

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVIII



ISSN 2038-0712

**GENNAIO - FEBBRAIO
2014**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

La crisi economica, il sistema sanitario e la compagine professionale...
di Annalisa Silvestro

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Validazione di un questionario breve sul benessere personale e professionale degli infermieri

di Andrea Giordano, Anna Castaldo, Miriam Magri, Claudio Cavalieri d'Oro, Talia Melo Ferrari, Gaetano de Angelis, Mariangela Corbo, Donatella Camerino, Paul Maurice Conway, Giovanni Mutillo

La tendenza empatica negli studenti del corso di laurea in infermieristica: risultati di uno studio osservazionale

di Sara Bidone, Marta Beneventi, Enrico Larghero, Carlo Di Pietrantonj

● CONTRIBUTI

La situazione degli organici ospedalieri in Gran Bretagna. Quali gli insegnamenti per il nostro Paese?

di Carlo Orlandi

La qualità dell'informazione sanitaria in rete

di Marco Masoni, Maria Renza Guelfi, Antonio Conti, Gian Franco Gensini

● ESPERIENZE

L'assistenza domiciliare alla persona con disturbi psichici: l'esperienza del Dipartimento mentale di Messina sud

di Vittoria Maiorana, Santa Rosa Valenti

L'ospedale Mauriziano di Torino si organizza per intensità di cura

di Graziella Costamagna, Angela Delsal, Patrizia Lantero, Adriana Pracca, Daniela Dearca, Cristina Favero Fra, Elga Ghironi, M. Carla Cestari, Maria Valente, Nedelia Posocco, Sabrina Terzollo

La valutazione dello stato nutrizionale del paziente anziano ospedalizzato: l'utilizzo del Mna (Mini nutritional assesment)

di Erica Giroto, Alice Colognesi

Un abbraccio che avvicina: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera Città della salute e della scienza di Torino

di Enzo D'Antoni, Erika Mainardi, Pietro Altini

Nursing activities score (nas) neonatale strumento di rilevazione dell'attività infermieristica in terapia intensiva neonatale: l'esperienza dell'Ospedale Valduce di Como

di Laura Asnaghi, Mariacristina Corradini

● SCAFFALE

Ti ricordi la casa rossa? Lettera a mia madre

L'insalata sotto il cuscino. Storie di disordini e di adolescenti

A cura della Redazione

EDITORIALE

La crisi economica, il sistema sanitario e la compagine professionale...

di **Annalisa Silvestro**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Il 21 e 22 febbraio si è tenuta a Roma l'Assemblea del Consiglio Nazionale Ipasvi per l'approvazione del conto consuntivo 2013 e del bilancio di previsione della Federazione per il 2014. La Presidente Annalisa Silvestro ha aperto i lavori con un focus sul contesto economico e politico, sulle correlazioni e gli impatti di tale situazione sul sistema sanitario e sulla professione.

Di seguito pubblichiamo la parte introduttiva della relazione programmatica della Presidente.

All'inizio del 2013 era evidente il permanere delle difficoltà economiche e finanziarie come pure che tali difficoltà, si sarebbero riverberate sul sistema sanitario e socio sanitario. Ad un anno di distanza da quelle riflessioni, possiamo dire che la situazione economica ha mostrato deboli segni di miglioramento ma anche che continuano a permanere i vincoli di spesa per tutta la pubblica amministrazione. I servizi sanitari e socio sanitari hanno dovuto fare i conti con le restrizioni economiche, precedentemente decisa e continuare a contrarre, anche a oggi, l'offerta sanitaria, a rivedere le modalità con cui garantire i livelli essenziali di assistenza e le modalità di fruizione dei servizi socio sanitari.

Vi sono alcuni elementi di evidenza:

- il SSN tiene, e continua ad essere valutato positivamente dai cittadini italiani;
- l'insieme delle prestazioni sanitarie è garantito grazie all'impegno e al senso di responsabilità dei professionisti sanitari, di cui la parte prevalente è costituita da infermieri;
- le criticità e le difficoltà sono prevalentemente dovute al mancato reintegro del personale, all'aumento dell'età media degli operatori dedicati all'assistenza, alla lentezza con cui si definiscono e affrontano i cambiamenti nel SSN di cui vi è evidente necessità, dopo oltre 30 anni dalla sua attivazione;
- il contemperamento tra domanda e offerta sanitaria, tra costi ed esiti/risultati è correlato alla ridefinizione dei processi di lavoro, dei modelli organizzativi ospedalieri e alla rifondazione dell'offerta assistenziale nel territorio e nell'assistenza domiciliare;
- Il mercato del lavoro ha spazi occupazionali a fronte dell'offerta di infermieri. La sofferenza occupazionale è dovuta alla debolezza domanda pubblica per i vincoli di spesa a cui sono sottoposte tutte le strutture della Pubblica amministrazione e quindi del SSN.

Si ragiona di come e quanto il contesto demografico ed epidemiologico è cambiato, di come si sono evolute le strutture disciplinari di alcune categorie professionali ma, contestualmente, si lanciano grida manzoniane a qualunque ridefinizione di logiche, perimetri e responsabilità professionali e ad ogni proposta di implementazione delle compagini infermieristiche al fine di rendere più efficace e coerente l'azione sanitaria sia con i bisogni rilevati, sia con la domanda di prestazioni. La contrazione economica che il sistema ha avuto negli ultimi anni, pare essersi arrestata con la legge di stabilità per il 2014; non sono stati effettuati ulteriori tagli e pare accettata l'idea che ogni risparmio ottenuto nel SSN deve essere utilizzato per l'innovazione, il mantenimento del patrimonio umano e professionale e per l'ampliamento e l'arricchimento del know how del sistema e dei professionisti che vi operano. Permane però, pur se con qualche attenuazione, il blocco del turn over in numerose Regioni, il generale vincolo di spesa sul personale e la moratoria sui contratti di lavoro.

Il contenitore SSN, per volontà politica e popolare, non pare essere messo in discussione, mentre è sempre più diffuso l'orientamento alla ridefinizione delle regole di Sistema e delle modalità erogative sia in ambito ospedaliero, sia e soprattutto in ambito territoriale. Si pensa a una riprogettazione dei processi di lavoro in generale e dei processi di cura e assistenza in particolare, oltre che dei ruoli e delle relazioni e responsabilità professionali. Non sfugge alla riflessione il tema "governance del SSN" e il tema dell'autonomia organizzativa e decisoria delle Regioni per quanto attiene la sanità. Si ragiona ormai apertamente della necessità di porre mano al titolo V della Costituzione in considerazione dei risultati non ottimali conseguenti al decentramento di stampo federativo e alle differenze macroscopiche nell'offerta nella qualità delle prestazioni sanitarie evidenziatesi fra le Regioni.

In questa fase così particolare, gioverebbe molto elaborare progetti, presentare proposte ed impegnarsi direttamente per farle accogliere. Ci gioverebbe riuscire a incidere sui Decisori e proporci come soggetti con cui è utile il confronto in quanto rappresentanza capace di veicolare elementi assumibili dalle altre Rappresentanze - soprattutto sindacali - per rivedere l'organizzazione e la gestione dell'assistenza oltre che per sostenere la motivazione dei professionisti. In momento storico dobbiamo giocare il nostro ruolo anche assumendo un deciso impegno per rimuovere con i fatti e i comportamenti l'idea, purtroppo diffusa tra i cittadini, che la sanità sia luogo di inefficienza, di relazioni politico gestionali malsane, di reclutamenti clientelari, di spesa gonfiata, di corruzione. E questo non solo per intima adesione al codice nostro deontologico e all'etica della responsabilità ma anche perché a causa della corruttela e delle logiche clientelari trova alimento la sfiducia verso i professionisti e la mancanza di iniziative popolari contro il depauperamento economico del sistema.

Svolgere la funzione di rappresentanza professionale in un quadro così complesso non è facile; gran parte delle questioni in ballo non sono gestibili da noi direttamente, ma dobbiamo comunque farcene carico anche per offrire spunti ed elementi di orientamento decisorio.

Sappiamo della forte tensione vissuta da coloro che non riescono, se non in lenta goccia, a inserirsi nel mondo del lavoro; sappiamo di strane forme di precariato, dell'affanno professionale e lavorativo di chi lavora in condizioni difficili, dei tanti che oscillano tra stanchezza e demotivazione ma anche di coloro che continuano a guardare avanti, a credere nella professione, nella sua crescita e nel suo sviluppo.

Dobbiamo affiancarci a tutti i colleghi per irrobustire e diffondere la voglia di essere protagonisti del futuro della professione infermieristica che può diventare "il" valore aggiunto del sistema sanitario dell'Italia e non solo.

Negli ultimi mesi abbiamo dimostrato di essere capaci di protagonismo costruttivo, di saperci porre con equilibrio, compattezza e unitarietà di azione. Abbiamo dato reale significato allo slogan che ci ha caratterizzato "...unanimemente concordi, andiamo avanti!". La partita delle competenze ci ha reso protagonisti senza intermediazioni, del nostro futuro; sarà difficile d'ora in poi farci giocare di rimessa. Abbiamo aggiunto un ulteriore tassello alla costruzione della soggettività politica del nostro gruppo professionale, dimostrando di avere idee chiare su quello che vogliamo per il nostro sviluppo e anche che quello che chiediamo trova humus nei bisogni di assistenza degli italiani.

Non vogliamo parlare di competenze "avanzate". Vogliamo parlare di competenze specialistiche, ed esattamente delle competenze specialistiche dell'infermiere:

- perché altrimenti si potrebbe intendere che alcune abilità, che sono strumenti per aumentare la compliance assistenziale, siano il vero obiettivo che si vuole perseguire;
- perché le specializzazioni infermieristiche pretendono l'approfondimento disciplinare del processo di assistenza e solo dopo disegnano le ulteriori capacità e abilità tecniche acquisibili e spendibili dagli infermieri;
- perché le ulteriori abilità che l'infermiere potrà formalmente utilizzare nei processi di assistenza su tutto il territorio nazionale non siano prevalentemente rivolte alla fase terapeutica e/o diagnostica del processo di cura ovvero ai flussi di lavoro per l'efficienza organizzativa;
- perché non vorremmo continuare e discutere delle "regressive" paure dei medici della fantomatica erosione delle loro attività professionali;
- perché vogliamo davvero lavorare in squadra ma con paradigmi professionali, relazionali e organizzativi diversi dagli attuali;
- perché vogliamo ragionare da subito su quello che serve adesso agli assistiti e al SSN per sollevarne le sorti.

Validazione di un questionario breve sul benessere personale e professionale degli infermieri

Andrea Giordano¹, Anna Castaldo², Miriam Magri³, Claudio Cavalieri d'Oro⁴, Talia Melo Ferrari⁵, Gaetano de Angelis⁵, Mariangela Corbo⁵, Donatella Camerino⁶, Paul Maurice Conway⁷, Giovanni Muttillio⁸

¹Psicologo, Unità di neuroepidemiologia, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano;

²Consigliere, Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza; ³Vicepresidente Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza; ⁴Fondatore virtHuman[®] International Srl, Milano; ⁵Infermiere, Ospedale San Raffaele, Milano;

⁶Ricercatore confermato, Dipartimento di scienze cliniche e di comunità dell'Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Clinica del lavoro "Luigi Devoto", Milano;

⁷Tecnico laureato, Dipartimento di scienze cliniche e di comunità dell'Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Clinica del lavoro "Luigi Devoto", Milano;

⁸Presidente Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza

Corrispondenza: giovanni.muttillio@ipasvimi.it

RIASSUNTO

Introduzione La prevenzione primaria del rischio di stress correlato al lavoro si sta diffondendo come prassi in tutte le istituzioni sanitarie. Per affrontarlo vengono promossi corsi di formazione o attività centrate sulla costruzione del benessere lavorativo-relazionale. Tuttavia non è facile valutare adeguatamente l'efficacia degli interventi attuati. L'obiettivo di questo studio è di contribuire alla validazione di un questionario creato per valutare l'efficacia di interventi formativi centrati sul tema dello stress lavorativo, l'Organizational Stress Management Evaluation (OSME) di virtHuman[®] International Srl.

Materiale e metodi Per la validazione del questionario OSME e la valutazione delle sue proprietà psicometriche, questo strumento è stato somministrato, assieme al Job Content Questionnaire (JCQ), a 166 infermieri partecipanti a diversi interventi formativi. È stata effettuata una valutazione dei cambiamenti pre e post intervento solo su 102 infermieri di questo campione, i quali hanno partecipato a varie edizioni dello stesso corso organizzato dal Collegio IPASVI delle Province di Milano, Lodi, Monza e Brianza in collaborazione con virtHuman[®] International Srl.

Risultati L'OSME, oltre a presentare una buona validità di facciata, ha evidenziato buone proprietà psicometriche, come dimostrato dall'elevata consistenza interna, dall'assenza di effetti di *floor* e di *ceiling* e dalla presenza di associazioni significative tra alcune dimensioni dell'OSME e quelle del JCQ, dimostrando una validità convergente soprattutto nell'area del benessere relazionale. Riguardo all'intervento investigato, i risultati hanno mostrato un aumento del benessere personale e lavorativo-relazionale a seguito dell'intervento.

Conclusioni L'OSME potrebbe proporsi come strumento utile per valutare l'efficacia di interventi formativi in un'ottica di promozione del benessere personale e professionale degli infermieri coinvolti. Servirebbero ulteriori studi per la validazione dello strumento in interventi formativi differenti, a livello di modello contenutistico, rispetto a quello preso in esame.

Parole chiave: efficacia formativa, benessere personale, benessere professionale, infermieri

Validation of a brief self-administered questionnaire on personal and professional well-being among nurses

ABSTRACT

Introduction The risk of work-related stress primary prevention is spreading through all health institutions. There is a continue proposition and promotion of training courses or activities centered on the construction of professional well-being. However, the effectiveness evaluation of this educational intervention is complex. The objective of this study is to contribute to the validation of the virtHuman[®] International's Organizational Stress Management Evaluation (OSME), a tool created for the effectiveness evaluation of a formative intervention centered on work-related stress.

Methods The OSME and the Job Content Questionnaire (JCQ) have been administered to 166 nurses, who participated to different formative events, to validate the OSME itself and its psychometric properties. In 102 of these nurses pre and post effects of the educational intervention were evaluated; these nurses parte-

culated to various edition of the same course organized by the National Federation of Nurses Colleges and virtHuman[®] International Srl.

Results OSME has showed good face validity and psychometric properties, as showed by its high internal consistency, by the absence of floor and ceiling effects and the presence of a relevant association between some OSME and JQC dimensions, with a good convergent validity in relational well-being. The formative intervention, for which was administered the OSME, led to an increase of personal and professional well-being.

Conclusions OSME could be considered a useful tool for the assessment of formative events effects within the promotion of personal and professional well-being. It could be useful to set up OSME validation studies.

Keywords: formative effectiveness, personal well-being, professional well-being, nurses

INTRODUZIONE

Il decreto legislativo n. 81 del 2008 sancisce che “La valutazione dei rischi deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui quelli associati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell’accordo europeo dell’8 Ottobre 2004”. Come da normativa, la prevenzione primaria del rischio correlato al lavoro si sta diffondendo come prassi in tutte le istituzioni sanitarie e prevede l’attuazione di azioni correttive o preventive tese a eliminare o ridurre le criticità alla radice. Tuttavia, a causa del retaggio passato e dell’esposizione prolungata a condizioni di lavoro avverse, oggi sono ancora necessari interventi di prevenzione secondaria e terziaria mirati a sostenere il personale particolarmente a rischio o che presenta disturbi conclamati di stress e/o sindrome di *burnout*.

In merito alle tipologie d’intervento, la letteratura internazionale (Nielsen K, et al., 2012) riconosce con favore non solo eventuali cambiamenti organizzativi mirati alla riduzione delle condizioni oggettive di rischio ma anche la promozione di un clima relazionale positivo in azienda, che può essere realizzato attraverso il cambiamento della percezione delle condizioni lavorative e il rafforzamento delle capacità di adeguata gestione delle potenziali situazioni di disagio. Rispetto al passato, gli interventi non sono solo tesi a trattare condizioni e sentimenti con valenza negativa ma sono orientati anche a promuovere direttamente comportamenti e stati d’animo positivi mediante corsi di formazione e/o attività di gruppo centrati sulla costruzione del benessere relazionale in azienda e del senso di padronanza e di appartenenza di ciascun operatore. L’efficacia del gruppo è garantita dal supporto reciproco, dalla possibilità di esprimere, analizzare e condividere i problemi e individuare nuove soluzioni e prospettive sia personali sia organizzative (Mikkelsen A, et al., 2003; Murphy LR, et al., 1987). In particolare, la persona riesce a comprendere meglio la realtà e a maturare una propria volitività nei confronti del lavoro, passando da un

agire prevalentemente motivato da “pressioni esterne” a un desiderio autonomo di esercitare e coltivare le proprie abilità e i propri interessi (Van den Broeck A, et al., 2008).

I programmi di formazione basati su strategie cognitive e comportamentali sostengono l’autostima e il senso personale di efficacia (Van Dierendonck D, et al., 2001; Halbesleben JRB, et al., 2005), migliorano l’identificazione delle condizioni ambientali stressogene e l’attivazione di strategie adeguate per affrontarle (per esempio la comunicazione assertiva, le tecniche di rilassamento, il *time management*, eccetera)(Spitzer W, et al., 1993).

Nell’ambito della ricerca, uno dei problemi più rilevanti rimane tuttavia l’identificazione di strumenti adeguati per valutare l’efficacia degli interventi formativi attuati. Partendo da ciò, l’obiettivo principale del presente studio è quello di contribuire alla validazione di un questionario, denominato Organizational Stress Management Evaluation (OSME), di virtHuman[®] International Srl, sviluppato appositamente per valutare l’efficacia di un intervento formativo mirato a incrementarne le risorse personali e le capacità relazionali.

MATERIALI E METODI

Procedura

Tra i mesi di gennaio e giugno 2011 sono stati reclutati 102 infermieri (campione di convenienza) durante lo svolgimento di cinque edizioni del corso di formazione “I segreti per vivere serenamente la professione: l’approccio virtHuman[®] per la valorizzazione dell’infermiere” organizzato dal Collegio IPASVI delle Province di Milano, Lodi, Monza e Brianza in collaborazione con la stessa virtHuman[®] International Srl.

Il corso aveva l’obiettivo di valorizzare il potenziale personale e di gruppo e rinforzare l’atteggiamento proattivo rispetto al lavoro attraverso un’azione positiva sul senso di autoefficacia, sull’autostima e su tutto ciò che identifica un orientamento positivo delle risorse personali. I contenuti del corso hanno preso spunto da una combinazione di tecniche educative come, per esempio, l’analisi transazionale (Stewart

I, et al., 2000) e la programmazione neurolinguistica (Bandler R, 1982).

Agli infermieri partecipanti, prima dell'inizio dell'evento formativo, sono state fornite (previo consenso) informazioni sull'obiettivo principale della ricerca e sono stati somministrati una scheda per la raccolta dei dati socio-demografici, il questionario OSME e il Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek RA, et al., 1998) che sono stati nuovamente somministrati al termine dell'evento. Al fine di garantire l'anonimato, gli operatori che hanno gestito l'inserimento dati della ricerca erano indipendenti dal gruppo di operatori dedicato alla gestione amministrativa dell'evento formativo.

Nelle analisi che riguardano la validazione del questionario OSME, al fine di aumentare la potenza delle analisi statistiche, sono stati aggiunti altri 64 infermieri reclutati nell'ambito di altre iniziative formative organizzate dal Collegio IPASVI di Milano, Lodi, Monza e Brianza.

Prima della somministrazione l'OSME è stato testato da 14 infermieri ai quali è stato somministrato tramite interviste semi-strutturate.

Strumenti di indagine

Il questionario OSME

L'OSME è stato sviluppato appositamente allo scopo di valutare i cambiamenti attesi per interventi formativi erogati sulla base del modello di riferimento elaborato da virtHuman® International Srl.

Il questionario autosomministrato è composto da 16 affermazioni e prevede risposte su una scala *Likert* a 10 punti (da "pienamente d'accordo" a "per niente d'accordo").

Le affermazioni contenute all'interno del questionario sono state elaborate dall'autore (Cavaliere d'Oro, virtHuman® International Srl) riferendosi agli aspetti che riguardano il senso di autoefficacia e l'autostima in ambito personale e professionale (Van Dierendonck D, et al., 2001; Halbesleben JRB, et al., 2005; Van den Broeck A, et al., 2008). Successivamente le affermazioni sono state condivise e discusse all'interno di un gruppo di esperti (uno psicologo, tre infermieri e l'autore stesso) che hanno prodotto una revisione della versione originale dell'OSME. In questa fase sono state cambiate leggermente alcune affermazioni e sono state proposte delle modifiche dal punto di vista grafico per rendere più leggibile il questionario. È stata inoltre inserita un'introduzione con lo scopo di aiutare il soggetto a contestualizzare maggiormente la situazione e a collocare nel tempo la propria risposta.

L'OSME considerato è suddiviso in quattro dimensioni:

- Private Life Psychosocial Well-being (PLPW), che indaga la percezione di benessere nella vita privata

valutando l'autoefficacia del soggetto nel gestire le situazioni e le relazioni;

- Job Life Psychosocial Well-being (JLPW), che indaga la percezione di benessere nella vita psicosociale lavorativa;
- Colleague Relationship Well-being (CRW), che indaga la percezione di benessere valutando la qualità delle relazioni con i propri colleghi di lavoro;
- Organizational Life Well-being (ORW), che esamina il benessere legato al senso di appartenenza all'organizzazione nella sua complessità.

L'intervallo di punteggio complessivo delle quattro sottoscale varia da 4 a 40; a punteggi più elevati corrisponde un maggiore benessere.

In questo studio si è scelto di raccogliere le dimensioni PLPW e JLPW in un'unica macro dimensione, indicata come Psychosocial Life Well-being (PLW), ovvero benessere psicosociale, e di raccogliere le restanti dimensioni dell'OSME, CRW e ORW, in un'unica macro dimensione indicata come Job Relational Well-being (JRW), ovvero il benessere relazionale in ambito lavorativo. Si è scelto di considerare queste due macro dimensioni perché ritenute più informative al fine di rilevare i cambiamenti attesi nell'ambito dell'intervento formativo.

Non è stato invece valutato l'indicatore globale del modello virtHuman®, definito Olistic Organizational Psychosocial Well-being (combinazione delle sottoscale PLW e JRW), allo scopo di conservare la distinzione tra benessere personale e quello più specificamente legato all'attività lavorativa.

Il Job Content Questionnaire (JCQ)

Il Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek RA, et al., 1998) è un questionario autosomministrato mirato a valutare le caratteristiche psicosociali del lavoro e lo stress lavorativo a partire dal modello teorico Job Demand-Control-Support (Karasek RA, et al., 1990). Nella presente ricerca, è stata utilizzata la versione raccomandata con 49 affermazioni tradotta in italiano (Baldasseroni A, et al., 2001). Per questo studio sono state considerate solamente tre dimensioni del questionario:

- job demand (JD), ovvero l'impegno lavorativo richiesto;
- decision latitude (DL), definita come la combinazione di autorità nella presa di decisioni in ambito lavorativo e l'opportunità di usare e sviluppare le abilità nel lavoro;
- social support (SS), ovvero il supporto sociale sul posto di lavoro.

Tutte le affermazioni del JCQ prevedono una modalità di risposta su scala *Likert* a 4 punti (da "assolutamente in disaccordo" ad "assolutamente d'accordo").

Analisi dei dati

Sono state indagate le seguenti caratteristiche psicometriche dei due questionari: risposte mancanti, effetti di *floor* e di *ceiling*, rispettivamente la percentuale di rispondenti con punteggi minimi e massimi, la consistenza interna (mediante α di Cronbach; Nunnally JC, et al., 1994; Kline P, 2000), nonché la validità convergente (grado di associazione tra misurazioni diverse dello stesso costrutto) e divergente (assenza di associazione tra misurazioni che si suppone sottendano costrutti diversi), calcolata mediante correlazioni per ranghi di Spearman tra le dimensioni dei due questionari. Inoltre sono stati condotti modelli multivariati di regressione ordinale allo scopo di esaminare la presenza di associazioni significative tra le dimensioni dell'OSME e quelle del JCQ. Al fine di potere essere inserite nei modelli multivariati, sia la variabili politomiche sia quelle continue sono state dicotomizzate (utilizzando la mediana come *cut-off* per le variabili continue). La normalità delle distribuzioni dei punteggi dei questionari è stata valutata mediante il test di Shapiro-Wilk.

Per esaminare le differenze nei punteggi dei questionari precedenti e successivi all'intervento, le variabili continue sono state confrontate tramite il test entro i gruppi Wilcoxon matched-pairs signed-ranks. Tutti i test sono a due code. Le analisi sono state effettuate utilizzando il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 11. La soglia di significatività (p) è stata fissata a 0,05.

RISULTATI

Validazione del questionario OSME

L'OSME è stato compilato da un campione di 166 infermieri, le cui caratteristiche socio-demografiche sono presentate in Tabella 1.

Il questionario è stato ben accolto dai soggetti e compilato in maniera adeguata; tuttavia i soggetti hanno avuto qualche difficoltà a interpretare il significato di alcune espressioni (per esempio "[...] chi devo intendere con la parola colleghi? I colleghi infermieri o le OSS?").

La dimensione PLW ha ottenuto un punteggio mediano pari a 56 (*range* interquartile, IQR=49-61), mentre la dimensione JRW un punteggio mediano pari a 51 (IQR=44-57). Tra le due dimensioni, solo la JRW ha presentato una distribuzione assimilabile alla curva normale ($p=0,21$). Dai risultati non si osservano effetti di *floor* o di *ceiling*, come dimostrato dall'assenza di punteggi minimi e massimi. È stata inoltre osservata un'ottima consistenza interna (α di Cronbach) pari a 0,90 per PLW e 0,92 per JRW, nonché correlazioni da 0,81 a 0,92 tra le affermazioni e il totale delle variabili. Come risulta dalla Tabella 2, le proprietà psicometri-

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione di studio (n=166)

Sesso (%)	
Maschile	15,7
Femminile	84,3
Età (media\pmDS)	
	42,3 \pm 8,2
Livello di istruzione (%)	
Diploma	65,7
Laurea/post laurea	34,3
Paese di origine (%)	
Italia	79,5
Altro paese	20,5
Stato civile (%)	
Single	18,8
Sposato/convivente	69,1
Separato/divorziato	12,1
Contesto assistenziale (%)	
Ospedale	51,5
RSA	35,8
Domicilio	4,2
ASL	4,2
Altro	4,2
Anzianità di servizio (%)	
≤ 3 anni	23
dai 4 ai 9 anni	21,8
≥ 10 anni	55,2
Regime contrattuale (%)	
Dipendente	83,3
Libero professionista	10,2
Socio lavoratore	3,6
Altro	1,8
RSA: residenza sanitaria assistenziale	
ASL: azienda sanitaria locale	

Tabella 2. Punteggio ottenuto nel Job Content Questionnaire (JCQ) suddiviso per dimensione (n=166)

Dimensioni JCQ	Punteggio medio (mediana; IQR)	α di Cronbach
Decision latitude	72,6 (74; 66-78)	0,79
Job demand	35,3 (35; 32-39)	0,73
Social support	20,8 (21; 18-24)	0,72
JCQ=Job Content Questionnaire		
IQR= <i>range</i> interquartile		

Tabella 3. Correlazioni tra i punteggi delle dimensioni PLW e JRW dell'OSME e quelle della JCQ (n=166)

		JCQ		
		Job demand	Decision latitude	Social support
OSME	PLW	-0,17*	0,30**	0,3**
	JRW	-0,04	0,28**	0,6**

JCQ: Job Content Questionnaire

OSME: Organizational Stress Management Evaluation

PLW: Psychosocial Life Well-being

JRW: Job Relationship Well-being

* p<0,05

** p<0,01

che individuate dal JCQ sono risultate globalmente accettabili.

Relativamente alla validità convergente e divergente (Tabella 3), come atteso, le dimensioni JRW e PLW dell'OSME sono risultate correlate positivamente alle dimensioni social support e decision latitude del JCQ; la correlazione più elevata è risultata quella tra le dimensioni JRW e quella del social support (0,60; p<0,001). E' stata trovata una correlazione negativa significativa tra la dimensione PLW dell'OSME e la dimensione job demand del JCQ.

In Tabella 4 vengono mostrati i risultati dei due modelli multivariati di regressione ordinale.

Le dimensioni social support e decision latitude sono risultate positivamente associate alla dimensione PLW (*odds ratio*, OR, proporzionale rispettivamente pari a 2,03 e 2,35) e alla JRW (OR proporzionale rispettivamente pari a 5,80 e 1,90).

L'essere di nazionalità straniera è l'unica variabile indipendente risultata positivamente associata alla sottoscala JRW (OR proporzionale pari a 2,55).

Rilevazioni pre e post intervento formativo

In Tabella 5 viene presentato il confronto tra i punteggi pre e post intervento dell'OSME e del JCQ, ottenuti dai 102 infermieri che hanno partecipato alle varie edizioni del corso di formazione organizzato dal Collegio IPASVI delle Province di Milano, Lodi, Monza e Brianza in collaborazione con la stessa virtHuman® International Srl. Per quanto riguarda questo gruppo, l'età media è risultata pari a 43 anni (DS±7,5); inoltre, l'89% del campione era costituito da donne e da soggetti di origine italiana.

Per quanto riguarda l'OSME, è stata trovata una differenza significativa nei punteggi delle dimensioni PLW e JRW ottenuti prima e dopo l'evento formativo (p<0,001).

Nel caso del questionario JCQ non sono state trovate

Tabella 4. Modelli multivariati di regressione ordinale che valutano l'influenza delle variabili indipendenti e delle dimensioni del JCQ sulle variabili PLW e JRW dell'OSME

Variabili indipendenti	Dimensioni OSME	
	PLW	JRW
	OR proporzionale (95% IC)	OR proporzionale (95% IC)
Sesso	0,61 (0,27-1,40)	0,52 (0,23-1,17)
Età (>42 anni)	1,60 (0,82-3,15)	0,97 (0,50-1,89)
Livello di istruzione	1,34 (0,66-2,74)	1,19 (0,56-2,52)
Paese di origine	2,04 (0,84-4,96)	2,55 (1,05-6,23)*
Anzianità di servizio (>10 anni)	0,97 (0,50-2,0)	0,94 (0,47-1,87)
Regime contrattuale	1,02 (0,43-2,44)	0,90 (0,36-2,28)
Dimensioni JCQ		
Job demand	0,73 (0,41-1,30)	0,65 (0,38-1,16)
Decision latitude	2,35 (1,28-4,31)**	1,90 (1,04-3,45)*
Social support	2,03 (1,12-3,68)*	5,80 (3,04-11,03)**

PLW: Psychosocial Life Well-being

JRW: Job Relationship Well-being

IC: intervallo di confidenza

OR: odds ratio

* p<0,05

** p<0,01

Tabella 5. Confronto tra i punteggi dell'OSME e del JCQ pre e post intervento formativo (n=102)

		Pre intervento	Post intervento	p*
		Punteggio medio (mediana; IQR)		
OSME	PLW	54,0 (54; 49-61)	58,0 (59; 53-63)	<0,001
	JRW	48,9 (50,5; 41-56)	52,3 (53; 48-59)	<0,001
JCQ	Job demand	35,4 (35; 32-39)	35,7 (35; 32-39)	0,75
	Decision latitude	72,2 (72; 68-78)	72,8 (72; 66-78)	0,99
	Social support	20,3 (21; 17-23)	20,6 (20; 17-24)	0,33

*Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

PLW: Psychosocial Life Well-being

JRW: Job Relationship Well-being

differenze significative nei punteggi ottenuti nelle sue dimensioni prima e dopo l'intervento.

DISCUSSIONE

Lo studio ha avuto lo scopo di valutare l'efficacia di un intervento formativo rivolto agli infermieri, nonché di contribuire alla validazione del questionario OSME. Relativamente alle due dimensioni di benessere personale e professionale, l'OSME ha dimostrato un'elevata consistenza interna, l'assenza di effetti di *floor* e di *ceiling* e la presenza di associazioni significative tra le sue dimensioni e alcune dimensioni del JCQ, tutte nella direzione attesa.

Come anche dimostrato dai risultati dei modelli multivariati, è stata osservata un'associazione piuttosto elevata tra la JRW, ovvero il benessere in ambito lavorativo-relazionale, e la dimensione del supporto sociale del JCQ (social support): questo potrebbe indicare la presenza di un'elevata validità convergente tra le due sottoscale ma anche la presenza di una sovrapposizione di significato dovuto alla formulazione linguistica simile tra le affermazioni delle dimensioni. La correlazione tra la dimensione decision latitude del JCQ ed entrambe le sottoscale dell'OSME (JRW e PLW) è risultata significativa, indicando una buona associazione tra il benessere personale e lavorativo e la propria autonomia.

Non è stata osservata alcuna associazione tra la dimensione job demand e le dimensioni dell'OSME. Di conseguenza, il questionario OSME sembra valutare soprattutto il benessere legato alla presenza di un clima lavorativo-relazionale positivo.

E' stata trovata invece una correlazione negativa tra la dimensione PLW e la dimensione job demand; ciò sembra indicare che a un aumento della richiesta lavorativa corrisponde una diminuzione del benessere in ambito lavorativo.

E' stato individuato un aumento del benessere psicosociale personale e lavorativo-relazionale in seguito all'intervento formativo (dimensioni JRW e PLW).

Molto probabilmente la sensibilità al cambiamento di queste due sottoscale è attribuibile alla componente emozionale attivata in modo persistente dall'intervento formativo. Il fatto che i cambiamenti si siano osservati sul piano del benessere personale e lavorativo, valutato tramite l'OSME, ma non nelle condizioni di lavoro, esaminate mediante il JCQ, sembra indicare che i partecipanti hanno appreso strategie anti-stress (come per esempio lo spostamento dell'attenzione sul proprio stato psicofisico) e l'acquisizione di comportamenti specifici di *coping*.

I principali limiti dello studio presentato sono l'assenza di un test di affidabilità nel tempo e di un gruppo di controllo, nonché la limitata generalizza-

bilità dei risultati connessa all'uso di un singolo campione costituito unicamente da infermieri.

Un altro possibile limite dello studio è che sia lo strumento sia l'evento formativo, di cui sono stati valutati gli effetti pre e post intervento, sono stati sviluppati entrambi sul modello elaborato da virtHuman[®] International Srl; servirebbero quindi ulteriori studi per validare lo strumento anche su altre tipologie di intervento formativo.

Per il futuro sembra opportuno rivedere in parte il questionario OSME: in particolare, una consistenza interna (α di Cronbach) elevata potrebbe segnalare la presenza di un'eccessiva ridondanza contenutistica tra alcune affermazioni dello strumento. Inoltre, l'uso di un campione più ampio (superiore ai 200 soggetti) consentirebbe l'effettuazione di analisi più complesse, tese a confermare la presenza di fattori latenti all'interno del costrutto di riferimento (MacCallum RC, et al., 1999); sarebbe interessante valutare altre dimensioni, come per esempio la qualità di vita, lo stato di salute e il conflitto casa-lavoro (Matthews RA, et al., 2010) da affiancare alle informazioni ottenute mediante l'OSME.

CONCLUSIONI

Se, come raccomandato dalle esperienze riportate in letteratura, i cambiamenti più efficaci e duraturi si ottengono con interventi integrati di partecipazione informata del personale alle scelte organizzative aziendali e di formazione sulla prevenzione del benessere e della salute, questo approccio formativo si è dimostrato efficace, ma non sufficiente.

Il questionario proposto, mirato a valutare la qualità di un intervento attuato a favore di un campione di infermieri, notoriamente esposti a situazioni di stress lavorativo e *burnout*, si è infatti dimostrato sensibile all'efficacia dei corsi di formazione, ma anche alla carenza di un processo preventivo capace di coinvolgere i lavoratori stessi in un percorso di cambiamento teso a incidere sulle scelte organizzative.

Conflitti di interesse dichiarati: gli autori dichiarano la non sussistenza di conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

- Baldasseroni A, Camerino D, Cenni P, et al. (2001) *La valutazione dei fattori psicosociali proposta della versione italiana del Job Content Questionnaire di R. A. Karasek*. ISPEL, 3, 20-32.
- Bandler R (1982) *Programmazione neurolinguistica*. Edizione Astrolabio Ubaldini Edizioni, Roma.
- Halbesleben JRB, Demerouti E (2005) *The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory*. Work Stress, 19, 208-220.

- Karasek RA, Brisson C, Kawakami N, et al (1998) *The Job Content Questionnaire (JCQ). An instrument for internationally comparative assessments for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics*. J Occup Health Psychol, 3, 322-355.
- Karasek RA, Theorell T (1990) *Healthy work: stress productivity, and the reconstruction of working life*. Edizione Basic book, New York.
- Kline P (2000) *The handbook of psychological testing* (II edizione). Edizioni Routledge, Londra.
- MacCallum RC, Widaman KF, et al. (1999) *Sample size in factor analysis*. Psychological Methods, 4, 84-99.
- Matthews RA, Kath M, Barnes-Farrell JL (2010) *A short, valid, predictive measure of work-family conflict: item selection and scale validation*. J Occupational Health Psychology, 15(1), 75-90.
- Mikkelsen A, Gundersen M (2003) *The effect of a participatory organizational intervention on work environment, job stress, and subjective health complaints*. Int J Stress Manag, 10, 91-110.
- Murphy LR, Hurrell JJ (1987) *Stress management in the process of organizational stress reduction*. J Managerial Psychology, 2, 18-23.
- Nielsen K, Randall R (2012) *The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention*. Work Stress, 26, 91-111.
- Nunnally JC, Bernstein IH (1994) *Psychometric theory* (III edizione). McGraw-Hill, New York.
- Spitzer W, Burke L (1993) *A critical incident stress debriefing program for hospital-based health care personnel*. Health & Social Work, 18, 149-157.
- Stewart I, Joines V (2000) *L'analisi transazionale. Guida alla psicologia dei rapporti umani*. Edizione Garzanti Libri, Milano.
- Van den Broeck A, Vansteenkiste M, et al. (2008) *Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction*. Work Stress, 22, 277-294.
- Van Dierendonck D, Schaufeli WB, et al. (2001) *Burnout and Inequity among Human Service Professionals: a longitudinal study*, J Occup Health Psychol, 6, 43-52.

La tendenza empatica negli studenti del corso di laurea in infermieristica: risultati di uno studio osservazionale

Sara Bidone¹, Marta Beneventi², Enrico Larghero³, Carlo Di Pietrantonj⁴

¹Coordinatore teorico-pratico del Corso di laurea in infermieristica, Università degli studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", Tortona; ²Infermiera, residenza sanitaria assistenziale (RSA) e clinica riabilitativa "Leandro Lisino", Tortona; ³Responsabile del master universitario di II livello in bioetica, Università teologica di Torino; ⁴Statistico, Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SeREMI) e Servizio sovrazonale di epidemiologia (SSEpi), Alessandria

Corrispondenza: sbidone@aslal.it

RIASSUNTO

Introduzione La capacità empatica degli operatori sanitari è considerata come un importante fattore per il miglioramento della qualità assistenziale. Da tempo, nella formazione infermieristica, si è compresa l'importanza di fornire agli studenti non solo capacità tecniche ma anche quelle umane e relazionali. L'obiettivo di questo lavoro è determinare la tendenza empatica degli studenti iscritti al corso di laurea in infermieristica di un'università del Nord Italia.

Materiali e metodi Per la conduzione dell'indagine sulla tendenza empatica è stata somministrata la Balanced Emotional Empaty Scale (BEES), nella versione validata in italiano, a un campione di 99 studenti di un corso di laurea in infermieristica. E' stata indagata l'eventuale presenza di differenze nei livelli di tendenza empatica tra studenti di sesso maschile e femminile e tra i vari anni di corso.

Risultati Il livello di tendenza empatica generale è risultato discreto; le studentesse hanno ottenuto punteggi di tendenza empatica superiori a quelli dei colleghi di sesso maschile, pur rimanendo entrambi all'interno della stessa classe di punteggio, ovvero "discreta tendenza empatica". All'aumentare dell'anno di corso sembra aumentare il divario di tendenza empatica tra maschi e femmine a favore di queste ultime.

Conclusioni La valutazione del livello empatico degli operatori sanitari, anche quando sono ancora studenti, è importante per individuare eventuali carenze empatiche, che possono essere colmate con interventi formativi *ad hoc*, o i soggetti che sono particolarmente sensibili e, non riuscendo a gestire l'empatia, possono incorrere nell'affaticamento da compassione o nel *burnout*.

Parole chiave: tendenza empatica, studenti di infermieristica, Balanced Emotional Empaty Scale (BEES)

The empathic tendency level in nursing undergraduates: an observational study

ABSTRACT

Introduction The empathic ability of health professionals is recognized as an important factor for improving the quality of care. In the nursing education, is important to provide to the students not only technical skills but also the human and relational skills. The objective of this work is to determine the empathic tendency in students of a nursing course of a University of Northern Italy.

Methods The Balanced Emotional Empaty Scale (BEES) has been administered to 99 nursing students to estimate the general empathic tendency and the differences in the level of this parameter between male and female students and between the years of course.

Results The overall level of empathic tendency has been discreet; this was higher in females, although both genders within the class "discrete empathic tendency". Year by year of the course there seems to be an increase of the gap between male and female students in empathic tendency level.

Conclusion The assessment of the level of empathy in health workers and students is important to identify weaknesses in empathy, which can be resolved with *ad hoc* training, or those who are particularly sensitive and, failing to manage empathy, may incur in compassion fatigue or burnout.

Keywords: empathic tendency, nursing students, Balanced Emotional Empaty Scale (BEES).

INTRODUZIONE

Alcuni studi sostengono che l'empatia offra ai professionisti della sanità la capacità di migliorare la salute dei pazienti in quanto la qualità del rapporto con il paziente può influenzare il decorso e l'esito della malattia (Cunico L, et al., 2012). L'empatia e la comunicazione empatica sono componenti chiave ormai ampiamente riconosciute e presupposti per erogare cure sanitarie di buona qualità. Nella formazione infermieristica da tempo si è compresa l'importanza di fornire agli studenti non solo le capacità tecniche ma anche quelle umane e relazionali (Larghero E, et al., 2010).

E' necessario sapere misurare la capacità empatica e potenziare le strategie per attivarla e mantenerne un livello appropriato senza che gli operatori ne siano travolti dai costi psicologici. Tale aspetto risulta particolarmente rilevante in ambito sia organizzativo sia formativo. In quest'ultimo ambito non si tratta solo di favorire l'acquisizione di competenze di comunicazione ma di apprendere un modo di rapportarsi al paziente che tenga conto del lato umano e affettivo della relazione.

Nonostante l'empatia sia comunemente accettata come un aspetto reciprocamente vantaggioso nel rapporto tra il paziente e l'operatore sanitario, esistono prove che rilevano come molti studenti delle professioni sanitarie non siano in grado di dimostrare queste importanti abilità (Fields SK, et al., 2011). Essere empatico è una tendenza innata dell'uomo. Secondo Mahrabian l'empatia è costituita da due aspetti: l'empatia cognitiva, che consiste nell'abilità di comprendere accuratamente le cose dalla prospettiva dell'altro, e l'empatia emozionale, ovvero la tendenza a fare esperienza vicaria delle emozioni altrui (Meneghini AM, et al., 2006). Agli uomini, più che alle donne, si insegna a esprimere poco le emozioni e a sviluppare, piuttosto, capacità legate alla vita pratica e lavorativa più che alla sfera affettiva; questo potrebbe spiegare perché le donne sembrano avere una maggiore propensione all'empatia (Proietti G, 2008). A sostegno di questo, uno studio ha evidenziato una maggiore attivazione del cervello nelle donne a seguito di specifici stimoli capaci di evocare l'empatia (Proverbio AM, et al., 2008).

Un livello di empatia maggiore del sesso femminile è stato dimostrato sia utilizzando la Jefferson Scale of Physician (JSE) (Fields SK, et al., 2011), sia la Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) (Cunico L, et al., 2012). La scoperta dei neuroni specchio da parte di Rizzolatti G conferma che l'empatia fa parte del corredo genetico della specie umana (Rizzato M, et al., 2011); l'empatia però sembra essere correlata anche alle esperienze personali di ogni soggetto

(Ziółkowska-Rudowicz E, et al., 2010; parte IV) e in letteratura vi sono studi che dimostrano che può essere insegnata e potenziata (Diener E, et al., 2012; Ziółkowska-Rudowicz E, et al., 2010; parte I, II).

L'obiettivo di questo studio è determinare la tendenza empatica negli studenti di un corso di laurea in infermieristica e individuare eventuali differenze in base al genere e tra i diversi anni di corso.

MATERIALI E METODI

Lo studio è di tipo osservazionale trasversale. L'indagine è stata condotta presso il Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro" (sede di Tortona) nel maggio 2012. Lo studio è stato proposto a tutti gli studenti dell'anno accademico 2011-2012 del primo, secondo e terzo anno, ai quali, prima della loro partecipazione, è stata fornita un'adeguata illustrazione sulle finalità dell'indagine.

Strumenti di indagine

Il livello di tendenza empatica è stato valutato tramite la Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) (Meneghini AM, et al., 2006), una scala che si compone di 30 affermazioni che si prefiggono di misurare la tendenza di un individuo a essere più o meno responsivo alle espressioni emozionali degli altri e a sentire e provare i loro vissuti emozionali.

La sua peculiarità, rispetto ad altri strumenti che rilevano il fenomeno empatico, è quella di essere in grado di analizzare e misurare in modo specifico la condivisione affettiva e di considerare situazioni caratterizzate oltre che da emozioni negative anche da emozioni positive. La BEES si può considerare come uno strumento che permette di evidenziare e rilevare l'intensità delle diverse componenti dell'empatia emozionale e che contribuisce ad approfondire le conoscenze sul costrutto teorico e le sue componenti. Ulteriore peculiarità della BEES è quella di essere composta per metà da affermazioni con valenza positiva e per l'altra metà da affermazioni con valenza negativa, cercando di scoraggiare risposte acquiescenti o socialmente desiderabili, *bias* molto frequenti quando si utilizzano strumenti di questo tipo (Meneghini AM, et al., 2012).

Nella BEES i soggetti devono esprimere il loro grado di accordo per ogni affermazione tramite una scala *Likert* a cinque punti, dove il valore 1 corrisponde a "totale disaccordo" e il valore 5 a "totale accordo" (Ziółkowska-Rudowicz E, et al., 2010; parte III). Oltre alle risposte richieste dalla BEES sono stati raccolti alcuni dati socio-anagrafici quali l'età, il sesso e l'anno di corso. Tutte le informazioni raccolte durante lo studio sono state mantenute in forma ano-

nima e il trattamento dei dati è avvenuto secondo le vigenti norme sulla *privacy*.

Analisi dei dati

Per uniformare l'interpretazione dei risultati, al punteggio delle affermazioni con valenza negativa, quelle per cui un punteggio elevato corrisponde a una bassa tendenza empatica, è stato sottratto un valore pari a 6; in questo modo, per comodità, anche per queste affermazioni un basso punteggio viene fatto corrispondere sempre a un basso livello di empatia. Per interpretare la tendenza empatica è stata calcolata la media dei punteggi ottenuti nelle affermazioni della BEES.

Per la lettura dei risultati sono state considerate delle classi di empatia definite da intervalli di punteggio:

- un punteggio da 1 a 2 corrisponde a una “scarsa tendenza empatica”;
- un punteggio da 2,1 a 3 corrisponde a una “bassa tendenza empatica”;
- un punteggio da 3,1 a 4 corrisponde a una “discreta tendenza empatica”;
- un punteggio maggiore di 4 corrisponde a una “buona tendenza empatica”.

Per studiare le differenze fra i livelli di tendenza empatica per genere e anno di corso sono state calcolate le medie dei punteggi e i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95%. È stato utilizzato il test t di Student per il confronto delle medie fra due gruppi di dati e l'analisi della varianza a una via (ANOVA a una via) per il confronto dei valori medi di più gruppi di dati. Il test del χ^2 è stato utilizzato per analizzare la distribuzione congiunta delle frequenze per anno di corso e la classe di tendenza empatica. Per l'elaborazione dei dati è stato utilizzato il programma EpiData e in seguito EpiData Analysis per l'analisi statistica dei risultati ottenuti. Le variabili quantitative

sono state sintetizzate in termini di media e deviazione standard mentre le variabili qualitative come frequenza assoluta e percentuale.

RISULTATI

Popolazione dello studio

Il campione considerato era composto da 99 soggetti; la proporzione di studentesse è variata dal 50% del primo anno fino al 75% del terzo anno; l'età media complessiva delle studentesse era pari a 26,4 anni (IC95%: da 24,4 a 28,4) mentre per gli studenti maschi l'età media era di 23,5 anni (IC95%: da 22,1 a 25,9).

La tendenza empatica

Il confronto fra i livelli medi complessivi di tendenza empatica suddivisi per genere mostra una differenza significativa fra i due sessi a favore di quello femminile (punteggio donne=3,8, IC95% da 3,6 a 3,9; punteggio uomini=3,3, IC95% da 3,1 a 3,4; $p < 0,001$), tuttavia i due valori rimangono all'interno dello stesso livello di tendenza empatica, ovvero “discreta tendenza empatica” (intervallo di punteggio da 3,1 a 4) (Tabella 1).

Analizzando il punteggio medio di tendenza empatica per genere e anno di corso si nota che il punteggio medio nella BEES ottenuto dalle studentesse si è mantenuto più alto di quello ottenuto dagli studenti maschi (Tabella 1). Inoltre i punteggi ottenuti dalle studentesse sono rimasti sempre all'interno del livello “discreta tendenza empatica”; per gli studenti maschi, invece, solo quelli del primo anno sono rientrati in questo livello mentre quelli del secondo e del terzo anno si sono posizionati nel livello inferiore, ovvero “bassa tendenza empatica” (punteggio da 2,1 a 3). Restringendo l'analisi ai soli studenti di sesso maschile, non è stata trovata una differenza significativa

Tabella 1. Punteggio medio di empatia ottenuto nella BEES suddiviso per genere nei tre anni di corso

Anno di corso	Genere degli studenti	Numero di studenti	Punteggio medio BEES±DS	IC95%	Test t di Student	p	Test χ^2 (gl=1)	p
1°	Maschile	21	3,30±0,58	3,10-3,60	2,59	0,12	0,45	0,50
	Femminile	21	3,60±0,50	3,40-3,80				
2°	Maschile	16	3,16±0,49	2,90-3,42	11,03	0,002	0,53	0,47
	Femminile	20	3,77±0,59	3,49-4,04				
3°	Maschile	5	3,31±0,36	2,86-3,76	7,56	0,013	0,40	0,53
	Femminile	16	3,95±0,48	3,70-4,21				

DS: deviazione standard

IC95%: intervallo di confidenza al 95%

gl: gradi di libertà

BEES: Balanced Emotional Empaty Scale

tra i punteggi medi di tendenza empatica per anno di corso ($F=0,40$, gradi di libertà, $gl=2$; $p=0,67$). Tale risultato è confermato anche dall'analisi della distribuzione congiunta per anno di corso e classe di tendenza empatica ($\chi^2=3,82$, $gl=4$; $p=0,43$).

Anche per gli studenti di sesso femminile non è stata trovata una differenza significativa tra i punteggi medi di tendenza empatica per anno di corso ($F=2,32$, $gl=2$; $p=0,11$). Tale risultato è confermato anche dall'analisi della distribuzione congiunta per anno di corso e classe di tendenza empatica ($\chi^2=5,65$, $gl=4$; $p=0,23$).

Volendo confrontare i livelli medi di tendenza empatica tra i due generi per ogni anno di corso possiamo osservare che per il primo anno di corso c'è stata una differenza di punteggio medio a favore delle studentesse, che però non è risultata statisticamente significativa (Tabella 1); per il secondo e il terzo anno di corso la differenza tra il punteggio medio di tendenza empatica ottenuto dalle studentesse e quello ottenuto dagli studenti è risultata statisticamente significativa (rispettivamente $p=0,002$ e $p=0,01$) (Tabella 1). Tutti questi risultati sono confermati anche dall'analisi per classe di tendenza empatica (Tabella 2).

DISCUSSIONE

Il presente lavoro, nonostante i suoi limiti di dimensione campionaria e di sbilanciamento fra generi, sug-

gerisce l'esistenza di una differenza sistematica complessiva fra i livelli di tendenza empatica maschili e femminili, a favore di questi ultimi. La tendenza empatica generale è comunque risultata discreta e rimasta all'interno dello stesso livello di punteggio per entrambi i generi ("discreta tendenza empatica"). I risultati sembrano indicare che all'aumentare dell'anno di corso aumenta il divario di tendenza empatica tra maschi e femmine, seppure in modo marginale. Per confermare questi risultati bisognerebbe attuare uno studio longitudinale prospettico in cui la coorte sia costituita dallo stesso campione di studenti per tutta la durata dei tre anni di corso. Inoltre sarebbe interessante valutare se corsi sulla relazione e sugli aspetti relazionali aumentino il livello di tendenza empatica. In letteratura si trovano alcuni studi sul livello di empatia degli studenti infermieri e di altre professioni. La University of Central Lancashire di Preston ha condotto uno studio in cui ha evidenziato che gli studenti iscritti alla facoltà di infermieristica e farmacia avevano punteggi maggiori di empatia rispetto agli studenti iscritti a giurisprudenza; gli studenti di farmacia del terzo anno avevano livelli di empatia superiori rispetto a quelli del primo anno ma, paradossalmente, per gli studenti d'infermieristica è risultato il contrario. Anche in questo studio le studentesse avevano ottenuto punteggi di empatia superiori a quelli degli studenti (Wilson SE, et al., 2012). In uno studio condotto in Po-

Tabella 2. Livelli di tendenza empatica degli studenti suddivisi per classi di punteggio nella BEES, genere e anno di corso

Anno di corso	Genere degli studenti	Tendenza empatica*			Test χ^2 ($gl=2$)	p
		bassa	discreta	buona		
		%	%	%		
1°	Maschile	42,9	47,6	9,5	4,20	0,123
	Femminile	14,3	71,4	14,3		
	Totale	28,6	59,5	11,9		
2°	Maschile	31,3	68,8	-	9,00	0,011
	Femminile	10,0	50,0	40,0		
	Totale	19,4	58,3	22,2		
3°	Maschile	20,0	80,0	-	5,25	0,072
	Femminile	-	62,5	37,5		
	Totale	4,8	66,7	28,6		

* non è stata riportata la classe "scarsa tendenza empatica", individuata da un punteggio nella BEES compreso tra 1 e 2, perché nessuno degli studenti è risultato in questa classe

Tendenza empatica:

Bassa: punteggi da 2,1 a 3

Discreta: punteggi da 3,1 a 4

Buona: punteggi >4,1

gl: gradi di libertà

BEES: Balanced Emotional Empathy Scale

lonia, con l'inserimento di tecniche di sostegno dell'empatia, si è evidenziato come gli studenti mostrassero punteggi carenti di empatia (Ziółkowska-Rudowicz E, et al., 2010; parte III). In USA, presso il Center for Research Medical Education and Health Care di Philadelphia, è stato realizzato uno studio su studenti delle professioni sanitarie utilizzando la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSE) come scala per misurare l'empatia; le studentesse hanno registrato livelli di empatia superiore non solo rispetto ai compagni di corso ma anche rispetto a colleghi più anziani (Fields SK, et al., 2011). Un lavoro della Jefferson School of Nursing di Philadelphia pone di fronte a un enigma in quanto le analisi mostrano un declino statisticamente significativo dell'empatia negli studenti d'infermieristica esposti, più di altri, al contatto con i pazienti durante il loro percorso formativo. Paradossalmente questi soggetti non sviluppavano maggiori livelli di empatia e i dati, piuttosto, ne hanno evidenziato un calo nel tempo (Ward J, et al., 2012). Nel 2012 l'Università di Verona ha pubblicato un lavoro italiano (Cunico L, et al., 2012) in cui è stata utilizzata la Balanced Emotional Empathy Scale (BEES); si tratta di uno studio di coorte longitudinale ideato per fare misurazioni ripetute dei livelli di tendenza empatica prima e dopo un intervento formativo *ad hoc* costituito da seminari e laboratori aggiuntivi a piccoli gruppi, con il fine di sviluppare capacità comunicative ed empatiche, con un gruppo di controllo che ha seguito la normale formazione infermieristica.

I risultati ottenuti hanno dimostrato che gli interventi di formazione aggiuntivi si sono rivelati molto efficaci per le femmine; ciò nonostante i risultati hanno indicato comunque l'efficacia della formazione tradizionale nell'incrementare la tendenza empatica. I risultati del presente studio sono quindi sovrapponibili per quel che riguarda il maggiore livello di empatia registrato dalle studentesse. I limiti di questo studio tuttavia sono una ridotta dimensione campionaria (99 studenti) e una durata temporale dello studio di natura trasversale.

La rilevanza dell'empatia degli studenti è elemento cardine per la formazione e per l'esercizio. Numerosi studi scientifici hanno rilevato che il disagio del paziente per la cattiva comunicazione ha un peso di gran lunga superiore a qualsiasi altra insoddisfazione riferita alle competenze tecniche (Larghero E, et al., 2010). Altri studi invece hanno evidenziato come un approccio di tipo bio-psicosociale influenzi in modo positivo i risultati assistenziali evidenziati con migliore soddisfazione del paziente, maggiore aderenza ai piani di trattamento e un miglioramento della salute del paziente. Da qui nasce la necessità di rinforzare il rapporto autentico tra operatori sanitari e pa-

zienti attraverso un percorso di potenziamento dell'umanizzazione. Il termine "umanizzazione" è sinonimo di relazione interpersonale nella quale due esseri umani, a prescindere dai loro ruoli, entrano in sinergia tra loro e intraprendono un percorso fiduciario; come professionisti della salute occorre quindi acquisire, oltre ai contenuti tecnici e conoscitivi, sensibilità, empatia e reciprocità. In accordo con la teoria di Rogers (Larghero E, et al., 2010), la comunicazione empatica è fondamentale per fornire un'alta qualità nell'assistenza infermieristica e per interpretare in modo olistico il punto di vista del paziente (McMillan LR, et al., 2011).

CONCLUSIONI

L'oggetto di studio della disciplina infermieristica è la persona, l'elemento al centro di ogni teoria, compresa quella di Jean Watson. La sua teoria sottolinea l'importanza di una relazione di fiducia tra l'infermiere e il paziente che implica congruenza, empatia, comunicazione efficace e, proprio per questa ragione, è stata individuata come teoria di riferimento a cui ascrivere il presente lavoro. I concetti teorici di Watson poggiano le proprie basi sulla cultura umanistica e in particolare sulle opere degli psicologi Carl Rogers, Erik Erikson, Abraham Maslow e del filosofo Martin Heidegger. L'infermiere deve essere in grado di comunicare con il paziente e i suoi familiari con chiarezza e umanità; deve inoltre essere capace di collaborare con le diverse figure professionali con cui lavora. In ambito formativo non si tratta solo di favorire l'acquisizione di competenze di comunicazione ma di apprendere un modo di rapportarsi con il paziente che tenga conto del lato umano e affettivo della relazione. E' quindi necessario percorrere un itinerario formativo che porti ad acquisire conoscenze *ad hoc*. L'essere empatici infatti può essere una risorsa ma può anche essere un limite: se non gestita correttamente può portare all'affaticamento da compassione e in ultima analisi al *burnout*.

Concludendo si può ipotizzare che misurare il livello di tendenza empatica in ambito formativo e in ambito di esercizio professionale degli infermieri può essere utile non solo per individuare i soggetti che hanno carenze empatiche, che vanno indirizzati a corsi di potenziamento, ma anche quei soggetti che potrebbero essere, per loro caratteristiche e sensibilità, più esposti ai problemi derivanti dall'eccessiva e continuativa esposizione emozionale compassionevole.

BIBLIOGRAFIA

Cunico L, Sartori R, Marognolli O, et al. (2012) *Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study*. Clin Nurs, 21(13-14), 2016-2025.

- Diener E, Hobbs N (2012) *Simulating care: technology-mediated learning in twenty-first century nursing education*. Nurs Forum, 47(1), 34-38.
- Fields SK, Mahan P, Tillman P, et al. (2011) *Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider-student version*. J Interprof Care, 25(4), 287-293.
- Larghero E, Lombardi Ricci M, Marchesi R (2010) *Medical Humanities e bioetica clinica*. Edizione Edizioni Camilliane.
- McMillan LR, Shannon DM (2011) *Psychometric analysis of the JSPE Nursing Student Version R: comparison of senior BSN students and medical students attitudes toward empathy in patient care*. ISRN Nurs, 726063.
- Meneghini AM, Sartori R, Cunico L (2006; a) *Adattamento e validazione su campione italiano della balanced emotional empathy scale di Albert Mehrabian*. Ricerche di psicologia, 29, 123-152.
- Meneghini AM, Sartori R, Cunico L (2006; b) *Valutare la tendenza empatica: la Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*. Items, <http://items.giuntios.it/showArticolo.do?idArt=256&pg=5>
- Meneghini AM, Sartori R, Cunico L (2012) *Adattamento italiano della Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) di Albert Mehrabian*. Edizione Giunti organizzazioni speciali (OS).
- Proietti G (2008). *L'empatia. Percepire le emozioni altrui*. Edizione Xenia.
- Proverbio AM, Zani A, Adorni R (2008). *Neural markers of a greater female responsiveness to social stimuli*. BMC Neuroscience, 9, 56.
- Rizzato M, Donelli D (2011). *Io sono il tuo specchio*. Edizione Edizioni Amrita.
- Ward J, Cody J, Schaal M, et al. (2012) *The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students*. J Prof Nurs, 28(1), 34-40.
- Wilson SE, Prescott J, Becket G (2012) *Empathy levels in first- and third-year students in health and non-health disciplines*. Am J Pharm Educ, 76(2), 24.
- Ziółkowska-Rudowicz E, Kładna A (2010) *Empathy-building of physicians. Part I. A review of applied methods*. Pol Merkur Lekarski, 29(172), 277-281.
- Ziółkowska-Rudowicz E, Kładna A (2010) *Empathy-building of physicians. Part II. Early exposure of students to patient's situation*. Pol Merkur Lekarski, 29(172), 282-286.
- Ziółkowska-Rudowicz E, Kładna A (2010). *Empathy-building of physicians. Part III. Students exposure to literature, theatre, film and the arts*. Pol Merkur Lekarski, 29(173), 331-335.
- Ziółkowska-Rudowicz E, Kładna A (2010). *Empathy-building of physicians. Part IV. Development of skills enhancing capacity for empathy*. Pol Merkur Lekarski, 29(174), 400-404.



CONTRIBUTI

La situazione degli organici ospedalieri in Gran Bretagna. Quali gli insegnamenti per il nostro Paese?

di Carlo Orlandi

Servizio infermieristico - Ospedale San Raffaele, Milano

Corrispondenza: orlandi.carlo@hsr.it

Negli ultimi mesi i colleghi inglesi hanno condotto una campagna accanita per la difesa dei propri organici negli ospedali. Com'è noto, in Gran Bretagna esiste da molti anni un sistema sanitario completamente pubblico (*National health service* - Nhs), che garantisce gli stessi servizi a tutti i cittadini inglesi. Negli anni Settanta del secolo scorso la sua architettura fu presa a modello dai nostri legislatori per la realizzazione nel nostro Paese di un Servizio sanitario nazionale (guarda caso, con la stessa denominazione), istituito nel 1978 ed ancora in vigore.

Purtroppo, anche in Inghilterra la crisi economica mondiale ha eroso le casse statali ed è in corso da tempo una drastica riduzione del finanziamento del Nhs, forse di entità ancora maggiore rispetto all'Italia, per esempio con pressioni sugli ospedali per la riduzione degli organici, perduranti ormai da anni. Gli infermieri che tentano di levare la voce contro questo stato di cose sono stati intimiditi dalle direzioni ospedaliere, come riporta un sondaggio svolto dal *Royal college of nursing* (Rcn)^[1], i cui esiti sono stati riportati persino dalla Bbc (notizia del 23/4/2013). Dal sondaggio si evince che il 24% degli intervistati (1.266 persone su 5.277) ha ammesso di aver ricevuto pressioni dai propri coordinatori e dirigenti per non segnalare diminuzioni o criticità nelle dotazioni organiche.

Purtroppo per i pazienti e per gli operatori, com'è del tutto prevedibile, i tagli ai finanziamenti erogati per le cure sanitarie provocano inevitabilmente degli effetti negativi sulla qualità del servizio offerto. L'esempio più eclatante di ciò si è verificato in Inghilterra nel 2007: in quell'anno è emerso lo scandalo dell'ospedale di Stafford, una cittadina di circa 70.000 abitanti. Dalle analisi periodiche compiute dagli organismi di vigilanza si notò che in quell'ospedale c'era un elevato e abnorme tasso di mortalità fra i pazienti degenti in regime di urgenza. La notizia si diffuse rapidamente e fece molto scalpore, com'è facile intuire. A partire dall'anno seguente fu istituita una Commissione d'inchiesta, che ha concluso i suoi lavori solo nel 2013. Dai dati pubblicati sono emerse situazioni molto gravi, che hanno destato molta emozione nell'opinione pubblica inglese, quali, oltre all'elevato tasso di mortalità, casi di pazienti lasciati nelle loro deiezioni per molte ore o talmente assetati da essere costretti a bere l'acqua dei vasi di fiori

(http://en.wikipedia.org/wiki/Stafford_Hospital_scandal).

Il rapporto finale della commissione - *Rapporto Francis* - è stato pubblicato nel febbraio di quest'anno ed è consultabile al sito:

(<http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Executive%20summary.pdf>).

Il rapporto ha messo in evidenza le principali carenze che si sono verificate in quell'ospedale, che qui di seguito elenchiamo in sintesi:

1. una direzione preoccupata più per i risultati economici che per quelli clinici, incurante delle numerose segnalazioni di scadimento della qualità dei servizi offerti dall'ospedale, incentrata più sulla promozione dell'immagine dei propri componenti che della sicurezza e dell'efficacia delle cure offerte ai propri pazienti;
2. una costante indifferenza alle lamentele dei pazienti;
3. una diminuzione costante del personale infermieristico esperto, che non è stata presa in considerazione;
4. un'inadeguatezza dell'organico infermieristico per numero e per formazione, con un livello insufficiente di leadership infermieristica e con modalità di reclutamento e di formazione degli infermieri anch'esse inadeguate;
5. una sottostima della qualità e della sicurezza dei servizi offerti rispetto alla sicurezza finanziaria dell'ospedale, che è stata ritenuta più importante. Il paziente non è stato messo al centro degli obiettivi dell'ospedale. I dirigenti hanno operato senza alcuna pressione o controllo da parte dei loro collaboratori;
6. una scarsa collaborazione con le autorità locali e con le organizzazioni di cittadini;
7. una carenza di segnalazioni da parte dei medici di Medicina generale, che hanno fatto sentire le proprie lamentele solo dopo che è stato annunciato l'avvio di un'indagine pubblica e solo dopo che sono stati coinvolti direttamente;
8. una scarsa capacità di raccogliere segnali provenienti dai cittadini e dagli operatori sanitari sia da parte dell'Ordine dei medici (*General medical council*) che dell'Ordine degli infermieri e delle ostetriche (*Nursing and midwifery council*). Nell'Ospedale di Stafford non vi era alcun collegamento diretto con i due Ordini;
9. un'incapacità di mantenere sotto controllo gli standard di organico da parte del Rcn, che si è dimostrato non in grado di raccogliere le lamentele e le preoccupazioni degli infermieri. All'interno dell'Ospedale non era presente alcun eletto nel Rcn. Gli organismi provinciali e nazionali non hanno avuto alcun ruolo nella vicenda;
10. un'inadeguatezza nel monitorare gli organismi della formazione dei medici e degli infermieri rispetto all'andamento degli stage degli studenti, nonché nel tenere in considerazione gli episodi di bullismo che si sono verificati nei confronti degli studenti. Non è stato preso in considerazione lo scadimento degli standard di sicurezza e di qualità delle cure.

Come è facile dedurre, il rapporto ha stilato un'analisi impietosa di difetti organizzativi e strutturali. La lettura lascia impietriti. Il Ministero della salute britannico, dopo la pubblicazione del Rapporto Francis, ha commissionato, a sua volta, nel marzo 2013, un lavoro di analisi a un comitato di esperti, presieduto dal professor Don Berwick, un'autorità mondiale in tema di sicurezza dei pazienti, già consulente del Presidente Barack Obama per i problemi sanitari. L'obiettivo assegnato al comitato è stato quello di individuare i possibili interventi correttivi per risolvere la situazione. La relazione finale è stata appena pubblicata ed è consultabile al sito

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf.

Anche la lettura del Rapporto Berwick (che ha un titolo significativo: *A promise to learn, a commitment to act*), è molto interessante. Qui di seguito si presenta una breve sintesi delle raccomandazioni finali:

1. il Nhs dovrà continuamente, e per sempre, cercare di ridurre i danni al paziente, abbracciando con tutto il cuore un'etica dell'apprendimento;
2. tutti i leader coinvolti nel Nhs - a tutti i livelli: politico, normativo, di governo, esecutivo, clinico e di difesa dei pazienti - devono porre la qualità delle cure in generale, e la sicurezza del paziente in particolare, al vertice delle loro priorità per gli investimenti, la ricerca e lo sviluppo;
3. i pazienti e i loro caregiver devono essere presenti, coinvolti e in grado di influenzare tutti i livelli delle organizzazioni sanitarie, dai servizi di degenza ai Consigli di amministrazione;
4. il Governo, le Autorità per l'istruzione e il Nhs devono assicurare la presenza di personale sufficiente per soddisfare le esigenze attuali e future del Nhs. Le organizzazioni sanitarie devono garantire che il personale sia presente in numero adeguato per garantire cure sicure in ogni momento e che sia ben supportato da tutta l'organizzazione. I dirigenti e gli amministratori devono assumersi la responsabilità di fare in modo che le aree cliniche abbiano personale adeguato ai diversi livelli di gravità e di dipendenza del paziente, in accordo con le evidenze scientifiche sulle dotazioni sicure di personale;
5. le conoscenze (e le abilità connesse al loro utilizzo) inerenti la qualità e la sicurezza del paziente devono far parte della preparazione iniziale e della formazione permanente di tutti gli operatori sanitari, compresi i dirigenti e gli amministratori;
6. il Nhs deve diventare un'organizzazione che apprende^[2], quindi modificare, a cascata, tutti i livelli del Nhs;
7. la trasparenza dev'essere completa, tempestiva ed inequivocabile. Tutti i dati sulla qualità e la sicurezza, raccolti dal governo, dalle organizzazioni o dalle associazioni professionali, devono essere condivisi in modo tempestivo con tutti coloro che ne facciano richiesta, compresa l'utenza, nel modo più accessibile;
8. tutte le organizzazioni devono riconoscere nel parere del paziente e del caregiver un bene essenziale nel monitoraggio della sicurezza e della qualità delle cure;
9. i sistemi di vigilanza e di regolamentazione devono essere semplici e chiari. Devono evitare che la responsabilità sia diffusa. Devono essere rispettosi della buona volontà e delle intenzioni della stragrande maggioranza del personale. I sistemi di incentivazione devono puntare nella stessa direzione;
10. si suggerisce una regolamentazione delle sanzioni, con una gerarchia di risposte. Il ricorso alle sanzioni dovrebbe essere estremamente raro e dovrebbe servire soprattutto come deterrente per i casi di abbandono o maltrattamento intenzionale o colposo.

In conclusione, il rapporto Berwick afferma: "il Nhs può diventare il più sicuro sistema di assistenza sanitaria in tutto il mondo. Ciò richiederà volontà unitaria, ottimismo, capacità di investimento e di cambiamento. Ognuno può e deve aiutare. Infine, il cambiamento richiederà una cultura ben radicata nel miglioramento continuo. Regole, norme, standard e loro applicazione hanno un ruolo importante nella ricerca della qualità, ma essi impallidiscono rispetto alla potenza di un apprendimento pervasivo e costante".

Per ogni punto di quelli sopra citati, il rapporto elenca le attività da compiere per ogni attore (il Nice, il governo, gli organismi professionali), raccomandando al Nice di elaborare nel più breve tempo possibile degli standard di riferimento per i livelli di organico, basati su evidenze scientifiche.

Sul tema degli standard di sicurezza degli organici, Nursing standard (<http://rcnpublishing.com/journal/ns>), la rivista del Royal college of nursing, sta pubblicando negli ultimi tempi molti materiali e documenti. Nella scorsa primavera ha costituito, coinvolgendo anche le organizzazioni per la difesa dei pazienti e la *Florence Nightingale foundation*, un comitato di esperti denominato *Safe staffing alliance*. Nel maggio scorso questo comitato ha prodotto un documento di consenso che elenca in sette punti le caratteristiche di un organico sicuro, che pubblichiamo tradotte qui di seguito:

1. le presenze del personale infermieristico devono essere pianificate in ogni servizio in ogni ospedale; devono essere supportate da evidenze scientifiche e metodologiche perché siano messi in atto dei rapporti infermieri/pazienti sicuri;
2. il Coordinatore infermieristico (o figura analoga) è abilitato a prendere decisioni quotidiane sugli organici e sulle risorse disponibili con l'autorità di mettere in atto tali decisioni;
3. il Coordinatore infermieristico e gli altri infermieri con responsabilità di coordinamento sono supportati dall'infermiere dirigente e dalle altre direzioni. Tutte le direzioni sono responsabili perché i livelli di organico siano mantenuti e adeguati a livelli sicuri e appropriati;
4. in nessun caso è sicuro per l'assistenza dei pazienti che necessitano di cure ospedaliere un rapporto superiore a 8 pazienti per 1 infermiere durante il turno mattutino in unità ospedaliere per acuti, compresi quelli specializzati nella cura di persone anziane;
5. se il personale infermieristico scende al di sotto del rapporto 1 infermiere per 8 pazienti (coordinatore escluso) l'episodio va segnalato e registrato. Vi è evidenza scientifica che il rischio di nuocere ai pazienti è sostanzialmente aumentato con questi livelli di organico;
6. le direzioni sono tenute a segnalare pubblicamente la frequenza di tali episodi e a mettere in atto interventi immediati. In caso di violazioni regolari del rapporto di 1:8, ciò deve essere corretto con i sistemi di gestione delle direzioni;
7. gli Infermieri devono essere sempre adeguatamente supportati da personale esperto e da altro personale di minor qualifica assegnato al servizio.

Ci sembra importante segnalare la novità del rapporto 1:8 tra infermieri e pazienti nel turno mattutino delle unità ospedaliere per acuti (coordinatore escluso) e la presenza obbligatoria di personale esperto e di supporto.

Anche nel nostro Paese si riflette da molto tempo sulle dotazioni degli organici infermieristici. Purtroppo non si è ancora arrivati a delle indicazioni precise, valide su tutto il territorio nazionale. Ogni Regione italiana norma a suo modo le dotazioni minime infermieristiche, con numeri, a mio modesto avviso, ancora ben lontani da dotazioni minime sicure. A questo proposito è doveroso citare un importante lavoro di Saiani e collaboratori, che nel 2011 ha pubblicato i risultati di una conferenza di consenso sulle dotazioni infermieristiche sicure. In questo lavoro, al punto 4 delle raccomandazioni per una dotazione assistenziale sicura, si riporta che "200 minuti totali di assistenza per paziente al giorno sia il limite al di sotto del quale l'assistenza non è sicura e potrebbe mettere a rischio il paziente; laddove si mantenga un'assistenza minima di 200 minuti totali, la proporzione di operatori di supporto non deve superare il 30%, garantendo in tal caso 140 minuti di assistenza infermieristica e 60 minuti di assistenza erogata dal personale di supporto. Questo parametro nelle 24 ore determina un rapporto (arrotondato) di 10 pazienti per infermiere e di 24 pazienti per operatore di supporto".

Questo lavoro costituisce sicuramente un passo in avanti verso la determinazione di un numero minimo di presenza giornaliera di infermieri che possa garantire elevati standard di sicurezza e di qualità dell'assistenza per i pazienti e per gli stessi infermieri.

Da calcoli approssimativi si può evidenziare che le indicazioni di Saiani e collaboratori si riferiscono a un rapporto infermieri/pazienti di 1:10 costante per tutta la giornata, mentre le indicazioni della *Safe staffing alliance* riportano un rapporto di 1:8 solo per il turno mattutino. È il caso di continuare a studiare l'articolazione di queste presenze e quali siano, appunto, le dotazioni migliori e più sicure.

Conclusioni

In tutti i Paesi industrializzati il controllo della spesa per la salute dei propri cittadini è uno dei fattori di risposta alla congiuntura economica mondiale. Di conseguenza, anche nel nostro Paese le riduzioni del finanziamento del Servizio sanitario nazionale sono una realtà con la quale fare duramente i conti. È bene però che i decisori sappiano che ridurre gli organici infermieristici porta inevitabilmente ad aumentare il rischio di danni, anche gravi, ai pazienti. Le evidenze scientifiche ormai non si contano più. In bibliografia si indica una selezione dei lavori più significativi al riguardo.

Lo scandalo dell'ospedale di Stafford andrebbe studiato con attenzione; il peso della componente infermieristica non è stato trascurabile; è evidente il fallimento di un intero sistema sanitario (ospedale, territorio, rappresentanze professionali, mondo della formazione) che ha moltissime analogie con il nostro.

Infine, dalle conclusioni stilate dai rapporti prodotti dopo lo scandalo si possono trarre tre insegnamenti:

1. è necessario ritardare l'organizzazione dei nostri ospedali. Da aziende attentissime all'equilibrio e alla stabilità economica, si deve progredire verso organizzazioni che abbiano come obiettivo prioritario il soddisfacimento efficace delle domande dei pazienti, ovvero che siano in grado di erogare la miglior risposta possibile in termini clinici ad ogni cittadino che ne abbia bisogno, ma al costo più sostenibile per la collettività. Probabilmente questo obiettivo, che può sembrare utopistico, diventa più percorribile se riusciremo a potenziare tutta la rete dei servizi extraospedalieri (la medicina di base e quella preventiva, gli ambulatori di zona, i consultori) e, soprattutto, a sviluppare molto il ruolo degli infermieri che lavorano sul territorio;
2. se non siamo in grado di difendere i nostri interessi professionali e quelli dei pazienti che assistiamo non siamo dei buoni professionisti e, peggio, finiamo per cadere nello stesso calderone dei manager tagliatori di teste e di tutte quelle persone che pensano che "tanto non cambierà mai niente": in questo modo affondiamo tutti col Titanic! Difendere gli organici significa difendere anche una sanità migliore per i pazienti;
3. non è più procrastinabile la definizione, anche nel nostro Paese, di uno standard di presenze minime per turno di infermieri di ogni struttura, sia essa un ospedale per acuti o una lungodegenza. Uno standard che possa rappresentare la sicurezza per i pazienti che si affidano alle nostre cure, sperando sempre di non subire danni peggiori di quelli provocati dalle malattie che li stanno già affliggendo.

[1] Il Royal college of nursing è un organismo inglese di tutela professionale e sindacale.

[2] *Learning organization* è un termine che si riferisce alla teoria di Peter Senge, scienziato del Mit di Boston, che l'ha sviluppata alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso. La *learning organization* è un'organizzazione che facilita l'apprendimento dei suoi membri e si trasforma continuamente. Le organizzazioni che apprendono continuano a svilupparsi in risposta alle pressioni dell'ambiente e rimangono competitive nel contesto economico (Peter Senge, *La quinta disciplina: L'arte e la pratica dell'apprendimento organizzativo*. Milano, Sperling & Kupfer, 1992).

BIBLIOGRAFIA

- Aiken L et al. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, Journal of the American medical association, 2002, 288, 1987-93.
- Cho S. *Nurse staffing and adverse patient outcomes: a systems approach*. Nursing Outlook, 2001, 49, 78-85.
- Needleman J et al. *Nurse staffing and inpatient hospital mortality*. New England journal of medicine, 2011, 364, 11, 1037-1045.
- Rafferty A et al. *Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records*. International journal of nursing studies, 2007, 44, 2, 175-182.
- Safe staffing alliance. *Consensus Statement*. Nursing standard, 2013, 15 maggio, vol. 27, no 37.
- Saiani L et al. *Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference*. Igiene e sanità pubblica, 2011; 67: 777-792.
- Shekelle P. *Nurse-patient ratios as a patient safety strategy*", Annals of internal medicine, 2013, 158, 404-409.



CONTRIBUTI

La qualità dell'informazione sanitaria in rete

di Marco Masoni (1), Maria Renza Guelfi (1), Antonio Conti (2), Gian Franco Gensini (3)

(1) Ricercatore Dipartimento di Medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze

(2) Professore associato Dipartimento di Scienze biomediche, sperimentali e cliniche, Università di Firenze

(3) Professore ordinario Dipartimento di Medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze

Corrispondenza: m.masoni@med.unifi.it

“Penso sia importante allenare le persone a pensare in modo critico sui contenuti che si possono trovare in rete, poiché se si introducono in un motore di ricerca alcune parole, non è detto che la risposta accurata sia all'interno della lunga lista di siti recuperati”.

H. Rheingold

Introduzione

La disponibilità di software di semplice utilizzo che consentono l'attivazione e la gestione di siti Web permette a chiunque di improvvisarsi autore ed editore e di pubblicare online materiale di qualsiasi genere, rendendo impossibile qualsiasi controllo sull'informazione in rete, con una conseguente notevole variabilità del suo livello qualitativo. La distribuzione planetaria di Internet è un ulteriore elemento che rende difficoltosa la sorveglianza sull'informazione prodotta e pubblicata, poiché le diversità esistenti tra le legislazioni dei vari paesi fanno sì che un sito Www illegale in una nazione possa non esserlo in un'altra. Di conseguenza è molto difficile stabilire delle forme di governo efficaci, che indirizzino globalmente il problema della variabile qualità dell'informazione in rete. La risoluzione di questi problemi appare correlata alla costituzione di appositi organismi di controllo internazionali.

Sebbene la qualità dell'informazione disponibile in rete costituisca un problema generale, l'ambito sanitario possiede particolare criticità poiché l'uso di informazioni inaffidabili e/o erronee recuperate può essere fonte di grave nocimento per la salute del cittadino. In Internet sono presenti accurate ed attendibili linee guida sviluppate dalle più autorevoli associazioni scientifiche internazionali, ma anche notizie non aggiornate fornite da persone che possono ricoprire il ruolo di medico o infermiere in modo fraudolento e anonimo. In un ambiente così multiforme coloro che non hanno competenze specifiche presentano notevoli difficoltà a discernere ciò che è corretto da ciò che è errato, ciò che è utile da ciò che è dannoso (1).

Numerose indagini statistiche elaborate negli Stati Uniti e in Europa hanno dimostrato che, tra coloro che hanno accesso ad internet, 8 adulti su 10 hanno ricercato informazioni sanitarie online o per se stessi e/o per familiari e/o conoscenti. Conoscere il comportamento dell'utente in rete è importante poiché le informazioni recuperate vengono utilizzate per prendere decisioni in tema di salute.

Un'indagine condotta nel 2010 negli Stati Uniti ha dimostrato come il web abbia influenzato la decisione del paziente di recarsi dal medico, di chiedere delucidazioni su specifiche problematiche cliniche o di effettuare un ulteriore consulto (2).

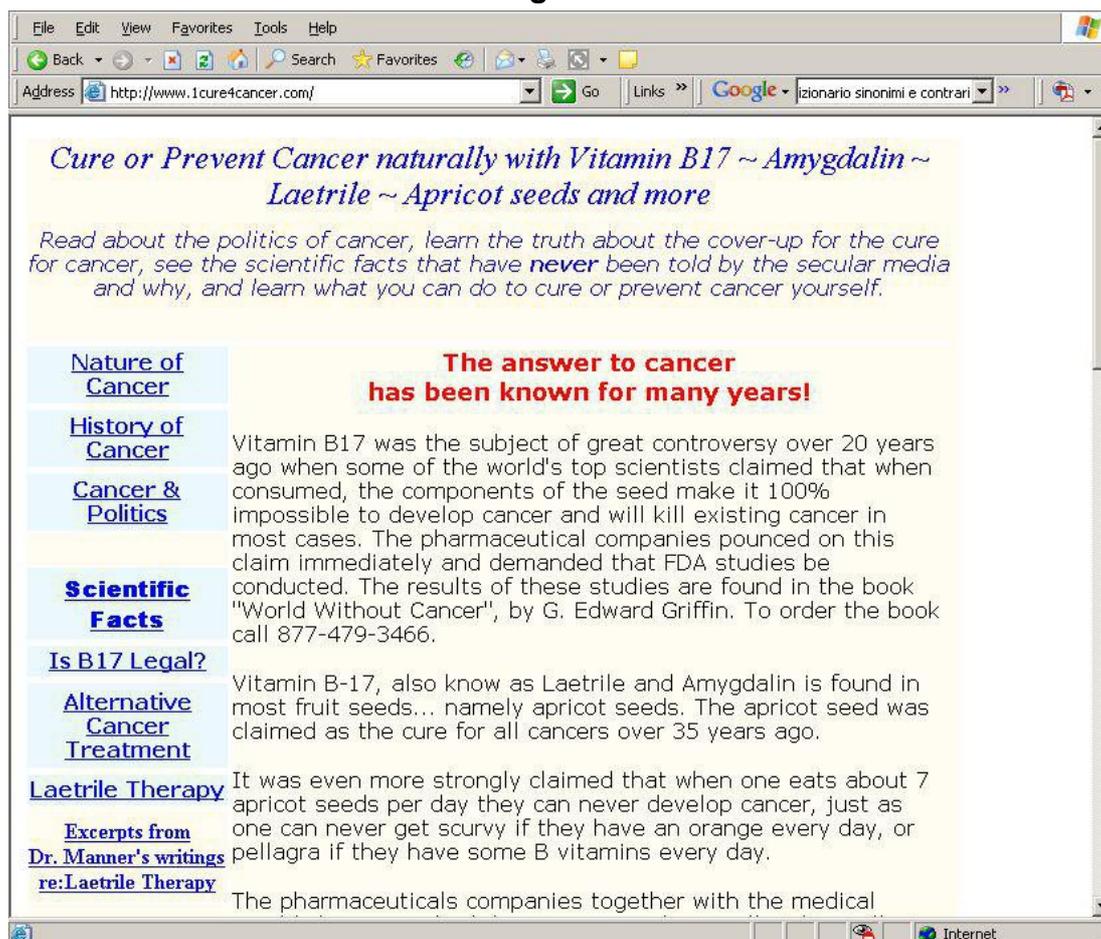
La tipologia di misinformazioni di tipo sanitario che è possibile reperire on-line è estremamente varia e diversificata e può essere classificata nei seguenti gruppi (3):

- siti Web che rendono disponibili informazioni inaccurate, senza fini di lucro e in buona fede;
- siti Web che pubblicizzano informazioni fornite in modo non bilanciato o nascondendo una parte del problema;
- siti Web che pubblicizzano terapie ritenute miracolose senza alcuna evidenza medico-scientifica.

Istituzioni scientifiche e organizzazioni sanitarie pubblicano spesso, senza fini di lucro e in buona fede, informazioni inaccurate. Anche se apparentemente può sembrare strano, numerosi sono i report presenti in letteratura che confermano questa tesi. McClung et al. (4) hanno valutato la qualità delle informazioni reperibili in rete relativamente al trattamento della diarrea acuta nel bambino, confrontando quelle recuperate online con le raccomandazioni sul management della diarrea acuta pubblicate dall'*American association of pediatrics* (Aap). Le conclusioni a cui è giunto lo studio sono state abbastanza sconcertanti: delle sorgenti di informazioni rintracciate, provenienti da autorevoli associazioni scientifiche e istituti accademici, solo il 20% erano conformi alle linee guide dell'Aap. L'articolo conclude sia auspicando un maggior controllo da parte della comunità scientifica sul materiale che viene fornito all'interno dei siti Web, sia invocando una figura di professionista che insegni al paziente a non recepire passivamente ogni tipo di notizia presente su Internet, anche se proveniente da fonti autorevoli. A conclusioni analoghe era pervenuto anche un precedente studio condotto da ricercatori italiani (5) relativamente alla qualità e all'affidabilità delle informazioni che si possono ottenere in siti istituzionali per quanto riguarda la gestione di una condizione febbrile nel bambino. Un'altra tipologia di informazioni che occorre considerare è il reperimento di notizie fornite in modo non bilanciato o nascondendo una parte del problema: il conflitto di interesse è spesso causa della divulgazione e pubblicazione di queste tipologie di informazioni. Possiamo citare come esempio il caso di un sito Web negli Stati Uniti (Url: <http://drkoop.com/>), avente migliaia di accessi al giorno e in cui è stata presentata una lista di ospedali descritti come le "strutture sanitarie più innovative e avanzate del paese". Dopo il superamento di numerose reticenze è stato rivelato che 14 ospedali avevano pagato 40.000\$ per essere inseriti nell'elenco. Analoghe considerazioni valgono per *Quintiles*, una società che gestisce *clinical trial* per compagnie farmaceutiche, che pagava allo stesso sito un emolumento per ogni paziente arruolato tramite il web (6).

Un'ultima categoria di informazioni è rappresentata dalle terapie ritenute miracolose o da annunci relativi a farmaci non ancora testati. L'unico scopo di tali notizie errate e fuorvianti, prive di alcun fondamento scientifico, è quello economico/pubblicitario. Questo tipo di annunci, oltre che essere fonte di ripercussioni psicologiche ed emotive, possono condurre il paziente ad astenersi dall'assunzione di farmaci prescritti dal medico curante che hanno una reale efficacia terapeutica nei confronti della patologia in oggetto, con conseguenze potenzialmente gravi per la salute (**Figura 1**).

Figura 1



Il danno alla salute derivante dall'uso di informazioni online

Sarebbe importante riuscire a dare una stima del danno alla salute che può derivare dall'uso di disinformazioni disponibili in rete. Relativamente a questo argomento, all'inizio degli anni 2000 si è svolto un interessante dibattito sulla letteratura internazionale. Una revisione sistematica della letteratura pubblicata su Jama (7) ha evidenziato uno scarso numero di pubblicazioni riguardanti i danni derivanti dall'uso di informazioni online. Inoltre i pochi articoli recuperati erano soprattutto case report aventi scarsa valenza dal punto di vista della medicina basata sulle evidenze. Per contro, Kiley (8) scriveva sul Bmj di essere di opinione contraria, poiché i danni alla salute derivanti da Internet vengono raramente pubblicati nella letteratura scientifica, ma più spesso nei quotidiani e nei periodici a stampa.

Per cercare di chiarire questa problematica, Eysenbach e Kohler attivarono nel 2002 lo studio Daeri (*Database of adverse events related to the internet*) (9), con l'intento di raccogliere evidenze di possibili danni causati da Internet mediante la creazione di un database accessibile on-line. Lo scopo era collezionare dati per cercare di quantificare il problema e suggerire delle misure che potessero minimizzare i rischi presenti nell'utilizzo di informazioni in rete. Attualmente il sito Web contenente il database Daeri non è più disponibile online e, a nostra conoscenza, da allora non sono apparse pubblicazioni relativamente ai risultati correlati a tale progetto.

Recentemente Masoni ed altri (10) hanno proposto di affrontare il problema dei danni dall'uso di informazioni online mediante il sistema internazionale di farmacovigilanza e in particolare modificando le schede di segnalazione di reazione avversa a farmaci, includendo domande che indagano se siti Web e/o discussioni su forum o nei social network hanno contribuito al processo decisionale che ha condotto all'assunzione di un farmaco, anche in combinazione con altri. I possibili danni derivanti dall'uso di informazioni online non si limitano tuttavia ai farmaci, ma anche a auto-diagnosi, tardiva ed erronea diagnosi, stato di ansietà, false speranze, cybercondria (un'ansia infondata derivante da una ricerca sul Web diretta verso l'interpretazione di un sintomo o una diagnosi online): tutti questi sono esempi di noxae possibili. Nonostante la proposta si limiti a studiare l'influenza dell'informazione online sull'assunzione dei farmaci, potrebbe costituire un importante punto di partenza per gettare luce sul più vasto problema dei danni da Internet, la cui entità attualmente sfugge la comunità medico-scientifica.

In questa sede non si può non accennare ai danni derivanti dall'acquisto di farmaci online, che possono essere illeciti, contraffatti o in vendita senza la necessità di presentare una prescrizione e che conducono al problema assai multiforme e complesso delle cyberfarmacies, un argomento ampiamente dibattuto nelle riviste specializzate di Farmacologia a cui rimandiamo il lettore per un maggiore approfondimento.

I criteri di valutazione

Esiste un completo accordo tra gli esperti sul fatto che ogni iniziativa mirata alla soluzione del problema della variabile qualità dell'informazione in rete si debba basare sulla creazione e sull'applicazione di un insieme di criteri di valutazione. Molte organizzazioni sanitarie internazionali, pubbliche e private, si sono impegnate in questo ambito producendo insieme di criteri di valutazione aventi radici simili e che differiscono tra loro spesso solo nel linguaggio utilizzato per descriverli. Affinché l'informazione risulti di elevata qualità, esiste un sostanziale consenso tra esperti che ritengono debbano essere garantiti criteri essenziali quali accuratezza, completezza (informazione fornita bilanciando rischi e benefici), autorevolezza della fonte e credenziali chiaramente esplicitate, aggiornamento, trasparenza di intenti e di finanziamenti e infine mantenimento della privacy e rispetto delle problematiche di sicurezza (11).

Nella **Tabella 1** presentiamo i criteri prodotti da Medlineplus (Url: <http://www.medlineplus.org/>), il sito governativo del Nih degli Stati Uniti dedicato ai pazienti. Abbiamo scelto questa checklist perché suggerisce le azioni che dovrebbe intraprendere colui che, dopo avere recuperato un documento online, è interessato a valutare la qualità dell'informazione in esso contenuto. Per esempio per valutare "l'affidabilità della fonte" viene suggerito di verificare chi è il soggetto o l'organizzazione che ha prodotto le informazioni, cercando all'interno del sito la pagina "About us" o "Chi siamo".

Tabella 1 - Criteri per la valutazione della qualità dell'informazione in rete proposti dal sito Web del Nih degli Stati Uniti MedlinePlus (tradotti e modificati)

a) Valutare l'affidabilità della fonte - Ricorrere ad autorità ufficialmente riconosciute ed individuare il responsabile dei contenuti.

- Un sito Web dovrebbe permettere di risalire all'organizzazione che lo gestisce o al webmaster.
- Cercare la pagina "About us" o "Chi siamo" e verificare chi gestisce il sito: ente governativo, istituzione no-profit, organizzazione professionale o commerciale, un servizio sanitario, privato?

b) Attenzione alla qualità - I siti Web non sono tutti uguali. Il sito ha un comitato editoriale? L'informazione in esso contenuta viene controllata prima di essere pubblicata?

- Queste informazioni generalmente si trovano nella pagina "About us" o riportate nella mission dell'organizzazione.
- Controllare se i membri del consiglio direttivo sono esperti della materia.
- Cercare se esiste una descrizione del processo di selezione o approvazione al quale vengono sottoposte le informazioni pubblicate.

c) Siate 'cyber-scettici' - L'inganno e le frodi in ambito sanitario abbondano sul Web. Il sito emana proclami clamorosi? Le informazioni sono scritte in un linguaggio volutamente oscuro che imita il linguaggio scientifico? Il sito promette risultati rapidi o miracolosi? È l'unico sito che fa questi proclami?

- Attenzione alle terapie e ai medicinali che proclamano curare tutte le malattie.
- Un sito web sanitario destinato ai cittadini dovrebbe utilizzare un linguaggio semplice, non tecnico.
- Cercare una parere indipendente e visitare sempre più siti.

d) Cercare l'evidenza scientifica - Fare affidamento sulla ricerca medica, non sulle opinioni. L'autore del sito è ben identificato? Il sito fa affidamento su persone autorevoli nel campo scientifico o su "testimonials"?

- Cercare l'autore dei testi, sia esso un individuo o una organizzazione.
- Nel caso in cui siano presenti casi clinici o testimonials, cercarne i recapiti. Se questi ultimi sono anonimi o difficilmente rintracciabili fare molta attenzione.

e) Controllare l'aggiornamento - Cercare le informazioni più recenti. L'informazione è di sicura attualità?

- Porre attenzione alle date dei documenti.

f) Attenzione all'obiettività e all'indipendenza delle fonti - Qual è lo scopo del sito? Chi finanzia il progetto?

- Cercare di capire se il sito è finanziato con fondi pubblici, donazioni o sponsor commerciali.
- La pubblicità dovrebbe essere segnalata con appositi avvisi. Ci dovrebbe essere l'indicazione "Avvertimento pubblicitario" o "Dai nostri sponsor".

g) Proteggere la propria privacy - L'informazione sanitaria deve essere riservata. Il sito adotta una politica per la gestione dei dati personali/sensibili e dice quali informazioni vengono raccolte?

- Cercare il link "Privacy" o "Privacy policy" e leggere la liberatoria sulla privacy e controllare che la riservatezza dei dati dell'utente sia tutelata.
- Se è presente un modulo di registrazione, esaminare con attenzione i dati che debbono essere forniti prima di accedere ai contenuti. Prima di fornire informazioni personali leggere attentamente l'informativa sulla privacy e controllare quale utilizzo viene fatto dei dati.

h) Consultare sempre il proprio medico curante - Le migliori decisioni in campo sanitario scaturiscono da una corretta e trasparente relazione medico-paziente.

Le iniziative mirate al miglioramento della qualità dell'informazione sanitaria

La presenza di criteri valutativi della qualità dell'informazione ha indotto numerose organizzazioni a sviluppare varie strategie che potessero trasformare tali criteri in modalità di governo delle risorse sanitarie disponibili online. Nonostante le iniziative in tal senso siano numerose, le differenti filosofie possono essere classificate nei tre seguenti gruppi (12):

- codici comportamentali;
- certificazioni terze parti;
- strumenti di valutazione.

Analizziamo ogni singolo approccio mostrando un esempio di applicazione per ogni categoria.

Codici etici/comportamentali

Sono basati su principi etici e su un insieme di criteri di qualità a cui coloro che gestiscono un sito Web possono decidere o meno di aderire.

Una delle organizzazioni più importanti che adotta questo tipo di approccio, e sicuramente la più conosciuta, è *Health on the net foundation* (Hon - Url: <http://www.hon.ch/>), un'organizzazione senza fini di lucro con sede a Ginevra. Secondo questa fondazione il problema principale non è tanto la ricerca delle informazioni, quanto la capacità di valutare l'affidabilità di colui che le pubblica, come pure la pertinenza e l'accuratezza dei documenti disponibili in rete. Hon ha ritenuto necessaria la creazione di un'etica comportamentale (*Hon code of conduct*) per la naturale inerzia dimostrata da strutture legislative incapaci di considerare in modo opportuno e tempestivo i profondi cambiamenti che Internet e i suoi servizi stanno introducendo all'interno della Medicina.

In particolare l'Hon code of conduct (**Tabella 2**) si compone di otto principi che considerano i seguenti criteri: credenziali degli autori, data dell'ultimo aggiornamento di un documento, confidenzialità dei dati, provenienza delle informazioni diffuse e linea di condotta adottata per il reperimento dei fondi.

In sostanza, questo tipo di codice va inteso come una sorta di autoregolamentazione che i webmaster e coloro che pubblicano informazioni online possono decidere di adottare o meno; definisce un insieme di regole per permettere agli sviluppatori di siti Web di mantenere degli standard etici di base nella presentazione dell'informazione, per aiutare il lettore a riconoscere la sorgente e la finalità dei dati che sta leggendo.

Hon ha prodotto un logo che è indice dell'aderenza e della conformità a tale codice e che Università, Istituzioni sanitarie ed organizzazioni scientifiche possono rendere visibile sulla loro homepage. È importante sottolineare che questo logo non rappresenta un premio e nemmeno un sistema di "rating" che intende valutare la qualità dell'informazione all'interno di un sito.

Poiché qualsiasi sito Web può dichiarare in linea teorica di aderire al codice Hon e di fatto non rispettarne i principi (13), il logo originario si è evoluto da semplice immagine che poteva essere inserita dal webmaster nell'homepage di un sito a uno successivo che permette all'utente, selezionando lo specifico logo, di verificare l'aderenza al codice Hon. È stata infatti introdotta una procedura che consente agli utenti di verificare se e in quale data un sito è stato revisionato dall'Hon code team e se gli è stato concesso di visualizzare il logo corrispondente, risultando le pagine Web conformi agli otto principi del codice. La **Figura 2** mostra la pagina Web che appare quando si seleziona il logo associato all'homepage del sito Web dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, all'Url: <http://www.ospedaleniguarda.it/>.

Tabella 2 - Gli otto principi del codice Hon, tradotti in lingua italiana, così come appaiono sull'omonimo sito all'Url: <http://www.hon.ch/HONcode/Italian/>

1. Ogni informazione medica fornita ed ospitata dal sito sarà scritta unicamente da esperti dell'area medica e da professionisti qualificati, a meno che un'esplicita dichiarazione non precisi che qualche informazione provenga da persone o organizzazioni non mediche.
2. Le informazioni diffuse dal sito sono destinate ad incoraggiare, e non a sostituire, le relazioni esistenti tra paziente e medico.
3. Le informazioni personali riguardanti i pazienti ed i visitatori di un sito medico, compresa l'identità, sono confidenziali. Il responsabile del sito s'impegna sull'onore a rispettare le condizioni legali di confidenzialità delle informazioni mediche in rispetto delle leggi del paese dove il server ed i mirror-sites sono situati.
4. La provenienza delle informazioni diffuse devono essere accompagnate da referenze esplicite e, se possibile, da link verso questi dati. La data dell'ultimo aggiornamento deve apparire chiaramente sulla pagina (ad esempio in basso ad ogni pagina).
5. Ogni affermazione relativa al beneficio o ai miglioramenti indotti da un trattamento, da un prodotto o da un servizio commerciale, sarà supportata da prove adeguate e ponderate secondo il precedente Principio 4.
6. Gli ideatori del sito si sforzeranno di fornire informazioni nella maniera più chiara possibile e forniranno un indirizzo al quale gli utilizzatori possono chiedere ulteriori dettagli o supporto. Questo indirizzo e-mail deve essere chiaramente visibile sulle pagine del sito.
7. Il patrocinio del sito deve essere chiaramente identificato, comprese le identità delle organizzazioni commerciali e non-commerciali che contribuiscono al finanziamento, ai servizi o al materiale del sito.
8. Se la pubblicità è una fonte di sovvenzione del sito deve essere chiaramente indicato. I responsabili del sito forniranno una breve descrizione dell'accordo pubblicitario adottato. Ogni apporto promozionale ed eventuale materiale pubblicitario sarà presentato all'utente in modo chiaro, differenziandolo dal materiale originale prodotto dall'istituzione che gestisce il sito.

Figura 2

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://www.healthonnet.org/HONcode/Italian/?HONCon>. The page displays a certificate titled "Certificato della conformità al Codice di Condotta HONcode". The certificate is issued to "Ospedale Niguarda Ca'Granda" and is valid from 02 Aug 2013 to Aug 2015. The certificate includes a table with the following information:

Nome del sito:	Ospedale Niguarda Ca'Granda
Indirizzo Web:	http://www.ospedaleniguarda.it/
Numero d'identificazione HONcode :	HONConduct530749
Data di rassegna iniziale:	30 Jul 2006
Validità del certificato	02 Aug 2013 - Aug 2015
Data dell'ultima visita	02 Aug 2013

Below the table, there is a link: "Clicca qui per vedere il logo HONcode nel sito". To the right of the certificate, there is a "Donate" button and a message: "Speed access of ethical health information online is critical. Help us in our mission: Donate". The certificate also includes social media links for Twitter and Facebook.

At the bottom of the certificate, it states: "Questa certificazione attesta la revisione del sito da parte del HONcode team e conferma la sua adesione agli 8 principi del Codice di Condotta HON (HONcode)." Below this, there is a section titled "___Violazione della conformità___" which is currently empty.

At the very bottom of the page, there is a small text: "The Health on the Net (HON) certificate serves as a guarantee that this website, at the date of its certification, complies with and pledges to honor the 8 principles of the HON Code of Conduct as drawn up by the HON foundation."

Il sito Hon prevede ora la possibilità di scaricare un software (Honcode Toolbar) che si installa nei browser più comuni e consente di verificare automaticamente se il sito Web che si sta visitando è accreditato.

Certificazioni di terze parti

Quest'approccio richiede una validazione ricorrente dell'aderenza a un insieme di standard di qualità. Questi criteri possono basarsi o meno su un codice etico e/o comportamentale, come quello descritto sopra.

Dei tre approcci elencati, questo sembra essere quello più promettente da un punto di vista della affidabilità e della credibilità nella valutazione della qualità dell'informazione in rete. Diverse organizzazioni che in passato hanno cercato di avviare questo tipo di certificazione hanno tuttavia sospeso la loro attività per l'intenso onere lavorativo e le ingenti risorse umane necessarie: un esempio è costituito da *Organising medical network information* (Omni - Url: <http://omni.ac.uk/>), un catalogo avente lo scopo di costituire un elenco di risorse mediche disponibili su Internet in base a criteri esplicitamente definiti. La sostenibilità di queste organizzazioni è quindi legata a una qualche forma di pagamento da parte di colui che intende certificarsi, come pure una sua predisposizione verso una trasformazione di tipo organizzativo e culturale.

Appartiene a questa categoria Urac (<https://www.urac.org/>), un'organizzazione indipendente no-profit che si occupa di promuovere la qualità attraverso programmi di accreditamento, formativi e di misura, che consentano la comparazione tra diverse strutture sanitarie. Le sue finalità comprendono il miglioramento del servizio, fornendo a coloro che gestiscono siti web feedback relativi a come perfezionare la qualità delle attività, tra cui la privacy e la sicurezza, i processi editoriali per i contenuti sanitari, la divulgazione dei rapporti finanziari e le migliori pratiche emergenti.

Strumenti automatici di valutazione

Sono basati su questionari che producono un punteggio corrispondente a una valutazione di qualità sul contenuto da esaminare e sono diretti principalmente ai cittadini. A questo gruppo appartiene il progetto Discern (Url: <http://www.discern.org.uk/>).

Quest'ultimo è uno strumento che consiste in un breve questionario che aiuta l'utente a valutare in modo valido e affidabile la qualità di un documento contenente informazioni su un trattamento terapeutico. Ogni domanda contenuta in Discern ha un esteso help in linea estremamente utile. Discern può essere utilizzato anche da coloro che intendono pubblicare in rete notizie su trattamenti terapeutici, al fine di fornire informazioni accurate e bilanciate ai consumatori.

Recentemente, in Discern, è stato prodotto un ulteriore questionario che aiuta l'utente a valutare la qualità di un documento recuperato in rete, contenente informazioni su screening e test genetici. La crescente responsabilità relativa alla gestione della propria salute e il progresso delle conoscenze che conduce sempre più frequentemente a individuare specifici geni come fattori predisponenti l'insorgenza di determinate patologie ha prodotto una proliferazione di test genetici che vengono proposti in rete al cittadino senza l'intermediazione di un professionista sanitario. Questo fenomeno ha generato notevoli preoccupazioni tra gli esperti genetisti per quanto riguarda l'affidabilità delle organizzazioni che forniscono questo tipo di servizi. In particolare sono frequente oggetto di discussione la scarsa garanzia sulla qualità delle procedure effettuate e sui risultati ottenuti come pure le informazioni fornite che, se false e fuorvianti, possono indurre alcune persone a intraprendere opzioni terapeutiche che potrebbero causare danni alla salute (14). Lo strumento fornito da Discern può fornire un utile aiuto all'utente della rete per una corretta interpretazione delle informazioni relative ai test genetici.

Conclusioni

Le informazioni pubblicate in Internet non sono sottoposte ad alcun controllo né dal punto di vista della produzione né della pubblicazione, con conseguente estrema variabilità della qualità di informazioni presenti online.

Tale problema è di difficile indirizzamento e le soluzioni proposte fino ad oggi, per lo più basate su un insieme di criteri di valutazione di base, non sono definitive e possiedono vantaggi e svantaggi. Numerosi sono i destinatari di questi principi di valutazione: cittadini, professionisti sanitari, gestori di siti Web (15).

L'obiettivo principale di tutte le iniziative proposte è primariamente quella di proteggere l'utente della rete, e quindi il cittadino, da eventuali danni che l'uso di informazioni in rete può arrecargli. Ogni insieme di criteri ha la finalità di educare il consumatore stimolandone l'acquisizione delle competenze necessarie per agire con giudizio nei confronti delle informazioni recuperate. Apposite campagne informative rappresentano dunque strumenti fondamentali per diffondere questo tipo di conoscenze e abilità.

A fronte di queste affermazioni, è obbligatorio che anche l'operatore sanitario sia educato sull'argomento: sempre più spesso i pazienti si recano dal proprio medico curante portando con sé pagine stampate dalla rete, chiedendo chiarimenti o addirittura affermando che le informazioni online non collimano con quanto riferitogli in precedenza per la cura della sua patologia. È allora fondamentale che qualsiasi professionista conosca il problema della variabile qualità dell'informazione online e sia in grado di guidare il paziente verso sorgenti di informazioni utili e affidabili in rete, per esempio selezionando per lui risorse informative appropriate ed accurate. In questo modo l'operatore sanitario acquisirebbe un'importante funzione di guida, avente lo scopo di minimizzare la probabilità che il paziente ha di accedere ad informazioni ingannevoli e di causare a se stesso danni di tipo fisico e/o psicologico.

Per poter indirizzare il paziente verso il reperimento in rete di informazioni di buona qualità, occorre tuttavia dedicare una certa quantità di tempo alla navigazione in Internet e questa necessità si va ad aggiungere ad una lunga serie di impegni a cui ogni professionista della sanità deve ottemperare. Nonostante queste limitazioni temporali non sembra comunque essere possibile altra scelta se si intende rispondere in modo adeguato alle richieste di pazienti che sempre più frequentemente accedono a questo media elettronico per ottenere informazioni in tema di salute. Senza dimenticare che l'accesso del paziente ad informazioni di qualità è sinonimo di buona Sanità e contribuisce a velocizzare una trasformazione già in atto nel rapporto medico-paziente in cui quest'ultimo partecipa in modo sempre più attivo, cosciente e responsabile alle decisioni diagnostiche e terapeutiche.

La crescente disponibilità di software per l'attivazione e la gestione di siti Www che permette a chiunque di produrre e pubblicare materiale online presuppongono che le iniziative dedicate al miglioramento della qualità siano indirizzate anche ai Webmaster, cioè coloro che gestiscono i siti Web, in modo tale che anche questi ultimi si adoperino affinché le pagine Web possiedano quelle caratteristiche che le rendono adatte alla fruizione da parte dell'utente.

Discorso a parte meritano quei siti contenenti informazioni erranee e fuorvianti, il cui unico scopo è diffondere notizie false per finalità economiche e/o pubblicitarie. La distribuzione planetaria di Internet è un elemento che rende difficoltosa la sorveglianza sull'informazione prodotta e pubblicata, poiché le diversità esistenti tra le legislazioni dei vari paesi fanno sì che un sito Www illegale in una nazione possa non esserlo in un'altra. A questo proposito, sarebbe importante l'istituzione di un organismo di controllo, meglio se internazionale, e un apparato legislativo che preveda sanzioni mirate nei confronti di questo tipo di siti Web che possano imporne la loro chiusura qualora, dopo reiterate sollecitazioni, non ottemperino alle regole imposte.

BIBLIOGRAFIA

- Guelfi M R, Masoni M (2000). *Guida Internet per la medicina*. Fidenza, Mattioli 1885.
- Global observatory for eHealth. *Safety and security on the Internet. Challenges and advances in member states Who* http://www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol4/en/index.html (accettato il 22/10/13).
- Kiley R (2003). *Medical information on the Internet. A guide for health professionals*. 3th Ed Churchill Livingstone.
- McClung H J, Murray R D, Heitlinger L A (1998). *The Internet as a source for current patient information* Pediatrics 101(6) E2.
- Impicciatore P, Pandolfini C, Casella N, Bonati M (1997). *Reliability of health information for the public on the world wide web: sistematic survey of advice on managing fever in children at home*. Bmj 314:1875-1879.
- Charatan F (1999). *DrKoop.com criticised for mixing information with advertising*. Bmj 319: 727.
- Crocco A G, Villasis-Keever M, Jadad A R (2002). *Analysis of cases of harm associated with use of health information on the Internet*. Jama 287:2869 - 2871.
- Kiley R (2002). *Does the Internet harm health?* Bmj 324:238-9.
- Eysenbach G and Köhler C (2002). *Database of adverse events related to the Internet has been set up*. Bmj 324:239.
- Masoni M, Guelfi M R, Conti A and Gensini G F (2013). *Pharmacovigilance and online health information*. Trends in pharmacological sciences, 34:357-358.
- Kim P, Eng P, Deering M J, Maxfield A (1999). *Published criteria for evaluating health related web sites: review*. Bmj 318:647-9.
- Risk A, Dzenowagis J (2001). *Review of Internet health information quality initiatives*. J med Internet Res (Internet) 3(4):e28, Url: <http://www.jmir.org/2001/4/e28/>.
- Nater T, Boyer C, Eysenbach G (2000). *Debate about evaluation and monitoring of sites carrying the Hon-Logo*. J med Internet Res (Internet) 2(2):e13, URL: <http://www.jmir.org/2000/2/e13/>.
- Hogarth S, Javitt G, Melzer D (2008). *The current landscape for direct-to-consumer genetic testing: legal, ethical, and policy issues*. Annu rev genomics hum genet 9:161-82.
- *eEurope 2002: quality criteria for health related Websites*. J med Internet res (Internet) 4(3):e15, Url: <http://www.jmir.org/2002/3/e15/>.

ESPERIENZE

L'assistenza domiciliare alla persona con disturbi psichici: l'esperienza del Dipartimento mentale di Messina sud

di *Vittoria Maiorana (1)*, *Santa Rosa Valenti (2)*

(1), (2) *Infermiere, DSM Messina Sud*

Corrispondenza: orazio62005@libero.it

Il Dipartimento di salute mentale (Dsm) di Messina sud

Il nostro Dsm è costituito da diverse strutture: il Centro di salute mentale, un centro diurno, due comunità alloggio, un centro di ascolto "Spazio famiglia". Il Centro di salute mentale, che conta due ambulatori - uno a Messina e uno a Roccalumera, è il punto di riferimento e di coordinamento di tutti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per le persone affette da patologie psichiatriche.

Il centro diurno, attivo tre volte la settimana, viene gestito con la collaborazione dei volontari dell'associazione "Filo di Arianna". Una delle due comunità alloggio accoglie gli assistiti dimessi dall'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona, mentre il Centro di ascolto "Spazio famiglia" è dedicato ai familiari delle persone affette da patologia psichiatrica.

I servizi offerti comprendono attività cliniche (visite psichiatriche, colloqui con lo psicologo, psicoterapie, terapie farmacologiche), attività di prevenzione (informazione/formazione presso scuole, enti, diversi settori del sociale), attività riabilitative (assistenza primaria, eventi di socializzazione, inserimenti lavorativi) e attività di assistenza infermieristica (accoglienza, osservazione, colloqui, gestione della terapia).

Oltre a questi brevemente descritti, sono attivi anche un servizio di psichiatria transculturale e un servizio di supervisione e di *parent training* per il progetto rivolto alle persone autistiche.

Tutte le prestazioni dei nostri servizi sono erogate sia in regime ambulatoriale che domiciliare: l'esperienza maturata nel corso degli anni ci ha portato a considerare il territorio e in particolare il domicilio dell'assistito, il fulcro delle nostre attività.

La nostra esperienza in assistenza domiciliare

In linea con la normativa nazionale e regionale, abbiamo attivato l'assistenza domiciliare: a comporre l'équipe assistenziale sono psichiatra, infermiere e assistente sociale. L'esperienza descritta riguarda 10 persone con una diagnosi di grave psicosi cronica, seguite a domicilio per un periodo che va da sei mesi a un anno. Sono tutte donne di età compresa tra 45 e 60 anni, single o separate (una coniugata) con livello di scolarità bassa e non occupate. Seppur con modalità diverse, tutte le assistite presentavano: resistenza ai trattamenti ambulatoriali, scarso *insight* di malattia, reticenza ad assumere i farmaci, tendenza all'isolamento, scarsa tendenza alla socializzazione.

Per ogni assistita, preferendo un approccio psicodinamico, è stato definito un programma terapeutico personalizzato tenendo conto dei punti di forza sui quali fare leva e dei punti di debolezza da considerare.

Per l'assistenza domiciliare sono state individuate infermiere e non infermieri: a orientare questa scelta da parte del Dsm è stata l'ipotesi che gli interventi erogati da personale dello stesso genere potessero essere più facilmente accettabili dalle nostre utenti. Ogni caso ha avuto un'infermiera referente ed è stato discusso in équipe per permettere a ciascun membro del team di conoscerli tutti e di favorire così lo scambio e il confronto costante sulle strategie di volta in volta adottate per raggiungere gli obiettivi pianificati per le assistite prese in carico.

L'intervento a domicilio ha favorito la relazione con le utenti, l'aumento della consapevolezza di malattia e migliorato l'adesione al regime terapeutico. A testimonianza dei risultati ottenuti con l'assistenza a domicilio proponiamo di seguito una descrizione sintetica di tre casi in particolare: Elisa, Marcella, Maria.

Il caso di Elisa, la donna dal vestito di plastica

Elisa, 60 anni, era stata segnalata dai carabinieri, che avevano raccolto la segnalazione di una volontaria. Dalle poche notizie raccolte avevamo saputo che Elisa viveva da sola in una casa fatiscente dove mancano servizi primari quali l'acqua e la luce. Sulla base della segnalazione e dei dati raccolti abbiamo programmato un intervento domiciliare. Al primo approccio Elisa era apparsa impacciata, in difficoltà, sospettosa e diffidente. Al primo incontro, seppure curata nell'aspetto indossava delle buste di plastica sopra i vestiti e anche i suoi capelli erano coperti di un telo di plastica: esprimeva una grande sofferenza, avvertiva la presenza di persone che l'osservavano e che le volevano male tanto da emettere raggi malefici che colpivano il suo corpo minandone l'integrità.

La sua giornata era prevalentemente impegnata a procacciarsi l'acqua nella vicina stazione ferroviaria; operazione rischiosa perché richiedeva ogni volta l'attraversamento dei binari. Qualche volta usciva di casa per recarsi poco distante a comprare ciò che le serviva: era sempre affaccendata in molteplici cose da fare.

Le visite domiciliari da parte delle infermiere che l'avevano presa in carico si sono susseguite nel tempo iniziavano e finivano sulla soglia del cancello di casa. Così abbiamo pian piano conosciuto Elisa: ultimogenita di quattro fratelli, unica figlia a non essersi sposata, ha vissuto con i genitori fino alla loro morte. Un diploma di insegnante d'infanzia con qualche esperienza lavorativa saltuaria e quindi, senza un reddito fisso; dopo la morte dei genitori, che nel suo delirio sono adottivi, aveva interrotto i rapporti con i familiari e iniziato a vivere da sola in condizioni di estrema indigenza.

Elisa non aveva consapevolezza della sua malattia e per questo si è sempre isolata non accettando mai alcun aiuto e dedicandosi alla costruzione di oggetti con materiali diversi: i gatti, i suoi unici amici.

Dopo il ritorno a casa in seguito ad un Tso, necessario per le sue condizioni, le visite domiciliari hanno prodotto un miglioramento della situazione generale: ora riconosce i propri affetti e le proprie emozioni, accetta di rivedere i suoi familiari, è consapevole dei suoi bisogni primari e, dopo tanti anni di isolamento, inizia a socializzare anche con altre persone. Si lascia curare pur mantenendo una certa "riserva". Partecipa anche alla riorganizzazione della casa, le viene riconosciuta anche una pensione di invalidità. Ora Elisa viene anche in ambulatorio accompagnata dall'assistente sociale del servizio anziani che, insieme a una nipote, si occupa degli aspetti di vita quotidiana.

È cordiale con tutti e le infermiere che l'hanno seguita in questo lungo periodo continuano a essere il suo principale punto di riferimento. Oggi Elisa indossa abiti ed accessori che la rendono una donna composta ed elegante.

Il caso di Marcella, stazione centrale binario 2

Il primo incontro con Marcella era avvenuto al binario 2 della stazione: era stata segnalata dal marito preoccupato per i suoi comportamenti incongrui e bizzarri. Versava, infatti, in un grave scompenso psicotico ed era decisa a partire per mete ignote. Questa situazione rese necessario un Tso.

I problemi di Marcella iniziarono dopo la nascita delle sue tre gemelle, periodo in un cui iniziò una ideazione caratterizzata da dubbi e diffidenza e accompagnata da comportamenti strani, allucinazioni visive ed uditive. Negli anni ha avuto periodi di buon compenso che le hanno permesso di occuparsi della crescita e dell'educazione delle sue figlie e della gestione della casa. Quando però sospendeva, in modo arbitrario, la terapia aveva frequenti ricadute.

Gli accessi ambulatoriali erano iniziati dopo la dimissione dall'ospedale: lei veniva in ambulatorio regolarmente. A distanza di molto tempo l'abbiamo rivista presso il Csm accompagnata dal marito: a causa della discontinuità terapeutica erano ricominciate le ricadute. Per gestire i nuovi problemi era stato definito un programma d'intervento che prevedeva l'accesso ambulatoriale giornaliero per l'assunzione della terapia. Nonostante questo, Marcella tentò il suicidio, "per difendersi dai cani che la inseguivano per sbranarla": per le fratture multiple riportate agli arti inferiori, fu ricoverata presso l'unità operativa di ortopedia. A casa rimase a letto per un lungo periodo ed ebbe altri ricoveri per altri interventi chirurgici.

Per gestire al meglio l'assistenza a Marcella furono attivate le visite domiciliari: la presenza regolare e costante delle infermiere ha contribuito significativamente al miglioramento delle condizioni cliniche e della consapevolezza di malattia. Oggi, a distanza di due anni Marcella riconosce la necessità di assumere i farmaci regolarmente, è meno diffidente e accede regolarmente all'ambulatorio, anche se per deambulare ha bisogno dei tutori.

Il caso di Maria, la maestosa

Maria viveva in un nucleo familiare composto dal padre anziano in condizioni di salute precarie e da una sorella verso la quale aveva comportamenti ambivalenti. I suoi sintomi cominciarono a manifestarsi nel periodo in cui frequentava la facoltà di giurisprudenza: il cronicizzarsi dei sintomi la costrinse a lasciare l'università. L'abbandono degli studi aumentò l'isolamento e l'allontanamento da tutto e da tutti. Maria rimaneva sempre in casa e, in particolare nella sua stanza in compagnia della gatta e della tartaruga. Dopo la morte della madre Maria iniziò a trascurare la cura della propria persona e ad avere episodi frequenti di bulimia. Nel tempo i disturbi del comportamento alimentare portarono ad una compromissione dell'assetto metabolico con conseguente obesità grave. L'adesione al regime terapeutico era saltuaria e il suo rapporto con gli operatori del Csm molto schivo. Gli interventi programmati a domicilio erano finalizzati a promuovere l'attenzione di Maria sulla cura personale, della casa, a favorire la socializzazione e al monitoraggio del regime terapeutico. Le visite domiciliari portarono ad alternare momenti di regressione a periodi di miglioramento che, man mano che aumentava la fiducia di Angela nei confronti degli operatori, si consolidarono.

Oggi Maria deve essere ancora stimolata a prendersi cura di sé in maniera adeguata ma la situazione generale è significativamente migliorata: partecipa anche a qualche uscita di gruppo, appare più responsabile e consapevole delle sue potenzialità. Frequenta l'ambulatorio e dimostra interesse verso altre proposte di trattamento.

Alcune considerazioni

Nei casi descritti l'assistenza domiciliare è stata efficace: la scelta del personale infermieristico di genere femminile si dimostrata positiva nell'assistenza di donne con patologia psichiatrica cronica grave. Le pazienti hanno avuto modo di rispecchiarsi in altre donne attivando meccanismi introiettivi e proiettivi, utili per nuovi modelli identificatori. Tutte, seppure con delle differenze, hanno avuto un buon compenso del loro stato di salute e un miglioramento della qualità della vita.

BIBLIOGRAFIA

- Gislou M C. *Il colloquio clinico e la diagnosi differenziale*. Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Gnocchi E, Guizzetti M T, Ingelsson U, Memmi V, Palumbo A, Skagerlind L, Tacchini M A. *L'infermiere psichiatrico*. Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Gnocchi E, Memmi V, Tacchini M A. *Nuovi modelli di intervento dell'infermiere psichiatrico*. Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Tacchini M A. *Professione infermiere nei servizi psichiatrici dalla teoria alla prassi*. Masson, 1998.
- Zapparoli G G C e al. *La psichiatria oggi*. Bollati Boringhieri, Torino, 1994.



ESPERIENZE

L'ospedale Mauriziano di Torino si organizza per intensità di cura

di Graziella Costamagna (1), Angela Delsal (2), Patrizia Lantero (3), Adriana Pracca (4), Daniela Dearca (5), Cristina Favero Fra (6), Elga Ghironi (7), M. Carla Cestari (8), Maria Valente (9), Nedelia Posocco (10), Sabrina Terzollo (11)

*(1) Dirigente responsabile Sc Sitro, Ao Mauriziano, Torino
(2), (3), (4), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11) Coordinatori Dipartimenti assistenziali, Tecnico sanitario e riabilitazione, Ao Mauriziano, Torino*

Corrispondenza: graziellacostamagna@virgilio.it

Premessa

In linea con gli obiettivi del Piano socio sanitario della Regione Piemonte 2012-2015 e con l'obiettivo della Direzione generale aziendale alla fine dell'anno 2012 all'Ao Ordine Mauriziano di Torino è partito un progetto per implementare il modello per intensità di cura in tutto l'Ospedale e che troverà realizzazione in tutti i dipartimenti assistenziali dell'Ao nel triennio 2013-2015.

L'Ospedale Mauriziano di Torino costruito nel 1881 è un'Azienda ospedaliera a padiglioni che si distingue nel panorama della sanità piemontese come un'azienda dotata di aree di alta specializzazione, supportate da un'area di assistenza di base di grande professionalità e di aree di assistenza ben rappresentate e sviluppate dedicate alla tutela delle fragilità.

Contesto, questo, favorevole perché già dagli anni 2000 era stato riorganizzato per aree di degenza omogenee, identificando posti letto dipartimentali in area medica ed in area chirurgica, superando la logica organizzativa per reparti specialistici.

Il nostro progetto

Il progetto coordinato dal Direttore sanitario aziendale con la collaborazione della Direzione medica di presidio e della Direzione delle professioni sanitarie è stato avviato a Ottobre 2012 con l'obiettivo di sviluppare un contesto operativo che consentisse di:

- migliorare le risposte all'utenza;
- ridurre i percorsi delle persone assistite ottimizzando i tempi e migliorando la sicurezza;
- favorire una più efficiente e valorizzante gestione delle risorse umane e delle competenze dei professionisti.

La prima fase di progettazione è stata condotta attraverso revisioni bibliografiche e visite in ospedali italiani organizzati per intensità di cura (Toscana, Lombardia) che hanno messo in luce l'eterogeneità delle soluzioni adottate e dei modelli implementati sul territorio nazionale.

La seconda fase di progettazione svolta in sede ha visto la creazione di gruppi di lavoro multiprofessionali ed interdisciplinari (medici, infermieri, terapisti, tecnici sanitari) rappresentativi di tutti i dipartimenti assistenziali che, su base volontaria e senza limiti numerici per favorire la massima condivisione, hanno lavorato sui temi del linguaggio, dei modelli, dei livelli e degli strumenti.

I Dirigenti medici di Dmpo (Direzione medica di presidio ospedaliero) e i Coordinatori infermieristici e delle altre professioni sanitarie di Dipartimento sono stati individuati come coordinatori dei gruppi di lavoro e facilitatori del processo di cambiamento con un'attività fortemente integrata.

Questo a testimonianza della volontà, a livello aziendale, di costruire un percorso comune e sinergico tra professionalità, per essere costruttivi e per superare insieme gli ostacoli culturali al cambiamento emersi in tutti i gruppi professionali presenti.

È stata creata una piattaforma informatica condivisa su intranet aziendale che ha consentito di confrontarsi sulla documentazione (letteratura relativa, dati di benchmarking, esperienze di altre aziende sanitarie) e il materiale prodotto dai vari gruppi di lavoro (documenti, verbali).

I gruppi hanno poi lavorato sulla definizione delle aree d'intensità cura e complessità assistenziale, sulla individuazione dei criteri di accesso, dimissione e trasferimenti dalle varie aree, sul nuovo modello organizzativo e sul nuovo modello di presa in carico dei pazienti oltre che sugli standard assistenziali con particolare riflessione sulle responsabilità conseguenti.

Per tutte le fasi progettuali si è ritenuto opportuno coinvolgere l'Ordine dei medici di Torino e il Collegio Ipasvi di Torino e Provincia che hanno fornito un supporto esterno di validazione del percorso in particolare sui temi delle responsabilità professionale e degli standard assistenziali.

Si è proceduto, quindi, alla contestualizzazione a livello di Collegio di direzione, con definizione di tempi e modalità operative, per poi passare alla diffusione e al coinvolgimento di altri fondamentali stakeholder: le associazioni dei volontari e il Comune (collegamento con la popolazione, potenziale fruitore del servizio assistenziale erogato dall'ospedale), le organizzazioni sindacali che stanno accompagnando il percorso ed aiutando nelle necessarie rimodulazioni. L'implementazione del progetto ha avuto inizio a giugno 2013.

Le scelte, le difficoltà e le soluzioni

I livelli assistenziali

Sono stati individuati quattro livelli/aree: alta intensità/high care, media intensità ricoveri urgenti e/o programmati, media intensità week surgery chirurgica - week hospital medico e week hospital cardiovascolare, bassa intensità e riabilitazione/lowcare.

Particolare significatività ha rivestito il fatto che il cambiamento organizzativo è stato attivato in un ospedale a padiglioni di fine '800, aspetto che si è cercato di far diventare opportunità anziché vincolo prevedendo l'organizzazione dei livelli estremi alta intensità e bassa intensità a valenza aziendale e quelli di media intensità a valenza dipartimentale. L'area di low care aziendale è stata aperta a fine giugno 2013 con contestuale riorganizzazione delle aree mediche a media intensità. Il dipartimento cardiovascolare ha iniziato la riorganizzazione ad agosto 2013: a breve sarà attiva anche l'area di high care aziendale.

Gli strumenti

Sono in corso di implementazione nuovi Pdta (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali), ritenuti elemento essenziale del modello.

Per le aree di high care gli indicatori sono a prevalenza clinica, per le aree a media intensità medica e bassa intensità è iniziato l'utilizzo come strumento predittivo il Trico (triage di corridoio), testato in fase progettuale e che verrà utilizzato a partire dal Dea combinato alla patologia prevalente. Per le aree chirurgiche e cardiovascolari di media intensità gli indicatori utilizzati in ambito di prericovero saranno: tipologia intervento, durata degenza, indice Asa, età e presenza di caregiver. Il fatto di non poter adottare uno strumento unico è legato alla presenza di molte aree differenziate ad alta specializzazione clinica nell'ospedale.

Il modello organizzativo e le responsabilità

Il modello individuato per la componente medica è quello dell'Equipe medica prevalente di riferimento. Per la parte infermieristica, invece, il modello è quello della presa in carico per gruppo di persone assistite con individuazione di infermieri di setting/cellula a prevalente assistenza diretta e infermieri di processo/facilitatori a prevalente assistenza indiretta. Le responsabilità organizzative sono state individuate per linea/livello assistenziale con coordinatori Bed manager a livello dipartimentale dedicati o con sistema a rotazione. Sono attualmente in fase di ridefinizione i profili di competenza delle figure interessate ed è stata rivista l'organizzazione delle figure professionali della riabilitazione, in particolare nell'area di low care aziendale. Ancora in discussione è la riprogettazione di un modello comune per il "passaggio di informazioni" intra e interprofessionale sulle persone assistite, che sarà facilitato dalla messa a regime della cartella informatizzata integrata.

La riorganizzazione ha richiesto una revisione dei gruppi infermieristici e la acquisizione di nuove e più ampie competenze di area e livello assistenziale per l'assistenza e per la gestione delle urgenze/emergenze. La condivisione in gruppi di lavoro dei protocolli e delle procedure, della documentazione infermieristica, i profili di competenza e i carrelli terapia uniformi sono stati alcuni degli strumenti utilizzati. La maggior flessibilità richiesta ai professionisti medici ed infermieri ha posto da subito in evidenza resistenze e difficoltà delle professionalità coinvolte nel rivedere criticamente l'organizzazione del lavoro di cura/assistenza e a ridefinire i rispettivi ambiti di competenza in ottica multidisciplinare. Per superare questa fase, ritenuta in parte fisiologica, in un processo di cambiamento così importante, la Direzione strategica ha cercato di potenziare alcuni strumenti di supporto: sono state programmate riunioni dipartimentali con la presenza di tutta la Direzione strategica, si è intensificata l'attività di supervisione e supporto da parte della Direzione sanitaria d'azienda, della Direzione medica di presidio e della Direzione delle professioni sanitarie.

Stesso impegno è stato richiesto ai Direttori di dipartimento e ai Coordinatori di dipartimento con un'attività di coordinamento "forte" che ha visto un'intensa attività di programmazione e attuazione di riunioni periodiche professionali e interprofessionali, di momenti di formazione e addestramento congiunti e di revisione di protocolli.

Standard assistenziali

Si sono utilizzati, contestualizzandoli, i risultati della ricerca multicentrica del Map (Modello assistenziale professionalizzante), promossa dalla Federazione Ipasvi, che aveva visto l'Ospedale Mauriziano come centro partecipante. Un risultato importante è stato quello di essere riusciti a distribuire nel modo più equo possibile le risorse infermieristiche e di supporto assistenziale a seconda dei livelli assistenziali predefiniti.

I risultati

Dato il breve periodo di implementazione operativa non sono ancora disponibili dati su outcome sulle persone assistite ed esiti sensibili all'assistenza infermieristica che saranno oggetto di una sistematizzazione e diffusione futura.

Un primo step di valutazione è previsto nel primo trimestre 2014.

Nella fase iniziale del progetto non si sono evidenziati eventi critici sentinella o reclami da parte delle persone assistite e dei familiari.

Sono stati revisionati ed uniformati protocolli terapeutici, schede di terapia, documentazione infermieristica, schede di valutazione medico-infermieristica per inclusione nei vari livelli.

Alcuni indicatori di efficienza ed efficacia sanitaria (degenza media, indici di turn-over, ricoveri pre-interventi, riammissioni Dea) e alcuni outcome assistenziali (lesioni da pressione, cadute pazienti, dimissioni a domicilio) verranno verificati a breve e successivamente monitorati con cadenza annuale.

In parallelo proseguirà il lavoro di valutazione sullo stress lavoro correlato con verifica dell'andamento rispetto all'anno precedente di indicatori sentinella come indici assenze varie, richieste trasferimenti, visite di medicina lavoro e del percepito dai professionisti attraverso focus group mirati.

Conclusioni

Questa ambiziosa e "faticosa" sfida per tutti i professionisti sanitari coinvolti vede come elementi di forza il coinvolgimento, la partecipazione attiva e la multiprofessionalità che, ad oggi, stanno consentendo di superare le resistenze al cambiamento, le diffidenze, "lo smarrimento" e di pensare che l'obiettivo entro il 2015 potrà essere completamente realizzato.

BIBLIOGRAFIA

- Assistenza ospedaliera per intensità di cura. Disponibile all'indirizzo: <http://www.saluter.it/ssr/aree/assistenza-ospedaliera/intensita-di-cura>.
- Aa Vv. Atti Simposio 7° congresso nazionale Sigg - 13° corso per infermieri (Milano). *Il modello per intensità cura*. 356-357, 2013.
- Aa Vv (a cura di Niccolai F, Nuti S). *Intensità di cura e intensità di relazioni -Idee e proposte per cambiare l'ospedale*, Pisa, Ed. ETS, 2012.
- Galgano A, Galgano C. *Il sistema Toyota per la sanità*, Milano, Milano: Guerini e Associati, 2006.
- Nardi R, Areienti V, Nozzoli C, Mazzone A. *Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare*, Italian journal of medicine, Volume 6(1), 1-13, 2012.
- *La riorganizzazione della sanità toscana; tra intensità di cura e chronic care model*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ars.toscana.it>.
- *Modello assistenziale per intensità di cure*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.galliera.it/20/ospedale-per-intensita-di-cura-focus>.
- Silvestro A, Maricchio R et al. *La complessità assistenziale, concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa*. Milano, Mc Graw Hill, 2009.



ESPERIENZE

La valutazione dello stato nutrizionale del paziente anziano ospedalizzato: l'utilizzo del Mna (Mini nutritional assesment)

di Erica Girotto (1), Alice Colognesi (2)

(1) Responsabile Area sviluppo professionale e ricerca - Direzione infermieristica e delle professioni tecniche e sanitarie - Azienda Ulss 18 Rovigo

(2) Infermiera Fondazione Onlus Casa di riposo Città di Sondrio

Corrispondenza: girotto.eric@azisanrovigo.it

Introduzione

Negli ultimi anni la gestione infermieristica della nutrizione è divenuta sempre più rilevante: da un lato l'ipernutrizione (obesità) può determinare complicanze metaboliche responsabili della prima causa di mortalità (malattie cardiovascolari), dall'altro la malnutrizione per difetto nei pazienti degenti, ambulatoriali o a domicilio affetti da patologie croniche sta progressivamente aumentando, soprattutto alla luce dell'allungamento dell'aspettativa di vita.

Un adeguato screening dello stato nutrizionale delle persone anziane ospedalizzate rappresenta un valido contributo nel processo di miglioramento della pratica clinica assistenziale. Le persone anziane, e fragili in particolare, sono ad alto rischio per i disturbi nutrizionali (Gaskill, 2008). La malnutrizione, secondo la definizione del *Council on food and nutrition dell'American medical association*, è "una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità o un'alterazione della qualità della vita". La malnutrizione include sia alterazioni derivanti da carente apporto di nutrienti, sia da eccessivo apporto, sia da alterato metabolismo degli stessi.

Molteplici situazioni cliniche comportano un'elevata probabilità di determinare alterazioni dello stato di nutrizione; tuttavia l'attenzione alla malnutrizione nel paziente degente è ridotta tra i professionisti sanitari.

La malnutrizione può essere inquadrata coi seguenti quadri clinici:

- *malnutrizione tipo Kwashiorkor*: legata a situazioni di stress acuto e con prognosi severa, è caratterizzata da un deficit prettamente proteico;
- *cachessia*: processo cronico in cui la carenza riguarda principalmente la sfera energetica;
- *malnutrizione mista*.

La Malnutrizione proteico energetica (Mpe) è stata descritta nei pazienti ospedalizzati tra il 30% e il 60% dei casi, con gradi di deplezione più grave nei soggetti di sesso femminile o di età più avanzata. Le cause di Mpe nell'anziano sono numerose e possono essere sia cliniche che sociali (Bosello, 2011).

Esiste poi la malnutrizione per eccesso o obesità, che nel soggetto anziano è aggravata dalla sedentarietà e dalla progressiva riduzione del metabolismo, favorendo con maggiore frequenza lesioni da pressione, frattura del femore e disturbi vascolari periferici (Holman, 2005).

Ci siamo quindi posti l'obiettivo di indagare le modalità di rilevazione dello stato nutrizionale dei pazienti degenti presso i servizi di Medicina e geriatria del Presidio ospedaliero di Rovigo - Azienda Ulss 18, sperimentando uno strumento validato per la valutazione dello stato nutrizionale nei soggetti anziani.

La valutazione e gestione della malnutrizione nei nostri servizi

Tra il maggio e il giugno 2012 abbiamo raccolto una serie di dati utilizzando la cartella clinica informatizzata integrata. Si è poi effettuata la sperimentazione del Mna nelle stesse unità operative nel periodo giugno-luglio 2012. In base alle condizioni del paziente, per la rilevazione del peso si sono utilizzati alternativamente bilancia, sedia pesapersone o sollevatore elettrico dotato di bilancia pesapersone. La misurazione dell'altezza è stata effettuata con metro flessibile per i pazienti autosufficienti, mentre per i pazienti allettati si è utilizzata la misurazione dell'altezza del ginocchio (Feroni et al., 2007). Per le misurazioni della circonferenza a metà braccio e della circonferenza del polpacci (indici indiretti di valutazione della massa muscolare del soggetto) si è utilizzato un metro antropometrico flessibile e anelastico.

Sono stati osservati 144 pazienti, di cui 73 ricoverati in Geriatria e 71 in Medicina. Il 56,9% dei pazienti è di sesso femminile, l'età media è di 80,5 anni, il 73,6% è collaborante, ma solo il 45,8% autonomo. Provengono da domicilio il 98,6% dei pazienti. In merito a situazioni specifiche: 3 pazienti sono portatori di Sng, nessun paziente ha una Peg e 4 pazienti sono portatori di colostomia. Il 16,7% del campione presenta disfagia. Il peso è stato rilevato nel 34% dei pazienti. La perdita di peso è documentata nell'8,3% dei casi, mentre l'altezza è rilevata nel 5,6% dei pazienti. Nel 57,6% dei casi non è documentato alcun tipo di dieta.

Per la valutazione dello stato nutrizionale degli pazienti sono stati adottati gli strumenti rintracciati attraverso una revisione della letteratura (Guigoz, 2006):

- *Malnutrition universal screening tool* (Must) per adulti residenti in comunità;
- *Nutritional risk screening* (Nrs) per pazienti degenti in ospedale;
- *Mini nutritional assessment* (Mna) per i pazienti anziani.

Si è scelto di utilizzare il Mna in quanto specifico per la valutazione dello stato nutrizionale nella popolazione anziana, strumento validato e ampiamente utilizzato con una buona sensibilità (96%) e specificità (98%). Non richiede l'esecuzione di esami di laboratorio e può essere compilato anche dagli infermieri (Leandro-Merhi et al., 2011; Morley, 2011; Vellas et al., 2006; Guigoz, 2006), in quanto utilizza un approccio semplice, poco costoso, non invasivo, anche nei soggetti allettati. È facilmente completabile in 10 o 15 minuti di tempo (Leandro-Merhi et al., 2011; Kaiser et al., 2009).

Per il 42,9% (27) dei pazienti non si è riscontrata registrata alcun tipo di dieta.

Tabella 1 - Sperimentazione Mna, caratteristiche del campione	
Pazienti	63 Geriatría 33 (52.4%) Medicina 30 (47.6%)
Sesso femminile	60.3%
Età media	81.3 anni
Punteggi Barthel	27% autonomo 27% dipendenza moderata 46% completamente dipendente
Provenienza	Domicilio 61, Rsa 2

Tabella 2 - Risultati della sperimentazione del Mna	
Stato nutrizionale normale	42.9% (27)
Rischio malnutrizione	39.7 % (25)
Malnutrizione	17.5 % (11)

Raggruppando i pazienti risultati a rischio di malnutrizione e quelli malnutriti, possiamo affermare che il 57,1% (36) ha problemi di nutrizione.

La fascia di età che vede più pazienti malnutriti è compresa tra 83 e 87 anni, corrispondente al 54,5% del totale dei soggetti malnutriti, mentre il rischio di malnutrizione è maggiormente presente fra i 79 e gli 87 anni, con il 56% del totale dei pazienti a rischio di malnutrizione. Infine la fascia d'età che presenta più soggetti con uno stato nutrizionale normale è quella tra i 65 e i 78 anni, ossia il 48,1% dei 27 pazienti: questa analisi, nel nostro gruppo di osservati, sembra confermare che la malnutrizione peggiora con l'aumentare dell'età.

Il peso medio per le donne con stato di malnutrizione è di 54 kg e per gli uomini di 59 kg, mentre il peso medio per i ben nutriti nelle donne è di 82 kg e negli uomini 80 kg. Secondo la distribuzione dei punteggi di Imc presenti nel Mna, i pazienti malnutriti sono risultati distribuiti nelle quattro diverse fasce: questo dato conferma che il solo calcolo dell'Imc non può essere sufficiente per valutare lo stato nutrizionale del paziente. Il 44% dei pazienti a rischio e il 54,5% dei malnutriti ha dichiarato una perdita di peso superiore a 3 kg. negli ultimi tre mesi, a differenza del gruppo risultato ben nutrito, dove il 59,2% ha affermato di non aver accusato alcuna perdita di peso. Nessun paziente ha consumato meno di due pasti al giorno, l'11,1% ha dichiarato di effettuare solo due pasti e l'88,9% consuma abitualmente 3 pasti completi.

Alla valutazione soggettiva riguardante la considerazione del proprio stato nutrizionale, degli 11 pazienti malnutriti il 27,3% ha dichiarato di essere consapevole di avere gravi problemi nutrizionali, il 63,6% di avere qualche problema nutrizionale oppure non sapeva dare risposta a questa domanda; solo 1 paziente ha sostenuto di non avere problemi nutrizionali. Nei pazienti risultati a rischio, 2 hanno riportato di essere in una condizione di malnutrizione grave, mentre 10 hanno dichiarato moderati problemi nutrizionali o non hanno saputo rispondere a questa domanda. Il 52% ha dichiarato di non avere problemi.

Alcune considerazioni

Dal nostro studio emerge che nei servizi osservati non sembra esserci una rilevazione specifica mirata al problema della malnutrizione: il peso è rilevato in meno della metà dei pazienti (34% del totale), l'altezza è stata rilevata in soli 8 pazienti e la perdita di peso che, come si evince dalla letteratura, è un indicatore fondamentale da rilevare all'ingresso per predire un possibile stato di malnutrizione, è stata documentata per soli 12 pazienti. Questi dati fanno parte delle rilevazioni per una completa valutazione antropometrica che possa garantire un'assistenza di qualità che coinvolga anche lo studio dello stato nutrizionale del paziente.

Le diete sembrano essere assegnate in base alla patologia del paziente o al motivo dell'ammissione in ospedale e non per l'effettivo bisogno di apporto energetico del singolo paziente.

Un ostacolo ad un'adeguata valutazione, diagnosi e trattamento della malnutrizione potrebbe consistere nel fatto che non è riconosciuto a un singolo professionista il ruolo di guida nel fornire assistenza nutrizionale per i pazienti più anziani; ciò potrebbe portare a una carenza di coordinamento nei servizi di assistenza. La cura nutrizionale è un'attività multidisciplinare, ma gli infermieri dovrebbero avere un ruolo centrale nell'identificazione dei pazienti vulnerabili e nella loro alimentazione. Essi devono garantire che le loro conoscenze sulla nutrizione permettano di svolgere questo ruolo (Holmes, 2006).

Dalla compilazione del Mna si può affermare che il 57,1% ha problemi di nutrizione. Secondo la partizione dei punteggi di Imc presenti nel Mna si riscontra che i pazienti malnutriti sono distribuiti nelle quattro diverse fasce: questo dato conferma che il solo calcolo dell'Imc non può essere sufficiente per valutare lo stato nutrizionale del paziente. Dall'analisi dei dati si può intuire la rilevanza del problema della malnutrizione: 11 pazienti risultano in uno stadio di malnutrizione e meriterebbero perciò esami più approfonditi per verificarne la diagnosi e per poter quindi intervenire in modo tempestivo. In effetti i risultati dello screening nutrizionale dovrebbero essere finalizzati ad una richiesta di intervento nutrizionale per la valutazione ed il trattamento.

Agli infermieri ospedalieri si potrebbe proporre di introdurre la Short-form del Mna (Mna-Sf) da compilare per ogni paziente all'ingresso, con circa 4-5 minuti di impegno. Applicando il Mna-Sf si potrà prevedere il completamento del questionario da parte dell'infermiere o del dietista solo nei casi risultati a rischio o malnutriti, come suggerito dalla letteratura. In uno studio recente, condotto dal gruppo di revisione Mna-International group, è stato proposto di omettere alcune valutazioni, rendendo così la compilazione del Mna più scorrevole e veloce nel completamento. (Leandro-Merhi et al., 2011; Kaiser et al., 2009). Un altro ostacolo apparso evidente durante il primo periodo di osservazione e durante la sperimentazione è stato la rilevazione del peso corporeo e dell'altezza dei pazienti, attività che sono sembrate agli operatori difficili da eseguire nei pazienti allettati e non autosufficienti, se non a volte ritenute inutili. Si può far fronte a questa problematica intervenendo sulla formazione e la sensibilizzazione del personale, sia infermieristico che socio-sanitario; questi ultimi, infatti, adeguatamente formati, potrebbero essere d'aiuto nella rilevazione delle misure antropometriche.

Conclusioni

Dall'analisi della letteratura emerge che ancora non esiste un gold standard per l'accertamento della malnutrizione; tuttavia, possiamo affermare che la terapia nutrizionale è una terapia a tutti gli effetti. Per eseguire un accertamento nutrizionale efficace è fondamentale una buona collaborazione e un'attenta valutazione multidimensionale e multidisciplinare tra infermieri, medici e dietisti. In ambito ospedaliero lo stato di malnutrizione nella persona anziana è associato ad aumento della mortalità, prolungamento della degenza e maggiore probabilità di istituzionalizzazione.

Si presenta quindi la necessità di assicurare che gli anziani siano regolarmente sottoposti a screening per il rischio di malnutrizione e che gli interventi per garantire una nutrizione adeguata debbano essere tempestivamente attuati.

La sperimentazione del Mna ha permesso di migliorare la valutazione dello stato nutrizionale dell'anziano al fine di intraprendere interventi di gestione dei pazienti malnutriti o a rischio. L'impegno richiesto al personale infermieristico è contenuto, considerando che molte informazioni per la compilazione sono già presenti nella cartella infermieristica informatizzata. Possiamo affermare che l'utilizzo del Mna è un valido contributo nel processo di miglioramento della pratica clinica assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

- Bosello O, Zamboni M (2011). *Manuale di gerontologia e geriatria*. Piccin, Padova.
- Gaskill D, Black L J, Isenring E A, Hassall S, Sanders F, Bauer J D (2008). *Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities*. *Australas J Ageing*, 27(4), 189-94.
- Guigoz Y (2006). *The Mini nutritional assessment (Mna) review of the literature. What does it tell us?* *J nutr health aging*, 10(6), 466-87.
- Holman C, Robert S, Nicol M (2005). *Promoting adequate nutrition*. *Nurs older people*, 17(6), 31-2.
- Holmes S (2006). *Barriers to effective nutritional care for older adults*. *Nurs stand*, 21(3), 50-4.
- Kaiser M J, Bauer J M, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T et al. (2009). *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(9), 782-8.
- Leandro-Merhi V A, De Aquino J L (2011). *Anthropometric parameters of nutritional assessment as predictive factors of the Mini nutritional assessment (Mna) of hospitalized elderly patients*. *J nutr health aging*, 15(3):181-6.
- Morley J E (2011). *Assessment of malnutrition in older persons: a focus on the Mini nutritional assessment*. *J nutr health aging*, 15(2), 87-90.
- Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto M E, Rolland Y, Guigoz Y et al. (2006). *Overview of the Mna - Its history and challenges*. *J nutr health aging*, 10(6), 456-65.



ESPERIENZE

Un abbraccio che avvicina: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera Città della salute e della scienza di Torino

di Enzo D'Antoni (1), Erika Mainardi (2), Pietro Altini (3)

(1) Cpsi Dipartimento di Patologia delle dipendenze, Asl To 5 Moncalieri, Torino

(2) Cpse Terapia del dolore e cure palliative, presidio Molinette, Torino

(3) Docente Università degli Studi di Torino - Corso di Laurea in infermieristica Torino

Corrispondenza: infotoccoarmonico@gmail.com

Premessa

Nel rapporto infermiere-assistito la relazione assume un ruolo fondamentale: quando nella relazione d'aiuto si applica il processo di *embodiment*, cioè il conoscere l'altro e le affezioni del suo corpo attraverso il proprio corpo, si creano i presupposti per la costruzione di efficaci ponti relazionali che, da un lato, possono stimolare il paziente all'autoefficacia e dall'altro indurre l'operatore all'erogazione d'interventi mirati e personalizzati (Mele S, 2010). L'umanizzazione delle cure così come il benessere organizzativo non possono perciò prescindere dalla valorizzazione del *con-tatto* come strumento vitale di comunicazione empatica non verbale con il paziente e più in generale con il proprio ambiente di lavoro.

L'abbraccio condiviso è un'esperienza che favorisce la relazione empatica e stimola nei soggetti coinvolti la produzione di sostanze endogene con effetti benefici per la salute (Ian Armstrong e Lena Forsell, 2012).

Quando si riceve una carezza o un massaggio si genera un aumento dell'ossitocina, degli oppioidi endogeni e della vasopressina non solo nella persona alla quale è rivolta, ma anche in chi accarezza o massaggia e questo vale anche per le persone che si abbracciano. Gli effetti che ne derivano sono diversi: sensazioni piacevoli, abbassamento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e respiratoria, una sostanziale riduzione dello stress accompagnata da uno stato di rilassamento. Nello specifico l'ossitocina rallenta l'attività delle ghiandole surrenali deputate alla produzione di ormoni dello stress e nel tempo stesso ne modula i comportamenti, tende cioè a creare calma, rilassamento nella persona ed effetti pro-sociali (Bottaccioli F, 2005; Benedetti F, 2012; Gimpl G e Fahrenholz F, 2001; Uvnas-Meoberg K, 1998; Uvnas-Meoberg K, 2003; Bielsky If e Hu S-B et al., 2004; Huber D, Veinante P and Stoop R, 2005).

Attraverso un miglioramento della relazione d'aiuto che includa un "toccare" l'assistito in modo rispettoso e terapeutico, gli operatori sanitari, possono migliorare la qualità dell'assistenza erogata, aumentare l'aderenza terapeutica, creare un clima più sereno di lavoro.

Nell'abbraccio i soggetti coinvolti esperiscono emozioni, pensieri, parole e sensazioni riconducibili sia al momento stesso sia a esperienze vissute nel passato. Toccare è comunicare a tutti gli effetti, è accogliere l'altro riconoscendolo nella sua individualità e nel suo esistere (Montagu A, 1989). Se nell'abbraccio esiste intenzionalità, il contatto con il corpo del malato si trasforma in un'occasione di riconoscere e incontrare non un corpo, ma una soggettività (Van Der Bruggen H, 1977).

Attraverso l'abbraccio il professionista sanitario lavora sulla comunicazione non verbale cinestesica: parla tramite il linguaggio corporeo e psicomotorio, in grado di entrare in comunicazione diretta con le strutture originarie della personalità senza passare attraverso il discorso verbalizzato che non raggiunge facilmente gli stati profondi della personalità (Guerraz E, 2009). Non si può abbracciare un corpo separato dalla sua mente, dalla sua storia, dalle sue passioni e dalla sua biografia.

La nostra esperienza

Il 12 maggio 2013, in occasione della Giornata internazionale dell'infermiere, l'Azienda ospedaliera Città della salute e della scienza di Torino (presidio Molinette) ha ospitato per la prima volta l'evento "Un abbraccio che avvicina" realizzato in collaborazione con gli operatori di Tocco Armonico® (Tabella 1), l'Ufficio relazioni pubbliche delle Molinette, l'Università degli Studi di Torino, il Corso di Laurea in infermieristica e la Rete Euromediterranea per l'umanizzazione della medicina.

Il personale coinvolto ha regalato un abbraccio agli assistiti, ai familiari, ai visitatori e ai colleghi.

L'iniziativa si è rivelata un'esperienza intensa e coinvolgente: le persone abbracciate hanno dimostrato notevole apertura e gradimento. Inaspettata e allo stesso tempo sorprendente è stata la grande disponibilità all'abbraccio accompagnata da momenti di spontanea condivisione di storie di vita.

Ogni abbraccio è stato caratterizzato da sguardi intensi, parole di vicinanza, sorrisi, lacrime, silenzi-parlanti e profonda emozione.

Questa esperienza ha piacevolmente impressionato ed emozionato non solo gli operatori, ma i pazienti e i loro familiari. In alcuni casi, i parenti stessi hanno espressamente richiesto gli abbracci per i familiari ricoverati considerandolo un dono prezioso per apportare sollievo nella sofferenza.

Il segno che ha lasciato questa esperienza è stato espresso dagli altri abbracci avvenuti nei giorni successivi l'evento e che hanno influito positivamente il clima lavorativo e assistenziale nei reparti coinvolti e nei corridoi dell'ospedale.

Ancora oggi, a distanza di tempo, gli operatori che hanno partecipato all'iniziativa continuano a salutarsi con un abbraccio e a ricordare con grande emozione la giornata dicendo "quando lo rifacciamo?"

Anche uno degli addetti alla sorveglianza solitamente ritroso ai sorrisi e alle manifestazioni di vicinanza agli operatori dopo l'evento "un abbraccio che avvicina", ha iniziato a sorridere e ad ammiccare agli operatori che hanno preso parte alla giornata quasi volesse dire "Ci diamo un altro abbraccio?"



Alcuni vissuti

Una collega ha raccontato: *“Il 12 maggio 2013, abbracciare i pazienti, i loro famigliari, i miei colleghi o semplicemente persone che non conoscevo, mi ha trasmesso molte emozioni, mi ha commossa e mi ha dato uno spunto di riflessione: ogni giorno entro nella mia realtà lavorativa e mi calo nel mio ruolo professionale; mi occupo di sintomi, di sofferenza, di bisogni e di malattia, somministro farmaci, pianifico interventi e mi siedo ad ascoltare le difficoltà dei miei pazienti, ma oggi regalando un abbraccio mi è sembrato che avvenisse qualcosa di più profondo: non eravamo più infermiera e paziente, ma due persone che avevano creato una relazione empatica in maniera immediata, naturale e spontanea”.*

Grazia, una paziente, il giorno successivo ha detto: *“Oggi, ho capito ancora di più il significato di “Un abbraccio che avvicina: “... mi stavano dicendo che non avevo più molto da vivere, che non sarei potuta guarire; guardavo i volti di circostanza degli specializzandi intorno al mio letto, degli estranei per me e mi chiedevo cosa ci facessero lì in quel preciso momento di dolore per me. L'unico istinto è stato quello di prendere la mano di Giuseppe, uno degli infermieri che mi aveva abbracciato e fatto anche il massaggio Tocco Armonico® in precedenza. In quell'istante, è stato il mio solo appiglio, l'unica persona che mi rappresentasse qualcosa di familiare e l'unico professionista che sentivo veramente di volere vicino”.*

A distanza di qualche settimana, due infermieri partecipanti all'evento sono andati a trovare Grazia in Hospice e nonostante fosse dispnoica e provata dalla malattia, i familiari li hanno invitati ad entrare in stanza accogliendoli con grande emozione. Nonostante fosse stata lucida a tratti, li ha riconosciuti e incoraggiati ad abbracciarla nuovamente per trovare conforto, sollievo, piacevolezza e vicinanza attraverso quel contatto.

Conclusioni

Da quanto descritto si evince che il contatto corporeo correlato a una relazione d'aiuto mirata favorisce un cambiamento terapeutico. Esso deve quindi avvenire all'interno di un processo relazionale caratterizzato da un approccio empatico: il contatto attivo nei processi di *caring* incrementa in modo naturale l'empatia.

Le mani dell'operatore sanitario, quando si prende cura dell'assistito, esprimono un linguaggio proprio che può trasmettere una variegata gamma di messaggi: da quelli più discriminanti ed escludenti a quelli più accoglienti e di sostegno. Le mani nel contatto corporeo diventano parlanti e il corpo del soggetto ricevente diventa particolarmente captante. Un corpo toccato da un'altra persona, può aprirsi o chiudersi all'esperienza multisensoriale del contatto.

Occorre indirizzare le mani verso un linguaggio autentico per oltrepassare i tabù culturali legati alla corporeità e permettere esperienze relazionali di pura condivisione umana. Il tocco corporeo induce nell'altro trasformazioni a livello organico e psico-emozionale accrescendo il senso di benessere psicofisico.

Nel 2001, Gerard Leleu ha dichiarato: *“Il contatto corporeo oltre che un piacere è un vero e proprio linguaggio. Gli esseri comunicano con la voce e lo sguardo, ma quando sentono il desiderio di approfondire un rapporto, questi sensi diventano troppo poco. Solo con il contatto si ha la prova tangibile, palpabile della vicinanza, della comunicazione: si ha la sensazione di essere vivi, di essere desiderati”.*

Tabella 1 - Il Tocco Armonico®

Si tratta di un tocco dolce, sensibile, lento e molto riequilibrante, espressione di un'attività manuale attenta al benessere olistico della persona il cui ideatore è un Infermiere di nome Enzo D'Antoni. Produce, in chi lo riceve, un profondo rilassamento con immediati benefici a livello psichico, fisico ed emozionale. Favorisce un sentire intelligente dove la percezione dell'altro è emotivamente densa ed empatica divenendo uno strumento utile a favorire la relazione d'aiuto: trasmette fiducia, calma, migliora la capacità di adattamento del paziente al distress psico-fisico, favorisce il controllo di alcuni sintomi dolorosi e fastidiosi e promuove l'autoaccettazione. Il Tocco Armonico® è una tecnica di massaggio basata sulla consapevolezza e la capacità di dirigere le energie vitali della persona ricevente: i movimenti della mano esplorano e seguono quelli che nel Tocco Armonico® si chiamano Percorsi energetici, ossia "sentieri sensoriali" che il corpo del ricevente esprime al massaggiatore affinché li esplori e li percorra per creare cambiamenti benefici alla salute della persona stessa. Inoltre, a differenza di altre tecniche di massaggio, dopo una seduta di Tocco Armonico®, l'operatore non si ritrova esausto, ma con uno stato energetico riequilibrato.

BIBLIOGRAFIA

- Benedetti F (2012). *Il cervello del paziente, le neuroscienze della relazione medico paziente*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Bottaccioli F (2005). *Psiconeuroendocrinoimmunologia*. Edizioni Red, Milano.
- Gerard L (2001). *Trattato delle carezze*. Edizioni Red, Milano.
- Huber D, Veinante P and Stoop R. (2005). *Vasopressin and oxytocin excite distinct neuronal populations in the central amygdala*. Science, 308, 245-248.
- Mele S (2010). *La relazione mente-corpo. Embodiment, mindfulness, neurofenomenologia*.
- Bonica J, Urli N (2004). *L'ambiguità del corpo nelle cure infermieristiche. Uno sguardo antropologico sul rapporto tra nursing e corporeità*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Uvnas-Meoberg K (2003). *The oxytocin factor: tapping the hormone of the calm, love and healing*. Capo Press, Cambridge.
- Zannini L (2004). *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Edizioni Franco Angeli, Milano.

Sitografia

- <http://www.toccoarmonico.it>.
- <http://www.humanamedicina.eu>.



ESPERIENZE

Nursing activities score (nas) neonatale strumento di rilevazione dell'attività infermieristica in terapia intensiva neonatale: l'esperienza dell'Ospedale Valduce di Como

di Laura Asnaghi (1), Mariacristina Corradini (2)

(1) Coordinatore, Ospedale Valduce Como

(2) Dirigente Sitra, Ospedale Valduce Como

Corrispondenza: laura.asnaghi@valduce.it

Premessa

Da alcuni anni a questa parte si è determinata la necessità di dotarsi di nuovi strumenti organizzativi finalizzati alla razionale allocazione delle risorse complessivamente intese, con particolare riguardo a quelle umane. Tuttavia, questa esigenza, può essere soddisfatta solo a condizione che si proceda alla ridefinizione dei modelli gestionali attualmente in uso.

Parlare oggi di organizzazione infermieristica e della gestione delle risorse umane anche in termini numerici è equivalente a parlare di qualità, di motivazione, d'indicatori e standard assistenziali.

Il concetto di "Clinical governance" introdotto nel 1983 dall'Oms per includere i molteplici aspetti della qualità nelle organizzazioni sanitarie, già sottendeva il fatto che tutti gli strumenti del governo clinico-assistenziale non devono essere utilizzati in maniera sporadica e/o finalistica, ma devono essere integrati in tutti i processi di governo aziendale quali quelli strutturali-organizzativi, finanziari e professionali. Nello specifico, l'attività di staffing management è indirizzata alla definizione delle strategie appropriate di gestione per valorizzare le risorse umane, in relazione alle attitudini, conoscenze e competenze di ogni singolo professionista.

Nella logica del "governo clinico" sono sempre più necessari, anche nel campo dell'assistenza infermieristica, indicatori basati su criteri oggettivi, riproducibili e verificabili. Il loro impiego permette di misurare la complessità assistenziale, concetto multidimensionale che comprende la classificazione dello stato di criticità del malato, la definizione delle attività di assistenza infermieristica e la valutazione delle competenze necessarie (Santullo, 2004).

In ambito intensivo neonatale, non è disponibile nella letteratura nazionale e internazionale uno strumento validato e applicabile per definire il carico di lavoro, la complessità assistenziale e il fabbisogno di personale infermieristico.

La nostra esperienza

La necessità di definire nuovi strumenti organizzativi, rivedere i modelli gestionali e l'assenza di uno strumento utilizzabile in terapia intensiva neonatale sono state le ragioni che ci hanno portato a sperimentare uno strumento per la rilevazione del carico assistenziale utilizzabile nella Tin del nostro ospedale come parametro di definizione dello staff infermieristico.

Abbiamo perciò rivisto il Nursing activities score (Nas), ritenuto lo strumento più esaustivo e molto utilizzato, adattandolo al nostro contesto.

La versione adattata, Nas neonatale, è una sintesi numerica ottenuta da 23 items ed elaborata dopo uno studio retrospettivo che abbiamo condotto nel secondo semestre 2009 in cui abbiamo analizzato tutte le cartelle dei neonati ricoverati nella Tin del nostro ospedale. Nello specifico abbiamo focalizzato l'attenzione sulle attività di cura e conseguentemente sulle attività di assistenza infermieristica correlate.

Successivamente, dal 1° aprile al 30 settembre 2011, abbiamo sperimentato lo strumento: abbiamo effettuato una rilevazione giornaliera del Nas neonatale dei neonati degenti in Tin per ottenere un valore medio mensile che abbiamo sistematicamente comparato con il punteggio Acuity score impiegato nel progetto Sonar.

In sei mesi sono state raccolte 980 schede il cui valore medio di Nas neonatale mensile è stato pari a 39,3 la cui correlazione lineare inversa con Acuity score è risultata di R2: 0,68. Il dato ottenuto ha fatto corrispondere la definizione del bisogno di presenze infermieristiche da 0,9 a 3,5 per turno.

Alla luce dei risultati semestrali abbiamo proseguito la rilevazione fino al 31 marzo 2012 per avere un dato annuo (**Tabella 1**) e dei dati meno influenzati dagli andamenti temporali del breve periodo.

Tabella 1 - I dati della rilevazione				
PERIODO	NUMERO SCHEDE	MEDIA NAS-N	TASSO OCCUPAZIONE	MEDIA NUMERO INFERMIERI/TURNO
Aprile-Settembre 2011	980	39,33	53,32	2,1
Settembre 2011-Marzo 2012	1687	41,33	46,05	1,90

La rilevazione del punteggio annuo del Nas neonatale rapportato alla percentuale d'occupazione ha confermato come l'organico infermieristico della Tin dell'Ospedale Valduce composta da 13 infermiere di cui 2 P.T. al 50% e 1 P.T. al 75% suddiviso in due presenze nei 3 turni delle 24 ore, soddisfa la necessità assistenziale rilevata dal punteggio Nas neonatale che prevede la presenza di 2 infermieri per turno.

Conclusioni

Lo strumento Nas neonatale, oltre a consentirci di disporre di dati relativi al carico di lavoro, ci ha permesso di fare alcune considerazioni circa il suo utilizzo. La prima, la sperimentazione è stata possibile solo grazie alla sensibilità di tutto il personale infermieristico della Tin che ha intuito l'importanza e l'opportunità del documentare l'attività assistenziale.

La seconda, lo strumento che si presenta molto articolato è stato di facile utilizzo grazie ad un'uniforme formazione fornita al team.

Lo strumento ha, però il limite di essere specifico per l'applicazione nella Tin del nostro ospedale con le attuali caratteristiche assistenziali; eventuali cambiamenti tipologici della popolazione oggetto d'indagine o delle patologie d'accesso renderebbero inadeguato anche per il contesto in cui è stato adattato.

BIBLIOGRAFIA

- Corchia C, Orlando S M. *Complessità assistenziale ed organizzazione*, Atti XIV Congresso nazionale Società italiana di neonatologia. Torino 13-16 maggio 2008.
- Crotti E. *È possibile misurare il nursing?*, *lo infermiere*. Ottobre-Dicembre 2009: 36-37.
- De Feo N. *Rilevazione dei carichi di lavoro in Icu*. Atti del 10° annual meeting Tccg, Siena 5/10/2007.
- D'Innocenzo M. *Il fabbisogno infermieristico nei servizi sanitari: dalle indicazioni normative alle definizioni aziendali*. I Quaderni - Supplemento de L'Infermiere. Novembre-Dicembre 2003: 14-21.
- Fagerstrom L. *Professional assessment of optimal nursing care intensity level: a new method of assessing personnel resources for nursing care*. *Journal of clinical nursing*, published online. Dicembre 2001 volume 8 Issue 4: 369-379.
- Goncalves et al. *Nursing activities score (Nas): a proposal for practical application in intensive care units*. *Intensive and critical care nursing*. 2007 volume 23:355-361-
- Grillo Padilha K, Cardoso de Sousa R M, Ferreira Queijo A, Mendes A M, Dinis R M. *Nursing activities score in the intensive care unit: analysis of the related factors*. *Intensive and critical care nursing*. 2008 N. 24: 197-204.
- Lucchini A et al. *Utilizzo dei sistemi di rilevazione Nems (Nine equivalent of manpower score) e Nas (Nursing activities score) per determinare il fabbisogno infermieristico in una terapia intensiva polivalente*. *Assistenza infermieristica e ricerca*. 2008, 27,1: 18-26.
- Pelizzari M. *Indicatori e standard per definire il fabbisogno infermieristico nei servizi ospedalieri e territoriali*. I Quaderni - Supplemento de L'Infermiere. Novembre-Dicembre.
- Santullo A. *L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali*. Mc Graw Hill, Novembre 2004.

SCAFFALE

Ti ricordi la casa rossa? Lettera a mia madre

Giulio Scarpati
Mondadori, Milano, 2014
pagine 140, euro 16,00



“Mi fissi e mi attraversi con lo sguardo. Vedi altro. Vedi altri, di altri, di altri tempi. Sono i volti che hai incontrato quando eri piccola, nitidi e vivissimi. Sono tornate alla tua memoria le persone di cui ci hai sempre raccontato trasformandole nei personaggi di un romanzo storico familiare e sono tornati anche i dimenticati, i rimossi, i marginali, che hanno scacciato con prepotenza i tuoi affetti più recenti, i più cari. Ingiusto, ma è questo. In questa tua stanza affollata di ricordi antichi riconosci loro e non noi. Sei nel nostro spazio ma sospesa in un tempo tutto tuo” (pagina 9).

Sono queste le parole di un figlio per descrivere sua madre, che il morbo di Alzheimer ha trasformato in una persona che stenta a riconoscere i suoi cari, così come i congiunti stentano a riconoscerla: il grande potere di questa malattia, infatti, è quello di lasciare in un corpo riconoscibile una persona piano piano diventata un'altra. Il grande pregio di questo libro, il motivo per cui leggerlo, è il fatto che la demenza e la perdita

di se stesso sono raccontate abbandonando il linguaggio clinico, i sintomi e le terapie più accreditate, per scaraventarci nella vita di tutti i giorni di una signora e della sua famiglia, tutti ugualmente colpiti da questa malattia che ha cambiato la loro vita. In questo caso parlare di medicina narrativa fa perdere una parte importante di questa esperienza, che vuole superare le classificazioni e farsi, appunto esperienza di vita, riattribuzione di significato alla propria e altrui vita.

Si deve prepararsi, con questo libro, a tuffarsi nel mondo dell'Alzheimer, malattia sconosciuta fino a pochi decenni fa e oggi repentinamente salita nelle classifiche: per quali cause? Impossibile dirlo ancora, forse per l'invecchiare stesso delle persone, che hanno acquistato giorni di vita ma non sempre qualità di vita in questi giorni strappati al tempo. Afferma Scarpati stesso che “c'è chi si rifiuta di definire l'Alzheimer una vera e propria malattia”: è vero, il processo degenerativo che la caratterizza la fa scambiare con una vecchiaia che inizia a far calare il sipario della vita sulla persona anziana, diminuendola pian piano nelle sue capacità più quotidiane, fino alla perdita di consapevolezza di sé. Una malattia, dice Scarpati stesso, che “sfinisce psicologicamente chi la vive, malato e dintorni. I malati siamo noi. Noi che assistiamo a questa agonia. Viviamo una parentesi che gli altri non possono capire” (pagina 131). Quindi una patologia familiare, più che individuale, come molte delle malattie dei nostri tempi.

Prendendo questo libro in mano si deve prepararsi a un viaggio nel mondo della malattia che trasforma, che obbliga a perdite importanti, verso la quale un figlio escogita una terapia familiare: avvolgere la madre in un lungo racconto, senza rispetto dell'ordine degli eventi, senza la necessità di un inizio e di una fine, piuttosto con l'idea di raccontare per non dimenticare chi è sua madre e nel contempo favorire, seppur non potendo garantire, la permanenza dei ricordi, della storia personale in una madre smemorata.

Si ritrovano certo tutti i tratti particolari della malattia: l'aggressività senza giustificazione (pagina 38), oppure l'affiorare delle manie (pagina 88), la perdita di memoria (pagina 90), il cambio di significato alle parole (pagina 90), nonché l'inversione dei ruoli nella famiglia (pagina 92). Tra questi ultimi, è da sottolineare l'efficacia quasi teatrale con cui Scarpati descrive i nuovi modi di essere assieme di due anziani, come il padre e la madre, colpiti entrambi, per così dire, dagli effetti dell'Alzheimer: "Ogni tanto lo metto seduto qui accanto a te e vi tenete la mano, papà sulla poltrona regolabile e tu sull'odiosa carrozzella. A volte sei tu che lo cerchi, sollevi il braccio, provi a stringere qualcosa e io capisco che vuoi il suo contatto. È l'unico gesto di scambio tra di voi. Lui con una mano tiene te, con l'altra un libro. È muto, legge. Se io scelgo di riempirti di parole, lui non ne dice nemmeno una. Sta qui ma con la mente viaggia da un'altra parte. Non vuole vedere, non vuole capire. È il suo modo per sopportare. Non so cosa vi siete detti, se vi siete parlati e già lasciati, non ho mai osato entrare nella vostra intimità. So solo che, osservata da fuori, questa scena sembra un controsenso. Lui sta qui ma la sua mente è altrove, tu stai altrove quanto vorresti essere ancora qui. O forse vi siete dati appuntamento in un luogo che nessuno di noi conosce" (pagina 39).

Un libro da leggere e suggerire a professionisti e familiari, senza distinzioni.

Laura D'Addio

SCAFFALE

L'insalata sotto il cuscino. Storie di disordini e di adolescenti

Stefano Vicari
TEA, 2013
pagine 201, euro 12,00



Quante volte abbiamo osservato i nostri figli, nel loro crescere quotidiano e pensato se quel che facevano fosse la cosa giusta, se fosse un comportamento adeguato. Quante volte queste domande si fanno più forti quando i loro comportamenti diventano un po' "estremi", un po' "fuori dalla righe" e ci siamo risposti, specie nelle fasi cruciali della vita come l'adolescenza, che in fondo "fanno parte della crescita" e che "passeranno". Il libro sui disturbi dell'adolescenza, che in forma sapiente di racconti ci propone Stefano Vicari, responsabile dell'Unità operativa di Neuropsichiatria all'Ospedale Bambino Gesù, è un monito per tutti.

È un avvertimento competente per i genitori, ma anche per gli operatori sanitari chi si occupano di bambini e di ragazzi, a non sottovalutare i segnali che i giovani ci mandano. A volte possono essere i primi segnali di una reale sofferenza interiore, ma anche motivo di contrasto e sofferenza per i genitori come persone e come coppia come conseguenza dei

comportamenti degli adolescenti.

Effettivamente le sette storie raccontate, direttamente dai genitori o dal medico o dai ragazzi, potrebbero sembrare, soprattutto nella fase di esordio, storie ordinarie. In realtà, con il perdurare dei comportamenti alterati, assumono lentamente le caratteristiche di veri e propri quadri patologici.

E allora in qualche modo questo libro è anche un grido, di chi ha la consapevolezza dell'importanza di dare un significato precoce a questi strani quadri comportamentali e della necessità di intervenire con i diversi strumenti che la scienza medica, psicologica e sociale ci mettono a disposizione.

Vicari esplicita attraverso i racconti come l'intervento debba essere innanzitutto umano, caratterizzato da un'accoglienza comunicativa schietta e trasparente prima verso i ragazzi e poi verso i genitori. Nel farlo non trascurava l'aspetto strutturale e organizzativo sottolineando in più passaggi del testo una carenza strutturale dei servizi. Questo, in particolare, nelle aree più periferiche, che non sono sempre in grado di dare risposte adeguate in termine di riconoscimento dei disordini, gestione delle fasi più acute, presa in carico nel tempo.

Alcuni passaggi assumono un significato particolare poiché sottolineano alcuni aspetti rilevanti per i professionisti sanitari e, nello specifico, anche per gli infermieri:

- l'importanza della condivisione con altri, genitori o ragazzi, che vivono la stessa condizione di disagio. È nella storia raccontata dal genitore di un bambino autistico, malattia che in fondo ingabbia tutta la famiglia, “una colpa da espiare in solitudine” (pagina 33), che emerge come sia fonte di supporto, confronto e speranza nonostante tutto, il contatto e la partecipazione all'associazione delle famiglie con lo stesso problema;
- la crucialità di un'accurata anamnesi e la capacità di favorire il racconto e il raccontarsi della famiglia e del ragazzo, perché a volte questo può veramente permettere un inquadramento diagnostico precoce e preciso. Ciò non è scontato perché va a rimestare in antiche ferite delle famiglie o nelle proprie debolezze faticosamente occultate, delle quali si fatica a parlarne, come descritto nella storia di Anna e della sua depressione;
- la consapevolezza di come il percorso di cura vada condiviso innanzitutto con il ragazzo/a e di come la sua progressiva responsabilizzazione e presa di controllo sulla malattia sia la chiave per il contenimento del disagio nel tempo. Ce lo dice Paolo, quando si conclude la sua storia “Caro dottore, la mia vita dipende solo in parte da quella pasticca. Tutto il resto ce lo metto io ogni mattina quando mi alzo e vado incontro al mio giorno” (pagina 121);
- la centralità della posizione degli infermieri in quella relazione quotidiana, nelle piccole cose della vita e dell'accudimento, che va al di là delle sedute terapeutiche canoniche, ma che può fare la differenza nella presa in carico. Sono tanti gli episodi nelle storie dalle quali emerge questo aspetto: dall'infermiere che si accorge tempestivamente che il paziente sta scappando, o da quello che riesce a fare una passeggiata con un ragazzo riuscendo a “tranquillizzarlo almeno un po'” (pagina 133), a quello che accompagna e aiuta Marta, la giovane anoressica, nel pasto.

In conclusione, questo libro ci offre lo spaccato di una realtà poco nota, ma più frequente di quanto si possa pensare e le cui conseguenze se non adeguatamente affrontate sono relevantissime. Viene sottolineato come la presa in carico a lungo termine coinvolga interventi di carattere terapeutico, psicologico e sociale. In questo contesto probabilmente gli infermieri offrono già, ma forse possono migliorare, le loro competenze, non solo in termini di contenimento fisico (a volte necessario), ma anche e soprattutto di capacità relazionale e di supporto nel vivere quotidiano.

A cura della Redazione

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

Ciro Carbone, Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Gennaro Rocco, Annalisa Silvestro, Maria Adele Schirru, Franco Vallicella

Redazione

Monica Casati, Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Immacolata Dall'Oglio, Pietro Dri, Annamaria Ferraresi, Ennio Fortunato, Silvestro Giannantonio, Rita Maricchio, Michele Musso, Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

EDS - Ennio De Santis

EDS - Vladislav Popov

Editore

Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi
Via Agostino Depretis, 70 – 00184 Roma
tel. 06 46200101 fax 06 46200131

Internet

www.ipasvi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

del Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'Editore

Indicizzata su **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in **Ebscohost**

Le norme editoriali sono pubblicati sul sito www.ipasvi.it, nella sezione "Ecm".
Si invitano gli autori a rispettare le norme editoriali nella stesura dei contributi e degli articoli da sottoporre alla prevista valutazione del Comitato di redazione.
I lavori vanno inviati a: federazione@ipasvi.legalmail.it