

# Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 63, Febbraio 2013

www.ipasvibs.it

## 1 EDITORIALE

La responsabilità e il piacere di essere infermieri  
**di Stefano Bazzana**

## 3 OSSERVATORIO

Sharing the Care to Improve Access to Primary Care  
**di A.Ghorob, MPH, T. Bodenheimer, MD,**  
**New England Journal of Medicine, May 24, 2012**

Condividere l'assistenza per migliorare l'accesso alle cure primarie  
**traduzione di Stefano Bazzana**

## 7 FOCUS

Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?  
**Ziliani Paola**

Quale approccio alla gestione delle deiscenze post sternotomia?  
**di Alberti Luca, Fasoli Elisa, Marzoli Giovanni Andrea, Zilioli Alessia**

Eseguire un tampone colturale per la diagnosi di infezione dell'ulcera cutanea cronica: la procedura è corretta?  
**di Alberto Apostoli**

Ipotesi di un protocollo per la gestione dell'aggressività del paziente anziano con deficit cognitivo.  
**Gianlorenzo Masaraki, Donatella Zenobio**

## 31 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Il 24 e 25 febbraio vota un infermiere!  
**A cura del Comitato di redazione**

## 32 FUORI FOCUS

La visione della naturopatia o naturoigienismo.  
**Mario Zanoletti**

## 36 NonSoloLibri

EDWAR HOPPER (1882-1967)  
**A cura di Angela Di Giaimo**

"Faccia un bel respiro"  
Laura Grimaldi, Mondadori 2012  
**A cura di Stefano Bazzana**

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

# Sommario

## EDITORIALE

La responsabilità e il piacere di essere infermieri di Stefano Bazzana.....Pag. 1



## OSSERVATORIO

Sharing the Care to Improve Access to Primary Care di A.Ghorob, MPH, T. Bodenheimer, MD, New England Journal of Medicine, May 24, 2012

Condividere l'assistenza per migliorare l'accesso alle cure primarie Traduzione di Stefano Bazzana .....Pag. 3

## FOCUS - LA CLINICA INFERMIERISTICA



Infermieri nelle carceri: una presenza efficace? Ziliani Paola .....Pag. 7

Quale approccio alla gestione delle deiscenze post sternotomia? di Alberti Luca, Fasoli Elisa, Marzoli Giovanni Andrea, Zilioli Alessia .....Pag. 17

Eeguire un tampone colturale per la diagnosi di infezione dell'ulcera cutanea cronica: la procedura è corretta? di Alberto Apostoli .....Pag. 24

Ipotesi di un protocollo per la gestione dell'aggressività del paziente anziano con deficit cognitivo. Gianlorenzo Masaraki, Donatella Zenobio .....Pag. 27

## COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Il 24 e 25 febbraio vota un infermiere! A cura del Comitato di redazione.....Pag. 31



## FUORI FOCUS

La visione della naturopatia o naturoigienismo. Mario Zanoletti .....Pag. 32

NONSOLOLIBRI.....Pag. 36



EDWAR HOPPER (1882-1967) "quello che vorrei dipingere è la luce del sole sulla parete di una casa" A cura di Angela Di Giaimo .....Pag. 36

"Faccia un bel respiro" Laura Grimaldi, Mondadori 2012 A cura di Stefano Bazzana.....Pag. 38



**IPASVI**  
*Brescia*

## La responsabilità e il piacere di essere infermieri

di Stefano Bazzana\*



**M**entre questo numero era già in fase di pubblicazione è arrivata la notizia che il Ministero della Salute ha dato il via libera per ridefinire le nuove competenze degli infermieri, varando il provvedimento che riconosce le nuove responsabilità di questi professionisti e che sarà dettagliato dalla conferenza Stato-Regioni. Le competenze sono l'insieme di conoscenze, abilità, esperienze e valori. Il focus, nelle pagine che seguono, è proprio dedicato alla clinica infermieristica, che rappresenta il nostro “fare” per, al tempo stesso, “essere”.

Le statistiche ci descrivono come una professione giovane, in effetti siamo giovani. Negli ultimi mesi si sono iscritti al nostro Collegio circa duecento neolaureati, che come tanti di noi hanno scelto la professione infermieristica su spinte valoriali (fare del bene, essere utili agli altri), per attitudine o più semplicemente perché alla ricerca di un lavoro qualificato e (fino a poco tempo fa) sicuro. I sociologi ci dicono che per questi giovani il lavoro non ha più un valore centrale come un tempo, non

rappresenta un “valore” da perseguire, ma è più spesso un “mezzo”, uno strumento di riconoscimento sociale oltre che di indipendenza e di libertà. Attraverso il reddito derivante dal lavoro è possibile acquistare beni, godere al massimo delle opportunità e degli spazi non lavorativi. Poi viene la ricerca del piacere e della soddisfazione anche all'interno del lavoro, di un'occupazione o di un'esperienza magari non preventivata. È vero che la domanda di infermieri è diminuita e che le richieste rivolte ai professionisti possono essere cambiate, ma siamo pur sempre la professione che rimane per meno tempo inoccupata. Se ci guardiamo intorno ci rendiamo conto che la certezza dell'utilità sociale della nostra professione, costituisce ancora oggi una fortuna. Inoltre, poiché possediamo una professionalità ampia, con competenze su più ambiti di cura (acuzie, cronicità, terzo settore), siamo più “competitivi” di altre figure professionali. L'autonomia professionale, cresciuta di pari passo con l'assunzione di responsabilità, esprime una capacità di presa in carico e di risposta ai bisogni assistenziali delle persone che deriva dalla formazione, dalle buone pratiche, dai nostri modelli disciplinari e dai principi del Codice

Deontologico che rappresenta il manifesto dei nostri valori professionali.

Tutte le professioni hanno uno specifico ruolo sociale e un loro fondamento etico, peraltro di particolare rilevanza nella fase storica che stiamo attraversando. La professione infermieristica ha sempre espresso una forte spinta etica dal suo interno e ricevuto un altrettanto forte mandato sociale, dall'esterno. Nel tener fede al mandato specifico della professione che è quello di garantire, rispettando i dettami deontologici, l'assistenza infermieristica alla persona, l'infermiere si assume una responsabilità di tipo professionale. "Essere responsabili" significa non solo rispondere di ciò che si è fatto (o non si è fatto) e che è già passato, ma avere soprattutto uno sguardo verso il futuro, assumendosi la titolarità del progetto professionale e in particolare del processo assistenziale. L'etica moderna (etica del rapporto con l'altro) è un'etica della responsabilità, non vista come problema, peso, paura bensì come agire cosciente del nostro essere con l'altro che

ha bisogno della nostra competenza e abilità, anche clinica.

Il focus di questo numero di Tempo di Nursing è dedicato alla clinica infermieristica, che rappresenta il nostro fare per, al tempo stesso, essere. In altre parole con l'esercizio della professione, l'infermiere agisce per realizzare ciò che ha dentro di sé (la motivazione stessa alla scelta della professione) offrendolo agli altri, che a loro volta ne illuminano l'autenticità e ne evidenziano l'individualità. Si tratta dunque della responsabilità come gestione attiva e creativa del proprio fare, sapere, lavorare. Rinovando la motivazione con nuove forme d'esercizio e modalità assistenziali nella profonda convinzione che i valori della professione non cambiano. Valori, motivazioni e responsabilità come mezzi reali di essere uomini e professionisti. Consapevoli che "essere" è piacevole.

\* *Presidente del Collegio Ipasvi di Brescia.*





## Sharing the Care to Improve Access to Primary Care

di A.Ghorob, MPH,  
T. Bodenheimer, MD,  
New England Journal of Medicine,  
May 24, 2012

## Condividere l'assistenza per migliorare l'accesso alle cure primarie

traduzione di  
Stefano Bazzana

*Come può l'assistenza primaria rispondere alla sempre crescente domanda aumentando la disponibilità, migliorando la qualità dell'assistenza e anche la qualità di vita lavorativa dei professionisti? Una risposta è la condivisione dell'assistenza con un team interdisciplinare di cure primarie fatto da infermieri, educatori e assistenti.*

Ottenere un rapido accesso alle cure primarie è una preoccupazione crescente per tutti gli adulti americani. In Massachusetts, i tempi di attesa medi per i nuovi pazienti per ottenere un appuntamento sono aumentati dell' 82% nei 2 anni dopo che la copertura assicurativa sanitaria è stata estesa; i tempi di attesa attuali sono in media 36 giorni per la medicina di famiglia e 48 giorni per la medicina interna. In un'indagine nazionale del 2011, il 57% dei pazienti che

erano malati e bisognosi di cure mediche non ha potuto ottenere l'accesso alle cure rapidamente, rispetto al 53% nel 2006.

Il motivo del problema di accesso è uno squilibrio tra la domanda di assistenza e capacità di fornire assistenza. La domanda è in crescita come la popolazione che cresce, invecchia, e ha sempre più frequenti problemi di obesità e diabete. La disponibilità si sta riducendo col ridursi del rapporto tra medici di assistenza primaria per adulti (medici di famiglia, internisti generali, infermieri e assistenti del medico) e popolazione, si prevede che questo rapporto scenda del 9% tra il 2005 e 2020. Anche con un drammatico aumento della percentuale di studenti di medicina degli Stati Uniti che scelgono carriere di assistenza primaria, ci vorrebbero decenni per invertire questa tendenza.

Il problema di accesso crea un serio dilemma. Da un lato, la scarsità di medici di assistenza primaria significa che il numero di pazienti assistiti da ciascun medico aumenterà. D'altra parte, tale numero è già troppo grande, e la sua crescita è destinata a peggiorare ulteriormente l'accesso, compromettere la qualità oltre che aggravare il burnout (stress da affaticamento lavorativo) tra i medici di assistenza primaria. I medici con 2500 pazienti (la media nazionale è di circa 2300, mentre in Italia il massimale è di 1500 pazienti, n.d.r.) dovrebbero trascorrere 18 ore al giorno per fornire una eccellente assistenza ai malati cronici e fare prevenzione; e richiederebbe anche di più per la terapia intensiva e il coordinamento dell'assistenza. L'organizzazione attuale dell'assistenza primaria per adulti non è più sostenibile.

Il problema diventa chiaro quando si definisce il rapporto tra domanda e capacità. La capacità è calcolata moltiplicando il numero giornaliero di visite per i giorni lavorativi in un anno. La domanda è uguale al numero dei pazienti per il numero medio delle visite per paziente ogni anno. Se un medico vede 20 pazienti al giorno e lavora 210 giorni all'anno, la capacità è di 4200 visite all'anno. Se la dimensione del bacino d'utenza è di 2000 e il paziente medio vede il medico 3 volte l'anno, la domanda è di 6000 visite all'anno - e c'è uno sbilancio intollerabile tra capacità e domanda. Per bilanciare la capacità e la domanda, il numero dovrebbe essere ridotto a 1400, che porterebbe la domanda fino a 4200. Si deve anche tener conto del rischio, in quanto i pazienti più anziani e più malati richiedono più visite all'anno, i pazienti geriatrici richiedono una media di 6 visite all'anno, pertanto un numero ragionevole si ridurrebbe a 700.

### *Dal Codice Deontologico*

#### **Articolo 14**

L'infermiere riconosce che l'**interazione** fra professionisti e l'integrazione **interprofessionale** sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

Come può l'assistenza primaria rispondere alla crescente domanda aumentando la disponibilità, migliorando la qualità e anche la qualità di vita lavorativa del medico? Una risposta è la condivisione dell'assistenza con un team potenziato di assistenza sanitaria.

La condivisione dell'assistenza comporta sia un cambio di paradigma sia una strategia concreta per aumentare la disponibilità. Ma prima di tutto È necessario un cambiamento del paradigma culturale. A differenza del modello singolo-medico-con-aiutanti, in cui il medico si assume tutte le responsabilità, prende tutte le decisioni, e delega le attività ai membri del team, ma la capacità di vedere più pazienti non aumenta, il nuovo paradigma si avvale di un gruppo composto da medici e sanitari non medici per fornire assistenza a un bacino d'utenza, con una redistribuzione delle competenze, non solo delle attività, in modo che tutti i membri del team contribuiscono in modo significativo alla salute del loro bacino d'utenza. I membri non medici del team devono aggiungere disponibilità per portare domanda e disponibilità in equilibrio.

Nelle pratiche di cura più elementari, i membri del team non medici - infermieri (RN), assistenti, educatori sanitari, e altri - non sono abilitati a condividere l'assistenza. Questi membri del team in generale operano secondo le direttive fornite dal medico. L'assistenza potrebbe essere condivisa in tre aree: rinnovo delle prescrizioni, gestione malattie croniche e la gestione del bacino d'utenza.

I rinnovi delle prescrizioni costituiscono una importante responsabilità nell'assistenza primaria, il cui espletamento richiede tempo. Nella maggior parte dei casi, i medici devono approvare tutti i rinnovi. Anche se infermieri o assistenti medici aiutano i medici contattando farmacie per conto dei medici, non creano nuove disponibilità, perché il tempo medico è necessario per i rinnovi. Nell'assistenza condivisa la variazione del flusso di lavoro critico potrebbe essere l'uso di ordini permanenti scritti e approvati dai medici, che consentano ai non medici di assumersi la responsabilità di un processo di cura senza coinvolgere il medico.

*Vedi tabella nella pagina successiva.*

La consulenza su questioni di stile di vita relativi all'assistenza di malati cronici e l'adesione alla terapia è un'altra attività che prende

Examples of Standing Orders for Registered Nurses for Prescription Refills.\*

Diabetes			
Appointment in Past 6 Mo	Glycated Hemoglobin $\leq 7.5\%$	Normal Creatinine and Potassium for Past 6 Mo	How to Refill
Yes	Yes	Yes	3-mo supply (1 refill)
	Yes or No	No†	1-mo supply (no refill), order lab tests, schedule appointment
	No	Yes	1-mo supply (no refill), schedule appointment
No	Yes	Yes	3-mo supply (no refill), schedule appointment
	No	Yes or No†	1-mo supply (no refill), schedule appointment
Hypertension			
Appointment in Past 6 Mo	Systolic Blood Pressure $\leq 130/80$ mm Hg	Normal Creatinine and Potassium for Past 6 Mo	How to Refill
Yes	Yes	Yes	3-mo supply (1 refill)
	Yes or No	No†	1-mo supply (no refill), order lab tests, schedule appointment
	No	Yes	1-mo supply (no refill), schedule appointment
No	Yes	Yes	3-mo supply (no refill), schedule appointment
	No	Yes or No†	1-mo supply (no refill), schedule appointment
Hyperlipidemia			
Appointment in Past 6 Mo	LDL Cholesterol $\leq 100$ mg/dl for Patients with Diabetes, Cardiovascular Disease, or Both; $\leq 130$ mg/dl for Other Patients		How to Refill
Yes	Yes		3-mo supply (2 refills)
Yes or No	No†		1-mo supply (no refill), schedule appointment
No	Yes		3-mo supply (no refill), schedule appointment

\* LDL denotes low-density lipoprotein.

† The standing order would delineate seriously abnormal levels that would trigger urgent clinician review.

parecchio tempo e che può essere svolta da infermieri su ordini permanenti, consentendo in tal modo ai medici di vedere i pazienti extra e aggiungere disponibilità.

La gestione del bacino d'utenza è un approccio in cui le pratiche di assistenza primaria pianificano servizi di routine basati sull'evidenza per l'intera popolazione di pazienti. Un registro dei pazienti (database) viene utilizzato per identificare i pazienti con lacune nella cura (coloro che sono in ritardo di un servizio di routine, cura preventiva o cronica). Con ordini permanenti, i responsabili non medici del bacino d'utenza in grado di identificare e colmare le lacune, ordinano, ad esempio, i test di emoglobina glicata, mammografie e screening per il cancro del colon-retto, per taluni servizi possono sommi-

nistrare la cura (ad esempio, vaccinazioni o esami del piede per i pazienti con diabete) il tutto senza intervento medico. Un assistente medico potrebbe cercare il Registro di sistema per le donne tra i 50 e 74 anni di età (cui il Preventive Task Force Service consiglia di avere una mammografia ogni 2 anni), in contatto con loro, e ordinare le loro mammografie. Con ordini permanenti, l'assistente medico potrebbe indipendentemente informare le donne dei risultati non patologici di una mammografia. I medici sarebbero coinvolti solo se una mammografia evidenziasse o facesse sospettare una patologia o per le discussioni con donne più giovani circa l'opportunità di ottenere una mammografia. Anche se per i medici può essere scomodo rinunciare a queste decisioni, grandi sistemi

sanitari che hanno adottato i processi di gestione del bacino d'utenza hanno registrato dei miglioramenti nella percentuale di pazienti che ricevono cure basate sulle evidenze.

Per alcune pratiche si sono autorizzati infermieri o farmacisti a fornire tutte le cure - l'educazione del paziente, consulenza stile di vita, titolazione farmaci e consulenza sull'aderenza ai farmaci - per alcuni pazienti con ipertensione non complicata, diabete, iperlipidemia, in tal modo aumentando la disponibilità sostanziale senza nuove esigenze di tempo per i clinici.

Un certo numero di pratiche di assistenza primaria registrano con successo un aumento della disponibilità senza l'aggiunta di lavoro per i medici. L'aumento della disponibilità sufficiente per alleviare il problema di accesso richiederebbe l'adozione di tutte le modifiche sopra descritte. Il 17% del tempo di medici di medicina generale è speso per l'assistenza preventiva, molta della quale può essere riassegnata ai case manager non medici del bacino d'utenza. Un ulteriore 37% viene speso per malattie croniche, gran parte di questo tempo consumato da educazione del paziente e la consulenza sullo stile di vita e l'aderenza farmaci - attività che potrebbe essere svolta da infermieri.

Per attivare le pratiche di condividere la cura, vi sono diverse barriere da superare. Il rapporto tra infermieri e medici deve essere aumentato per fornire ai primi il tempo sufficiente per assumere nuove responsabilità. I pagamenti

per i servizi del personale non medico devono essere effettuati sia estendendo i pagamenti tassa-per-servizio ai non medici o passare a meccanismi di rimborso globali. Alcune pratiche tassa-per-servizio hanno aumentato la produttività dei medici - che comporta maggiore disponibilità - avendo assistenti medici con ruoli più estesi; le entrate supplementari si registrano con un rapporto fra assistenti medici e clinici di 2:1 o 3:1. Diverse pratiche che adottano questo modello hanno migliorato l'accesso alle cure, la soddisfazione del paziente, e gli esiti clinici.

La barriera più importante è il disagio che molti medici sentono nel delegare le decisioni in materia di cure preventive e croniche, che, anche se apparentemente di routine, sono spesso complicate da varie patologie coesistenti dei pazienti, nonché dalle loro preferenze e dai loro obiettivi. La ricerca confronta il modello di condivisione dell'assistenza con le pratiche tradizionali - misurando risultati sperimentati dai pazienti, le loro esperienze, l'accesso, e la soddisfazione lavorativa del medico - e dovrebbe accompagnare la tendenza alla condivisione dell'assistenza primaria basate sui team.

La creazione di team di condivisione delle cure non è un fine in sé. Lo scopo di questo cambiamento della pratica è quello di affrontare lo squilibrio fra domanda di cure e disponibilità, aumentando la qualità dell'assistenza e riducendo lo stress (burnout) dei medici.



# Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?

Paola Ziliani\*

## INTRODUZIONE

Il DPCM 01/04/2008 conclude un iter legislativo avviato alla fine degli anni 90 con il d.lgs. 230/99 avente per oggetto il “Riordino della Medicina penitenziaria”, di cui ha previsto il passaggio della competenza in materia di salute al Servizio Sanitario Nazionale, lasciando all’Amministrazione Penitenziaria il compito di provvedere alla sicurezza dei ristretti. Dopo un lungo percorso, la legge pone una separazione tra la gestione della sicurezza e il diritto alla salute che spetta ai detenuti come ai cittadini liberi e consolida l’orientamento già previsto dall’articolo 27 della Costituzione ad un lavoro sinergico tra le Istituzioni con il fine comune del reinserimento e del recupero del detenuto. Allo stesso spettano il diritto alla salute secondo i livelli essenziali di assistenza riconosciuti ai cittadini liberi e il diritto all’assistenza, alla prevenzione, alla riabilitazione attraverso prestazioni adeguate ed efficaci. Il Decreto ha innescato un cambiamento strutturale nel riconoscere la necessità di affidare la competenza sanitaria a ‘esperti’ esterni all’Amministrazione del

carcere. Il carcere apre i suoi alti cancelli al Servizio Sanitario Regionale Pubblico lasciando però da definire l’integrazione in un contesto rigidamente controllato da vincoli e regole proprie al fine di creare le giuste sinergie di lavoro. Gli stakeholder per il passaggio sono tanti, ma, come spesso accade, la legge precorre il tempo mentre il paradigma culturale di quel particolare contesto segue un suo percorso di transizione, creando per un certo tempo un inevitabile dislivello tra il reale e il previsto (che non deve stupire né scoraggiare). Il passaggio deve procedere gradatamente; deve fare i conti con le esperienze e i modelli organizzativi pregressi, con la complessità di un Sistema penitenziario



appesantito dalla gestione della sicurezza in un contesto di sovraffollamento cronico di detenuti stipati in ambienti spesso vetusti e inadeguati. Nella nostra realtà, all'interno delle due strutture di pena (casa circondariale Canton Mombello e casa di reclusione di Verziano) le difficoltà di inserimento e di assimilazione nell'organizzazione penitenziaria vengono sentite soprattutto dall'area infermieristica che vive, dal 2008 (la gestione della competenza sanitaria passa agli Spedali Civili) un consistente cambiamento del suo organico, pari ai 2/3, per l'assegnazione di personale infermieristico proveniente dall'Azienda Ospedaliera. In poco tempo gli infermieri passano da 1 o 2 unità per turno per 350 detenuti (anni 2000-2006, ora sono sui 510) a un gruppo professionale di 12 infermieri turnisti, su modelli vicini a quelli dei reparti ospedalieri. Gli infermieri, con il loro ingresso in gruppo, incarnano personalmente per il carcere la Riforma della medicina penitenziaria poiché i medici, per lo più liberi professionisti, rimangono gli stessi. Il cambiamento comporta nell'Istituzione la vulnerabilità dell'incertezza e in esso, contemporaneamente, gli stessi infermieri in gruppo vivono il loro cambiamento professionale che richiede di coniugare i propri modelli prevalentemente clinici e ospedalieri al nuovo contesto. La domanda sull'identità dell'infermiere e su quello che può dare è sottesa ma chiara. Questa stessa domanda se la pongono in primis gli stessi infermieri: cosa si può davvero fare per i bisogni sanitari delle persone detenute e come farlo al meglio? Il professionista risente della mancanza di conoscenza sul complesso sistema che lo sovrasta e, talvolta dei regolamenti penitenziari scritti e non scritti che tutti gli operatori sono tenuti a osservare (d.lgs. 14230, DPR 230/giugno 2000). Vi sono linguaggi formali e informali specifici da imparare, sul campo, per poter comunicare (es: Art 21, "traduzione", "domandina", "nuovo giunto" ecc.) e l'abitudine agli ambienti chiusi, alle sbarre, ai cancelli non è scontata né immediata. La storia degli infermieri in carcere come gruppo, con una propria disciplina professionale, non ha un passato remoto: uno dei problemi fondamentali legati al suo recente inserimento è proprio la definizione dei fenomeni (problemi, rischi, bisogni, spazi di autonomia e miglioramento) che costituiscono il suo territorio di interesse specifico ed autonomo, così come gli strumenti di lavoro (protocolli contestualizzati,



pathway multiprofessionali e documentazione assistenziale infermieristica), voluti dalla legislazione ed in grado di garantire qualità e sicurezza (D.M. 14 settembre 1994 n°739, n°251 10/8/2000, Codice deontologico). A tutto ciò si somma il problema che la privazione della libertà, l'impossibilità di soddisfare il naturale bisogno di privacy, di autodeterminazione e sicurezza, creano una situazione del tutto anomala nella persona ristretta. L'infermiere che identifica e prevede i bisogni per pianificare e stringere un patto assistenziale avverte la necessità di conoscere meglio il suo protagonista assistenziale. Il naturale bisogno di salute diventa secondario e a volte strumentale rispetto alla libertà, e il detenuto sceglie il percorso delle simulazioni nella speranza che un'eventuale situazione clinica complessa possa aiutare per la concessione di sconti di pena. Gli spazi limitati e i tempi ristretti concessi dai ritmi di lavoro intenso e dall'organizzazione sanitaria e penitenziaria per il contatto con il detenuto impongono agli infermieri la necessità di ridefinire i modi e i metodi per l'uso dei processi deduttivi dell'atto assistenziale. Il problema della sicurezza non è mai da sottovalutare all'interno di un carcere, ma piuttosto diventa di urgente importanza dati i noti indici di sovraffollamento: risulta prioritario trovare una sinergia operativa che stabilisca una giusta relazione tra regolamenti penitenziari e processi assistenziali adeguati e di comprovata efficacia. L'infermiere è la figura che entra più frequentemente nelle sezioni e incontra i detenuti nelle loro celle per la somministrazione delle terapie. Definire a priori le relazioni tra gli interlocutori aiuterebbe a evitare inutili commistioni tra funzioni di

cura e di custodia, favorendo sia le opportunità di raccolta dei bisogni sia il monitoraggio di situazioni a rischio. Rivedendo empiricamente la situazione nel tempo, posso dire che sono molti gli indicatori che inducono ad essere ottimisti e che mostrano la continua crescente apertura dell'Amministrazione penitenziaria. Il cammino è forse appena iniziato ma è sempre più condivisa l'esigenza di un percorso comune che, nel rispetto delle singole competenze, metta insieme le proprie risorse per la buona gestione della complessa situazione della reclusione .

## OBIETTIVI

L'obiettivo della presente ricerca è proiettarsi al di là delle sbarre del proprio carcere per un confronto con l'esperienza di colleghi nelle carceri italiane e non. Interrogarsi e confrontarsi è importante per concedere visibilità ad un lavoro poco conosciuto che sarà in grado di concedere, in futuro, spazi e riconoscimenti in base ai risultati di qualità che fin d'ora siamo tenuti a raggiungere. Il sovraffollamento da record di Canton Mombello (2° posto in Italia secondo il rapporto Antigone 2012) impatta inevitabilmente sugli sforzi di quelle 400 persone che ogni giorno entrano in carcere e cercano di fare il proprio lavoro il meglio possibile. Anche le reiterate denunce alla Corte Europea per la violazione della Convenzione Europea dei diritti dell'uomo, chiamano ciascuno a non far mancare la propria parte e a farla bene. Gli infermieri possono e devono dare il proprio contributo in carcere affinché venga data una risposta sempre più esaustiva a tutte le persone che vengono loro affidate.

Le domande alle quali la ricerca bibliografica cerca risposte sono le seguenti:

- Qual' è il ruolo dell'infermiere che lavora in carcere?
- Quale il contributo potenziale e l'efficacia del lavoro dell'infermiere in carcere?

## MATERIALI E METODI

Per lo studio del contesto extranazionale è stata fatta una revisione sistematica attraverso la consultazione di database elettronici: Medline, CINAHL e Cochrane library con l'inserimento delle parole chiave "prison nurse, role (MeSH),

prison health care nurse (MeSH)" alternate o unite dagli operatori booleani "and" o "near". Sono stati selezionati documenti in lingua inglese e/o in italiano, con restrizione ai full test e con limite temporale di 5 anni, esteso poi a 10 per la ridotta disponibilità di documenti recenti. Nella letteratura trovata sono stati selezionati studi primari e secondari, revisioni sistematiche sul ruolo infermieristico in carcere, prodotti in ambiti geografici che presentano modelli di sanità penitenziaria simili al nostro sia per organizzazione (passaggio recente sotto il Sistema Sanitario Nazionale) sia per densità della popolazione detenuta. La selezione dei contenuti trovati è stata fatta con l'esclusione degli articoli in cui non fossero chiari il modello teorico utilizzato per l'analisi del fenomeno, il metodo e gli strumenti usati per la rilevazione dei dati, e dove fosse presente soltanto una semplice valutazione soggettiva dell'autore sul problema assistenziale. Per il repertorio non italiano le riviste analizzate con la ricerca manuale sono state: "Journal of Advance Nursing" e "Nursing Standard"; per quello italiano: "Assistenza infermieristica e ricerca", "Nursing oggi", "Professioni infermieristiche" e "Tempo di nursing". Nel complesso sono stati ritenuti utili circa 42 riferimenti bibliografici, di cui 25 selezionati, recuperati e tradotti integralmente (se in inglese). Nella ricerca in ambito nazionale la letteratura scientifica è risultata scarsa e non sufficiente a rispondere al quesito. Per questo si è ampliata la ricerca utilizzando i motori di ricerca generali "Google" e "Arianna", con



l'inserimento delle parole chiave "assistenza infermieristica" e "carcere", e la consultazione manuale di siti infermieristici nazionali (IPA-SVI, IPASVIBS, Centro studi EBN, Nursesarea.it). Sono state consultate fonti legislative della Regione Lombardia, del Ministero della Salute, di Grazia e Giustizia, siti specifici delle Associazioni del carcere (Altro diritto, Antigone, Ristretti Orizzonti), che dispongono di una buona bibliografia sull'argomento

(data consultazione: luglio 2012). I documenti raccolti e analizzati riguardano lettere di colleghi, contributi di gruppi di infermieri in servizio presso il carcere di Roma "Regina Coeli" e i penitenziari di Firenze (7° convegno Nazionale sull'Agorà penitenziaria del 2004 e nel 2010 'convegno "Task-Force sul carcere"), elaborati di tesi e libri e l'VIII Rapporto dell'Osservatorio Antigone 2011 sulle condizioni di detenzione in Italia.

Database	Parole Chiave	Articoli reperiti	Articoli selezionati
Arianna/ Google	Infermieri e carcere health care	11	10
CINAHL	Prison nurse, role , care, inmate	17	11
Cochrane library	Nurse prison, care, health care, inmate	0	
Medline	Nurse prison and role	53	10

## RISULTATI

### La domanda di salute e i bisogni assistenziali

La definizione dei bisogni di salute ha trovato risposta nella revisione sistematica sui maggiori studi internazionali relativa allo stato di salute della popolazione detenuta negli ultimi 10 anni realizzata da Maurizio Esposito, pubblicata in "Malati in carcere" (1) e la revisione di Niveau (2), che definiscono i fattori di rischio della trasmissione di malattie infettive in carcere. Secondo M. Esposito (1) il tasso di morbilità e la domanda di assistenza in carcere è significativamente più alta rispetto a quanto si rileva nella popolazione generale: questo è dovuto all'alto numero di detenuti provenienti da paesi extracomunitari che presentano patologie non rilevate nei paesi di origine. Il 45% dei detenuti stranieri presenti in carcere ha utilizzato negli ultimi due anni e mezzo un ambulatorio medico per la prima volta proprio nella struttura penitenziaria (dati forniti dal Dipartimento di Amministrazione penitenziaria 2001). Nell'ambito delle malattie infettive, la differenza di incidenza rispetto alle persone libere è significativa ed i fattori di rischio riconosciuti sono legati alla promiscuità, a comportamenti sessuali non protetti e all'uso di aghi ipodermici per l'esecuzione di tatuaggi. Le malattie più rappresentate per cui vengono sollecitati interventi

preventivi urgenti, dettati da esigenze di sanità pubblica sono: tubercolosi, HIV, epatiti, sifilide e altre malattie sessualmente trasmesse. I dati epidemiologici indicano un tasso di morbilità maggiore nella popolazione femminile rispetto a quella maschile e una minor risposta delle donne ai programmi di riabilitazione, spiegata dalla minore tolleranza alla carcerazione delle stesse rispetto agli uomini. Il problema delle malattie mentali è imponente per i Servizi Sanitari del carcere. La maggior prevalenza di disturbi psichiatrici (10-15% della popolazione detenuta soffre di una malattia mentale grave) risulta da molti studi, sebbene non sia chiaro se la detenzione causi il disordine mentale o peggiori una situazione patologica preesistente. A tali disturbi si devono associare la frequenza di comportamenti aggressivi e le abitudini di abuso di sostanze, che ne rendono ancora più difficile la gestione. La fase iniziale di inserimento del "nuovo giunto" viene considerata molto delicata e complessa e richiede un "assessment globale multidisciplinare" con particolare attenzione all'identificazione delle patologie mentali e/o alla presenza di precedenti episodi di autolesionismo che aumentano significativamente il rischio di comportamenti aggressivi auto o etero lesivi. Le altre aree in cui si manifestano i bisogni di salute, anche secondo le linee di indirizzo della Regione Lombardia per la sanità penitenziaria (Decreto 14230 del 21/12/2009),

sono le dipendenze patologiche, il primo soccorso, la prevenzione secondaria delle patologie croniche (diabete, malattie cardio-circolatorie) e il collegamento con la rete dei servizi del territorio per la continuità della cura (DSM, medici di base, comunità, assistenza domiciliare per persone agli arresti domiciliari). La necessità di controllare il rischio infettivo rende essenziale l'attuazione di programmi preventivi basati sulla modificazione di comportamenti a rischio tra detenuti, così come richiesto dall'articolo 11 della legge 354/75 (ordinamento penitenziario) e dall'articolo 17 del relativo regolamento di esecuzione, che impongono all'Amministrazione Penitenziaria di predisporre un servizio sanitario in grado di rispondere alle esigenze profilattiche e di cura della popolazione detenuta. Ma quali sono le risposte realmente date dagli infermieri in Italia e all'estero e quali sono le prove di efficacia del loro contributo?

### Ambito nazionale

La letteratura scientifica in ambito nazionale riguardo il ruolo e l'impatto dell'attività infermieristica sulla salute dei detenuti è scarsa. Le ricerche e gli studi descrittivi sono pochi e la maggior parte dei lavori riguarda il dibattito dei primi anni del decennio scorso quando si profilava il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale e si avviava la discussione tra gli infermieri "addetti al lavoro". Essi vedevano nel cambiamento il rischio di perdere il posto e la possibilità di non vedere riconosciute le competenze acquisite negli anni di dipendenza dall'Amministrazione Penitenziaria. L'immagine che viene data dalla comunità professionale, che parla attraverso relazioni portate ai Convegni, è spesso carica di difficoltà. I punti comuni testimoniati, anche con toni molto forti come nel Convegno Nazionale del 2004 dal titolo "Agorà Penitenziaria" (3) dagli infermieri del carcere di Rebibbia, riguardano: l'esigenza di una formazione specifica, la difficoltà a stabilire un'efficace relazione d'aiuto, la completa dipendenza per tutti i bisogni sanitari anche minori (odontalgie, stipsi, ecc.), i disagi umanitari a volte più che sanitari segnalati agli infermieri in quanto unica figura che entra quotidianamente nelle sezioni detentive. Altri problemi sono rappresentati da difficoltà nello svolgere l'attività di somministrazione di terapia in sicurezza



con basso indice di errore, nel rispondere a tutte le richieste estemporanee per i tempi ridotti e per la dispersività degli ambienti chiusi e angusti, per la poca tutela, per gli atteggiamenti ricattatori di detenuti che chiedono psicofarmaci senza prescrizione. Il contributo dato da un'infermiera in una tesi di laurea (4) che descrive il suo lavoro alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria, è significativo per lo sguardo che ci offre sul passato. L'autrice sottolinea come l'assistenza infermieristica negli istituti penitenziari, meglio definita come terzo settore rientrante nell'assistenza in campo militare e sociale, fosse un mondo sconosciuto ai professionisti del ramo giudiziario. L'autrice individua come la compresenza di figure dipendenti dall'Amministrazione Penitenziaria (pochi) e di professionisti a parcella (per la maggior parte generici), tra gli infermieri in servizio prima della riforma della medicina penitenziaria compromettesse la possibilità di un lavoro integrato e di qualità e ostacolasse l'unità di categoria per il giusto riconoscimento di attività che vadano oltre la mera esecuzione di prescrizioni. Meno critico si pone il contributo dei colleghi di Firenze al convegno "Take care", sei anni dopo, che riconosce nel carcere un contesto in cui i disagi e le situazioni di vita incrementano i bisogni di salute e li modificano. L'assistito/detenuto è una persona del tutto particolare in cui la "pena dell'imprigionamento" si traduce in privazione della libertà, della privacy, delle relazioni eterosessuali e della sicurezza, creando una situazione anomala in cui i bisogni sono

stravolti. La libertà negata, che per alcuni autori è suprema necessità senza la quale l'esistenza smarrisce il suo senso (5), crea uno stravolgimento di tutti i valori, e la stessa salute viene post posta alla sua ricerca. La malattia viene strumentalizzata e la capacità di lettura obiettiva della situazione di salute è ostacolata dalle simulazioni volte a ricercare un espediente per una riduzione della pena. Gli ambienti chiusi e angusti dei "bracci" di reclusione creano una difficoltà logistica che spesso compromette la possibilità di cura, e definiscono un disagio adattativo condiviso anche dagli infermieri, che lamentano infatti maggiori difficoltà in carcere rispetto ad altri contesti di lavoro. Secondo la relazione degli infermieri del carcere romano "Regina Coeli", presentata in "Lavorare in carcere un ripiego o un'opportunità"(6), le difficoltà vissute non hanno impedito di formulare linee guida e protocolli che prevedono il coinvolgimento degli agenti di polizia penitenziaria. La collaborazione è riconosciuta come indispensabile perché gli assistenti sono a contatto stretto col detenuto e possono rendersi veicolo di informazioni per il monitoraggio della situazione sanitaria. Nell'indagine qualitativa svolta all'interno del carcere

di Rebibbia da Anna Massei (7), attraverso interviste a detenuti ed infermieri sul ruolo degli infermieri in carcere, sono stati trovati dati interessanti anche dal punto di vista dei detenuti, i destinatari dell'assistenza. Dallo studio, che prendeva in considerazione un campione di 137 detenuti reclusi nella Casa circondariale e 47 infermieri, risulta che la maggior parte di questi (68%) attribuiva all'infermiere un mero ruolo di "esecutore della terapia". I termini utilizzati per definire il rapporto con l'infermiere è "indifferenza" a conferma della carenza della componente relazionale, segnalata come problema anche dai professionisti stessi. Dall'VIII rapporto nazionale dell'Associazione Antigone del 2011, che raccoglie i dati di tutte le strutture di pena italiane, gli infermieri intervistati sottolineano le difficoltà dell'attuazione della riforma carceraria. I retaggi culturali del passato sono difficili da estirpare e gli operatori penitenziari stentano a considerare i problemi sanitari come non di loro competenza. Gli infermieri sono considerati come un "corpo estraneo" dentro un'organizzazione rigida che ha proprie regole e dinamiche, funzionanti perché da tutti riconosciute e accettate.



## Ambito extranazionale

La ricerca scientifica in ambito extranazionale ha dato esiti più consistenti. L'interesse per la salute nelle strutture detentive risente del maggior coinvolgimento degli Organi di Governo. La consapevolezza dell'importanza di una buona qualità dei servizi sanitari, nonché dell'impatto che questo può avere sulla spesa sociale e sulla tutela generale del diritto alla salute della cittadinanza, ha spinto l'OMS nel 1995 ad avviare un progetto di studi permanente (Progetto Salute in carcere "HIP") che coinvolge 25 paesi in una rete unificata per lo scambio di idee e lo sviluppo di linee guida per la salute in ambito detentivo, dai quali sono derivati degli "imperativi per il nursing in carcere" (8). Il carcere non è un ambiente chiuso: la popolazione detenuta entra ed esce ed essendo particolarmente vulnerabile alla diffusione di malattie infettive, allo sviluppo di malattie psichiatriche e patologie legate ad ambienti insalubri, richiede una sorveglianza sanitaria nell'interesse della salute sociale della collettività. I problemi sanitari in carcere hanno creato un input per la definizione di un "Codice Europeo per la salute in carcere", che definisce alcuni principi cardine: il riconoscimento del diritto all'assistenza sanitaria senza discriminazioni, e la natura patogena della privazione della libertà per la salute mentale, che deve spingere i sistemi sociali a contenere la pena della detenzione (9). Gli articoli reperiti sono per la maggior parte di provenienza anglosassone e sono relativi al periodo immediatamente precedente e successivo al passaggio della sanità penitenziaria sotto il Servizio Sanitario Nazionale (dal 2002-2006), che ha portato ad un ampliamento e ad un maggior riconoscimento del ruolo degli infermieri in carcere (10). In Inghilterra nell'ultimo decennio si è assistito ad una metamorfosi professionale, con un incremento numerico delle risorse infermieristiche impiegate e una trasformazione dell'impostazione dell'assistenza sanitaria in carcere soprattutto in ambito infermieristico. Il servizio sanitario ha deciso di investire sugli infermieri che hanno dimostrato, per le loro conoscenze, l'attitudine a valutare in maniera olistica e l'aderenza al codice deontologico, la risorsa professionale in grado di portare un miglioramento sul controllo della salute dei detenuti e sulla possibilità di un recupero anche sociale del detenuto. È stato infatti dimostrato che l'attenzione al

mantenimento della salute e delle abilità funzionali può aumentare la possibilità di un reinserimento sociale e lavorativo del detenuto dopo la carcerazione (11). In carcere la popolazione marginale tipica presenta una domanda di assistenza molto maggiore che fuori. Questo può essere un'opportunità di cura e di prevenzione sia con campagne vaccinali (12), sia con programmi specifici di educazione sanitaria a lungo termine per popolazioni difficilmente raggiungibili (11). La rivista "Nursing Standard" ha pubblicato nel 2010 una serie di articoli interessanti sull'argomento, che analizzano in generale le competenze degli infermieri e in particolare gli aspetti relativi al management delle malattie croniche in una dimensione "proattiva" per il detenuto. La qualità dell'assistenza si misura in relazione all'individualizzazione dei processi assistenziali e alla capacità di coinvolgere il detenuto nella gestione consapevole della propria salute. Perry (13) definisce una mappatura delle competenze che costituisce anche una griglia per la valutazione delle performance infermieristiche in ambito assistenziale detentivo. Le aree sono: l'educazione per la prevenzione delle malattie trasmissibili, la gestione dei disordini mentali e delle malattie croniche in un contesto inadeguato, l'integrazione con altre figure professionali per l'attività di valutazione, il collegamento con il territorio per la continuità assistenziale. Powell (10) ha pubblicato uno studio etnografico condotto in 12 carceri inglesi. Egli presenta l'evoluzione indotta dal Sistema Sanitario Nazionale inglese, che attribuisce agli infermieri un ruolo importante in sinergia con le altre figure assistenziali dell'equipe di presa in carico nelle carceri (psichiatri, assistenti sociali, ecc). Nei nuovi modelli assistenziali sono riconosciuti agli infermieri ruoli di prescrizione (per malattie minori quali stipsi, odontalgie, raffreddori, ecc.), valutazione di accoglienza (nurse-led triage), valutazione e gestione in ambito di patologia cronica complessa (nurse-led clinic). La valutazione medica è filtrata dalla fase di assessment infermieristico che orienta la domanda di cura. Gli infermieri, nell'ambito dei progetti rieducativi nei confronti di comportamenti di abuso alimentare o di sostanze o per la prevenzione dell'abuso di psicofarmaci, possono prescrivere rimedi non farmacologici quali l'attività fisica o sistemi comportamentali che facilitano l'addormentamento. La letteratura estera concorda con

quella nazionale nel definire che a parità di età, la popolazione detenuta presenta una domanda assistenziale aumentata rispetto alla popolazione in generale, e nella esigenza di formazione specifica per i sanitari che non cambia e si mantiene anche dopo la riforma del sistema sanitario. La formazione può aiutare nella gestione dell'interazione con il sistema della sicurezza (14) e garantisce una migliore qualità di cura. Le indagini fatte dal difensore civico delle Carceri del Galles sulle morti dei detenuti riportate in un articolo indicano la necessità di personale altamente qualificato per la gestione dell'assistenza, dando evidenza scientifica alla relazione tra formazione e qualità degli esiti. Gli elementi formativi deficitari segnalati dagli infermieri riguardano: la conoscenza delle più comuni sostanze di abuso, la gestione della crisi di astinenza, le attività di emergenza, l'assessment in ambito di salute mentale e la valutazione del rischio suicidario (Perry, 2010a), nella delicata fase iniziale di adattamento alla detenzione e la capacità di porsi in relazione con culture diverse. Il servizio sanitario ha realizzato un superamento dell'isolamento professionale degli infermieri e il sostegno di una cultura che riconosce l'importanza della salute e della qualità delle cure, contenendo la assoluta prevari-

cazione delle norme di sicurezza. L'eccessiva dipendenza dei detenuti per tutti i bisogni, che determina una domanda imponente per gli infermieri, ha orientato i sistemi sanitari ad ampliare le competenze con ruoli prescrittivi per i farmaci da banco che il detenuto acquista e detiene in autonomia (Powell, 2010). In alcuni articoli su riviste di settore si evincono alcuni risultati in relazione alla sensibilizzazione ottenuta con programmi contro il tabagismo (15), miglior gestione della salute di bimbi piccoli in regime di detenzione con le madri (16), e sul livello di soddisfazione rivolto all'attività degli infermieri per la loro aderenza ai codici deontologici (17). Alcuni studi hanno evidenziato che programmi di promozione della salute fondati su progetti di sensibilizzazione sulla genitorialità responsabile, ben strutturati che prevedano una continuità di cura dopo la detenzione, hanno un impatto positivo sulla salute dei detenuti, dei loro familiari e della comunità allargata che li circonda (18). Un miglioramento della salute può rompere il ciclo della povertà e della criminalità con un beneficio allargato per la comunità sociale. Il Servizio sanitario dovrebbe, in relazione a questo, attivare una politica più incisiva per il sostegno e la sensibilizzazione dell'importanza della promozione della



salute in carcere che includa la disciplina infermieristica. Questa consapevolezza, condivisa fuori e dentro il carcere può aiutare ad abbattere le barriere esistenti tra staff di cura e staff di custodia (8). Gli autori raccolgono valutazioni positive da parte delle autorità sanitarie e penitenziarie e dei fruitori dei servizi per le nuove competenze riconosciute agli infermieri in relazione: alla riduzione dei tempi di attesa per la valutazione, alla miglior capacità di identificare i problemi presenti (70% delle malattie) e alla più adeguata e veloce risposta ai problemi minori o estemporanei (17).

## CONCLUSIONI

I risultati della ricerca evidenziano una domanda assistenziale equiparabile fra ambito nazionale e estero, che si presenta più consistente e complessa rispetto ai cittadini liberi, articolandosi in bisogni di tipo preventivo, riabilitativo e assistenziale, gestibili da un'equipe multidisciplinare in cui, per formazione e profilo, si colloca anche l'infermiere. La letteratura nazionale e extranazionale evidenzia la necessità di formazione specifica e la difficoltà di integrazione tra funzione di custodia e assistenza. La carenza di formazione compromette la qualità assistenziale e talvolta giustifica la tendenza degli infermieri ad abbandonare il carcere per ritornare in contesti ospedalieri. Dall'analisi dei contenuti della letteratura extranazionale dal punto di vista cronologico, si rileva una vera e propria trasformazione culturale del concetto di assistenza infermieristica dopo il passaggio della competenza sanitaria

sotto il Servizio Sanitario Nazionale, con un ampliamento delle competenze. Gli esiti del contributo infermieristico sono stati misurati in ambito di programmi di sensibilizzazione contro il tabagismo, prevenzione delle malattie infettive, gestione della salute delle donne con figli, miglior affinità alla valutazione dei bisogni. La validità in termini di utilizzo della figura infermieristica risulta documentata dai rapporti ufficiali del settore penitenziario. Non è ancora possibile la valutazione degli esiti a lungo termine della riforma del modello assistenziale infermieristico avvenuto nei paesi anglosassoni. I limiti della ricerca sono relativi alla scarsità di articoli sull'argomento, in particolare in ambito nazionale, che non consentono di generalizzare un'unica risposta alle domande della ricerca. Gli articoli trovati richiedono la contestualizzazione in un periodo di incertezza sul destino delle fatiche degli infermieri dopo il riordino della sanità penitenziaria e il passaggio sotto il Servizio Sanitario Nazionale. Gli autori italiani tendono ad evidenziare le difficoltà incontrate piuttosto che ad analizzare e descrivere quanto viene fatto in carcere, con quali percorsi e con quali obiettivi di miglioramento. Tutto ciò evidenzia delle carenze rispetto alla contestualizzazione della figura infermieristica in carcere che richiede per il futuro un impegno e una maggiore attenzione.

\* *Ziliani Paola. Infermiera. Studente al corso di management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Università Cattolica del Sacro Cuore.*

## Bibliografia

1. Esposito M. (2007) Malati in carcere. Franco Angeli editore
2. Niveau G (2006) Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health*. Jan;120(1): 33-41.
3. Atti del V Congresso Nazionale di Sanità Penitenziaria: "L'Agorà penitenziaria". Vibo Valentia 2004
4. Mancinelli C. Il paziente difficile: la comunicazione terapeutica e le risorse disponibili della relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica in istituto penitenziario.(2002) from :<http://www.infermieri.com> (consultato giugno 2012).
5. Mortari L. (2008) A scuola di libertà. Raffaello Cortina Editore
6. IPASVI Roma Quaderni del Collegio vol 13

- (1999) Infermieri Penitenziari . “Lavorare in carcere: un ripiego o un’opportunità”. La medicina penitenziaria a un anno dalla D.L.G. 230/99
7. Massei A, Marucci R, Tiraterra M.F (2007) La professione infermieristica negli istituti penitenziari: un’indagine descrittiva. Prof.In f, Vol 60: 13-18
  8. Whitehed D. (2006) The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing. International Journal of Nursing Studies (43) 123-131
  9. Gatherer A. et al (2005) The World Organization European Health in Prisons Project After 10 Years: Persistent Barriers and Achievements. Am J Public Health .
  10. Powell J, Harris F, Condon L, Kemple T (2010) Nursing care of prisoners: staff views and experiences. Journal of Advanced Nursing 66(6): 1257-1265.
  11. Condon I, Hek G, Harris F. (2007) A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. Journal of Clinical Nursing. 6(7): 1201-9.
  12. Perry J. et al (2010) Management of long - term condition in a prison setting . Nursing Standard Jun 23-29;24(42): 35-40
  13. Perry J (2010a) Nursing in prison: developing the speciality of offender health care . Nursing Standard Jun 2-8;24(39): 35-40
  14. Wilmott Y (1997) Prison nursing: the tension between custody and care. British Journal of Nursing 6: 333-336.
  15. Jenkins L. (2002) Quitting in prison: a pilot study in Worcester. Practice nurse (11) 23: 40-44.
  16. Gould J., Payne,H,(2004) Health needs of children in prison .Archives of Disease in Childhood 89 (6): 549-550
  17. Norman A, Parrish A.(1999 ) Prison health care: work environment and the nursing role. British Journal of Nursing 27 Jun 8 (10): 653-656
  18. Hughes. M J, Harrison- Thompson (2002) Prison parenting programs: a national survey. Social Policy Journal 1 (1): 57-74

## Sitografia

<http://www.altrodiritto.unifit.it >; (ultima consultazione luglio 2012) >

<http://www.arianna.it>;(ultima consultazione 28 giugno 2012).

<http://www.dh.gov.uk/health/category/policy-areas/social-care/offender-health/>

<http://www.norsetogether.com/articles>; (Ultima consultazione 30 luglio 2012)

<http://www.nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/global/search >(ultima consultazione 30 /07/2012).

:<http:// www.nursing.research-editor.com>Centre for nursing research (ultima consultazione 30 luglio 2012)

<http://www.nursesarea.it>(Siti infermieristico italiana ultima consultazione 28/06/2012);

<http://www.prisonstudies.org.> King College London , Web site ,International Centre for Prison Studies (consultazione 28 luglio,2012)

<http://www.ristretti.it>;Associazioni del territorio per il carcere (ultima consultazione 28 /06/2012 )

<http://www.osservatorioantogone.it> (ultima consultazione 28/06/2012)

<http://www.york.ac.uk/healthscience/centre/evidence Centro per EBN dell’Università di York ; (ultima consultazione 28 luglio 2012).

## Fonti normative

Ministero della Grazia e della Giustizia .DPR :30 giugno 2000 n 230 ‘Norme sull’Ordinamento penitenziario’

Ministero della Grazia e della Giustizia .L.26 luglio 1975 n .354.

Ministero di Grazia e Giustizia circolare n3337-5787:Istituti penitenziari :costituzione e funzionamento delle aree . Ministero della Salute D.L.,22giugno 1999 n.230

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 Aprile 2008

D.D.G.S.n°14230 del 21 dicembre 2009

# Quale approccio alla gestione delle deiscenze post sternotomia?

di Luca Alberti<sup>1</sup>, Elisa Fasoli<sup>2</sup>, Giovanni Andrea Marzoli<sup>3</sup>, Alessia Zilioli<sup>4</sup>

## Introduzione

La gestione delle ferite chirurgiche è da sempre parte integrante della professione infermieristica.

La ferita chirurgica si può definire come una soluzione di continuo dei tessuti prodotta da un agente meccanico e di norma ha un decorso rapido verso la guarigione. Nella pratica clinica è possibile incorrere in due principali tipologie di ferite chirurgiche:

- ferite che guariscono per prima intenzione, in cui i lembi sono stati accostati tramite l'applicazione di una sutura. Si tratta di ferite che si riparano rapidamente sviluppando una cicatrice lineare generalmente poco visibile;
- ferite che guariscono per seconda intenzione, in cui i lembi non sono accostati spesso a causa di una infezione. La guarigione è lenta e la cicatrice che si forma può assumere dimensioni variabili. Questa seconda tipologia di ferite, convenzionalmente dette ferite "difficili", può andare incontro a complicanze gravi, essendo caratterizzata generalmente da perdita di sostanza che coinvolge strati tissutali profondi, con tendenza a cronicizzare e perciò di difficile, lungo e costoso trattamento.

Le infezioni della ferita chirurgica continuano a rappresentare una complicanza frequente e con elevato impatto clinico ed economico; solitamente la causa è attribuibile in elevata

percentuale ad errori nell'assistenza dei pazienti (carenza nelle misure preventive, tecnica chirurgica), che possono arrivare a determinare anche gravi disabilità o addirittura il decesso del paziente.

È bene ricordare che non tutte le ferite chirurgiche che presentano difficoltà a guarire trovano la loro origine da un agente patogeno infettivo.

Nei paesi industrializzati la difficoltà di guarigione è un fenomeno in aumento in quanto è associata all'aumento della durata della vita e all'incremento di patologie croniche come il diabete e l'obesità.

Le ferite difficili interessano in Italia più della metà della popolazione anziana e l'1-2% di quella complessiva. È facile dunque intuire l'impatto sui costi ospedalieri e sulla durata della degenza, oltre all'elevato disagio sociale causato al paziente e ai suoi familiari. [1] [2]

Uno dei fattori che sicuramente può migliorare la tempistica di guarigione di queste ferite chirurgiche è la tipologia di medicazione. L'evoluzione della scienza medica dal punto di vista terapeutico e diagnostico-strumentale, l'esperienza diretta sul campo da parte dell'infermiere e la migliore comprensione dei meccanismi di guarigione delle ferite, hanno portato allo sviluppo di modalità avanzate per il trattamento delle lesioni cutanee.

Queste ci permettono di curare i pazienti in tempi più rapidi con metodiche più idonee e sempre meno invasive, avendo particolare attenzione per la sintomatologia e per tutte le altre esigenze che questi pazienti manifestano.

Esistono svariate metodiche di medicazione: quelle con semplice garza, quelle che associano terapia topica con pomate, le cosiddette medicazioni avanzate, o anche quelle a pressione negativa, dette Vacuum Therapy.

Quest'ultima consiste in una tecnologia altamente sofisticata e poco invasiva per la gestione delle ferite: la Vacuum Assistend Closure (V.A.C. Therapy), definita anche Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) oppure Tropical Negative Pressure (TNP) o ancora Terapia a Pressione Negativa, introdotta negli anni '90 la cui efficacia risulta essere documentata in letteratura per svariati tipi di ferite.[3]

In tema di ferite chirurgiche ci piaceva l'idea di soffermarci in ambito cardiocirurgico, qui una percentuale tra 1 e il 5 % di pazienti sottoposti a sternotomia sviluppa una ferita di difficile guarigione, associata spesso a deiscenza della ferita.[4] [5]

## Obiettivo

Il trattamento Vacuum sembra essere considerato di prima scelta nella gestione delle ferite sternali deiscenti e, proprio per questo motivo, abbiamo deciso di verificare quanto l'utilizzo di questo sistema sia effettivamente da ritenersi migliore nel trattamento delle ferite chirurgiche difficili del paziente sottoposto a sternotomia. Il nostro quesito ha voluto sondare sia l'**efficacia**, che il **rapporto costo/ beneficio** di questo trattamento rispetto al tradizionale.

## Quesito di ricerca

Il nostro quesito di ricerca scientifica è esplicito nel modello EPICOT (tabella 1) così come raccomandato da prestigiose organizzazioni internazionali (BMJ, Center for Reviews Dissemination).

**Tabella 1: EPICOT**

Evidenze	Paziente	Intervento	Confronto	Outcome	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esistono ferite post- sternotomia che non guariscono per prima intenzione e che possono andare incontro ad infezioni profonde molto gravi (come la mediastinite) con una percentuale pari al 1-3%</li> <li>- Vari fattori impediscono la guarigione spontanea delle ferite chirurgiche: le infezioni, l'aumento della durata della vita, patologie croniche come il diabete e l'obesità.</li> <li>- La guarigione può essere migliorata dalla tipologia di medicazione</li> </ul>	Pazienti con deiscenza della ferita chirurgica dopo intervento di sternotomia.	Medicazione con sistema Vacuum.	Medicazione tradizionale.	Guarigione della ferita con sistema Vacuum in tempi minori e costi inferiori rispetto all'utilizzo della medicazione tradizionale.	21 LUG. 2012
	Patient	Intervention	Comparision	Outcome	
	<i>Patients with sternal wound dehiscence after median sternotomy</i>	<i>Dressing with Vacuum system</i>	<i>Traditional dressing</i>	<i>Wound healing in less time and lower costs with Vacuum system, compared to using traditional dressing.</i>	

## Metodo e criteri

Abbiamo deciso di utilizzare sia articoli Full text o Abstract abbastanza dettagliati.

Sono stati selezionati articoli in lingua: italiano, inglese, tedesco, ungherese, utilizzando sia articoli Full Text che con un Abstract sufficientemente dettagliato. Al fine di rispondere al nostro quesito in modo mirato e pertinente sono stati esclusi gli articoli:

- In cui si utilizzava il sistema Vacuum a scopo preventivo nella gestione delle ferite post-

sternotomia, o dove si fornivano dati relativi al processo fisiologico stimolato da questo tipo di trattamento;

- In cui l'abstract non era sufficientemente dettagliato rispetto al nostro quesito di ricerca;
- In cui il sistema Vacuum era associato ad altri trattamenti, quali l'utilizzo di placche di fissaggio.

La tabella 2 indica i principali criteri di selezione utilizzati. I database consultati durante la ricerca sono stati: PubMed, Google Scholar e Chocrane.

**Tabella 2: criteri di selezione**

<b>Popolazione di riferimento:</b>	Pazienti sottoposti a sternotomia; deiscenza della ferita
	<i>Patients with sternal wound dehiscence after median sternotomy</i>
<b>Setting:</b>	Ospedale
	<i>Hospital</i>
<b>Outcome:</b>	Riduzione tempi di guarigione / costi con utilizzo del sistema Vacuum
	<i>Wound healing in less time and lower costs with Vacuum system</i>
<b>Disegno di Ricerca:</b>	Nessun limite
	No limit
<b>Limite temporale:</b>	Ultimi 10 anni
	<i>Last 10 years</i>



## Risultati

In un periodo di tempo che va dal 1 Agosto 2012 al 18 Agosto 2012 abbiamo consultato i tre data-

base sopracitati utilizzando le parole chiave presenti nella tabella 3 e ottenendo i risultati esposti nella medesima tabella.

**Tabella 3: risultati della ricerca bibliografica**

Database	Parole chiave	Articoli reperiti	Articoli selezionati
PubMed 01/08/2012	vacuum assisted and sternal wound infection	All [106] Full text [24] Review [7]	[8] Abstract Art. 6-9-11-14-15-16-17-19
PubMed 02/08/2012	“negative pressure” and sternotomy	All [93] Full text [30] Review [4]	[2] Full text Art. 8-10 [7] Abstract Art. 11-12-13-15-16-17-19
PubMed 05/08/2012	vacuum assisted and sternotomy	All [65] Full text [14] Review [1]	[6] Abstract Art. 9-14-15-16-17-19
PubMed 07/08/2012	sternotomy and vacuum therapy	All [71] Full text [15] Review [2]	[8] Abstract Art. 9-11-14-15-16-17-18-19
PubMed 13/08/2012	negative pressure and sternotomy dehiscence	All [13] Full text [6] Review [1]	[1] Abstract Art. 17
PubMed 16/08/2012	vacuum and sternotomy dehiscence	All [4] Full text [1] Review [0]	[1] Abstract Art. 17
Pubmed 16/08/2012	vacuum therapy wound and sternotomy dehiscence	All [4] Full text [1] Review [0]	[1] Abstract Art. 17
PubMed 16/08/2012 Google Scholar 18/08/2012	negative pressure wound and “sternotomy infection”	All [1] Full text [0] Review [1]	[1] Abstract in PM Art. 12 [1] Full text in Scholar Art. 12
Cochrane 18/08/2012	Negative pressure	Cochrane Reviews [23] Other Reviews [14] Trials [1582] Methods Studies [11] Technology Assessments [13] Economic Evaluations [13] Cochrane Groups [0]	1 Abstract (Other Review) Art. 7

Gli articoli totali selezionati sono 14 articoli, di cui 3 Full Text e 11 Abstract. Purtroppo dalla nostra ricerca non è emerso nessuno studio randomizzato controllato (anzi numerosi autori sottolineano proprio la necessità di effettuare

uno studio di questo tipo per aumentare le evidenze già presenti sul buon utilizzo del sistema Vacuum), ma abbiamo selezionato 12 studi retrospettivi, una revisione della letteratura del 2007 [6] presente sull'argomento che prende in

esame 198 articoli ed una meta-analisi del 2011 [7] che affronta la gestione delle ferite sternali profonde.

Il trattamento Vacuum, confrontato con quello tradizionale, si è dimostrato, nel corso degli anni via via sempre più efficace ed anche dal punto di vista economico i dati sembrano essere favorevoli.

Nello specifico della nostra ricerca abbiamo visto che:

- le percentuali di infezioni profonde delle ferite sternali si aggirano tutt'oggi intorno all'1-4% ; [8]
- l'utilizzo del sistema Vacuum ha determinato una riduzione della mortalità significativa e lo si evince dai seguenti dati estratti dagli articoli:
  - mortalità 11,3%; [9]
  - mortalità  $p = 0,35$  (non significativo ma dato comunque incoraggiante); [10]
  - non decessi a 90 gg; [11]
  - indica una riduzione del tasso di mortalità; [12]
  - sopravvivenza più elevata; [6]
  - riduzione di mortalità ad 1 anno; [13]
- la percentuale di re-infezione con un trat-

tamento a pressione negativa si è ridotto in ordine di:

- riduzione infezione, edema; [14]
  - riduzione tasso di recidiva (3,6%); [9]
  - riduzione re-infezione,  $p = 0,001$ ; [10]
  - nessuna recidiva; [15]
  - nessuna recidiva a 3 mesi di distanza; [16]
  - riduzione re-infezione; [12]
- per quanto concerne il numero di giornate di ricovero ecco gli articoli con i dati più significativi:
- ospedalizzazione più breve con l'utilizzo del sistema Vacuum (dimissione dopo 19,5 gg circa); [17]
  - tempi di degenza  $p = 0,02$ ; [10]
  - riduzione della degenza con il trattamento a pressione negativa (30,5gg rispetto ai 45 gg con il sistema tradizionale); [15]
  - riduzione della degenza (42 gg con Vacuum rispetto ai 51 con il trattamento tradizionale); [12]
  - soggiorno più breve; [6]
  - ricovero in ospedale con trattamento Vacuum,  $p < 0,05$ ; [13]
  - riduzione gg di degenza (7,18 gg). [7]



È pertanto evidente che il numero inferiore di giorni di ricovero determina una riduzione dei costi.

- la degenza media in terapia intensiva viene così citata:
  - riduzione del ricovero in terapia intensiva (1 giorno rispetto ai 9 gg previsti dal trattamento precedente); [18]
  - riduzione degenza in terapia intensiva,  $p < 0,001$ . [13]

La riduzione nel numero di giorni di ricovero in terapia intensiva implica una riduzione dei costi e maggior benessere per pazienti e familiari.

- La riduzione del numero di medicazioni determina una maggior soddisfazione per il paziente e per il personale; si evidenzia un minor utilizzo di presidi (garze, disinfettanti...) e di tempo e di conseguenza una riduzione di costi in quanto si evince una riduzione del n° di medicazioni; [6]
- la rapidità di guarigione (riduzione tempi chiusura ferita) è stata citata negli articoli:
  - il sistema Vacuum è vantaggioso rispetto al ricablaggio primario che presenta un 45;8% di fallimento ( e di conseguenza aumento dei tempi di guarigione ); [19]
  - riduzione delle dimensioni della ferita nel 54% dei pazienti dopo 14 gg; [17]
  - maggior rapidità nel processo di guarigione; [9]

## Bibliografia

[1] Fabiano G., Pezzolla A., Filograna M.A., Ferrarese F.; 2004; *Fattori di rischio di infezioni in chirurgia*, Ann. Ital. Chir. LXXV, 1.

[2] Vance G. Fowler, Jr, Sean M. O'Brien, Lawrence H. Muhlbaier, G. Ralph Corey, T. Bruce Ferguson and Eric D. Peterson; 2005; *Clinical Predictors of Major Infections After Cardiac Surgery*; Circulation 2005;112:I-358-I-365 doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.525790 Circulation is published by the American Heart Association.

[3] Anniboletti Tommaso; 2010; *Vacuum-Assisted Closer Therapy nella terapia delle "ferite dif-*

- riduzione tempi di guarigione della ferita (13 gg rispetto ai 18 tradizionali); [15]
- riduzione tasso di fallimento primario,  $p < 0,05$ . [13]

## Conclusioni

Alla luce di quanto è emerso dagli articoli che abbiamo selezionato con il nostro quesito di ricerca, possiamo concludere che gli studi effettuati fino a questo momento hanno dimostrato che il trattamento Vacuum per la gestione delle infezioni delle ferite sternali profonde è sicuramente un trattamento da considerare di prima scelta.

Pur vedendo la necessità che le evidenze fino a questo momento raccolte, mediante gli studi retrospettivi, vengano confermate da uno studio randomizzato controllato, i dati relativi alla riduzione della mortalità, di casi di re-infezione e di diminuzione delle giornate di ricovero vanno sicuramente a favore di questo tipo di trattamento.

<sup>1</sup> *Infermiere presso U.S.D Trapianto Midollo Osseo Adulti, Spedali Civili di Brescia*

<sup>2</sup> *Infermiera presso il Servizio Infermieristico dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar, Verona*

<sup>3</sup> *Infermiere presso U.O. Chirurgia Vascolare, Fondazione Poliambulanza, Brescia*

<sup>4</sup> *Infermiera presso U.O. Cure Primarie - DGD n° 5 - ASL di Brescia*

*ficili": correlazione tra le evidenze cliniche ed i risultati istologici del trattamento. Prova finale in Dottorato di Ricerca in Dermatologia, Anatomia, Chirurgia Plastica, Università degli studi di Roma "La Sapienza".*

[4] Hillis D.L., Smith P.K., Anderson J.L., et al.; 2011; *ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*; Circulation 2011;124:2610-2642;originally published online November 7, 2011; doi: 10.1161/CIR.0b013e31823b5fee.

- [5] ASL di Caserta, 2010 “Prevenzione delle infezioni del Sito Chirurgico [ISC]” procedura N 01/ CIO Comitato Tecnico Aziendale per il Controllo e la Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere.
- [6] Raja SG, Berg GA. 2007; *Should vacuum-assisted closure therapy be routinely used for management of deep sternal wound infection after cardiac surgery?* Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2007 Aug;6(4):523-7. Epub 2007 Apr 20.
- [7] Damiani G., Pinnarelli L., Sommella L., Tocco M.P., Marvulli M., Magrini P., Ricciardi W.; 2011; *Vacuum-assisted closure therapy for patients with infected sternal wounds: a meta-analysis of current evidence* Centre for Reviews and Dissemination (Provisional abstract);Cochrane.
- [8] Ennker IC, Malkoc A, Pietrowski D, Vogt PM, Ennker J, Albert A. 2009; *The concept of negative pressure wound therapy (NPWT) after poststernotomy mediastinitis--a single center experience with 54 patients.* J Cardiothorac Surg. 2009 Jan 12;4-5.
- [9] Debreceni T, Szerafin T, Galajda Z, Miskolczi S, Péterffy A. 2008; *Results of vacuum-assisted wound closure system in the treatment of sternotomy wound infections following cardiac surgery.* Magy Seb. 2008;61 Suppl:29-35. Hungarian.
- [10] De Feo M, Della Corte A, Vicchio M, Pirozzi F, Nappi G, Cotrufo M. 2011; *Is post-sternotomy mediastinitis still devastating after the advent of negative-pressure wound therapy?* Tex Heart Inst J. 2011;38(4):375-80.
- [11] Gustafsson RI, Sjögren J, Ingemansson R. 2003; *Deep sternal wound infection: a sternal-sparing technique with vacuum-assisted closure therapy.* Ann Thorac Surg. 2003 Dec;76(6):2048-53.
- [12] Petzina R, Hoffmann J, Navasardyan A, Malmsjö M, Stamm C, Unbehaun A, Hetzer R. 2010; *Negative pressure wound therapy for post-sternotomy mediastinitis reduces mortality rate and sternal re-infection rate compared to conventional treatment.* Eur J Cardiothorac Surg. 2010 Jul;38(1):110-3. Epub 2010 Feb 19.
- [13] Simek M, Hajek R, Flugler I, Molitor M, Grulichova J, Langova K, Tobbia P, Nemecek P, Zalesak B, Lonsky V. 2012; *Superiority of topical negative pressure over closed irrigation therapy of deep sternal wound infection in cardiac surgery.* J Cardiovasc Surg (Torino). 2012 Feb;53(1):113-20.
- [14] Agarwal JP, Ogilvie M, Wu LC, Lohman RF, Gottlieb LJ, Franczyk M, Song DH. 2005; *Vacuum-assisted closure for sternal wounds: a first-line therapeutic management approach.* Plast Reconstr Surg. 2005 Sep 15;116(4):1035-40.
- [15] De Feo M, Vicchio M, Nappi G, Cotrufo M. 2010; *Role of vacuum in methicillin-resistant deep sternal wound infection.* Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2010 Aug;18(4):360-3..
- [16] Gustafsson R, Johnsson P, Algotsson L, Blomquist S, Ingemansson R. 2002; *Vacuum-assisted closure therapy guided by C-reactive protein level in patients with deep sternal wound infection.* J Thorac Cardiovasc Surg. 2002 May;123(5):895-900.
- [17] Cowan KN, Teague L, Sue SC, Mahoney JL. 2005; *Vacuum-assisted wound closure of deep sternal infections in high-risk patients after cardiac surgery.* Ann Thorac Surg. 2005 Dec;80(6):2205-12.
- [18] Moidl R, Fleck T, Giovanoli P, Grabenwöger M, Wolner E. 2006; *Cost effectiveness of V.A.C. therapy after post-sternotomy mediastinitis.* Zentralbl Chir. 2006 Apr;131 Suppl 1:S189-90.
- [19] Assmann A, Boeken U, Feindt P, Schurr P, Akhyari P, Lichtenberg A. 2011; *Vacuum-assisted wound closure is superior to primary rewiring in patients with deep sternal wound infection.* Thorac Cardiovasc Surg. 2011 Feb;59(1):25-9. Epub 2011 Jan 17.

## Sitografia

- < [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) > consultato 15-07-2012
- < [www.circ.ahajournals.org](http://www.circ.ahajournals.org) > consultato 19-07-2012
- < [www.ctsnet.org](http://www.ctsnet.org) > consultato 20-07-2012
- < [www.heart.org/HEARTORG](http://www.heart.org/HEARTORG) > consultato 19-07-2012
- < [www.kcil.com/KCII/home](http://www.kcil.com/KCII/home) > consultato 20-07-2012
- < [www.sicch.it](http://www.sicch.it) > consultato 18-07-20
- < [www.sts.org](http://www.sts.org) > consultato 19-07-2012
- < [www.wound.smith-nephew.com](http://www.wound.smith-nephew.com) > consultato 17-07-2012
- < [www.wuwhs.org](http://www.wuwhs.org) > consultato 21-07-2012

# Eseguire un tampone colturale per la diagnosi di infezione dell'ulcera cutanea cronica: la procedura è corretta?

di Apostoli Alberto\*

## Introduzione

La diagnosi di infezione di un'ulcera cutanea cronica necessita di competenze e capacità cliniche oltre che di indagini strumentali più o meno complesse. Il tampone colturale della ferita è l'esame diagnostico facilmente disponibile, semplice e diffuso, ma anche quello che presenta limiti oggettivi. Obiettivo di questo articolo è definire limiti e vantaggi degli esami più diffusi e definire la procedura corretta del tampone colturale.

## Quando l'ulcera è infetta

Una lesione viene definita cronica se non guarisce entro le sei settimane o se la lesione si riforma facilmente (1), ma è esperienza comune incontrare nella nostra attività persone che convivono con ulcere anche da molti anni. Uno degli eventi più frequenti, ma anche poco quantificato dal punto di vista epidemiologico è l'infezione dell'ulcera. Molte questioni relative alla definizione di ulcera infetta rimangono ancora irrisolte e pongono ampi dubbi. Le manifestazioni classiche di infezione (essudato purulento, cellulite perilesionale, eritema, edema) possono non esse-

re rilevabili o molto sfumate, ben lontani dai segni clinici che siamo abituati a studiare sui libri (2, 3). Nelle ulcere croniche sono predominanti i segni secondari di infezione come mancata o ritardata guarigione, tendenza al sanguinamento, aumento del dolore o sensibilità imprevisti, *bridging* dell'epitelio<sup>1</sup>, *pocketing* della base della ferita<sup>2</sup>, odore anomalo, discolorazione della ferita, riapertura/deiscenza della ferita (4). Per motivi di spazio e per l'ampia disponibilità di fonti relativa all'ulcera cronica infetta si consiglia il lettore di approfondire l'argomento.

## Definire l'infezione

L'infezione viene considerata un *continuum* che si raggiunge attraverso la contaminazione, la colonizzazione, la colonizzazione critica, l'infezione locale e l'infezione sistemica. Ovviamente gli esiti e i caratteri dell'infezione dipendono da parametri come la specie microbica, la virulenza, la patogenicità, la carica microbica e le difese immunitarie della persona (5). Altri fattori locali importanti sono la presenza di tessuto necrotico, lo stato perfusionale, l'ampiezza della ferita; fattori sistemici sono il fumo, l'uso di alcool

1 *Bridging* dell'epitelio o dei tessuti molli: incompleta epitelizzazione della ferita, con filamenti di tessuto che formano "ponti" che attraversano la ferita

2 *Pocketing* alla base della ferita: formazione di tasche e/o avvallamenti lisci (assenza di granulazione) alla base dell'ulcera circondati da tessuto di granulazione

o droghe, lo stato nutrizionale, la presenza di comorbidità, ecc (6). Sebbene gli esperti siano d'accordo nel definire l'infezione come un processo continuo, manca accordo sul "dove" si localizzi l'infezione. Per la maggior parte degli Autori l'infezione sarebbe non sui tessuti superficiali, ma profondi. Dal punto di vista della carica batterica, l'infezione è descritta come una presenza di CFU (unità formanti colonie) di 105 per grammo di tessuto. Anche questo limite è oggetto di controversie in quanto si è osservato che molte ulcere guariscono anche in presenza di cariche microbiche superiori, così come una bassa carica di Streptococchi beta emolitici è in grado di inibire la guarigione dell'ulcera. (4)

### Quando eseguire un esame colturale

L'esecuzione routinaria di un esame colturale (sia esso biopsia che tampone) è sconsigliato in assenza di segni clinici primari o secondari di infezione (5). Lipsky et al (7) consigliano di eseguire un esame colturale prima di iniziare la terapia antibiotica empirica.



### Quali esami colturali sono disponibili

Sono tre le tecniche disponibili: la biopsia, l'esame dell'essudato aspirato con una siringa e il tampone colturale. La biopsia è considerato il *gold standard*. Fornisce l'entità della carica batterica in rapporto alla quantità di tessuto. Tuttavia essa richiede tempo per l'esecuzione, è poco accettata dal paziente, richiede la somministrazione di anestetico locale, pone a rischio di sanguinamento l'ulcera.

Per questi motivi la biopsia è poco praticata e riservata solitamente agli studi clinici (8) o in situazioni particolari. L'aspirazione del liquido può essere eseguita attraverso l'aspirazione di essudato direttamente dal fondo della lesione o in una tasca di tessuto dove si raccoglie; in questo caso dovremo avere un'ulcera particolarmente essudante o in alternativa si possono massaggiare i margini della lesione per provocare la fuoriuscita di liquido (9). Questa pratica non è particolarmente diffusa, non è rappresentativa dell'infezione dei tessuti sottostanti e tende a sottostimare alcune specie batteriche isolate (10).

Il tampone colturale del letto dell'ulcera è la tecnica più diffusa in tutti gli ambiti clinici: è pratico, indolore, non invasivo, relativamente poco costoso. Se eseguito correttamente è adeguato a diagnosticare l'infezione della lesione e ad indirizzare la scelta dell'antibiotico terapia. Levine e colleghi (11) sono stati i primi a definire la procedura per eseguire questo esame correttamente. Tale procedura (vedi tabella 1) è ancora accettata e consigliata (12, 13).

### Discussione

Nonostante il tampone colturale sia un esame eseguito quasi routinariamente, le conoscenze tra gli operatori circa la corretta esecuzione risultano scadenti e lontane dalla *best practice* (12). Secondo la letteratura più aggiornata dovrebbe essere eseguito solo in presenza di segni clinici di infezione e secondo la procedura di Levine. Gli errori più frequenti rilevabili nella pratica quotidiana sono l'esecuzione del tampone anche in assenza di segni primari o secondari di infezione, la raccolta del campione su necrosi molle o su pus e l'esecuzione a "z", cioè strisciando il tampone lungo tutto il fondo della ferita e/o in posti diversi.

### Tabella 1.

#### Come eseguire correttamente un tampone colturale (modificato da Caula C., 2011)

- 1) **Adeguate preparazione del letto della ferita:** l'obiettivo del tampone è di determinare la presenza di batteri nei tessuti dell'ulcera: non va raccolto nell'essudato, né su tessuto necrotico nero o giallo (necessariamente colonizzato da batteri) o da pus; prima di effettuare il tampone, il fondo dell'ulcera deve essere deterso con soluzione fisiologica.
- 2) **Selezionare la zona dove eseguire il tampone:** cercare il tessuto di granulazione più profondo.
- 3) **Come raccogliere il campione:** ruotare il tampone su un'area di 1cm<sup>2</sup> nella parte più profonda dell'ulcera e/o sul tessuto di granulazione. Imprimere una pressione sufficiente da far rilasciare l'essudato dall'interno dei tessuti profondi dell'ulcera – mantenere la pressione per almeno 5 secondi. Dato che ciò potrebbe essere doloroso, avvisare il paziente e garantire un'adeguata gestione del dolore. In letteratura viene consigliato l'uso di un tampone con la punta in alginato per eseguire un'analisi quantitativa, dato che il tampone, quando trasferito in un diluente appropriato, si dissolve e rilascia tutti i microrganismi prelevati.
- 4) **Conservazione e invio del campione:** l'immediato arrivo al laboratorio dei campioni è di estrema importanza, soprattutto se devono essere condotte analisi microbiologiche per la ricerca di anaerobi.

### Conclusioni

Il tampone è un esame diagnostico poco costoso e se eseguito correttamente contribuisce a una diagnosi corretta e ad individuare con pre-

cisione la specie batterica responsabile dell'infezione.

\* infermiere, Chirurgia Plastica, Azienda Spedali Civili di Brescia

### Bibliografia

1. Fowler E. Chronic wounds: an overview. In: Krasner D, editor. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. King of Prussia, PA: Health Management Publications, Inc; 1990. pp. 12-8.
2. Cutting KF, White R. Defined and refined: criteria for identifying wound infection revisited. Br J Community Nurs. 2004 Mar;9(3):S6-15.
3. Gardner SE, Frantz RA, Doebbeling BN The validity of the clinical signs and symptoms used to identify localized chronic wound infection. Wound Repair Regen. 2001 May-Jun;9(3):178-86.
4. Claudia Caula. L'ulcera infetta: riconoscimento e gestione infermieristica. (in) Caula Claudia, Apostoli Alberto. Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. Manuale per l'infermiere. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli, 2011
5. Fleck CA. Identifying infection in chronic wounds. Adv Skin Wound Care. 2006 Jan-Feb;19(1):20-1.
6. Healy B, Freedman A. Infections. BMJ. 2006 Apr 8;332(7545):838-41
7. Lipsky BA, Hoey C. (2009) *Antimicrobial Therapy for Treating Chronic Wounds*. Clin Infect Dis, 49(10):1541-9.
8. Bill TJ, Ratliff CR, Donovan AM, Knox LK, Morgan RF, Rodeheaver GT. Quantitative swab culture versus tissue biopsy: a comparison in chronic wounds. Ostomy Wound Manage. 2001 Jan;47(1):34-7
9. Bowler PG, Duerden BI, Armstrong DG. Wound microbiology and associated approaches to wound management. Clin Microbiol Rev. 2001 Apr;14(2):244-69
10. Stotts NA. Determination of bacterial burden in wounds. Adv Wound Care. 1995 Jul-Aug;8(4):suppl 46-52
11. Levine NS, Lindberg RB, Mason AD Jr, Pruitt BA Jr. The quantitative swab culture and smear: A quick, simple method for determining the number of viable aerobic bacteria on open wounds. J Trauma. 1976 Feb;16(2):89-94
12. Bonham PA. Swab cultures for diagnosing wound infections: a literature review and clinical guideline. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009 Jul-Aug;36(4):389-95.
13. Reddy M, Gill SS, Wu W, Kalkar SR, Rochon PA. Does this patient have an infection of a chronic wound? JAMA. 2012 Feb 8;307(6):605-11.

# Ipotesi di un protocollo per la gestione dell'aggressività del paziente anziano con deficit cognitivo.

Gianlorenzo Masaraki, Donatella Zenobio\*

## Introduzione

L'agitazione e l'aggressività sono tra i disturbi del comportamento con maggior impatto nella gestione integrata del paziente anziano.

Si stima che l'agitazione, intesa come stato d'ansia che si connota con attività motorie afinalistiche, riguardi dal 24 al 61 % dei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer, e l'aggressività il 21 % dei casi (La famiglia del malato di Alzheimer di fronte ai disturbi comportamentali, 2000). Coloro che svolgono l'assistenza al domicilio, oppure presso istituti residenziali o semi-residenziali, spesso chiedono aiuto mostrando quasi la necessità di poter disporre di "linee guida" di riferimento in questo ambito. Tenuto conto che non è pensabile proporre "ricette" universalmente valide, ci si è posti comunque il problema della tracciabilità di un profilo tecnico che comprendesse dei parametri di riferimento utili a prevenire o limitare i danni di un'aggressività agita a livello fisico.

## Premessa

Esistono ricerche che confermano la possibilità di uno studio tecnico del fenomeno rappresentato dall'aggressività, oltre a renderne possibile una conoscenza utile ad individuarne l'origine. Ricordiamo, fra le altre, le ricerche di Konrad Lorenz (Lorenz, 1990) che testimoniano la stret-

ta correlazione tra l'aggressività e la difesa del territorio nel caso degli animali.

Un altro studio fondamentale per la comprensione della genesi dell'aggressività e per la definizione di un protocollo di comportamento con il paziente aggressivo, è quello sulla *prossemica* dell'antropologo Edward T. Hall (Hall, 1966), che mette in luce il significato psicologico, sociale, affettivo ed emotivo della distanza interpersonale, giungendo a definire fasce nell'ambito delle quali la comunicazione assume specifici connotati. La *distanza intima*, implica un alto grado di coinvolgimento dell'individuo ed è quantificabile dai 15 ai 45 cm, sono visibili i particolari fisici dell'interlocutore e le braccia possono afferrare con facilità l'altro; la *distanza personale* è invece quella rispettata dai membri di una società e si ispira al non contatto, va dai 45 ai 125 cm; questa distanza rappresenta una sorta di "bolla" privata all'interno della quale è collocato l'individuo, e può essere infranta solo da un estraneo "autorizzato"; vi è poi la *distanza sociale*, compresa tra i 120 e i 210 cm, che non permette più ai soggetti un contatto fisico, ma viene migliorata la possibilità di visione d'insieme dell'altro e dei rapporti che intercorrono in un piccolo gruppo; si può anche considerare questa come una distanza difensiva. È questa infatti la distanza a cui si ritrae un soggetto che ha difficoltà di rapporto o che non vuole essere troppo invaso dalla presenza dell'altro. Infine, la *distanza pubblica* prevede un limite minimo di



tre metri e mezzo circa.

È noto inoltre che il deteriorarsi delle funzioni cognitive più evolute riporta in auge un funzionamento più primitivo del sistema nervoso centrale. Spesso accade, ad esempio, che non venga riconosciuto l'obiettivo di un contatto fisico che, come suggerisce Hall, coinvolge lo *spazio intimo*, e che ciò scateni una reazione indifferenziata di difesa attraverso l'aggressività atta a respingere la minaccia percepita.

La ricerca di Mc Lean (Mc Lean, 1984) può fornire elementi per comprendere il funzionamento psichico di un paziente con una struttura cerebrale modificata. Mc Lean ha ipotizzato l'esistenza di una evoluzione delle strutture cerebrali che permetterebbero di riconoscere tre diversi livelli evolutivi: al livello più primitivo troviamo il *cervello rettiliano*, quindi il *cervello di mammifero antico o primitivo* (coincidente con il sistema limbico) e, infine, il più evoluto, il *neocervello* o cervello di mammifero recente. A carico di quest'ultimo, in particolare, sarebbero da ascrivere le lesioni che procurano un quadro di demenza. Un'altra nota importante è che nell'individuo, pur prevalendo il neocervello, sono presenti anche gli altri due, ognuno con "la sua specifica soggettività e la sua propria intelligenza, il suo senso del tempo e dello spazio, le sue funzioni mnemoniche, motorie e altre" (Mc Lean, 1968).

Seguendo questa ipotesi, poiché nella demenza

è il cervello più evoluto a subire i danni maggiori, il funzionamento dipenderebbe da un livello evolutivo inferiore, e dunque le funzioni cognitive, motorie e le coordinate spazio-temporali subirebbero dei cambiamenti coerenti con il livello di funzionamento del cervello meno evoluto, il quale assumerebbe il ruolo dominante.

Diversi disturbi del comportamento del soggetto affetto da demenza potrebbero essere letti alla luce di questa teoria. I comportamenti ripetitivi, ad esempio, quali il *wandering*, l'affaccendamento improduttivo e le vocalizzazioni ripetitive, pur avendo perso una finalità riconoscibile, potrebbero essere sorrette da uno schema antico di comportamento che Mc Lean riconosce soprattutto come prerogativa del cervello rettiliano. Il malato di Alzheimer tende infatti a seguire percorsi già sperimentati o ad agire secondo un programma rigido. Si osserva, infatti, che l'interruzione di un'attività ripetitiva o la proposta di un'attività non consueta provoca spesso una reazione aggressiva di rifiuto. L'osservazione dei comportamenti descritti ha opportunamente guidato alcune scelte ambientali nei reparti Alzheimer, a sottolineare che la ripetitività e la rigidità sono una necessità che, se rispettata, reca benessere al paziente.

È interessante notare che, secondo l'ipotesi descritta di un ruolo maggiormente significativo di un cervello più arcaico, non osserviamo un deficit di funzionamento, bensì un diverso funzionamento con sue prerogative specifiche.

L'osservazione, guidata dalle suddette teorie, fornisce interessanti stimoli per la comprensione del funzionamento cognitivo ed emotivo e, di conseguenza, anche dei comportamenti del demente.

Non a caso, gli episodi di aggressività avvengono soprattutto quando si interferisce con un'attività ripetitiva, come già detto, o con lo spazio personale del paziente: durante le pratiche di assistenza oppure tra gli ospiti in contesti di vicinanza (a tavola, in camera o nei salottini).

### **Ipotesi di lavoro**

Partendo dalla riflessione su queste teorie, e dall'osservazione dei comportamenti e delle reazioni di soggetti affetti da demenza, si è cercato di individuare un protocollo di comportamento che miri a salvaguardare il paziente e chi lo assiste.

**Tabella 1 - Protocollo di comportamento con il paziente aggressivo.**

	<i>Note</i>
<b>Mantenersi di fronte al paziente</b>	Conservare una distanza di sicurezza (più della lunghezza del braccio del paziente). Tale distanza è quella indicata da Hall come <i>distanza sociale</i> che, oltre a non consentire un contatto fisico, evita di sollecitare ulteriormente l'aggressività del soggetto entrando in quel territorio privato che Hall definisce <i>distanza intima</i> .
<b>Seguire lo sguardo del paziente</b>	Molto importante è lo sguardo del paziente che può segnalare, ad esempio, la presenza di fenomeni di tipo allucinatorio. Se il paziente mentre sta parlando volge lo sguardo altrove, senza che ciò sia giustificato da uno stimolo sensoriale esterno, è possibile ipotizzare la presenza di "voci imperative" che a volte, in questi casi, determinano un comportamento aggressivo. Va osservato che, comunque, il distogliere lo sguardo dall'interlocutore è un fatto che generalmente precede il passaggio all'atto. Sostenere lo sguardo del soggetto è un'attività che induce un'operazione analoga imitativa (neuroni specchio?) nell'interlocutore. Ciò richiede concentrazione e la piena integrità delle funzioni esecutive. Il paziente affetto da demenza spesso non è in grado di compiere due azioni coordinate e contemporanee. Pertanto, in questa circostanza, non sarebbe in grado di sostenere lo sguardo e, allo stesso tempo, mettere in atto un'azione violenta.
<b>Non intervenire da soli</b>	È importante essere almeno in due. Un operatore terrà il contatto verbale con il paziente, mentre il secondo provvederà eventualmente a chiedere ulteriore soccorso. Il secondo operatore dovrebbe mantenere una funzione di supporto per eventuali interventi, senza tuttavia assumere il ruolo di interlocutore. Anche fisicamente il secondo operatore deve rimanere all'esterno dello spazio occupato dal paziente e dall'interlocutore principale (collocandosi in quell'area che Hall chiama <i>distanza pubblica</i> ), assumendo il ruolo di osservatore silenzioso. Un comportamento attivo di più interlocutori potrebbe provocare una maggiore agitazione nel paziente che non è in grado di controllare stimoli multipli.
<b>È importante la rassicurazione</b>	Spesso le reazioni degli operatori sono direttamente correlate al comportamento del paziente, quindi se quest'ultimo è aggressivo, l'operatore potrebbe a sua volta avere un comportamento analogo, anche lui impegnato a difendere il proprio spazio (il proprio "territorio" per citare Lorenz) da un pericolo. In realtà, è importante ricordare che si ha di fronte, prima ancora di una persona aggressiva, una persona spaventata che, probabilmente, sente minacciato il proprio spazio vitale. Pertanto, al fine di ridurre una reazione violenta, è più efficace adottare un tono e una risposta rassicurante (anche la voce, secondo la sua modulazione, può essere più o meno invasiva).
<b>Non intervenire farmacologicamente se non strettamente necessario</b>	Ricordare che l'agitazione non sempre è conseguenza di una patologia psichiatrica, quindi non sempre è necessaria una terapia sedativa. In certi casi, una terapia farmacologica allo scopo di controllare l'agitazione è addirittura controindicata. Frequentemente il paziente demente risponde con l'agitazione e con un comportamento aggressivo a diverse situazioni: quando avverte uno stimolo interno che non è in grado di decifrare, quando avverte un disagio (ad esempio, la sensazione di essere bagnato) o quando è in atto una patologia organica che provoca, ad esempio, dolore, dispnea o confusione. È pertanto necessario identificare la causa dell'agitazione per effettuare un intervento specifico. Quindi, anche se esiste l'indicazione di un preparato "al bisogno", è sempre il medico che deve valutare l'opportunità del trattamento farmacologico e, qualora somministrato, segnalarlo in cartella.
<b>Non fingere di ignorare le minacce</b>	Una risposta tendente a minimizzare, banalizzare o negare l'aggressività del paziente è quasi automaticamente un invito ad elevare il livello dello scontro.

	<i>Note</i>
<b>Non rispondere in modo aggressivo o canzonatorio</b>	In altre parole, non essere a propria volta aggressivi significa: Non offendere Non minacciare Non accettare le provocazioni Non accettare la sfida Non pensare o dire: “Adesso le faccio vedere io...” oppure: “A me così non si fa” Non fare del sarcasmo Non fare prove di forza Non irrigidirsi
<b>Qualsiasi intervento decisi di avviare, fatelo con fermezza</b>	È importante agire in modo deciso, pur non diventando mai aggressivi, comunicando sempre con il paziente, senza titubanze, che quello che dite o farete gli sarà utile. Spesso il paziente demente agitato si trova in uno stato di incertezza e di perdita di riferimenti che gli danno sicurezza. Può essere utile quindi offrire riferimenti al paziente dandogli delle indicazioni di comportamento.
<b>Sostenere lo sguardo e la conversazione in modo fermo, deciso, convinto e rispettoso</b>	È importante intrattenere il paziente conversando anche se, in quel momento, sembra non essere in grado di ascoltare. Il paziente, infatti, tende a percepire maggiormente il tono della voce piuttosto che il contenuto, pertanto un tono di voce rassicurante può avere degli effetti positivi. È possibile entrare in empatia con frasi come: “Posso esserle utile?” “Possiamo risolvere in questo modo...” “Capisco” “Vediamo come posso aiutarla” “Vorrei capire meglio”...

### Conclusioni

Vorremmo insistere sull'importanza fondamentale dell'attenzione allo spazio fisico a disposizione dei pazienti e di chi presta la cura, e dell'aggressività in rapporto alla “territorialità” del paziente. Questa considerazione, unitamente a quanto finora detto, richiede, a nostro avviso, la definizione di una “psicologia della demenza”, con un approccio che rivaluti la dimensione motivazionale e inconscia del paziente. L'instaurarsi di un deficit cognitivo non implica infatti in alcun modo il contemporaneo realizzarsi della fine di una dimensione interiore del soggetto. Questa permane, aumentando semmai l'inconsapevolezza del sentire e/o la difficoltà nell'esprimerlo in modo coerente. Acquista importanza la conoscenza, il più possibile approfondita, dell'anziano, delle sue abitudini e della personalità premorbosa, accanto alla conoscenza di elementi di base di psicologia delle pulsioni elementari e del comportamento. Il protocollo proposto nasce infatti dal considerare come l'aggressività o l'agitazione del paziente possano non avere una matrice autogena, bensì essere la conseguenza dell'interazione tra aspetti ambientali, l'atteggiamento di chi lo assiste e le modificate condizioni mentali del soggetto. Per

il caregiver alcune indicazioni riportate possono apparire non intuitive e certamente richiedono uno sforzo di autocontrollo. È importante che vi sia la possibilità di svolgere una riflessione, possibilmente con personale formato, tesa a interiorizzare modalità di lettura e comportamenti che, non venendo spontanei, necessitano di una preparazione ad hoc.

\* RSA “Comune di Milano”

### Bibliografia

- Hall ET. La dimensione nascosta, Bompiani, Milano 1966.
- Lorenz K. L'aggressività, Mondadori, 1990.
- La famiglia del malato di Alzheimer di fronte ai disturbi comportamentali, Fondazione Manuli, Atti Seminario di Aggiornamento, 21.09.2000.
- Mc Lean PD. Evoluzione del cervello e comportamento umano, Einaudi, Torino 1984.
- Mc Lean PD. Alternative neural pathways to violence, in: L. Ng (a cura di) Alternatives to Violence, Time Life Books, New York 1968:24-34.

*Il presente articolo è già stato pubblicato sulla rivista “I Luoghi della Cura” 1/2011 Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*



# Comunicazioni del Collegio

## Il 24 e 25 febbraio vota un infermiere!

A cura del Comitato di redazione

Come in ogni occasione di voto la Federazione nazionale Collegi IPASVI intende sostenere, al di là dell'appartenenza politica di ciascuno, le candidature di tutti gli infermieri, nella convinzione che sia importante che la professione sia rappresentata nelle istituzioni elettive del nostro Paese.

<http://www.ipasvi.it/chi-siamo/archivio-speciali/il-24-e-25-febbraio-vota-un-infermiere--id21.htm>

Il Consiglio Direttivo IPASVI di Brescia, nel rispetto di ogni orientamento politico ed intenzione di voto di ciascun iscritto, informa che Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale IPASVI, è candidata all'interno del "listino" Regione Lombardia del PD al Senato per le prossime elezioni politiche di febbraio. Per la prima volta viene chiamata a candidarsi un'infermiera in qualità di rappresentante della categoria; la proposta di candidatura dal Pd è stata avanzata anche ad Amedeo Bianco, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici.



# La visione della naturopatia o naturoigienismo.

Mario Zanoletti\*

*“C’è una rivoluzione che dobbiamo fare se vogliamo sottrarci all’angoscia, ai conflitti e alle frustrazioni in cui siamo afferrati. Questa rivoluzione deve cominciare non con le teorie e le ideologie, ma con una radicale trasformazione della nostra mente. Ciò che siete dentro è stato proiettato all’esterno, sul mondo; ciò che siete, ciò che pensate e sentite, ciò che fate nella vostra esistenza quotidiana, viene proiettato fuori di voi e va a costituire il mondo.”*

*J.Krishnamurti*

“Ciao, come stai? Cosa fai di bello?”

Domande convenzionali, di rito quando si incontrano persone dopo lungo tempo.

“Bene, grazie, ora mi occupo di naturopatia e...”

L’espressione del volto mostra uno scatto del sopracciglio e una fronte che corrugata, ostenta diniego.

“Naturopatia? Ma tu credi ancora in queste cose? Ma ti fidi? Sai che non serve a niente!”.

Basta questa affermazione - faccio il naturopata - per non essere più presi sul serio di punto in bianco.

La naturopatia esercita un fascino su molti, ma come passatempo, come divertente bersaglio di interessi momentanei per “non prendere sempre

porcherie ogni volta che si sta male”.

Ma prenderla sul serio? Naturalmente no! Per chi mi prende? In fondo non vivo nel medioevo: ho una mentalità moderna - d’altronde non importa cosa sia in realtà la naturopatia - le varie pratiche naturopatiche per lo più non danno garanzie, ci credono al massimo le donne e le teste matte.

Ebbene cos’è in realtà la naturopatia? Con due parole nemmeno io riesco a rispondere a questa domanda in modo soddisfacente.

La naturopatia non può essere ridotta alla definizione di “insieme di metodi e terapie che aiutano a mantenere o ritrovare l’equilibrio dell’essere umano in modo naturale, non invasivo e il più efficace possibile”.

## Visione olistica

Cominciamo perciò a precisarne il metodo di lavoro. L'approccio naturopatico si basa sulla visione olistica della persona e sul concetto olografico. La prima vede l'uomo nel suo insieme, non solo un insieme di organi e apparati, ma anche nelle altre componenti che si possono sintetizzare in mente, cuore (emozioni), corpi ed energie sottili (chakra, meridiani, aura, nadi, ecc.).

L'uomo va considerato in ogni suo vissuto dal momento del concepimento (l'argomento verrà affrontato in un altro articolo che approfondirà il tema sui canali biologici genitori-figlio) sino al momento presente. Utilizza tecniche e prodotti che non nuocciono all'equilibrio della persona, rimanendo saldi sul precetto "prima cosa mai nuocere ad alcun essere vivente" (primum non nocere).

Consolidare l'equilibrio, ma soprattutto, prevenire il malessere diventano quindi le parole d'ordine del naturopata, ma questa missione non è e non deve essere una realtà contraddittoria alla medicina convenzionale, ma un "continuum" e soprattutto un supporto alle indiscusse competenze del medico, uno sguardo "diverso", un sentire olistico. L'essere umano è una totalità che si manifesta, coniuga e mette in comunicazione mente, corpo e spirito: il corpo è solo uno degli elementi (il termine olistico deriva dalla parola greca holos che significa "intero").

Paracelso conosceva le grandi correlazioni cosmiche cui partecipano piante, animali e uomini. Per lui un medico che non conosceva tale relazione era un ciarlatano. Oggi si afferma il contrario! Costituiscono le basi della sua poderosa scienza non solo l'astrologia, ma anche e soprattutto, l'alchimia e la botanica.

La medicina moderna si è scrollata di dosso tutta questa "zavorra medioevale" ed ha cominciato ad analizzare a fondo la materia. Si è smembrato ed esaminato il corpo in parti sempre più piccole - operazione che non è ancora terminata. Meglio si conosce il dettaglio, meglio si riesce a localizzare e a combattere ogni singola malattia. Sicché dall'indagine dell'"uomo ammalato" si è arrivati automaticamente all'"organo ammalato". Quindi la scienza è specializzazione; ciascuno si occupa unicamente di un piccolo settore del corpo fisico.

## Curare l'uomo intero

Il problema della medicina è a questo punto. L'uomo come unità è qualcosa di diverso della somma di tanti singoli elementi misurabili. Perciò la prima cosa, e la più importante, è chiedersi se è ammalato o sano *l'uomo*. Se è ammalato, il problema della localizzazione di questa malattia è secondario. Se voglio cogliere la causa della malattia devo curare l'uomo intero. Ma dove ha sede la causa della malattia? La medicina allopatrica crede di poter individuare questa causa analizzando ogni singola funzione. Questo purtroppo è un errore, perché in seno al corpo umano nessuna funzione è autonoma, come anche la più piccola cellula umana, ma tutte le funzioni obbediscono ad un principio organizzatore e necessitano di un'informazione. Altrimenti un corpo morto sarebbe ancora vivo - dato che dopo la morte la struttura materiale non si modifica. Quando in una persona ammalata una funzione non si compie come dovrebbe compiersi significa che è in-



tervenuto un mutamento di programma. Ma il programma, o informazione, è immateriale e si identifica col cosiddetto corpo astrale. Ma come si arriva a questo mutamento di informazione? Come sappiamo, il caso non esiste. Ogni individuo è chiamato a realizzare un suo preciso programma evolutivo. Questo proposito deve esplicitarsi sia sul piano spirituale sia psicologico, in caso contrario, cioè la non realizzazione del Sé, alla fine il problema non risolto si realizza sul piano somatico. **Questa modificazione, che noi chiamiamo malattia, denuncia il fatto che su qualche piano il soggetto ha vissuto o agito in modo errato, non consono alla realtà.**

Quindi la malattia è sempre un invito a correggere le proprie abitudini, a capire. **Qualsiasi terapia che non tenga conto del reperimento della causa cura non la malattia, ma i sintomi della stessa.** Identificare il concetto di malattia con la sintomatologia è un errore. Ciò che importa è stabilire se una persona è ammalata o sana; i sintomi con i quali la malattia si manifesta sono un fatto secondario. Stando così le cose risulta chiaro che la componente psichica ha una valenza radicale sulle malattie. Sappiamo che ora si riconoscono le malattie psicosomatiche, ma ancora non si è fatto un passo in avanti per comprendere quali potenzialità ha la mente su tutte le altre malattie. Servirebbe una riforma del pensiero medico già dai primi anni universitari, purtroppo la psicosomatica ha ben poco spazio nelle università di medicina.

Si può obiettare che alle malattie dovute ad agenti patogeni non si confà la tesi che ho espo-

sto sinora. Sottolineo che qui la casualità non esiste, è ingiustificata. La visione naturopatica sostiene che gli agenti patogeni non sono la causa delle malattie, ma il mezzo tramite il quale lo “stato di malattia” può realizzarsi. Gli agenti patogeni sono la causa dei singoli sintomi, ma non della malattia in sé.

Stabilito questo, il problema diagnostico si sposta dall’interrogativo “Come si è ammalati?” all’interrogativo **“Perché si è ammalati?”**. Anche per questo il naturopata sa che il primo intervento terapeutico deve cercare sempre di rispondere a questo “perché”. Questo approccio è utilizzato anche da alcuni medici (sempre più in aumento), ma purtroppo ancora pochi per portare questo metodo alla sua piena resa.

### Aprire la porta alla guarigione

Qualsiasi terapia, noi sosteniamo, indipendentemente dalla malattia da curare, cefalea, diabete, infezione o frattura ossea che sia, dovrebbe mirare in primo luogo a conoscere la storia del vissuto psichico del paziente, che è responsabile della situazione in atto. Il naturopata ritiene che se il paziente viene informato di questi problemi di contenuto e del loro rapporto con la malattia in atto, la persona acquista maggiore autoco-noscenza, diventa più consapevole. Saprà che la malattia vuole richiamare la sua attenzione ad un problema irrisolto, che deve correggere.

**Capire il messaggio è aprire la porta alla guarigione.** Ora noi non vogliamo assolutamente commettere l’errore di rimproverare alla medicina classica di essere unilaterale, e poi essere noi stessi unilaterali nel senso opposto. Nella maggior parte dei casi la malattia non ha luogo soltanto sul piano psichico, ma anche in quello somatico. Ogni modificazione in seno alla psiche è legata in seno al corpo. Perciò una terapia consapevole di questa polarità, dopo aver individuato la causa psichica della malattia, proseguirà la correzione sul piano somatico avvalendosi anche della collaborazione con il medico. A questo punto si occuperà anche dei sintomi. In questa fase della terapia i nostri obiettivi coincidono con quelli della medicina tradizionale, però i nostri modi sono molto diversi.

Sappiamo che il nostro organismo mira costantemente a funzionare in modo perfetto. Molti definiscono questo fenomeno “capacità curativa interna”. **Quindi l’organismo umano è dotato**



**di una sua propria capacità intellettuale di autoguarigione (Vis medicatrix naturae).** Le possibilità del nostro organismo di far fronte agli attacchi al proprio equilibrio interno sono tanto grandi e diverse che è molto più sorprendente che una persona si ammali che il fatto che non si ammali per tutta la vita. Eppure proprio i medici che conoscono meglio di ogni altro quanto grande è il numero dei meccanismi di difesa dell'organismo, si ostinano ancora a cercare la causa delle malattie in deficit delle funzioni fisiche. In condizioni naturali nessun organismo patogeno è in grado di minacciare l'organismo. Gli influssi esterni possono fungere da aggressori solo quando i meccanismi di difesa vengono bloccati di proposito dalla psiche (basti pensare come lo stress psichico causi molteplici anomalie al corpo). Ora, chi è al corrente del rapporto che intercorre fra la capacità curativa interna dell'organismo e la causalità psichica della malattia, dopo aver eliminato la causa psichica, sosterrà in modo adeguato soprattutto questa capacità di autoguarigione interna.

**Pertanto vanno esclusi tutti i metodi che, invece di favorire i processi messi in opera dell'organismo, tendono a bloccarli** - vedi il trattamento antipiretico attuato a sproposito. I danni arrecati all'intero organismo da un medicamento chimico sono ben noti alla medicina che li ha battezzati "effetti secondari", e il pubblico, tenuto nell'ignoranza, purtroppo li sottovaluta in ampia misura. La medicina allopatrica ritiene di dover tollerare questi effetti secondari considerandoli un male necessario. È scomparso un sintomo, è giusto che ne compaia un'altro. Cosa avviene infatti se il malato non avendo capito il messaggio, il carattere d'invito-monito della sua malattia, non cambia nulla nella propria struttura psichica e il medico ha eliminato il suo sintomo? In altre parole: se gli atteggiamenti avuti sino ad ora l'hanno portato alla situazione di patologia, cosa accade se non cambia tali atteggiamenti? Perché vuole guarire per rifare le stesse cose che l'hanno portato ad ammalare? Così il suo inconscio è costretto a ripetere il tentativo che ha fallito lo scopo - e questa volta lo ripete con un altro sintomo! Il circolo vizioso è ben noto a tutti coloro che "soffrono sempre di qualcosa", che, appena guariti di una malattia, vengono colpiti da un'altra affezione. Così grottescamente la medicina allopatrica considera ogni successo sul singolo sintomo una "vittoria terapeutica", mentre ne compaiono sempre di

nuovi, in questo modo la percentuale dei "successi" aumenta.

**"Noi sappiamo a iosa sui virus, ma non abbiamo cercato l'impalpabile che li muove"**

J.P.e C, Escande

### Un nuovo approccio alla persona

I medici e gli infermieri dovrebbero riflettere sulle possibilità che esistono per un nuovo approccio alla persona ammalata.

Il medico dovrebbe riappropriarsi di una professione che già era del vecchio medico di famiglia di buona memoria che era perfettamente al corrente delle correlazioni che portavano il paziente alla malattia. L'infermiere dovrebbe tenere presenti le radici della sua professione, nata per prendersi cura dell'uomo inteso come inscindibile unione di corpo, di pensiero, di emozione.

Ma oggi come si può fare? Gli operatori sanitari sono "attanagliati" da un sistema che li obbliga a esercitare la professione in schemi prestabiliti, e pochi sono i coraggiosi che si azzardano su nuove vie. Forse se si abbassassero i pregiudizi **si potrebbe esercitare nella complementarità**, tra due realtà che mirano al benessere della persona. Come già detto, la naturopatia mira a consolidare l'equilibrio, ma soprattutto, prevenire il malessere; questo compito non è e non deve essere una realtà inconciliabile alla medicina convenzionale. Soltanto con una **visione d'insieme** dell'individuo e dell'ambiente che lo circonda, il naturopata concretizza il proprio operato, non si concentra quindi sul sintomo prima e sulla malattia dopo (come nella tradizione allopatrica), ma rimarca la sua specificità rilevando l'interazione tra corpo, mente e spirito: un insieme complesso che è parte costituente dell'essere umano. Essere umano come microcosmo in perfetta assonanza con il macrocosmo, la natura. Infatti, la naturopatia fa proprie le leggi che disciplinano i sistemi "naturali": aria, terra, acqua, mondo animale e vegetale, che sono anch'essi un tutto inscindibile, indivisibile, tenendo conto soprattutto dell'influenza che l'uno ha sugli altri, sia positivamente che negativamente.

\* *Infermiere. Naturopata. Iridologo. Docente presso l'Accademia di Naturopatia di Brescia.*

## EDWAR HOPPER (1882-1967)

“quello che vorrei dipingere  
è la luce del sole sulla parete di una casa”

A cura di Angela Di Giaimo



Stanze senza pareti, finestre senza vetri, facce senza volto, spazio senza tempo...

Isolamento.

Silenzio in un fermo-immagine.

La pittura di E. Hopper evoca flash back inquietanti e suggestivi. Colpi di luce illuminano come lame i protagonisti, investendo interni urbani o volti assetati di energia.

Solitudini, assenza di tempo, individui isolati in un “non spazio” presi dai loro pensieri: i loro volti inespressivi blindano qualsiasi emozione ma suscitano stupore a chi

li osserva.

Nonostante l’origine americana, l’influenza degli anni trascorsi a Parigi dove studiava, noto come “periodo classico” (anni ’30, ’40, ’50) è evidente nelle opere influenzate dagli artisti parigini contemporanei.

Hopper è stato per lungo tempo associato a suggestive immagini di edifici urbani e alle persone che vi abitavano.

Tra i suoi soggetti preferiti vi sono scorci di vita nei tranquilli appartamenti della middle class, spesso intravisti dietro le finestre da un treno in corsa: immagini di tavole calde, sale di cinema, che sono divenute delle vere e proprie icone.

I luoghi chiusi, visti un po’ come dal buco della





serratura, mostrano istantanee di intimità, attimi di vita quotidiana che incantano per il silenzio che emanano.



La poetica dell'artista si rivela attraverso il suo discreto realismo che fa emergere una abilità nel rivelare la bellezza nei soggetti più comuni, usando spesso un taglio cinematografico, molto apprezzato dalla critica. Questo silenzio o, come è stato detto efficacemente, questa "dimensione di ascolto", è evidente nei quadri in cui compare l'uomo, ma anche in quelli in cui ci sono solo architetture. [...].

Agli interni si contrappone all'energia, sin troppo pulita, delle opere dove l'artista gioca



con la luce rappresentando edifici vittoriani colti en plain air.

La luce è la protagonista assoluta insieme al realismo che contraddistingue le sue opere.

« La grande popolarità di Hopper, che è considerato il migliore pittore realista americano del XX secolo, deriva tanto dal suo stile quanto dal suo atteggiamento verso i soggetti.

Le sue figure sono imprigionate nel posto che occupano perché diventano parte della composizione generale del quadro e dei diversi movimenti direzionali di forme e colori.

Non hanno capacità di movimento indipendente. Inoltre, i colori sono brillanti, ma non trasmettono calore. »

Non amo in modo particolare la pittura americana, ma questo artista, che ho ammirato in un interessante personale a Palazzo Reale qualche anno fa, mi ha stupito e emozionato.

Ho voluto condividere con Voi queste immagini suggestive che possono essere un po' la metafora di una comunicazione pulita, lineare, piacevole ma fredda e priva di slanci affettivi.

Tuttavia, mi interessava presentare un quadro che illustra, oltre le figure e i colori, il silenzio. Un silenzio che a volte può essere imbarazzante ma che spesso diventa esso stesso una efficace modalità comunicativa (e gli infermieri lo sanno bene!).

Oltre a ciò, per citare un noto proverbio, è sempre utile ricordarsi che "il bel tacere non fu mai scritto"... Ed è anche per questo che mi fermo qui nella mia recensione.

(M. Baigell - *Arte Americana, 1930-1970*. Milano 1992.)

# “Faccia un bel respiro”

Laura Grimaldi, Mondadori 2012

## Personaggi variopinti, da Miss Ceausescu a Nosferatu sono le sfide con cui il paziente si deve confrontare

Entri in ospedale e smarrisci la tua individualità. La maxistruttura ti tritura. Non solo perché ritmi e orari, dal pranzo al sonno, sono scanditi dall'alto, ma anche perché la tua storia e il tuo vissuto sembrano perdere di significato, davanti all'infermiere che ti da del tu rimarcando la tua posizione di debolezza, o al cospetto del medico che frettoloso ti butta lì la diagnosi, e non ascolta una sola tua parola.

Chiunque sia stato ricoverato ha vissuto questa esperienza, rimasta senza voce perché sopita nelle pieghe di un'esistenza comune, talvolta nemmeno consapevole dei propri diritti di malato.

Ma lei ha provato a raccontarla, ed efficacemente, la sua odissea sanitaria: Laura Grimaldi, apprezzata giallista e critica letteraria, scomparsa lo scorso luglio a Milano, dopo aver consegnato il suo ultimo romanzo, «Faccia un bel respiro» (Mondadori 2012), le cronache dall'universo di camici e pigiami che aveva imparato a conoscere durante i lunghi ricoveri per la grave patologia polmonare che la affliggeva.

### Dalla rassegna stampa “La commedia della vita”

*Sul palcoscenico, medici e malati, infermieri e parenti. Ingredienti di qualità per l'avvincente discussione alla libreria dell'università cattolica tra Ottavio Di Stefano, presidente dell'Ordine dei medici; Alessandro Signorini, direttore sanitario dell'Ospedale “Poliambulanza”, Marisa Tretti, presidente del Tribunale dei Diritti del malato e Stefano Bazzana, presidente del Collegio Ipasvi. A far gli onori di casa, Renzo Rozzini, direttore del Cesos. «È la storia vera della vita d'ospedale. E quel che accade non è imputabile al progressivo depauperamento del servizio sanitario pubblico. Non è una questione di soldi. Le cose stanno diversamente: pazienti e parenti hanno cominciato a pretendere l'immortalità del corpo quando hanno smesso di credere nell'immortalità dell'anima. E, quindi, gli ospedali, piuttosto che di nuove attrezzature, hanno bisogno di antiche verità, in particolare della seguente: “Si deve morire”».*

### Dalla presentazione di Stefano Bazzana

Ho letto questo libro due volte.

La prima, ignorando che l'avrei riletto, l'ho fatto con gli occhiali del professionista. La seconda da parente.

Da professionista della salute ho messo a fuoco una serie di aspetti che la scrittrice evidenzia in modo ironico e a volte grottesco ma che, tuttavia, attengono alla dimensione scientifica, quantitativa, professionale in senso tecnico e normativo. Un esempio emblematico è la frase riportata dall'autrice “*ci pensa il protocollo a*

*tenerli a bada*” in riferimento al gruppo di pazienti con cui condivide lo stanzone di terapia intensiva, per non parlare dei muri con cui si scontra, rappresentati dalle leggi ferree che regolano l’ospedale. Per noi addetti ai lavori le sigle OSS (farisaico, per Laura), FKT (..kinesi, su cui si sofferma ironica), gli acronimi e il ricco linguaggio tecnico non sono una giungla in cui districarsi, eppure confesso che non avevo mai notato una sottile differenza che l’autrice osserva con sguardo acuto (le sigle delle patologie sono tutte in minuscolo mentre tutto ciò che attiene l’Ospedale è rigorosamente in maiuscolo!)... e lo sguardo fulminante della speciale paziente non si ferma alle sigle di ruoli e patologie ma a tutto ciò che queste contengono. Compresi quei sentimenti e quelle emozioni che su quel palcoscenico vedono un’accelerazione rispetto alla vita reale (racconta dell’innamoramento per Enea, di ciò che prova ogni volta che perde uno dei compagni di viaggio) e dunque dovremmo tenerne conto maggiormente, mentre invece di solito in ospedale vengono negati.

Nella seconda lettura ho quindi intenzionalmente riletto queste 110 pagine, mettendomi nei panni del figlio di questa signora ottantenne, scomparsa lo scorso luglio a Milano. Sono stato aiutato ad entrare in questa dimensione dal fatto che mia madre, che aveva esattamente l’età di Laura, è mancata meno di un anno fa. Quest’altra dimensione attiene dunque agli aspetti umani, qualitativi, affettivi e relazionali, che peraltro non sono (o non dovrebbero essere) estranei alle nostre professioni. Sappiamo che un medico, un infermiere (chiunque svolga una professione d’a-

aiuto) è un professionista a tutto tondo, con una capacità reale di presa in carico, solo quando sa coniugare queste due componenti della professionalità. Come spesso sottolinea il prof. Trabucchi, dovremmo insegnare, agli studenti medici e infermieri che solo *«facendo camminare il dato scientifico sulle gambe della relazione è possibile dare risposta alla complessità»*.

Non è un caso che l’infermiere più scorretto, che commette l’errore più odioso alla presenza di *Boccacucita Machu Picchu*, sia ritenuto da tutti (caposala, primario) *“il migliore, da 10 anni a questa parte”*. Oppure che le dottoresse brune siano conosciute solo di profilo, perché non si son mai rivolte alla paziente guardandola negli occhi.

Questa componente emerge dal libro ogni volta che i protagonisti *“si scoprono ad essere tra loro sodali anziché antagonisti”*. Bellissima la trovata di far entrare di nascosto la sua parrucchiera, (con il sorriso complice della dr.ssa Yakusci) che può sembrare solo un capriccio o un bisogno frivolo (rispetto alla serietà e gravità della patologia e delle terapie), invece sappiamo quanti significati, vissuti e aspettative ci possono essere in un semplice episodio come questo. Altro episodio che mette in risalto questa dimensione è la possibilità, per lei scrittrice ed esperta di narrativa popolare, di disquisire di letteratura con *“il gran lettore”*, infermiere peruviano che offre peraltro la possibilità all’autrice di mettere in luce, con poche righe, il fenomeno sommerso del caporalato, un triste commercio di vite umane che, come Collegio di Brescia, abbiamo spesso affrontato.

La mancanza di informazione e di relazione sia da parte di infermieri *“ma guarda non capisce le mie richieste ma le parolacce sì”* sia degli OSS *“Gambacorta che non risponde mai con lealtà e rende, con una certa crudeltà, irraggiungibile il campanello”* sia dei medici *“non ha ascoltato una sola delle mie parole”* tra l’altro sul tema del fine-vita... al punto di far dire all’autrice, citando Pasolini, *“la morte non è non poter comunicare ma non essere compresi”*.

Dopo essere stata ostile, annotando (giustamente) tutto quello che non funziona in ospedale, criticando terapie e presidi che dovrebbero farla star meglio, Laura diventa infine umana e simpatica, camminando a testa alta verso l’inesorabile destino. Inaspettatamente, con un ultimo colpo di scena, si riappacifica con tutti coloro che considera ormai un po’ la sua famiglia e a cui dedica questo libro: *“A quelli di Pneumo”*.



# Sul prossimo numero

## La dimensione interculturale dell'assistenza.

Già negli anni 50 Magdeleine Leininger anticipava le trasformazioni multietniche della società e affermava la necessità per gli infermieri di assumere una prospettiva interculturale.

Oggi viviamo in un Paese in cui la componente multietnica e multiculturale è forte. Nella nostra provincia lo è in modo particolare: Brescia infatti si colloca al secondo posto in Lombardia, dopo Milano, per il numero di stranieri presenti sul territorio e ha quasi quadruplicato il numero dei residenti in poco più di dieci anni.

In che modo gli infermieri hanno accolto e accolgono la sfida della multiculturalità? Come sono affrontati i bisogni sociosanitari di persone con una cultura diversa? Quali strumenti sono messi in campo per affermare concretamente la pari dignità di ogni soggetto e perseguire una reale e consapevole promozione della salute senza esclusioni? Quali sono i problemi, i disagi e le difficoltà e quali le ricchezze, le novità e le aperture indotte da questo radicale cambiamento sociale avvenuto nell'arco di un tempo relativamente breve?

Queste sono alcune delle questioni che saranno affrontate nel prossimo numero della rivista Tempo di Nursing.

Invitiamo tutti i colleghi a contribuire portando la propria testimonianza, o descrivendo quella di altri colleghi, al fine di condividere esperienze, sollecitazioni e approfondimenti utili a tenere conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.



## 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. 2,5cm dx, sx e inf. 2cm).

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 chiaramente 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).

E' 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 IPASVI di Brescia

Via P. Metastasio, 26

25126 BRESCIA

Tel. 030/291478

Fax: 030/43194

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

e.mail: [info@ipasvibs.it](mailto:info@ipasvibs.it)

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 63/2013

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Responsabile comitato di redazione: Anna Maria Iannelli

Comitato di redazione: Diego Amoruso, Stefano Bazzana, Maria Audenzia Conti, Angela Di Giaimo, Anna Maria Iannelli, Moreno Crotti Partel, Ermellina Zanetti

Hanno collaborato a questo numero: Stefano Bazzana, Paola Ziliani, Luca Alberti, Elisa Fasoli, Marzoli Giovanni Andrea, Zilioli Alessia, Alberto Apostoli, Gianlorenzo Masaraki, Donatella Zenobio, Mario Zanoletti, Angelo Di Giaimo, Anna Maria Iannelli

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](mailto:info@ipasvibs.it)

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

# Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

