offerta autoctona opportunamente formata.

Ma con la crisi economica, l'andamento comincia a registrare una relativa battuta d'arresto e comincia a manifestarsi una situazione in cui il lavoro infermieristico immigrato si viene a porre in una condizione di potenziale concorrenza con i lavoratori del posto e non, invece, di complementarietà, com'era stato in passato.

Lo studio, portato a termine nel 2013/14 raccoglie le esperienze di vita e le opinioni di infermieri stranieri operanti a Roma e provincia per capirne le dinamiche migratorie, analizzandone soprattutto la percezione dell'interazione nei luoghi di la-

voro, dei rapporti con i colleghi italiani e la crescente instabilità occupazionale legate alle attuali difficoltà finanziarie del Sistema Sanitario Nazionale.

Nella prefazione affidata a Gennaro Rocco e Alessandro Stievano si legge bene quanto, in un "...mondo simultaneo come il nostro" le "...persone portatrici di culture altre siano state proiettate al nostro fianco, pluralizzando, di fatto, l'universo...". Chiaramente, il processo di complessità che investe la società, investe anche il *nursing*, "disciplina prescrittiva per eccellenza che cerca di intervenire fattivamente nella risoluzione della dimensione soggettiva ed oggettiva del bisogno di assistenza del-



le persone...".

Questa monografia affronta la condizione di lavoro degli infermieri stranieri a Roma e provincia, con una particolare attenzione a quelli di nazionalità peruviana e indiana, due etnie importanti per comprendere gli andamenti lavorativi degli infermieri stranieri nel Lazio e in tutto il Paese.

È proprio nell'ottica del superamento delle visioni unilaterali dell'esistenza, della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, che questa ricerca portata a termine dal gruppo di lavoro del Centro di Eccellenza per la cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) assieme al Cnr rappresenta un primo, ma significativo passo per andare nella direzione della comprensione delle dinamiche migratorie professionali.

L'analisi evidenzia come, se da un lato non si manifestano elementi di

contrasto tra colleghi italiani e stranieri, dall'altro, si rilevano i primi segnali di una revisione del progetto migratorio degli infermieri indiani e peruviani quale effetto della crisi che sta investendo l'intero settore.

Marco Accorinti e Francesco Gagliardi Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: il caso dei lavoratori indiani e peruviani IRPPS monografie e-publishing; www.irpps.cne.it/en/e-pulishing

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



La responsabilità disciplinare dell'infermiere conseguente alla mancata presa in carico di un paziente

n questo numero analizziamo la sentenza con cui il Tribunale di Milano ha respinto il ricorso con cui un infermiere aveva chiesto l'annullamento dei provvedimenti adottati dalla struttura sanitaria ove prestava servizio all'esito del procedimento disciplinare che lo aveva coinvolto.

In particolare, all'infermiere era stato contestato di essersi rifiutato di prendere in carico ed assistere uno dei pazienti ricoverati nel reparto di Terapia Intensiva della struttura e di aver mantenuto tale comportamento omissivo anche dopo la disposizione di servizio rivoltagli dal coordinatore del reparto.

Da tale addebito era conseguita l'applicazione della sanzione disciplinare della sospensione per tre giorni dal servizio, con privazione della retribuzione, e, successivamente, il trasferimento

del sanitario presso il diverso reparto di Medicina Oncologica. In sede disciplinare, l'infermiere si era giustificato riferendo di aver suggerito al coordinatore di valutare la possibilità di acquisire per il giorno successivo (ovvero, quello in cui si sarebbero verificati i fatti oggetto di contestazione) un'unità infermieristica aggiuntiva.

L'infermiere aveva, altresì, riferito di aver iniziato il proprio turno di lavoro il giorno successivo assieme a tre suoi colleghi, senza che il coordinatore fosse presente in reparto.

Aveva evidenziato, inoltre, che nessuno di questi avesse preso in carico il paziente del letto n. 4 in quanto ritenuto il meno critico tra i degenti, nella convinzione, peraltro, che fosse in arrivo la quarta unità che si era consigliato di reperire.





All'arrivo del coordinatore, quest'ultimo avrebbe chiesto al personale infermieristico in servizio di decidere chi dovesse prendere in carico il paziente, ma tutti gli infermieri avrebbero riferito di non essere in grado di assistere detto degente, in quanto tutti impegnati ad assistere altro più critico.

Ciò premesso, vediamo dunque quale è stato il ragionamento che ha condotto il Tribunale del Lavoro di Milano in data 26/06/2013 che ha confermato la sussistenza dell'addebito e a ritenere adeguate, proporzionate e non discriminatorie le misure adottate.

Si legge nella sentenza: "neppure si può ritenere che la condotta del ricorrente possa essere giustificata muovendo dalla circostanza che nel reparto di terapia intensiva si trovava un altro paziente (quello che occupava il lett. n. 7) con un carico assistenziale assai elevato: infatti, se è vero che ciò emerge dalle deposizioni testimoniali acquisite agli atti del presente procedimento, è altrettanto vero che dalle deposizioni risulta altresì che il coinvolgimento collettivo degli infermieri nella gestione di tale paziente ad elevato carico assistenziale era necessario per l'espletamento della operazione diretta a spronare il degente, mentre tutte le attività preparatorie a detta operazione potevano essere effettuate anche da un solo infermiere o al massimo da due, cosicché non emerge certo un contesto operativo in forza del quale sia dato riscontrare una sorta di stato di necessità o causa di forza maggiore in grado di giustificare il fatto che dalle ore 7 alle ore 8.15-8.20 circa il degente del letto n. 4 non sia stato preso in carico da nessun infermiere".

In buona sostanza, secondo il Tribunale è opportuno distinguere l'ipotesi in cui la prestazione necessiti di essere eseguita interamente da più unità infermieristiche da quella in cui, viceversa, essa possa essere scorporata in "fasi distinte", non richiedenti tutte un coinvolgimento collettivo da parte di tutti gli infermieri in servizio.

Sulla base di tale ragionamento, assumendo che dalla istruttoria espletata fosse emersa la eterogeneità della prestazione erogata, il Tribunale ha ritenuto come, nella specie, non apparisse necessaria, sin dall'inizio del turno, l'assistenza congiunta da parte di tutti gli infermieri al paziente ritenuto più critico, ben potendo le cosiddette operazioni "preparatorie" essere eseguite soltanto da una, o al massimo, due unità infermieristiche. Non riscontrando alcuno "stato di necessità" il Tribunale ha, pertanto, ritenuto esente da censure l'addebito mosso nei con-

fronti del ricorrente, anche in considerazione del fatto che era emerso che questi fosse consapevole del deficit di assistenza con riferimento al paziente del letto n. 4.

Quanto al trasferimento del ricorrente dal reparto di terapia intensiva a quello di medicina oncologica, il Tribunale ha affermato che detto provvedimento non assumesse carattere discriminatorio, ma apparisse anzi logico e opportuno "per il proficuo assolvimento della funzione demandata al reparto", volto unicamente a porre fine alla "problematicità del contesto lavorativo che si era venuta a creare nel reparto di terapia intensiva".

E ciò in quanto, facendo applicazione dell'art. 52, comma 1, D. Lgs. n. 165/2001, "il dipendente deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o alle mansioni equivalenti nell'ambito dell'area di inquadramento, cosicché, versandosi nel caso di specie in caso di esercizio del cosiddetto ius variandi in punto di mansioni e non essendo in contestazione il fatto che presso il reparto di medicina oncologica il ricorrente sia chiamato ad espletare attività lavorativa propria dell'inquadramento contrattuale attribuitogli, ad avviso del giudicante non risulta neppure configurabile una situazione soggettiva di cui la parte attrice possa lamentare la lesione".

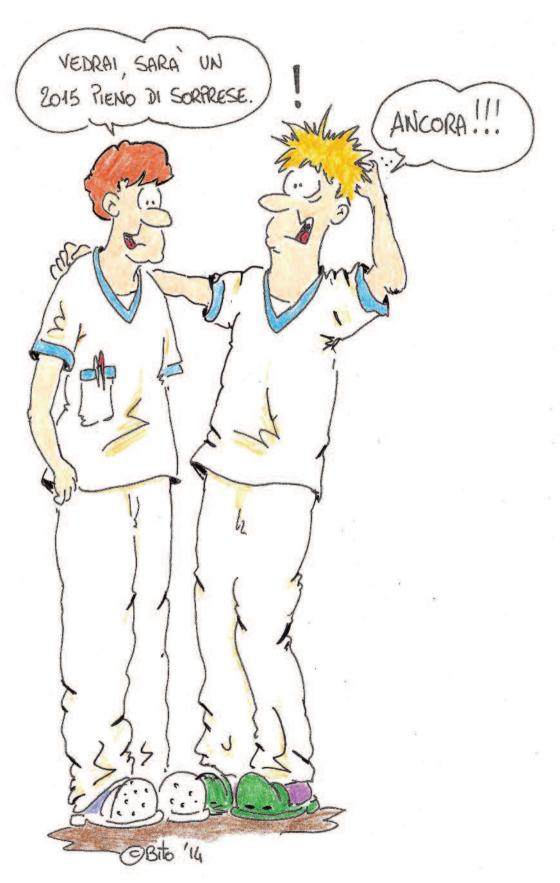
Anche sotto tale profilo, il principio espresso dal Tribunale è, quindi, chiarissimo: in ipotesi come quella di specie è legittimo il trasferimento del dipendente ad altro reparto purché quest'ultimo continui a svolgere mansioni in linea con il proprio profilo professionale.

Sulla base di tale pronuncia, possiamo pertanto concludere che l'infermiere a conoscenza del deficit assistenziale il quale - pur non rifiutandosi formalmente - ometta di prendere in carico un paziente adducendo un eccessivo carico di lavoro ed un'insufficienza di personale, al verificarsi di fattispecie analoghe a quella descritta, può incorrere in una sanzione disciplinare, anche grave, come la sospensione dal servizio.

Da una simile condotta, come si è visto, può peraltro conseguire anche il trasferimento del professionista presso altro reparto, da considerarsi a tutti gli effetti legittimo indipendentemente dalla professionalità acquisita dall'interessato, purché quest'ultimo continui ad essere adibito allo svolgimento di mansioni per le quali è stato assunto, ovvero ad altre "equivalenti", così come previste in tal senso dalla contrattazione collettiva.

Avv. Nicoletta Galli

LA VIGNETTA Je MESE



NORME EDITORIALI

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet http://www.icmje.org).

Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola2) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:

- iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
- iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
- in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

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

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

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1º gennaio (non I gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ipasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

INFERMIERI E CITTADINI: UN NUOVO PATTO PER L'ASSISTENZA



XVII CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

ROMA 5-6-7 MARZO 2015
Auditorium Parco della Musica
Viale Pietro De Coubertin 30



