

# Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 71, Dicembre 2016

www.ipasvibs.it

## 1 EDITORIALE

La sanità riparte dall'assistenza  
**di Stefano Bazzana**

## 3 OSSERVATORIO

Royal College of Nursing of the United Kingdom (RCN): suggestioni e note di un breve e intenso meeting  
**di Milena Casagrande, Stefania Cafè, Elzita Porto, Anna Castaldo**

L'importanza della formazione nella professione infermieristica: una giornata da Royal Nurse all'University College London Hospitals  
**di Daiana Campani, Lucia Scirpa, Giusi Spagnuolo**

Il ruolo infermieristico in un grande 'trust' ospedaliero a Londra  
Visita al Royal Free Hospital del gruppo Ipasvi di Milano  
**di Lucia Giglio e Paola Gobbi**

Anche IPASVI Brescia alla Conferenza per i 100 anni del RCN  
Un sogno realizzato  
**di Elisa Pasinetti**

Da due anni nella capitale del nursing:  
tutti i gradini verso la specializzazione infermieristica  
**di Chiara Vischioni**

## 20 FOCUS

Abstract delle tesi aa 2015-16:  
Università Cattolica-Poliambulanza, Università degli Studi di Brescia  
(Corso di Laurea in Infermieristica, Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria e Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche)

## 50 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Il Tar Lazio respinge il ricorso dell'Ordine dei medici e approva il See & Treat

## 52 FUORI FOCUS

La tecnologia a supporto della relazione assistenziale infermieristica  
**di Daniela Vezzoli, Stefano Bonometti, Danila Maculotti**

## 57 NONSOLOLIBRI

Una storia sbagliata  
**a cura di Stefano Bazzana**

## 58 SUL PROSSIMO NUMERO

Formazione sul campo

Organo di stampa del Collegio IP.AS.VI. della Provincia di Brescia

Le immagini pubblicate in questo numero sono tratte dall'archivio fotografico del Collegio.

# Sommario



## EDITORIALE

La sanità riparte dall'assistenza  
di Stefano Bazzana ..... Pag. 1



## OSSERVATORIO

Royal College of Nursing of the United Kingdom (RCN):  
suggerimenti e note di un breve e intenso meeting  
di Milena Casagrande, Stefania Cafè, Elzita Porto,  
Anna Castaldo..... Pag. 3

L'importanza della formazione nella professione  
infermieristica: una giornata da Royal Nurse  
all'University College London Hospitals  
di Daiana Campani, Lucia Scirpa,  
Giusi Spagnuolo..... Pag. 8

Il ruolo infermieristico in un grande 'trust' ospedaliero  
a Londra. Visita al Royal Free Hospital del gruppo  
IPASVI di Milano  
di Lucia Giglio e Paola Gobbi..... Pag. 12

Anche IPASVI Brescia alla Conferenza per i 100 anni  
del RCN  
Un sogno realizzato  
di Elisa Pasinetti..... Pag. 15

Da due anni nella capitale del nursing:  
tutti i gradini verso la specializzazione infermieristica  
di Chiara Vischioni..... Pag. 16



## FOCUS

Abstract delle tesi aa 2015-16: Università Cattolica-  
Poliambulanza, Università degli Studi di Brescia  
(Corso di Laurea in Infermieristica, Corso di Laurea  
in Assistenza Sanitaria e Corso di Laurea Magistrale  
in Scienze Infermieristiche)..... Pag. 20



## COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Il Tar Lazio respinge il ricorso dell'Ordine dei medici  
e approva il See & Treat ..... Pag. 50



## FUORI FOCUS

La tecnologia a supporto della relazione assistenziale  
infermieristica  
di Daniela Vezzoli, Stefano Bonometti,  
Danila Maculotti ..... Pag. 52



## NonSoloLibri

Una storia sbagliata  
a cura di Stefano Bazzana..... Pag. 57

## Tempo di Nursing

## SUL PROSSIMO NUMERO

Formazione sul campo ..... Pag. 58



**IPASVI**  
Brescia



## La sanità riparte dall'assistenza

di Stefano Bazzana\*



**A** fine settembre ho avuto modo di incontrare il coordinatore del tavolo tecnico sulle competenze insediato presso il ministero della salute, Dr. Zega, che in quei giorni aveva appena consegnato il documento di sintesi dei lavori, ora all'attenzione della Conferenza Stato Regioni. Nel documento licenziato la presa in carico degli assistiti, territoriale e ospedaliera prevede un modello che si caratterizza per la capacità, da parte di tutti gli attori, di porre finalmente la persona al centro del percorso di cura, puntando all'integrazione dei saperi ed alla personalizzazione dell'assistenza.

Il Collegio Ipasvi di Brescia è cofondatore di una nuova Associazione che ha proprio questo obiettivo concreto e si chiamerà "dall'altra parte: medici, infermieri, operatori sanitari e pazienti insieme".

Per i professionisti infermieri sono quattro i nuovi ambiti in questo modello che prevede percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio e viceversa: l'infermieristica di famiglia-comuni-

tà, l'assistenza infermieristica domiciliare, l'assistenza infermieristica ambulatoriale e gli ospedali di comunità (es. POT).

Tenendo conto di come si modifica la domanda (pazienti sempre più anziani, pluripatologici, fragili) va riorientata l'intera offerta assistenziale che, da un lato promuova efficaci strategie preventive superando la cosiddetta "medicina d'attesa" e, dall'altro, garantisca realmente la continuità assistenziale. In tal senso anche nell'incontro con l'assessore regionale al Welfare abbiamo ricordato il recente Piano nazionale per la cronicità, in cui gli infermieri sono indicati come quei professionisti in grado di conseguire buoni risultati nell'esercizio della funzione di "care management", quindi nella gestione della continuità ospedale-territorio e del lavoro in rete.

Nel corso di tutto il 2016 il nostro Collegio è stato impegnato su questi temi nei diversi gruppi di lavoro condotti dai Collegi Lombardi con il supporto metodologico della SDA Bocconi di Milano. Abbiamo investito molte energie, sia in termini di risorse umane sia economiche, nella

progettazione e sperimentazione di alcune proposte (vicine alla nostra professione) contenute nella Legge 23/2015. Nei principi e nelle intenzioni, la riforma del Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per la volontà e l'ambizione di cambiare profondamente il sistema di erogazione dei servizi. A partire dal passaggio "dalla cura al prendersi cura" che coinvolge pienamente la professione infermieristica. Attualmente lavorano quattro gruppi paralleli, che rispetto allo startup di inizio 2016 si sono parzialmente modificati e sono evoluti nelle seguenti 4 aree: Infermiere di Famiglia, PreSST, POT e Portale dell'emergenza. Alcuni documenti, emersi ad esempio dal primo gruppo di lavoro, sono stati alla base delle riflessioni fatte con i principali responsabili della Sanità lombarda e contribuiranno alla definizione dei prossimi decreti regionali.

Speravo inoltre, come più volte annunciato dalla Federazione e dalla senatrice Silvestro, di poter chiudere questo editoriale (e l'anno 2016) con la notizia dei nuovi Ordini. È stato approvato a

giugno in Senato il Ddl 1324 dopo che era stato bloccato per quindici mesi in Commissione Bilancio e sono stati approvati alcuni emendamenti che richiamano la trasparenza e rendono obbligatorio il parere sull'esame di abilitazione. Ora il testo è all'esame della Camera che avrebbe dovuto a breve apportare le integrazioni. Comunque, vista anche l'instabilità politica, speriamo che il disegno di legge vada in porto e che si costituisca così l'Ordine degli infermieri in cui avremo due Albi: Albo degli infermieri e Albo degli infermieri pediatrici.

Termino allora con una buona notizia per la professione: il TAR del Lazio ha respinto il ricorso dell'Ordine dei medici di Roma contro il See&treat infermieristico affermando che non solo è lecito, ma serve a migliorare il servizio, accorciare le liste di attesa e soddisfare con più efficienza i bisogni dei cittadini. All'interno della rivista il testo integrale della sentenza con il commento.

\* *Presidente del Collegio IPAS.VI. di Brescia*



## ROYAL COLLEGE OF NURSING OF THE UNITED KINGDOM (RCN): suggerimenti e note di un breve e intenso meeting



Royal College of Nursing

### Introduzione di Stefano Bazzana

Nonostante la Brexit, verrebbe da dire, sono molti i nostri colleghi attratti dal Regno Unito e in particolare dalla capitale inglese. Non solo perché il nostro Servizio Sanitario è figlio del NHS, ma soprattutto per le possibilità di carriera in Italia impensabili, per gli stipendi niente male e perché a Londra e dintorni gli ospedali vogliono tornare a livelli di organico precedenti ai tagli del 2010-2011. Ecco, la cosa che più mi ha colpito, ascoltando i responsabili del Royal College è che i nostri colleghi inglesi, dopo i tagli voluti dal governo conservatore appena insediato, hanno avviato un'inchiesta legale che ha provato, anche sulla base dei dati scientifici raccolti, che l'aumento di morti negli ospedali era direttamente correlato alla mancanza di infermieri. Così il governo nel 2013 ha dovuto

fare marcia indietro autorizzando un piano straordinario di assunzioni (che come vedremo, continua tutt'oggi). Ecco spiegato perché in UK migra il maggior numero di infermieri italiani, circa 2000 nel 2015, anche attratti da buoni stipendi. Sempre da commisurare, tuttavia, con un costo della vita piuttosto elevato.

Li abbiamo incontrati, i nostri iscritti neolaureati e ci siamo fatti raccontare le loro esperienze, tra una visita al museo e una serata tipica in un pub londinese. Sempre importante raccogliere le storie degli infermieri e, laddove possibile, pubblicarle. Ma la "delegazione Ipasvi" ha vissuto anche varie esperienze di incontro/confronto con i colleghi d'oltre Manica, oggi sempre meno inglesi, sempre meno royal, tuttavia sempre più consapevoli e convinti del proprio ruolo.

Anche il sottoscritto, con un gruppetto di colleghi bresciani, ha vissuto questi cinque giorni

da royal nurse, insieme a venticinque infermieri “reali”, in visita a strutture altrettanto reali come il Royal Free Hospital e il Royal College of Nursing, a ricordo di una monarchia (la più antica, la più democratica) anche se dal piglio demodé. Nelle pagine seguenti potrete dunque leggere le esperienze e le relazioni delle visite scientifiche, che immediatamente alcuni partecipanti al viaggio, si sono resi disponibili a trasformare in articoli per le riviste dei Collegi (e colgo l’occasione per ringraziarli di cuore).

Cosa portiamo a casa da questo viaggio-studio? Tre messaggi chiave, direi:

*maggiore consapevolezza*, in particolare del fatto che la barca della professione è più o meno la stessa ovunque. Che i tasti dolenti dei due sistemi sanitari sono affini, e che forse vale la pena sperimentare soluzioni nuove anche qui da noi, con la certezza che l’infermiere di famiglia può davvero fare la differenza, e che il nostro sistema non è messo poi così male.

*Un forte cambiamento*, perché dal prossimo

**L**a professione infermieristica allarga i suoi orizzonti, è il caso di dire, rinnovandosi continuamente alla ricerca di stimoli, motivazioni, accrescimento: nella realtà quotidiana talvolta l’infermiere, neolaureato o veterano sente la necessità di “ossigenazione professionale”, di conoscere, riflettere e confrontarsi con chi nel mondo ha scelto la sua stessa strada. Le opportunità non mancano: basta informarsi e saperle cogliere. È quanto successo ad un gruppo di infermieri, molti dei quali sconosciuti fra loro, che hanno partecipato al viaggio studio a Londra (UK) “Cinque giorni da Royal Nurse” con proposte di visite scientifiche altamente formative.

La Commissione Scambi Internazionali del Collegio IPASVI di Milano, Lodi, Monza Brianza, sotto l’egida del Consiglio Direttivo, ha promosso e organizzato un viaggio studio a Londra, capitale del Regno Unito e di multiculturalità. Il viaggio, effettuato nel mese di novembre 2016, è coinciso con la celebrazione di un momento storico importante per la professione infermieristica britannica: cento anni fa nasceva infatti la prestigiosa associazione

anno, grazie a una legge di stampo conservatore, diventare infermiere in Inghilterra costerà in termini di studio non più zero sterline, ma ben cinquantunomila, con annessi e connessi: chi studierà più in UK? Quanti arriveranno formati a costi contenuti dall’estero? Che ne sarà della professione? Varrà la pena istituire nuove figure intermedie che si formino a costi minori? E quale sarà l’impatto, se ci sarà, della Brexit? Una delle responsabili del RNC, esperta di relazioni internazionali, ci ha confessato di essere preoccupata: che ne sarà di tutto il lavoro svolto in questi anni a Bruxelles?

*E infine partecipazione*. Infermieri sul pezzo, verrebbe da dire. Infermieri nella comunicazione e nella politica, al vertice delle organizzazioni, in un percorso di carriera chiaro e possibile; infermieri riconosciuti e ricercati, per le loro competenze, per la loro professionalità e, soprattutto, per la loro motivazione. Ed è proprio così che vogliamo vivere la professione anche in Italia.

*Royal College of Nursing (RCN)*. Tra le visite scientifiche proposte nel viaggio-studio vi era appunto la visita dell’RCN, svoltasi il 21 novembre 2016. Arrivati nella maestosa sede londinese in Cavendish Square, uno sguardo attento ci fa scorgere che all’ingresso sventola “orgogliosamente” la bandiera del centenario. Numerosi clicks per immortalarci all’ingresso dell’edificio.

Come si conviene, ci accolgono i receptionist e dopo brevi istruzioni veniamo dirottati in una meeting room.

*Benvenuti* è la parola che troviamo impresso sulla prima slide, accompagnato dal logo del centenario del RCN. Non potevamo essere accolti in modo migliore di questo. L’ambiente è gradevole, con i tavoli imbanditi di gadget, di biscotti, the e caffè, con la supertecnologica lavagna interattiva multimediale.

Siamo accolti da Christian Beaumont. Presso l’RCN è *Assistant International Adviser*, gestisce le visite internazionali, assicurandosi che vengano diffuse tutte le questioni rilevanti e di interesse comune (2); è responsabile dell’identificazione e della valutazione di modelli di *best nursing practice* degli altri Paesi.

A **Christian** si aggiungono poi altri tre collaboratori dell’RCN che hanno presentato lo

stato dell'arte della professione infermieristica nel Regno Unito:

- Susan Williams - *Senior International Adviser RCN*;
- Claire Helm - *Assistant Policy Adviser RCN*;
- Wendy Preston - *Head of Nursing Practice at RCN and Nurse Specialist/Consultant*.

Il *meeting* prevedeva la presentazione dell'Associazione, il confronto in merito alla situazione forza lavoro nei due Paesi, l'impatto della *Brexit* che sta avendo o potrà avere sulle dinamiche lavorative infermieristiche inglesi, le strategie adottate da RCN alla luce di tali evoluzioni, le priorità e i punti di forza, l'ipotesi di collaborazione tra IPASVI-RCN-NMC.

Nella prima relazione di **Susan Williams** acquisiamo alcuni elementi per conoscere le funzioni dell'RCN.

Tale associazione, fondata nel 1916, è anche il più grande sindacato certificato del Regno Unito; rappresenta oltre 435.000 iscritti tra infermieri, studenti, ostetriche e operatori socio sanitari, che volontariamente vi aderiscono, con una quota associativa annuale variabile in base alla qualifica e al profilo parziale o integrale dei servizi che si vuole usufruire (dalle 10 sterline per gli studenti alle 196 sterline per l'offerta full (1)). Le politiche professionali sono promosse da un consiglio direttivo e da un presidente eletto, in carica per 8 anni; la gestione delle attività ordinarie è affidata ad un gruppo permanente di circa 900 collaboratori. RCN tutela gli interessi degli infermieri che lavorano in aziende pubbliche, private o in regime di volontariato. Offre supporto e benefit a infermieri e studenti con gli obiettivi di migliorarne la qualità, promuoverne l'eccellenza nella pratica clinica, valutare e rivalutare in itinere il professionista sanitario, garantire il controllo dell'integrazione tra infermieri provenienti da ogni parte del mondo, incrementare lo sviluppo delle politiche sanitarie. In accordo con l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) si impegna a promuovere il lavoro femminile e quindi il raggiungimento delle pari opportunità e l'equità di genere. RCN collabora con diverse istituzioni professionali e sanitarie, quali:

- il Nursing and Midwifery Council (NMC), albo professionale per infermieri e ostetriche in Inghilterra;
- l'International Council of Nurses (ICN);

- alcuni settori del *National Health Service* (NHS), il sistema sanitario nazionale del Regno Unito.

A seguire, **Susan Williams** ci presenta il quadro degli infermieri stranieri (europeo ed extraeuropeo) nel Regno Unito nell'ultimo decennio fino al 2016. Specifica che a fronte di una grave carenza di infermieri autoctoni, è prevalentemente in Inghilterra che si sta assistendo ad una campagna di reclutamento di infermieri stranieri, mentre le altre regioni non sembrano essere interessate da tale fenomeno. Attraverso alcuni grafici estremamente esplicativi, osserviamo che negli anni 2005-2007 gli infermieri provenivano prevalentemente dai Paesi del Commonwealth (organizzazione internazionale fra Stati che hanno fatto parte in passato dell'Impero britannico), soprattutto dalle Filippine. Invece dal 2010 la situazione comincia a cambiare notevolmente. In primo luogo il trend del reclutamento degli infermieri dei paesi europei ed extraeuropei è in continuo aumento (da quasi 4000 del 2010 si passa a circa 12.000 nel 2015-16). Si assiste ad una vera e propria inversione di rotta che vede gli infermieri stranieri, soprattutto provenienti dai paesi europei, che decidono di lavorare in Inghilterra, di cui la maggioranza nelle strutture pubbliche e private londinesi. Nell'ultimo anno (da metà 2015 a marzo 2016) si è osservato un incremento di infermieri provenienti da Romania, Spagna, Italia e Polonia rispetto all'anno precedente (Fig. n.1).

Il numero degli infermieri italiani registrati a RCN è aumentato da 1500 a oltre 2000 iscritti e tutti hanno libero accesso al servizio di consulenza infermieristica per immigrati. La tendenza a trasferirsi dal proprio Paese per andare a lavorare in UK (e non solo) ha diverse ragioni, fra queste vi è il blocco di assunzioni e di concorsi pubblici, conseguente al taglio delle risorse economiche alla sanità.

**Claire Helm**, che attualmente si occupa dell'analisi e verifica degli adeguati *safe staffing levels*, ha raccontato come spiacevoli episodi accaduti negli anni 2012-2013 nel Nord di Londra abbiano sollecitato una revisione degli standard del personale infermieristico, da cui derivano evidenti miglioramenti di esiti assistenziali. In quegli anni infatti si è assistito a casi (circa 350) di morti sospette, presumibilmente evitabili, in diversi ospedali e distretti londinesi e a casi di malpractice, negligenza e

perdita di empatia nei confronti degli assistiti. Fenomeni esacerbati dalla crisi economica che ha coinvolto anche il sistema sanitario con una brusca riduzione del personale (7 mila unità infermieristica) su tutto il territorio nazionale. Il taglio dei fondi pubblici coincideva con un abbassamento della qualità di assistenza erogata non solo in ambito ospedaliero, ma anche in altri *settings* territoriali e specialistici (community care, mental care...). Le indagini investigative avevano evidenziato un inadeguato numero di personale sanitario tra i fattori principali di tale fallimento. Dal 2013, a fronte dei suddetti eventi, il governo ha imposto un incremento del personale infermieristico per il settore sanitario pubblico e privato.

Attualmente, continua **Claire**, risulta difficile stimare il *gap* infermieristico, poiché per il reclutamento sono intervenute le Agenzie Interinali e il comparto privato ha preso il sopravvento con la conseguenza che il costo per il reclutamento di un infermiere è cresciuto in maniera esponenziale tanto da incidere notevolmente sulle casse del governo. A questo si aggiunge una epocale riforma nell'ambito della formazione infermieristica: dal 2017 infatti l'intero costo per la formazione, incluse le spese di alloggio, pari a circa 51.000 sterline per l'intero triennio, sarà completamente a carico dello studente, senza fondi statali. Una importante novità che avrà un impatto locale ma anche degli effetti su altri paesi europei e non. Ci si aspetta che gli studenti infermieri inglesi verranno a formarsi in Italia o in altri Paesi e che per recuperare i costi della formazione decideranno di andare a lavorare in Australia, Canada, Nuova Zelanda e altri Paesi. Inoltre si assiste in questi anni alla promozione di una nuova figura di supporto infermieristica, *associate nurse*. Si tratta di una figura intermedia tra l'infermiere e il nostro OSS (operatore socio sanitario) con una formazione accademica biennale.

A fronte di tali problematiche e presagendo le modifiche post Brexit e della suddetta riforma formativa, il Royal College of Nursing ha promosso una campagna di rilancio dell'immagine dell'infermiere con il duplice obiettivo di far capire al governo l'importanza di questa figura professionale nel servizio sanitario inglese e di restituire ai cittadini quella sicurezza nei confronti dell'assistenza infermieristica, fatta anche di impegno morale, civile ed umano, at-

traverso una sorta di patto infermiere-cittadino. Un aneddoto raccontato da **Claire** colpisce in merito alla evoluzione della professione infermieristica che ci è stata negli ultimi decenni, evidenziata da un continuo sviluppo delle competenze, della responsabilità e autonomia, e da una crescita professionale riconosciuta dai cittadini. Racconta che durante una visita "domiciliare" un paziente le chiese: *Ma lei è un dottore?* E **Claire** rispose: *Si sono come un dottore con dentro un infermiere.*

In questo momento dunque, prosegue **Wendy Preston**, il fabbisogno infermieristico è subordinato al tema dello *staffing* sostenibile in merito al quale le 4 regioni della Gran Bretagna si stanno comportando in maniera differente. Per esempio nel Galles sono stati stanziati dei finanziamenti pubblici per il reclutamento, mentre a Londra ogni ospedale è autonomo, anche se tiene conto dello standard definito dalle linee guida nazionali. Per contenere i costi inoltre il sistema inglese ha ritenuto di dover focalizzare l'attenzione sulle competenze. Mentre fino ad ora era frequente che un singolo paziente in ambito territoriale ricevesse assistenza da più figure infermieristiche specializzate (gestione del diabete, cateterismo, ecc), ultimamente si sta promuovendo l'autonomia di professionisti con competenze avanzate (come la prescrizione), in grado di occuparsi dei pazienti in modo olistico, a 360° (in condivisione col medico) ovvero un sistema di *practitioners, community nurse e community matron*. "Credentialing" è un sistema che RCN ha promosso e sta testando per mappare le competenze avanzate degli infermieri (3). È stato inoltre lanciato il progetto *Shaping care* per modellare ed adeguare l'assistenza e lo standard di personale all'interno di ogni realtà.

Seguono una serie di domande e di confronti sui livelli salariali, l'accreditamento formativo, le competenze degli infermieri con formazione avanzata e degli operatori di supporto.

**Christian Beaumont** ci illustra brevemente il sistema di accreditamento e formazione continua per gli infermieri (dipendenti): il *Continuing Professional Development* (CPD) è equivalente al nostro sistema di educazione continua in medicina (ECM) e prevede 40 ore obbligatorie di aggiornamento ogni 3 anni. Tutti i datori di lavoro devono provvedere all'aggiornamento dei propri infermieri con corsi gratuiti da svolgersi in modalità FAD e/o lezioni fron-

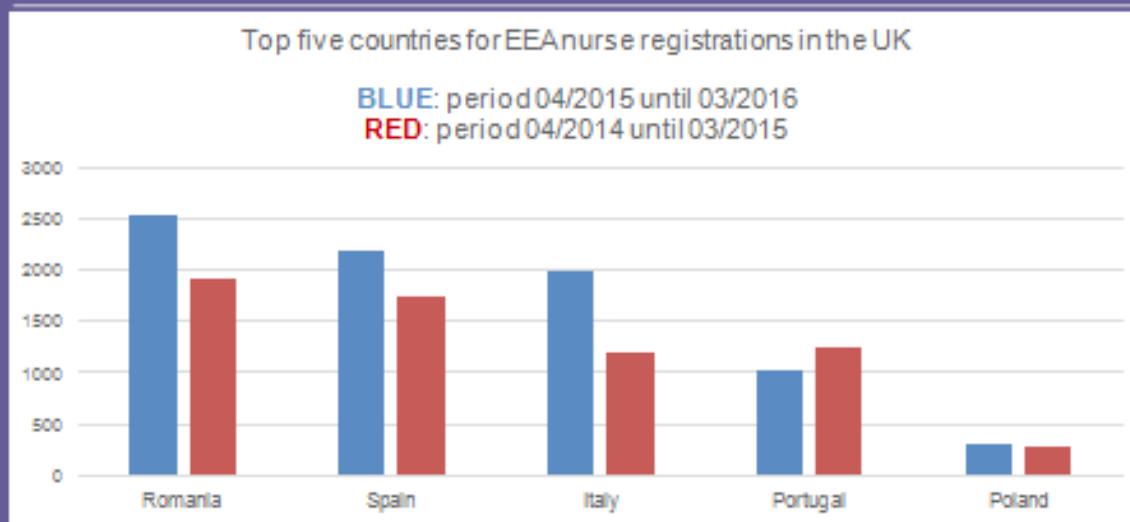


Fig. 1 Reclutamento nel Regno Unito degli infermieri europei

tali e/o corsi pratici. Qualora il datore di lavoro non rispetti l'impegno, il professionista sanitario dovrà provvedere all'aggiornamento e alla registrazione dell'impegno formativo tramite la presentazione del portfolio alla NMC.

In merito ai livelli di competenza, esistono in Inghilterra 5 fasce che identificano la tipologia di infermiere che vanno dall'infermerie generalista (BAND 5 con un salario annuale che varia da 21.000 a 24.000 sterline) al direttore infermieristico (BAND 8 e BAND 9 con uno stipendio di 90.000 - 100.000 sterline annue). Chiude l'incontro **Susan Williams** che ci illustra brevemente il programma della conferenza organizzata in occasione del Centenario dell'RCN dove un gruppo di infermieri della nostra delegazione presenterà alcune ricerche (due svolte anche in collaborazione con il Collegio di Brescia), in rappresentanza del Collegio Ipasvi di Milano, Lodi, Monza e Brianza e dell'Italia.

L'incontro con i colleghi del Royal College of Nursing è risultato prezioso per un confronto sano e lungimirante sulle prospettive della professione infermieristica. Dal confronto ci rendiamo conto come paesi così distanti, siano così simili in taluni aspetti e come la comunità infermieristica inglese e italiana si trovino

a fronteggiare spesso le stesse problematiche. Le curiosità sono ancora tante per cui potremmo stare ancora per ore a confrontarci con i colleghi, ma è tempo di andare. Il presidente e gli altri componenti del Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Milano, Lodi, Monza e Brianza e di Brescia colgono la loro proposta di una partnership per definire le linee di indirizzo per prevenire da parte di agenzie interinali il reclutamento selvaggio di infermieri nel nostro Paese. Ci congediamo più ricchi e con l'impegno di mantenere dei rapporti di collaborazione.

\* *Milena Casagrande (Camogli)*  
*Stefania Cafè (Pavia)*  
*Elzita Porto (Milano)*  
*Anna Castaldo (Milano)*

### Bibliografia

1. <https://www.rcn.org.uk/membership/membership-fees#>
2. <https://www2.rcn.org.uk>
3. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/professional-services/credentialing>

# L'importanza della formazione nella professione infermieristica: una giornata da Royal Nurse all'University College London Hospitals

di Daiana Campani, Lucia Scirpa, Giusi Spagnuolo\*

University College London Hospitals 

NHS Foundation Trust

[www.uclh.nhs.uk](http://www.uclh.nhs.uk)

**L**ondra, 250 Euston Road. “Ci siamo persi” pensiamo. Un attimo dopo, l'imponente e dorato numero civico dell'University College London Hospitals - NHS Foundation Trust (UCLH) richiama la nostra attenzione. Raggiungiamo trepidanti il 2nd Floor East Wing dove ci accoglie calorosamente Estelle Fivash, Senior Nurse for Post Graduate Education Corporate Nursing. L'UCLH è una fondazione londinese appartenente al sistema sanitario inglese che comprende: University College Hospital, University College Hospital di Westmoreland Street, UCH Macmillan Cancer Centre, l'Eastman Dental

Hospital, l'Hotel for Tropical Diseases, il National Hospital for Neurology and Neurosurgery, il Royal London Hospital for Integrated Medicine e il Royal National Throat, Nose and Ear Hospital.

L'istituto gode di fama internazionale per l'innovazione, la formazione e la ricerca. Annualmente ha un volume di affari di circa 933 milioni di sterline e approssimativamente uno staff di oltre 8100 dipendenti (1). Ogni anno gli ospedali trattano più di 500000 casi ambulatoriali e ricoverano oltre 100000 pazienti. In collaborazione con l'University College di Londra (UCL), UCLH è un centro di ricerca biomedica che svolge importanti attività di ricerca, ed è parte del centro accademico di scienza della salute UCL Partners.

I suoi ospedali sono anche i principali centri di insegnamento e offrono formazione per gli infermieri, i medici e gli altri operatori sanitari in collaborazione con il Comune, l'Università di Londra, il Kings College di Londra, la London South Bank University e la UCL Medical School.

Nel 2012 è scattato l'allarme sanità in Inghilterra: la Public Accounts Committee (PAC), infatti, aveva dichiarato che molti degli ospedali inglesi erano in difficoltà finanziarie. Si prospettava addirittura il possibile fallimento del 19% dei 411 istituti appartenenti al National Health System (NHS)(2) e, di conseguenza, la loro privatizzazione (3). A partire dal quel momento la NHS deve rispondere del proprio operato a diversi organismi regolatori tenendo conto delle pressioni del governo; si sono costituite, inoltre, commissioni di monitoraggio della qualità che compiono visite ispettive e pubblicano report periodici. L'interesse verso la qualità comprende, ovviamente, l'indice di gradimento del paziente, al quale vengono somministrati questionari informatizzati che consentono la pubblicazione in tempo reale dei risultati.

Estelle Fivash racconta come nel territorio londinese, negli ultimi cinque anni, afferiscano dal territorio all'ospedale casi sempre più complessi, con un tasso crescente di malattie croniche, analogamente a quanto accade in Italia, inducendo a promuovere una politica di qualità, miglioramento e sviluppo delle cure domiciliari attraverso la formazione del personale proprio per fare fronte all'emergenza. Le *key priorities* di sviluppo, descritte nel *NHS five year forward plan*, sono: *dementia care, community care- integrated services, end of life care, long term conditions, education and training*.

L'ospedale si occupa dei casi acuti e per garantire la qualità delle cure si avvale di infermieri esperti e specializzati (ad esempio in area pediatrica o adolescenziale) che, tuttavia, secondo i nuovi standard minimi di servizio, si rivela numericamente insufficiente a coprire il fabbisogno di personale: in risposta a questo è in atto un'importante fase di reclutamento internazionale, in aumento dall'Italia, e il mercato è molto competitivo. *Safety, kindness, improving, team work*: sono i quattro valori imprescindibili per chi vuole lavorare in ospedale.

La formazione (*post graduate education*) riveste un ruolo chiave in tutto ciò: dal 2012 per esercitare è indispensabile la laurea triennale, che consente anche di muoversi dalle aree cliniche a quelle manageriali, che vengono approfondite con dei master. Per l'avanzamento di carriera vengono abbinati al percorso accademico competenza ed esperienza clinica.

L'infermieristica, ad ogni livello gerarchico, si basa su cinque pilastri fondamentali (*fundamental and means objectives*):

- **qualità e sicurezza** (*quality and safety*) applicando gli standard minimi di qualità, la disponibilità di attrezzature per agevolare l'assistenza (esempio sollevatori, letti elettrici e pc portatili per le cartelle cliniche), l'organizzazione del lavoro con una divisione ben specifica dei ruoli all'interno del personale infermieristico;
- **efficienza** (*efficiency*) massimizzando i risultati e riducendo gli sprechi e i costi dell'assistenza; molto importante è l'aggiornamento con la formazione continua, che a Londra viene gestita a livello amministrativo attraverso corsi interni alla struttura ospedaliera e non lasciata alla decisione del singolo professionista;
- **centralità del paziente** (*patient centred*) con i suoi bisogni assistenziali (in base alla patologia) e i bisogni personali dettati dalle abitudini quotidiane rispettate anche nella struttura per garantire il benessere, come, per esempio, il permettere l'ascolto della musica alla radio;
- **esperienza dello staff** (*staff experience*) attraverso l'aggiornamento professionale proposto direttamente dalla direzione a tutti i dipendenti e certificato;
- **miglioramento** (*improving*) attraverso il controllo statistico dell'incidenza di infezioni, delle cadute e delle lesioni da decubito e il raggiungimento di obiettivi di contenimento.

A questa parte di presentazione è seguita la visita in quattro reparti dell'ospedale: blocco operatorio, terapia intensiva, ortopedia, geriatria. Il gruppo Ipasvi, quindi, si è in quat-

tro gruppi e ci spostiamo all'University College Hospital al civico 235 della stessa via.

Il **reparto di medicina** (area geriatrica) ha un'ala femminile e una maschile. Ogni area ha un ingresso dotato di maniglie che rilasciano una soluzione per le mani e una reception con le foto del personale e il loro ruolo. Le camere sono aperte con quattro o due letti ciascuna, divise da tende che garantiscono la privacy dei pazienti. Davanti a ciascun letto vi è un computer con tutta la documentazione clinico-assistenziale informatizzata; sulla parete, alla testa di ciascun letto, si trova una lavagna con i nomi di infermiere, operatore di supporto (*assistant nurse*) e il medico (*consultant*) assegnato in quel turno e sigle che identificano i protocolli di alimentazione e mobilitazione da seguire per quel paziente. Ogni giorno, da parte della *ward sister* (coordinatrice infermieristica) a inizio turno viene aggiornata una tabella con i pazienti assegnati a ciascun infermiere (massimo sette), il personale addetto all'igiene, alla pulizia degli ambienti e alla distribuzione dei pasti. All'ingresso vi è anche una tabella che segnala da quanti giorni non si manifesta una caduta o lesione da decubito o infezione in quel reparto.

Il reparto ha un farmacista che controlla la terapia dei pazienti al pc e la scadenza dei farmaci.

I malati di demenza senile si distinguono con il simbolo di un fiore blu applicato a parete sopra la testata del letto per facilitare il riconoscimento del proprio letto da parte del paziente, in quanto il colore blu e il rosso sono colori riconosciuti dai pazienti con demenza. Questi colori infatti sono utilizzati anche per le porte dei servizi. Il reparto è dotato di una stanza ricreativa dotata di oggetti e musica degli anni '50 e '60.

Tutte le superfici igienizzate sono riconoscibili da un adesivo verde "I am clean" ossia sono pulite.

La **visita guidata al blocco operatorio** (area *latex free*) inizia indossando cuffia, divisa chirurgica (*raspberry colour*) ed eseguendo l'igiene delle mani. La *ward sister* spiega che in sala operatoria tutti gli operatori indossano lo stesso tipo di divisa, ad eccezione dei coordinatori che portano una divisa blu, e che

il professionista dedicata alla formazione è il *Lead Clinical Practice Facilitator Theatres & Anaesthetics*. All'ingresso si vedono due sale d'aspetto per i pazienti, una per le donne e una per gli uomini, dove gli operandi vengono accompagnati a piedi o con il letto da una squadra di addetti al trasporto.

All'inizio di ogni procedura viene compilata punto per punto la *check-list* di controllo; tutta l'équipe, nessuno escluso, si riunisce in cerchio per un *briefing* e tutte le volte ciascun operatore si presenta agli altri, con nome e qualifica. Senza questo "rituale" l'intervento non può iniziare. Il flusso dei pazienti operandi è di tipo circolare: ogni sala operatoria ha un'entrata e un'uscita differenti di modo che, terminato un intervento, il paziente operato viene trasferito e il successivo, addormentato nel locale preparazione, può accedere. Nel locale adiacente sono pronti i carrelli con il set procedurale e il kit di strumentario chirurgico, per facilitare nell'allestimento del *setting* i due strumentisti e ridurre i tempi tra un intervento e l'altro. All'esterno troviamo l'ingresso della terapia intensiva.

Immediatamente di fronte alle sale operatorie c'è la *recovery room*, divisa in area donne e area uomini. Il risveglio è gestito dall'infermiere di anestesia (uno per paziente operato) che rileva i parametri e li riporta su un fascicolo cartaceo e in autonomia, quando il paziente è stabile, attiva il trasferimento alla degenza. I turni sono di dodici ore con tre pause obbligatorie. Il rifornimento di farmaci e presidi è gestito direttamente dal personale del Servizio di Farmacia.

**L'Unità di Terapia Intensiva** (*Critical Care*) dell'UCLH è una delle più grandi unità del Regno Unito; garantisce un elevato standard di cura per oltre 3000 pazienti all'anno. È gestita da un grande team multidisciplinare e dispone di 35 posti letto, al terzo piano della torre dell'University College Hospital.

Nove posti letto sono al primo piano della Struttura di Westmoreland Street. Le specialità mediche nello specifico comprendono: condizioni patologiche ad elevata criticità assistenziale, osservazione clinica post operatoria, assistenza clinica nel follow-up (4). Il personale medico e infermieristico è altamente formato, inoltre, alla gestione delle patologie respiratorie complesse (ad es. *Acute*

*Respiratory Distress Syndrome*). Tale centro rappresenta un punto di riferimento regionale per quanto riguarda la Porpora Trombotica Trombocitopenica (TTP) o Sindrome di Moschowitz, una malattia rara caratterizzata da deficit dell'attività dell'enzima ADAMTS13 (5). Inoltre è un Centro Nazionale e Internazionale per le malattie tropicali poiché collabora con l'Hospital for Tropical Diseases di Londra.

La guida, durante la visita, è una giovane collega infermiera con la qualifica di *deputy ward sister*, che ci conduce nel vivo della realtà operativa (una sala di incontro per gli infermieri di reparto) dove è in corso il briefing quotidiano dei professionisti, che discutono dei casi dei pazienti ricoverati annotando le informazioni su un tabellone. Su un altro tabellone vengono registrati settimanalmente i dati rispetto ad *outcome* quali incidenza di infezioni, errori di terapia e di prescrizione, ma anche comunicazioni scritte incomplete rispetto ai piani di cura. Ogni posto letto è dotato di un monitor che permette la registrazione informatizzata delle informazioni riguardanti il paziente.

Questa esperienza ha evidenziato quanto la precarietà di un sistema finanziario possa incidere sulle scelte nel settore sanitario. In modo proattivo le realtà ospedaliere inglesi investono concretamente nella formazione del personale, consentendo l'avanzamento di carriera anche ai giovani infermieri motivati e meritevoli; la gerarchia viene vissuta in maniera orizzontale e favorita da una costante comunicazione trasversale. L'infermiere ha un riconoscimento sociale ed economico come professionista sanitario autonomo, sia all'interno che all'esterno del proprio ambito operativo.

\* *Infermiere,*  
*Collegio Ipasvi Milano-Lodi-Monza e*  
*Brianza*  
*RNs, Nurse Council IPASVI MI LO MB*

## **Bibliografia**

1. University College London Hospitals- NHS Foundation Trust. Annual report and accounts 2015/16 [Internet]. Available from: [https://www.uclh.nhs.uk/aboutus/wwd/Annual reviews plans and reports archive/Annual Report and Accounts 2015-16.pdf](https://www.uclh.nhs.uk/aboutus/wwd/Annual%20reviews%20plans%20and%20reports%20archive/Annual%20Report%20and%20Accounts%202015-16.pdf)
2. Laurance J. One NHS trust in five is in bad financial trouble - and Department of Health is failing to plan for bankruptcies. The Independent [Internet]. 2012; Available from: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/one-nhs-trust-in-five-is-in-bad-financial-trouble-and-department-of-health-is-failing-to-plan-for-8231603.html>
3. Trigg N. NHS financial failure regime "made up on the hoof." BBC [Internet]. 2012; Available from: <http://www.bbc.com/news/health-20125448>
4. NHS Foundation Trust. University College London Hospitals [Internet]. [cited 2016 Dec 3]. Available from: <http://www.uclh.nhs.uk/our-services/service-a-z/critc/Pages/Home.aspx>.
5. Moschowitz E. An acute febrile pleiochromic anemia with hyaline thrombosis of the terminal arterioles and capillaries: an undescribed disease. 1925. Mt Sinai J Med [Internet]. 2003 Oct;70(5):352-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14631522>

# Il ruolo infermieristico in un grande 'trust' ospedaliero a Londra

## Visita al Royal Free Hospital del gruppo Ipasvi di Milano

di Lucia Giglio\* e Paola Gobbi\*\*

Royal Free London   
NHS Foundation Trust  
[www.royalfree.nhs.uk](http://www.royalfree.nhs.uk)

**I**l Royal Free Hospital, visitato nel pomeriggio del 18 novembre, è parte di un 'trust' ossia una grande azienda ospedaliera londinese che copre il fabbisogno di salute di una ampia porzione del territorio settentrionale della città, insieme ad altri due ospedali: il Barnet Hospital e il Chase Farm Hospital.

Il Royal Free Hospital è situato in uno dei quartieri più belli della capitale: Hampstead, un'area dolcemente collinare, molto verde e fitta di bellissime case in stile Tudor con giardini e colonnati. Si dice che ogni londinese vorrebbe vivere qui, e difatti è residenza di artisti contemporanei quali Jud Law, Gwyneth Paltrow, Boy George e George Michael.

La zona è decisamente ricca ma l'ospedale, un grande edificio anni '70, ha un'aria un poco

trasandata e sembra fuori posto in un quartiere così elegante. In verità il primo nucleo venne edificato nel 1828 ad opera del chirurgo William Marsden che dispose che le cure, così come indica il nome (*royal free*) fossero erogate gratuitamente alla popolazione, specie quella povera. La Regina Vittoria lo insignì del *royal charter* nel 1837, per il contributo dato dall'ospedale nel debellare un'epidemia di colera.

Entrati, però si capisce subito che l'apparente trascuratezza è invece dovuta alla grande quantità di persone che circolano, al numero di malati che vengono accolti e alla schiera di personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo che ruota in questi corridoi, reparti, uffici. Effettivamente le cifre sono impressionanti: il trust, nel suo complesso, tratta 1.600.000 pazienti ogni anno, dà impiego a 10.000 operatori, 4500 infermieri, che sono il gruppo professionale più rappresentativo.

È un'azienda ad alta specializzazione, che tocca punte di eccellenza nei trapianti di rene e fegato e nelle neuroscienze.

La nostra visita si svolge nella Peter Samuel Hall, aula magna dell'ospedale di Pond Street, dove siamo accolti da Caterina Falce, infermiera milanese che lavora qui da circa vent'anni, ora con qualifica di *matron* (o *senior ward*) nel dipartimento dei trapianti fegato/rene e da Rebecca Longman, Nurse Director dello stesso dipartimento.

Le relazioni del pomeriggio descrivono le specificità dell'ospedale, in particolare quelle che rappresentano il punto di forza: i trapianti di rene e di fegato anche da viventi; il trattamento delle patologie neoplastiche; la grande attenzione verso le malattie neurodegenerative, soprattutto la demenza nell'anziano che, in Inghilterra e nel mondo occidentale, rappresenta una seria emergenza che non potrà che acuirsi nei decenni a venire. Alla prevenzione e cura/gestione dei pazienti con demenza si rivolge una significativa parte delle risorse e dell'impegno del Trust. Il paziente viene ricoverato solo se necessario, solo se altre patologie complicano la diagnosi primaria; in alternativa il malato viene lasciato nella realtà familiare, al quale è supportata da diversi professionisti, dagli infermieri alla terapeuta occupazionale, che si occupa di studiare e rinforzare il comportamento, i residui di memoria e di abilità attraverso stimoli diversi, dalla musica all'arte. Il *nursing* ha un ruolo essenziale nell'ambito della salute mentale e della disabilità intellettiva: l'assistenza sul territorio, al domicilio o in strutture territoriali dedicate, è uno dei settori in cui gli infermieri agiscono in piena autonomia nelle scelte assistenziali

Il Royal Free Hospital e la Foundation Trust operano in autonomia nel processo di reclutamento, selezione ed assunzione degli infermieri; a differenza della nostra realtà, nel Regno Unito i grandi Trust hanno autonomia decisionale ed economica per assumere il personale infermieristico. Questa autonomia si traduce in una campagna molto aggressiva di ricerca di personale, rivolta anche all'estero, specie in Italia.

Gli infermieri neolaureati italiani sono considerati una risorsa molto valida, e sono apprezzati per la formazione ricevuta nel triennio della laurea. A differenza del percorso in UK, che non prevede che le tecniche possano essere impiegate direttamente sul paziente, ma solo in un contesto

di simulazione (gli studenti non 'toccano il paziente per tutti i 3 anni di università), i nostri neo-infermieri si confermano invece abili nel saper essere e saper fare.

Londra è una città difficile, molto vivace ma anche molto costosa per vivere. La carenza di personale infermieristico è alta nella capitale (si stima che mediamente i grandi ospedali londinesi abbiano circa il 20% in meno del personale dei livelli previsti dal Ministero) e i grandi trusts, quando trovano personale preparato, cercano di trattenere il personale offrendo formazione possibilità di avanzamento di carriera impensabili in Italia sia sotto l'aspetto di ampliamento di autonomia, competenze e responsabilità, sia naturalmente a livello economico (vedi approfondimento).

Gli infermieri sono molti ricercati anche al Royal Free Hospital, che programma di assumerne 108 entro il 2017 in modo da raggiungere l'obiettivo di coprire tutti i posti vacanti. Rimanere in forze al Royal Hospital significa poter accedere nel tempo a livelli superiori di carriera: si parte dal 5° livello e si può arrivare all'8°. Il Trust si fa carico della formazione, master universitari, corsi specialistici, permessi studio, che sono il passaporto per salire di grado.

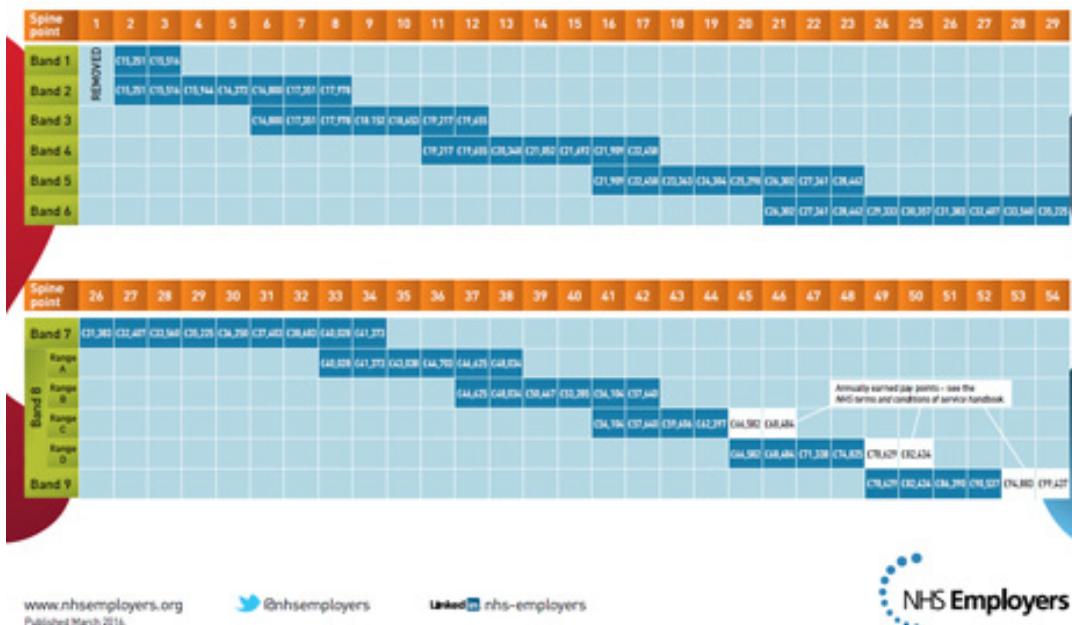
Dietro questi dati si nasconde una percezione/ valutazione del ruolo infermieristico:

- 1 nel Regno Unito essere una Nurse significa essere un professionista con autonomia decisionale e riconoscimento sociale;
- 2 la prospettiva di carriera è alta e variegata; numerose sono le specialità riconosciute anche a livello salariale, numerose sono le possibilità di impiego anche extra ospedaliero sul territorio. Alto è anche il numero di dirigenti infermieristici che hanno un ruolo di comando e gestione;
- 3 il concetto di team work è ovunque. Si lavora in gruppo (es: il *Clinical Practice Group* si occupa di produzione ed implementazione di linee guida validate), i singoli vengono motivati, il gruppo che opera qualitativamente bene ottiene riconoscimenti.

Lo schema, pubblicato su <http://www.nhsemployers.org/case-studies-and-resources/2016/04/agenda-for-change-2016-pay-scales>, è riferito ai livelli di inquadramento contrattuale, con i relativi stipendi (lordo in sterline) che si applicano a tutti gli operatori del Servizio Sanitario Nazio-

## Agenda for Change pay bands and spine points from 1 April 2016 (England)

The table below shows the values of the Agenda for Change pay spine points from 1 April 2016. Full details of the Agenda for Change pay arrangements are available in the NHS terms and conditions of service handbook.



### I livelli contrattuali e salariali in UK e Irlanda del Nord

nale Britannico (NHS), ad esclusione delle posizioni apicali e delle professioni del Board dei medici e odontoiatri.

Si nota che i passaggi possono essere sia di tipo orizzontale che verticale.

Un infermiere neolaureato parte dalla band 5, guadagnando circa 21000 sterline lorde/anno. Gli aumenti di stipendi sono annuali.

*Alcuni esempi:*

**Band 3:** Microbiology assistant,, emergency care support worker, occupational therapy assistant, physiotherapy assistant, speech therapy assistant.

**Band 4:** Mortuary, radiography or occupational therapy assistant, medical secretary, operating department practitioner (during training or entry level), assistant psychologist, nursing auxiliary and nursery nurse, ambulance practitioner, physiotherapy assistant, speech therapy assistant.

**Band 5** (21,909 - £28,462) : Nurse & midwife (entry level), theatre nurse, medical technician, physiotherapist, assistant psychologists (higher grade).

**Band 6** (£26,302 - £35,225) : Junior Sister/ specialist senior staff nurse, emergency nurse/care practitioner, health visitor, nurse specialist, school nurse, nurse team leader, theatre nurse specialist,

pharmacist, Senior Clinical Physiologists, Senior Physiotherapist, Senior Occupational Therapist.

**Band 7** (£31,383 - £41,373): Senior sister, Advanced Nurse Practitioner, nurse team manager, Senior Radiographer (diagnostic/therapeutic team leader).

**Band 8:**

Range A: £ 40,028 - £ 48,034.

Range B: £ 46,265 - £ 57,640.

Range C: £ 56,104 - £ 68,484.

Range D: £ 66,582 - £ 82,434.

Advanced pharmacist, modern matron, nurse & midwife consultant (children's nursing), chief nurse.

**Band 9:** Consultant Psychologist who run large services, Chief Pharmacists managing large/multiple departments.

NHS trusts e NHS foundation trusts sono liberi di determinare gli stipendi dei senior managers e dei direttori. In questi ospedali lo stipendio medio del Nursing Director è stato di £ 112,00.

\* *Infermiera presso Fondazione Teatro alla Scala. Milano*

\*\* *Segretario Collegio IPASVI MI LO MB*

# Anche IPASVI Brescia alla Conferenza per i 100 anni del RCN

## Nell'occasione il presidente ha incontrato i nostri colleghi che lavorano a Londra e dintorni

*Con grande soddisfazione comunichiamo che, nei giorni scorsi, sono stati presentati a Londra (in occasione del Convegno promosso per il centenario del Royal College of Nursing) i risultati delle ricerche infermieristiche svolte in collaborazione con i Collegi IPASVI di Milano Lodi Monza Brianza e di Aosta. Questo evento straordinario ha posto il focus sull'evoluzione della professione infermieristica, su come questa ha migliorato i risultati di salute per gli assistiti e per le famiglie. Ma anche sulle sfide che ci attendono in tutta Europa e sulle prospettive future. Una scelta sfidante è certamente quella dei nostri iscritti che dopo la laurea decidono di fare un'esperienza di lavoro all'estero. Londra e la Gran Bretagna rappresentano una delle mete più ambite per gli infermieri italiani neolaureati. I responsabili del Royal College of Nursing ci hanno comunicato che in UK sono attualmente presenti più di 2.500 infermieri italiani, con un incremento del 70% negli ultimi tre anni. In sintonia con il progetto del Collegio "Un ponte con l'estero", il presidente Bazzana ha incontrato alcuni dei nostri giovani colleghi (davvero contenti della "reunion"), raccogliendo le loro esperienze in occasione della visita al museo di Florence Nightingale e successiva serata in locale tipico pub inglese. Pubblichiamo le prime due, seguiranno le altre sui prossimi numeri.*

## Un sogno realizzato

di Elisa Pasinetti\*

L'idea di partire è sempre stata nella mia testa e si è concretizzata subito dopo la laurea quando le possibilità di lavoro qui in Italia erano molto limitate. Ricordo perfettamente il momento in cui, durante la proclamazione di laurea, uno dei commissari del Collegio Ipasvi Brescia, ci disse: "Ragazzi, siete dei dottori adesso, non sven-

detevi". Credo di aver seguito questo consiglio alla lettera. Dopo aver sostenuto il colloquio di lavoro a Milano con il *Brighton and Sussex University Hospital* ed aver ottenuto il lavoro immediatamente con contratto a tempo indeterminato e un ottimo stipendio, preparati tutti i documenti, sono partita a Maggio 2015 per Brighton,

una città sulla costa ad un'ora da Londra piena di musica, arte, divertimenti e culture diverse. L'accoglienza è stata delle migliori fin da subito: l'ospedale offriva un mese di alloggio nelle sue residenze e un mese di preparazione con corsi di aggiornamento prima di iniziare effettivamente a lavorare in reparto.

Ricordo benissimo che la sensazione per me, fin dai primi giorni, fu quella piacevole e immediata di sentirmi a casa.

Ho lavorato per i primi sei mesi in un reparto di neuro riabilitazione, poi ho sostenuto il colloquio per lavorare in Ematologia e ho realizzato quello che era da sempre stato il mio sogno. Oggi, dopo sei mesi di lavoro in questo reparto, non potrei essere più soddisfatta: sto studiando per diventare *Chemotherapy Nurse Specialist* (infermiera specialista in chemioterapia) e il prossimo Marzo comincerò un corso universitario per diventare tutor. Entrambi i corsi sono pagati dall'ospedale e svolti durante ore considerate lavorative. Il clima organizzativo sul lavoro è stimolante, il team infermieristico e medico lavorano in sin-

tonia e si supportano a vicenda, inoltre mensilmente si seguono corsi di aggiornamento sulle ultime novità in campo ematologico.

Ho 24 anni, sto lavorando nel reparto dei miei sogni con un team giovane e affiatato, con una prospettiva concreta di avanzare di carriera e approfondire le mie conoscenze e competenze.

Dopo un anno e mezzo ricco di soddisfazioni passato a Brighton posso quindi concludere che l'Italia è il mio Paese e la mia famiglia, ma l'Inghilterra è la nazione che mi ha permesso di realizzarmi professionalmente in un modo che non avrei mai potuto immaginare.

Anche a nome dei miei compagni di viaggio, colgo l'occasione per ringraziare il presidente Bazzana e il Collegio di Brescia per la bella domenica passata in compagnia di altri colleghi (noi siamo venuti in tre da Brighton) e per lo spazio che ci ha voluto dedicare.

\* *Staff Nurse  
Haematology/Oncology Ward  
Brighton and Sussex University Hospital*

## Da due anni nella capitale del nursing: tutti i gradini verso la specializzazione infermieristica

di Chiara Vischioni\*

Sono partita per Londra nel Dicembre 2014 con l'idea di fare un'esperienza che in un modo o nell'altro mi avrebbe arricchita dal punto di vista professionale. Ero consapevole del fatto che prima di iniziare a lavorare come infermiera avrei dovuto imparare la lingua e adattarmi ad una realtà lavorativa diversa da quella italiana. Così dopo aver lavorato 6 mesi in una pasticceria, 6 mesi come *health care assistant* (Oss) ed avere ottenuto il famoso *PIN number* per praticare la pro-

fessione di infermiere in UK sono riuscita ad iniziare la mia carriera. Ho iniziato a lavorare in una *nursing home* (casa di cura privata). Devo molto a questa prima esperienza perché mi ha dato la possibilità di entrare a contatto con il mondo sanitario in modo graduale, assimilando vocaboli giorno per giorno, imparando nuove abilità e a capire le priorità, a sapere gestire un team di 8-9 *health care assistant* (Oss) e prendermi cura di una trentina di pazienti, di cui ero responsabile in prima

linea. Le principali attività di un infermiere che lavora in una nursing home sono la somministrazione della terapia, la medicazione di ferite da decubito o ulcere vascolari, la supervisione dell'operato degli *health care assistants*. A tutto ciò si aggiunge la stesura dei *Care Plan*, la nostra pianificazione infermieristica, ovvero gli obiettivi e interventi relativi a ogni paziente. In Inghilterra è molto importante la documentazione; ciò che non è registrato è come non fosse stato fatto. La più grande difficoltà nel lavoro in casa di riposo è il fatto che devi affrontare da solo le emergenze perché non si è supportati da un team medico o infermieristico. Credo questa sia la maggiore differenza con il mondo ospedaliero, il mio attuale posto di lavoro, dove invece sono sempre sostenuta da infermieri più esperti, medici e altre figure.

### **Tutti insieme per uno scopo comune: il bene del paziente**

Attualmente sto lavorando in un grande ospedale dell'east London, che è uno dei più grandi "trauma center" della città e si trova in un quartiere povero, multietnico e con un alto tasso di criminalità. Il mio reparto è Day surgery and short stay una specie di chirurgia day hospital che però è provvista anche di 50 posti letto per pazienti che rimangono ricoverati per qualche giorno post operatorio. A seconda dei turni mi posso trovare nel reparto di accettazione, dove il mio lavoro consiste per lo più nella compilazione della cartella infermieristica, check-list preoperatoria e preparazione del paziente all'intervento chirurgico, inoltre c'è il reparto che riceve i pazienti nel post operatorio. La dimissione può avvenire in day hospital cioè il giorno stesso oppure può prolungarsi fino a più di una settimana per i casi clinici più complicati. Una cosa che mi ha colpita è che l'infermiere si deve occupare anche della parte per così dire "sociale" della persona assistita. Bisogna garantire che prima di essere dimesso un paziente abbia una casa (questo è dovuto alla grande presenza di senzatetto), sia sicuro nell'ambiente dove risiede, non necessiti di assistenza infermieristica domiciliare. L'infermiere quindi deve conoscere anche la situazione sociale della persona per un eventuale *referral* (riferimento) a diversi specialisti come *homeless*

*team* (professionisti per la gestione dei senza tetto), *occupational therapist* (terapista occupazionale), *social services* (servizi sociali), *district nurse* (infermiera del distretto). La dimissione quindi è una parte molto importante in cui l'infermiere oltre alle istruzioni post operatorie, eventuali farmaci, spiegazione delle procedure nell'immediato o a lungo termine deve pensare anche all'ambiente in cui il paziente farà ritorno. Questa esperienza mi sta permettendo di vedere situazioni cliniche inusuali come ferite da arma da fuoco, ferite da taglio e tanto altro. Ulteriore aspetto che mi piace molto è l'ambiente multiculturale in cui svolgo la mia professione. Ti apre la mente essere a contatto ogni giorno con persone che provengono da tutto il mondo con abitudini, idee, costumi e tradizioni diverse, eppure essere lì tutti insieme per un obiettivo comune: il bene del paziente. È straordinario e gratificante pensare come questa diversità sia una ricchezza ed esalti anche l'importanza della propria nazionalità. Non posso negare, ad esempio, la soddisfazione di quando vengo chiamata dalla *Nurse in charge* (nurse responsabile del turno) per andare a parlare con un paziente che può comunicare solo in italiano. In questo contesto culturale variegato il fatto di parlare abilmente una certa lingua assume una rilevanza particolare e prende valore, pur essendo una cosa così banale! L'infermiere in UK ha la possibilità di specializzarsi presto nell'ambito che preferisce e il suo lavoro è sempre riconosciuto ed apprezzato. Attualmente non ho intenzione di tornare in Italia perché vorrei prima raggiungere gli obiettivi che mi sono proposti sfruttando al meglio le opportunità che questo paese può offrirmi.

\* *Infermiera  
iscritta al Collegio Ipasvi di Brescia*







*Il focus lanciato nel n° 70 di Tempo di Nursing era relativo a:*

## **Prevenzione, Educazione e Promozione della salute**

Come redazione ci eravamo posti infatti le seguenti domande:

Quanti, fra i professionisti sanitari, sanno distinguere il significato profondo di questi termini? Spesso infatti sono utilizzati, nel gergo comune, come sinonimi. Ciascuno invece gode di ulteriori, diverse, declinazioni che possono afferire più coerentemente ad una determinata metodologia a sua volta afferente ad una determinata professione sanitaria.

Quanti conoscono la differenza tra educazione sanitaria, educazione alla salute, educazione terapeutica? È sufficiente (e corretto) affermare che le prime sono più di pertinenza dell'assistente sanitario mentre la terza dell'infermiere?

E chi si occupa (o preoccupa) della promozione della salute?

Secondo l'OMS (1998) la promozione della salute è il complesso delle azioni dirette non solo ad aumentare le capacità degli individui, ma anche ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici, in un processo che aumenti le reali possibilità di *governo*, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute.

Quanti conoscono l'impatto della cosiddetta *Health Literacy* sulla salute? Intesa come l'insieme delle capacità cognitive e sociali che determinano la *motivazione* e le *abilità* indispensabili ad ogni individuo per accedere, comprendere e utilizzare, le informazioni necessarie a compiere scelte salutari. Sono ad esempio le conoscenze e attitudini correlate alla salute, l'autoefficacia (come farò?), la disponibilità al cambiamento, le capacità personali.

Il basso livello di quest'insieme di competenze viene considerato come un fattore di rischio, per il quale i professionisti della salute devono costruire adeguate strategie di contrasto.

Ci sono giunti in redazione molti contributi, argomento di tesi sia del Corso in Infermieristica dell'Università Cattolica, sia dell'Università Statale (corso di Infermieristica, di Assistenza Sanitaria e Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche), segno che le tematiche sono all'attenzione delle nuove generazioni di infermieri e di assistenti sanitari.

# Il fenomeno della “vaccine hesitancy”: revisione della letteratura internazionale, ricerca sul campo in Val Camonica e proposta di uno strumento informativo in collaborazione con l’ATS della Montagna

di Marika Torri\* e Sara Bonfadini\*\*

## ABSTRACT

Questo lavoro fornisce una panoramica sul fenomeno “vaccine hesitancy”, considerato una minaccia per il successo delle strategie e dei programmi vaccinali.

L’“invisibilità” delle malattie prevenibili da vaccino, possibile grazie all’immunizzazione di massa, ha determinato la falsa credenza che alcune malattie ormai non rappresentino più una minaccia.

L’esitazione vaccinale è frutto di un circolo vizioso nel quale i vaccini sono diventati “vittime del loro stesso successo”. Le malattie prevenibili da vaccino diventano sempre meno visibili alla popolazione e l’attenzione si sposta quindi dal rischio di patologia ai presunti rischi della vaccinazione, con conseguente calo delle coperture vaccinali e aumento dei nuovi casi di patologia e sue complicanze.

I primi segnali di allarme sono percepibili dal momento in cui scoppiano epidemie di morbillo e pertosse, le malattie più facilmente trasmissibili. Questo dimostra che questa strada potrà portare al riaffacciarsi delle malattie meno trasmissibili, come già sta succedendo negli ultimi tempi.

Dalla revisione della letteratura è emerso che il fenomeno della vaccine hesitancy, si caratterizza in modo diverso e specifico per contesto, luogo e tipo di vaccino preso in considerazione. Qualsiasi intervento informativo/educativo risulta essere inefficace a contrastare il fenomeno se non anticipato da un’attenta analisi del contesto e del fenomeno all’interno della realtà locale.

Per questo motivo la ricerca è stata orientata verso l’analisi del fenomeno nella realtà locale della Val Camonica con la conseguente redazione di uno strumento informativo mirato per la sotto-popolazione in esame.

Bisogna continuare a sottolineare l’importanza della vaccinazioni nei contesti locali e contrastare il fenomeno attraverso strategie mirate.

L’infermiere deve dedicarsi alla prevenzione delle malattie attraverso la promozione alla salute, aumentando il controllo delle persone sui fattori determinanti della salute.

## Parole chiave:

- Vaccine hesitancy;
- Vaccini;
- Promozione della salute.



## INTRODUZIONE

Secondo il Global Action Plan pubblicato dalla Library dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel decennio 2011-2020 i vaccini stanno evitando 25 milioni di morti, in altre parole, la vaccinazione salva 2,5 milioni di vite all'anno, circa 7000 al giorno, 300 ogni ora, 5 ogni minuto (1).

Ma se i vaccini sono una delle scoperte scientifiche più importanti per il genere umano, perché continuano ad essere guardati con sospetto da parte dell'opinione pubblica?

Lo scetticismo nei confronti delle vaccinazioni è un fenomeno che esiste fin dalla disponibilità del primo vaccino, tuttavia ai nostri giorni è certamente sostenuto e amplificato dalla facilità con cui chiunque può reperire informazioni contrastanti su internet e anche da molte altre motivazioni che spesso non hanno niente a che fare con l'efficacia e la sicurezza dei vaccini.

Secondo la definizione dell'OMS il fenomeno "vaccine hesitancy", tradotto in italiano "esitazio-

ne vaccinale" (termine che comprende i concetti di indecisione, incertezza, ritardo, riluttanza), si riferisce al rifiuto o al ritardo nell'accettazione delle vaccinazioni, nonostante la disponibilità dei servizi deputati ad esse (2).

La *vaccine hesitancy* è un comportamento influenzato da una serie di fattori individuali e psicosociali che, sotto il controllo delle ampie influenze dei media, degli operatori sanitari, delle politiche di sanità pubblica e del contesto in cui interagiscono con le altre variabili, concorrono a dar forma a questo fenomeno a vari livelli nella popolazione, all'interno del continuum tra rifiuto assoluto e accettazione incondizionata dei vaccini (3).

Le ultime generazioni non hanno potuto fare i conti con le malattie infettive e le loro conseguenze in età pre-vaccinale, risulta quindi spesso difficile percepire i benefici di uno tra gli interventi di sanità pubblica più efficace mai concepito quando le malattie stesse non sono più prevalenti (4).

I genitori, potrebbero trovarsi esitanti di fronte ad una scelta per la quale hanno una strana perplessità, quella sensazione a pelle, che qualcosa possa non andare bene. Diverse teorie psicologiche affermano che la propensione dell'uomo sarà quella di adottare un comportamento omissivo, definito come la tendenza, in situazioni percepite come rischiose e, nel momento in cui il decisore si possa confrontare con alternativa di azione concreta e azione omissiva, a scegliere di intraprendere la seconda via, anche quando questa espone a rischi maggiori. Molti studi hanno dimostrato che gli individui sono meno propensi all'accettazione di rischi connessi alla vera e propria azione che a quelli derivanti dalla "inazione" (5).

Se tutti i genitori dubbiosi riguardo alle vaccinazioni adottassero un comportamento omissivo l'impatto sulla salute pubblica sarebbe disastroso. Nonostante sembri impossibile quantificare con precisione la percentuale esitante riguardo i vaccini, gli esperti di tutto il mondo riconoscono una tendenza crescente di questo fenomeno (6).

Le conseguenze di ciò si realizzano con il calo delle coperture vaccinali, in alcuni casi sotto il 95%, della popolazione minacciando l'indispensabile "heard immunity" o immunità di gregge, definita dall'OMS come l'immunità che si ottiene quando la vaccinazione di una porzione della popolazione (il "branco") offre una protezione agli individui non protetti (7).

Nella prima decade di settembre 2015 il ministero della Salute ha pubblicato i dati delle coperture

**Tabella 1:** Medie nazionali vaccino esavalente

	<b>Polio</b>	<b>Difterite</b>	<b>Tetano</b>	<b>Pertosse</b>	<b>Epatite b</b>	<b>Hib</b>
<b>2013</b>	95,74	95,75	95,81	95,68	95,65	94,91
<b>2014</b>	94,66	94,65	94,77	94,58	94,56	94,25
	<b>-1,08</b>	<b>-1,1</b>	<b>-1,04</b>	<b>-.1,10</b>	<b>-1,09</b>	<b>-0,66</b>

*Coperture vaccinali pediatriche all'età di 24 mesi per i sei vaccini in combinazione (medie nazionali): confronto 2013-2014*

**Tabella 2:** Medie nazionali vaccino trivalente

	<b>Morbillo</b>	<b>Parotite</b>	<b>Rosolia</b>
<b>2013</b>	90,35	90,30	90,30
<b>2014</b>	86,63	86,57	86,58
	<b>-3,72</b>	<b>-3,73</b>	<b>-3,72</b>

*Coperture vaccinali pediatriche all'età di 24 mesi per i vaccini contenuti nel vaccino MPR (medie nazionali): confronto 2013-2014*

vaccinali pediatriche all'età di 24 mesi, sia nazionali che regionali, per singola malattia prevenibile. Comparando i dati delle coperture nazionali 2013 e 2014, si rileva che:

- per il secondo anno di seguito vi è stata una flessione delle coperture vaccinali per i vaccini contenuti nell'esavalente (polio, difterite, tetano, pertosse, Epatite B ed Emofilo influenzae), nel 2014 vi è stato un calo medio percentuale di circa 1 punto: l'obiettivo del 95% di copertura, che nel 2013 non era stato raggiunto solo dal vaccino contro l'Hib, questa volta non è stato raggiunto da nessun vaccino, (**Tabella 1**);

- per i vaccini contenuti nel vaccino Mpr (morbillo, parotite e rosolia), nel 2014 vi è stato un calo medio percentuale di 3,71 punti, con una copertura media di 86,58 % ed un divario di oltre 8 punti dall'obiettivo del 95% : in pratica si è tornati indietro di 10 anni (**Tabella 2**).

Dai dati riassuntivi 2014 regionali e nazionali si può evincere che per nessun vaccino la media nazionale è uguale o superiore al 95%: questo causa la perdita dell'immunità di gregge e crea sacche di persone suscettibili per cui vi è rischio di casi sporadici anche per malattie attualmente non presenti in Italia, come polio e difterite (**8**).

### OBIETTIVO

Perché gli interventi informativi siano realmente percepiti dalla popolazione e diventino efficaci

è necessario che siano mirati alle esigenze del target. Per questo si è deciso di indagare il fenomeno *vaccine hesitancy* attraverso una ricerca sul campo in Val Camonica e di concludere il lavoro con un opuscolo informativo, redatto in risposta all'analisi dei dubbi più frequenti del sotto-gruppo di popolazione in esame.

### SCOPO

Lo scopo dello studio consiste nell'identificare i bisogni informativi negli specifici sotto-gruppi esitanti e creare uno strumento a supporto di chi si occupa di informare su questo tema i genitori, in quanto il rumore dei media e la disinformazione non possono essere facilmente contrastati se non attraverso una corretta informazione, adeguata ai bisogni del target.

Un intervento di inconfutabile successo è rappresentato dall'aumento dell'informazione e della conoscenza riguardo i vaccini. La comunicazione può non solo migliorare la conoscenza, ma anche influenzare la politica, l'ambiente e realizzare cambiamenti comportamentali (**9**).

### METODI

Con la revisione della letteratura svolta attraverso la ricerca in Pub Med e lo scanning dei vari documenti sull'argomento, abbiamo avuto modo di determinare il rationale dello studio, le motivazioni che lo hanno reso necessario e la

struttura concettuale per interpretarne i risultati. Dalla ricerca della letteratura è emerso che il fenomeno della *vaccine hesitancy*, per definizione, si caratterizza in modo diverso e specifico per contesto, luogo e tipo di vaccino preso in considerazione, per questo qualsiasi intervento informativo/educativo risulta essere inefficace a contrastare il fenomeno se non anticipato da un'attenta analisi del contesto e del fenomeno all'interno della realtà locale (2).

L'ampia revisione sistematica delle "peer review" (revisioni tra pari) e della letteratura grigia non ha identificato delle strategie in grado di superare l'esitazione vaccinale in qualsiasi popolazione indistintamente. Nessuna singola strategia o combinazione di strategie, è stata applicata in tutti i paesi e contesti con un impatto di uguale beneficio. Questo risultato riflette la diversità dei *driver* che possono portare alla *vaccine hesitancy* e rafforza l'importanza di comprendere e affrontare i problemi specifici del contesto locale (9).

La ricerca quanti-qualitativa messa in campo nel territorio della Valle Camonica ha avuto lo scopo di indagare il fenomeno *vaccine hesitancy* attraverso l'analisi di:

- dati epidemiologici sulle coperture vaccinali dei residenti in Valcamonica;
- documenti e protocolli forniti dall'ATS della Montagna;
- interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati.

Come esperti di settore abbiamo ritenuto opportuno scegliere due medici dell'ATS della Montagna direttamente coinvolti all'interno del processo di gestione delle vaccinazioni, dalla gestione degli inviti fino alla vera e propria seduta vaccinale e gestione dei casi di rifiuto alle vaccinazioni. Grazie all'esperienza maturata durante il servizio nel Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria tali soggetti hanno, in quanto "esperti", un grado elevato di conoscenze e di competenze in merito alla dimensione locale e sono un punto di riferimento fondamentale per quanto riguarda la gestione del fenomeno sul nostro territorio.

Al fine di creare uno strumento informativo con lo scopo di contrastare le false convinzioni, per lo specifico sottogruppo in esame sono stati raccolti i dubbi e le motivazioni dei genitori esitanti verso le vaccinazioni grazie all'analisi delle lettere inviate all'ATS e ai colloqui effettuati con i medici intervistati.

Sono state selezionate 12 domande a cui seguono risposte basate su evidenze scientifiche. Esse

possono dare delle informazioni base per risolvere alcuni dubbi, che potranno essere poi approfonditi con gli operatori sanitari nei vari servizi. Per la redazione dell'opuscolo è stata utilizzata la tecnica del *questioning* (domanda e risposta) al fine di aprire una relazione dialogica tra l'informatore e l'utente e invitarlo a continuare nella lettura.

Per ogni domanda è stata pensata un'illustrazione con didascalia ironica che racchiuda il messaggio da trasmettere, sperando che in tal modo resti impresso maggiormente nella memoria del lettore e possa contrastare alcune false idee sui vaccini in modo innovativo. Per fare questo abbiamo coinvolto un'esperta di grafica e illustrazioni, che ha permesso di rendere lo strumento informativo più accattivante e gestire i colori e le varie illustrazioni in modo da attirare l'attenzione sul testo e rendere l'opuscolo meno pesante alla lettura. Le risposte sono state scritte con un linguaggio chiaro e preciso, che non lasci spazio a fraintendimenti.

In conclusione, al fine di verificarne la chiarezza e l'adeguatezza, è stato sottoposto alla valutazione dei due testimoni privilegiati intervistati, che ne consiglierebbero la consegna ai genitori già a partire dai corsi pre parto. Questo al fine di lavorare su un terreno pulito, di solito ancora esente da ricerche casalinghe su internet riguardo i vaccini.

Inoltre è stato sottoposto alla lettura di tre mamme, che hanno consigliato di cambiare alcuni termini scientifici di difficile comprensione per alcuni genitori.

## RISULTATI

L'epidemiologia della Val Camonica mostra l'andamento dei rifiuti alle vaccinazioni e le coperture vaccinali nei residenti nati negli anni 2012, 2013 e 2014. Dai dati epidemiologici raccolti si può dedurre che in Val Camonica nella coorte dei nati nel 2013 si è verificato un calo delle coperture vaccinali maggiore rispetto a tutti gli altri anni.

Rispetto alle medie regionali e nazionali la Val Camonica si trova comunque in una buona posizione in quanto le coperture per i singoli vaccini superano comunque le medie nazionali, dimostrando una copertura inferiore al 95% solo per i vaccini anti-MEN-C (tutte le coorti), antipneumococco (tutte le coorti), anti-morbillo e parotite (coorti dei nati nel 2013 e 2014) e anti-rosolia (coorti dei nati nel 2012, 2013, 2014). Questa co-

apertura non è stata raggiunta per nessun vaccino a livello nazionale (medie nazionali del 2014) e dalla Lombardia solo per il vaccino anti-tetano. Attraverso l'intervista a testimoni privilegiati è emerso che:

- a livello locale è possibile rintracciare maggiormente la tipologia di genitori esitanti che ha un rifiuto completo verso tutte le vaccinazioni (80%), rispetto a chi rifiuta solo alcuni tipi di vaccini o ritarda rispetto al calendario vaccinale (10%) e chi accetta le vaccinazioni, ma con notevole paura/esitazione (10%). Questo pone le basi per la redazione di uno strumento informativo che prenda in considerazione tutti i vaccini per l'infanzia.
- Il fenomeno dell'esitazione/rifiuto vaccinale che è un problema rilevante nella realtà locale, sembra essere emerso soprattutto negli ultimi tre anni, forse a causa di un gruppo sul social network di Facebook, ove alcune madri camune si scambiano informazioni riguardo la salute dei propri figli, contrastando spesso la necessità di effettuare le vaccinazioni. I dubbi aumentano ricercando le informazioni sui vaccini nel modo sbagliato, senza la consultazione di siti internet ufficiali.
- Il fattore che incide maggiormente sull'esitazione vaccinale risulta essere la noncuranza, intesa come valutazione della reale necessità di un vaccino rispetto ai rischi percepiti nei riguardi delle malattie prevenibili da esso.
- A livello locale è emerso che i fattori maggiormente influenti sul fenomeno sono:
  - contesto storico, politico e socio-culturale (esperienze passate con i servizi, cultura della salute, mancanza di memoria storica degli effetti malattie prevenibili da vaccino...),
  - media e comunicazione (disinformazione, internet...),
  - sfiducia (nei vaccini, nei servizi d'immunizzazione, negli operatori sanitari...),
  - conoscenze personali errate riguardo le vaccinazioni,
  - percezione inadeguata dell'importanza dei vaccini,
  - percezione sproporzionata dei rischi (reali eventi avversi e non) derivanti dai vaccini,
  - norme soggettive (mancata percezione delle vaccinazioni come norma sociale: salvaguardia della propria e altri salute).
 La ricerca è stata poi completata con l'analisi di protocolli, documenti e lettere fornite dall'ATS della Montagna.



Dall'analisi delle lettere inviate dai genitori esitanti della Val Camonica riguardo i vaccini è emerso che i dubbi più frequenti dei genitori riguardano:

- necessità di ricevere informazioni su esami preliminari;
  - necessità di ricevere ulteriori informazioni sulle reazioni avverse dei vaccini più frequenti;
  - correlazione tra vaccini e autismo;
  - rischi di sviluppare allergie a seguito delle vaccinazioni;
  - dubbi sulla reale sicurezza dei vaccini;
  - convinzione della secondarietà del ruolo storico dei vaccini nell'estirpare le malattie infettive: la componente fondamentale che ha reso possibile la diminuzione delle malattie infettive è attribuibile, secondo i genitori, al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e di vitto e alloggio;
  - convinzione riguardo all'acquisizione dell'immunità permanente solo in modo naturale: secondo i genitori i vaccini tentano solo di indurla senza successo;
  - necessità di chiarimenti in merito alla presenza di metalli in quantità tossiche nei vaccini;
  - dubbi sulla precocità nell'inizio del trattamento vaccinale (compimento dei due mesi).
- Sulla base di questi dubbi è stato creato un opuscolo informativo ad hoc per la sottopopolazione della Val Camonica (**Figura 1**).

## CONCLUSIONI

Le vaccinazioni, oltre che un importante strumento di protezione individuale, costituiscono un rilevante strumento di tutela della salute dell'intera collettività. Esse rappresentano senza dubbio l'intervento di sanità pubblica che ha maggiormente migliorato lo stato di salute della popolazione mondiale.

In Italia per esempio fino agli anni 60 si potevano ancora registrare migliaia di casi di poliomielite e di difterite.

Queste malattie colpivano in maniera particolare i bambini, lasciando danni permanenti o portando addirittura alla morte, ma le campagne estese di vaccinazione hanno permesso di cambiare radicalmente l'incidenza di queste ed altre malattie contagiose e molte generazioni non hanno più la conoscenza diretta né la memoria di queste malattie.

È necessario continuare a sottolineare l'importanza della vaccinazioni anche nei contesti locali e cercare di contrastare il più possibile il fenomeno *vaccine hesitancy* attraverso strategie mirate. L'infermiere, deve, non solo in nome del suo lavoro, ma per intima convinzione, dedicarsi alla prevenzione delle malattie attraverso la promozione alla salute, aumentando il controllo delle persone sui fattori determinanti della salute.

Niente è sicuro al 100%, ogni azione che compiamo può determinare piccoli o grandi rischi e da ogni trattamento sanitario potrebbe derivare un effetto collaterale.

Quando si parla di vaccinare il proprio figlio le evidenze sottolineano che i vantaggi dei vaccini sono di gran lunga maggiori del rischio di incorrere in effetti collaterali. Vaccinare è straordinariamente importante e non si deve tornare indietro.

Rivedere casi di poliomielite, difterite o tetano in Italia sarebbe una gravissima sconfitta per tutti.

\* *Infermiera presso RSA Beato Innocenzo, Berzo Inferiore*

\*\* *Coordinatore infermieristico, tutor pedagogico, Università degli studi di Brescia, Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Esine*

## Bibliografia

1. World Health Organization, Global Vaccine Action Plan (Secretariat Annual Report), (2014).
2. [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it).
3. Heidi J. Larson, Caitlin Jarrett, Elisabeth Eckerberger, David M.D. Smith, Pauline Paterson. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature 2007-2012. *Vaccine*. 2013; (32): 2150-2159.  
DOI: 10.1016/j.vaccine.2014.01.081
4. Gary S. Marshall. Roots of Vaccine Hesitancy. *South Dakota Medicine, The story of immunization*. 2013; special edition: 52-57.
5. Gowda C., Dempsey A.F. The rise (and fall?) of parental vaccine hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2013; (9): 1755-1762. DOI: 10.4161/hv.25085
6. Dubé E., Laberge C., Guay M., Bramadat P., Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2013; (9): 1763-1773.  
DOI: 10.4161/hv.24657
7. World Health Organization, Global manual on surveillance of adverse events following immunization, (2014).
8. Società italiana di pediatria preventiva e sociale, Luciano Pinto, Giuseppe Di Mauro, Gianni Bona, Un evento previsto: il calo delle coperture vaccinali in Italia nel 2014, (2015).
9. World Health Organization, Report of the SAGE Working Group, (2014).

## Bibliografia opuscolo

Giovanni Ara, Franco Giovanetti, Vaccinazioni: le risposte alle domande più frequenti dei genitori, (2012).

Franco Giovanetti, Vaccinazioni pediatriche: le domande difficili, (2015).

Regione Veneto, Vaccinazioni: dubbi e risposte. Un aiuto tra vere e false informazioni, (2014).

[www.infermieriperlasalute.it](http://www.infermieriperlasalute.it).

[www.vaccinarsi.org](http://www.vaccinarsi.org).

[www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it).

# “Una scelta in comune: esprimi la tua volontà sulla donazione di organi e tessuti”

## Indagine sullo stato di attuazione del progetto in 37 comuni di Brescia e provincia nell’anno 2016 e proposta di un intervento formativo da parte dell’assistente sanitario

Abstract Tesi di Laurea di Veronica Uberti  
C.d.S. in Assistenza Sanitaria A.A. 2015-16  
Relatrice: Assistente Sanitaria Dott.ssa Lina Rebuffoni

Con il progetto nazionale “*Una scelta in Comune: esprimi la tua volontà sulla donazione di organi e tessuti*”, regolamentato dalla Legge n° 25 del 26 Febbraio 2010 e successivamente Legge di Conversione n° 98 del 9 Agosto 2013, gli Uffici Anagrafe dei Comuni sono stati individuati quali punti di raccolta e registrazione delle dichiarazioni di volontà in merito alla donazione di organi e tessuti. A tutti i cittadini maggiorenni, quindi, in occasione del ritiro o del rinnovo della carta d’identità, è offerta la possibilità di esprimere il proprio consenso o diniego alla donazione.

La scelta degli uffici anagrafe, apparentemente lontani da questo aspetto prettamente sanitario, è stata fatta tenendo conto del fatto che, come dichiarato dal Ministero della Sanità, questo progetto “consentirà di raggiungere in modo progressivo e costante tutti i cittadini maggiorenni” al momento del rilascio o del rinnovo della carta d’identità, rivolgendosi, quindi, ad una popolazione più ampia e diversificata rispetto a quella che generalmente si rivolge ad altri enti deputati a questa attività.

Obiettivo principale dell’elaborato di tesi



è la valutazione dello “stato dell’arte” nei 37 Comuni di Brescia e Provincia che, al 31/07/2016, hanno aderito ed avviato il progetto. In particolare sono stati raccolti i dati sullo stato operativo del progetto stesso, sul livello formativo del personale incaricato di raccogliere le dichiarazioni di volontà, sulle difficoltà riscontrate dagli operatori, sui sussidi messi a loro disposizione e sull’eventuale fabbisogno formativo integrativo.

In funzione dei dati emersi dallo studio sarà ipotizzato un percorso formativo che consenta di offrire una formazione uniforme per tutti gli operatori interessati, sia sul piano strettamente sanitario della donazione e trapianto d’organi, sia sugli aspetti tecnici e operativi del progetto stesso, oltre che la sensibilizzazione e l’aumento della consapevolezza sull’importante, delicato ruolo loro affidato. I dipendenti degli uffici anagrafe dei 37 Comuni hanno ricevuto un questionario anonimo composto da 13 domande che indagavano principalmente quattro aspetti: da quanto tempo il Comune ha aderito al progetto, l’interesse dei dipendenti degli Uffici Anagrafe al tema della donazione di organi e tessuti, la

formazione ricevuta in merito alla tematica della donazione di organi e tessuti e al progetto “*Una Scelta in Comune*” e la percezione dei dipendenti in merito alla loro preparazione sugli aspetti tecnici del progetto. Le risposte complessivamente pervenute sono pari al 100% dei questionari distribuiti.

Riassumendo quanto emerge dai dati, si può affermare che la maggior parte dei Comuni del territorio bresciano ha avviato il progetto a partire dai primi mesi dell’anno 2016 e che soltanto il 38% degli intervistati si era interessato alla tematica della donazione di organi e tessuti prima dell’avvio. In merito alla formazione, è risultato che una piccola percentuale dei dipendenti degli Uffici Anagrafe, diversamente da quanto indicato nelle Linee Guida del Ministero della Salute, non ha ricevuto alcuna formazione né riguardo alla tematica della donazione di organi e tessuti, né in merito al progetto “*Una Scelta in Comune*”; i restanti dipendenti hanno dichiarato di aver consultato autonomamente del materiale informativo, oltre ad aver seguito dei corsi di formazione che, si può pensare, siano risultati carenti o non sufficientemen-

te esaustivi, sia dal punto di vista delle tematiche affrontate, sia per quanto riguarda il numero di incontri. Questo aspetto lo si può dedurre anche dal fatto che, indagando sul grado di soddisfazione degli intervistati in merito alla formazione ricevuta, un numero non irrilevante di essi si ritiene poco soddisfatto o addirittura non risponde alla domanda. L'importanza della formazione si evince anche dalle risposte errate di diversi dipendenti in merito agli aspetti tecnici ed operativi del progetto quali, per esempio, l'invio delle dichiarazioni di volontà espresse dai cittadini, gli enti a cui rivolgersi in caso di dubbi e/o necessità relative al progetto o l'obbligatorietà ad esprimere la volontà al momento del rilascio/rinnovo della carta d'identità (12 intervistati su 85 hanno, infatti, affermato erroneamente che i cittadini sono obbligati ad esprimere la propria volontà, sia essa positiva o negativa). Per la buona riuscita del progetto risulta, perciò, indispensabile una corretta conoscenza di tutti i passaggi operativi, anche al fine di evitare errori che potrebbero comportare la perdita di dati importanti.

Sulla base di quanto emerso, è stato ipotizzato un progetto/percorso di formazione che possa colmare i gap formativi, rivolto a tutti i dipendenti dei comuni di Brescia e provincia aderenti al progetto.

L'inserimento della figura dell'Assistente Sanitario in questo percorso, con funzione di pianificazione, organizzazione e valutazione dell'intervento, congiuntamente allo sviluppo di campagne di sensibilizzazione per le Amministrazioni Comunali, potrebbe risultare di fondamentale importanza per la buona riuscita del progetto.

In particolare, all'Assistente Sanitario potrebbe essere affidata l'organizzazione del percorso formativo, strutturato in più incontri suddivisi in tematiche da affrontare, la mediazione tra le diverse figure sanitarie, tecniche e di volontariato coinvolte nella formazione, la collaborazione con le Amministrazioni Comunali per la realizzazione di campagne pubblicitarie del progetto rivolte alla popolazione generale. L'Assistente Sanitario potrebbe anche occuparsi di raccogliere ed analizzare, al termine del percorso formativo, i dati relativi al gradimento dello stesso da parte dei partecipanti, al fine di garantire

un'offerta formativa il più possibile completa, omogenea e aderente alle esigenze del personale degli Uffici Anagrafe.

L'ipotesi di inserimento della nostra figura professionale all'interno di un simile progetto, quindi, risulterebbe efficace al fine di migliorare sempre di più la preparazione che precede ed accompagna l'operato dei dipendenti comunali, essendo l'Assistente Sanitario deputato all'educazione alla salute in tutti gli ambienti e fasi della vita.. Il ruolo di mediazione e raccordo interprofessionale garantirebbe, fra l'altro, lo sviluppo di un percorso formativo qualitativamente adeguato all'obiettivo del progetto, poiché riuscirebbe a coinvolgere persone che, pur non avendo attualmente la necessità di rivolgersi a strutture sanitarie, vengono sensibilizzate rispetto ad un tema che sta assumendo grande rilievo nella tutela della salute della popolazione.

# Introduzione ed organizzazione di un programma di educazione terapeutica nel Day Hospital Cardiologico della ASST Spedali Civili di Brescia

di Corrado Archetti\* e Stefano Bazzana\*\*

## INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione è uno dei maggiori problemi a livello sociale e sanitario ed il trattamento delle patologie croniche è direttamente correlato. Tale fenomeno è stato osservato negli ultimi cinque anni in un reparto di terapia intensiva cardiologica (UTIC degli Spedali Civili di Brescia) dove, anche sulla base di raccolte dati, si è registrata una significativa modificazione del rapporto tra i pazienti con una patologia acuta di nuova insorgenza (ad esempio infarto miocardico) ed i pazienti con una riacutizzazione di una patologia cronica (come lo scompenso cardiaco) con aumento di quest'ultima. Una delle informazioni che solitamente vengono chieste al paziente al suo arrivo in reparto è la conoscenza della propria terapia farmacologica e della propria patologia. La risposta spesso desta perplessità in quanto il paziente frequentemente riferisce di non conoscere le proprie terapie (anche se autosufficiente) o chiede di riferirsi al parente. Ora, se il paziente risulta essere dipendente an-

che a causa di altre patologie, la gestione della patologia è giustamente in mano al caregiver, ma nel caso di pazienti giovani e autosufficienti si rileva un forte disinteresse della persona o comunque una importante mancanza di conoscenza. Durante questo periodo di osservazione, all'interno della documentazione sanitaria assistenziale è stata aggiunta la "Scheda Educativa". Tale scheda ha come obiettivo quello di segnalare i pazienti o i familiari che necessitano di interventi educativi e offre la possibilità di indicare eventuali interventi eseguiti, oltre che tracciare il percorso educativo della persona. La principale criticità rilevata in rapporto all'utilizzo di questa scheda, almeno nel nostro ambito, è la difficoltà di eseguire una educazione efficace in un ambiente idoneo e con percorsi educativi strutturati.

L'educazione terapeutica è infatti un processo scientifico le cui fasi comprendono l'insieme delle conoscenze, abilità e sensibilità dei professionisti sanitari che consentono di orientare il paziente verso il rispetto dei trattamenti pre-

scritti, attraverso un controllo reale e responsabile. Per realizzare la continuità assistenziale e ottenere l'aderenza terapeutica, occorre un cambiamento che è culturale, prima ancora che professionale.

Nel 1948 l'OMS definisce la salute come “*uno stato di completo benessere, fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità*”. Dal 1948 ad oggi la popolazione e la natura delle patologie sono notevolmente cambiate: in passato il rapporto tra patologie acute e croniche era rovesciato rispetto ad oggi; le malattie che oggi consideriamo croniche portavano inesorabilmente a morte precoce. I cambiamenti socio-economici, ambientali e l'aumento della prospettiva di vita hanno determinato un cambiamento nei modelli di malattia e un aumento del numero di persone affette da patologie croniche. Invecchiare con una patologia cronica oggi è considerato la norma (oltre il 30% della popolazione); il trattamento e la cura di tali patologie rappresentano i principali costi del Sistema Sanitario Nazionale (circa il 70% della spesa). Per questo la definizione di salute da parte dell'OMS dovrebbe essere aggiornata, in quanto essa vede le persone affette da malattie croniche come “ammalate definitivamente”: tutte le persone affette da disabilità o da cronicità non potrebbero pertanto rientrare tra quelle in grado di avere una vita soddisfacente. Nell'educazione vengono presi in considerazione i bisogni reali e potenziali ed i meccanismi di adattamento alla malattia; essa è una terapia continua che va adattata ai cambiamenti e di conseguenza alle diverse esigenze e deve essere strutturata in modo consapevole con l'utilizzo di metodologie e strumenti appropriati che permettano di raggiungere un ottimale addestramento.

Per una corretta gestione della patologia è indispensabile la partecipazione attiva della persona alla sua cura. È per questo che, per esempio, parte dell'attività dell'equipe dell'U.O. di Diabetologia degli Spedali Civili di Brescia è incentrata sul processo di formazione del paziente e della sua famiglia. L'educazione viene svolta con diverse modalità (individuale, collettiva); in particolare da anni presso questa unità vengono realizzati corsi di Educazione Terapeutica specifici per vari aspetti della patologia. In occasione del presente lavoro è stata strutturata un'intervista rivolta al Dott. Um-



berto Valentini, responsabile del dipartimento di Diabetologia. Dall'intervista è emerso che la principale motivazione per l'organizzazione e l'inizio dell'attività dell'ambulatorio è riferibile alla difficoltà della gestione del diabete a domicilio e delle complesse nozioni che servono al paziente per mantenere uno stato di salute e una qualità della vita adeguata. Sin dalla nascita del loro ambulatorio, hanno voluto valutare gli *outcomes*. Si è riscontrato che il trattamento ha portato una maggiore consapevolezza e sicurezza nella gestione della patologia. Andando ad analizzare il rapporto costo-beneficio, sono stati monitorati gli anni dal 1996 al 2002 e, valutando anche il numero di ricoveri e il numero di prestazioni sanitarie erogate, è risultato un risparmio annuo nelle casse ASL di circa 6 milioni di euro. Se per valutare l'efficacia ci si basa sulla valutazione delle condizioni cliniche dei pazienti e delle migliori ottenute nei loro stili di vita, per l'efficienza bisogna fare una valutazione anche

osservando gli investimenti. Ovvero, calcolare la quantità di ricoveri o di visite specialistiche che non sono state eseguite in quanto non più necessarie grazie al miglior controllo della patologia.

## OBIETTIVI

Molti studi sull'educazione terapeutica e la sua applicazione hanno dimostrato un netto miglioramento nella gestione delle patologie cardiovascolari con una correlata riduzione dei ricoveri e degli accessi ospedalieri.

Partendo da questo assunto, l'obiettivo del lavoro di tesi è una revisione della letteratura riguardante i programmi di educazione terapeutica nelle patologie cardiovascolari acute ma soprattutto croniche e l'introduzione e l'organizzazione di un programma di educazione terapeutica nel Day Hospital Cardiologico degli Spedali Civili di Brescia. Nella fase iniziale del progetto si è deciso di includere solamente i pazienti che accedono al servizio di Day Hospital ma l'obiettivo finale è quello di includere anche i pazienti ricoverati nei reparti di degenza di Cardiologia. È stato scelto il Day Hospital in quanto, a differenza dei reparti di degenza, il paziente non si presenta per una riacutizzazione di patologia cronica ma per controlli, eventuali terapie o piccoli interventi elettivi (ad esempio sostituzione Pace Maker). Inoltre il personale in tale contesto, a differenza del reparto, ha maggiore possibilità di interagire col paziente. Elemento rilevante del lavoro di tesi è anche rappresentato dall'analisi della gestione organizzativa ed amministrativa del reparto, in modo da poter integrare il programma educativo in maniera ottimale.

## MATERIALI E METODI

La revisione della letteratura è stata svolta consultando la banca dati di Medline utilizzando il motore di ricerca PubMed. Per avere un quadro completo della letteratura scientifica internazionale, non sono stati impostati filtri sulla lingua dei lavori. Le parole chiave ricercate correlate ad operatori booleani sono state: *cardiovascular disease, myocardial infarction, heart failure, therapeutic education, therapeutic education program, self-care, chronic heart failure*.

Per quanto riguarda il progetto dell'ambulatorio si è proceduto all'analisi organizzativa di struttura e attività del Day Hospital del reparto

di Cardiologia degli Spedali Civili di Brescia, utilizzando anche un database di centodieci pazienti afferenti al servizio analizzando informazioni riguardanti i ricoveri per cause cardiologiche e non (sia precedenti che successivi all'accesso al Day Hospital).

## RISULTATI

L'evidenza della letteratura documenta che le raccomandazioni farmacologiche o le linee guida non sono sempre applicate. Infatti, studi recenti hanno dimostrato che i pazienti aderiscono poco alle modifiche dello stile di vita e al regime terapeutico e che un mese dopo la sindrome coronarica acuta solo un quarto dei pazienti aderisce ai propri piani terapeutici. Alcuni studi europei hanno dimostrato che in pazienti post-infartuati, il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare è ancora molto al di sotto del livello accettabile. In Francia, uno studio condotto in 1394 pazienti nel periodo post-IMA o la presentazione di angina instabile ha dimostrato che, a 6 mesi, il 50% dei pazienti erano ancora fumatori correnti, il 66% aveva livelli ematici di colesterolo LDL che erano superiori ai livelli che l'Agenzia francese per la sicurezza della salute raccomanda. Inoltre il 27,4% di questi soffriva di ipertensione arteriosa non controllata. Nel 2005, Clark et al. hanno pubblicato una meta-analisi per valutare l'efficacia di TPE (*therapeutic program education*) dopo una sindrome coronarica acuta (ACS). Sessantaquattro studi di alta qualità sono stati analizzati, compresi i programmi basati su TPE più esercizio fisico (24 studi) e gli studi che hanno analizzato uno o l'altro (23 studi per l'istruzione, 17 studi per l'esercizio).

Questo lavoro mostra gli effetti sinergici favorevoli della TPE e della formazione all'esercizio fisico. Questi risultati sono differenti da quelli della precedente meta-analisi condotta da McAlister nel 2001 dove non era stato trovato alcun effetto sulla mortalità. Infine, Clark et al. hanno sottolineato che due studi dimostrano che il TPE ha portato ad un risparmio di costi.

Più di recente, lo studio GOSPEL ha confermato l'efficacia dell'educazione terapeutica in uno studio multicentrico randomizzato di controllo con coinvolti 3241 pazienti. È stata trovata una diminuzione significativa a tre anni di follow-up degli eventi di mortalità cardiovas-

scolare, d'infarto miocardico e ictus. Un miglioramento significativo è stato trovato anche nelle abitudini di vita.

A conti fatti la TPE è chiaramente una terapia non farmacologica fondamentale nella gestione della malattia cardiaca. Limiti rilevanti riguardano il grado di cooperazione tra le diverse strutture che dovrebbero essere complementari nella gestione della salute del paziente. In questa prospettiva, all'inizio della terapia educativa sarebbe necessario creare collegamenti diretti tra le varie strutture erogatrici. Ulteriori studi sono necessari per meglio definire i programmi di TPE per le malattie cardiache e valutare il loro rapporto costo-efficacia. Per quanto riguarda il contenuto della TPE, vi è una necessità di strumenti validati per valutare le aspettative dei pazienti, i bisogni educativi e per fornire la terapia. In questa prospettiva, un approccio schematico potrebbe essere ispirato dalla visione globale delle malattie croniche raccomandato dal WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Il Day Hospital divide la propria attività in Day Service e MAC (macro attività ambulatoriale). Con il Day Service il paziente riceve una routine di esami ematici, un ecocardiocolordoppler, un elettrocardiogramma e una visita cardiologica. Per questa modalità non è prevista l'apertura di una cartella clinica e quindi nemmeno della cartella infermieristica. L'impegnativa per il Day Service può essere compilata dal MMG, dal cardiologo curante o dal cardiologo di reparto alla dimissione.

Per quanto riguarda la MAC, solo il Medico di unità operativa può compilare la ricetta. Esistono diverse tipologie di MAC. Per ogni ricetta possono essere prescritti fino a un massimo di 8 accessi. Le prestazioni ad esempio possono essere la sostituzione di generatori pace-maker o defibrillatori, impianti di looprecorder, prestazioni terapeutiche o farmacologiche, o ad esempio il paziente può entrare come MAC per eseguire esami quali angio-tac se è portatore di insufficienza renale e necessità di una preparazione.

Nella cartella clinica è già presente una "Scheda educativa" che, per quanto ben elaborata, risulta maggiormente utilizzabile per la valutazione della prosecuzione di un percorso educativo, ma complessa per una valutazione iniziale. Per questo motivo, ai nostri fini, ne è stata elaborata una semplificata.

Paziente già seguito dal percorso educativo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Il paziente è: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosufficiente</li> <li>• Parzialmente dipendente</li> <li>• Completamente dipendente</li> </ul>
Conosce la patologia e i più importanti segni e sintomi: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conosce il suo percorso diagnostico terapeutico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conosce i principali parametri vitali da monitorare: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Andamento dei parametri vitali a domicilio (segnare gli andamenti e eventuali modifiche): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Pressione Arteriosa</li> <li>• Frequenza cardiaca</li> <li>• Glicemia</li> <li>• BMI (...)</li> </ul>
Le informazioni provengono da: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente</li> <li>• Caregivers</li> <li>• Libretto auto assistenziale compilato regolarmente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> </ul>
Fumatore: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ha risposto sì, quante: .... <ul style="list-style-type: none"> <li>• In calo</li> <li>• In aumento</li> <li>• Invariato</li> </ul>

<p>Beve alcolici: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In calo</li> <li>• In aumento</li> <li>• Invariato</li> </ul>
<p>Segue una dieta equilibrata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> <li>• Note</li> </ul>
<p>Svolge regolare attività fisica:          Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>          Se si quanta?</p>
<p>Eventuali note generali:</p>
<p>Il paziente è da segnalare al percorso:          Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Va sottolineato che la creazione di una cartella clinica con connessa cartella infermieristica avviene solo nel caso degli accessi MAC; è proprio verso questi pazienti che è rivolto (almeno inizialmente) il presente progetto.

Durante l'accettazione infermieristica, ai pazienti o ai caregiver, verranno sottoposti i quesiti presenti nella scheda di valutazione educativa, così come rielaborati. Al termine della compilazione si decide se inserire il paziente nel percorso educativo (anche tramite un consulto col medico responsabile). Nella documentazione della cartella è presente la scheda educativa ospedaliera. Questa sarà molto utile per registrare gli interventi eseguiti e sottolineare le lacune conoscitive del paziente o caregiver, inoltre si potrà avere una tracciabilità delle attività svolte.

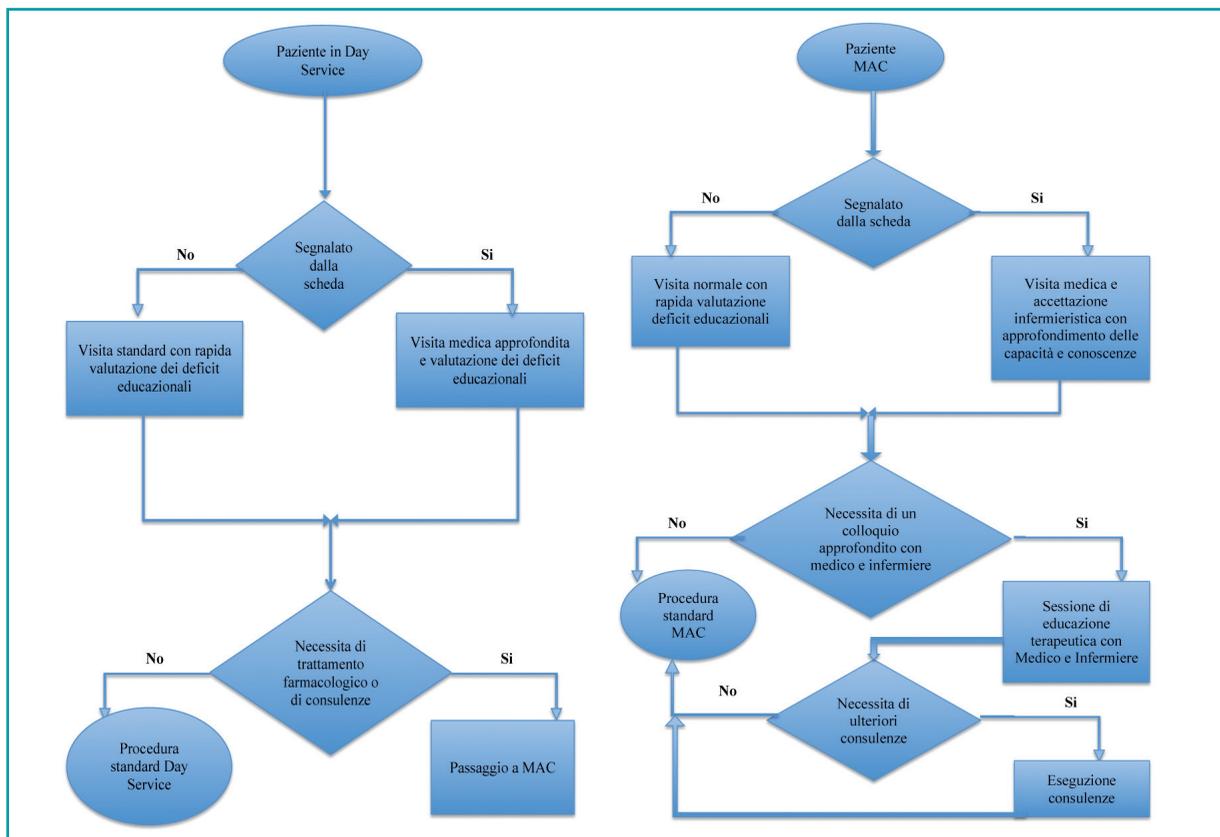
Se verrà stabilito che il paziente non necessita di educazione, proseguirà il suo decorso MAC come da attuale protocollo ospedaliero. Altrimenti, durante la sua degenza giornaliera, svolgerà un colloquio con l'infermiere

e attraverso questo verranno indagate le aree che presentano gap conoscitivi in modo da determinare diagnosi ed obiettivi specifici per poterle colmare tramite interventi appositamente scelti e la fornitura di opuscoli (a seconda della patologia) che sono già presenti in reparto.

Nel momento in cui verrà rivalutato dal medico prima della dimissione, si potrà decidere se il paziente necessita di eventuali consulenze specialistiche (ad esempio dietista o psicologo) e prescriverle in modo che le esegua prima della dimissione. Nel cartellino di dimissione dovrà essere esplicitato che il paziente è stato inserito nel programma di educazione terapeutica in modo da poterla proseguire nei successivi ingressi (tracciabilità).

Se il paziente invece è ricoverato in reparto, prima della dimissione andrà compilata la scheda semplificata in modo da poter segnalare nel cartellino del paziente i deficit di educazione. Quando questi dovrà prenotare il trattamento in Day service o MAC, dovrà comunicare alla segreteria se è stato segnalato per l'educazione terapeutica. Questo si rende necessario per far sì che nel medesimo giorno non siano ricoverati troppi pazienti che necessitano del programma di educazione in modo da poter dedicare loro il tempo e le risorse umane necessarie. Il problema si verifica nei pazienti che effettuano l'accesso come Day Service in quanto non è presente una cartella infermieristica; in questo caso il paziente verrà valutato dal medico che, se riterrà necessari dei trattamenti come farmaci infusivi o consulenze, potrà far slittare l'ingresso del paziente da Day service a MAC ed in questo modo verrà aperta una vera e propria cartella clinica integrata. A rigor di logica, se il paziente o il caregiver non sono correttamente educati, il paziente risulterà scompensato o comunque necessiterà di trattamenti, quindi il problema della cartella clinica per i pazienti Day service potrà essere superato con questa procedura. In questo modo ci ricollegeremo al medesimo trattamento dei pazienti che hanno eseguito un accesso iniziale in modalità MAC.

Ad ogni paziente seguito verrà fornito un libretto di auto-assistenza dove dovrà segnare i suoi parametri misurati regolarmente in modo da poter visualizzare l'andamento de-



Flow-chart relative ai percorsi dei pazienti che accedono in Day service e MAC

gli stessi. Chi compila potrà anche inserire eventuali note riguardanti ad esempio eventuali attività differenti dalla routine o le proprie sensazioni (benessere o meno in modo da valutare la tolleranza alla terapia). Questo libretto obbliga il paziente o il caregiver a responsabilizzarsi nei confronti della patologia e dopo una corretta educazione sarà anche in grado di comprendere quando vi è la necessità di contattare il medico. Per i pazienti scompensati vi sarà anche la possibilità di annotare la diuresi e le entrate di liquidi per poter ottenere un bilancio idrico (ciò non verrà eseguito tutti i giorni ma solo quando segnalato dal Day Hospital o dal MMG).

Con le conoscenze adeguate e potendo vedere l'andamento dei propri parametri, il paziente (o il caregiver), dovrebbe essere in grado di prendere in carico il proprio stato di salute in modo consapevole.

L'idea di inserire il progetto solo per i pazienti che accedono al Day Hospital è dovuta all'intenzione di iniziare questa fase di mo-

difica dell'organizzazione in modo che sia a costo zero. Una volta verificata l'efficacia e soprattutto l'efficienza del progetto, si potrà passare alla fase successiva che prevede il coinvolgimento anche dei pazienti ricoverati nei reparti di cardiologia. Per questi pazienti, dopo la stabilizzazione in modo da poter valutare le loro effettive capacità, è prevista la compilazione della scheda di valutazione elaborata ad hoc.

Da qui si potrà vedere se i pazienti necessitano di essere segnalati al programma o meno. La differenza però sta nel fatto che già durante il ricovero potranno essere inseriti nel percorso educativo. Questo permetterà di poter valutare dei miglioramenti già dal primo accesso in day hospital. Inoltre essendo il paziente ricoverato, potrà chiedere chiarimenti al personale durante la degenza anche successivamente all'incontro. Per fare questo, tuttavia, serviranno degli investimenti quali per esempio l'assegnazione di personale infermieristico qualificato e l'alle-

stimento di una stanza dedicata in quanto saranno previsti anche degli incontri di gruppo a tema dove i pazienti o i caregiver potranno esprimere le proprie preoccupazioni o dubbi. Passaggio successivo sarà la compilazione di un database per avviare uno studio osservazionale in modo da poter verificare i miglioramenti in termini di: qualità di vita, andamento degli esami ematici e strumentali, parametri vitali, numero e giornate di ricovero. Con questa metodologia scientifica sarà possibile altresì quantificare l'impatto dell'introduzione del percorso educativo in termini di costi economici sanitari.

## CONCLUSIONI

L'educazione è un passaggio fondamentale per la cura e il prendersi cura della persona affetta da patologie croniche. Bisogna trasmettere ad essa o al caregiver le conoscenze e le abilità necessarie all'autogestione della malattia agendo a livello cognitivo, psicomotorio e comportamentale (modello bio-psico-sociale). Da un programma di educazione terapeutica ci si aspetta un'adeguata formazione del paziente e la trasformazione dello stesso da soggetto passivo a protagonista attivo della propria cura e salute con lo stimolo del miglioramento della qualità della vita.

Per quanto riguarda il sistema sanitario, si può ottenere un'ottimizzazione delle risorse, maggiore collaborazione tra i diversi enti eroganti prestazioni ed infine elemento molto importante è la riduzione dei costi legati alle ospedalizzazioni. La nostra professione può trarne vantaggi in termini di riconoscimento e professionalizzazione migliorando l'efficienza e la qualità dell'assistenza. Ulteriore fattore evidenziato è il miglioramento della collaborazione tra colleghi e anche tra le diverse figure coinvolte nell'assistenza. Un efficace auto-gestione necessita di alti livelli di educazione e questa necessita di tempo, metodo, professionalità, formazione e anche di un ambulatorio infermieristico dedicato. L'educazione terapeutica si basa sullo sviluppo di percorsi che possano ingaggiare e coinvolgere il paziente (empowerment). È quindi fondamentale, da parte di tutti, accettare che sia il paziente il protagonista della cura e creare le condizioni migliori perché aderisca a questo nuovo ruolo. Per conse-

guire tutto ciò, oltre ad avere del personale adeguatamente formato ed umanisticamente adatto al ruolo, si necessita anche di una struttura ed una organizzazione che sia disposta ad investire in questa tipologia di percorso terapeutico assistenziale.

- \* *Laureato magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, infermiere UTIC Spedali Civili di Brescia*
- \*\* *Docente di Metodologie di Educazione del Paziente al Corso di Laurea di Infermieristica e di Deontologia e Organizzazione della professione al Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Università degli Studi di Brescia*

## Bibliografia

- Alabano MG, Jourdian P, De Andrade V, Domecke A, Desnos M, D'invernois JF. Therapeutic patient education in heart failure: do studies provide sufficient information about the educational programme? *Arch Cardiovasc Dis*, 2014, 107(5): 328-329.
- Beghelli A, Ferraresi A, Manfredini M. Educazione terapeutica. 2, Roma: Carocci editore; 2015.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*, 2002, 52: 69-77.
- Brown J, Clark A, Dalai H, Welch K, Taylor R. Patient education in the management of coronary heart disease. *Ugeskrift Laeger*, 2013, 175(25): 1797-9.
- Bruckert E, Giral P, Paillard F, Ferrieres J, Schlienger JL, Renucci JF, et al. Effect of an educational program (PEGASE) on cardiovascular risk in hypercholesterolaemic patients. *Cardiovasc Drugs Ther*, 2008, 22: 495-505.
- Brunie V, Lott MC, Guiader J, Slama M, Rieutord A, Vignand-Cpurin C. Therapeutic patient education in heart failure: a program's assessment. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*, 2012, 61(2): 74-80.
- Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med*, 2005, 143(9): 659-72.

- Crengle S, Smylie J, Kelaher M, Lambert M, Luke J, Anderson I, HarrèHindmarsh J, Harwood M. Cardiovascular disease medication health literacy among Indigenous peoples: design protocol of an intervention trial in Indigenous primary care services. *BMC Public Health*, 2014, 12. 714.
- Grègoire L, Zoltan P, Alain G. Efficacy of the therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns*, 2010, 79(3). 283-6.
- Gwadry-Sridhar FH, Fkintoft V, Lee DS, Lee H, Guyatt GH. A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch Intern Med*, 2004, 164. 2315-20.
- Harlan M, Krumholz HM. Post-hospital syndrome-an acquired, transient condition of generalised risk. *N Eng J Med*, 2013, 368(2). 100-2.
- Haubin J. Smoking cessation motivation questionnaire (Q-MAT). Construction and validation. *Alcohol and Addictology*, 2004, 26. 311-316.
- Jaarsma T, Van der Wal MH, Lesman-Leege I, Luttik ML, Hogenhuis J, Veeger NJ, et al. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (CO-ACH). *Arch Intern Med*, 2008, 168(3). 316-24.
- Juilliere Y, Trochu JN, Jourdain P, Roncalli J, Gravouelle E, Guibert H, et al. Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients: the French I-Care project. *Int J Cardiol*, 2006, 113. 355-63.
- Labrunèe M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. *Ann Phys Rehabil Med*, 2012, 55(5). 322-41.
- McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med*, 2001, 110. 378-84.
- McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ*, 2001, 323(7319). 957-62.
- Mosconi P, Colombo C, Villani W. Health literacy, empowerment, advocacy: orientarsi tra definizioni ed esempi. *Dialogo sui farmaci*, 2/2011. 68.
- Pavi B, Barbet R, Carrè F, Chamipon C, Iliou MC, Jourdain P, Juillière Y, Monpère C, Brion R. Therapeutic education in coronary heart disease: Position paper from the Working Group of Exercise Rehabilitation and Sport (GERS) and the Therapeutic Education Commission of the French Society of Cardiology. *Arch Cardiovasc Dis*, 2013, 106(12). 680-9.
- Riccio C, Sommaruga M, Vaghi P, Cassella A, Celardo S, Cocco E, et al. Nursing role in cardiac prevention. *Monaldi Arch Chest Dis*, 2004, 62. 105-13.
- Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*, 1995, 333(18). 1190-5.
- Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Educ Couns*, 2002, 46. 287-95.
- Stefan RM, Nita C, Craciun A, Rusu A, Hancu N. Effect of the early intensive multifactorial therapy on the cardiovascular risk in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: an observational, prospective study. *Clujul Med*, 2015, 88(2). 168-74.
- Stolic S, Mitchell M, Wollin J. Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: A review of the research literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2010, 9(4). 203-17.
- Tabidze G, Kobaladze N, Tsibadze T. Assessment of efficiency of patients' therapeutic education in chronic heart failure treatment. *Georgian Med News*, 2009, 175. 35-8.
- World Health Organisation. International Classification of functioning, handicap and health. 2001.

# Un nuovo paradigma del prendersi cura: nuove sfide e nuovi orizzonti per restare al passo dei tempi

di Serena Sperotto\*

**KEY WORDS:** *potenzialità individuali, autonomia decisionale, promozione della salute, controllo sulla propria salute, scelte attive e consapevoli, autonomia dei soggetti, sussidiarietà collettiva ed individuale, capacità di coping, empowerment, valutazione multiprofessionale, integrazione, caregiver, relazione terapeutica, tocco umano, reti di cura.*

## INTRODUZIONE

L'evoluzione delle politiche socio-sanitarie, complice l'insostenibilità dei costi dei servizi sanitari, negli ultimi anni sta spostando la "barra" velocemente verso un nuovo approccio, non più piramidale ma "di rete", dove si dia massimo risalto alle *potenzialità individuali*, all'*autonomia decisionale*, in un'ottica di *autocura*. Lo scenario culturale cui si tende in questi ultimi tempi è definibile "*sistemico-ecologico*" nel quale si tiene conto delle interconnessioni esistenti tra salute, ambiente, economia, sviluppo, scelte politiche: ciò porta indubbiamente a leggere la *promozione della salute* come processo tramite il quale garantire alle persone l'opportunità di *aumentare il controllo sulla propria salute*, di migliorarla, compiendo *scelte attive e consapevoli a sostegno del benessere non solo di sé stessi ma di tutta la collettività*. Questo nuovo paradigma di salute non rinnega il paradigma

biomedico, ma ne rappresenta un ampliamento e un'evoluzione.

## COME È CAMBIATO IL CONTESTO SOCIO-SANITARIO-ASSISTENZIALE ITALIANO

L'allungamento della vita media della popolazione, il conseguente aumento costante delle malattie cronico-degenerative, la crescita esponenziale di nuove patologie sociali quali dipendenze, malesseri psicologici, disagio, legate a doppio filo al nostro tempo, la cosiddetta "era digitale", richiedono una risposta assistenziale diversa rispetto a quella cui siamo abituati: i nuovi bisogni sono di carattere esistenziale e investono tutte le dimensioni dell'uomo, da quella psichica, a quella sociale a quella spirituale e non più solo quella fisica. Le esigenze di cura dei cittadini sono cambiate, è cambiata la consapevolezza stessa dei cittadini rispetto alla propria autonomia decisionale, nella scelta delle strutture e dei professionisti che più si avvicinino alle proprie esigenze. Al cittadino si propone una cura, un servizio e lui è libero di poter scegliere dove e come curarsi, l'imposizione verticistica o "top down" tipica del "paradigma meccanicistico" è venuta meno (Pellai, 1997).

Il welfare state cui eravamo abituati ovvero il prendersi cura di tutti "dalla culla alla bara" in cui "tutto viene garantito a tutti", inizialmente co-

struito per rispondere a bisogni primari, è stato costretto a occuparsi di più aspetti, sostituendosi alla famiglia, che progressivamente ha perso la sua autonomia e la sua centralità nel lavoro di cura e assistenza. Si è così radicata nella società la tendenza a considerare le cure unicamente in termini di erogazione di prestazioni e disponibilità di servizi formali per persone in condizioni di dipendenza assistenziale, trasformando i destinatari dell'intervento in soggetti passivi. Gran parte dei fallimenti del welfare state derivano proprio dall'aver eroso le basi della solidarietà familiare e comunitaria che avrebbe invece dovuto tutelare e valorizzare. Ultimamente però le nuove tendenze della popolazione e dei bisogni emergenti, associate alla grave crisi finanziaria mondiale, hanno sviluppato nuove tendenze verso *l'autonomia dei soggetti (empowerment)* e la *"sussidiarietà collettiva ed individuale"* (Barea, Cesana, 2003). Nel nuovo welfare la funzione dell'azione pubblica è quella di *incrementare l'autonomia dei soggetti*, non di generare "perfetta salute". In quest'ottica la salute può essere vista come *capacità di coping*, elemento questo che supera il classico concetto di "prendere in carico" e pone l'accento sull'importanza dell'autonomia e delle modalità riequilibranti interne a ciascun individuo, in una prospettiva sociale, e sull'importanza del coping verso l'ambiente, visto non solo in termini individuali, ma anche collettivi (Pellizzari, 2008). L'altra tendenza è quella alla sussidiarietà (definibile come quel principio regolatore per cui se un ente inferiore è capace di svolgere bene un compito, l'ente superiore non deve intervenire, ma può eventualmente sostenerne l'azione) quale principio guida per le norme delegate e per i legislatori regionali, sia per quanto concerne l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi della pubblica amministrazione, sia per ispirare i nuovi orizzonti delle politiche sociali nel nostro paese.

Occorre allora trovare uno spazio in cui la famiglia e le risorse informali di aiuto presenti all'interno di una comunità locale non siano più spettatori passivi, ma diventino attori. Risulta fondamentale riprogettare l'assistenzialismo di Stato e la restituzione alla persona, alla famiglia, alla società nel suo insieme, di tutte le funzioni che le competono e di cui lo Stato si è fatto carico in modo indebito. La comunità dovrebbe farsi carico, prendersi cura, dei propri componenti.

La parola d'ordine dovrebbe essere: *i n t e g r a z i o n e*; l'integrazione fra diversi livelli di assistenza si realizza attraverso percorsi clinico-assistenziali

diversificati in base ai diversi gradi di protezione ed intensità di cura previsti, condivisi fra il territorio, l'ospedale, e le reti integrate di cura (di cui la famiglia rappresenta uno snodo fondamentale come risorsa e come richiedente assistenza) coordinati da un'unica cabina di regia, che attui una programmazione integrata fra le varie unità d'offerta e sia in grado di offrire una risposta quanto più efficace ed efficiente nonché tempestiva partendo da una valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni.

## **IDENTIKIT DEL CAREGIVER E POLITICHE DI SUPPORTO**

Viene comunemente definito caregiver colui che svolge una funzione di cura e assistenza diretta ad un'altra persona; i familiari sono in genere i principali rappresentanti di questa assistenza, seguiti poi da amici, vicini di casa, volontari e collaboratori a pagamento (ad esempio badanti). Il caregiver condivide quotidianamente la vita con la persona malata bisognosa di assistenza, sia essa un anziano non autosufficiente, una persona adulta o minore affetta da invalidità acquisita o da patologie neurodegenerative o genetiche gravi ed invalidanti o un ammalato temporaneo. Il caregiver diventa quindi risorsa ed interlocutore fondamentale per la progettazione di qualsiasi piano d'intervento. Al caregiver si richiede pertanto di assistere senza sostituire, ovvero, in una parola, di compensare la diversità senza negare la dignità della persona: in tal modo, superando le fragilità e gli ostacoli di ogni sorta, si consegnano all'individuo gli strumenti necessari a provvedere da sé ai propri bisogni, rendendolo capace sia di individuare e stabilire criteri di priorità, sia di azioni concrete per soddisfare bisogni e realizzare obiettivi (Mortari, Iori, 2006).

Una risorsa fondamentale, per chi assiste il proprio caro, è l'assistenza domiciliare: è dimostrato infatti che chi ha usufruito, in condizioni di terminalità dell'assistito, di programmi di assistenza domiciliare mostra migliori indici di qualità di vita. Interventi di tipo psicologico possono sostenere i familiari caregiver, offrire uno spazio per parlare dei propri sentimenti e consigliare comportamenti per un migliore adattamento alla realtà. Esistono anche gruppi di mutuo-aiuto che, sotto la guida di esperti qualificati, fanno incontrare e confrontare persone che stanno vivendo la stessa situazione, che trovano così solidarietà, ascolto senza sentirsi giudicati e non sentendosi più soli. L'infermiere deve stabilire con il caregiv-

ver quella che viene definita “*relazione terapeutica*”, intesa non solo come modalità operativa, ma elemento essenziale ed imprescindibile per raggiungere gli obiettivi della sua attività professionale. La comunicazione terapeutica è uno strumento indispensabile per rilevare i dati necessari all’individuazione dei bisogni di salute delle persone e per mirare, di conseguenza, agli interventi più opportuni. Si stima che i caregivers informali forniscano in Europa e, nello specifico nel nostro Paese, circa l’80% dell’assistenza totale alle persone che affette da patologia cronico-degenerativa che vivono a domicilio. Il Polo Territoriale dell’ASST Spedali Civili di Brescia (ex ASL di Brescia) da alcuni anni sta investendo risorse per sostenere le famiglie che assistono a domicilio con l’attivazione di percorsi specifici e complementari nella tipologia d’offerta e ha puntato sull’accrescimento delle competenze dei caregivers informali attraverso l’attivazione di diversi interventi. Si pensi ad esempio alla Scuola di Assistenza Familiare, un percorso formativo articolato in più incontri e tenuto da specialisti quali infermieri, fisioterapisti, medici di medicina generale, assistenti sociali, psicologi, rivolto ai familiari e ai caregivers che gestiscono situazioni complesse a domicilio. A questa iniziativa si sono affiancati il manuale contenente schede tecniche con indicazioni e istruzioni dettagliate, corredate da immagini e scritte con un linguaggio semplice per “non addetti ai lavori”, è stato realizzato un DVD intitolato “Caregiver - Una scelta d’amore” con le testimonianze di numerosi familiari che prestano assistenza. Di recente, inoltre, è stata redatta una pubblicazione interattiva, denominata “*Io caregiver, dalla A alla Z, storie, suggerimenti, emozioni, informazioni... e altro*” disponibile sul sito dell’Azienda, nella quale sono state raccolte delle parole chiave ricorrenti per chi si prende cura, con relativa spiegazione, ricavate a partire da varie esperienze e testimonianze raccolte nel tempo, un modo per offrire un confronto tra chi si prende cura, che potrà riconoscersi nelle emozioni, nel bisogno di informazione, nei problemi e nelle soddisfazioni che può dare il lavoro di cura.

## CONCLUSIONI

Quanto sopra descritto spero faccia comprendere a tutti quanto possa essere importante il ruolo dei professionisti della salute, in particolare dell’infermiere, nel dispensare quel “tocco umano” tanto raro in un’epoca cibernetica e tecnologizzata come la nostra, ma capace di fare la differenza

nell’alleanza terapeutica tra professionisti della salute e pazienti; l’infermiere opera a diversi livelli sia in ospedale che sul territorio, e può contribuire fattivamente a intraprendere ed essere parte integrante di questo nuovo percorso che ha preso avvio di recente nella più ampia “costellazione” delle reti di cura.

\* *Laureata magistrale,  
Infermiera Polo Territoriale ASST  
Spedali Civili Brescia*

## Bibliografia

Legge Regionale 28 marzo 2014 - n.2 Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare Bollettino Ufficiale Regione Emilia Romagna

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2011) Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari. A cura di A. L. Del Favero

Mortari, L., Iori, V. (2006) Per una città solidale. Le risorse informali nel lavoro sociale. Milano: Unicopli

OMS (2001) Home based long term care. WHO technical Report Series, n. 898. Trad. it. : Quaderni di Sanità Pubblica 2001, 24 (123)

Palese, A., (1995) Dal modello biomedico al modello infermieristico quali problemi per l’infermiere. Atti del Convegno di Studio SEIRS, “Modelli teorici per la pratica professionale infermieristica, pratica e management”, Bologna 1995

Pellai, A., (1997) Educazione sanitaria. Principi, modelli, strategie ed interventi. Manuale per insegnanti ed operatori socio-sanitari. Milano: Franco Angeli

Scarcella, C., Di Meo, S., Comincini, F., Bonera, G., Guarinoni, M. (2012) La famiglia che assiste a domicilio: raccolta e analisi degli aspetti positivi, delle criticità e delle possibili aree di miglioramento in una ricerca condotta sul territorio bresciano. Tendenze Nuove, 3: 197-187 DOI: 10.1450/37108

Shon, D., (1993) Il professionista riflessivo. Dedalo, Bari

Taylor, C. (1991) Il disagio della modernità. Roma: Laterza Editore

WHO Regional Office for Europe (1988) Vienna declaration on Nursing in support of the european targets for health for all.

WHO Regional Office for Europe (1998 b) Therapeutic patient education continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases.

# Counseling per le patologie cardiovascolari tempo dipendenti: indagine su un campione bresciano

di Sara Raza\*

co-autori: Boldini Paolo, Andrea Paitoni

## PREMESSA

A livello mondiale, ed in particolare nei Paesi con uno stile di vita tipicamente occidentale, le malattie a carico del cuore e dei vasi sanguigni rappresentano ancora oggi la principale causa di morte; in Italia sono responsabili del 44% di tutti i decessi. Contribuiscono a questo triste primato soprattutto le malattie associate all'aterosclerosi la cui comparsa è favorita da uno stile di vita sempre più caratterizzato dall'adozione di abitudini e comportamenti scorretti. Sappiamo che queste sono patologie tempo dipendenti, questo significa che gli esiti sono fortemente influenzati dalla tempestività con cui le persone giungono all'attenzione dei sanitari. Durante il mio tirocinio presso il Pronto Soccorso di Gardone Val Trompia ho potuto osservare come molti degli accessi al servizio riguardassero proprio le patologie cardiovascolari e come spesso le persone coinvolte giungessero in Pronto Soccorso al di fuori del tempo ritenuto ottimale per un trattamento adeguato. La principale motivazione riferita è stata la scarsa conoscenza di segni e sintomi associata alla poca consapevolezza di essere soggetti a rischio. Mi sono quindi chiesta se questo fosse un problema circoscritto a quegli specifici casi o un problema comune a molti e che necessitasse perciò di maggiore attenzione da parte dei professionisti della salute.

## OBIETTIVI

Lo scopo del presente elaborato è stato quello di andare a raccogliere ed analizzare i dati relativi

a quei comportamenti che costituiscono i principali fattori di rischio, la consapevolezza delle persone a riguardo e le informazioni in loro possesso così da capire se questi potessero essere la causa del ritardo nell'accesso alle cure.

## MATERIALI E METODI

La realizzazione di questo elaborato si è articolata in una parte di revisione della letteratura e in una parte di raccolta dei dati. Per la revisione della letteratura, necessaria ad approfondire gli argomenti trattati, ho consultato articoli e testi reperiti prevalentemente attraverso la banca dati PubMed e su riviste specialistiche. Ho inoltre consultato il sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità relativo al "Progetto Cuore".

L'esperienza applicativa si è svolta a maggio 2016; durante la Giornata Internazionale dell'Infermiere, il collegio IPASVI ha organizzato degli screening gratuiti sul rischio cardiovascolare rivolti alla popolazione, ai quali ho chiesto di poter partecipare per poter raccogliere i dati di mio interesse su un campione di popolazione della provincia di Brescia. La raccolta dati è stata effettuata tramite un questionario composto da 9 domande a risposta chiusa con lo scopo di reperire informazioni sulle abitudini e gli stili di vita e sulle conoscenze possedute dalle persone su questo argomento. In seguito sono stati rilevati, per ogni persona, i valori di pressione arteriosa e di colesterolemia su sangue capillare così da poter effettuare il calcolo del rischio cardiovascolare utilizzando le "Carte del Rischio" ela-

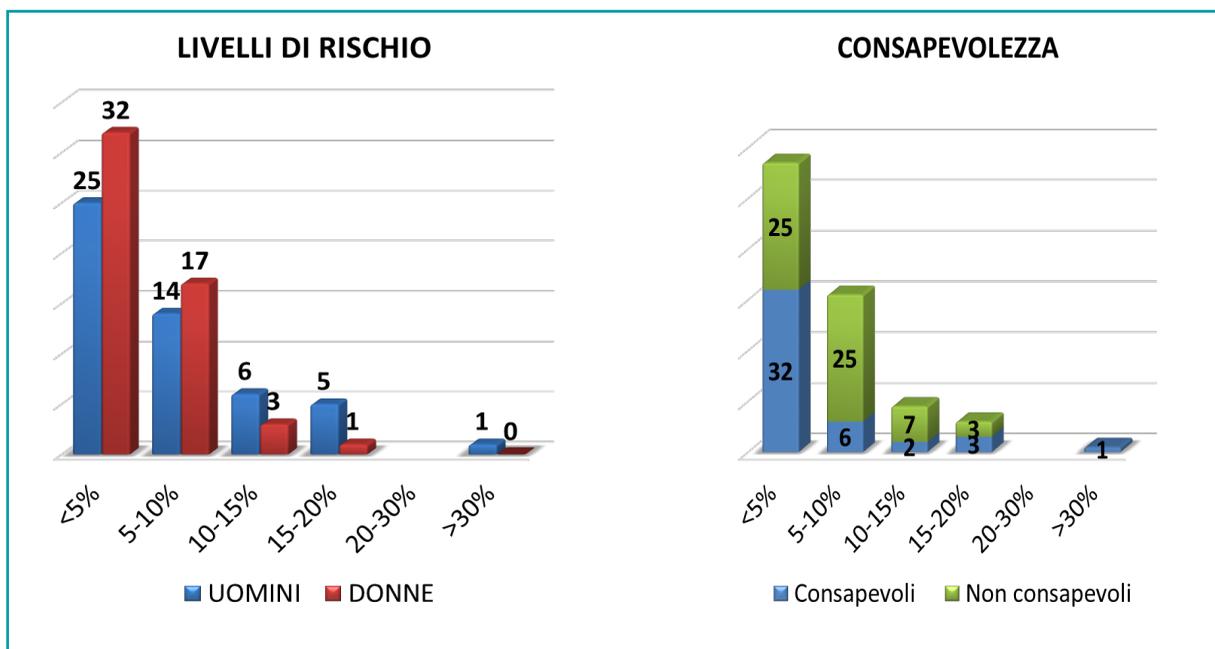


Fig. 1 Livelli di rischio cardiovascolare e consapevolezza delle persone in merito

borate dall'Istituto Superiore di Sanità. I criteri di inclusione del mio campione sono stati: età compresa tra 40 e 69 anni, assenza di precedenti eventi cardiovascolari, l'assenza di altre patologie predisponenti, la non assunzione di farmaci per il controllo dei fattori di rischio; sono stati esclusi i soggetti con precedenti problematiche cardiovascolari, con ipertensione o dislipidemie note e in terapia, persone al di fuori del range di età previsto e con patologie predisponenti a sviluppare patologie cardiovascolari.

Il campione di popolazione selezionato ai fini di questo progetto è composto da 104 persone su un totale di 108 questionari raccolti, 4 persone sono state escluse in quanto non rispettavano i criteri di inclusione sopra descritti.

L'occasione è stata quindi un pretesto per fare un intervento di counseling a queste persone, affinché prendessero consapevolezza della loro situazione e potessero quindi tenere monitorati i fattori di rischio già presenti oltre ad indirizzare le proprie scelte verso comportamenti più salutari per evitare l'aumentare del rischio stesso.

### RISULTATI

Dall'elaborazione dei dati relativi ai principali fattori di rischio modificabili è emerso che alcune abitudini dannose, quali il fumo di sigaretta, la vita sedentaria e una dieta poco salutare sono piuttosto diffuse, aumentando in questo modo la

probabilità di sviluppare patologie cardiovascolari nel corso del tempo.

Ad esempio, in risposta alla domanda "Quanto spesso svolge attività fisica?", è emerso che 43 persone su 104 svolgono una vita prevalentemente sedentaria mentre 38 svolgono attività fisica meno di 3 volte a settimana e solo 23 più di 3 volte. In merito alle abitudini alimentari della popolazione in esame, è stata proposta una lista di alimenti chiedendo quali di essi venivano consumati più di 3 volte a settimana. I dati ottenuti mostrano che, se da un lato vi è un ampio consumo di frutta e verdura (93 persone su 104) e di cereali (90 persone su 104), ancora numerose sono le persone che consumano in modo abituale alimenti come formaggi stagionati (66 persone su 104), salumi (54 persone su 104) e cibi confezionati (70 persone su 104), ritenuti meno salutari per il loro elevato contenuto di sodio, grassi saturi e conservanti. Riguardo al fumo è stato chiesto alle persone se fossero fumatrici o meno e, in caso di risposta affermativa, la quantità di sigarette fumate. La maggior parte della popolazione intervistata si è dichiarata non fumatrice (68%) e solo il 32% ha riferito di fumare, di questi però il 51% fuma più di 10 sigarette al giorno. I dati più interessanti però sono emersi in merito ai livelli di rischio individuali e alla consapevolezza delle persone a riguardo. Dall'analisi dei dati si è visto infatti che la maggioranza della po-

popolazione ha un livello di rischio cardiovascolare basso (<10%) e solo il 15% delle persone ha un rischio superiore ma di questi ultimi, il 62% non aveva consapevolezza del proprio rischio (Fig.I). Un altro dato interessante riguarda il ruolo dei professionisti sanitari nell'informazione e nell'educazione della popolazione. Dall'indagine si è rilevato infatti che 59% degli intervistati non ha mai ricevuto informazioni in merito al rischio cardiovascolare né dal proprio medico curante né da altri professionisti sanitari (Fig.II)

## CONCLUSIONI

In conclusione a questo lavoro non posso che sottolineare come vi sia la necessità, da parte di tutti i professionisti sanitari, di dedicare maggiore tempo alla prevenzione, all'educazione e al counseling rivolto ai loro assistiti. Attraverso queste pratiche infatti è possibile fornire tutte le conoscenze necessarie ad attivare le risorse insite in ogni individuo così da consentirgli di compiere consapevolmente le scelte di vita più salutari. Nell'ambito delle patologie cardiovascolari tempo dipendenti, un counseling adeguato potrebbe portare non solo ad un aumento delle conoscenze da parte della popolazione ma anche alla reversibilità del profilo di rischio, riducendo così non solo il numero di casi di malattia ma arrivando anche a una diminuzione degli esiti invalidanti dovuti al ritardo nell'accesso alle cure.

A questo proposito è fondamentale ricordare il ruolo chiave che come infermieri abbiamo in questo processo essendo la prevenzione, una delle attività che caratterizzano il nostro agire professionale, così come citato sia nel Profilo Professionale – D.M. 739/94 – che nel Codice Deontologico del 2009 il quale, all'art.19, ribadisce il nostro ruolo in quanto professionisti nella promozione di stili di vita sani attraverso l'informazione e l'educazione.

\* *Infermiera neolaureata,  
Università degli Studi di Brescia*

## Bibliografia

ATS Brescia, "Con meno sale nel pane c'è più gusto...e guadagni in salute", 2011.  
Campanerut A, Favaretto A, Boscaro G, "Il ritardo della chiamata al servizio di urgenza ed emergenza medica da parte degli utenti cardiopatici con dolore toracico", Scenario 2011; 28 (11): 34-37.  
Chiaranda M., 2011, "Urgenze ed emergenze – istituzioni", pp 181-195, 261.

Codice Deontologico dell'Infermiere, 2009; art. 19.  
Gianpaoli, C. Riccio, D. Vannuzzo, "L'applicazione italiana delle linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari", G Ital Cardiol 2008; 9(1): 60-67.

Perk J et al, Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012), G Ital Cardiol 2013;14(5): 330, 385-388.

Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.

Profilo professionale dell'Infermiere. D.M. 14 settembre 1994, n. 739; art. 1.

S. Vannucchi, L.Palmieri et al., "Benefici del profilo di rischio favorevole", 2012.

Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, 2010, "Infermieristica medico - chirurgica", Casa Editrice Ambrosiana, p. 871.

## Sitografia

Comunità montana Valle Trompia: popolazione, in <http://www.cm.valletrompia.it/istituzionale/popolazione>

Counseling e nursing: un'accoppiata vincente in un mondo sanitario in evoluzione, in [http://www.counseling-care.it/pdf/pdf\\_couns/Counseling24.pdf](http://www.counseling-care.it/pdf/pdf_couns/Counseling24.pdf)

European Heart Health Charter in [www.heartcharter.org](http://www.heartcharter.org)

Il progetto cuore, Prevenzione e stili di vita in <http://www.cuore.iss.it/prevenzione/prevenzione.asp>

Istituto Superiore di Sanità, Il Progetto CUORE, "Valutazione del rischio globale assoluto", <http://www.cuore.iss.it/valutazione/valutazione.asp>

Malattie cardiovascolari, in <http://www.epicentro.iss.it/focus/cardiovascolare/cardiovascolari.asp>

Malattie dell'apparato cardiovascolare: l'ictus, [http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Malattie\\_cardiovascolari](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Malattie_cardiovascolari)

Progetto CUORE a Brescia, Campagna di sensibilizzazione per l'operatore sanitario, 2006, <https://www.aslbrescia.it/media/pdf/pubblicazioni/Progetto%20Cuore%20-%20Asl.pdf>

Regione Lombardia, ATS Brescia, Rapporto sulla prevenzione, 2014 [http://www.aslbrescia.it/media/documenti/comunicazione/materiale%20divulgativo/2015\\_04\\_29%20Report.2014.pdf](http://www.aslbrescia.it/media/documenti/comunicazione/materiale%20divulgativo/2015_04_29%20Report.2014.pdf)

Sistema di sorveglianza PASSI, in <http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp>

Stili di vita nell'ASL di Brescia e promozione degli stili di vita da parte degli operatori sanitari, aggiornamento 2012, in [http://www.aslbrescia.it/media/documenti/osservatorio\\_epidemiologico/02\\_stili\\_di\\_vita/02A\\_stili\\_di\\_vita\\_popolazione\\_2006\\_2012.pdf](http://www.aslbrescia.it/media/documenti/osservatorio_epidemiologico/02_stili_di_vita/02A_stili_di_vita_popolazione_2006_2012.pdf)

# Studio sull'efficacia di un intervento educativo con metodologia di *peer education* in una scuola superiore di Bergamo circa l'influenza del gruppo nella rappresentazione dell'immagine di sé

Abstract Tesi di Laurea di Giulia Mazzola  
CdS in Assistenza Sanitaria A.A. 2015-16  
Relatore: Assistente Sanitaria Sabrina Sartorelli

## INTRODUZIONE

La Peer Education è una metodologia che valorizza l'apprendimento, la trasmissione, lo scambio e la condivisione di informazioni, valori, comportamenti ed esperienze all'interno di un gruppo di coetanei o di persone appartenenti ad un medesimo status.

Negli ultimi anni tale metodologia è stata utilizzata soprattutto per gli interventi di educazione alla salute nelle scuole superiori. Con questi percorsi ci si propone di coinvolgere alcuni soggetti di un gruppo per una formazione "ad hoc" sulle tematiche di interesse, per poi reinserirli nel gruppo di appartenenza in qualità di facilitatori per la promozione di competenze prosociali e di comportamenti a sostegno della salute, mediante la realizzazione di precise attività con i coetanei.

L'efficacia della Peer Education è dovuta alla partecipazione attiva e al coinvolgimento diretto dei giovani nelle azioni di protezione da comportamenti a rischio legati a problemi adolescenziali. In questo periodo della vita, infatti, i giovani si allontanano dai legami familiari e ricercano nuovi modelli comportamentali nei coetanei, percepiti come soggetti credibili nella veicolazione di un messaggio grazie ad un patrimonio comune di lingua, valori e riti.

Nell'anno scolastico 2015/2016 l'Istituto Superiore "Betty Ambiveri" di Presezzo (BG), articolato in sette indirizzi di studio, ha deciso di introdurre tale metodologia attraverso il progetto proposto dall'ATS di Bergamo: "*L'influenza*

*del gruppo nella rappresentazione dell'immagine di sé e nella scelta di comportamenti favorevoli alla salute".* Sono state coinvolte nove classi terze, dalle quali, tramite votazioni da parte dei compagni di classe, sono stati eletti 18 ragazzi (peer educators). Essi, a seguito di una formazione, da parte delle assistenti sanitarie e della psicologa, sui temi dell'autostima, dell'immagine di sé e dell'influenza del gruppo, hanno progettato ed attuato interventi in nove classi prime (216 studenti) del medesimo Istituto, riportando quanto imparato.

Gli obiettivi del progetto erano: sviluppare e potenziare le *life skills* richiamate dalla prevenzione dei comportamenti a rischio; rendere consapevoli i ragazzi rispetto alla pressione dei pari e al ruolo che gioca il gruppo nelle scelte relative alla propria salute; favorire il protagonismo dei ragazzi all'interno della scuola in merito al tema della salute e del benessere, costituendo gruppi di lavoro eterogenei e composti da ragazzi appartenenti ad indirizzi scolastici differenti.

### OBIETTIVI

È stato effettuato uno studio per valutare l'efficacia del progetto proposto dalla ATS e tale valutazione è avvenuta su più fronti, indagando: un eventuale cambiamento nella percezione dell'autoefficacia e un consolidamento delle competenze dei 18 peer educators selezionati nelle classi terze, prima e dopo il percorso; il livello di conoscenza e le convinzioni degli studenti delle classi prime coinvolte sul tema proposto, prima e dopo gli interventi tenuti dai peer educators nelle loro classi; il livello di gradimento degli studenti delle classi prime.

### METODI

Per valutare l'impatto sui ragazzi destinatari del progetto sono stati somministrati diversi questionari.

Ai peer educators è stato chiesto di compilare due questionari, entrambi all'inizio ed al termine del progetto: uno composto da 14 domande chiuse che misurano le proprie competenze: la capacità di lavorare in gruppo, di risolvere i problemi, la comunicazione interpersonale e sociale (empatia, comunicazione efficace e autoefficacia sociale) e la gestione delle emozioni negative; il secondo questionario somministrato ai peer educators è composto da 5 affermazioni sull'autoefficacia e sull'autostima dei ragazzi.



Agli studenti delle classi prime, invece, è stato chiesto di compilare un questionario, in entrata e in uscita, composto da 20 domande, per la verifica di un eventuale cambiamento nelle conoscenze e convinzioni in seguito agli interventi tenuti nelle classi dai peer educators.

I risultati ottenuti sono stati comparati con un campione di controllo costituito da 96 studenti delle classi seconde del medesimo istituto, ma non partecipanti al progetto.

Questa scelta deriva dall'impossibilità di trovare, in provincia, un istituto con analoghe caratteristiche; si è quindi scelto di avvicinarsi quanto più possibile all'età anagrafica del campione caso.

Infine, è stato somministrato un questionario di gradimento agli alunni delle classi prime.

I dati dei questionari sono stati inseriti all'interno di un database utilizzando il programma Epidata e, successivamente, estratti in foglio Microsoft Excel ed elaborati tramite il programma Epi Info.

## RISULTATI

Nonostante il campione indagato dei peer educators sia esiguo, quindi non statisticamente significativo, si evidenzia un trend di miglioramento delle competenze per la vita (life skills) sviluppate durante il percorso: aumento dell'autostima e del senso critico rispetto alle proprie capacità personali; maggiore capacità di lavorare in gruppo tenendo conto delle differenti idee e opinioni; considerazione del gruppo come risorsa positiva nello svolgimento dei vari compiti.

Per quanto riguarda il questionario somministrato alle classi prime, complessivamente, nonostante la maggior parte degli studenti delle classi prime abbia risposto correttamente alle domande sia nel questionario pre sia nel post, non ci sono stati miglioramenti significativi, eccetto sull'argomento "immagine di sé". Dalla comparazione con il campione di controllo non sono emerse sostanziali differenze nelle risposte.

Dal questionario di gradimento, invece, è emerso come il progetto, pur essendo stato proposto solo da un anno, abbia coinvolto e incuriosito i ragazzi e come la metodologia della peer education sia stata apprezzata per il clima divertente creatosi e per la libertà di potersi esprimere tra ragazzi.

## DISCUSSIONE

La ricerca ha evidenziato che i peer educators, a seguito della formazione ricevuta, hanno acquisito o migliorato le loro competenze di vita e che la loro responsabilizzazione ha contribuito a consolidare l'autostima personale.

I lavori di gruppo hanno determinato un'apertura verso gli altri ed una maggiore consapevolezza del ruolo del gruppo come risorsa per la scuola.

Nonostante sia il primo anno in cui venga proposta la peer education in questa scuola, i risultati positivi ottenuti relativamente ai peer educators, oltre ad essere emersi dai questionari di autovalutazione, sono stati confermati dagli insegnanti stessi, i quali hanno riscontrato, in alcuni di questi alunni, un cambiamento nel comportamento con gli insegnanti e con il gruppo classe.

Gli insegnanti delle classi prime hanno riferito di essere rimasti molto sorpresi dalla capacità dei peer educators di gestire questi ragazzi.

Gli scarsi risultati ottenuti invece nei ragazzi delle classi prime sono sicuramente da ricon-

durre alla restrizione dei tempi ed all'enorme difficoltà nel definire conoscenze in termini di concetti obbiettivi e misurabili; i temi trattati, infatti, non possono costituire un parametro univoco e oggettivo per valutare l'impatto degli interventi, poiché non costituiscono delle vere e proprie informazioni, quanto piuttosto delle competenze.

Tra le criticità emerse, è risultata complicata l'organizzazione del calendario delle attività a causa della numerosità delle classi, degli impegni scolastici ed extrascolastici.

Inoltre, è stato difficoltoso anche interfacciarsi in modo costruttivo e cooperativo con tutte le componenti adulte del contesto scolastico.

## CONCLUSIONI:

I risultati ottenuti da questa indagine, anche se con limiti e criticità, confermano l'utilità della metodologia adottata nell'affrontare le tematiche proposte in questo progetto specifico. Infatti, rispetto agli obiettivi previsti, sono stati confermati i miglioramenti auspicati, seppur più evidenti negli studenti di terza, come afferma la letteratura inerente i dati di efficacia dell'educazione tra pari.

Ciò nonostante, si sono apprezzati alcuni miglioramenti anche negli studenti delle classi prime, relativamente alla definizione dell'immagine di sé e al riconoscimento dell'influenza del gruppo nelle proprie decisioni.

Si auspica per il futuro di coinvolgere più insegnanti: la cura della comunicazione con gli insegnanti risulta fondamentale, poiché un progetto di peer education, per poter entrare nel tessuto scolastico, per prima cosa deve essere percepito come una misura di prevenzione della scuola stessa. Si prevede che, proseguendo il progetto negli anni, il numero di peer educators aumenterà e, di conseguenza, il loro intervento dovrebbe risultare più incisivo nel favorire comportamenti di salute più consapevoli tra i coetanei. Si può pensare di ampliare il target ricettivo scolastico implementando le attività e facendo sì che coinvolgano l'intera scuola, proponendo altri modi per raggiungere più coetanei possibili: mostre fotografiche, iniziative, giornalini scolastici, ecc.

Si potrà, infine, riproporre, a distanza di anni, uno studio per verificare se la persistenza all'interno dell'istituto degli interventi di peer education avrà conseguenze positive in termini di scelte di vita salutari.

# Efficacia di un intervento di educazione terapeutica al paziente laringectomizzato totale: studio su un campione di soggetti della provincia di Brescia negli anni 2015-2016

Abstract Tesi di Laurea di Panada Giulia  
C.d.S. in Assistenza Sanitaria A.A. 2015-16  
Relatrice: Assistente Sanitaria Bodei Flora

## INTRODUZIONE

L'incidenza del cancro alla laringe rappresenta il 4,5% di tutti i tumori maligni ed è il più frequente tumore del tratto aero-digestivo superiore (28%). È prevalente nel sesso maschile rispetto a quello femminile. In Italia il rapporto M/F arriva a 10:1, e l'età più colpita è tra i 60-70 anni. In Italia si contano circa 5.000 nuovi casi l'anno di tumore della laringe tra gli uomini e 500 tra le donne. Tra le cause si ricorda il fumo di sigaretta, i processi infiammatori cronici, le precancerosi (leucoplachia delle corde vocali, papillomatosi), l'alcool. Infine contribuiscono all'insorgenza della neoplasia laringea anche i fattori ambientali. Compito degli operatori sanitari che accolgono il paziente laringectomizzato all'interno dell'ambulatorio di Foniatria

è quello di rendersi disponibili ad ascoltare per concertare con lui i tempi della ripresa e capire che cosa vuole la persona che si è rivolta all'ambulatorio riabilitativo. È opportuno impostare il dialogo facendo capire che il primo obiettivo deve essere quello di ricreare un benessere psico-fisico necessario anche per imparare a parlare con la voce esofagea, ma soprattutto per migliorare la loro benessere fisico e psicologico. L'intervento di educazione terapeutica implica un processo educativo che si rivolge ai pazienti e ai loro caregivers e si propone di renderli competenti nelle attività di autocura, in modo da rendere il soggetto decisore competente. Ruolo dell'assistente sanitaria è quello di essere educatrice, facilitatrice, mediatrice e consulente in grado di ascoltare, osservare, parlare,

orientare, negoziare, cooperare e sostenere sempre i pazienti che intraprendono questo percorso riabilitativo, adottando la concezione di salute come benessere bio-psico-sociale per permettere al paziente laringectomizzato di reinserirsi nella vita quotidiana, superando gli ostacoli della malattia e raggiungendo un benessere globale migliore.

## OBIETTIVI

L'assistente sanitaria programma e presiede incontri di educazione terapeutica in equipe con altri operatori sanitari presso l'ospedale. All'interno dei Servizi di Foniatria l'assistente sanitaria si occupa di fornire informazioni e consigli, attraverso un counselling mirato al paziente laringectomizzato perché assuma un corretto stile di vita in seguito all'operazione e alla presenza della cronicità della malattia. È di fondamentale importanza riuscire a comprendere il percorso del paziente laringectomizzato, capire la condotta di vita in seguito all'intervento e trovare metodi per eseguire interventi di educazione terapeutica efficaci per ogni paziente. All'interno della ricerca da me intrapresa si è cercato di valutare:

- In maniera globale l'approccio psicologico e sociale del paziente alla malattia oncologica.
- La qualità della vita dei pazienti laringectomizzati totali in seguito all'operazione demolitiva della laringe.
- L'efficacia degli interventi proposti ai pazienti laringectomizzati totali.

Lo scopo finale dell'indagine è quello di poter elaborare un percorso in cui il paziente laringectomizzato totale possa migliorare la sua qualità di vita sia dal punto di vista fisico, sia dal punto di vista psico-sociale. In tale percorso l'assistente sanitaria può aiutare il paziente cronico a rafforzare quelle abilità di vita (o Life Skills) che possono essere compromesse dalla patologia aiutandolo, attraverso incontri programmati, a recuperare l'autoefficacia, l'autocoscienza, la capacità di gestione dello stress e delle emozioni, la comunicazione efficace, altre abilità sociali).

## METODI

A causa della mancanza di studi scientifici sul tema, si è dovuto creare uno strumento ad hoc per l'indagine, usando come riferimento alcuni questionari già validati a livello nazionale e internazionale. La popolazione oggetto di studio è rappresentata dai pazienti laringectomizzati

totali iscritti all'AILAR sezione di Brescia e provincia, da febbraio 2015 a febbraio 2016. Il questionario proposto agli intervistati è anonimo, auto compilato e si compone di 21 domande a risposta chiusa. Al momento dell'arruolamento i pazienti sono stati raggiunti presso gli Ambulatori di Riabilitazione Fonetica del Servizio di Foniatria dell'A.O. Spedali Civili di Brescia, dell'A.O. di Manerbio e della A.O. di Esine, oltre che presso l'associazione AILAR in occasione del rinnovo della tessera associativa, durante incontri ricreativi promossi dall'associazione.

## RISULTATI

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato raccolto un campione di 71 questionari, corrispondente al 93,4% della popolazione oggetto d'indagine. L'elaborazione dei dati è stata effettuata con un'analisi descrittiva, siamo giunti ad alcune conclusioni: bisognerebbe garantire a questi pazienti, un caregiver che possa aiutarli nelle mansioni quotidiane almeno nel periodo post-intervento, potrebbe essere utile informare il paziente della presenza sul territorio di servizi adeguati quali ASST per l'assistenza infermieristica e servizi sociali territoriali, sarebbe opportuno al momento della diagnosi tranquillizzare il paziente inserendo sistematicamente un percorso pre-operatorio un momento di counselling tra assistente sanitaria, maestro riabilitatore AILAR, operatori del Servizio di Foniatria e il paziente, in cui siano fornite tutte le informazioni riguardanti l'intervento chirurgico, le conseguenze dello stesso, l'esito del percorso riabilitativo ed educativo e per poter rispondere ad eventuali dubbi e perplessità. Importante è informare anche la famiglia per ridurre lo stato di ansia e tensione e per prepararla al cambiamento fisico ed emotivo del proprio congiunto, agli accorgimenti da mettere in atto e ai comportamenti da adottare per aiutare il recupero più ampio possibile del soggetto. Si è cercato di capire se il tipo di comunicazione utilizzata subito dopo l'intervento abbia avuto un'influenza sulla capacità comunicativa dell'assistito attualmente per comprendere il livello di efficacia del corso stesso. Incrociando i dati è emerso che chi rifiutava qualsiasi tipo di comunicazione subito dopo l'intervento ha maggiore difficoltà ad apprendere una qualsiasi forma comunicativa, rispetto a chi, subito dopo l'intervento, ha mantenuto i contatti con gli altri attraverso i messaggi scritti. Di conseguenza sarebbe opportuno, per orienta-

re un migliore intervento di educazione terapeutica, fare maggiore attenzione a chi subito dopo l'intervento non comunicava affatto, sviluppando un corso *ad hoc* per motivare il paziente al recupero sia della parola, sia delle *Life Skills* evidentemente perdute in seguito alla malattia oncologica e all'intervento. Infine si è cercato di comprendere come la qualità della vita degli intervistati sia cambiata prima e dopo l'intervento: come atteso, i dati evidenziano un peggioramento, mentre sulla qualità della vita attuale e futura buona parte degli intervistati (n.36) crede che il proprio benessere resti stabile; solo una minima parte pensa di poter peggiorare (n.10), mentre alcuni (n.25) credono che, nel tempo, la qualità di vita possa migliorare. E' opportuno che questo aspetto venga affrontato e elaborato durante il corso di riabilitazione, affinché il paziente e i *caregiver* siano preparati ad affrontare le principali criticità che potrebbero emergere.

#### DISCUSSIONE

A seguito dell'indagine si è ipotizzato un percorso formativo di educazione e promozione alla salute dal titolo:

#### **LA VOLONTÀ DI FARSI SENTIRE E CAPIRE**

*Intervento di educazione terapeutica al paziente laringectomizzato totale per il recupero delle life skills*

Il ruolo e le funzioni che l'Assistente Sanitario può in questo percorso saranno la pianificazione, l'organizzazione e la valutazione dell'intervento educativo, congiuntamente alla elaborazione e realizzazione di incontri di formazione rivolti agli operatori sanitari perché pongano la dovuta attenzione al recupero delle *Life Skills* del paziente laringectomizzato totale.

Gli incontri rivolti ai pazienti che accedono al Servizio di Foniatria saranno preceduti da una riunione organizzativa in cui l'assistente sanitario illustrerà agli operatori sanitari del servizio, ai maestri riabilitatori AILAR le finalità del percorso formativo, il materiale che verrà utilizzato, la durata e la metodologia didattica. Inoltre, al termine del percorso formativo, si occuperà di somministrare i questionari sulla Customer Satisfaction ai pazienti laringectomizzati totali. Una volta raccolti tutti i questionari, provvederà alla elaborazione dei dati e alla loro restituzione agli operatori del percorso riabilitativo. Se dovesse emergere carenze e/o problematiche inerenti al percorso formativo, l'Assistente Sanitario, in collaborazione con gli operatori sanitari e il ma-



estro riabilitatore AILAR si occuperà di ridefinire il percorso educativo terapeutico anche del materiale cartaceo da consegnare agli operatori sanitari del servizio, al maestro riabilitatore e ai volontari dell'associazione in merito alle tematiche trattate durante la formazione, in modo da permettere un'ulteriore consultazione autonoma per lo svolgimento delle attività. Oltre a ciò, sarà prevista l'ideazione di una brochure dettagliata che contenga un riassunto di tutte le informazioni e gli accorgimenti più importanti per un'adeguata vita quotidiana, trattati durante gli incontri formativi, che il paziente potrà consultare a casa e nei momenti di dubbio.

Obiettivo principale di questo percorso è quello di offrire un percorso incentrato sul recupero del laringectomizzato totale non solo dal punto di vista della riabilitazione fonetica, ma soprattutto dal punto di vista psicologico e sociale per un adeguato re-inserimento nella vita quotidiana.

Data la metodologia di conduzione del corso, che prevede esercitazioni e momenti di discussione fra docente e partecipanti, la verifica dell'apprendimento avverrà tramite l'analisi dei contenuti che emergono nello sviluppo delle giornate formative. Dalle osservazioni dei partecipanti, il docente sarà in grado di verificare il livello di comprensione-condivisione dei temi proposti e di offrire immediati feed-back in proposito.



# Comunicazioni del Collegio

## Il Tar Lazio respinge il ricorso dell'Ordine dei medici e approva il *See & Treat*

*Il ricorso dell'OMCeO di Roma era stato presentato nel 2015 contro il servizio infermieristico aperto dall'ex Asl Roma C. Soddisfazione dell'Ipasvi: "Il See and Treat è un percorso chiaro e senza equivoci, che non può generare rischi per i pazienti, ma al contrario riduce di molto le liste di attesa, gli interventi impropri e le code in pronto soccorso".*

“Gli infermieri sono adeguatamente formati, hanno esperienza, capacità e un livello tale di responsabilità, anche penale nel caso, che il modello di assistenza negli ambulatori infermieristici see&treat previsto nel Lazio non solo è lecito, ma serve a migliorare il servizio, accorciare le liste di attesa e soddisfare con più efficienza i bisogni dei cittadini”. Così in una nota l'Ipasvi sintetizza le motivazioni con cui il Tar Lazio, con la sentenza 10411/2016 pubblicata il 19 ottobre ha respinto il ricorso dell'Ordine dei medici di Roma che lo scorso anno aveva chiesto l'annullamento della determinazione n. 384 del 20 marzo 2015 con cui l'Asl RM C ha disposto “Attivazione ambulatori infermieristici sul modello See and Treat”.

“Nello scenario di forte cambiamento che caratterizza i nostri sistemi sanitari è sempre più cruciale la collaborazione fra professionisti che non possono più pensare di offrire una risposta monoprofessionale a problemi e bisogni complessi. La sentenza pone l'accento su questa esigenza - ha commentato il presidente del Collegio Ipasvi di Brescia **Stefano Bazzana** - e d'altronde il

See&Treat è un modello sperimentato ampiamente, da quasi 10 anni in Toscana e in altre regioni italiane e da oltre 30 anni nei paesi anglosassoni. Sono stati pubblicati (anche su riviste mediche!) gli ottimi risultati ottenuti sia per le risposte efficaci ai bisogni dei cittadini, sia per una maggiore rapidità d'intervento, la sua sicurezza e un minor costo per le aziende sanitarie, tutti elementi che ora sono riconosciuti anche dalla giurisprudenza”. “Le guerre di posizione tra professioni, le minacce giuridiche e gli attacchi mediatici - ha commentato la presidente della Federazione nazionale Ipasvi, **Barbara Mangiacavalli** - non servono a nessuno, né ai professionisti né tantomeno ai pazienti e alla migliore organizzazione dei servizi. Meglio sarebbe sedersi a un tavolo e concordare le soluzioni migliori salvaguardando e, anzi valorizzando, le peculiarità di entrambi le professioni. Il See and Treat è un percorso chiaro e senza equivoci, che non può generare rischi per i pazienti, ma al contrario abbatte interventi impropri, liste di attesa, code ai pronto soccorso (evitando l'afflusso di circa il 70% dei codici bianchi inappro-

priati). È un tassello del nuovo modello che dovrà caratterizzare il Servizio sanitario nazionale”.

“Le ragioni del ricorso - scrive l’Ipsavi - , ritenute tutte infondate dal Tar, erano la non presenza né vicinanza di medici agli ambulatori infermieristici, il fatto che il medico non può validare a posteriori il percorso valutativo e terapeutico delineato dall’infermiere perché la norma lo ritiene responsabile solo degli atti compiuti sotto la sua supervisione, che con il See&Treat sono delegate alla diagnosi e alla cura degli infermieri alcune complicate patologie che sarebbe più opportuno affrontare con la supervisione medica”.

### **I punti principali fissati dalla sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale:**

- la responsabilità dell’infermiere è confermata dalla Cassazione penale che osserva come anche “L’infermiere del pronto soccorso adibito ad attribuire i codici di priorità (c.d. “triage”) risponde di omicidio colposo qualora il paziente muoia per un ritardato intervento indotto da una sottovalutazione dell’urgenza del caso” (Cassazione penale, sezione IV, 1 ottobre 2014, n. 11601);
- il modello See&Treat prevede che fino dalla individuazione dei casi più urgenti rispetto a quelli minori vi provveda personale “indifferentemente rispetto alla professionalità medica e infermieristica” che può essere compensata dalla notazione che il sistema inglese da cui il modello deriva prevede che il personale dell’area See and Treat sia costituito “dagli operatori più esperti e che comunque abbiano ricevuto una formazione specifica per la patologia di competenza”;
- al servizio si accede dopo il passaggio per il “triage”, svolto da personale infermieristico con il compito di “definire la priorità di cura sulla base delle necessità fisiche, di sviluppo psicosociali, sulla base di fattori che determinano il ricorso alle cure e compatibilmente con l’andamento del flusso all’interno della struttura”. E se fino dal triage del paziente, è impegnato personale infermieristico che lo classifica secondo un codice di priorità assistenziale, l’obiezione secondo i giudici è contraddittoria nella contestazione della capacità e della competenza con il correlato livello di responsabilità che incombono agli infermieri assegnati al servizio See and Treat;
- il processo formativo degli infermieri ha avuto

l’obiettivo “di implementare l’appropriatezza clinica/assistenziale/organizzativa e di creare un modello omogeneo per migliorare le prestazioni erogate nell’area Emergenza/Urgenza attraverso lo sviluppo e la certificazione di competenze del personale infermieristico per la valutazione e il trattamento della casistica con problemi di salute minori”. E ha anche precisato che alcuni percorsi formativi sono stati integrati da specialisti;

- dove il paziente rientra in uno dei casi elencati dall’atto che non possono essere assistiti nel See&Treat viene mandato al Pronto Soccorso ordinario, come pure oltre precisato dalla memoria dell’Asl;
- nel caso in cui si individui la necessità di una preventiva visita medica il paziente viene immediatamente trattato dal medico specialista competente presso il Pronto Soccorso;
- che agli infermieri non sia attribuita la funzione di diagnosi della malattia si desume dalla stessa delibera dove non si parla mai di questa funzione, ma esclusivamente di “discriminazione iniziale tra casi urgenti e casi non urgenti”, così come effettuato nel triage di un Pronto Soccorso “ordinario” e di cura dei codici bianchi in base all’elenco delle patologie minori individuate dalla stessa delibera;
- la competenza degli infermieri è espressamente prevista dalla legge 251/2000, che all’articolo 1 dispone che : “Gli operatori delle professioni sanitarie dell’area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell’assistenza”;
- e infine secondo i giudici non vale nemmeno l’osservazione dell’Ordine dei medici che ipotizza la responsabilità per falso ideologico del medico che controlla l’operato dell’infermiere, smentita secondo il Tar dal fatto che il medico di Pronto Soccorso è sempre in contatto in via telematica col servizio S&T e che dunque tale supervisione è sempre diretta, costante e contestuale all’intervento infermieristico.

# La tecnologia a supporto della relazione assistenziale infermieristica

di Daniela Vezzoli\*, Stefano Bonometti\*\*, Danila Maculotti\*\*\*

## INTRODUZIONE

Nel contesto odierno si è assistito ad una serie di cambiamenti indotti dalle evoluzioni tecnologiche sulla collettività. In particolare ha rivestito un enorme successo l'affermarsi dei siti di Social Network (Nielsen, 2009), il cui forte impatto sociale ha portato ad inevitabili mutamenti. Nell'onda di tale progresso e diffusione nell'uso di social media, sorge lecita l'ipotesi se sia possibile creare un ponte di collegamento con la realtà sanitaria (M. Giacometti, M.R. Gualano, F. Bert, R. Siliquini, 2013). Da qui è nato l'interesse condiviso con medico chirurgo ed infermiera enterostomista, operativi presso Fondazione Poliambulanza, di condurre un lavoro di ricerca che approfondisse la tematica, compiendo un'osservazione ed analisi del caso al fine di mettere in evidenza in che termini è possibile servirsi dell'ausilio della tecnologia a favore dell'assistenza offerta al paziente.

## OBIETTIVO

L'obiettivo dell'indagine svolta è stato quello di verificare quanto l'uso di Social Network, nel caso specifico qui preso in considerazione WhatsApp, possa rappresentare un utile strumento di supporto alla continuità assistenziale rivolta ai pazienti stomizzati, ricoverati nel reparto di chirurgia addominale presso Fondazione Poliambulanza, una volta dimessi dall'ospedale.

## SCENARI SOCIALI

Le esperienze degli ultimi anni hanno dimostrato, che l'uso degli strumenti della *Information Communication Technology* (ICT), può consentire una migliore gestione della "cronicità" ed un reale supporto all'autonomia, generando diffuso ottimismo; questa può divenire la via giusta per innovare i servizi e le opzioni assistenziali, per la sempre più vasta fascia di utenza gravata da

questi problemi. ICT per la *home care* sintetizza la volontà di congiungere i comparti dei servizi sanitari e sociali in un sistema unitario e coerente, ad alta capacità di interazione e cooperazione, favorita dall'uso delle nuove tecnologie di comunicazione e rilevazione/misurazioni di parametri essenziali per il benessere della persona, la sua sicurezza, il suo comfort e qualità di vita. Oltre ad un più rapido e tempestivo scambio di informazioni di alto valore/impatto clinico-assistenziale e di dati utili per il governo del sistema, i moderni strumenti di ICT per la *home care* conferiscono la possibilità di aggiungere elementi di valore relazionale e affettivo di elevare il protagonismo delle persone, per porle in grado di poter autogestire sempre più la propria malattia cronica e di includere nella complessità dei servizi tutti gli attori di cura formali ed informali (fondamentale il ruolo dei familiari care givers), qualificando l'apporto soprattutto di questi ultimi (Da Col, D'Angelantonio, 2014).

## MATERIALE E METODI

Il percorso di ricerca ha realizzato un'indagine esplorativa di natura qualitativa per comprendere l'efficacia del social network Whatsapp nel prolungare la relazione infermieristica oltre il periodo di degenza. Attraverso l'analisi del testo sviluppato nei dialoghi via chat e la compilazione di un questionario in ingresso e in uscita, il team di ricerca ha rilevato aspetti specialistici e relazionali dell'assistenza infermieristica, nonché l'avvio di una dimensione di gruppo tra i partecipanti. Il campione analizzato ha incluso un piccolo gruppo di pazienti (o loro caregiver), afferenti al reparto di chirurgia addominale e in cura presso "Hole Oasis" di Poliambulanza, con stomia e di indistinta patologia e prognosi finale, presi in esame da Gennaio 2016, a Luglio 2016. È stato creato un gruppo denominato "WhatsApPoli", dove sono stati inclusi caregiver e pazienti, ad adesione volontaria, che disponessero dell'applicazione WhatsApp sul proprio smartphone.

Si sono elaborati due questionari le cui domande sono state realizzate tenendo in considerazione tre macro aree dimensionali emerse dalla letteratura sulla relazione infermieristica, quali quella relazionale, linguistica e tecnico-professionale e correlate aspettative e risultanze ricavate dall'esperienza. I questionari sono stati somministrati ai caregiver e ai pazienti stomizzati inclusi all'interno del gruppo di WhatsApp, in due tem-

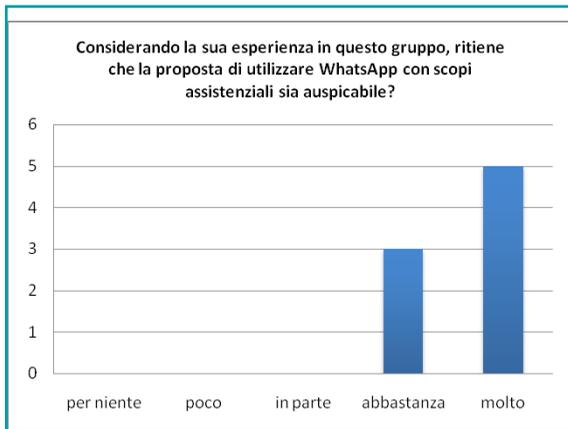
pi diversi: l'uno coincidente nel momento dell'inserimento della persona all'interno del gruppo di WhatsApp; mentre il secondo in concomitanza al periodo conclusivo di osservazione. I questionari erano compilabili direttamente online: è stata creata una pagina, raggiungibile tramite link indicato nella chat, collegato ai Moduli online di Drive-Google, in cui vi era visibile il questionario e i soggetti potevano apporvi le proprie scelte; una volta compilato il tutto, i dati venivano inviati e successivamente rielaborati nel "database".

Ad un secondo livello sono stati analizzati i testi dei dialoghi avvenuti sia tra l'infermiera e i pazienti, sia tra i pazienti stessi. Attraverso le tre categorie d'analisi già evidenziate (relazionale, linguistica e tecnico-professionale) sono emerse tendenze e correlazioni che hanno permesso di comprendere l'efficacia dello strumento tecnologico.

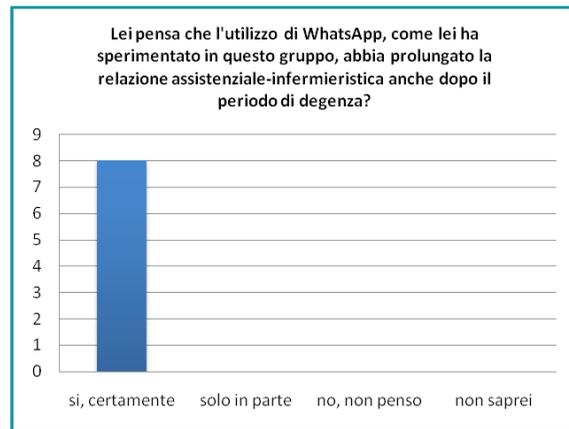
## RISULTATI

L'analisi dei dati ricavati dai questionari, ha messo in evidenza alcuni aspetti interessanti: nella fase iniziale è stato possibile rilevare interesse e curiosità, da parte dei partecipanti, rispetto alla possibilità di servirsi dell'applicazione WhatsApp per scopi assistenziali, utilizzata fino a quel momento, per fini differenti. Nell'elaborazione conclusiva emerge che:

- la linea di tendenza delle risposte e degli atteggiamenti è risultata più che positiva, confermando le aspettative attese;
- i partecipanti hanno valutato come auspicabile l'utilizzo di Whatsapp per scopi assistenziali (Figura 1);
- l'applicazione WhatsApp è risultata un ottimo strumento per prolungare la relazione assistenziale nel post-dimissione (Figura 2);
- i partecipanti al gruppo hanno riconosciuto come funzionale la possibilità tratta da tale dispositivo di potersi confrontare con simili realtà di malattia;
- le risposte assistenziali ottenute rispetto alle problematiche cliniche sono state ritenute sempre esaustive e complete;
- ed infine alla proposta, se consigliare ad un altro paziente di partecipare al gruppo di WhatsApp, la totalità dei partecipanti ha risposto "sì" (Figura 3).



*Fig. 1 Domanda del questionario finale dell'esperienza osservativa rivolto ai pazienti e caregiver inclusi nel gruppo di WhatsApp.*



*Fig. 2 Domanda del questionario finale dell'esperienza osservativa rivolto ai pazienti e caregiver inclusi nel gruppo di WhatsApp.*

La propensione delle risposte ottenute da tale quesito, con tendenza positiva, evidenzia un riconoscimento da parte dei partecipanti al gruppo di come il confronto con altri membri del gruppo sia risultato funzionale nell'affrontare ansie preoccupazioni in quanto la condivisione ha dato modo di superare i timori e dare maggior conforto agli animi.

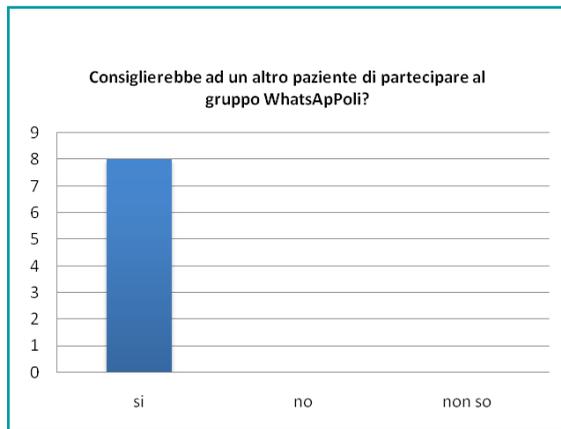
Risulta dalle risposte conseguite a questa domanda, che la piena totalità dei membri del gruppo, si trova in accordo nel riconoscere come dubbi, difficoltà emersi, abbiano trovato sempre una risposta chiara ed esaustiva da parte dall'infermiera esperta. La disponibilità, la rapidità delle risposte, il conforto, la fiducia, sono senza dubbio fattori che hanno giocato forza nel conferire solidità alla relazione assistenziale infermieristica.

Dalle risposte ottenute è stato possibile osservare, come l'aspetto comune in tutte, sia stata la riconoscenza verso l'infermiera e la disponibilità della stessa, nel far fronte alle problematiche ed ogni possibile dubbio vi sorgesse all'interno del gruppo di WhatsAppPoli; un altro aspetto risultato prevalente nelle risposte, è stata la possibilità di confrontarsi con persone che alla pari, si trovano nella condizione di gestire una stomia, da cui se ne può dedurre un'identificazione nell'altro e nel contempo un senso di appartenenza che seppur creatasi virtualmente, ha permesso di creare dei legami tra le persone. L'analisi del testo inerente le conversazioni online, avvenute tra i componenti del gruppo

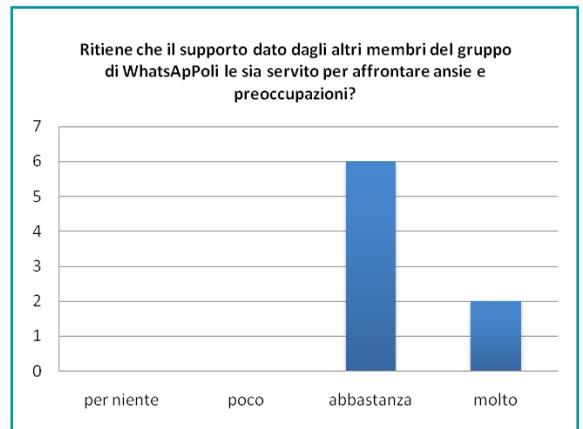
di "WhatsapPoli" ha messo in evidenza come la dimensione relazionale emerga come significativa nonostante lo scambio avvenga in un contesto di Social Network, sostenendo ogni dialogo analizzato. Nel concreto è stato possibile cogliere alcuni aspetti salienti meritevoli di considerazione e valutazione, ad esempio:

- la condivisione di vissuti del presente e del passato
- il riscontro di medesimi problemi ha fornito un aiuto nell'affrontare situazioni che generano ansia (Figura 4)
- il rafforzamento del sé e delle proprie capacità, grazie al supporto morale e tecnico che viene offerto alla persona che si trova di fronte a situazioni difficili di natura pratica
- il supporto morale.

L'orientamento delle risposte, relative alla domanda inerente la possibilità di migliorare le proprie relazioni sociali attraverso la partecipazione al gruppo di WhatsApp, ne evidenzia una propensione verso l'idea che possa crearsi un contesto favorevole agli scambi, in cui i partecipanti vi possano trovare nella condivisione, beneficio per se stessi e nelle relazioni con altri. Dal punto di vista linguistico, l'analisi compiuta ha potuto appurare la tendenza al ricorso ad una comunicazione informale, sgravata dall'uso della III persona e l'uso frequente di emoticon, in associazione o singolarmente, a



*Fig. 3 Domanda del questionario finale dell'esperienza osservativa rivolto ai pazienti e caregiver inclusi nel gruppo di WhatsApp*



*Fig. 4 Domanda del questionario finale dell'esperienza osservativa rivolto ai pazienti e caregiver inclusi nel gruppo di WhatsApp*

quanto posto per iscritto. Per quanto vi concerne la dimensione tecnico-professionale, è stato possibile constatare come i quesiti posti riguardassero principalmente: la gestione di complicanze lesivo/irritative della zona peristomale, la gestione di complicanze funzionali, il corretto uso dei presidi, l'adeguatezza degli stessi rispetto al proprio caso, difficoltà nel reperirli. In ogni circostanza le indicazioni dell'esperta si sono rivelate funzionali con fini risolutivi. In merito alla tempistica degli scambi, si è potuto constatare che la velocità di risposta è stata pressoché immediata; le risposte pervenute hanno dato modo di chiarire dubbi e risolvere problemi. Il ricorso all'ambulatorio, esclusi gli appuntamenti ordinari di controllo prestabiliti, è stato regolamentato in itinere in base alle problematiche emerse, in quanto l'identificazione del bisogno e la valutazione dello stesso da parte dell'infermiera esperta, hanno consentito di riconoscere la gravità della situazione e consigliare l'approccio migliore da mettere in atto.

### DISCUSSIONE

La ricerca sperimentale di natura quantitativa e qualitativa-esplorativa che si è condotta, ha permesso di approfondire la tematica riferita al possibile nesso tra la diffusione dei social media (Murero, 2014, pp 19-44, 103-107) e la realtà sanitaria (Berman, Snyder, Jackson, 2013). Fare dei Social Network uno strumento che possa essere di aiuto e supporto all'assistenza infermieristica, è possibile nei termini

in cui vi si preveda all'interno una figura moderatrice, in questo caso l'infermiera esperta, rispetto alle interazioni che vengono ad instaurarsi all'interno del gruppo e nel contempo, in virtù delle competenze in suo possesso, sappia valutare con professionalità le problematiche emerse. All'interno della ricerca è necessario rintracciare anche i limiti o condizioni che hanno caratterizzato l'esperienza: il contesto circoscritto entro il quale si è sviluppato il lavoro, ovvero quello ambulatoriale con pazienti stomizzati; da questo punto di vista, risulta mancante della verifica di una sua applicabilità in un ambiente diverso, come quello del reparto o una comunità di maggiore dimensioni. Il numero di pazienti/caregiver incluso all'interno del gruppo di WhatsApp, risulta limitato e dunque poco affine ai canoni di efficacia dei risultati di una ricerca quantitativa. È opportuno però in questo punto, precisare come il lavoro sperimentale condotto, trattasi di una ricerca quantitativa/qualitativa di natura esplorativa, e in quanto tale è necessario porsi su un piano di analisi differente da quello precedentemente citato; le finalità che prevalgono in questo ambito sono di genere esplorativo e descrittivo, con la prospettiva di formulare teorie per interpretare i fenomeni (Boyd, 1990).

### CONCLUSIONI

Alla luce dell'analisi compiuta rispetto alle conversazioni avvenute all'interno del gruppo di WhatsApp ed alle risposte emerse dai que-

stionari somministrati ad inizio e fine periodo osservativo, è stato possibile giungere ad una valutazione conclusiva: la percezione dei pazienti/caregiver, in merito a questa esperienza, è risultata molto positiva. Il confronto tra i partecipanti ha messo in risalto il clima di solidarietà che si è venuto ad instaurare all'interno del gruppo WhatsAppPoli, attivando come ipotizzato una piccola community online, che condivide vissuti e necessità di cura. Inoltre, la correttezza delle risposte terapeutiche, la fiducia verso chi li stava curando e la loro percezione di sicurezza che ne è conseguita, ha rappresentato la conferma della reale possibilità di incontro tra prolungamento del servizio infermieristico e le innovazioni tecnologiche della comunicazione. Dunque la ricerca sperimentale esplorativa che si è condotta, vuole essere in questi termini un contributo e nel contempo uno stimolo ad una visione diversa da quella comune della tecnologia, scardinata dal pensiero che non sia possibile trarre un vantaggio, beneficio dalla stessa; ciò che gioca la differenza, risulta chiaro essere l'uso che se ne fa.

- \* *Neo laureata in Infermieristica il 27/10/2016, all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia.*
- \*\* *Professore associato di didattica presso l'Università del Molise, docente a contratto presso il Corso di laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica*
- \*\*\* *Infermiera Enterostomista operativa nell'ambulatorio Stomizzati presso l'Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza, Brescia*

### ***Bibliografia essenziale***

Berman, Snyder, Jackson (2013), *Nursing clinico, tecniche e procedure di Kozier II° edizione Edises, Napoli.*

M. Giacometti, M.R. Gualano, F. Bert, R. Siliquini (2013), «La Sanità Pubblica a portata di mano: l'uso degli Smartphones nel contesto sanitario italiano» in *Rivista Scientifica "Igiene e Sanità Pubblica"*, Vol. LXIX n.2, pp. 249-259.

K.M. Leander, N.C. Phillips, K. Headrick Taylor (2010), «The Changing Social Spaces of Learning: Mapping New Mobilities», in *American Educational Research Association*, Vol.34, n.1.

M. Massarotto (2011), *Social Network, costruire e comunicare identità in Rete*, APOGEO Edimatica, Milano.

J. McWhorter (2013), «Texting isn't writing, it's fingered speech», Long beach, California TED 2013 (Technology, Entertainment, Design) cfr. <https://www.wired.com/2013/03/texting-isnt-writing-its-fingered-speech/>

M. Murero (2014), *Comunicazione post-digitale, teoria interdigitale e mobilità interconnessione*, Edizione Nuovi pensieri, Padova.

L. Saiani, A. Brugnolli (2014), *Trattato di cure infermieristiche II° edizione*, Sorbona, Milano.

L. Solima (2010), «Social Network: verso un nuovo paradigma per la valorizzazione della domanda culturale», in *Sinergie*, n.82/10, pp. 47-74.

J. Willemse (2015), «Undergraduate nurses reflections on Whatsapp use in improving primary health care education» in *AOSIS*, Vol. 38, n.2, pp.1-7.

## Recensione

a cura di Stefano Bazzana

### *Una storia sbagliata*

Regia di Gianluca Maria Tavarelli,  
2015

*“Cos’altro vi serve da queste vite/ora che il cielo al centro le ha colpite/ora che il cielo ai bordi le ha scolpite”*. Questi sono alcuni versi della canzone di Fabrizio De André (dedicata a Pasolini) che dà il titolo al film e che possono inquadrare la storia. Perché Gianluca M. Tavarelli, assente dal grande schermo dal 2006, è un regista che si è sempre occupato di ‘vite’. Anche quando fa fiction televisiva di alto livello come, ad esempio *“Maria Montessori - Una vita per i bambini”* o gli episodi de *“Il giovane Montalbano”*. Nelle sue opere si avverte sempre una passione e una compassione, nel senso più alto del termine, nei confronti dei propri personaggi e delle storie raccontate.

Stefania è infermiera per una ONG, al seguito di una missione umanitaria in Iraq. Il suo reparto si occupa in particolare della cura dei bambini affetti dal labbro leporino e da malattie della pelle causate dalle esalazioni di gas. Stefania è sposata con Roberto (Francesco Scianna), che di mestiere fa il soldato, un amore sbocciato a Gela, in quella Sicilia altrettanto afflitta dai guasti provocati dalla chiusura del petrolchimico. Dopo il matrimonio, Roberto ha accettato la destinazione in Iraq, allo scoppio della seconda guerra del golfo. Ritorni a casa sempre più brevi, diminuzione delle capacità di adattamento. Infine la notizia della morte, la partenza di Stefania, la sua voglia di conoscere l’uomo che si è fatto saltare in aria. Tristezza, rabbia, disperazione, poi un incontro e qualcosa che cambia. Il regista torinese lavora per sottrazione sulle carenze, su ciò che non c’è più e sui motivi che mettono in



conflitto il cuore e la mente. La guerra come perdita di ogni equilibrio interiore; la morte come annullamento di ogni forma di difesa; la rincorsa tra passato e presente come offuscamento di ogni riflessione sul futuro.

Ma questa pellicola ha anche il merito di affrontare un tema complicato e “pericoloso” per i rischi di esposizione conseguenti a un tema scottante come quello riguardante l’impiego dei soldati italiani nelle varie missioni militari attualmente in corso in diverse parti del mondo. È molto più, quindi, di una storia d’amore o di cooperazione: il film innesca una sottile riflessione sul conflitto, non soltanto bellico ma anche culturale e sociale, tra Oriente e Occidente.

Storia densa di stratificazioni psicologiche, e un cinema che sfida i pregiudizi, quello di Tavarelli, nel quale i sentimenti violati diventano ribellione politica, anzi etica, tensione civile di non rassegnazione. Senza concessioni alla retorica: gli scontri tra Stefania e la sua guida irachena Khaleed (l’ottimo attore belga Medhi Debhi) non solo mettono in luce le difficoltà di capirsi tra culture ma non fanno sconti né all’una né all’altro in una ricerca motivata da tante pulsioni al cui centro si trova, una donna. Non però una donna soldato ma, in modo molto più originale, semplicemente una moglie a cui l’attrice Isabella Ragonese offre anche un corpo che muta, con un profilo che diviene sempre più affilato. Come una vita scolpita ai bordi.

## Formazione sul campo

La conclusione del triennio formativo 2014-2016, il secondo in cui l'“appropriatezza” formativa degli infermieri e degli assistenti sanitari viene riconosciuta tramite una certificazione, è ormai alle porte, pertanto i primi mesi del 2017 saranno importanti per stilare un bilancio individuale e complessivo del livello di adesione al sistema ECM da parte dei nostri iscritti.

Durante il convegno *“Le Professioni Sanitarie ed il sistema ECM tra presente e futuro”* infatti, tenutosi a Roma il 23 novembre 2016, Co.Ge.A.P.S ha presentato una serie di novità che saranno attivate nel triennio 2017-2019 e che possiamo sintetizzare in questo modo:

- Il fabbisogno formativo per singolo professionista rimane di 150 ECM annui, ma con aggiustamenti verso il basso che saranno calcolati in base al numero di crediti conseguiti nei trienni precedenti. Per semplificare, chi risulterà in regola nel triennio successivo dovrà conseguire meno ECM rispetto a chi non ha soddisfatto il suo fabbisogno formativo.
- Viene eliminato per tutti il tetto al numero di ECM annui minimo (25 ECM/anno) e massimo (50 ECM/anno), mentre in precedenza questa possibilità era una prerogativa dei soli liberi professionisti. Per semplificare, sarà possibile (ma per ovvie ragioni non consigliabile) conseguire tutti i crediti del proprio fabbisogno individuale anche in un solo anno del triennio.
- L'autoformazione (tramite la lettura di riviste, articoli e monografie) verrà riconosciuta anche ai lavoratori dipendenti per un tetto massimo del 10% del fabbisogno formativo totale.
- Verrà sancita la distinzione fra certificazione e attestazione: mentre la prima sarà ottenuta mediante il conseguimento del fabbisogno tramite momenti formativi aderenti al proprio dossier individuale (quindi numero di crediti + aderenza al dossier formativo), la seconda stabilirà il semplice raggiungimento del fabbisogno formativo (numero di crediti).  
Il dossier formativo diventa pertanto vincolante al fine dell'ottenimento della Certificazione, che andrà a rappresentare un livello più alto di “accreditamento” del professionista e della formazione svolta rispetto alla semplice Attestazione.
- Sarà possibile infine l'attivazione di dossier formativi di gruppo, in aggiunta a quelli individuali, anche per attività di formazione sul campo, le quali potranno avere un'impostazione multidisciplinare.

Il prossimo numero sarà dedicato alla Formazione e Sviluppo Professionale Continuo (ECM/CPD) e si concentrerà proprio sulla formazione sul campo, la quale racchiude in sé l'essenza della nostra professione, fatta di uno rapporto indissolubile fra la teoria e la prassi.

## NORME REDAZIONALI TEMPO DI NURSING

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file Word (carattere Arial o Times New Roman 16pt per il titolo - 12pt per il testo - 10pt per didascalie e titoli di tabelle e figure, allineamento giustificato, interlinea 1, margini sup. 2,5 cm dx, sx e inf. 2 cm).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. Titolo dell'articolo
2. Autori con nomi completi e qualifiche professionali
3. Istituzioni di appartenenza (con indicazione delle città e sedi delle Istituzioni)
4. Recapiti per eventuali contatti - Nominativo dell'Autore a cui indirizzare l'eventuale corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero anagrafico, CAP, città); numero telefonico di più facile reperibilità; numero di fax e indirizzo di posta elettronica (e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle e/o figure (fotografie, disegni, ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (es. Tabella 3) (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni tabella dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

Eventuali figure debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (ad es. Figura 3); nel testo dovrà essere indicato chiara-

mente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni figura dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

È necessario allegare curriculum vitae formato europeo degli autori.

L'articolo dovrà essere strutturato come un articolo scientifico ovvero dovrà prevedere le seguenti voci:

- Introduzione (se ritenuto necessario)
- Obiettivo
- Scopo
- Metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusione
- Bibliografia (l'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente).

Citazioni bibliografiche:

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo; in essa le citazioni bibliografiche dovranno contenere:

### Per i libri

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori o curatori)
  - Titolo e sottotitolo dell'opera.
  - (Collana)
  - numero dell'edizione (Es. 2a ed.) (se superiore alla prima),
  - Luogo di edizione:
  - Editore
  - Anno
- Esempio: Corradini L, Cattaneo P. Educare alla salute. Brescia: La Scuola, 1997.

### Per gli articoli di riviste

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori)

- Titolo dell'articolo.
- Nome della rivista secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure quando abitualmente utilizzata - nella forma abbreviata senza interpunzioni tra le iniziali)
- Anno di pubblicazione ed eventuale mese
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato volume (numero): pagina iniziale - pagina finale.

Esempio:

Li Q, Zhang SM, Chen HT, Fang SP, Yu X, Liu D, Shi LY, Zeng FD. Awareness and attitudes of healthcare professionals in Wuhan, China to the reporting of adverse drug reactions. *Chin Med J (Engl)*. 2004 Jun;117(6):856-61.

È necessario allegare un abstract (Riassunto) di 300 parole al massimo, ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano in nome della medesima, occorrerà allegare all'articolo o inviarla mezzo posta una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere, fotografie, vanno inviati a:

Segreteria di Redazione della Rivista c/o  
Collegio IPAS.VI. di Brescia

Via P. Metastasio, 26 - 25126 BRESCIA  
Tel. 030 291478 - Fax. 030 43194  
www.ipasvibs.it - info@ipasvibs.it

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 71/2016

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Comitato di redazione: Silvia Chiari, Angela Chiodi, Roberto Ferrari, Milena Guarinoni, Carla Noci, Nadia Regonasci, Valeria Rosa, Marco Torriani, Donigi Tortelli, (Coord. Stefano Bazzana)

Hanno collaborato a questo numero: Stefano Bazzana, Milena Casagrande, Stefania Cafè, Elzita Porto, Anna Castaldo, Daiana Campani, Lucia Scirpa, Giusi Spagnuolo, Lucia Giglio, Paola Gobbi, Elisa Pasinetti, Chiara Vischioni, Marika Torri, Sara Bonfadini, Veronica Uberti, Corrado Archetti, Serena Sperotto, Sara Raza, Giulia Mazzola, Giulia Panada, Daniela Vezzoli, Stefano Bonometti, Danila Maculotti

Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Pietro Metastasio 26/a - Brescia - Tel. 030 291478 - Fax 030 43194

Fotocomposizione e Stampa: Com&Print Srl (BS) - Via della Cascina Pontevecchia, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291

Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:

La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.

Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00. Singolo fascicolo euro 2,58

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Provincia di Brescia

Tutti coloro che desiderano inviare materiale per la pubblicazione dovranno recapitarlo alla Segreteria di Redazione della Rivista presso: Collegio I.P.A.S.V.I., Via Pietro Metastasio 26/a – Brescia oppure via email in formato Word all'indirizzo: info@ipasvibs.it

Gli articoli firmati impegnano soltanto gli autori, benché approvati dal Comitato di Redazione.



**IPASVI**  
*Brescia*

*Il Consiglio Direttivo*  
*IP.AS.VI. di Brescia*  
*augura*  
**BUON ANNO NUOVO**

Collegio IPASVI Brescia  
Via P. Metastasio, 26  
25126 BRESCIA  
Tel. 030.291478  
Fax 030.43194  
info@ipasvibs.it

.....  
[www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it)